

сунков, без которых изучать топографию *p. phrenici* и знакомиться с операциями над ним—очень трудно. Издательство «Врач» имеет большие заслуги перед русскими хирургами.—оно издало переводы, напр., таких необходимых книг, как «Руководство по топографической анатомии» Korning'a, учебник и атлас по частной хирургии Sultan'a и в особенности атлас хирургическо-патологических рентгенограмм Graswey'a; но рецензируемая книга является относительно-неудачным детищем издательства и не принесет большой пользы практическому хирургу.

Проф. Л. Ратнер.

IX Съезд Терапевтов СССР.

Происходивший с 23 по 28 мая в Москве IX Всесоюзный Съезд Терапевтов отличался своей многолюдностью.—общее число членов его доходило до 1250, из них 40—50% падало на провинцию. В 4 дня на заседаниях Съезда был заслушан 131 доклад, причем одно заседание было совместное со Съездом Хирургов. Два дня Съезда были специально экскурсионно-демонстрационными днями.—они были посвящены ознакомлению членов Съезда с клиниками и др. научными учреждениями Москвы, в коих, по заранее выработанной программе, производилась в эти дни демонстрация интересных больных, методов лечения, методов научного исследования, разных аппаратов и приборов. Вместе с этим руководители учреждений вкратце ознакомили членов Съезда с теми научными вопросами и проблемами, разрешением которых занято в данный момент учреждение. Надо отметить, что эта часть Съезда блестяще удалась Организационному Комитету, и приходится только пожалеть, что в столь короткий срок членам Съезда невозможно было познакомиться с большинством научных учреждений, поражающих богатством обстановки и аппаратуры нас, казанцев, привыкших к нашему убожеству.

Что касается деловой части Съезда, то едва-ли принятый Орг. Комитетом способ ведения заседаний Съезда можно признать удачным и целесообразным. Масса представленных Комитетом к заслушанию докладов, удачно названных микродокладами и явившихся по существу содокладами к основным программным докладам, отняла слишком много времени и вызвала такую перегрузку, что прений по программным докладам отчасти за недостатком времени, отчасти по переутомлению слушателей совсем не было. В результате прозвучал огромный ряд как-бы оторванных положений, цельной же, отчетливой, законченной картины по существу вопроса не создалось. Отсутствие печатных положений основных докладчиков, по нашему мнению, является также большим минусом, тем более что «Труды» Съезда при современных условиях вряд-ли могут скоро выйти в свет.

По избрании председателем Съезда проф. С. С. Зимницкого (Казань) и президиума Съезд начал свои занятия с доклада проф. О. О. Гартоха (Ленинград) по первому программному вопросу: «Затяжные септические заболевания». Докладчик сначала осветил вопрос о возбудителях сепсиса; во второй половине доклада, основанной на широко поставленной экспериментальной работе на кроликах, он изложил полученные данные о *streptococcus viridans*, как возбудителе *endocarditis lenta*. Между прочим докладчик отметил быстрое исчезновение этого микроба, при внутривенном заражении кроликов, из крови и задержку его в таких органах, как печень, легкие, селезенка и главн. образ. почки (до 7 дней). Кролики, получившие предварительно *antivirus*, не заражались, и культур докладчику не удалось получить ни из одного органа. Второй официальный докладчик по данному вопросу, проф. Воробьев (Москва), описал вообще клиническую картину хронического сепсиса.

Доклад проф. С. С. Зимницкого (Казань) на вторую программную тему «*Endocarditis lenta*», представлявший из себя обширный литературный обзор по данному вопросу, явился прекрасной литературной базой для ярко и образно очерченной клинической картины данного заболевания, нарисованной проф. И. Д. Стражеско (Киев) в его докладе «Клиника и терапия *endocarditis lenta*». Доклад этот основан на огромном личном материале—80 случаев. По мнению проф. Стражеско наблюдаемое за последнее время учащение этой нозологической единицы обуславливается понижением сопротивляемости организма после пе-

