

За 3 года больная приняла 15 циклов комплексного лечения. АД снизилось до 120/70 — 130/80, появились бодрость, хорошее настроение, исчезли головные боли, раздражительность и бессонница, частично восстановилась окраска волос. Больная стала работать внештатным библиотекарем.

Б-ная М., 60 лет, поступила на лечение в кабинет с диагнозом — системный атеросклероз, затянувшийся плечевой плексит с болевым синдромом и резким нарушением функции руки. Больна в течение года. После 4 циклов комплексного лечения боли в руке исчезли, функция ее восстановилась, появились бодрость, жизнерадостность, трудоспособность на домашней работе.

Б-ная В., 78 лет, обратилась в кабинет по поводу атеросклероза сосудов головного мозга с паркинсонизмом, бронхиальной астмой с ежедневными приступами. Больна несколько лет. После 2 циклов комплексного лечения приступы бронхиальной астмы полностью прекратились, общее самочувствие улучшилось.

Для выяснения роли новокаина в комплексе лечебных мероприятий Институтом геронтологии и экспериментальной патологии АМН СССР нам было предложено провести лечение контрольной группы больных без новокаина. Контрольные группы в 50 человек (41 женщина и 9 мужчин) получили в гериатрическом кабинете аналогичное лечение, но без инъекций новокаина.

Результаты лечения контрольной группы больных следующие: улучшение — 38%, без перемен — 62%. Ухудшений нет.

Наблюдения над контрольной группой больных продолжаются в условиях, исключающих влияния отрицательной суггестии и других психотерапевтических моментов.

У нас создалось впечатление о положительном влиянии новокаина, в комплексе с другими средствами, в лечении геронтов.

ВЫВОДЫ

1. Метод диспансерного обслуживания лиц пожилого возраста в условиях гериатрического кабинета себя оправдывает и ведет к оздоровлению этого контингента.
2. Наши данные подтверждают наблюдения других авторов, что в пожилом возрасте уровень АД часто сохраняется в пределах нормы.
3. По нашим данным, повышенный уровень холестерина крови отмечался у 39,8% исследованных больных.
4. Лечение в гериатрическом кабинете должно быть комплексным с включением препаратов йода, витаминов, гормонов, новокаина и по показаниям — гипотензивных, седативных и других средств. Обязательно соблюдать режим питания, труда и отдыха с лечебной физкультурой.
5. Имеется зависимость между количеством циклов лечения и его эффективностью: если после 1 цикла улучшение наступает у 35% больных, то после 4 циклов — уже у 76%, а после 11 и более — у 81%.
6. Работа по диспансерному наблюдению лиц пожилого возраста требует дальнейшего совершенствования методики исследования и оздоровления, направленного на активную борьбу с патологической и преждевременной старостью, за долголетие советского человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерзин М. А. и Гаранина И. П. Казанский мед. журн., 1960, 2. — 2. Пархон К. И. Возрастная биология, 1959, Бухарест. — 3. Инструкция по внутримышечному применению новокаина в лечебных целях. Сов. мед., 1957, 12.

Поступила 28 ноября 1960 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ НА СТРАНИЦАХ «КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЖУРНАЛА» СО ВРЕМЕНИ ЕГО ОСНОВАНИЯ

Проф. П. В. Маненков

(Казань)

Исполнилось 60 лет со дня выхода в свет первого номера «Казанского медицинского журнала». С 1901 по 1961 гг. в нем было опубликовано свыше 400 акушерско-гинекологических статей, присланных из различных местностей СССР. Авторами были как научные работники, так и практические врачи. Кроме исторической ценности, мно-

гие из этих статей не потеряли актуальности и в условиях современности, чем и оправдывается опубликование настоящего обзора в наши дни.

Из акушерских вопросов получили освещение вопросы аборта, внематочной беременности, токсикозов беременности, диагностики беременности, бесплодия, кесаревого сечения, ведения родов и пр.

