

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей
Медицинского Факультета Казанского Университета, Казанского Гос.
Института для усовершенствования врачей и др. высших медицин-
ских школ СССР.

Ответственный редактор проф. В. С. Груздев.

1928 г.

(Год издания XXIV).

№ 12.

Д е к а б р ь.

инв. 5



ПОСВЯЩАЕТСЯ
ПРОФЕССОРУ
Виктору Леонидовичу
БОГОЛЮБОВУ
по поводу 30-летия его ученой, преподаватель-
ской, врачебной и общественной деятельности.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Отдел I. Оригинальные статьи.

Профессор В. Л. Боголюбов, как ученый и учитель.

(К 30-летию его врачебной, педагогической, научной и общественной деятельности).

Проф. М. О. Фридланда.

(С портретом).

Виктор Леонидович Боголюбов родился в Казани 25 марта 1874 года, в семье скромного чиновника. 9-летним мальчиком поступает он в I Казанскую гимназию, которую оканчивает с золотой медалью в 1892 г., и продолжает свое образование на юридическом факультете Казанского университета. Однако юриспруденция не увлекает юношу, и он в следующем году переводится на медицинский факультет. В 1898 г. В. Л. оканчивает курс со званием „лекаря с отличием“ (*medicus cum eximia laude*) и оставляется при кафедре Факультетской хирургической клиники проф. В. И. Разумовского. В ней В. Л. проводит 13 лет, занимая последовательно должности ординатора, лаборанта и ассистента. Уже через год по окончании университета В. Л. сдает докторантские экзамены, а еще 2 года спустя, появляется в печати, русской и немецкой одновременно, его первая научная работа под заглавием: „К вопросу об оперативном анастомозе на семенных путях при резекции придатка“. В этом дебюте уже намечаются первые шаги молодого ученого, приступившего к разрешению трудной научной проблемы, которая систематически развиваясь в последующих печатных сообщениях автора, заканчивается в 1904 г. превосходной монографией „Резекция придатка яичка (при туберкулезе) и операция анастомоза на семенных путях“. Диссертация эта приносит автору вместе со званием доктора медицины и научную известность: имя Боголюбова начинает приводиться не только в отечественной литературе, но и в таких капитальных иностранных руководствах, как *Handbuch der praktischen Chirurgie Bergmann's*, *Brunn's* и *Mikulicz's* (1907, Bd. IV, S. 651—653), *Urologische Operationslehre Oppenheimer's* (1910, S. 339—340), *Lehrbuch der speziellen Chirurgie Tillman's* и *Traité chirurgical d'Urologie Legueu* (1910, p. 643). В этом своем первом большом (300 страниц) труде В. Л. впервые вполне убедительно доказал, экспериментальным путем, возможность образования анастомоза на семенных путях.

В том же 1904 г. появляется в печати, свидетельствуя о необыкновенной научной плодовитости молодого ученого, его вторая монография (60 стр.) „Эхинококк почки“ (Рус. хир. архив, 1904, кн. 5). В этой работе даются анализ собственных клинических наблюдений автора и исчерпывающее литературное освещение вопроса. Данный труд также отмечается иностранной печатью (*Tillman's, Lehrbuch d. spez. Chirurgie*, 1911, Bd. II, S. 390) и является до сих пор основным источником по указанному вопросу.

В 1905 г. В. Л. совершает свою первую заграничную поездку, по возвращении из которой избирается (в 1906 г.) приват-доцентом Казанского университета по кафедре Факультетской хирургической клиники и читает студентам VII—VIII семестров клинический курс хирургических

