

Valentin, Port, Rey, Elsner, Schlee. Имена эти указывают, в каких верных руках находится дело помощи ученым в Германии.

Книжка иллюстрирована 120 прекрасными рисунками, написана с глубоким знанием и любовью, как все, что выходит из-под пера проф. Biesalski. Она заслуживает внимания не только врача-ортопеда,—здесь найдет для себя много поучительного и интересного всякий врач и педагог. Особый интерес представляет для нас эта книжка еще потому, что вопросы помощи ученым детям у нас едва намечены.

Проф. С. Трегубов.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Физиологическая секция.

Заседание 4/IV.

Д-р М. В. Сергиевский: *К вопросу о торможении секреции слюнных желез.* В задачу докладчика входил детальный разбор условий торможения и установления отношения тормозящих нервов к некоторым фармакологическим веществам. Оказалось, что симпатический нерв при раздражении сильным током вызывает, параллельно с остановкой секреции слюны, полученной раздражением хорды, также изменения в кровообращении железы, а возможно, и в химизме крови. При совместном раздражении sympathici и введении пилокарпина тормозящее действие первого резко ослабляется. Докладчик устанавливает, в противоположность общепринятому мнению, что здесь нельзя говорить о пилокарпином параличе симпатических тормозящих волокон. Но С., в данном случае, кроме совместного секреторного стимулирования, существует совместное обоих факторов действие на сосуды железы; но действие это взаимно-противоположно: в то время, как пилокарпин расширяет сосуды (проф. В. М. Соколов), sympathicus их суживает. Поэтому при пилокарпином отравлении нужна большая сила тока и больше времени для выявления действия симпатического нерва. Что в тормозящем эффекте последнего имеется и зависимость от кровообращения в железе, подтверждается еще, во-первых, тем, что торможение начинается, когда ясно заметно изменение цвета крови и ее оттока, во-вторых, совпадением периода последствия симпатического торможения секреции с периодом постепенного восстановления нормального кровообращения. Анализируя тормозящее действие хорды, докладчик отмечает, что почти никогда нельзя получить полной суммации секреторного эффекта от удвоения силы и частоты раздражения. Усиление секреции от последующих раздражений можно получить, применяя лишь минимальные раздражения. Все более и более увеличивая раздражения (после периода отдыха), можно видеть, как секреция мало-по-малу отстает в параллельном росте, уменьшается и, наконец, совершенно останавливается. Особенно рельефно это проявляется при быстрой смене силы (частоты) раздражений. Трудно получить суммацию при совместном применении пилокарпина и хорды. Таким образом здесь имеется полная противоположность действию sympathici. Думается, что в данном случае дело заключается не в активации пилокарпином тормозящих волокон хорды, а в простом перераздражении. После атропина влияние хорды на g. submaxillare выпадает целиком, но можно было-бы допустить, что атропин, парализуя секреторные волокна хорды, не затронет ее тормозящих волокон. Пилокарпин, кураре (в малых дозах), адреналин — вызывают секрецию и после дегенерации нервных окончаний. Таким образом общее в тормозящем действии хорды и sympathici—это зависимость тормоза от силы раздражений. Вывод докладчика таков: явления торможения зависят от самой стимулируемой ткани, в которой торможение и возбуждение могут протекать не только в зависимости от нервного воздействия, но и от сосудистых изменений. Возможно, что клетки железы обладают рецепторами в смысле Langley.

Прив.-доц. А. Д. Гусев: *К вопросу об эритро-гемоглобино-преципитинах* (реферат не доставлен).

Д-р В. О. Бик: *К методике исследования артериальной системы головного мозга* (реферат не доставлен).

Секретарь М. Сергиевский.

Хирургическая секция.

Заседание 3/III.

Д-р П. С. Крестников: *Prolapsus recti* (с демонстрацией больного). Больному этому проф. А. В. Вишневским под местной инфильтрационной анестезией произведена операция по комбинированному способу,—задняя перинеорафия с кокцигопексией и внутрибрюшная фиксация прямой кишки.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов и А. В. Вишневский. Последний во избежание рецидивов рекомендует, при выпадении прямой кишки,—как это делают гинекологи при выпадении матки,—присоединять к пластике тазового дна внутрибрюшную фиксацию с разрезом живота по средней линии.

