

строного анатома и недюжинного клинициста выясняет важность знания практической анатомии для медика. Лекции эти являются прекрасными докладами на определенные темы. Особенно выделяются лекции о мочевом пузыре и предстательной железе, где проф. Tandler проводит свою классификацию топографических положений гипертрофированной железы, указывая на значение в этом процессе каждой ее доли. Подробности этого вопроса можно найти в его прекрасной работе, написанной совместно с Zuckerkandl'em, «Studien zur Anatomie und Klinik der Prostatahypertrophie». В лекциях, посвященных топографии женских половых органов, проф. Tandler широко затрагивает вопрос о развитии последних, обстоятельно проработанный в его труде „Entwicklungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien“, весь же дух его лекций по топографической анатомии можно уяснить, прочитав его учебники „Topographische Anatomie dringlicher Operationen“ и „Chirurgische Anatomie und Operationstechnik Zentralnervensystems“ (написан совместно с проф. E. Ranzi).

В настоящее время в Венском Анатомическом Институте много работают научно главным образом в области эмбриологии (эмбриология мозга, желчных путей, суставов и мочевых путей). Обладая громадной эмбриологической коллекцией срезов, относящихся ко всем классам животных организмов, и имея мощное техническое оборудование для реконструктивных работ по эмбриологии, при наличии очень дельных знающих ассистентов (проф. Hofel, д-р Schumacher). Институт представляет прекрасное поле для таких работ, особенно для иностранцев и в частности для нас, русских. Работа по реконструкции эмбрионов заключается в том, что срезы из той или иной части эмбриона, изготовленные сериями, увеличиваются в 200, 150 или 60 раз, зарисовываются на станке Zeiss'a и заносятся на восковые пластинки различной толщины, причем рисунок на бумаге вплотную склеивается с восковой пластинкой. После того нужная фигура вырезывается обыкновенным ножом, и обработанные таким образом пластинки склеиваются вместе, образуя увеличенную точную модель того или другого эмбрионального органа. Для крепости полученная восковая модель покрывается гальванопластически медью. При помощи таких моделей можно разрешать самые загадочные вопросы эмбриологии, входить в самые глубокие тайники биологических загадок.

В Венском Анатомическом Институте знают и чтят имена современных русских анатомов,—Карузия, Тонкова, Шевкуненко, Малиновского, Воробьева. Беда, однако, в том, что наша литература почти не доходит до Вены, а если и доходит, то на русском языке, без рефератов на европейских языках, что делает ее недоступною для немцев. Между тем культурная связь с Берлином и Веною необходима для процветания биологических наук в С.С.С.Р.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество врачей при Казанском Университете.

#### Общие заседания.

Заседание 28/III.

Д-ра З. И. Малкин и Н. К. Соколова: *Диагностическое значение определения протеолитических ферментов в крови для распознавания раковых заболеваний.* Нормальная человеческая сыворотка не обладает способностью расщеплять фибрин человека. У больных с новообразованиями появляется в крови протеолитический фермент, способный обнаруживать свое действие на нормальный человеческий фибрин. Метод основан на определении образующегося под влиянием фермента количества безбелкового азота. Авторы на основании своих наблюдений (50 сл.), воздерживаясь от окончательных выводов, полагают, что разработка этого вопроса заслуживает внимания в целях диагностики раковых заболеваний.—По докладу выступили с замечаниями профф. В. С. Груздев, В. М. Аристовский, М. Н. Чебоксаров и Р. А. Лурья.

Д-р В. И. Пшеничников: *Случай опухолевидного сифилитического гепатита.* Б-ная К., 27 лет, с клиническим диагнозом «блуждающая правая почка». Была оперирована проф. А. В. Вишневым 8/XII 1925 г. На операции обнаружен узел с кулак величиною, связанный с задним краем правой доли печени тонкой фиброзной ножкой. При микроскопическом исследовании оказалось, что узел



гарвеевский период, то придется признать, что целый ряд наиболее серьезных вопросов, как вся механика кровообращения, вопрос о количестве крови, выбрасываемой одной систолой сердца, о количестве крови, проходящей через сердце в единицу времени, о длительности кругооборота крови в различных условиях деятельности организма—находится в прямой связи с тем, над чем думал и работал Гагвеу. Даже такие современные вопросы, как альтернатива миогении и неврогении сердца, были предметом размышлений Г., но, конечно, не в современном охвате. Г. не только дал основы современной физиологии, но он указал некоторые разветвления этой науки. Он с большим мастерством пользовался в своих исследованиях принципом сравнительной физиологии и физиологии эмбрионального развития. Книга Г. с изложением учения его о кругообороте крови в теле останется навсегда памятником силы человеческого ума, проникающего в тайны природы.

Заседание 24/IV.

