

звивия, фиксаторы, бленды, защитные приспособления, (фототехника), практические основы центрировки и перспективы, прекрасные рисунки и схемы установки большого при различных снимках, схемы нормального окостенения, вариантов и ценных указаний для анализа рентгенограмм. Во втором отделе имеются на 140 стр. лучшей бумаги 234 прекрасных позитива рентгенограмм, не уступающих оригиналам и сделанных по особому методу (Glanzdruck). Эти оттиски позволяют детальный анализ каждого снимка, подбор которых представляет прекраснейший материал для сравнения, одинаково полезный и начинающему, и специалисту-рентгенологу, и ортопеду-хирургу.

Р. И. Гасуль.

Ф. М. Ротштейн. *Патология и терапия рахита*. С предисл. проф. С. Бруштейна. Госмедиздат, 1929 г., 150 стр., ц. 1 р. 65 к.

В книге д-ра Ротштейна имеются две неравноценные части. Первая, большая, часть посвящена патологии рахита; здесь мы находим довольно подробное изложение анатомии, симптоматологии, этиологии и патогенеза рахита. Но некоторые утверждения автора не вполне соответствуют современному положению трактуемых вопросов. Таково, напр., его мнение о связи рахита с желудочно-кишечными расстройствами; автор полагает, что те желудочно-кишечные заболевания, которые особенно часто наблюдаются именно в конце лета и в начале осени, представляют собой именно ранние формы рахита (стр. 54-я).—Трудно согласиться с автором также и в его оценке значения авитаминоза в этиологии рахита; вопреки его мнению, что нет достаточных оснований для признания связи между рахитом и авитаминозом (стр. 63-я), клиника и эксперимент принесли за последние годы много фактов, устанавливающих такую связь с несомненностью; в главе о лечении автор сам тоже приводит такие факты.—Сближение рахита с болезнью Barlow'a теперь уже оставлено, так как эти процессы оказались различными как по этиологии, так и по анатомическим изменениям.—Автор сообщает о своих опытах, в которых он стремился вызвать рахит у животных путем удаления зубной железы; он получил изменения, которые «обнаруживают много сходства с человеческим рахитом» (стр. 72-я). История попыток экспериментально воспроизвести рахит у животных достаточно убедительно показала, что одного сходства здесь недостаточно.—В общем, можно сказать, что эта часть книги потребует в следующем издании значительных изменений.

Значительно удачнее вторая часть книги, которая посвящена терапии рахита и в которой изложены собственные наблюдения автора над лечением рахитиков в Ленинградском физиотерапевтическом институте при помощи ультрафиолетовых лучей, облученной пищи и другими методами; эта часть содержит много интересных данных и свидетельствует о большой проработанной автором работе: он определял у больных количество кальция и фосфора в крови до и после лечения, проверял результаты лечения рентгеновскими исследованиями, а у трех больных определил также баланс извести и кальция (в семи трехдневных опытах). Полученные автором данные вполне убедительно доказывают действительность примененных терапевтических методов. Поэтому указанные выше недочеты не лишают все же книги ее ценности, и многие врачи прочтут ее с интересом.

В книге много печаток, особенно в иностранных фамилиях. Рис. № 3, изображающий ребенка с ясной деформацией грудной клетки и конечностей, почему-то подписан: «Вид ребенка в прерахитической фазе».

Проф. Е. Ленский.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Хирургическая секция.

Заседание 14/1—29 г.

Д-р М. С. Знаменский. *Случай удаления пули из левого легкого у военнослужащего, получившего случайное (слепое) ранение из пулемета при учебной стрельбе на расстоянии около километра. Входное отверстие на передней аксиллярной линии слева. После ранения — резкая одышка, кровохарканья не было, постоянные боли в левом боку, глубокие вдохи особенно болезненны. Рент-*

