

—В прениях пр.-доц. Яснитский и д-ра Батунин, Миркин и Биккенин объясняли данное заболевание ослаблением организма под действием малярии, что и дало возможность вульгарной флоре вызвать данное заболевание, говорить же здесь о малярном заболевании очень трудно.

Д-р Н. П. Колоколов: *К лечению сифилиса мио-сальварсаном.* Под наблюдением автора были 21 больной с приобретенным активным сифилисом. Из них 6 было с первичным сифилисом (в том числе 4 серонегативных и 2 серопозитивных), 14—с вторичным свежим сифилисом и 1—с гуммоэлем. Исчезновение спирохет из склерозов и мокнувших папул происходило на другой день после высккивания, в исключительных случаях спирохеты были находимы на 3-й день. Обратное развитие сифилидов обнаруживалось явно на 3—4-й день после высккивания, а в некоторых случаях—на другой день. Особенно отчетливо действие препарата сказывалось на сифилидах слизистых оболочек. Серологически половина из закончивших курс лечения реагировали отрицательно. По заключению докладчика препарат является очень ценным прежде всего для тех случаев, где применение внутривенного способа введения сальварсана по каким-либо причинам не представляется возможным. По терапевтическому эффекту препарат этот не уступает neosalvarsan'у.—Прения: прив.-доц. Яснитский, д-ра Батунин и Биккенин.

Д-р Н. С. Бейрах: *Роль диатермии простаты и семенных пузырьков в диагностике и терапии гонорройных артритов.* По наблюдениям докладчика диатермия простаты и семенных пузырьков дает хороший терапевтический результат в стадии обратного развития воспалительной реакции, а также в хронически протекающих случаях гонорройного поражения суставов, при остро же протекающих гонорройных артритах диатермия простаты и семенных пузырьков не только не дает заметных результатов, но даже вызывает ухудшение процесса. Диатермия первичного очага, простаты и семенных пузырьков по силе терапевтического влияния на пораженные суставы и по своим конечным результатам значительно превосходит как диатермию каждого из пораженных суставов в отдельности, так и общую диатермию их по Kowarschik'у. В упорных, застарелых случаях гонорройных артритов диатермия простаты и семенных пузырьков дает значительно лучшие результаты в комбинации с различными иммуно-терапевтическими и физическими методами лечения. Диатермия первичного очага является, наконец, новым диагностическим средством, помогающим выяснению этиологии артритов в сомнительных случаях.—Прения: пр.-доц. Яснитский и д-р Батунин. Секретарь секции М. Батунин.

## Общегородская конференция научной ассоциации врачей Самарской губ.

Заседание 19/V.

Проф. М. Н. Гремячкин: *Лечение геморроя склерозирующими инъекциями.* Доклад помещается полностью в настоящем N журнала.—В прениях приняли участие проф. Кавецкий и д-ра Глассон, Вольский, Соскин и Иофан.

Д-р Б. Валицкий: *Экзквизитный случай глубокого идиотизма* (с демонстрацией). Ребенку 2 года 2 мес. Родители в общем здоровы, родственники тоже. Роды своевременны, правильны. Умеренный рахит, исключительно-низкая психика: не умеет сидеть, ни даже есть (жевать), хотя для этого нет никаких анатомических препятствий. Органы зрения и слуха в норме, но в действительности ребенок не видит и не слышит. На боль реагирует исключительно слабо, хотя чувствительная проводимость не нарушена. Со стороны соматических функций нервной системы имеются слабо выраженный атетоз и намек на нижнюю параллелию по типу болезни Little'я. Предполагаемая этиология—энцефалит, поразивший преимущественно лобные доли больших полушарий, возможно, внутриутробного происхождения.

Заседание 13/VI.