ренесенных пертурбаций. Что касается возбудителя болезни, то, по данным Стражеско, в 33% его случаев это был *strept. haemolyticus*, в 44%—*s. viridans*, в 3 случаях—и тот и другой. По клинической картине все наблюдавшиеся им случаи могут быть разделены на три группы: в первую входят случаи легкие, скрытой формы—*endoc. largata*, во вторую—случаи промежуточной формы, *endoc. subfebrilis*, в третью—тяжелые случаи, собственно *endoc. lenta*. В анамнезе всех больных всегда мелется какая-нибудь инфекция. Об'ективных симптомов, кроме явлений общей слабости и нейрастении в I и II группах, не было почти никаких; лишь при тщательном и бдительном наблюдении вместе с субфебрильной температурой иногда проскальзывали симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы в виде непостоянного легкого систолического шума на верхушке и аритмии. В этот период излюбленным местом поражения являются клапаны двустворки. Первая и вторая группы могут давать длительное, м. б. кажущееся, выздоровление. Третья группа, собственно *endoc. lenta*, характеризуется бурно протекающими, тяжельми симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы (эмболии, метастазы), как-бы острым началом и летальным исходом. В клинике эта только форма и наблюдается, так как больные I и II групп очень редко обращаются за медицинской помощью, а если и обращаются, то обычно идут под знаком другой болезни. Характерным для тяжелой формы *endocarditis lenta* является поражение всегда и клапанов аорты. Терапия: 1) улучшение жизненных условий больного; 2) ухудшение условий роста и размножения микроба—все *chemicalia*; 3) покой для сердца; 4) *argophavin*.

Дополнением к докладу проф. Стражеско был доклад из его клиники д-ра Гейлига «К вопросу о возбудителе затяжного септического эндокардита». Сущность доклада сводится к следующим положениям: 1) возбудителем *e. lenta* является *strept. viridans* и *haemolyt.*; 2) *str. viridans* является не только возбудителем *e. lenta*, но находится в крови и при других септических заболеваниях; 3) под влиянием химических препаратов, вливаемых в кровь, температуры (лихорадки), изменяемости питательной среды наблюдается переход *s. viridans* в *s. haemolyticus* и обратно, на основании чего *s. viridans* нужно считать не специфической формой, а мутационной или формой вырождения; 4) наилучшей методикой выращивания стрептококков из крови эндокардитиков надо признать методику жидких питательных сред по Freund'у и Berggr'у с последовательными ежедневными перевивками на свежих средах втечении от 4 до 6 дней.

В тесной связи с докладами о *sepsis lenta* стоял доклад патолого-анатома Талалаева (Москва) «Клинико-анатомическая классификация острого ревматизма, его симптоматология, исходы и отношение к *sepsis lenta*», где он на основании новых патолого-анатомических данных выдвинул вопрос о пересмотре клинической симптоматиологии острого ревматизма. Между прочим докладчик отметил, что в остром периоде ревматики гибнут главным образом при явлениях сердечной блокады,—что в дальнейшем главная масса ревматиков, инфицируясь, гибнет от медленно протекающего *sepsis lenta*,—что 50% больных *sepsis lenta* имеют в анамнезе острый ревматизм, остальные же 50% должны рассматриваться как бывшие ревматики, и что в картине *sepsis lenta* характер болезни определяется не возбудителем, а своеобразной реактивной способностью организма.

Проф. Ланг (Ленинград) на основании данных клиники и аутопсии (36 случаев) высказался,—правда, с осторожностью,—что между старыми ревматическими изменениями клапанов и *endocarditis lenta* имеется связь, и что *endocarditis lenta* является как-бы поздним проявлением ревматического вируса.

Проф. Р. А. Лурья (Казань) сообщил случай, где долго наблюдавшийся им больной, шедший под диагнозом криптогенной септикопиемии, оказался люэтиком, у которого специфическая терапия дала блестящий эффект.

Проф. Кончаловский (Москва), сообщив о 15 случаях хронического стафилококкового сепсиса, отметил, что наилучший результат был в этих случаях получен от лечения антивирусом по Безредка, препараты же серебра и краски остались без эффекта.

Проф. Невядомский (Москва) заметил, что во всех наблюдавшихся им случаях *end. lenta* были налицо условия пониженного питания и усиленной физической работы. *E. lenta*, по его мнению, как особая нозологическая единица, не существует, а представляет из себя разновидность ревматического эндокардита; поэтому наилучший лечебный эффект здесь получается от салициловых препаратов и мушек.