болезней мочеполовых органов. В 1908 г. медицинский факультет удостоивает пр.-доцента Боголюбова стипендии имени Н. И. Пирогова, на средства которой В. Л. командировается за границу. Там он проводит около года, посещая в Париже, Вене, Берлине, Берне, Цюрихе и Лозанне хирургические учреждения, руководимые такими авторитетами, как Doyen, Berger, Albarran, Gosset, Leguen, Eiselsberg, Hochenegg, Bier, Hildebrand, Kocher, Roux, Krönlein и др. Некоторое время В. Л. работает также в Парижском Pasteur'овском институте, в отделении проф. Мечникова. Таким образом уже немалый клинический опыт, накопленный молодым доцентом в клинике проф. Разумовского, дополняется обширными научными знаниями, почерпнутыми в крупнейших медицинских центрах Зап. Европы. Все это находит отражение в неутомимой литературной деятельности В. Л-ча. Из его многочисленных работ этого периода обращают на себя особенное внимание следующие: „К казуистике новообразований суставных капсул“ (Р. хир. арх., 1905, кн. 2)—работа, приводимая в *Lehrbuch d. spez. Chirurgie Tillmans'a* (1911, Bd II, S. 718); „Кисты надгортанника“ (Р. х. а., 1905, кн. 4, 5, 6)—монографический очерк, цитируемый в общеизвестном *Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie Lexer'a* (1911, Bd. II, S. 384); „Несколько слов к вопросу о доступе к нижнему отделу глотки“ (Р. хир. а., 1906, кн. 2)—работа, цитируемая в руководстве *Bergmann'a, Bruns'a и Mikulicz'a* (Bd. I, S. 976); „К хирургии опухолей надпочечника“ (Р. х. а., 1906, кн. 5)—литературно-клинический очерк, на который мы находим ссылку в капитальном руководстве *Chirurgische Operationslehre Bier'a, Braun'a и Kummel'я* (Bd. II, S. 753); „Об эмбриональных аденосаркомах почки (Р. х. а., 1906, кн. 2)—одна из основных работ по данному вопросу в русской литературе; „К патологической анатомии и клинике гипернефром“ (Р. х. а., 1906, кн. 3)—труд, постоянно цитируемый в работах последующих авторов на эту тему; „Множественные миомы кожи“ (Хирургия, 1907, № 121)—исчерпывающий очерк, цитируемый в известной монографии проф. Петрова „Общее учение об опухолях“ (стр. 115); „Хирургические заболевания и повреждения поджелудочной железы“ (СПб., 1907)—большая (70 стр.) монография; „Zur Frage über Implantation embryonaler Gewebe“ (совместно с д-ром Овчинниковым) (*Virchow's Archiv*, 1908, Bd. 192)—опыт экспериментального воспроизведения опухолей путем прививки зародышевых тканей; „Идиопатическое расширение толстых кишек“ (Р. х. а., 1908, кн. 4)—основательный монографический очерк болезни *Hirschprung'a*; „Об изменениях сосудов при их обнажении“ (Р. х. а., 1908, кн. 5),—большой, тщательно выполненный эксперимент, современное значение которого подчеркнуто проф. Оппелем в связи с вопросом об операции *Leriche'a*; „Краткий отчет о заграничной командировке“ (Казань, 1910)—в сущности подробный (60 стр.) отчет о научных впечатлениях, вынесенных из этой командировки автором.

В 1911 г. В. Л. получает кафедру хирургической патологии в Саратовском университете. Свое вступление на кафедру проф. Б. отмечает прекрасной речью „О развитии и успехах современной хирургии“, которая, как и речь „О современных успехах пластической хирургии“, произнесенная за год до того на торжественном заседании Казанского Общества врачей в память Пирогова, обнаруживает в лекторе широкую эрудицию, поднимающую его на весьма высокий уровень знаний современной хирургической науки.

В Саратове проф. Б. предаётся с воодушевлением педагогической деятельности. Его аудитория всегда полна слушателями. Высокое сознание своего преподавательского долга, умение ясно и просто излагать самые трудные научные вопросы, сердечное отношение к ученикам, доступность и простота в личном обращении со слушателями—все это делает В. Л-ча одним из наиболее популярных и любимых студентством профессоров.

Однако, даже такая напряжённая педагогическая работа не ослабляет стремительного темпа научной деятельности В. Л-ча. В 1912 г. появляется в печати солидная (150 стр.) монография его „Болезни грудных желез“ (СПБ, 1912). В основу ее автор положил изучение громадного литературного материала, к которому прибавил свои собственные клинические наблюдения по различным вопросам данной области, частично опубликованные уже ранее и касающиеся болезни Paget'a, слоновости грудных желез, гинекомастии и некоторых других патологических состояний. Появление этой единственной в своем роде работы встречает одобрение текущей медицинской прессы (Хирургия, 1912, № 186, стр. 697).