Д-р Н. Н. Чашкин: *Тотальная ортоперкуссия сердца и сосудистого пучка.* Тотальная ортоперкуссия находится в том же соотношении к ортоперкуссии Goldscheider'a, как рентгеноортодиаграмма в косых и фронтальном положениях к сагиттальной рентгеноортодиаграмме. Детализованная характеристика сердца по его отделам и сосудистого пучка не дается ни сагиттальной рентгено-

ортодиаграфией, ни в известной мере идентифицирующей ее ортоперкуссией G. Наоборот, рентгеноортодиаграфия в косых и фронтальном положениях, а также идентифицирующая ее, предложенная докладчиком тотальная ортоперкуссия отвечает такой цели в большей мере, хотя бы для суждения об аневризмах грудной аорты в различных ее частях и направлениях, об увеличении левого предсердия и легочной артерии, правого и левого желудочков и т. д. Докладчиком были изложены—сущность метода, его преимущества и недостатки, а затем продемонстрированы полученные перкуссограммы патологических сердец и сосудистого пучка. Что касается сущности метода, то, по докладчику, перкуссию надлежит производить, помимо обычного саггитального направления для получения фронтального силуэта, в 1-й и 2-й позициях 1-го и в 1-й позиции 2-го косых dorзо-вентральных положений и во фронтальном (латеро-латеральном) положении<sup>1)</sup>. Перкутировать со стороны экрана (во фронтальном положении—слева) лучше при поднятых на голову обеих руках пациента, во избежание добавочных притуплений (напр., от соответственной лопатки). В 1-й позиции 2-го косого положения достаточно расположить на голове лишь правую руку. Остальные косые положения существенных преимуществ не представляют и могут быть игнорированы без особого ущерба. Перкуссия с пальцем-пlessиметром по Goldscheider'y, т. е., в частности, с установкою его строго по ходу рентгеноортодиаграфического луча для вышеуказанных положений и позиции должна бы давать и, казалось бы, дает те же изображения, что и рентгеноортодиаграфия. Это относится в равной мере как к силуэту сердца с сосудистым пучком, так и к нижней полой вене, позвоночнику, уровню стояния диафрагмы, внешним границам легочных полей и т. д. При этом палец-пlessиметр плотно прилегает к телу и значительно надавливает на него (особенно у тучных), а палец-молоточек должен производить, при свободной кисти, длительные ошупывающие<sup>2)</sup>, не отскакивающие удары также всегда по ходу рентгеноортодиаграфического луча. Перкуссия должна, далее, производиться горизонтальными и параллельными рядами, разноместно неодинаковой силы, но в общем и абсолютно должна быть несильною<sup>3)</sup>. Последовательность ее, напр., для 1-й и 2-й позиций 1-го косого положения такова: на любом уровне, обычно между средней и задней правой подмышечными линиями, определяются границы позвоночника (обычно перкуссией средней силы, но с индивидуальными колебаниями, напр., для упитанных субъектов); эти границы выявляются кверху до подмышечной впадины, а вниз—до уровня стояния диафрагмы. Затем определяется стояние диафрагмы—кпереди до основания перкуссограммы сердца и кзади от позвоночника до задне-внешней границы заднего легочного поля, с перкуссией последней снизу вверх. Потом, идя от ключицы и сверху вниз, определяют и передне-внешнюю границу переднего легочного поля вплоть до уровня стояния диафрагмы, с перкуссией последней на этом участке спереди назад до основания перкуссограммы сердца. Всюду перкуссия должна быть малой силы. Наконец, остается получить перкуссограмму сердца и сосудистого пучка в ее целом; для этого устанавливается та необходимая сила перкуссии, при которой с отчетливостью определяется положение вершины перкуссограммы, обычно книзу от ключицы между правой срединно-ключичной линией и передней правой подмышечной, а далее перкуссией той же силы и сверху вниз определяются последовательно передний и задний контуры силуэта сосудистого пучка и сердца от вершины до основания перкуссограммы<sup>4)</sup>. При этом сила перкуссии ближе к основанию перкуссограммы может быть ослаблена. Принципиальной разницы в последовательности перкуссии в 1-й позиции 2-го косого положения и во фронтальном положении не имеется. Преимущества этого ме-

<sup>1)</sup> Для удобства сличения рентгеноскопических (рентгено-ортодиаграфических) данных с данными тотальной ортоперкуссии условно приняты в любом из косых положений (1-м и 2-м dorзо-вентральном и 1-м и 2-м вентро-дорзальном) две позиции: 1-я—при повороте больного на 45° от фронтальной плоскости, а 2-я—на 70°.

<sup>2)</sup> В тотальной ортоперкуссии наиболее существенным моментом является осязательное ощущение над относительными притуплениями большей сопротивляемости (плотности, напряженности) подлежащих тканей.

<sup>3)</sup> Редкое исключение могут представлять, напр., очень тучные субъекты, у которых абсолютная сила перкуссии должна быть несколько усилена.