Проф. Н. В. Соколов: *Острый аппендицит и его осложнения; оперативное вмешательство при остром аппендиците*. Доклад будет напечатан в «Каз. Мед. Ж.».—В прениях проф. В. С. Груздев спросил докладчика, как он обходился с брюшиной в 19 оперированных случаях, где аппендицит был осложнен диффузным перитонитом? Проф. С. отвечал, что во всех этих случаях применялся сухой способ—вытирание салфетками и тампонада. Д-р Знаменский сообщил, что он имел в Казанском Военном Госпитале с 1926 года 19 случаев острого аппендицита, оперированного с полным успехом в первые 48 часов. В частности, в 8 сл. операция была сделана во время первого приступа, в 8 сл.—во время второго и в 3 сл. неизвестно. В 13 сл. рана была закрыта наглухо, в 6 сл. тампонирована. Из осложнений наблюдались 1 раз ограниченный перитонит и 4 раза бронхит. Столь относительно—большой материал удалось получить только благодаря условиям военной службы, где каждый заболевший должен быть доставлен из части немедленно в госпиталь. Проф. Н. К. Горяев указал на своевременность широкого агитирования за операцию при остром аппендиците в течение первых 36 часов. Он указал также на заслуги терапевтов, особенно Dieulafoi, в деле агитации за раннюю операцию при остром аппендиците. Лейкоцитарной картине при остром аппендиците нельзя отводить только роль показателя характера процесса и его течения. Среди других симптомов острого аппендицита изменение лейкоцитарной картины встречается в 80%, боль в 100% и местная чувствительность—в 89%; поэтому изменение лейкоцитарной картины составляет важный симптом острого аппендицита. При этом нужно обращать внимание не столько на общую картину крови, сколько на качество и количество нейтрофилов. Нужно, далее, бороться с дачей слабительных при острых заболеваниях живота. В Америке из 12,600 погибших от общего перитонита в 11,700 сл. было дано слабительное, и там внесено предложение широкой агитации и даже прямого запрещения дачи слабительных при острых заболеваниях живота. Наркотики здесь могут затруднять распознавание. Проф. Б. А. Вольтер указал на важное диагностическое значение реакции оседания эритроцитов при распознавании острого аппендицита. Проф. В. Л. Боголюбов, указав на консерватизм, царящий еще и до сих пор в России по вопросу о ранней операции при остром аппендиците, вполне присоединился к выводам докладчика. За раннюю операцию при аппендиците (в первые 24 часа) высказались и проф. Р. А. Лурия и А. В. Вишневский.

Проф. Т. И. Юдин: *Опыт построения наследственной формулы эпилепсии. Характер, как признак биологических особенностей организма*. Изучение наследственности эпилепсии до сих пор затруднялось крайним разнообразием фенотипического (клинического) проявления этой болезни. Несомненным является теперь только то, что генетическая формула эпилепсии очень сложна и в основе содержит рецессивные гены. Задачей современного генетического анализа эпилепсии является—установить те «простейшие», «примитивные» и не расщепляющиеся дальше симптомокомплексы, из которых складывается сложная эпилептическая формула. Различные формы эпилепсии, очевидно, зависят от разнообразных сочетаний этих «примитивных» ген. Массовое статистическое исследование наследственности при различных формах эпилепсии будет возможно только тогда, когда мы будем уметь подбирать для исследования биологически (генетически) однородные случаи, представленные одинаковыми сочетаниями «примитивных» факторов. В настоящее время нужно изучать каждую генеалогическую индивидуальность, стремясь выяснить, какие психические особенности стойки в данной семье, как они разделяются в поколениях по отношению к эпилепсии и на какие факторы рас-