Проф. П. А. Глушков: *О пластической резекции нижней челюсти.* Методы пластической резекции нижней челюсти (Billroth, Красици) ставят своей задачей получение широкого доступа для операций на языке. Что же касается случаев злокачественного новообразования дна полости рта и языка с переходом новообразования на внутреннюю поверхность дуги нижней челюсти, то здесь встает вопрос об иссечении куска этой последней с последующей (вторичной) пластикой иссеченного участка. Имея дело с таким именно случаем в своей клинике, докладчик, пользуясь идеей Bardenheuer'a-Дьяконова, выработал план операции резекции пораженного процессом участка дуги нижней челюсти с одновременным пластическим замещением дефекта. Сущность способа состоит в предварительном выпиливании Дьяконовской костной призмы из передне-нижнего края тела челюсти в области перехода новообразования на внутреннюю поверхность костной дуги. Призма остается в соединении с кожно-надкостничным лоскутом, и, после надламывания дистального конца ее, весь кожно-надкостнично-костный лоскут откидывается в сторону, а внутренний отрезок тела челюсти удаляется вместе с соответствующим участком дна рта и языка. После этого лоскут ставится вновь на свое место, и костная призма фиксируется швом на месте. Для уменьшения бокового давления на реплантированную костную призму, на зубы здоровых участков дуги челюсти необходимо наложение глухой фиксации к опорной дуге, наложенной на верхнюю челюсть (по Тигерштедту).—Прения: проф. А. В. Вишневский нашел способ П. А. Глушкова заслуживающим внимания; проф. В. Л. Боголюбов применял для замещения дефекта челюсти всаживание ребра, причем, хотя последнее приживало и не всегда, но разrostавшаяся соединительная ткань не допускала нарушения симметрии лица; способ докладчика, по мнению проф. Б., красив и применим в начальных стадиях прорастания новообразованием нижней челюсти.

Д-р Н. М. Утробин: *К казуистике подбородочных свищей* (с демонстрацией больной). Нередки неудачи, постигающие хирургов при оперативном лечении подбородочных свищей зубного происхождения путем выскабливания, или выдалбливания нижней челюсти, объясняются неправильным предположением о связи этих свищей с заболеванием челюсти. Между тем, по учению Partsh'a, Fichera, Rogta и др., виновником здесь является чаще всего скрытый апикальный или периапикальный фокус фронтальных нижних зубов при гангрене пульпы. Диагностика такого скрытого зубного процесса ставится путем осмотра, перкуссии, сравнительной реакции зубов на температурное воздействие и индукционный ток и, наконец, при помощи рентгенографии. Лечение, по Partsh'у, должно состоять в резекции верхушки корня виновного зуба, что с успехом и было произведено в демонстрированном случае у девицы с существовавшим 7 лет и неоднократно леченным подбородочным свищем.—Прения: профф. П. А. Глушков и В. Л. Боголюбов.

Д-р Б. В. Огнев: *Случай подковообразной почки* (демонстрация препаратов).—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и д-р А. Н. Сызганов.

Д-р П. Н. Маслов: *Псевдомиксома червеобразного отростка* (с демонстрацией препарата). Случай редкий,—в литературе описано лишь несколько десятков таковых.—По поводу доклада сделал некоторые замечания проф. В. Л. Боголюбов.

Соединенное заседание Хирургической и Акушерско-Гинекологической секций по поводу столетия со дня рождения Lister'a, 13/IV.

Проф. В. Л. Боголюбов: *Joseph Lister и его значение в хирургии.*—В дополнение к докладу проф. Б. проф. В. С. Груздев охарактеризовал роль Lister'a и листеризма в истории гинекологии вообще и русской гинекологии в частности.

Память *Listera* была почтена вставанием. Затем постановлено было послать приветствие ветерану русской хирургии, проф. В. И. Разумовскому, по поводу исполнившегося 70-летия со дня его рождения.

Проф. В. С. Груздев: *Грыжа беременной матки в послеоперационном рубце после аппендэктомии*. Доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Жур.» полностью.—По поводу его сделаны были замечания проф. В. Л. Боголюбовым.

Проф. М. О. Фридрих: *Новые в вопросе о заболевании эпифизов*. Доклад также будет напечатан в журнале полностью.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и В. С. Груздев. Секретарь прив.-доц. С. А. Флеров.

