

Пятый день работ Съезда был занят разработкой ортопедических вопросов: особенное внимание привлекли доклады проф. Фридланда (Казань), проф. Вредена (Ленинград), проф. Краузе (Саратов). Всякое вынужденное положение сустава с ограничением подвижности из-за нарушенного эластического равновесия носит название контрактуры. Механо-термо-гелио-фото-терапия в различном сочетании является при переутомлении отдельных мышечных групп отличным профилактическим методом, в частности при десмо-миогенной контрактуре. После воспалительных или травматических поражений целесообразны редрессации и нагрузки (вытяжение). При контрактурах, возникших из-за укорочения нижней конечности, показано ношение ортопед. обуви. При отсутствии ожидаемого эффекта надо производить остеотомию для удлинения или укорочения соответствующей конечности. Лечебные мероприятия при стабильных контрактурах сводятся к 1) физиотерапии, 2) редрессации, 3) операции.

1. Механо-бальнеотерапия, способствуя ослаблению эластического натяжения тканей, показана при ревматических, токсических и рубцовых контрактурах. 2. При чрезмерной упругости тканей на стороне сокращения (на вогнутой стороне контрактуры) полезно применять вытяжение (капельный способ Трегубова, закрутка Момзена), этапную моделирующую редрессацию по Леренцу. 3. К операциям относятся: дермотомия—операция Дельбса—с фасциотомией, пластика сухожилий, мышц, нервов, остеотомия и резекция. Метод выбора операции зависит от этиологического фактора, возраста, пола, конституции и социально-бытовых условий. Поэтому в виду разноликости клинической картины и многообразия лечебных мероприятий необходимо владеть достаточным клиническим опытом и искусством биомеханики для обеспечения правильного и успешного лечения. Исправить контрактуру—это значит детально изучить механизм возникших реакций с помощью научных методов, основанных на законах биомеханики данного сустава.

Лечение туберкулезных артритов «загвоздкой» дает очень хорошие результаты, так как последняя технически проста и безопасна, требуя госпитализации 8—13 недель. Необходимо только учитывать: общий биостатус, активацию легочного процесса, пониженную лейкоцитарную формулу и присоединившуюся инфекцию.

Организованные, «операционные дни» до начала и после окончания Съезда в клиниках и больницах в исполнении лучших хирургов г. Ленинграда дали возможность участникам Съезда увидеть постановку работы в операционной, а также высоко-развитую технику и организованность всех участников операции.

На следующий Съезд в Москве предложены к разработке темы: эндемический зоб, послеоперационные эмболии и тромбоз, режим больных после бронхных операций, о нераковых опухолях грудной железы, о дистрофических расстройств трубчатых костей.

С. Эйбер.

III-й Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями.

С. Я. Голосовкер.

III Всесоюзный съезд по борьбе с венерическими болезнями состоялся в Ленинграде с 1 по 7 июня с. г. и был чрезвычайно многолюден: собралось свыше 940 врачей со всех концов СССР, было заявлено около 100 докладов. Вслед за Съездом состоялось Всесоюзное совещание по борьбе с гонорреей, привлечшее значительное количество участников Всесоюзного съезда урологов.

Основные доклады по общественной венерологии были посвящены анализу заболеваемости в городе и на селе и перспективных планов дальнейшей деятельности. Если I Съезд (1923 г.) наметил только основные вехи противовенерической борьбы в городе, II-й (1925 г.)—проработал организационные формы борьбы с венерическими болезнями на селе, то III Съезд имел возможность подвести итоги громадной работы, проведенной в городе и в сельских местностях, и значительно углубить формы диспансерной деятельности (вопросы личной профилактики, труд-профилекторий и т. д.). В. М. Броннер в своем обстоятельном докладе указал на значительный рост противовенерической сети в городе (с 29 дисп. в 1928 г. до 172—в 1929 г.), среди сельского населения за последние 5 лет организованы 234 отряда и венпункта. Отмечается значительный рост посещаемости учреждений диспансерного типа и разворачивание последними обследовательской и санпросветительской работы. Достижения докладчик иллюстрировал цифровыми данными, характеризующими как размеры работы венучреждений, так и динамику заболе-

