

НЕКРОЛОГ.

Исполняющееся в тек. г. 10-летие советской медицины омрачено смертью одного из главнейших участников ее созидания, профессора II Московского университета по кафедре социальной гигиены З. П. Соловьева. Покойный по образованию—питомец Казанского университета, одно время работавший в клинике у проф. Л. О. Даркшевича. После революции он с самого начала учреждения НКЗ'ва состоял замнаркомом здравоохранения, заведую Военно-санитарным управлением, а с 1919 г. стоял во главе Советского Красного Креста.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

44) Больной с явлениями нефросклероза внезапно, при явлениях азотемической уремии и сильного кишечного кровотечения, сопровождавшегося выделением обрывков (лент) слизистой и мышечной (!) оболочек толстых кишек, погиб в течение 2 суток. На аутопсии оказался распространенный геморрагический некротический колит, одна апластическая почка, а другая резко перерожденная. Прошу Редакцию сообщить, как часто наблюдаются подобные случаи, а также—какая имеется литература по этому вопросу.

Д-р Колячев.

Ответ: Поражения пищеварительного тракта, в частности кишечника, при уремии наблюдаются довольно часто. В клинике Nothnagel'я в 26 случаях уремий поражения кишечника наблюдались 16 раз. По Fischer'у в 17 случаях хронического воспаления почек поносы перед смертью наблюдались 10 раз, причем в 4 из этих 10 случаев в кишечнике были обнаружены язвы. По статистике Treitz'a в 220 случаях нефрита 19 раз наблюдались в кишечнике более старые язвенные изменения, похожие на изменения при дизентерии, и 12 раз—свежие, отчасти гангренозные изменения. В зависимости от характера местных изменений клиническое проявление поражений кишечника будет различное: начиная от простых водянистых или слегка кровавистых испражнений, наблюдаются все переходы вплоть до выделения в фекальных массах обрывков тканей, слизи с гноем и больших количеств крови.

Литература: 1) Fischer. Virch. Arch., Bd. 134, S. 380.—2) Grawitz, D. med. Woch., 1898, № 20.—3) Singer. Spez. Path. u. Ther. innerer Krankheiten, Kraus u. Brugsch, т. VI, ч. 2, стр. 811 русск. издания. Пр.-доц. Бренинг.

45) При каких формах ревматизма (мышечный, суставный, а также острый и хронический) лучше применять внутривенно Na salicylicum, в каких дозах и с какими промежутками?

Подписчик № 1886.

Ответ: Внутривенные вливания салицилового натра применяются при мышечных суставных формах ревматизма. Хорошие результаты получаются при острых и подострых формах, при хронических же результат бывает не вполне удовлетворительный. Применяется 20% стерильный раствор в дозах от 2 до 10 куб. с. ежедневно или через день. Применяется также внутривенно смесь 16% раствора салицилового натра и 4% раствора coffeini natrio-salicylici; доза—от 2 до 10 к. с. ежедневно. Стежинский, применивший эту пропись в 1500 случаях ревматических заболеваний, горячо рекомендует ее при остром lumbago и остром суставном ревматизме. Еще лучшие результаты получаются при применении опсонизированного салицилового натра. Методика: в шприц набирается от 2 до 10 куб. с. одного из вышеуказанных стерильных растворов салицилового натра, и делается укол в вену локтевого сгиба, причем набирается от 4 до 10 куб. с. крови. Последняя, поступая в шприц, равномерно смешивается с имеющимся здесь раствором салицилового натра, после чего, через 3—5 мин., не вынимая иглы из вены, вводят обратно опсонизированный таким образом раствор салицилового натра. В зависимости от случая такие вливания производятся через 1—3 дня, причем в общем требуется от 3 до 15 вливаний. С. Шерман.

46) Не применяется ли Na salicylicum внутривенно при гонитах с выпотом, и вообще что в этих случаях лучше всего делать, и где по этому вопросу достать литературу?

Подписчик № 1886.