<sup>4)</sup> В заднем контуре силуэта над диафрагмой в 1-й позиции 1-го косого положения определяется перкуторно нижняя полая вена.

года — те же, что и рентгеноортодиагностики в косых и фронтальном положениях. Недостатки его — субъективность, необходимость полной тишины и напряженности внимания, необходимость иногда пользоваться, как молоточком-плексиметром, четвертым пальцем (у вершин перкусссограмм 1-го косого положения) и т. д. Продемонстрированные докладчиком перкусссограммы относились к больным с митральным стенозом, с митральными стенозом и недостаточностью, с митральным стенозом и относительной недостаточностью клапанов легочной артерии и, наконец, с кардиосклерозом, диффузным расширением грудной аорты, аневризмой дуги аорты и аортальными стенозом с недостаточностью артериального происхождения. В заключение докладчиком были сообщены результаты проверки данных перкуссии, произведенной, в силу особых обстоятельств, лишь рентгеноскопически, без ортодиаграфа, причем принципиальных расхождений не наблюдалось. Рентгеноскопия производилась главным образом д-ром С. Н. Любомудровым, которому докладчик принес глубокую благодарность.

Д-р Н. Н. Чашкин: *Ортоперкуссия средостения.* Ортоперкуссия средостения с его органами относится к тотальной ортоперкуссии сердца и сосудистого пучка, как часть к целому. Таким образом, этим методом дана возможность определения притуплений, на общем фоне ясного звука средостения, в зависимости от увеличенных лимфатических желез, опухолей средостения, новообразований пищевода и т. д. Точно также, пользуясь приемами рентгеноскопии, геогр. рентгенографии, пищевода для суждения о функциональном спазме его, без органических к тому оснований, — представляется возможным решать подобные вопросы патологии пищевода и перкуссией. Во всех этих случаях обязательна предварительная тщательная сагиттальная перкуссия левого и правого легких тем же методом, как для тотальной ортоперкуссии сердца. Докладчиком продемонстрированы: 1) перкусссограммы конгломерата увеличенных лимфатических желез заднего средостения в 1-й и 2-й позиции 1-го косого положения; 2) перкусссограммы от больного с эзофагоспазмом и кардиоспазмом; 3) перкусссограмма ракового сужения пищевода над cardia с раковым процессом в области cardia желудка; 4) перкусссограмма от больного с аневризмой восходящей части грудной аорты со сдавлением верхней полой вены. Все перкусссограммы проверены рентгеноскопически и частью рентгенографически. — В прениях по обоим докладам участвовали проф. Кавецкий и д-р Курзон и Любомудров.

## Х р о н и к а.

189) Медфаком Казанского университета признана трудом высокой научной квалификации работа д-ра А. А. Беляева „К вопросу о физиологическом действии метиленовой сини на животный организм“.

190) Одновременно с празднованием 10-летия Советской медицины 21 октября т. г. Наркомздрав Чувашской республики наметил чествование бывшего проф. Казанского университета, ныне консультанта больницы в Мариинском посаде, Н. А. Геркена по поводу 40-летия его научно-врачебной деятельности. Редакция «Каз. мед. журнала» шлет в этот день свои поздравления маститому юбиляру, бывшему в 1908—1909 гг. редактором журнала.

191) 17 сентября с. г. в г. Казани на врача-невропатолога В. и сестру милосердия З., возвращавшихся домой после вечернего приема, было совершено нападение больным-травматиком Чубаревым. Больной без всякого повода бросился на врача, измял ему шляпу и порвал пиджак. Подоспевшей милицией Чубарев был отведен в район, а оттуда отвезен в Окружную психиатрическую лечебницу.

192) Наркомпрос вместе с Наркомздравом разработал вопрос об улучшении системы обучения в медицинских вузах. Наркомпросом пока увеличены суммы на оборудование и учебные нужды медицинских вузов, введены новые программы, увеличен контроль над успеваемостью студентов, учреждена обязательная 1—2-месячная практика студентов на сельских участках, учебный год удлинен до 36 недель и т. д. Эти мероприятия, конечно, не решают еще вопроса о подготовке врачей к самостоятельной работе на участках. Наркомпрос поэтому возбудил вопрос об обязательном проведении двухгодичной летней практики студентами