

При наступившем уже расхождении вторичный глухой шов дал выздоровление в 67%, открытое лечение—в 32%.

Следующий хирургический съезд предполагается созвать весной 1929 г. в Ленинграде. Для него намечены следующие программные темы: 1) О дремлющей инфекции в тканях и органах, 2) Предупреждение и лечение контрактур конечностей. Кроме того в качестве рекомендованных тем выдвинуты следующие: 1) О декомпрессивной трепанации черепа, 2) Нагноение ручных пальцев и кистей, 3) Непосредственные и отдаленные результаты простатэктомии, 4) Оперативное лечение и отдаленные результаты рака прямой кишки.

## Х Всесоюзный Съезд Терапевтов.

Д-ра А. М. Предтеченского (Казань).

Состоявшийся в Ленинграде с 15 по 20 июня с. г. Х Всесоюзный Съезд Терапевтов привлёк громадное количество участников,—почти 1400 человек, из коих 800 прибывших из различных мест Союза. Накануне открытия Съезда состоялась товарищеская встреча всех участников его в здании Академической Филармонии с концертным отделением при участии симфонического оркестра Охфилармонии, артистов оперы, балета и пр.

Деловая часть Съезда началась 15/VI. Проф. Ланг, председатель Организационного Комитета, открыв Съезд, предложил избрать председателем его старейшего терапевта Союза, проф. В. Д. Шервинского, что было встречено шумными аплодисментами собравшихся.

Дать подробное описание работы Съезда не представляется возможным из-за массы докладов, но надо признать одно,—что Съезд проделал громадную работу. Заседания его происходили иногда по 2—3 в день, причем, хотя некоторые доклады и были сняты, все же Съезду пришлось выслушать массу сообщений, что, несомненно, отразилось на работе Съезда, ибо вместе с более важными докладами заслушивались и менее важные, отчасти уже известные, не представляющие собою чего-либо нового.

I заседание было посвящено вопросу о *периферическом сердце*. Как известно, теория периферического сердца, выдвинутая покойным проф. М. В. Яновским, в настоящее время признается далеко не всеми, и наряду с защитниками ее, каковым является, между прочим, и программный докладчик, проф. Куршаков, имеются и противники ее, напр., проф. Ланг. Проф. Куршаков в своем докладе остановился на данных сравнительной анатомии и в защиту периферического сердца сослался на низших животных (черви, ланцетник), у которых при отсутствии центрального сердца кровь передвигается вследствие перистальтических сокращений сосудов. По мере продвижения по сравнительно-анатомической лестнице животных проталкивающая сила крови постепенно все более и более сосредоточивается в центральном сердце. Но это вовсе еще не значит, что роль сосудов здесь сводится на нет. Клинические данные, напротив, говорят за активную работу сосудов и у высших животных и человека,—известны, напр., случаи компенсаторного развития мышечной части сосудов при недостаточности сердечной мышцы. Докладчик сам признает, что экспериментальные данные по этому вопросу недостаточны, и больше эта теория находит себе опору в клинических фактах—данных сфигмографии и сфигмоманометрии. Но и эти данные являются во всяком случае убедительными. «Теория периферического сердца в таком виде, как она предложена проф. Яновским,—заклучил докладчик,—оставаясь в ряду клинических теорий, оказывается дополнением к учению о сосудистом тонусе и вполне приемлема для пользования, с ясностью и единообразием объясняя гемодинамические картины».

Другой докладчик по тому же вопросу, проф. Ланг, выступил противником теории периферического сердца. По его мнению эта теория является преждевременной, так как не находит себе подтверждения в физиологии. Капилляры, по данным физиологии, не играют активной роли в продвижении крови, так же, как и вены; остается артериальное периферическое сердце, причем из артерий такую роль можно приписать только аорте; но тогда придется признать, что два сердца, центральное и периферическое, лежат рядом, что является с физиологической точки зрения недопустимым.

Из выступавших в прениях по данному вопросу особенно горячим приверженцем теории покойного проф. Яновского о периферическом сердце явился проф. В. А. Опель.