Всем известно, насколько вопрос об аборте во все времена и во всех странах волнует человеческое общество. Особым вниманием он пользуется в нашей стране. Советское правительство с приходом к власти, борясь с подпольным абортом, разрешило аборт по социальным показаниям, несмотря на его нежелательность. В 1928 г., учтя 10-летний опыт применения в СССР аборта по социальным показаниям, проф. В. С. Груздев поместил в журнале статью «Искусственный выкидыш как социальное зло». В ней он показал, что искусственный аборт, производимый в лечебных учреждениях, снизив количество подпольных, оказался все же не безвредным для здоровья женщин, и требовал борьбы с ним путем широкого применения противозачаточных средств и ознакомления женщин с вредом от искусственного выкидыша. Для ограничения применения последнего в другой своей статье проф. В. С. Груздев ставит на обсуждение показания и противопоказания к искусственному выкидышу (1933).

Освещался в журнале и вопрос об обезболивании при искусственном аборте. В опубликованных статьях рекомендовались следующие способы обезбоживания: введение слабых растворов кокаина в толщу стенок шейки и боковых сводов влагалища (А. М. Фой, 1932), инъекции в шейку 3% раствора серноокислой магнезии в количестве 100—120 мл (И. А. Костромов, 1936), инъекции поверхностно в шейку матки 25 мл 1% раствора новокаина (А. А. Калинин, 1938), инъекции в толщу шейки матки 1 мл 1% раствора серноокислого атропина (Б. М. Каминский, 1936), введение в обе ноздри ватных шариков, смоченных 20% раствором кокаина с адреналином (Ф. Г. Столыпин, 1936).

Недостаток коек для производства искусственных абортов, а также кажущаяся безобидность и легкость этой операции дали повод А. М. Холодковскому рекомендовать (1931) на страницах журнала так называемый «амбулаторный» аборт, то есть выписывать женщин, подвергшихся искусственному аборту, из стационара через 1—2 часа после выскабливания. Но это предложение было отвергнуто категорически в статье проф. С. А. Селицкого (1931) и признания не получило. Некоторое обоснование этому дано в статье И. И. Яковлева (1928), где указано, что слизистая матки после искусственного выкидыша эпителизируется к девятому дню, а полностью регенерируется к 19—22 дню после выскабливания.

Широко освещались в журнале в статьях М. И. Магида и других вопросы подпольного, или криминального, аборта, как-то: дифференциальный диагноз между самопроизвольным и подпольным абортом (1930), борьба с подпольным абортом — путем репрессивных мер и путем разъяснения вреда такого аборта с пропагандой противозачаточных средств (1930), влияние легализации аборта на подпольные выкидыши (1931), современные способы подпольного аборта — бужи, мыльная вода и хинин (1932), мотивы обращения к нему — ожидание очереди на искусственный аборт, малокультурность и легкомыслие беременных, болезненность при медицинском аборте (1933), плодотрагивание и материнская смертность (1935). Общим итогом этих работ явилось то положение, что уменьшение подпольных абортов снизило общую материнскую смертность и смертность после аборта, наступавшую чаще всего от сепсиса.

Наконец, несколько статей касаются abortивных средств, этиологии самопроизвольных выкидышей и лечения несостоявшегося и неполного лихорадочного выкидышей. В них указано, что сыворотка некастрированных самцов вызывает у крольчих прерывание беременности (В. Бутомо, 1929), что роль бруцеллезной инфекции в этиологии самопроизвольных выкидышей значительна (Н. И. Смалин и др., 1940), что при несостоявшемся выкидыше лучше не прибегать к активным вмешательствам, а ждать его окончания силами природы (А. И. Тимофеев, 1924), наконец, при неполном лихорадочном выкидыше некоторые (А. С. Бурунский, 1940; В. Е. Шипова, 1940) рекомендуют там, где срок беременности ранний и инфекция не вышла за пределы матки, активное вмешательство, а при позднем сроке беременности и распространении инфекции за пределы матки — консервативную тактику; другие (Ю. И. Стальский, 1940) наилучшей считают вообще активную хирургическую тактику с небольшим лишь выжиданием.