Второй день Съезда был посвящен вопросу о диабете, его лечении и терапевтическом значении инсулина. Программный докладчик, проф. Е. И. Фром-

гольдт (Москва) в прекрасной получасовой речи широко охватил этот вопрос, начав с истории развития учения о диабете, а затем красочно и выпукло изложил всю сущность патогенеза этой болезни с точки зрения современного понимания. Докладчик довольно пространно остановился при этом на вопросе о несоответствии данных клиники и патологической анатомии. В настоящее время еще далеко не все случаи диабета имеют определенный анатомический субстрат. В частности материал докладчика (15 случаев секции диабетиков) свидетельствует, что не во всех случаях диабета можно обнаружить изменения в pancreas, а если таковые и имеются, то нерезкие, доступные только опытному глазу. При этом клинически-тяжелый диабет может дать мало изменений в pancreas, и наоборот. Вообще, по мнению докладчика, диабет далек от того, чтобы сделаться анатомической болезнью. Целый ряд желез внутренней секреции, кроме pancreas, связан с углеводным обменом: hypophys, надпочечники, половые железы. Диабет—не болезнь общего обмена, а болезнь внутренней секреции. С клинической точки зрения диабет в настоящее время должен рассматриваться, как состояние, где функция островкового аппарата поджелудочной железы недостаточна, откуда и гликозурия, зависящая от этой причины; единственно diabetes insipidus не связан с гипергликемией и не поддается действию инсулина. Эта форма диабета не поддается и диете. По мнению всех клиницистов diabetes insipidus, пока прием нет сильной гликозурии, не нужно трогать. Терапия диабета: диета и инсулин, причем все способы диетического лечения сводятся к одной цели—агликозурии и повышению толерантности к углеводам.

В. М. Коган (Харьков) остановился на показаниях и противопоказаниях к инсулиновой терапии. Основное положение этого докладчика,—что лечить диабет одним инсулином нельзя, ибо химическая природа его еще не установлена, да и механизм действия инсулина толкуется различно. На основании собственного материала в 102 случаях д-р Коган ставит след. показания к инсулиновой терапии: 1) coma diabeticum,—при ней нужно применять большие дозы инсулина с одновременным введением декстрозы; 2) инфекционные осложнения диабета, причем, однако, в случаях гнойных септических процессов инсулин едва ли помогает; 3) необходимость операционного вмешательства; 4) тяжелые формы диабета. Противопоказуют лечение инсулином: 1) diabetes insipidus; 2) переходные формы; 3) сильно повышенная чувствительность к инсулину; 4) morbus Addisonii; 5) тяжело протекающий tbc; 6) беременность. Из осложнений при инсулиновой терапии наблюдаются отеки, нефрит, гематурия и гипогликемическая кома.

Проф. Гуревич (Москва-Смоленск) сообщил, что в его случаях диабета диета, из которой были исключены белки и животные жиры, привела к исчезновению гликозурии; это, по его мнению, говорит за то, что могут встречаться случаи диабета на почве нарушения углеводного обмена без заинтересованности pancreatis, на почве гепатозов. С таким же сообщением выступил проф. Д. Д. Плетнев.

Д-р Смирнов, в докладе «Протеинотерапия диабета», на основании как экспериментальных данных, так и клинических наблюдений сообщил о понижающем действии на сахар крови впрыскиваний сыворотки. Гипогликемия после этих впрыскиваний держится дольше, чем при применении инсулина.

В заключительном слове проф. Фромгольдт, упомянув о громадной сложности таких вопросов, как вопрос о диабете и инсулине, нашел все же возможным уже и в настоящее время сделать кое-какие выводы: 1) инсулин успешно излечивает диабетическую кому; 2) эффект инсулиновой терапии зависит от сил организма (там, где организм плох, эффекта от инсулина ждать не приходится); 3) инсулин—большое подспорье в лечении диабета; 4) главная терапия диабета, однако,—диета; 5) лечение диабета большими дозами инсулина без диеты большинством авторов не одобряется. После заключительного слова проф. Фромгольдта Съезд постановил избрать особую комиссию для скорейшего проведения в жизнь возможности населению СССР пользоваться более доступным по цене инсулином.