Среди внепрограммных докладов этого дня надо отметить интересное сообщение проф. Плетнева и д-ра Хесина о *лечении грудной жабы*. Докладчики испробовали при данной болезни инъекции 70% спирта или новокаина в межпозвоночные узлы («химическая хирургия» — по их терминологии). Определенных результатов при этом не получается: в одних случаях инъекция вызывает облегчение, в других, напротив, вызывает припадок. Последний факт наводит проф. Плетнева на мысль, не является ли раздражение этих узлов *primus movens* грудной жабы. Вообще, по его мнению, последняя есть сложный синдром, зависящий от раздражений, возникающих не только в самом сердце, но и вне его (некоторые исследователи находили у ангинозных больных гистологические изменения и в позвоночных узлах). Как терапевтическое мероприятие, данный метод может найти себе применение лишь в исключительных случаях.

Выступивший в прениях проф. Гессе сообщал, что после хирургического лечения в 4 из проследенных им 8 случаев приступов жабы не наблюдается в течение уже 2 лет и более.

В вечернем заседании д-р Эттингер сделал сообщение о благоприятных результатах лечения *злокачественного малокровия* свежей печенью. Улучшение при этом начинается довольно быстро, но малейшие перерывы дают себя знать, — у больных появляется своеобразная «тоска по печени».

Второй день Съезда был посвящен вопросу о *сифилисе почек и сифилисе печени*. Докладчик по первому из этих вопросов, проф. Ф. Г. Яновский, отметил, что сифилис внутренних органов вообще за последнее время участился, поэтому неудивительно, что изучение его привлекает к себе все больше внимания. Заболевание почек, как правило, наступает позднее поражения других органов. Было время, когда существовало сомнение относительно того, что надо отнести за счет сифилитического вируса и что — за счет действия на почки применяемых при сифилисе лекарств — ртути и т. п. Сифилис почек проявляется в трех формах. Первая форма — это наследственный сифилис, который обычно начинается в раннем детстве (не позднее 10—15 лет); эта форма обыкновенно поддается лечению иодом и ртутью, а Montinell стоит при ней за неосальварсан. Во вторую категорию входят случаи третичного сифилиса почек, который обыкновенно поражает почки уже тогда, когда другие органы больны. Эта форма *lues'a* почек проявляется в трех разновидностях: гуммозной, амилоидной и склеротической, причем поражению почек обыкновенно предшествует заболевание печени. Клиническая диагностика здесь часто бывает затруднительна, а по некоторым авторам отличить клинически сифилитический нефросклероз от другого и совсем невозможно. Для лечения лучше всего применять иод и ртуть. Третью форму представляет ранний сифилитический нефрит, разработанный преимущественно французскими авторами; однако за последнее время и немцы уделили ему большое внимание (Munk), описывая его как липоид-нефроз. Характерны для этой формы большие количества белка и резкие колебания его, а также мутная моча; из функциональных поражений Fournier при этой форме отмечает уремию, докладчик в своих случаях видел задержку азота. (Мы также в своих случаях т. наз. липоидного нефроза на люэтической почке видели задержку азота. *Рейф.*) Эта форма *lues'a* почек может развиться уже очень рано после заражения, — иногда в первые 1—3 месяца. Для клиники чрезвычайно важно своевременное распознавание сифилитической природы этой формы заболевания — в виду возможности успешной терапии ее. Общее, что было отмечено и докладчиком, и оппонентами, — это трудность диагностики люэтического заболевания почек. Самым верным критерием здесь все-таки остается анамнез.

*Сифилис печени* (докл. проф. Виноградов) встречается часто, но так же, как и поражение почек, его часто трудно бывает диагностировать. Проявляется он в форме склероза, гуммы, или же, чаще, гипертрофического цирроза, хотя иногда встречается и атрофическая его форма, а также форма болезни Banti.

Выступавший в прениях проф. Плетнев отметил, что здесь не приходится говорить об отдельных заболеваниях, а надо иметь в виду плюригландулярность заболеваний. По его словам нет отдельного заболевания печени, аорты, почек, а есть заболевание всего организма, и причина этого заболевания — не один только *lues*, а целая совокупность вредных моментов — тут и *lues*, и алкоголизм, и тяжелый физический труд и т. д.