щепляется сложный генный радикал эпилепсии. Ряд произведенных за последнее время исследований указывает, что основным фактором, вызывающим эпилептические симптомы, является своеобразное строение всей глубинной личности, своеобразный обмен веществ, своеобразное строение нервно-гlandулярной системы. Выражением этих особенностей строения глубинной личности в психической области являются особенности темперамента. Как показывают работы Rothera, Minkowsk'ой, Kretschmer'a и др., в семьях эпилептиков преобладают со одной стороны эксплозивный темперамент, с другой—гиперсоциальный; эти характеры, по мнению докладчика, являются двумя полюсами эпилептоидного темперамента, как чувствительный и холодный являются двумя полюсами пизоидного темперамента. Оба эти характера, однако, генетически самостоятельны. Исследуя генеалогии с характерологическими данными о членах семьи 21 эпилептика из Казанской Психиатрической клиники, докладчик пришел к заключению, что эпилептическая дегенерация личности является, когда в генетическом радикале представлены оба полюса эпилептоидного темперамента. У родителей лиц с эпилептической дегенерацией личности почти всегда имеется антиномия характеров: один родитель—эксплозивный, другой—гиперсоциальный. Кроме эпилептической дегенерации личности, имеются эксплозивные и гиперсоциальные эпилептоиды, где к одному основному эпилептоидному темпераменту прибавляется лишь часть ядра второго характера; кроме того надо отличать эксплозивных и гиперсоциальных эпилептотимиков, содержащих только ядро одного полюса. Эпилепто-эпилептотимики заболевают эпилепсией только в связи с экзогенными факторами; болезнь у них не течет, неуклонно прогрессируя, как при эпилептической дегенерации личности, а может излечиться (реактивные формы). При этом гиперсоциальные эпилептоиды более склонны к судорожным симптомам, а эксплозивные—к аффективно-истеричным вспышкам. Краткая характеристика гиперсоциального эпилептоида по Казанским генеалогиям такова: очень аккуратный, серьезный, прекрасный работник, «на него можно положиться», спокойном, скупой, до фанатизма религиозный, часто не пьет и не курит, в гневе «стоит за себя». Краткая характеристика эксплозивного эпилептоида: гневный, злой, лютый, ужасный скандалист, грубый, но в то же время хороший работник: «если все и пропьет, то потом опять заработает»... Резкое ослабление интеллекта (слабоумие) у эпилептиков связано с имеющимся в семье наследственным слабоумием, мозговой неполноценностью вообще (левши, хорейки, паралитики, заики). Различные атипические картины эпилепсии зависят от присоединения к основному эпилептоидному ядру генов других психопатических кругов (циклоидного, пизоидного, различных психопатий), что всегда видно из генеалогий. По телосложению к эпилептоидному кругу принадлежат мускулярные и диспластики. Мускулярные более склонны к эксплозивности, диспластики—к слабоумию.

Секретарь А. Вылегжанин.

### Физиологическая секция.

Заседание 28/III.

А. Н. Поляков и Н. П. Колоколов: *Простой количественный способ колориметрического определения мышьяка в биологических жидкостях и тканях.* Указав кратко на существующие методы определения малых количеств мышьяка, авторы отметили их сложность и крайнюю нестойкость этандартов, хотя способы эти и обладают большой чувствительностью, позволяющей открыть As в тысячных долях миллиграмма (0,005—0,007 mgr.). Попутно были указаны и весовые—макрохимические методы. В поисках простой и удобной реакции для количественного определения As в биологических жидкостях (тканях), которая бы позволила делать это с наименьшей затратой времени и была удобна-применима в клинической обстановке, авторы остановились на предложенной в 1923 году Feig'em цветной реакции на As. Эта реакция по простоте выполнения, удобству, чувствительности (0,001 mgr. As) и специфичности кажется наиболее подходящей для количественного определения As в малых количествах крови, мочи, кала и проч. Авторы продемонстрировали ряд растворов с различными количествами As (от 0,026 mgr. до 0,0026 mgr.), по которым можно было судить о возможности применения данной реакции в целях колориметрии. Затем была проделана реакция с открытием As в крови, продемонстрированная перед собранием: в одну пробирку была взята кровь больного lues'ом до введения сальварсана, в другую—кровь того же больного, взятая на другой день после введения; параллельно была проделана и реакция с мочей, взятой на третий день после введения сальварсана. Таким образом была показана техника производства реак-

еще является сложный генный радикал эпилепсии. Ряд произведенных за последнее время исследований указывает, что основным фактором, вызывающим эпилептические симптомы, является своеобразное строение всей глубинной личности, своеобразный обмен веществ, своеобразное строение нервно-гланулярной системы. Выражением этих особенностей строения глубинной личности в психической области являются особенности темперамента. Как показывают работы Rome'а, Minkowsk'ой, Kretschmer'a и др., в семьях эпилептиков преобладают со одной стороны взрывной темперамент, с другой—гиперсоциальный; эти характеры, по мнению докладчика, являются двумя полюсами эпилептоидного темперамента, как чувствительный и холодный являются двумя полюсами шизоидного темперамента. Оба эти характера, однако, генетически самостоятельны. Исследуя генеалогии с характерологическими данными о членах семьи 21 эпилептика из Казанской Психиатрической клиники, докладчик пришел к заключению, что эпилептическая дегенерация личности является, когда в генетическом радикале представлены оба полюса эпилептоидного темперамента. У родителей лиц с эпилептической дегенерацией личности почти всегда имеется антинормия характеров: один родитель—взрывной, другой—гиперсоциальный. Кроме эпилептической дегенерации личности, имеются взрывные и гиперсоциальные эпилептоиды, где к одному основному эпилептоидному темпераменту прибавляется лишь часть ядра второго характера; кроме того надо отличать взрывных и гиперсоциальных эпилептотимиков, содержащих только ядро одного полюса. Эпилепто-эпилептотимики заболевают эпилепсией только в связи с экзогенными факторами; болезнь у них не течет, неуклонно прогрессируя, как при эпилептической дегенерации личности, а может излечиться (реактивные формы). При этом гиперсоциальные эпилептоиды более склонны к судорожным симптомам, а взрывные—к аффективно-истеричным вспышкам. Краткая характеристика гиперсоциального эпилептоида по Казанским генеалогиям такова: очень аккуратный, серьезный, прекрасный работник, «на него можно положиться», скопидом, скупой, до фанатизма религиозный, часто не пьет и не курит, в гневе «постоит за себя». Краткая характеристика взрывного эпилептоида: гневный, злой, лютый, ужасный скандалист, грубый, но в то же время хороший работник: «если все и прощует, то потом опять заработает»... Резкое ослабление интеллекта (слабоумие) у эпилептиков связано с имеющимся в семье наследственным слабоумием, мозговой неполноценностью вообще (левши, хореяки, паралитики, заики). Различные атипические картины эпилепсии зависят от присоединения к основному эпилептоидному ядру генов других психопатических кругов (циклоидного, шизоидного, различных психопатий), что всегда видно из генеалогий. По телосложению к эпилептоидному кругу принадлежат мускулярные и диспластики. Мускулярные более склонны к взрывности, диспластики—к слабоумию.