ваемости. В 1913 году на 10.000 городского населения было зарегистрировано больных сифилисом—180,37, в 1928—120,32. В ряде губернских диспансеров свежие формы сифилиса снизились с 26,3% в 1924 г. до 18,57% в 1926 г. В рядах Красной армии также констатируется понижение заболеваемости сифилисом (в 1928—66 на 10.000, в войсковых частях в 1913 г.—128). В сельских местностях, где проведена активная борьба с сифилисом, отмечается резкое снижение свежих форм. Так, в селениях Бельского уезда, Смоленской губ. в 1923 г. обнаружено 25% заразных форм среди выявленных больных, а в 1928 г. в тех же селениях обнаружен лишь один случай свежего сифилиса. Данные статбюро НКЗ (55^{0/000}) значительно расходятся со сведениями, полученными при посемейно-подворном обследовании около 500.000 сельского населения (460^{0/000}), особенно это отмечается при учете сифилиса среди малых народностей. Мягкий шанкр среди городского населения снизился с 54,41 на 10.000 населения в 1913 году—до 4,56—в 1926 году. Гонорея за последние 25 лет (1902—1926 г.) повысилась с 85,32 до 95,55 на 10.000 населения, в сельских местностях за те же годы мы имели повышение заболеваемости с 6,35 до 22,64^{0/000}. В числе основных недостатков В. М. Броннер отметил: 1) недостаточность учета заболеваемости и отсутствие единой формы регистрации, 2) слабое проведение мероприятий профилактического характера по отношению к гонорее, 3) слабое развитие коечной сети (в городах губернского типа имеется в среднем 1 койка на 3.000 населения, в сельских местностях—1 на 100.000).

Значительные успехи в борьбе с венеризмом имеются на Украине (А. Н. Федоровский). Среди городского населения было зарегистрировано больных сифилисом на 10.000 населения: в 1924-25 г.—232,2; в 25-26 г.—164,4; в 1927 г.—101,13; в 1928 г.—76,6, при одновременном падении первичного сифилиса (с 5.9 до 4.3) и вторичных свежих форм. Докладчик отметил недостаточность диспансерной сети в крупных городах (Харьков, Киев, Одесса), слабость коечной сети (1 койка на 5.000 населения), неполное удовлетворительное состояние учета заболеваемости.

Съезд уделил также внимание борьбе с венболезнями на транспорте, где условия службы способствуют повышению заболеваемости. Н. С. Исаев указал на необходимость организации центрально-узловых железнодорожных и водных диспансеров, согласования их работы с общими территориальными вендиспансерами и усиления мероприятий по личной профилактике.

Борьбе с венболезнями в сельских местностях и среди малых народностей Съезд уделил специальные заседания. С. Е. Гальперин подчеркнул важность вовлечения медучастков в активную борьбу с венболезнями, чтобы достичь «обеззараживания носителей инфекции». Вместе с тем еще не закончена роль венотрядов и венпунктов в борьбе с бытовым сифилисом. Следует увеличить снабжение медучастков новосальварсаном, главным образом путем включения этих расходов в бюджет окружных и областных центров. Трахтман (Украина) отметил снижение в сельских местностях сифилитической обращаемости с 29,9^{0/000} в 1924-25 году до 17,5^{0/000} в 1928 г. при резком падении коэффициента больных в первой стадии с 9,6% до 4,6%. А. Н. Шапиро и С. Р. Дихтияр (Белоруссия) при посемейно-подворном обследовании 19.296 человек обнаружили 1,6% больных сифилисом.

Прения по всем означенным докладам выдвинули ряд вопросов актуального характера. Это относится к новому типу учреждений социальной помощи (труд-профилакторий), значительно распространившемуся в последние годы. Съезд отметил необходимость дальнейшего углубления работы в этой области. Наиболее спорным пунктом в прениях был вопрос о характере дальнейшего строительства диспансеров. В ряде городов была попытка к сокращению вендиспансеров, между тем как общая диспансерная помощь еще не выявлена выукло. Съезд считает необходимым осторожно подходить к этому вопросу и настаивает на сохранении и углублении сети противовенерических учреждений. Съезд, учитывая опыт областных совещаний, предлагает до будущего Съезда (1931 г.) проводить на местах областные совещания по борьбе с венболезнями, а для уточнения методов учета и регистрации созвать в 1930 г. Всесоюзное совещание. Вопросы частной практики и врачебной рекламы также приковали внимание Съезда, который категорически высказался против наблюдающегося во многих городах рекламирования врачей-венерологов. Следует обратить внимание Институтов для усовершенствования врачей на усиление подготовки участковых врачей к борьбе с венболезнями.

