

дений приходят к высокой оценке метода G r a h a m'a, который, помимо дифференциально-диагностического значения, дал возможность выявить до того неизвестную клиническую картину холецистоптоза (P r i b r a m). Авторы употребляли здесь тетраодифенолфталеиннатрий внутривенно. Отдельная глава книги посвящена, далее, пилоскопии-графии и уретрографии. Здесь авторы заодно с K a s p e r'ом предупреждают от ошибочных диагнозов стриктур и гидроз, указывая на нефизиологические условия исследования и на физиологическую изменчивость мочеточников и лоханок; данные рентгена без клиники здесь также не имеют решающего значения. Заканчивается разбираемая книжка главами о пнейморене (вдувание воздуха в околопочечную сумку), цистографии и изложением техники пункции цистерны (субкципитального прокола). В конце каждого отдела книги помещен указатель литературы. К сожалению, некоторые рентгенограммы плохо репродуцированы. Вкрались также некоторые ошибки в текст, не исправленные в рубрике «Опечатки». Так, на стр. 21 имеется неверное объяснение рисунка № 3: вместо «схема сагиттальной проекции при снимке в лобном положении (J ü n g l i n g)», следует читать: рисунок с рентгенограммы воскового слепка в затылочном положении по B i n g e r'ю. На стр. 22 опять неверная ссылка на J ü n g l i n g'a: рис. № 4 представляет схему продукции модели H e i d e r i c h'a по S c h o t t'y и E i t e l'ю. В общем книгу надо признать полезно для клинициста, хирурга и особенно для работающего с ними рентгенолога.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль (Казань).

E. M a r k o v i t s. *Рентгенодиагностика заболеваний внутренних органов в таблицах*. С предисловием H o l z k n e c h t'a. 390 рис., 198 стр. Изд. G e o r g T h i e m e. 1928. L e i p z i g. Цена 13 мар.

Быстрое и широкое развитие клинической рентгенологии, и в частности рентгенодиагностики, способствовало стабилизации ценных и бесспорных рентгенологических симптомов, детальное изучение которых, в виду накопившейся громадной специальной литературы, становится не под силу рентгенологу-практику. Автор по примеру обстоятельных конспектов, существующих по другим отраслям медицины, задался целью представить в сжатой, схематичной табellarной форме все существенное в рентгенодиагностике. Таблицы расположены по органам и снабжены типичными схемами, изложение—в телеграфном стиле, рентгеновский анализ опирается на патологию и клинику, причем особенно наглядно расположены дифференциально-диагностические таблицы, содержащие всю синоптику заболеваний. Книга M a r k o v i t s'a полезна не только практику, но и рентгенологу-преподавателю. Издана она на прекрасной бумаге.

Р. Гасуль.

Заседания медицинских обществ.

Общество Врачей при Казанском Университете.

Физиологическая секция.

Заседание 11 IV, посвященное памяти пр.-доц. К. М. Я х о н т о в а.

В. П. Бик: *Памяти К. М. Я х о н т о в а*. 21/I тек. года исполнилось 10 лет со дня смерти (от паралича сердца) одного из деятельнейших работников Анатомического Института Казанского Университета, превосходного и исключительного по таланту преподавателя, К о н с т а н т и н а М а т в е е в и ч а Я х о н т о в а. К. М. родился 18/VI 1882 г. в селе Ерлыкове, Владимирской губ. Будучи сыном священника, он получил среднее образование во Владимирской дух. семинарии. Весной 1909 г. окончил медицинский факультет Казанского У-та со степенью лекаря с отличием. В этом же году был определен на должность сверхштатного, а с 1913 г. штатного пом. прозектора при кафедре нормальной анатомии Университета. В 1913 г. им была защищена докторская диссертация, в 1915 г. он был определен на должность старшего ассистента и в этом же году, после прочтения двух пробных лекций, был принят в число приват-доцентов, в каковом звании стал читать курс эмбриологии позвоночных и человека. Осенью 1915 г., с переходом проф. В. Н. Т о н к о в а в Военно-Медицинскую Академию, Я - в у было поручено чтение курса анатомии на медицинском и физико-математическом факультетах Казанского Университета; одновременно он читал курс анатомии в двух зубоврачебных шко-