Много статей посвящено различным вопросам внематочной беременности. В ее этиологии на первом месте считается септическое воспаление, а на втором — гонорея (Н. А. Корчагина, 1938), значительна также роль предохранительных внутриматочных инъекций йода (В. С. Груздев, 1923; С. Д. Зацепин, 1938) и впрыскиваний при задержке месячных (Е. Д. Рузский, 1926), иногда внематочная беременность наступала после продувания труб (Б. П. Фоменко, 1927). Описаны клиника трубной беременности (А. И. Тимофеев, 1927) и редкие формы внематочной беременности — двусторонняя двойничная трубная беременность (М. С. Малиновский, 1913; Б. М. Беккер, 1930; Г. Н. Вайсбурд, 1932; П. В. Маненков, 1923), межтучная (Д. Абдуладзе, 1927; Е. И. Беляев, 1928; И. Ф. Козлов, 1931), фимбриальная и интерстициальная (А. И. Тимофеев, 1924), поздних стадий и доношенная (М. Я. Серебряна, 1926; Б. В. Коржавин, 1930; И. П. Ласточкин, 1926; В. Косогледов, 1927). Если удаление плаценты опасно, ее можно оставлять (А. И. Петченко, 1933). Есть указания на самоизлечение внематочной беременности (Ф. П. Ханина-Гайдук, 1925; А. К. Шарнин, 1925).

Заслуживают внимания обзоры 400 случаев внематочной беременности в Шагинской больнице (С. И. Шгерн, 1938) и 236 случаев в Омской клинике (И. Ф. Козлов, 1934). Всестороннее и исчерпывающее освещение вопроса о внематочной беременности дано в монографии проф. В. С. Груздева, изданной (1932) в виде приложения к «Казанскому медицинскому журналу».

Особое внимание из вопросов акушерской патологии уделено на страницах журнала всегда животрепещущему вопросу о токсикозах беременности. Так, успешно лечилась рвота беременных внутривенным введением 40% раствора уротропина (М. Г. Юртайкин, 1935), использовалась аутогемотерапия (П. П. Казанский, 1928), назначалось по 5—7 сеансов токов д'Арсонваля на область желудка по 5 минут (В. Е. Одинцов, 1926), производились новокаиновые инъекции в подкожную клетчатку подложечной области (В. В. Третьяков, 1939).

Описывалась эклампсия при прогрессирующей пятимесячной внематочной беременности (А. Шкляев и др., 1938), отмечалась важность профилактики эклампсии в женской консультации (Г. Л. Дозорцева и Х. В. Кейлина, 1938). Рекомендовались для лечения эклампсии щелочно-гипертонические растворы (поваренная соль и сода) (Г. М. Шполянский, 1926). При тяжелой эклампсии с анурией с успехом применялась даже декапсуляция почки (Н. И. Дамперов, 1926), при неуспехе консервативного лечения эклампсии рекомендовалось кровопускание и родоразрешение (В. В. Дьяконов, 1931). Отмечалось благоприятное профилактическое и лечебное действие ультрафиолетовых лучей при эклампсии (Ш. Я. Микеладзе, 1936). Ценным лечебным средством при эклампсии себя зарекомендовала серноокислая магнезия (М. А. Рапопорт, 1938). Эклампсия без судорог, по И. А. Покровскому (1938), является тяжелой формой токсикоза, при которой возможно единственное лечение — родоразрешение. Признавая эклампсию аллергическим состоянием, рекомендовался при лечении токсикозов спермин как десенсибилизатор (М. А. Синдерихин, 1936). Исходя из признания нарушения обмена веществ при токсикозах и значения щитовидной железы в обмене веществ, рекомендовалось применение при поздних токсикозах тиреоидина (А. П. Николаев, 1938).

Затрагивался в «Казанском медицинском журнале» и вопрос о диагностике беременности на разных сроках. Предлагались различного рода реакции. Н. И. Горизонтов (1913) испытал серодиагностику по способу Абдерхальдена и нашел ее ненадежной. А. И. Тимофеев (1924) установил, что флоридзиновая глюкозурия не имеет значения в диагностике беременности. Р. Л. Зайцева (1936) получила большой процент правильных ответов по зрачковой реакции (при вкапывании крови беременной в ее же конъюнктивальный мешок). И. В. Данилов (1938), испытав реакцию Фридмана, предложил и свою модификацию этой реакции, однако нашел, что наиболее точна все же реакция Фридмана.

Заслуживают внимания имеющиеся в журнале статьи по вопросам бесплодия и противозачаточных средств. В статье М. П. Бушмакиной (1926) дан исчерпывающий обзор литературы о бесплодии. В статье «К учению о фибромисмах матки» (1925) проф. В. С. Груздев высказал обоснованное мнение, что бесплодие предрасполагает к возникновению фибромисм матки.