Секретарь А. Вылегжанин.

### Физиологическая секция.

Заседание 28/III.

А. Н. Поляков и Н. П. Колоколов: *Простой количественный способ колориметрического определения мышьяка в биологических жидкостях и тканях*. Указав кратко на существующие методы определения малых количеств мышьяка, авторы отметили их сложность и крайнюю нестойкость штандартов, хотя способы эти и обладают большой чувствительностью, позволяющей открыть As в тысячных долях миллиграмма (0,005—0,007 mgr.). Попутно были указаны и весовые—макрохимические методы. В поисках простой и удобной реакции для количественного определения As в биологических жидкостях (тканях), которая бы позволила делать это с наименьшей затратой времени и была удобна применима в клинической обстановке, авторы остановились на предложенной в 1923 году Feig'ем цветной реакции на As. Эта реакция по простоте выполнения, удобству, чувствительности (0,001 mgr. As) и специфичности кажется наиболее подходящей для количественного определения As в малых количествах крови, мочи, кала и проч. Авторы продемонстрировали ряд растворов с различными количествами As (от 0,026 mgr. до 0,0026 mgr.), по которым можно было судить о возможности применения данной реакции в целях колориметрии. Затем была проделана реакция с открытием As в крови, продемонстрированная перед собранием: в одну пробирку была взята кровь больного lues'ом до введения сальварсана, в другую—кровь того же больного, взятая на другой день после введения; параллельно была проделана и реакция с мочей, взятой на третий день после введения сальварсана. Таким образом была показана техника производства реак-

нии, и указаны способы приготовления реактивов. В виду того, что открыть Аз в крови без озоления нельзя, авторы предлагают делать озоление обработкой царской водкой при 1° водной бани.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Викторов, П. П. Попов и В. М. Соколов, пр.-доц. А. Д. Гусев, д-ра З. М. Блюмштейн и С. Г. Колосова-Сидорова.

В. С. Малицкий: *К вопросу об условиях, влияющих при действии камфоры и хинина на изолированную полосу сердца лягушки.* Докладчик произвел сравнительные экспериментальные исследования на изолированной полоске сердца лягушки по методике Лоеве и по методике Лоеве-Соколова. При этом он установил, что *camphora trita* в концентрации 1:100,000, по методике Лоеве, не изменяет ритма, но изменяет амплитуду сокращений полоски, а по методике Лоеве-Соколова замедляет ритм и увеличивает амплитуду сокращений полоски, т. е. дает те же результаты, которые получены различными авторами на сердце лягушки *in situ*. *Chininum muraticum* в концентрации 1:100,000, по методике Лоеве, замедляет ритм и уменьшает амплитуду сокращения полоски, а по Лоеве-Соколову—замедляет ритм и увеличивает амплитуду сокращений полоски.—Прения: профф. К. Р. Викторов, П. П. Попов и В. М. Соколов, д-ра Е. Н. Павловский, А. Н. Поляков, Н. В. Пучков и М. В. Сергиевский.

Заседание 14/IV.

Проф. К. Р. Викторов: *О работах школы проф. Miya-gawa.* Доклад будет полностью напечатан в „К. М. Ж.“.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Г. Боль и М. П. Тушнов, д-ра Руфимский и Пучков.

В. С. Малицкий: *Материалы к методике Loewe-Abderhalden'a с изолированной полоской сердца.* Докладчик производил исследования на изолированной полоске сердца лягушки по методике Loewe-Abderhalden'a и по методике Лоеве-Соколова, причем установил, что, в целях получения более определенных и точных выводов при фармакологических экспериментах на полоске из сердца лягушки, следует переводить полоску на испытуемое вещество не ранее, как через 1,25%, т. к. к этому времени амплитуда достигает своего максимума, и одновременно стабилизируется частота ритма. Период стабилизации продолжается 30—35 минут. Смена Ring'овской жидкости, через которую пропускался кислород, на жидкость, через которую кислород не пропускался, вызывает угнетение полоски, выражающееся или лишь в уменьшении амплитуды сокращений, или же—в уменьшении амплитуды и замедлении ритма. Смена жидкости Ring'era, через которую пропускался кислород, на идентичную жидкость угнетения не вызывает. Автор делает отсюда вывод, что полоска привыкает к работе в Ring'еровской жидкости с определенным содержанием кислорода и реагирует на малейшие изменения его.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Викторов, В. М. Соколов и М. П. Тушнов и д-ра Н. В. Пучков и М. В. Сергиевский. Секретарь М. Сергиевский.