Следующим программным вопросом был конституция и сифилис (Л. А. Соловьев). Касаясь общих данных патогенеза сифилиса, взаимоотношений организма

и вируса, докладчик приходит к заключению, что единый вирус с известными колебаниями его антических свойств, развивающихся под влиянием пребывания в организме и различных конституциональных факторов последнего, обуславливает и различное течение процесса. На роли конституции в этиологии сердечно-сосудистого поражения останавливаются И. Д. Перкель, Э. С. Оречкин и Я. Г. Эдельман. «Сифилитический вирус является кардио-васкулярным, довольно часто вызывая сердечно-сосудистые поражения». Сифилитические аортиты встречаются, главным образом, у плохо или вовсе нелеченных больных. Сердечно-сосудистые поражения встречаются в 67,3% у лиц с пикническим строением (на материале 200 сифилитичек). Докладчики, обследуя специфические поражения сердечно-сосудистой системы в 173-х семьях, обнаружили в 64,7% известную неполноценность и лабильность кардио-васкулярного аппарата у нескольких членов одной семьи. Данное явление могло служить, таким образом, предрасполагающим моментом к специфическому поражению сосудисто-сердечной системы. Приобретенные конституциональные моменты, как перенесенная инфекция (55%), социально-бытовые факторы (62,5%),—тоже благоприятствовали специфическому поражению кардио-васкулярного аппарата.

В последнее время возникли споры вокруг современной терапии сифилиса. Ряд авторов указывает на увеличение металоза и ставит это в связь с проводимой терапией. В этом отношении весьма интересен доклад З. Н. Гржебина и С. А. Тапелзона, которые изучали материал клиники и губ. земской больницы за 50 лет и на основании исследований спинно-мозговой жидкости пришли к заключению, что: 1) в Смоленской губернии—среди больных прогрессирующим параличом преобладают хлебопашцы, у которых отсутствует предварительное специфическое лечение, 2) современная терапия не увеличивает количества больных с сифилисом центральной нервной системы, 3) нет данных для утверждения, что сальварсанная терапия (даже и недостаточная) привела к увеличению прогрессирующего паралича.

По вопросам врожденного сифилиса отмечу только основные доклады. Ранний врожденный сифилис должен рассматриваться как септицемия, обнаруживается в виде множественных явлений, главным образом, в возрасте до 3-х месяцев (В. П. Фельдман и Н. С. Смелов). До года врожденный сифилис обнаруживается в $\frac{4}{5}$ случаев в виде генерализованного или локализованного процесса, в $\frac{1}{5}$ случаев—под видом скрытого, серопозитивного или дистрофического серонегативного сифилиса. В возрасте от 1—5 л. врожденный сифилис протекает большей частью латентно. В $\frac{1}{5}$ случаев врожденного сифилиса серологические реакции отрицательны. Г. П. Мещерский отмечает, что врожденный сифилис с момента рождения и в течение многих лет может протекать латентно. Дистрофии, наблюдаемые при позднем врожденном сифилисе, не патогномоничны для сифилиса, только сочетание их делает больного подозрительным в смысле специфического процесса. Докладчик подчеркивает важность подробных общих исследований с обращением особого внимания на исследование глазного дна и функции лабиринта, на необходимость профилактики врожденного сифилиса путем лечения матерей и т. д. М. А. Райц подробно остановилась на рентгенодиагностике врожденного сифилиса. Изменения со стороны костей встречаются в 75%, они не всегда сопровождаются изменениями со стороны кожи и слизистых, в небольшом % они наблюдаются при отрицательной серореакции. Поэтому иногда костные изменения, видимые на рентгене, являются решающими для постановки диагноза, и исследования рентгеновскими лучами должны занять видное место в общих методах диагностики. А. А. Брычев предлагает длительное систематическое комбинированное лечение врожденного сифилиса, ставя на первом месте внутривенное влияние новосальварсана, висмут. Л. П. Эрлих настаивает на необходимости своевременного прикрепления беременных сифилитичек к консультациям, родовспомогательным учреждениям, на длительном контроле за детьми сифилитичек. Основой всей профилактики врожденного сифилиса должны быть консультации для беременных и детей.