Поражая обыкновенно не один какой-либо орган, а несколько, сифилис не падает и желудка, причем *сифилис желудка*, как указал в своем докладе проф. Гаусман, бывает уже в раннем вторичном периоде, хотя встречаются сифилитические гастриты и в других стадиях болезни.

*Поражения сосудистой системы при сифилисе* наблюдаются также уже в самом раннем периоде болезни (доклад Лукомского), причем во вторичном периоде могут наблюдаться и изменения со стороны сердца. Итак сифилис дает крайне разнообразную, подчас трудно распознаваемую картину заболевания различных внутренних органов, чем и определяется его колоссальное значение в клинике внутренних болезней.

Третий день Съезда (вечер) посвящен был интересному и обстоятельному докладу проф. Кончаловского „*Клиническая характеристика гепато-лиенального синдрома*“. Пестрота и разнообразие клинических форм цирротических процессов, поражающих печень и селезенку, не дает возможности привести эти циррозы к трем типам, связанным с именами Лаеннек's, Nahnот и Banti. Анатомо-морфологический принцип, положенный в основу старой их классификации, не может объяснить патогенеза и этиологии этих заболеваний, и на сцену выдвигается теперь гепато-лиенальный синдром, как системное заболевание с поражением печени, селезенки, костного мозга и ретикуло-эндотелиального аппарата. В клинике также обычно не встречается чистых форм, соответствующих старым циррозам,—атрофическому, гипертрофическому и циррозу Banti, а обыкновенно встречаются смешанные формы, причем процесс сближается с поражением и ретикуло-эндотелиального аппарата, и костного мозга. В частности симптомокомплекс, очерченный Banti, утратил свое значение, и часто в основе болезни лежит микоз селезенки.

Несколько докладов на Съезде было затем посвящено исследованию поджелудочной железы и желчного пузыря. К числу этих докладов относится доклад покойного проф. С. С. Зимницкого „*Наша методика добывания отделяемого поджелудочной железы*“, прочитанный д-ром В. С. Зимницким. Описанная в докладе методика дает возможность получать чистое отделяемое поджелудочной железы со всеми химическими и физическими свойствами панкреатического сока при помощи введения через зонд молочной сыворотки. Доклад этот был с большим вниманием встречен присутствующими.

Проф. Левицкий выступил с докладом о *био-химических изменениях крови при базедовой болезни*. На основании своих исследований докладчик склонен смотреть на данную болезнь, как на результат гиперфункции щитовидной железы. По поводу этого утверждения проф. Зеленин правильно указал, что при базедовизме имеет место не только усиление, но и качественное изменение деятельности щитовидной железы, и болезнь эту вернее будет считать за симптомокомплекс, при котором поражается несколько желез внутренней секреции.

Четвертый день Съезда был посвящен вопросу о *лечении базедовой болезни*, причем докладчиками выступили профф. Шервинский и Мартынов. Первый из них отметил значительное учащение за последнее время заболеваний этой болезнью, что докладчик ставит в связь с перенесенными годами войны и разрухи, ибо потрясение нервной системы является одним из существенных причинных моментов базедовой болезни. Отсюда первым условием для лечения базедовизма является помещение больных в тихую и покойную обстановку. Гигиено-терапия— вот, по мнению проф. Ш., основа лечения этой болезни, и часто для базедовика бывает гораздо полезнее пребывание в деревне, чем на курорте, где он может только хуже истощать свою нервную систему. Помимо гигиены-и психотерапии необходима диета, исключающая мясные и др. раздражающие блюда, далее—физические методы лечения, среди которых, однако, солнцелечение противопоказано, ибо при современном увлечении солнечными ваннами, по наблюдениям докладчика, иногда на этой почве могут развиваться явления базедовизма; напротив, гидротерапия, электризация, гальванизация иногда оказываются полезными при базедовизме, равно как антигиреодин и в иных случаях иод. Если все это оказывается недействительным, остается прибегнуть к рентгену и операции.