В ряде статей затронуты вопросы о технике определения проходимости труб путем их продувания и метросальпингографии, причем И. С. Легенченко (1925) предложил оригинальный простой и безопасный способ продувания, которым с успехом пользуются некоторые врачи до сих пор, а Ю. А. Лейбчик (1929) усовершенствовал этот способ и применяемую при нем аппаратуру. Д. Е. Гольдштейн и С. В. Лейбов (1931) указали, что метросальпингография — ценный метод в диагностике проходимости труб, но требует некоторого опыта. Есть в журнале указания на лечение трубного бесплодия продуванием труб (Е. И. Беляев, 1925) и пересадкой яичников в матку (А. К. Софотеров, 1926).

Не была обойдена на страницах «Казанского медицинского журнала» и проблема противозачаточных средств. В статьях проф. В. С. Груздева (1923), С. Д. Зацепина (1938) и Е. Д. Рузского (1926) были отвергнуты как противозачаточные средства предохранительные внутриматочные впрыскивания йода и впрыскивания при небольшой задержке месячных. Ф. Г. Стольпин (1929) получил временный противозачаточный эффект от инъекций женщинам спермы мужчины. Проверены в эксперименте две хирургические противозачаточные операции — перевязка труб (Х. Х. Мещеров, 1932) и раздавливание их (Н. И. Фролова, 1931), и обе оказались непригодными. С. Г. Быков (1928), ознакомившись анкетным путем с распространением противозачаточных средств среди населения, установил, что в интеллигентных семьях преимущественно использовались прерывистое сношение (31,9%), влагалитные шарики (21%) и йодные впрыскивания (10,6%), а в неинтеллигентных — укусные тампоны, губки и спринцевания.

По вопросу о кесарском сечении в журнале высказаны следующие предложения: при искусственном прерывании беременности на поздних сроках проф. Н. И. Горизонтов (1926) рекомендует операцию «малого кесарского сечения»; проф. А. И. Тимофеев еще в 1921 г. предложил при кесарском сечении шеечные разрезы, а в 1928 г. он, совместно с проф. В. С. Груздевым, допустил возможность некоторого расширения круга применения брюшно-стеночного кесарского сечения, но при соблюдении точных показаний и условий к нему, под местной инфильтрационной анестезией и с ретровезикальным разрезом матки; кесарское сечение при отошедших водах считается М. С. Николаевой (1939) опасной операцией, вызывающей много осложнений у

матери и плода; кесарское сечение с поперечным разрезом в дне матки предрасполагает к разрыву матки (И. В. Данилов, 1935).

Получил освещение на страницах журнала ряд спорных и новых вопросов ведения родов. М. С. Малиновский (1915) проверил предложение Ван-ден-Говена — разрывать плодный пузырь при двух пальцах открытия для ускорения родов — и нашел, что оно оправдывается у повторнородящих. Для усиления родовой деятельности Л. А. Решетова (1939) применяла подкожное введение сыворотки крови человека, находящегося под наркозом, и эclamптичек и получила положительный эффект; продолжительность родов, особенно периода изгнания, сократилась. В борьбе со слабостью схваток в первом периоде родов А. И. Тимофеев (1924) с успехом применил проктейринтер по Клейну, а при слабости потуг в периоде изгнания плода А. В. Александров (1924) — бинт Вербова. При ведении последового периода Л. С. Сидорова (1936) для отделения плаценты рекомендовала способ Будимлича (введение в вену пуповины 300 мл 0,45% раствора неочищенных квасцов); ручное отделение последа А. А. Благодаров (1932) считает операцией опасной, требующей ограничения в применении, а Н. М. Горшков (1940) — не столь опасной; Н. Н. Чукалов (1922 и 1926) предложил новый признак отделения плаценты, известный впоследствии под названием признака Кюстнера — Чукалова, и свой способ выжимания отслоившейся от матки плаценты давлением ладонью руки на дно матки книзу; Ш. Я. Микеладзе (1929) считал наилучшим способом выделения отслоившегося последа способ Абуладзе. Ведение последового периода по способу Роговина, по данным И. В. Данилова (1935), М. А. Романова (1935) и Н. С. Соколовой (1939), не является безопасным и эффективным.