Другой превосходной работой этого периода является статья „Образование искусственной кишечной стриктуры по аутопластическому способу“ (Хир. арх. Вельяминова, 1912, и Arch. f. klin. Chir., Bd. 98, H. 2), завершающая собою ряд предшествующих работ автора на ту же тему. Здесь исследователь, с характерной для него настойчивостью и методичностью, пытается экспериментальным и клиническим путем найти наиболее простой и в то же время, наиболее совершенный способ производить *sub operatione* замыкание просвета кишки,—проблема, к разрешению которой стремились хирурги с такими именами, как Charut, Mosetig-Moorhof и др. Путем оригинального мышления и научного творчества В. Л-чу удается разрешить задачу в столь удачной форме, что способ Боголюбова признается на X Съезде российских хирургов наилучшим и входит, в качестве образцового метода, в фундаментальное руководство Bier'a, Braun'a и Kümme'l'я. Вот что говорит там по этому поводу проф. Bier в связи с вопросом о выключении привратника желудка: „Der Vorschlag Bogoljuboffs, den Verschluss mit einen der vorderen Rectusscheide entnommenen Aponeurosenstreifen auszuführen, ist der Beachtung wert. Die transplantierte Material stösst sich nicht, wie der einen Fremdkörper darstellende Faden, ins Innere der Eingeweide ab, sondern heilt ein und macht eine dauernde Verengung. Das Verfahren hat sich Bogoljuboff bei Tierexperimenten am Darm von allen Methoden am besten bewährt“ (Bd. II, S. 434). Далее, в том же руководстве проф. Schmieden, излагая вопрос об образовании искусственных кишечных стриктур, выражается следующим образом: „Eine Lösung der Frage hat in neuester Zeit in sehr hübscher und überzeugender Weise Bogoljuboff gebracht und seine Anschauung durch schöne Tierexperimente bewiesen“ (S. 549).

В конце 1913 г, согласно избранию медицинского факультета, В. Л. перемещается профессором на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии родного Казанского университета. Разразившаяся вскоре мировая война нагружает В. Л-ча огромным количеством обязанностей административно-лечебного характера. Так, помимо своей основной работы в университете, проф. Б. состоит главным врачом и консультантом всех Казанских городских госпиталей для раненых,—а таковых госпи-

талей было ни более, ни менее, как 63. В 1915 г. В. Л. принимает назначение главным врачом Казанской Общины Красного Креста с состоящим при ней госпиталем. С 1914 по 1917 г. со всем этим совмещается заведывание хирургическим отделением Городской Шамовской больницы.

В 1917 г., по избранию факультета, проф. Боголюбов переходит с кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии на кафедру общей хирургии Казанского же университета. В 1920 г. он назначается заведующим хирургическим отделением I Сов. больницы (быв. Губ. земской), где открывает не существовавшую дотоме в Казанском университете пропедевтическую хирургическую клинику. Тря года спустя, В. Л-чу удается перевести эту клинику в новое помещение (общее со зданием Психиатрической клиники) и включить ее содержание в университетский бюджет. С 1922 по 1923 г. В. Л., по поручению факультета, заведует и ведет курс факультетской хирургической клиники.

Всем нам хорошо еще памятливы годы войны, революции и связанной с ними разрухи. В голоде, холоде и нищете коченела научная мысль. Высшие учебные заведения пребывали в состоянии анабиоза. Научные журналы прекратили свое существование. В эти тяжелые годы нельзя было и думать ни о какой научной работе. Но, лишенный возможности предаваться своему любимому делу, — разработке научных проблем, — проф. В. в нетопленной комнате, кутаясь в поношенное пальто, в валенках, при свете керосиновой лампы с приспущенным из-за вынужденной экономии фитилем, пишет „Общую хирургию“, — капитальный учебник в 425 стр., выпущенный в 1923 г. Госиздатом ТССР и являющийся по единодушному отзыву критики (Герцен, Заблудовский, Фридланд) лучшим руководством в современной отечественной хирургической литературе.