Проф. Мартынов полагает, что, если терапевтические мероприятия мало помогают, то больного надо оперировать, и только в тех случаях, где операция почему-либо противопоказана, вступает в свои права рентген. В таком же духе сказались и выступавшие в прениях профф. Оппель и Петров, причем они определенно признавали невыгодным применение операции после неудачного лечения рентгеном.

На совместном заседании хирургов с эндокринологами председатель Общества эндокринологов проф. Оппель сделал доклад под заглавием: „Из области экспериментальной и клинической эндокринологии“. На основании длительного изучения химизма крови и внутрисекреторных желез докладчик предложил в этом докладе новые методы лечения некоторых болезней внутренней секреции. Так, при тетании и спазмофилии, — болезнях, выражающихся в наклонности к судорогам и спазмам на почве недостаточной деятельности паращитовидных желез и сопровождающихся понижением содержания кальция в крови, — проф. Оппель получил хорошие результаты от пересадки под кожу костных пластинок, сделанных из обыкновенной бычьей кости. При *tbc* содержание кальция в крови также бывает всегда понижено, и из 35 больных у 16 после пересадки под кожу костных пластинок кровохаркание и кровотечения прекратились, в других 16 случаях наступило улучшение, и лишь в 3 случаях наблюдался отрицательный результат. Обратно — повышенная деятельность паращитовидных желез констатируется при одеревенелости позвоночника, и удаление части этих желез в 16 из 30 случаев данной болезни дало заметное улучшение (суставы стали „развязанными“, и больные сделались работоспособными).

Пятый день Съезда был посвящен *болезням крови*. Здесь надо отметить доклад проф. Ф. Я. Чистовича, который высказал взгляд, что образование белых кровяных телец при лейкомии происходит в больном организме по эмбриональному типу. Ehrlich полагал, что тельца эти образуются в лимфатических железах и костном мозгу. Есть основания предполагать, что они образуются и в ретикуло-эндотелиальном аппарате, а при острой лейкомии — только в этом последнем.

Проф. А. Ринкин сделал доклад о *прижизненном исследовании костного мозга при различных заболеваниях*. В костном мозгу удается установить болезненные изменения иногда уже очень рано, когда в периферической крови нельзя бывает подметить никаких патологических явлений. В виду этого в клинике докладчика принято добывание костного мозга уколом Вигеровской иглой при местном обезболивании, и добытый костный мозг исследуется на<sup>1</sup> присутствие, напр., плазмодиев малярии и т. п. Уколы производятся у взрослых в грудину, а у детей — во внутренний мыщелок большеберцовой кости. Будучи применен у 180 больных, этот метод дал возможность ставить ранний диагноз и разбираться во многих запутанных случаях.

Из докладов, заслушанных на шестой день Съезда, отмечам доклад д-ра Гельмана, посвященный *клинической оценке реакции организма у рабочих*. В Институте профзаболеваний были произведены исследования с группами различного рода рабочих, с целью выяснения влияния на заболевания их различных факторов: 1<sup>о</sup>, тяжелой работы, токсических агентов и пр. При этом исследовались кровь, обмен веществ и пр. Изучение найденных изменений показало у рабочих различных производств большие сдвиги, выходящие за пределы физиологических.

Отметим также заслушанный в этот день доклад Штуцера и Ивашенцевой о *паратифозных заболеваниях*. Указав на вариабильность последних, докладчики отметили, что паратифозные бактерии могут быть разбиты, по их патогенности, на 3 группы: 1) бактерии патогенные для человека (тип *B. paratyphi* В), 2) бактерии патогенные для человека и животного (тип *B. enteritidis* Gärtneri) и 3) возбудители эпизоотий у животных (тип *B. paratyphi* Glösser-Volga-den'a), причем массовые дозы паратифозных бактерий 3-й группы могут вызвать заболевание и у человека.

Съезд был закрыт 20/V в 8 час. вечера. XI Съезд намечен в декабре 1929 г. или же весной 1930 г., в Москве, причем в качестве программных тем намечены: 1) ревматизм, 2) хронические нетуберкулезные поражения легких и 3) антагонисты *tbc*.

При настоящем Съезде была организована выставка коллекций электрокардиограмм, рентгенограмм, химических препаратов, приборов, книг и пр.