Из ряда докладов по внепрограммным темам с большим вниманием был заслушан на Съезде доклад Г. А. Иващенко в а (Ленинград) о дизентерии, построенный на огромном материале (3000 случаев). Дав краткую характеристику этиологических моментов дизентерии, докладчик подробно остановился на патогенезе заболевания. Последний связан с 4 эндотоксинами, и течение болезни делится на стадии внедрения токсинов и выделения их. Дизентерийная палочка легко гибнет в нормальном желуд.-кишечн. тракте; на здоровую слизистую colonis она не действует. Токсины выделяются через слизистую толстой кишки и раздражают ее. Клинически-легкие случаи зависят от легкой интоксикации, ведущей к незна-

чительному раздражению слизистой толстой кишки. В тяжелых случаях имеют место обилие инфекционного материала, значительная общая интоксикация, значительное раздражение слизистой и присоединение вторичной инфекции. Задачей терапии являются: выделение инфекционного материала, нейтрализация токсинов и заживление поврежденных кишечной мукозы. Лечение наиболее тяжелых случаев сывороткой должно быть начато очень рано, смертность при этом падает на 30%. В случаях средней тяжести следует заботиться о длительных, регулярных послаблениях преимущественно при помощи солевых растворов (1½—2% Na sulfur. по 1 стак. pro dosi, от 500 куб. с. до 1000 куб. с. и более в сутки) и регуляции деятельности кишечника атропином.

С большим успехом выступил проф. Р. А. Лурья (Казань) с докладом «Новые пути в лечении поносов». Исходя из того, что значительное число случаев поносов является результатом расстройства функций всего организма,—общего обмена в тканях воды, нарушения корреляции эндокринного аппарата, иммунитета, центральной нервной системы,—и что сущность лечения таких поносов должна лежать не столько в диетотерапии, сколько в методах, изменяющих общую установку организма, докладчик предложил для лечения этого рода поносов парэнтеральное введение пептона Witte (доза 5 куб. с. дробно стерилизованного 5% раствора пептона подкожно или внутримышечно). Эта пептонотерапия поносов биологически не идентична с протеинтералией и не дает ни местной, ни общей, ни очаговой реакции; применять ее можно и амбулаторно. В основе действия пептона, по мнению проф. Л., лежат еще не изученные процессы, среди которых м. б. имеет значение влияние пептона на функцию печени, регулирующую обмен воды в тканях, спазмолитическое действие пептона и антиаллергические свойства его.

Проф. С. С. Зимницкий (Казань) сделал сообщение, уже известное нашему Обществу Врачей: «Новое в патогенезе язвы желудка», где он привел мысль, что конституциональная сущность язвенного диатеза лежит в ацидозе тканей.

В высшей степени интересное сообщение было сделано проф. А. И. Яроцкий (Москва) об исследовании запирательного рефлекса привратника, как методе изучения функционального состояния поджелудочной железы и печени. Принцип метода, данный работами школы И. П. Павлова, заключается в том, что масло, введенное в 12-перстную кишку, держит привратник закрытым, пока все оно не переработается соками pancreatis и печени. Техника метода такова: в duodenum вводится через тонкий зонд 100,0 растительного масла (подсолнечного), затем зонд несколько вытягивают с таким расчетом, чтобы oliva зонда осталась в желудке. Затем дают больному выпить 250 куб. с. воды и через определенные промежутки времени выкачивают с помощью аппарата Potain'a, всю воду. Обычно через 40 мин. в желудке оказывается около 80 куб. с. воды; это показывает, что привратник открылся, и большая часть воды ушла из желудка. В случаях закупорки протока pancreatis и желчных путей период закрытия привратника удлиняется, и, вводя последовательно через 30, 80, 120 и т. д. минут новые порции воды (по 250 куб. с.), можно видеть, что pylorus остается закрытым все время, и из желудка в таких случаях даже через 3 часа от начала опыта, при попытке выкачать обратно введенные туда за 40 мин. 250 куб. с., можно получить даже большее количество; это свидетельствует, что привратник не только не пропускает из желудка его содержимого, но, наоборот, часть содержимого 12-перстной кишки (и масло) выбрасывается в желудок. Предлагаемый метод дает возможность в цифрах выразить степень достаточности или недостаточности внешней секреторной функции поджелудочной железы и печени.

Все пятое заседание Съезда было посвящено докладом по сердечно-сосудистой системе. Отметим среди них доклад д-ра Егорова, который сообщил о 16 случаях прижизненного диагноза инфарктов сердца на основании клинического анализа. Инфаркт миокарда дает резко очерченный клинический симптомокомплекс,—здесь характерна острая одышка, боли в области сердца, острая сердечная недостаточность, не прогрессирующее расширение полостей сердца, появляющееся с первых дней.