В 1923 г. В. Л. получает приглашение занять место директора Хирургической клиники незадолго до того (1920 г.) возникшего в Казани Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. Много трудов пришлось потратить на то, чтобы оборудовать, наладить и организовать здесь достойную своего назначения кафедру. Но проходит всего лишь несколько лет, и институтская Хирургическая клиника под руководством проф. В. приобретает уже значительную популярность. То же самое следует сказать и о Госпитальной хирургической клинике университета, на кафедру которой В. Л. в начале 1927 г. переводится по единогласному представлению медицинского факультета.

С улучшением материальных условий для академической работы разворачивается с прежнею силой и научная деятельность В. Л-ча. Снова в научных обществах, собраниях, конференциях, заседаниях и съездах слышатся его доклады, сообщения и речи. а в печатных органах появляются его статьи и монографии. Об этих и предшествовавших им работах говорит в своих воспоминаниях маститый учитель нескольких поколений русских хирургов, проф. В. И. Разумовский. Он называет В. Л-ча „одним из лучших своих учеников“ и характеризует его словами: „Это — один из самых образованных русских хирургов“.

Научная и педагогическая деятельность В. Л-ча достигла в настоящее время своего апогея: через заведомые им университетскую и институтскую клиники проходит огромный лечебный материал, на котором ежегодно обучаются сотни студентов и многие десятки врачей. В этих.

клиниках производится ежегодно до тысячи больших операций, из которых многие носят на себе печать технической изобретательности и авторства проф. Б. Так, им впервые применена свободная пересадка фасции,— метод, который лишь впоследствии подвергся разработке со стороны Kirschner'a и др. авторов; точно также проф. Б. одним из первых русских хирургов стал применять свободную пересадку жира для замещения патологических полостей мозга (Н. х. а., 1923), усовершенствовал технику шва при расхождении прямых мышц живота (К. м. ж., 1926) и технику орхидопексии (ibidem), одним из первых русских хирургов стал применять предварительную перевязку селезеночной артерии при удалении селезенки, алкогольную инъекцию при самопроизвольной гангрене (Н. х. а., 1924), свободную костную пластику при ампутациях для закрытия костной культи. В настоящее время в клинике проф. Б-ва проводится клиническая и экспериментальная разработка совершенно нового в принципе и оригинального вопроса о возможности применения для различных хирургических целей полосок кожи, свернутых в виде жгута (Н. х. а., 1927, и Arch. f. klin. Chir., 1928).

Общее количество печатных трудов В. Л-ча достигает к настоящему моменту около сотни. Десятками насчитываются и труды его учеников, разрабатывающих под руководством своего учителя ряд клинических проблем: вопросы пластической хирургии (пр. доц. В. А. Гусынин), хирургии живота (И. Л. Цимхес, Ю. А. Ратнер), вопросы онкологии (М. С. Венецианова-Груздкова) и др.

В недавнее время (в марте 1927 г.) проф. Боголюбов принимает на себя, вместе с обязанностями ученого секретаря Института для усовершенствования врачей, руководство всею учебною частью данного учреждения. Это служит новым толчком для творческой инициативы В. Л-ча, и в результате появляется его брошюра „О задачах усовершенствования врачей“ (Казань, 1927), где мы находим чрезвычайно ценные мысли и практические указания многоопытного учителя и методиста. С начала 1927 же года проф. Б. избирается председателем Хирургической секции Общества врачей при Казанском университете, которая под его руководством тотчас же развивает оживленную деятельность: количество докладов и демонстраций, проведенных секцией за один год при проф. Б., превышает в несколько раз число научных сообщений, сделанных хирургами в Обществе врачей за любой из предшествующих годов. Такова замечательная способность В. Л-ча увлекать в сферу активной научной жизни всех тех, кто только приходит с ним в соприкосновение. Секрет этого исключительного обаяния заключается, однако, не только в авторитете ученого, но и в таланте учителя. „Проф. Боголюбов,— характеризует его в одном из отзывов факультету проф. В. С. Груздев (Уч. записки Казанск. унив., 1913, кн. 6—7),—принадлежит к числу выдающихся лекторов, обладающих и опытом, и талантом, умеющих вполне овладеть вниманием слушателей и зафиксировать свои мысли в их умах“. Казанцам я могу напомнить оvation, которыми наделила аудитория публичное выступление В. Л-ча на годичном заседании Общества врачей 27 января прошлого года, где им была произнесена речь на тему „Современное состояние хирургии сердца в связи с некоторыми взглядами на хирургическую науку“. Этот обзор достижений современной хирургической мысли, сделанный с высоты орлиного полета, вылился в изумительный аккорд, прозвучавший, как торжественный гимн всепо-