лах, фельдшерской школе и на курсах сестер милосердия. С 1912 г. состоял библиотечником О-ва Врачей при Казанском У-те. Первая работа К. М. „К анатомии скамье. Его диссертация „К учению о хромафинной системе“ (Каз. Мед. Ж., 1913, №№ 5—6) явилась, по словам проф. Тонкова, первым шагом в деле изучения строения добавочных органов симпатического нерва. Книжка К. М. „Музей при кафедре нормальной анатомии Каз. У-та“ содержит итоги той большой работы, которая была проведена К. М. в деле выявления ценностей, имеющих в Институте. Кроме того, его перу принадлежат еще 8 печатных работ, и им было сделано значительное число докладов и демонстраций, почти исключительно в заседаниях О-ва Врачей при Каз. У-те. Незадолго до своей смерти К. М. завещал свой труп в собственность Анатомического И-та с тем, чтобы из него приготовили скелет для научного музея И-та. Скелет был изготовлен, и вместе с ним в музей были переданы мозг и сердце К. М-ча. Index ширины его черепа—77,6, высоты—87,6; таким образом череп К. М.—meso- и hypsicephal'ичный. Лицевой скелет резко лептопрозоичен. Ясно заметна асимметрия, причем левая часть черепа выше правой. Венечный, сагиттальный и частью ламбдовидный швы срослены. Мозг при вскрытии с оболочками весил 1360,0. Он представляет сильную усложненность рисунка,—на нем виден целый ряд так называемых „лишних“ борозд. Рисунок полушарий асимметричен. Особенно сильно развиты теменные доли. На левом полушарии резко очерченная и глубокая добавочная s. postcentralis.

Проф. В. Н. Терновский: *К анатомии солнечного сплетения*. На основании своих морфологических исследований докладчик намечает из всего разнообразия форм солнечного сплетения 2 серии типов,—в первой серии неправильная толсто-петлистая сеть заключает в своей массе четырехугольного или треугольного типа ганглий, затем в ряде случаев отмечается как бы постепенное обеднение этой широкопетливой сети и все большее выявление массы ганглиев, и, наконец, в небольшом числе случаев, мы имеем ганглий, снабженный минимальным количеством анастомозов; во второй серии можно отметить тот же принцип структуры, также восходящий от более сложных и часто встречающихся форм с богатой анастомотическими элементами нервной сети к менее сложным, где разбросаны звездчатой формы ганглии. В дальнейшем ряде случаев отмечается обеднение сети, причем ганглии приобретают как бы продырявленно-округлую форму, из звездчатой превращающуюся в кольцевидную; наконец, наиболее редкой в случаях докладчика является форма, когда кольцо ганглия утрачивает одну из сторон, превращаясь в полудуину с слабо выраженной сетью анастомозов.—В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Виктор и В. М. Соколов и др. В. П. Рощин.

Проф. В. Н. Терновский: *К истории русских медицинских конкурсов в XVIII столетии*. Докладчик познакомил присутствующих с впервые публикуемым в литературе указом Государственной Медицинской Коллегии, относящимся к 1764 г. и подписанным членом Коллегии, профессором „бабичьего дела“ (акушерства) Л. И. Деманом. Подобные именные указы выдавались каждому врачу. Найденный докладчиком интереснейший для истории врачебного сословия в России документ рисует картину медицинских конкурсов той эпохи, причем, характеризуя собой начало реформ в медицинском строительстве, устанавливает следующий принцип: „Каждого в службе находящегося медика, лекаря и аптекаря искусство познавать, и их потому производить, не взирая ни на долговременную службу, ниже на рекомендацию от кого бы она ни была“.—По поводу сообщения сделал замечания проф. В. М. Соколов.

В. И. Бик: *Материалы к вопросу о весе головного мозга татар*. Докладчик остановился на некоторых данных, полученных им при собирании материала для вопроса о рельефе головного мозга казанских татар. Часть собранных мозгов, а именно 31, в том числе 21 мужской и 10 женских, были взвешены в свежем виде, причем наибольший вес, встреченный у мужчин в возрасте выше 20 л., равнялся 1680,0, наименьший—1260,0, а у женщин—1526,0 и 1185,0. Средний вес мозга у мужчин оказался равным 1410,3, у женщин—1228,1. При сопоставлении веса мозга с возрастом оказалось, что наиболее тяжелым мозгом обладали как мужчины, так и женщины в возрасте от 20 до 29 лет. При сопоставлении веса мозга и роста тоже была обнаружена некоторая зависимость; кроме того оказалось, что наибольший вес мозга имели мезоцефалы, а наименьший—гипербрахице-

