

личной ролью в организме стрептококков и палочки Löffler'a: последняя строго локализована, и только токсины ее поступают в организм, стрептококки же при скарлатине попадают в общий ток кровообращения. Затем проф. А. отметил, что до сих пор в распоряжении бактериологов, к сожалению, нет метода определения лечебной силы антиоксической сыворотки, употребляемой при скарлатине.

Проф. В. М. Аристовский и д-р А. Г. Вайнштейн: *Опыт вакцинации человека к возвратному тифу.*—По поводу этого доклада, также печатаемого в настоящей книжке «Журнала», выступали в прениях профф. А. Н. Миславский, Б. А. Вольтер и Р. А. Лурья.

Секретарь А. Л. Вылегжанин.

Физиологическая секция.

Заседание 12-е 27/XI.

Д-р П. И. Цветков: *Влияние половых желез на костный мозг и периферическую кровь.* Наблюдения над изменениями Hb, Eг, Fі, ретикулоцитоз и кровяных пластинок, а также над скоростью восстановления Eг и Hb после кровопусканий и гемолиза, у кастрированных, спленэктомированных и подвергшихся обеим операциям животных различных полов и возрастов—дали докладчику следующие результаты: кастрация самок в периоде полового созревания вызывает падение Hb и Eг с понижением Fі, у молодых и взрослых самок—равномерное падение Eг и Hb без изменения Fі—так же, как и у взрослых кастрированных самцов: кастрация молодых самцов (2—3 мес.) не ведет к изменению периферической крови, Eг и Hb; в большинстве случаев кастрации отмечается повышение числа ретикулоцитов и кровяных пластинок; спленэктомия вызывает большую частью временное повышение Hb и Eг с понижением Fі без увеличения ретикулоцитов; одновременные кастрация и спленэктомия не вызывают изменения Hb и Eг в периферической крови; кровяные пластинки повышаются в числе во всех случаях кастрации, спленэктомии, а также кастрации, соединенной со спленэктомией; восстановление крови после кровопускания и гемолиза идет быстрее у кастрированных, а также кастрированных и вместе спленэктомированных животных, чем только у спленэктомированных; у последних это восстановление идет медленнее, чем у контрольных; восстановление крови сопровождается различной реакцией костного мозга, что сказывается появлением в периферической крови различного количества ретикулоцитов и эритробластов; спленэктомия, кастрация и спленэктомия вместе с кастрацией вызывают гиперплазию костного мозга с преобладанием лейкопоэза; у молодых животных кастрация вместе со спленэктомией ведет к анемии костного мозга. В конечном итоге на основании гистологических изменений костного мозга и скорости восстановления крови после кровопускания и гемолиза у кастрированных, спленэктомированных и подвергшихся обеим операциям животных можно сказать, что половые железы действуют тормозящим образом на костный мозг, а селезенка—стимулирующим.—В прениях по докладу принимали участие профф. Горяев и Викторов и д-ра Шерман, Ахрем-Ахремович, Зимницкий и Рошин.

Д-р Ф. Д. Агафонов: *О сосудорасширяющих свойствах крови при сыпном тифе.* Не разведенная дефибринированная кровь и кровь в разведениях 1:100, 1:200, 1:300, 1:500, 1:1000 и 1:2000 (в жидкости Ringеr'a), взятая в различные периоды болезни из вены локтевого сгиба сыпнотифозных больных через 1½—2 часа после завтрака, пропускалась через сосуды задней конечности лягушки, причем ее действие сравнивалось с действием крови здоровых людей, взятой при одинаковых условиях и в одинаковых разведениях. Этими опытами было установлено, что сосудорасширяющее действие крови сыпнотифозных больных проявляется постоянно и вне зависимости от периода болезни и состояния пищеварительного аппарата. В дальнейших опытах с кровяным давлением на теплокровных животных (кошках) получилась такая же разница в действии на кровяное давление крови сыпнотифозных больных сравнительно с кровью людей здоровых: введение крови здоровым (в разведении 1:200 в жидкости Ringеr-Lock'a) не вызвало никакого эффекта, или вызвало небольшой, постепенный и длительный подъем кровяного давления в то время, как введение крови сыпнотифозного в тех же разведениях всегда влекло за собой то более быстрое, то медленное и длительное (до 30 минут) понижение кровяного давления, которое также постепенно поднималось до исходных цифр. Этот же эффект получался и после пере-

резки спинного мозга. Действующим началом, вызывающим этот эффект, по всей вероятности, являются продукты белкового распада, циркулирующие в крови, вызывающие расширение сосудов и оказывающие влияние на самую стенку сосудов.—В прениях по докладу принимали участие профф. Вольтер и Горяев, доцент Афонский и д-ра Шерман и Федоров.