Офтальмологическая секция.

Годичное заседание 5/III.

Проф. В. В. Чирковский демонстрировал больного *после операции Krönléin'a по поводу ретробульбарной параневральной опухоли орбиты*. Больной Н. Г., 9 лет, находился под наблюдением в клинике с февраля 1925 г. Из анамнеза выяснилось тогда, что у него 4 мес. тому назад, после ушиба, стал выпячиваться правый глаз. Острота зрения в этом глазу равнялась 0,3, выпячивание определено экзофтальмометром Hertel'a в 13 мм., движения глаза были сохранены во все стороны, позади глаза прощупывалась твердо-эластическая опухоль без резких границ. При офтальмоскопировании—отечный сосок правого глаза; поле зрения сужено. RW++++, у отца RW+. Ребенку назначено специфическое лечение ртутью и сальварсаном, после которого к апрелю 1925 г. его состояние улучшилось: экзофтальмус уменьшился на 2 мм., зрение повысилось до 0,6; это улучшение как-бы указывало, что здесь не исключена возможность опухоли специфического характера. В мае RW—. В январе 1926 г. Г. явился со следующими явлениями: острота зрения в правом глазу—0,1, экзофтальмус почти не изменился; предложена операция, от которой родители больного, однако, отказались. В ноябре 1926 г. Г. был вновь принят в клинику, а 11 января 1927 г. у него была произведена операция Krönléin'a с видоизменением по Головину: после резекции костной стенки был открыт доступ к задней части глазницы, и опухоль, покрытая капсулой, была отделена тупым путем от незначительных сращений с оболочкой зрительного нерва, причем ни одной мышцы не было перерезано. Опухоль твердо-эластическая, 37 мм. длины и 29 ширины. Заживление раны гладкое. После операции—энорфтальмус 4 мм., движения кнаружи вначале сильно затруднены. В настоящее время—энорфтальмус 2 мм. и небольшой strabismus convergens; бывшая вначале диплопия почти совершенно исчезла, visus поднялся до 0,9 нормы, явления отечного соска прошли. Микроскопическое исследование опухоли позволяет говорить о параневральной фиброме с ксантоматозными изменениями в некоторых ее участках.—В прениях по докладу приняли участие проф. Чирковский и Адамюк и д-ра Архангельская и Дымшиц, отметивший интересное изменение рефракции у больного: при сдавлении глаза рефракция была гиперметропическая в 8,0 Д, а после удаления стала эмметропической.

Д-р Р. Х. Микаэлян: *Реакция Tricoire'a при трахоме*. Внутриочная реакция эта при трахоме была проверена автором у больных Трахоматозного Института без лимфатической конституции, причем оказалась положительной в 68% случаях, тогда как у контрольных больных, без трахомы, она была положительной лишь в 14% случаях. Больные трахомой с наличием лимфатико-гипопластической конституции дали отрицательную реакцию. Интрадермальная проба, произведенная с антигеном, приготовленным из экцидированного кусочка слизистой с фильтрованием через свечу, дала приблизительно такие же результаты, как и у трахоматозных больных без лимфатической конституции. При нагревании антигена и при пробе с аденоидным антигеном все результаты оказались отрицательными.—Прения: д-ра Рошин и Дымшиц и проф. Чирковский, заметивший, что, наблюдая реакцию, он был удивлен отсутствием положительных результатов ее в случаях трахомы с лимфатической конституцией и с антигеном аденоидной ткани, ибо казалось, что дело идет о неспецифичной реакции; для выяснения сущности реакции необходимо дальнейшее наблюдение.

Д-р Н. М. Морозов: *О татуаже роговицы по способу Кпарр'a*. Докладчик сообщил результаты клинических наблюдений татуажа роговицы хлорным золотом по способу Кпарр'a с демонстрацией больных. Способ был применен у 20 больных, в том числе у 19 с рубцовыми изменениями роговой оболочки и у 1 с cataracta traumatica cum synech. post. на здоровой роговице. Окраска про-