### Хирургическая секция.

Заседание 29/II.

Д-р П. Н. Либерман демонстрировал *больного с передней мозговой грыжей*. Больной 9-ти лет, страдал врожденной опухолью, занимавшей половину спинки носа и медиальный угол правой глазницы; опухоль не пульсировала, была невправима, безболезненна. Дефекты кости (2 отверстия) были замещены по Лысенкову.—Прения: профф. В. Л. Боголюбов и П. М. Красни и прив.-доц. В. А. Гусынин.

Д-р Д. Н. Федоров: *К вопросу о первичной саркоме желудка* (с демонстрацией препаратов). После литературного обзора вопроса и выяснения частоты первичных сарком желудка (приблизительно 1% всех опухолей его) докладчик познакомил со своим случаем лимфосаркомы желудка. Больной М., 55 л., страдал болями в подреберье, отрыжкой, рвотой, сильно исхудал; реакция желудочного сока щелочная. Диагноз был поставлен лишь после операции. Операция состояла в клиновидной резекции стенки желудка (7×5 см.) вместе с опухолью. Последняя была величиною с большой грецкий орех, располагалась подбрюшинно, на слизистой соответственно ее положению найдена неглубокая язва величиною с 15-коп. монету. Под микроскопом обнаружена инфильтрация саркоматозными клетками всех слоев стенки резецированного участка. В брюшной полости метастазов не найдено. Через 1½ мес. после операции больной показы-

вался, причем у него обнаружены полное исчезновение болей и заметное улучшение общего состояния.

Д-р С. А. Смирнов демонстрировал микроскопические препараты *чрезвычайно редкого случая смешанной опухоли желудка* (монодермоды) мезодермального типа, содержавшей слизистую, жировую, хрящевую и костную ткани. Носительница опухоли, 13-летняя девочка, жаловалась на нарастающую слабость, поступила в клинику спустя 4—5 мес. после начала заболевания. В клинике обнаружены анемия (Hb 49%), диспептические расстройства, временами приступы резких болей в области желудка; в области печени у больной прощупывалась подвижная опухоль. Операция 12/II 1926 г. (проф. В. Л. Боголюбов) — клиновидная резекция желудка с удалением располагавшейся ближе к привратнику, экзогастрически расположенной опухоли величиною с гусиное яйцо. Через полгода после операции больная была свободна от рецидива. — В прениях по обоим докладом приняли участие профф. В. Л. Боголюбов и Н. В. Соколов и д-ра А. Н. Рыжих и Гефен.

Проф. П. М. Красин демонстрировал больную, оперированную им по поводу *трубчатого калового свища*. Свищ образовался после перенесенной операции ампутации матки, год тому назад, пропускал пугловчатый зонд на 11—12 см. Сделано чревосечение, спаивные с передней брюшной стенкой кишечные петли отделены, свищ выделен (наружное отверстие предварительно зашито) и перерезан у впадения в одну из наиболее глубоко лежащих петель тонких кишек, затем место впадения его зашито двумя рядами Lembert'овского шва. Свищ закрылся.

Д-р С. А. Веселовский: *К казуистике хирургического закрытия каловых свищей*. Разобрав литературу вопроса, докладчик поделился случаем, оперированным по двухмоментному способу проф. В. Л. Боголюбовым. Больной был доставлен в клинику по поводу калового свища после ножевой раны в левый бок. Anus praeternaturalis находился в области толстых кишек (S romanum), шпора была резко выражена, кал выходил только через приводящий отрезок, стул через прямую кишку отсутствовал. Произведено чревосечение по средней линии живота, и наложен анастомоз на colon transversum и s. romanum, причем приводящий отрезок толстой кишки в области anus'a был выключен перетяжкой кишки кожным шнурком. После этой операции отхождение кала было только per vias naturales. Вторая операция состояла в рассечении шпоры, после чего края последней были обшиты отдельными швами, края свища выделены из окружающих тканей и зашиты, наконец, восстановлена брюшная стенка. — Прения: профф. В. Л. Боголюбов, П. М. Красин и Н. В. Соколов, прив.-доц. В. А. Гусынин.

Заседание 14/III.