К этой же серии относился доклад проф. Плетнева, сообщившего о 8 случаях прижизненной диагностики аневризм сердца. Диагностика эта трудна и возможна только в некоторых случаях, базируется она на тщательном анализе анамнестических и клинических данных; рентген и аускультация решающей роли здесь не играют. Как характерные признаки, проф. П. отмечает: неукротимый рост влево левого желудочка, абсолютную слабость верхушечного толчка в срав-

нении с сердечным толчком (для аневризм лев. желудочка) и усиленную пульсирующую *reg. epigastricæ* при падающем давлении (для аневризм прав. жел.).

Проф. Бухштаб в докладе «О механизме излечения некоторых форм грудной жабы» сообщает, что в наблюдавшихся им некоторых случаях грудной жабы (14 сл.), в основе которых лежал тромбоз или эмболия венечной артерии с последующей *myomalaciæ* сердца и перикардитом, и приступ жабы сопровождался повышением *t_p*, после приступа наблюдался *spatium lucidum* от 4 мес. до 4 лет. Этот *spatium lucidum* прерывался или скоростипажной смертью от разрыва сердца, или резко развивающейся недостаточностью сердечной мышцы. Докладчик провел аналогию между *spat. lucidum* и прекращением припадков грудной жабы после симпатэктомии; разница в том, что здесь *n. sympathicus* перерождается в самом органе. По существу как при симпатэктомии, так и при *myomalaciæ* сердца «выздоровление», т. е. прекращение припадков, — лишь временное, кажущееся.

Д-р Вальдман (Ленинград), изучая вопрос о венозном давлении и венозном тонусе методом *Moritz-Taboga*, результаты своих наблюдений формулировал в следующих положениях: 1) явления венозного застоя могут протекать как при высоком, так и при низком венозном давлении. 2) При декомпенсированных пороках, при *arythmia perpetua* венозное давление, как правило, повышено. 3) При некоторых расстройствах компенсации сердечно-сосудистой системы (артериосклероз, миофиброз, кардиосклероз, эмфизема) венозное давление иногда не только не повышено, но даже понижено, несмотря на полную картину венозного застоя; объяснение этого следует искать в тонусе самих стенок венозных сосудов. 4) Хронические интоксикации и инфекции, нарушая устойчивость и работоспособность всей сердечно-сосуд. системы, подрывают в частности и тонус венозных стенок; в этих случаях сердечная слабость может быть вторичной.

Ряд докладов на Съезде был, далее, посвящен вопросам конституции, холестеринемии, изменению химизма крови и морфологии при свинцовых отравлениях и т. п. Между прочим проф. *Loeschke* сделал доклад на тему: «*Vegetative Stoffwechselstoerungen*». Не имея возможности подробно останавливаться на этих докладах, я, заканчивая свое сообщение, упомяну лишь о докладе *Диллона* и *Рубинштейна* (Москва): «Диагностика заболеваний желчного пузыря по методу *Graham'a*». Метод этот, состоящий в интравенозном введении тетрабромиде желчного пузыря. Рентгеноскопическое и рентгенологическое изображение через разные сроки после вливания позволяет разрешать ряд вопросов анатомии, физиологии и патологии пузыря. Положения докладчиков таковы: 2) Неполучение изображения желчного пузыря по методу *Graham'a* указывает на недостаточную проходимость пузырного протока. 4) Метод *Graham'a* облегчает дифференциальный диагноз между триадой: *cholecystitis, ulc. duodeni, appendicitis*. 5) Метод *Graham'a* не представляет опасности для больных, технически прост, может быть применен к амбулаторным больным.

Следующий Съезд Терапевтов назначен на май 1927 года в Ленинграде. Программные темы намечены следующие: 1) висцеральный люес, 2) периферическое сердце, 3) консервативные и оперативные методы лечения холециститов и болезней желчных путей.

В. Якимов.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Акушерско-Гинекологическая секция.

Д-ра *Ф. П. Ханина-Гайдук* и *П. В. Маненков* дали отчет о VII Всесоюзном Съезде Акушеров и Гинекологов в Ленинграде. Отчет этот будет напечатан в ближайшей книжке «Каз. Мед. Журнала». — Дополнения к нему сделал участник Съезда д-р *Е. Д. Ружский*.

Д-р *Успенский* демонстрировал препарат яичниковой беременности.