Большое внимание на страницах журнала уделено обезболиванию родов. Для этой цели В. Г. Божовский и И. И. Туровский (1927), А. П. Николаев (1926), А. Д. Кудашев (1927) рекомендовали гипноз; Р. М. Гуртовая (1931) — обезболивание самого болезненного момента родов — прорезывание головки — легким хлороформным наркозом; С. И. Стрёмовская и К. П. Фирсова (1935) — анестезию зон Геда; А. И. Маклашин (1936) — комбинацию скополамина, анестезии зон Геда, морфина и эфирно-масляной клизмы; А. А. Шкляев (1936), наряду с другими средствами, вводил во влагалище обеих прямых мышц по 50 мл 0,25% раствора новокаина; З. Карась (1939) применял гексенал + разрыв плодного пузыря + тимофизин; И. А. Абрамович и А. М. Фой (1937) с успехом пользовались свечами с белладонной, пантопоном и антипирином в начале периода раскрытия; И. В. Данилов (1937) — смазыванием половых точек в носу раствором кокаина; И. С. Колбасов (1938) получил прекрасный результат от обезбоживания родов по способу А. В. Вишневого, Р. И. Мовшович (1938) — в 58% случаев хорошее обезболивание от ликера скопана. З. И. Замятина (1938), М. С. Найдич, Е. И. Беляев и И. И. Каганович (1939) получили почти полное обезболивание родов в периоде изгнания плода путем блокады пудендалных нервов 0,25% раствором новокаина.

В отдельных статьях затронуты многие актуальные акушерские вопросы; к ним относится возможность родов при запущенном поперечном положении плода путем самоизворота (Н. Н. Чукалов, 1921); указывалось, что туберкулез легких не является безусловным показанием к прерыванию беременности, а последнее показано лишь при активных прогрессирующих формах и лучше в первые 3 месяца беременности (С. А. Гросман, 1925); освещалось влияние малярии на беременность, причем Е. М. Суханов и К. Г. Мазохина (1939) установили, что малярия беременной провоцируется в послеродовом периоде и что она отрицательно влияет на беременность, роды и послеродовой период и ведет к кровотечениям в послеродовом и послеродовом периодах (М. Г. Юргайкин, 1925 и 1927); рекомендовалось ее лечить в стационаре хиномом (А. И. Верховская, 1936).

Предлагался упрощенный и оригинальный способ измерения истинной конъюгаты таза путем измерения размеров кистей рук (К. И. Зеленин, 1926). Акушерка Е. Новикова (1926) впервые в отечественной литературе отметила полезность первородной смазки для новорожденного и вредность ее полного удаления. Указывалось на важность предпочтения инструментального обследования полости послеродовой матки (С. Л. Кейлин, 1937). Описывались особенности родов у «старых» первородящих, фибромиома матки и беременность, лечение предлежаний плаценты и проч.

Нельзя не отметить, что все практически важные вопросы акушерства, отраженные на страницах «Казанского медицинского журнала», в немалой степени способствовали прогрессу отечественной акушерской науки и практики.

Что касается раздела гинекологии, то ему было за тот же период посвящено меньше статей. В этих статьях рассматриваются, главным образом, опухоли, воспалительные процессы и аномалии положения женских половых органов. Особое внимание было уделено в журнале злокачественным опухолям и, прежде всего, раку матки. Здесь, в первую очередь, следует отметить статьи проф. В. С. Груздева (1922 и 1924) по радиотерапии рака шейки матки, в которых даны первые в нашей стране клинические наблюдения по этому виду лечения, разработана своя техника радиотерапии и сообщены установки на сочетание лечения лучами радия и рентгена. В приложенной к «Казанскому медицинскому журналу» монографии Д. З. Елина (1928) широко освещен на материале клиники проф. В. С. Груздева вопрос о радиотерапии рака матки и показана эффективность этого способа лечения. На значитель-

ном материале сообщалось об успехах хирургического лечения рака матки (К. Ф. Богущ, 1927). Б. Я. Тартаковский (1938) сравнил результаты хирургического и лучевого способов лечения рака шейки матки и нашел их одинаковыми. Н. В. Крупицкий (1935) отметил благоприятные результаты при рентгено-радиотерапии неоперабельных форм рака шейки матки, рекомендовал при этом применять крупные дозы радия и видел здесь гибель раковой ткани и замещение ее разросшейся соединительной тканью. Р. К. Кругликова и Е. О. Нусинова (1938) основным непосредственным осложнением при лучевой терапии рака шейки матки имели параметрит и предложили меры борьбы с ним. По наблюдениям С. П. Гаранкиной (1938), воспаление в операционной ране после операции по поводу рака матки задерживает наступление рецидива рака. Проф. А. И. Тимофеев (1923) дал за период с 1900 до 1923 гг. большой обзор наблюдений за большими раком матки, причем отметил ослабление борьбы с раком после первой империалистической войны. А. В. Хохлов (1929) указал на ценность хромоцистоскопии для выявления запущенности рака матки и трудности операции.