В смысле организации X Съезда можно указать одно нововведение, неполное, мне кажется, удачное, это назначение в некоторые дни по 3 заседания: утреннее с 9 до 2 ч. дневное — с 3 до 6 и вечернее — с 8 до 11 ч. веч. Так как обыкновенно все заседания затягивались дольше назначенного срока, то, конечно, они не могли уложиться в отведенные часы. Это создавало большее утомление участников, для которых выдержать по 3 заседания в день не было возможным. Кроме того, как

и на прежде бывших съездах, на X Съезде поражало обилие докладов на внепрограммные темы, благодаря чему программные вопросы не могли быть надлежащим образом освещены. Наконец, нельзя не отметить еще один недостаток истекшего Съезда.—это отсутствие резюме со стороны председателей отдельных заседаний.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество Врачей при Казанском Университете.

#### Общие заседания.

Заседание 8 V.

Проф. Н. П. Васильев сделал доклад *о редком случае незарощения боталлова протока и одновременного острого эндо-артериита аорты и легочной артерии*.—Доклад этот, сопровождавшийся демонстрацией препаратов, вызвал вопросы и замечания со стороны д-ра Р. Я. Гасуля и профф. М. Н. Чебоксарова и Н. К. Горяева.

Д-р А. В. Голяев сделал сообщение: *„Свободные фибринозные тела в плевральной полости“*. Сообщение эта будет полностью напечатано в „Казанском Мед. Журнале“.—Прения: д-р Р. Я. Гасуль, профф. Н. П. Васильев и д-р Захаров, отметивший, что, быть может, в возникновении фибринозных тел в плевральной полости сыграли в данном случае роль наличие в плевре воздуха и повышенное содержание Са в соках организма (больной имел спонтанный пневмоторакс и лечился Са).

Д-р К. А. Дрягин: *„Наблюдения над изменениями морфологического состава крови под влиянием мышечных движений“*. Доклад будет напечатан полностью в „К. М. Журнале“.—Прения: профф. Васильев и Горяев, д-ра Герасимова и Кочев.

Заседание 22/V.

Д-р Е. С. Алексеев: *„К вопросу о смене форм клеточных элементов в экссудатах плевральной полости под влиянием бактерий“*.—В прениях по докладу приняли участие профф. Н. П. Васильев и В. М. Аристовский и д-р Н. Н. Благовещенский.

Д-р А. Н. Дмитриев сделал сообщение *о культивировании гонококка*. Автор, пользуя 100 больных гонореей, в отделяемом из уретры которых легко были обнаружены несомненные гонококки, производил сравнительное испытание сред: Abela, McLeod'a, асцит-агара, Wertheim'a, Piorowski'ого, Lirschütz'a, кровяного агара и агара Lorenz'a. Посевы материала производились параллельно на 4—6 питательных средах, причем на каждой из них было проведено не менее 25 случаев. Лучшей оказалось среда из кровяного агара, на котором было получено 88% положительных результатов роста гонококков, далее по качеству своему следуют асцит-агар, среда Lorenz'a и среда Wertheim'a, наконец, самые худшие результаты были получены от испытания сред Piorowski'ого и Lirschütz'a. Используя полученные результаты от кровяного агара, докладчик приготовил несколько кровяных сред на плацентарном агаре: 1) с пептоном, 2) с пептоном и нутрозой и 3) без пептона. При параллельном испытании этих сред с кровяным агаром оказалось, что среда из плацентарного агара с кровью без пептона дала наилучшие результаты—98,2% положительного роста гонококков, почему д-р Д. и рекомендует ее для выращивания гонококков.—В прениях по докладу выступали д-ра Благовещенский и Поляков и профф. Аристовский, Вишневский и Васильев.

Секретарь Н. Вылегжанин.

#### Хирургическая секция.

Заседание 25/IV.

Пр.-доц. В. А. Гусынин демонстрировал мальчика 16 лет *после amputatio interscapulo-thoracica* по поводу саркомы левой плече-лопаточной области. Докладчик обратил внимание на следующие моменты операции: ампутиацию лучше производить под общим наркозом в виду обширности раны и возможности психического шока; из всех предложенных кожных разрезов наиболее целесообразным