Много внимания уделит Съезд вопросам побочного действия сальварсана. На нитроидных кризах остановился А. П. Иордан, указавший, что несмотря на то, что эти кризы большей частью проходят быстро и без последствий, иногда все же отмечаются случаи смерти. Весьма обстоятельный, исчерпывающий доклад о сальварсаных дерматитах представил Н. С. Эфрон, обосновавший свои заключения на основании опыта 3 миллионов вливаний и большого личного и собранного материала осложненных после новосальварсана. 1 случай смерти—наблюдается на 150.000 вливаний. По мнению докладчика, легкие дерматиты не должны служить

препятствием к дальнейшему применению новосальварсана. Лучшим средством при лечении дерматитов служит внутривенное введение тиосульфитнатрия. В патогенезе дерматитов докладчик усматривает: 1) идиосинкразию, 2) значительную суммарную нагрузку аппарата, 3) целлюлярную сверхчувствительность, 4) повышенную токсичность отдельных серий. На желтухе, как на осложнении при лечении сальварсаном, остановился А. Л. Мясников, который усматривает в этиологии этого процесса специфическую интоксикацию, а для ряда случаев—обычно инфекционно-токсический фактор. Основу желтухи на почве сальварсана и сифилиса докладчик видит в токсическом поражении печеночной паренхимы и участие в процессе ретикуло-эндотелиальной системы печени и селезенки. Е. М. Левин считает, что арсенобензол влияет на желчную функцию печени (происходит частичная ретенция желчных кислот или желчных пигментов). Арсенобензол вызывает нарушение фибриногенобразующей функции печени.

Результатом всех прений по этому отделу является установление Съездом, что русские препараты новосальварсана не уступают по своему качеству немецким идентичным препаратам. Означенное подтверждает опыт многих клиник и вендиспансеров, применяющих уже в течение ряда лет исключительно русские препараты.

За недостатком места останавлиюсь только на последнем вопросе—о дерматомикозах. О. А. Подвысоцкая подробно описала главнейшие клинические формы дерматомикозов и их патогенез, привела современную классификацию возбудителей и их разновидности, основываясь на большом личном опыте. Эпидемиологи и профилактике грибковых заболеваний был посвящен доклад А. Г. Лурье и А. Г. Рабиновича. Основываясь на громадном материале киевского фавдиспансера (до 1600 больных в год), докладчики изучили влияние пола, национальности, профессии, возраста на распространение грибковых заболеваний и предлагают ввести: 1) точную регистрацию и учет больных, 2) централизацию всей борьбы в специальных диспансерах или в детских поликлиниках, 3) организацию плановой и систематической борьбы с грибковыми заболеваниями. Несколько заострено было внимание Съезда на вопросе применения таллия. А. И. Домбровский указал на токсическое действие таллия и предлагал ограничить применение его только теми случаями, где противопоказан рентген. Присутствовавший на Съезде Бушке указал, что токсические свойства препарата им изучены; в его клинике, во избежание ошибок, проводится тщательное взвешивание больных двумя лицами; наблюдаемые осложнения не должны служить поводом к исключению препарата при лечении грибковых заболеваний, так как результаты лечения все же благоприятны.

Всесоюзное совещание по борьбе с гонорреей прошло весьма интересно. Были заслушаны следующие доклады: М. Г. Хорошин „Пути проведения личной профилактики гонорреи“; Р. М. Фронштейн „Оценка методов и средств личной профилактики“; Б. Н. Хольцов „Основные принципы лечения мужской гонорреи“; И. Г. Волпян „Организация лечения гонорреи в городе“. С. Е. Гальперин „Организация лечения гонорреи на селе“.

Р. М. Фронштейн из всех видов личной профилактики предпочитает применение жантгизации. М. Г. Хорошин остановился на химической и физической профилактике и организационных формах устройства пунктов личной профилактики при венерологических диспансерах. В прениях указывалось на своевременность расширения и углубления деятельности вендиспансеров в этой области. Вопросы лечения мужской гонорреи и организации лечения в городе и на селе вызвали наиболее оживленные прения. Основные докладчики и ряд выступавших ораторов указывали, что единственным методом лечения острой мужской гонорреи является применение жантгизации, поэтому наблюдаемое еще применение спринцовки должно быть совершенно оставлено. В тех случаях, когда невозможно применение жантгизации, лучше пользоваться консервативным лечением (диета, бальзамические средства, покой). Необходимо расширение коек для обслуживания больных гонорреями и организация при медучастках простейшего типа общежитий. Нужно указать, что прямых защитников „спринцовки“ на Съезде не было—все же этот вопрос вызвал оживленные споры, главным образом, из-за невозможности немедленного проведения метода лечения по Janet в сельских местностях.