Из других злокачественных опухолей обращено внимание на хорionoэпителиому матки, причем С. Е. Коган (1940) указывал на ее частоту в молодом возрасте, у повторноремежных и на прогностическое значение при ней реакции Ашгейма—Цондека. Диагностическое значение последней при хорionoэпителиоме отметил Б. С. Тарло (1932).

Из доброкачественных опухолей на страницах журнала освещены прежде всего фибромиомы матки. Проф. Д. И. Ширшов (1928) отметил диагностическое значение при них нингидриновой реакции крови и мочи. И. Ф. Козлов (1924) дал обзор способов лечения фибромиомы матки, а В. Е. Лебедев (1937) — способов хирургического лечения. В статьях П. В. Маненкова (1936), А. Л. Каплана (1937) и проф. В. С. Груздева (1937) была развернута дискуссия по вопросу о радикальном лечении фибромиомы матки, причем первый указывал, что следует применять тот способ лечения, которым врач лучше владеет, а так как на том этапе более освоенным являлся хирургический способ, то его и рекомендовалось предпочитать; А. Л. Каплан отстаивал необходимость для врача владеть обоими методами лечения и оба применять по показаниям; В. С. Груздев считал необходимым индивидуализировать применение обоих способов лечения в зависимости от особенностей случая, желаний больной и опыта врача.

Описаны редкий случай перекручивания фиброматозной матки (А. С. Шкарин, 1937), редкие опухоли фаллопиевых труб — фибромиома (Г. Эдельберг, 1924) и дермоид (П. В. Маненков, 1925), гигантские опухоли яичников — весом 31,4 кг (М. К. Бутовский, 1926) и 36 кг (Н. Н. Сергеев, 1931); описывались и опухоли эмбрионального происхождения (В. В. Дьяконова, 1925).

Затронут был на страницах журнала и нерешенный вопрос об эндометридных гетеротопиях. Ф. Г. Столыпин (1938) полагает, что последние возникают путем прямой имплантации кусочков эндометрия при операциях на матке и ее перфорациях и что при эндометриозе матки возможна и узловатость ее, причем узлы бывают плотнее фиброматозных. Проф. А. И. Тимофеев (1926) не нашел в эксперименте подтверждения эндометриальному происхождению этих образований.

По поводу лечения воспалений и особенно гонорей женских половых органов было сделано много предложений, уже утративших свое значение теперь, в эру антибиотиков и сульфаниламидов.

В статьях проф. В. С. Груздева (1921) и Е. М. Суханова (1929) отмечено, что ретроверзия и ретрофлексия матки, в противоположность мнению некоторых гинекологов, имеет определенное клиническое значение. Они представляют собой болезнь, которую Суханов особенно часто наблюдал у ткачих и которая, вызывая ряд расстройств, требует систематического выявления и лечения.

Получил освещение и вопрос о лечении другой практически важной аномалии положения — выпадения матки. Для этой цели были рекомендованы следующие операции: способ фиксации матки к передней брюшной стенке более прочный, чем фиксация по Кохеру; удаление матки через влагалище с подшиванием кардинальных связок и кольпоперинеорафии; интерпозиция матки между мочевым пузырем и влагалищем и пластика промежности со шиванием леваторов.

Впервые в мировой литературе было сообщено в «Казанском медицинском журнале» о применении при гинекологических чревосечениях проф. А. И. Тимофеевым (1928) местной инфильтрационной анестезии по А. В. Вишневному.

Наконец, освещен на страницах журнала в статье проф. В. С. Груздева (1926) животрепещущий судебно-медицинский вопрос об ответственности акушеров-гинекологов и хирургов за оставление инородных тел в брюшной полости при чревосечениях. Здесь был затронут ряд вопросов, ограждающих врача от незаслуженных обвинений.

Таковы важнейшие вопросы акушерства и гинекологии, отраженные за 1901—1961 гг. на страницах «Казанского медицинского журнала», показывающие, насколько деятельность журнала за этот период содействовала развитию отечественной акушерско-гинекологической науки и приближению к ней практических врачей.