изводилась 2%, 3% и 5%, нейтральным раствором хлорного золота и 3%, раствором слабо-кислой реакции. Результаты окраски наблюдались до 3 месяцев. Удовлетворительный косметический эффект был получен в 4 случаях, неполный—в 14, неудовлетворительный—в 2. В I случае была получена окраска золотисто-коричневого цвета. Из осложнений наблюдался в одном случае прит. Способ технически легко выполним. Не сопровождался сколько-нибудь значительной травмой роговой оболочки, он может быть применяем и в тех случаях, где другие способы противопоказаны. Условия успеха применения хлорного золота не вполне выяснены, и метод нуждается еще в дальнейшем изучении.—В прениях д-р Крылов спросил, чем можно объяснить исчезновение диффузности окраски. Докладчик ответил, что, по мнению некоторых авторов (Кореневиц), основанному на микроскопическом исследовании препаратов роговиц, взятых в разное время после окраски, диффузная окраска в дальнейшем становится недиффузной и захватывает только клеточные элементы роговицы вследствие регенерации последних и абсорбирования хлорного золота из прилегающих к ним пластинок. Д-р М. Н. Куприянова осведомилась, накладывалась ли повязка тотчас же после операции, или спустя некоторое время. В одном из наблюдавшихся ею 3 случаев окраски по Кпарр'у, где повязка была наложена спустя некоторое время после операции, получилась интенсивная черная окраска. Докладчик ответил, что в большинстве случаев повязка накладывалась тотчас после операции, и во многих случаях на другой день получалась тоже черная окраска, но в дальнейшем она теряла свою интенсивность так же, как и в тех случаях, где она вовсе не накладывалась. Кроме того, в прениях приняли участие профф. В. Е. Адамюк и В. В. Чирковский.

Секретарем секции д-ром А. Н. Кругловым был прочитан краткий отчет о деятельности секции за 1926 год. За отчетный период она имела 6 заседаний, на которых было заслушано 25 докладов; членов секции было 25 чел.

В Президиум секции были избраны: председателем проф. В. В. Чирковский, его заместителем проф. В. Е. Адамюк, секретарями д-ра А. Н. Круглов и Р. Х. Михайлян.

Общество Невропатологов и Психиатров при Казанском Университете.

Заседание 23/III.

Д-р Е. В. Сухова продемонстрировала больного с поражением *conus* и *epiconus medullaris*. Больной Г., 44 л., не имевший лues'a, злоупотреблявший алкоголем, заболел в ноябре 1923 г. болями в пояснице и слабостью в ногах, заставившими его лечь в постель. Через 3 месяца наступило улучшение, Г. стал ходить, но правая стопа продолжала не действовать; расстройств тазовых органов не наблюдалось. В конце июля 1926 г., после ряда простудных моментов, снова слабость в ногах, а через несколько дней, после большой выпивки, парез стал очень резким, развились недержание мочи, запоры, импотенция. Через 2 месяца пролежень в области крестца, парестезии в стопах в виде чувства жжения и дерганья. Объективно: левый зрачок немного уже правого при живой реакции и нормальном глазном дне; paraparesis inferior, резче справа, паралич правой стопы; ходить может с трудом, пользуясь палкой; коленный рефлекс справа нормален, слева повышен, с Ахиллова сухожилия оба отсутствуют, брюшные и на кремастер живые, подошвенные не вызываются, анальный рефлекс отсутствует. Недержание мочи, запоры. При пассивных движениях в коленных суставах в начале движения повышение мышечного тонуса. Кожные виды чувствительности растроены в форме рейтуз в области ягодицы, задней поверхности бедер и голеней, тыле стопы, подошвенной поверхности стопы и наружном отделе нижней половины голеней (по корешковому типу). На голенях и стопах изменение электровозбудимости мышц, местами с характером реакции перерождения. Пролежень в области крестца. Плецитоз в спинномозговой жидкости 9,0 в куб. милл., р. Nonne и Arlet'a в I фазе положительная. Имеется артрит. Кровяное давление 210—95.

Д-р В. И. Бик: К вопросу о наследовании форм *circulus arteriosus Willisii*. Автор исследовал артериальную систему головного мозга лиц, связанных между собою кровным родством. Было исследовано три пары мозгов: первая принадлежала матери и плоду, вторая—thorasopagus и третья—двум двоюродным сестрам (их матери были родными сестрами). Артериальная система каждой пары обладала многими сходными чертами, причем это сходство особенно резко было выявлено в построении *circulus arteriosus*. У первой пары art. cerebri post. dex. снабжались кровью за счет a. carotis int. dex., a. art. basilaris почти целиком