геноскопия: пуля, не деформированная, в левой половине грудной клетки, острием кнаружи. При вдохе смещается книзу. При осмотре спереди пуля имеет неясные контуры и кажется больше своих нормальных размеров, сзади она контурируется отчетливо и имеет нормальные размеры. Уровень ее—VIII ребро сзади. Извлечение пули было произведено под непосредственным контролем рентгеновских лучей через разрез сзади, вдоль 8-го ребра с частичным иссечением последнего и соседнего 9-го. До вскрытия плевры три фиксирующих легкое шва. При вскрытии плевры легкое схвачено окончатым пинцетом и извлечено из раны. Пуля найдена в извлеченной части легкого на глубине $\frac{1}{2}$ сант. под висцеральной плеврой в гранулирующей полости. Рана легкого зашита катгутowymi швами и фиксирована к плевральной ране. Подоформный выпускник. Швы на мышцы и кожу. Послеоперационное течение гладкое и к моменту демонстрации (спустя, прибол., с месяц после операции) больной чувствует себя вполне удовлетворительно. Рентгеновская трубка помещалась под столом, экран, обернутый в ватолочку с вырезанным окном, накладывался сверху. Освещение—для отдельных моментов операции. Прения: В прениях приняли участие профф. П. М. Красин, М. О. Фридланд и В. Л. Боголюбов и прив.-доц. В. А. Гусынин, отнесший успех операции к умелому использованию,—в казанских условиях впервые,—рентгеновских лучей в качестве контролера хода операции.

Б. А. Остроумов. *К казуистике редких случаев непроходимости кишек*. Сообщение о случае рубцовой стриктуры тонкого кишечника (близ места впадения его в слепую кишку), развившейся постепенно в течение ряда лет после травмы (сильное напряжение брюшного пресса при попытке поднять свалившийся тяжелый воз), приведшей, по всей вероятности, или к частичному отрыву брыжейки от кишечника или разрыву слизистой последнего без нарушения целостности серозно-мышечных слоев. Операция—в экстренном порядке—наложение соустья между резко гипертрофированным тонким кишечником и восходящей частью толстой. Исход вполне удовлетворивший и хирурга, и самого больного. Заживление операционной раны per primam. Прения: профф. Н. В. Соколов и В. Л. Боголюбов.

А. И. Сластников. *Случай огнестрельного ранения толстых кишек*—именно селезеночного изгиба и поперечной части их. Случай касается женщины, средних лет, получившей случайное (слепое) ранение, с близкого расстояния из револьвера. Экстренное оперативное вмешательство (часа через 3 после ранения) состояло во вскрытии брюшной полости через разрез несколько ниже и параллельно левой реберной дуге, наложении трехэтажных швов на оба дефекта в стенке кишечника, очищении от каловых масс брюшной полости и промывании последней физиологическим раствором NaCl. В брюшную полость в избытке влит эфир и введен тампон. Послеоперационное течение осложнилось сравнительно слабо выраженными перитонеальными явлениями в течение 3 первых дней и образованием небольшого калового свища, закрывшегося с течением времени самостоятельно. К моменту демонстрации (спустя с месяц после операции) имеется поверхностный гнойный свищик. Прения: В прениях приняли участие профф. П. М. Красин, прив.-доц. В. А. Гусынин, профф. Н. В. Соколов, д-ра И. Л. Цимхес и М. С. Знаменский и профф. В. Л. Боголюбов, отметившие, что в благополучном исходе случая большую роль сыграли ряд благоприятно сложившихся обстоятельств, как своевременно оказанная помощь, изолированное повреждение одного органа и т. д., а главным образом введение тампона, оказывающего неоценимую услугу в подобного рода ранениях брюшной полости.

Д-р А. Н. Рыжих. *О курортном лечении урологических больных*. Впечатления докладчика от курортного лечения (Железноводск) урологических больных по своим личным наблюдениям (1928 г.) и по сводке историй б-ней за 1927 год сводятся к следующему: некоторое улучшение при хронических нефритах и нефрозо-нефритах, некоторых диатезах (моче- и щавелевокислых), весьма заметное при хронических пиелитах и циститах, бесполезно—при хронических простатитах и сопутствующей половой неврастении и даже вредно и противопоказано при фосфорнокислом диатезе. Благоприятное лечебное действие курорта складывается из ряда таких факторов, как климатические данные, минеральные источники, бальнеологические процедуры, строгой диеты и режима, медицинский надзор и т. д. Назначение тех или иных методов лечения должно быть строго индивидуализировано и требует тщательной ориентировки в диагнозе. Прения: д-р Ю. А. Ратнер и профф. В. Л. Боголюбов.