фалы; наконец, выяснилось, что наиболее тяжелые мозги снабжались кровью при помощи *circulus arteriosus*, построенного симметрично, в то время, как наиболее легкие имели в большинстве случаев вокруг асимметричный. В заключение докладчик привел составленную им на основании литературных данных таблицу среднего веса головного мозга у представителей разных народностей; в таблице этой первое место занимают, по весу мозга, осетины (1475,7), а последнее — австралийцы (1185,0). — В прениях по докладу приняли участие профф. К. Р. Викторов, В. М. Соколов и д-ра А. В. Голяев, А. Н. Поляков, В. П. Рошин, М. В. Сергиевский.

Заседание 9/V.

Вет. вр. Ардашев: *О влиянии солей на диффузию слабых органических кислот*. — Прения: проф. К. Р. Викторов, д-ра Рошин и Павловский, проф. П. И. Попов.

Д-р В. П. Рошин: *Путь определения природы внутриглазной жидкости*. — Прения: профф. К. Р. Викторов, А. Н. Миславский, Б. Г. Масино и В. М. Соколов, д-р В. О. Бик.

Заседание 25/V.

Проз. Т. С. Бородатова: *Микроскопическая картина входного отверстия огнестрельных ранений*. Докладчица, указав, что судебно-медицинская экспертиза огнестрельных ранений до сих пор основана исключительно на макроскопической картине ранения, отметила, что микроскопическое исследование краев входного отверстия дает крайне ценные данные для экспертизы и позволяет точно разрешить вопрос о расстоянии, на каком был произведен выстрел. Кроме того, докладчица указала, что травматическое кольцо огнестрельного ранения есть только наибольшая степень обычно встречающегося в окружности входного отверстия кровоизлияния. Микроскопическое исследование решает, далее, вопрос о прижизненности огнестрельного ранения. Работа Т. основана на микроскопическом исследовании 16 прижизненных и 5 посмертных огнестрельных ранений. — Прения: профф. К. Р. Викторов и А. Н. Миславский и доц. А. Д. Гусев.

Д-р В. П. Рошин: *Некоторые соображения об экспериментальной глаукоме*. — Доклад вызвал прения, в которых приняли участие профф. К. Р. Викторов, А. Н. Миславский и В. М. Соколов и д-ра В. О. Бик, Е. Н. Павловский и М. В. Сергиевский.

Секретарь М. Сергиевский.

Акушерско-гинекологическая секция.

Заседание 19/V.

Проф. В. С. Груздев демонстрировал больную, *леченную 10 лет тому назад радиум по поводу запущенного рака маточной шейки*. Никаких признаков рака у больной при демонстрации не оказалось, она живет нормальной половую жизнью и вполне работоспособна.

Проф. В. С. Груздев демонстрировал больную, у которой он произвел *операцию искусственного влагалища по способу Попова с хорошим исходом*. Подвергнув критике различные способы образования искусственного влагалища, докладчик пришел к выводу, что операция Попова, являющаяся технически более трудной, чем операции Baldwin'a и Mogi, имеет за то преимущества перед ними по своей сравнительной безопасности и получаемым результатам. — В прениях по докладу выступали д-ра Н. Н. Чукалов, Ю. А. Лейбчик и проф. А. И. Тимофеев.

Д-р А. И. Вылегжанин: *О влиянии влагалищной флоры беременных на течение послеродового периода*. Доклад этот будет напечатан в „Казанском Мед. Журнале“ полностью. — В прениях приняли участие проф. А. И. Тимофеев и д-ра Н. Н. Чукалов, Ю. А. Лейбчик, А. И. Сигалевич, Е. И. Беляев и Грязнов.

Заседание 16/V.

Д-р А. П. Чигарин: *К вопросу о применении реакции Манойлова для определения пола внутриутробного плода*. Доклад появится в одной из ближайших книжек „Журнала“. — По поводу его некоторые замечания были сделаны проф. В. С. Груздевым.