Прив.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал больного с *вывихом левой половины таза*. Повреждение установлено рентгенографически, получено было больным при железнодорожной катастрофе (больного стиснуло между двумя стенками разбитого вагона). Сопутствующими повреждениями и осложнениями были: перелом вертикальной ветви лонной кости той же стороны, перелом костей голени одноименной конечности, большая гематома в области ani и некоторые нервные расстройства. Лечение было чисто-консервативное: покой, фиксирующие повязки. Ко времени демонстрации больной в достаточной степени приспособился к новым статическим условиям и ходил вполне удовлетворительно, опираясь слегка на костыль. — В прениях проф. М. О. Фридланд, признав трудность диагноза в подобных случаях, выразил сомнение в существовании чистых случаев вывиха половины таза без перелома тазовых костей. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что недостаточное оборудование наших клиник рентгеновскими кабинетами ставит под угрозу распознавание подобных повреждений в тех немногих случаях, когда они проходят через руки хирургов. Кроме того, в прениях принял участие д-р П. А. Никифоров.

Д-р Н. В. Швалев демонстрировал больную, у которой при операции грыжесечения была обнаружена *редкая разновидность „грыжи от соскальзывания“*, именно, *грыжевым содержимым, составлявшим одно целое с мешком, была широкая связка с фаллопиевой трубой и яичником*. — Прения: д-ра Б. В. Огнев, И. Л. Цимхес, А. Н. Рыжих и проф. В. Л. Боголюбов.

Д-р В. В. Сычев: *К вопросу о профилактике послеоперационных пневмоний*. Коснувшись истории вопроса и различных теорий, объясняющих происхождение этого осложнения, докладчик перешел к систематизации всех

причин его, подразделяя их на 1) производящие (травма—или психическая, или соматическая), 2) предрасполагающие (конституция), 3) специфические (инфекция) и 4) вспомогательные (обстановка, окружающая больного,—недостаток вентиляции палат, тесный контакт с терапевтическими и инфекционными отделениями и т. д.). Борьба с этими осложнениями должна быть направлена и в сторону профилактики, и в сторону лечения. Докладчика интересовала больше профилактика, и с этой целью им был применен на материале Казанского Военного Госпиталя хинопирин (в виде подкожных инъекций по 1 куб. сант. смеси из chinin. pur. 6,0, antipyridini 4,0 и aq. destillatae 10,0 за сутки до операции, за 1½ часа и спустя 48 часов после операции). Применены были эти инъекции всего у 28 больных с прекрасным результатом,—пневмоний не было ни одной (было только 3 случая бронхита), тогда как контрольные больные (10) дали 5 послеоперационных пневмоний и 2 бронхита.—В прениях д-р М. С. Знаменский отметил несомненный эффект от хинопирина. Проф. Н. В. Соколов слабую сторону предложенной докладчиком систематики усматривает в излишней ее схематичности. Д-р А. Н. Рыжих причину частых послеоперационных пневмоний у мужчин при брюшных операциях видит в изменении брюшного типа дыхания в грудной, к которому воздухоносные пути мужчин мало приспособлены. Проф. М. О. Фридланд основную причину послеоперационных пневмоний видит в множественных эмболиях сосудов малого круга кровообращения. Кроме того в прениях приняли участие д-ра Б. В. Огнев и П. Н. Маслов и проф. В. Л. Боголюбов. Секретарь С. Смирнов.

Заседание 26/III.

Д-р А. Л. Августинов демонстрировал случай *оперативного лечения перелома шейки бедра*. Больной К., 46 лет, стеклодав, 7½ мес. тому назад во время пожара упал с лестницы, причем произошел перелом шейки правого бедра, не сросшийся за все это время. На рентгенограмме—широкая щель на месте перелома со значительным смещением костей. Правое бедро укорочено на 2 сант. Операция—вбивание аутопластического (из tibia) костного призматического гвоздя через trochanter major вглубь до подхрящевой зоны головки при отведенном положении бедра. Покойное положение в кровати без всякой повязки. На рентгенограмме в настоящее время (через 1½ мес. р. о.) заметно, что трансплантат частью резорбируется по линии бывшего перелома шейки, и имеется сращение отломков, которые вплотную прилежат друг к другу. Объем движений у больного значительно приблизился к норме, боли при ходьбе незначительны.—В прениях проф. П. М. Красин заметил, что он видел в клинике проф. Delbet (Париж) лечение переломов шейки бедра при помощи вбивания металлического гвоздя; проф. К. интересуется узнать, как корригируется направление вколачивания трансплантата, и не является ли работа долотом несколько грубою для устройства канала. Проф. В. Л. Боголюбов указал, что описанный докладчиком прием аналогичен т. наз. Knochenbolzung, применяемому при артродезах. Интересна здесь окончательная судьба штифта. Повидимому, впоследствии происходит рассасывание трансплантата. Проф. М. О. Фридланд указал, что не так важна первичная фиксация трансплантата, сколько вызываемое им биологическое раздражение костной ткани, которое ведет к пластическим отложениям, являющимся главным моментом в развитии сращения отломков. Преимущество долота то, что оно более травматизирует и вызывает биологическое раздражение. Д-р А. Н. Рыжих указал на малую успешность консервативных методов лечения переломов шейки бедра и видит трудность операции в правильной установке линии трохантера и головки.