Тов. председателя секции А. Гусев.

Хирургическая секция.

Заседание 9/XI.

Д-р Д. Н. Федоров демонстрировал больного 53 лет, оперированного проф. П. М. Красиным по поводу *рака правой половинки языка*. Операция была выполнена по последней модификации способа проф. Красина, а именно, к обычному разрезу для временной остеопластической резекции отрезка нижней челюсти был прибавлен еще большой линейный разрез от *proc. mastoideus* до яремной вырезки, через который были удалены железы, расположенные вдоль переднего края *m. sterno-cleido-mastoidei*, вместе с *gl. salivaris submaxillaris*. Модификация эта представляет те преимущества, что она является наиболее радикальной и делает легко доступными все лимфатические железы, в которые дает заносы рак языка, тем самым надежно обеспечивая больных от рецидивов. У демонстрируемого больного операция была произведена под местной анестезией.— В прениях проф. Красин указал, что он несколько раз демонстрировал больных раком языка, радикально оперированных по его способу; на XX съезде хирургов он доложил о 5 своих наблюдениях, демонстрированный случай шестой. Д-р А. Н. Рыжих считает необязательным перевязку *a. carotis ext.* как это делает проф. Красин.

Д-р А. И. Сластиков: *О подкожных разрывах тонких кишек*. Докладчик наблюдал случай подкожного разрыва тонких кишек. Больного придавило телегой. Через 3 часа он был доставлен в больницу. Главные явления: напряженный живот, грудной тип дыхания и малый, частый пульс. Вскрытие брюшной полости обнаружило полный поперечный разрыв тонкой кишки, который, по освещении краев раны, был зашит (круговое соединение кишечных отрезков). Выздоровление.—В прениях д-р П. Ф. Колчин высказал мнение, что существующие в брюшной полости спайки и тяжи могут способствовать разрыву кишки, и привел 2 наблюдавшихся им случая такого разрыва. Д-р А. Н. Рыжих думает, что наиболее приемлемой теорией, объясняющей механизм подкожного разрыва кишки (т. наз. лопанья кишки) является теория Sauegbruch'a (закон замкнутого пространства). Проф. В. Л. Боголюбов отметил, что диагностика подкожных разрывов кишек не всегда легка, и удачные исходы наблюдаются только при раннем оперировании.

Д-р Б. В. Огнев: *О костно-пластическом вычленении плеча по способу проф. П. М. Красина*. Этот способ состоит в том, что *m. deltoideus* с выпиленной пластинкой из плечевой кости, после удаления последней, фиксируется в *cavitas glenoidalis*, откуда предварительно удаляется хрящ. Докладчик с успехом оперировал по такому способу 2 больных. В настоящее время он разрабатывает вопрос о сохранении функции *m. pectoralis* и *m. latissimus dorsi*, предлагая сшивать их сухожилия, как антагонисты, и в петлю сшитых сухожилий проводить *m. deltoideus* к *cavitas glenoidalis*. Он пытается предпринять подобную же операцию и на тазобедренном суставе.—В прениях проф. П. М. Красин отметил, что идея сохранения нервно-мышечного аппарата плеча при вычленении последнего осуществлена им на трупах и с анатомической стороны разработана его сотрудником, д-ром А. Н. Сызгановым. Проф. М. О. Фридланд указал, что необходимо избегать уродующих операций—вычленений в суставах, а надо стремиться к сохранению хотя бы незначительного участка головки. Это также важно для устройства и ношения протезов. Предлагаемый способ проф. Красина идет навстречу вышеуказанным соображениям и поэтому заслуживает внимания. Проф. В. Л. Боголюбов указал на клиническое значение данного способа и необходимость его дальнейшей клинической разработки. Секретарь П. Цицмис.

Заседание 19/XI.

Д-р Б. В. Огнев демонстрировал *препарат почки, удаленной по поводу гидронефроза*.—По поводу демонстрации высказались д-р Ю. А. Ратнер, проф. П. М. Красин, отметивший, что в данном случае выгоднее, видимо, было начать операцию сразу под общим наркозом, тем более, что под местным обезболиванием