Административная часть заседания: заслушан годовый отчет секретаря секции д-ра И. Л. Цимхеса. Произведены перевыборы президиума Секции, в новый состав которого вошли: председатель—проф. В. Л. Боголюбов; заместители председателя—проф. П. М. Красин и М. О. Фридланд и секретариат д-ра П. Л. Цимхеса и С. А. Смирнов.

Секретарь С. А. Смирнов.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 6 III.

Проф. А. П. Тимофеев демонстрировал б-ую, у которой им была произведена *трансплантация мочеточников в прямую кишку* по методу Coffey у двухмоментно,—сначала был пересажен правый мочеточник в нижний отдел recti, а потом левый—в S Romanum, через 3 недели после первой операции. В настоящее время больная хорошо удерживает мочу и ясно различает позывы на мочеиспускание и дефекацию. Интересно, что явления пиелита, дававшего постоянные обострения до операции, в настоящее время исчезли.—В прениях участвовали проф. В. С. Груздев и д-ра Ю. А. Лейбчик, Н. Н. Чукалов, И. Е. Дерчинский.

Д-р П. Т. Палкин-Милославский: *К вопросу о фосфорном и кальциевом обмене при остеомаляции*. Наблюдая обмен фосфора и кальция в одном случае остеомаляции до и после кастрации, докладчик нашел, что таковой до лечения был резко положительным, после же кастрации задержка организмом еще увеличилась, но это явление наблюдалось временно. Клинически и субъективно улучшение также было временным. Применение адреналинотерапии и рыбьего жира с фосфором также не дало положительных результатов.—В прениях по докладу выступали проф. В. С. Груздев, отметивший, что отрицательный результат лечения кастрацией, как и другими способами, в данном случае, вероятно, объясняется давностью процесса (12 лет) и уже наступившим стойким изменением в организме больной, а также д-ра Н. Н. Чукалов и Б. С. Тарло.

Избрана комиссия для чествования (осенью с.г.) проф. Д. М. Отта, по поводу его 50-летнего юбилея, в составе проф. В. С. Груздева и А. П. Тимофеева и д-ра Ю. А. Лейбчика.

Кожно-венерическая секция.

Годичное заседание (34-ое) 26 I—1929 г.

1) Доклад д-ра Дмитриева А. П.—*Наблюдения над лечением хронических простатитов, сперматоциститов и функциональных расстройств мужского мочевого аппарата грязевыми комбинатами на „Сергиевских минеральных водах“ в лечебный сезон 1928 г.*

Автор применил грязевые ректальные тампоны в комбинации с тазовыми ваннами при простатитах, сперматоциститах и функциональных расстройствах мужского полового аппарата. Под наблюдением было 30 больных. Благоприятные результаты получены были при хронических простатитах с ясно выраженной асимметрией железы и ее уплотнением. После 12—16 комбинатов в большинстве случаев наблюдался приход железы в нормальное состояние, причем лейкоцитоз в секрете уменьшался до единичных гнильных клеток в поле зрения.

Прения: Бейрах, Печников Н. П., Перовских и Яснитский.

2) Доклад д-ра Бикенина Б. С. *Материалы к изучению заболеваемости населения Татарской Республики.*

По данным медико-санитарных учреждений, собранных в Статистическом отделе Татнаркомздрава, зарегистрировано первично венерических больных 12.212 в 1926 г. и 13.204 в 1927 г. На 10.000 населения приходится 25,6 сифилиса; 24,5 гонорей и 0,7 мягкого шанкра.

Из анализа статистического материала и данных лечебно-обследовательских венотрядов ТР, показывающих не фактическое количество больных, а лишь число зарегистрированных случаев, докладчик делает следующие ориентировочные выводы:

1) По сравнению с довоенным временем сифилис в Татреспублике уменьшился, а по сравнению с предыдущими годами заметно незначительное снижение его. По отношению к гонорее заметно повышение ее, как в городе, так и в кантонах, по сравнению с предыдущими годами.

2) Татарское население менее поражено сифилисом по сравнению с другими народностями ТР, но мало отстает от них в заболеваемости гонореей. Рост свежих