Еще более спорным оказался вопрос, кто должен лечить мужскую гоноррею—уролог или венеролог? Сторонники первой точки зрения (Хольцов, Фронштейн) указали, что отсутствие хирургического навыка у венерологов, связь

гоноррее со всей мочеполовой системой требуют лечения гоноррее урологами. Съезд считает, что венерологи, проводящие лечение гоноррее, должны иметь соответствующую подготовку и необходимо расширение курсов для усвершенствования в этой области.

Подводя итоги Съезда, хочется отметить деятельность Ленинградского Оргбюро (А. А. Сахновская), проделавшего громадную работу для встречи такого большого количества делегатов. К отрицательным моментам следует отнести загруженность докладами и на этом Съезде. Съезд проделал громадную работу в области общественной венерологии и дал новые веки в работе в городе и на селе. Следующий Съезд намечен в Москве, в 1932 г.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Хирургическая секция.

Заседание 30/1 29 г.

I. Д-р А. П. Алексеева-Кузьмина. *Демонстрация 6-ой после операции по поводу повреждения мениска коленного сустава.* Случай относится к молодой пациентке, оперированной около 3 недель т. н. по поводу комбинированного трансхондрального и паракапсулярного разрыва медиального мениска левого коленного сустава с вполне удовлетворительным ближайшим результатом как функциональным, так и в смысле устранения тягостных субъективных ощущений. Прения: проф. Н. В. Соколов, П. М. Красин, д-р Ю. А. Ратнер и проф. М. О. Фридланд.

II. Проф. М. О. Фридланд. *О лечении тяжелых форм плоскостопия.* Демонстрация 2 случ., оперированных докладчиком по способу, представляющему из себя комбинацию двух методов оперативного пособия—Шеде и Пертеса—с вполне удовлетворительным ближайшим результатом.—Прения: проф. П. М. Красин и д-р В. С. Грачат.

III. Д-р М. С. Знаменский. *Закрытие слюнного свища по способу проф. Гессе.* Докладчику удалось у одного красноармейца с успехом закрыть слюнной свищ, который образовался после вскрытия паротита в 1923 г. В этом случае вначале была произведена операция по Сапожкову, но не привела к желаемой цели. По мнению докладчик успеху операции могла способствовать дача внутрь в послеоперационном периоде 1%₁₀₀ раствора атропина по 10 кап. за полчаса до еды.—Прения: д-ра Б. В. Огнев, П. И. Садовский и проф. П. М. Красин.

IV. Д-р М. В. Сергневский. *Влияние экстрактов и продуктов распада предстательной железы на мочевой пузырь.* Ряд экспериментов на животных с экстрактами, добытыми из предстательной железы, позволили докладчику иметь интересные наблюдения над влиянием этих вытяжек—в смысле повышения тонуса—на мускулатуру мочевого пузыря. Продукты распада (лизаты) этой железы действовали аналогичным образом, но гораздо в меньшей степени. Действие экстрактов и лизатов проявляется одинаково, исключая различия в количественном отношении как на мочевых пузырях самцов, так и самок экспериментальных животных (преимущественно кошек). Опыты с отделением головного мозга от спинного показали, что место приложения действия вытяжек—периферия.—Прения: д-ра А. Н. Рыжих, Ю. А. Ратнер, проф. П. М. Красин и проф. М. О. Фридланд.

Секретарь С. А. Смирнов.

Заседание 20 II—29 г.

I. Д-р В. И. Низнер. *Демонстрация больной после ламинектомии по поводу перелома позвоночника.* Б-ая, работница, 35 лет, упала с лестницы высотой 3½ метра. Головокружение, рвота, боль в пояснице, задержка стула и мочи. Припухлость в области остистых отростков 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков. Заподозрено сдавление спинного мозга и повреждение позвоночника в поясничной части. Сначала предпринято консервативное лечение с вытяжением, но, вместо улучшения, б-ая чувствовала себя хуже, и явления сдавления спинного мозга нарастали. Произведенная ламинектомия обнаружила, что остистые отростки 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков несколько смещены и изме-