Д-р Б. В. Огнев: *О коллатеральном кровообращении сердца при перевязке а. coronariae cordis sin. на животных*. Докладчиком был продемонстрирован ряд стереоскопических снимков и препаратов сердца после перевязки коронарных сосудов последнего. Им изучались коллатеральные пути указанного органа, для чего животные после операции оставались на различные сроки. Три собаки были оперированы по два раза, причем первая перевязка сосудов делалась более низко, а когда уже были подготовлены коллатерали, то вторично делалась более высокая перевязка сосудов (все 3 собаки выжили). Артерии перевязывались с одноименными венами. В заключение была продемонстрирована собака, перенесшая две операции—более низкую и более высокую перевязку коронарных сосудов.—Прения: проф. В. Л. Боголюбов и П. М. Красин.

Д-р Б. А. Остроумов: *К вопросу о применении алкоголя в хирургии*. Разобрав литературу вопроса, докладчик поделился своими случаями химической перерезки нервов (алкоголизации). У 8 больных с подозрением на язву желудка,

причем язва, однако, не была обнаружена, была произведена алкоголизация малого сальника. В каждом случае употреблялось от 10,0 до 30,0 80° алкоголя. После того боли, бывшие до операции, исчезли и в одном случае отсутствовали еще спустя 1 г. и 3 мес. Лишь у одного больного боли не прошли вследствие явлений перигастрита и перидуоденита, а может быть, и потому, что в этом случае было выпрыснуто только 10,0 алкоголя. Из 2 случаев самопроизвольной гангрены смачивание 80° алкоголем а. femoralis в одном случае боли исчезли, в другом дело кончилось ампутацией. В одном случае опрыскивания II ветви тройничного нерва докладчик видел успех. Из участвовавших в прениях по докладу проф. М. О. Фридланд заметил, что он видел лучший и более продолжительный эффект от метода алкоголизации, чем от операции Legische'a, так как алкоголь лучше и глубже может проникнуть и пропитать адвентицию. Проф. П. М. Красин в своих немногих случаях применения алкоголизации получил, напротив, отрицательные результаты и сомневается в том, чтобы алкоголь, вызывающий свертывания белков, мог проникать глубже. Д-р С. А. Смирнов интересуется, не служит ли алкоголизация малого сальника предрасполагающим моментом для образования язв желудка, так как здесь нарушается вегетативная нервная система, а это является одним из этнологических факторов образования язв. Д-р А. Н. Рыжих объясняет неодинаковые результаты, получаемые при операции Legische'a и смачивании бедренной артерии алкоголем, различным распределением констрикторов. У ряда субъектов констрикторы находятся в адвентиции, чем и объясняется благоприятный результат операции Legische'a, у других же констрикторы распределяются преимущественно в области n. ischiadici; в этих случаях нельзя ожидать результата от денудации или алкоголизации а. femoralis. Проф. В. Л. Боголюбов, основываясь на особенно хороших результатах, получаемых при алкоголизации малого сальника, предлагает расширить показания к ней, именно, применять алкоголизацию во всех случаях болей при отсутствии органических изменений со стороны органов брюшной полости (малый сальник, брыжейка, мезосолон, связки).

Д-р Д. Н. Федоров: *К хирургической патологии семенных кист (spermatocoele)*. После разбора патогенеза, этиологии и диагностики кист рудиментарных образований яичка и его придатка докладчик сообщил свой случай spermatocoele, относящийся к мужчине 31 года, у которого была удалена семенная киста в 7×10 величиною, имевшая форму груши и весившая 187,0. Содержала она 184 к. с. опалесцирующей жидкости с большим количеством сперматозоидов (17 в поле зрения), лейкоцитами и цилиндрическим эпителием. Жидкость была без запаха, имела уд. вес 1006, была нейтральной реакции. Под микроскопом в стенке кисты были найдены каналы, напоминающие v. efferentia и duct. epididymis, имелся также ход почти тождественный с просветом канала appendix'a testis. Докладчик считает эту кисту развившеюся из v. abberans sup. и уже вторично вовлекшею в растяжение канал придатка и v. efferentia.—По поводу доклада сделал замечания проф. В. Л. Боголюбов. Секретарь секции д-р П. Л. Циммерс.

### Венерологическая секция.

Заседание 23 II.

Пр.-доц. Н. Н. Яснитский: *Современное состояние учения о врожденном сифилисе*. Доклад будет полностью напечатан «К. М. Ж.».—В прениях выступали д-ра Вайнштейн, Ашанин и проф. Пильнов.

Заседание 30 III.