Д-ра Н. А. Дыхно и Г. Д. Дерчинский: *К вопросу о времени появления изоглобглотинирующих свойств крови человека.* Произведя исследования на 114 плодах и детях в возрасте от 3 месяцев внутриутробной жизни до 2 лет внеутробной, докладчики пришли к выводу, что агглютиногены, повидимому, появляются в эритроцитах внутриутробного плода уже очень рано, агглютинины же в сыворотке, наоборот, могли быть обнаружены лишь у плодов на 10-м месяце утробной жизни. Во внеутробной жизни агглютинины исчезают к концу 3-й недели и вновь появляются только на 2-м месяце. — По поводу доклада высказались профф. А. И. Тимофеев и В. С. Груздев.

Д-р В. С. Тарло: *К вопросу о т. н. Granulosazelltumor'ax.* Докладчик, подробно изучив опухоль яичника, удаленную у женщины 29 лет, высказался в пользу происхождения ее из эпителия Pflüger-Valentini'овских трубок, оставшихся со времени зародышевой жизни. Поэтому с гистогенетической точки зрения данную опухоль правильнее будет назвать Granulosazelltumor, каковой диагноз был подтвержден Robert'ом Meyer'ом. — По докладу сделали замечания профф. И. Ф. Козлов, А. И. Тимофеев и В. С. Груздев, остановившийся на вопросе о происхождении аменореи у этой больной.

Д-р С. Н. Зильберт: *К вопросу о гистогенезе и клиническом значении strumae ovarii.* Доклад будет напечатан в „Журнале“ полностью. — Прения: профф. А. И. Тимофеев и В. С. Груздев.

Д-р Е. Д. Рузский описал *случай разрыва простой кисты при исследовании*, причем демонстрировал препарат удаленной кисты.

Секретарь Е. Беляев.

Кожно-венерическая секция.

Заседание 32-е 8/IV.

Д-р А. И. Дмитриев: *Когда гоноррею мужчины можно считать излеченной и разрешить ему брак?* Доклад будет напечатан в „Журнале“ полностью. — Прения: пр.-доц. Н. Н. Яснитский отметил, что современные лабораторные и клинические методы исследования гонорреи, как реакция отклонения комплемента, кожная реакция и метод спермокультур, в виду их сложности и непостоянства получаемых результатов, не могут иметь широкого распространения в условиях больничной и диспансерной работы, почему для практических врачей сохраняют свое значение обычные методы провокации, умелое применение которых, в связи с тщательным клиническим изучением каждого отдельного случая, позволяет судить об успешности лечения гонорреи. Д-р С. Я. Голосовкер, критикуя соображения некоторых авторов, что, если гоноррея у мужчин наблюдается в 80%, а у женщин в 20%, то это говорит об излечимости мужской гонорреи, указал и на другое толкование этих цифр: последние свидетельствуют, что каждая больная гонорреей женщина заражает 4-х мужчин, и каждые 4 мужчин — одну женщину. Д-р Вайнштейн, отметив важную роль в этиологии гонорреи гонококков типа Asch'a, пришел к заключению, что только бактериологический контроль является и долго еще будет единственным критерием излечимости гонорреи. Д-р М. Н. Ашанин, не сомневаясь в излечимости гонорреи, заметил, что лишь такого пациента можно считать свободным от триппера, у которого в течение ряда месяцев при повторных исследованиях с предварительными провокациями не найдено ничего подозрительного. Д-р М. П. Батунин, основываясь на том, что мы не имеем в своем распоряжении точного критерия излеченности гонорреи, полагает, что каждый, страдавший раньше гонорреей, морально обязан перед вступлением в брак уведомить невесту о бывшей у него болезни и о том, что, выходя за него замуж, она подвергается известному риску даже и в тех случаях, где врач, при исследовании, не нашел у мужчины никаких признаков гонорреи. Д-р Ц. Ю. Ротштейн, отметив диагностическое значение эозинофилии при гоноррее, высказал, что все же мы в настоящее время не располагаем такими признаками, по которым можем точно установить излеченность мужской гонорреи. Д-р И. С. Бейрах указал на значение датермии, как провокационного метода при гоноррее. По словам д-ра М. И. Миркина практическому врачу в большинстве случаев приходится решать вопрос об излеченности гонорреи микроскопическим исследованием, провокацией и уретроскопией. По мнению д-ра В. С. Биккина ина врачи не должны браться за непосильный для них, при современном положении наших знаний, вопрос о том, когда мужчина, страдавший гонорреей, может