Ответ: При гонитах с выпотом вышеописанные методы применяются. Советовать заочно затрудняемся. Литература: Врачебное дело, 1927, № 12. — Врачебная газета, 1926, №№ 15—16; 1927, №№ 8 и 24; 1928, № 8. *С. Шерман.*

47) Какова дозировка и техника облучения рентгеном при трахоме?

Подп. П. Авгушевич.

Ответ: 1) Техника освещения: больной лежит на спине; устанавливается локализатор диаметром в $3\frac{1}{2}$ см. на расстоянии 25—30 ст. от антикатада; если нет локализатора, необходимо покрыть лицо больного свицовой резиной, предварительно вырезав отверстие для одного глаза; освещается всегда один глаз; вслед за одним глазом можно осветить и другой; защита для глазного яблока больного глаза не требуется и на основании нашего опыта даже мешает в случаях с изменениями конъюнктивы гл. яблока и роговицы (паннус и пр.). 2) Дозировка: напряжение max 85—110 киловольт, нагрузка 2—2.5 МА, фильтр 1—2 мм. алюминия, $1\frac{1}{2}$ —2Н ($\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$ НЕД) pro dosi в неделю; после 12—14 Н пауза в 2—3 недели, затем повторение. При сильных реакциях паузы и после отдельных сеансов. Подробнее технику и дозировку см. в статье Р. Гасуля и Е. Неминского „О лечении трахомы рентгеновыми лучами“, имеющей появиться в одном из ближайших №№ Русского офтальмол. журнала. *Доц. Р. Я. Гасуль.*

Обращение к врачам, окончившим курс в Казанском университете в 1879 году.

Дорогие коллеги!

В мае 1929 г. исполнится 50 лет со дня окончания нами курса. Немного, конечно, осталось в живых. Думаю, каждому оставшемуся небезынтересно на склоне жизни узнать о судьбе однокурсников. Поэтому прошу сообщить мне о себе и других, что знаете, как о живых, так и об умерших. Я же, сделав общую сводку из полученного материала, разошлю ее Вам. Желательно этот день отметить, по соглашению, каким-нибудь добрым, полезным делом. Адрес: Ростов н/Д, Красноармейская 11, д-ру мед. Флёрину Никол. Федор.

Р. С. Прошу другие медицинские периодические издания перепечатать это обращение.

Письма в Редакцию.

1. В протоколе заседания Кожно-венерической секции О-ва врачей при Казанском университете от 30/V (Каз. мед. ж., 1928, № 10) имеются некоторая неточность и пропуски в части, касающейся демонстрации д-ра Я. Д. Печникова. Д-р П. демонстрировал больного с диагнозом Urethro-cystitis, orcho-epididymitis, prostatitis et spermato-cystitis malarica. Больной прослежен в течение 3 месяцев; за это время неоднократно приступами ухудшения с последующими улучшениями развивался перечисленный симптомокомплекс мочепоолового заболевания. Все клинические и лабораторные исследования неизменно давали отрицательный результат на присутствие гонорреи. Реакция Bordet-Gengou повторно отрицательна. Клинический диагноз малярии поставлен терапевтами. Различные специальные методы лечения—без всякого результата. Хинин внутрь дал резко выраженный, быстрый эффект улучшения всех симптомов. Заключительное слово докладчика после прений: периодичность и синхроничность с приступами малярии указывают на сходство здесь с формами замаскированной малярии. Определение исключительно лабораторное (вульгарный бактериальный уретрит) должно уступить место клиническому определению (малярийный уретрит) по признаку основного этиологического момента.

Президиум секции.

II. В дополнение к напечатанной мною в № 11 „Каз. мед. журнала“ за 1928 г. статье «К вопросу о поражении аорты и легочной артерии острым эндоартериитом» должен с сожалением отметить, что среди литературных указаний мною пропущено, очевидно, единственное русское наблюдение аналогичного до известной степени случая д-ра Л. М. Шабда (Русская клиника, 1926, № 24).

Проф. И. Васильев.