Н. Н. Чумаков демонстрировал больного с пендинской язвой тыла правой кисти, ладонной поверхностью нижнего отдела левого предплечья и передней поверхности левой голени, а также найденные в этом случае тельца лейшмании.—Прения: д-ра Миряи, Кондратьев, Батунин и прив.-доц. Яснитский.

Он же демонстрировал больного с *lupus vulgaris* с локализацией процесса в области носа (с зарощением носовых отверстий), верхней (разрушенной процессом) и нижней губ, слизистой рта и десны, нижней челюсти, подбородка, левого уха, шеи и правой ягодицы.—В прениях по докладу приняли участие д-р Евдокимов и прив.-доц. Яснитский.

П. А. Кугушев демонстрировал больного с *tuberculosis cutis verrucosa* и гистопатологические препараты данного случая.—Прения: д-ра Биккенин и Батунин.

А. В. Вайнштейн и С. Я. Голосовкер: *Дальнейшие наблюдения над лечением раннего сифилиса прививками рекуррента*. Под наблюдением авторов в течение 2 лет было 84 случая первичного, раннего и серопозитивного латентного lues'a, леченных прививками европейского рекуррента, (штаммом проф. Аристовского в Казани). В одной группе (57 чел.) соблюдалась методика Kugle, — больные предварительно получали 3,0 Нео (в обычных дозах, с обычными промежутками), в другой (27 чел.) предварительной сальварсанизации не производились. Дополнительно обе группы получали Нео. Из первой группы прививка удалась в 39 случаях, из второй — во всех. Таким образом предварительная сальварсанизация вредно действует на исход прививок, что можно объяснить длительной задержкой мышьяка в организме и сальварсанолыбильностью штамма Аристовского. Прививалась суточная культура в дозе 0,1—1,15. Клинически действие привитого рекуррента у больных без предварительной сальварсанизации сказывалось в исчезновении бледной спирохеты и обратном развитии сифилидов во время 1-го приступа. Отмечалось также легкое течение рекуррента у сифилитиков. В выводах авторы указывают, что прививка возвратного тифа особенно показана в латентных резистентных случаях; желательны наблюдения относительно целесообразности ее применения и в ранних стадиях сифилиса; прививка должна проводиться только в клинической обстановке. — В прениях М. Батунин указал на то, что автором принадлежит первенство в С. С. С. Р. в лечении раннего сифилиса прививками возвратного тифа, причем они делают более осторожные выводы на этот счет, чем в первых своих сообщениях, сделанных на I Поволжском Съезде.

Секретарь М. Батунин.

## Х р о н и к а.

96) В качестве кандидата на вакантную кафедру хирургической патологии в Казанском Университете Медфаком этого университета 30/III единогласно избран профессор П. М. Краси н, занимающий ныне кафедру оперативной хирургии в Казанском У-те.

97) Медфаком Казанского Университета в заседании 30/III удостоен звания приват-доцента акушерства и женских болезней д-р Н. Н. Чукалов.

97) 31 марта закончился конкурс на освободившуюся со смертью проф. С. С. Зимицкого кафедру пропедевтической терапевтической клиники Казанского У-та, причем желающих принять участие в конкурсе оказалось лишь двое. Решено просить о продлении конкурса.

99) Медфаком Казанского Университета 30/III т. г. признана трудом высокой научной квалификации работа д-ра А. Н. Полякова «К учению о гемоглобине. Гемоглобин лошадиной крови и некоторые продукты его распада».

100) В то время, как у нас почти ежегодно возникают новые университеты, некоторые из старых, к сожалению, буквально разваливаются. В свое время мы уже отмечали официально установленное опасное положение Факультетской Терапевтической клиники Казанского Университета, потолок которой грозит обвалом. «Уже более 3 лет, — по сообщению «Красной Татарии» (1928 г., № 74), — стало грозить быстрое разрушение» и Областной Советской больницы (бывш. Шамовской), где помещаются Госпитальная Терапевтическая, Госпитальная Хирургическая и Пропедевтическая клиники Университета. «В декабре 1927 г. — говорит газета — комиссия обследовала больницу и признала, что недалек тот момент, когда больница эта (расположенная на горе) вместе с больными поползет под гору и будет потеряна навсегда для Казани». Давно уже обнаруживавшаяся в главном здании больницы трещина с каждым годом становится все шире.

101) В Казани, по инициативе пр.-доц. Р. Я. Гасуля, организовано Общество Рентгенологов и Радиологов, первое заседание которого состоялось 26/IV.

102) Совнарком РСФСР постановил: 1) что медработники психиатрических учреждений, непосредственно обслуживающие душевнобольных, в случае профессиональных заболеваний приравняются в отношении обеспечения в порядке социального страхования к лицам, утратившим трудоспособность вследствие увечья; 2) что врачам, работающим в психиатрических больницах, предоставляется не реже, чем через каждые 5 лет службы, научные командировки для дальнейшего научного усовершенствования, сроком не менее, чем на 3 месяца, за счет НКЗ'ва; 3) что