вступить в брак, а должны ограничиться выработкой минимума требований для вступающих в брак. Д-р М. Цыпук указал на распространение гонорреи в современной деревне и на несомненную возможность самоизлечения этой болезни. Проф. М. С. Пильнов заявил, что, по его мнению, гоноррея у мужчины излечима, и что обычным критерием излеченности ее может служить полное исчезновение гнойных клеток как в моче и уретральных отделениях, так и в секретах желез и органов половой аппарата; пока же микроскоп обнаруживает гнойные клетки, хотя бы и в небольшом количестве, никогда нельзя быть уверенным в полном освобождении организма от гонорреи.

Секретарь *М. Батунин*.

Общество Рентгенологов и Радиологов в Казани.

Заседание 2-е 17/V.

Прив.-доц. Р. Я. Гасуль и д-р Е. Н. Неминский: *К вопросу о лечении трахомы рентгеновыми лучами*. Неудовлетворенность обычными методами лечения трахомы, причиняющими значительные страдания больному и не избавляющими глаз от рецидива, заставила искать безболезненной и неуступающей прежним методам терапии, которая была найдена в радиевых и рентгеновых лучах. Биологические основы действия последних на глаз были выяснены *Chalupetz'ким* и *Birch-Hirschfeld'ом*. В России первый опыт рентгенотерапии трахомы был проведен *Васютинским*, в Петербурге, еще в 1905 г. Однако до последнего времени применение этого метода при трахоме тормозилось за отсутствием точной дозировки и из-за боязни повреждения глаза. Чтобы пополнить этот пробел, из большого стационарного материала Казанского Трахоматозного Института (директор проф. В. В. Чирковский) были выделены 21 больной с трахомой в различных стадиях, которые были подвергнуты рентгенотерапии в Рентгеновском отделении Института для усов. врачей (зав. Р. Я. Гасуль). За 5 мес. наблюдения полного разрешения процесса ни в одном случае не наблюдалось, зато почти во всех случаях, особенно свежих, но также с паннусом в тяжелой форме, были отмечены очень хорошие результаты в смысле уменьшения и исчезновения фолликулов и рубцевания.—В прениях проф. В. В. Чирковский указал, что представленная докладчиками работа особенно ценна сочетанием безукоризненной рентгеновской техники с точностью в наблюдении над клинической картиной трахомы. Недостаточная длительность наблюдения над результатами лечения (5½ мес.) искупается возможностью сравнительной оценки лечения рентгеном с другими методами лечения трахомы. Необходимо учитывать, какие формы последней должны подлежать рентгенотерапии, и какие—комбинировать с другими методами лечения. Проф. Г. А. Клячкин заметил, что лечение рентгеном далеко не всегда технически легко проводить в виду недостатка аппаратов и знающих рентгенотерапию специалистов; с этой точки зрения лечение лампой *Vasch'a* технически было бы проще. Д-р Р. А. Батарчюков указал на необходимость наблюдения над отдаленным действием лучей рентгена на все части глаза. Д-р Круглов рекомендовал брать для лечения рентгеном свежие случаи трахомы. Кроме того в прениях приняли участие д-ра *Микаэлян*, *Милославская* и *Колышко*. Д-р Неминский заметил, что, судя по литературным данным, при трахоме не удалось добиться—даже относительно—хороших результатов помощью ртутно-кварцевой лампы, почему и перешли на рентгенотерапию. Пр.-доц. Гасуль высказал, что терапевтический эффект рентгенотерапии при трахоме обусловлен не бактерицидным действием лучей, а деструктивным влиянием их на радиочувствительную лимфоидную ткань трахоматозных поражений, которые, повидимому, продуктами распада стимулируют репаративные процессы.

Выбран в Совет Всесоюзной Ассоциации Рентгенологов пр.-доц. Р. Я. Гасуль.

Секретарь *Кревер*.

Научные собрания врачебной секции при Алатырском Райотделении Союза МСТ.

В августе прошлого года Алатырской врачебной секцией были организованы научные собрания мед-вет-зубврачей, студентов старших курсов медвузов и среднего медперсонала.

Собрание 1-е 5/VIII 1927 г.

Д-р А. А. Суров: *Вступительное слово об истории возникновения собраний, их целях и задачах*.