беждающей науке. Я могу напомнить столь же яркое и сильное слово В. Л-ча, сказанное им 17 января текущего года в другой речи „Личность врача в медицине“,—тема, в которой богатство содержания соперничало с искусством и пафосом оратора, приковавшего к себе неослабное двухчасовое внимание огромного актового зала Казанского университета, праздновавшего 60-летний юбилей Общества врачей.

Вполне естественна и справедлива поэтому та необычайно высокая оценка, которую дают В. Л-чу его непосредственные слушатели и ученики.

„...Умелый подбор больных, умение будировать клиническую мысль переносили и за стены клиники бесконечные рассуждения, споры, штудирование литературы и пр., и пр. Мы можем пожалеть, что полезная для нас работа в клинике проф. Боголюбова так скоро кончилась, но там, у себя на местах, мы постараемся на практике развить преподаанные с такою любовью к своему делу уроки В. Л-ча“. Так говорят о нем прикомандированные врачи хирургического цикла, покидающие Институт в весеннем семестре 1924 г. (в своем заявлении Совету Института 14/VI—1924). В таких же выражениях прощаются со своим учителем, преподавая ему адрес, прикомандированные врачи осеннего семестра 1925 г.:

„...Мы встретили в Вашем лице опытного учителя, который своей педагогической чуткостью сумел направить наше внимание на те стороны хирургической работы сельского врача, которые наиболее часто встречаются в нашей повседневной деревенской практике... Вы всегда шли навстречу, делясь с нами своим богатым опытом и знаниями... Разъезжавшись по далеким окраинам нашего Союза, сохраним о Вас самое хорошее воспоминание, как о профессоре, враче и человеке“.

Столь же теплы и признательны слова 109-го выпуска врачей Казанского университета, с которыми они обратились к В. Л. на его прощальной лекции в апреле 1928 г.: „...Ваши лекции, обходы, Ваши учебники и доклады сделали свое дело. Вы научили нас мыслить больше, чем кто-либо другой; Вы научили нас вдумчивому научному подходу к больному и его болезни; Вы привили нам мысль человеческого обращения с больным, постоянно разъясняя, что в каждом конкретном случае перед нами „не болезнь, а больной“... Вы всегда чутко прислушивались к голосу студенчества, и потому оно так искренне любит и уважает Вас... Ваш образ не изгладится из памяти. Образ светлой личности,—бессребренника, как зовут Вас студенты, образ европейского ученого, талантливого педагога и оратора, большого хирурга-техника, изумительного лектора,—этот образ останется в нашей памяти...“.

Таким образом талантом, настойчивым трудом, преданностью науке, любовью к больному, высоким сознанием своей педагогической ответственности и постоянной готовностью поощрить и помочь своим ученикам В. Л. создал свою собственную, Боголюбовскую школу.

Пройден большой и славный путь. На его последней годичной вехе начертана цифра XXX. Но не вечерние сумерки освещают ее. Еще высоко стоит солнце. Яростный свет и теплы его лучи. Сегодня мы празднуем знаменательную дату. А завтра, дорогой Виктор Леонидович, завтра,—кто может сомневаться в этом?—с обновленными силами, бодрой и уверенной поступью пойдете Вы дальше, вперед, увлекая за собой своих учеников и друзей, к новым достижениям и победам на фронте академического труда на пользу больному и во славу науки!

Профессор В. Л. Боголюбов, как общественный деятель.

Т. Д. Эпштейна.

Общественное значение ученой и педагогической деятельности вытекает из самого существа этой высоко дифференцированной функции в современном обществе. Социальный и культурный прогресс человечества немыслим без научных исследований и предполагает в то же время постоянное, систематическое обучение и воспитание под руководством наших ученых новых поколений квалифицированных специалистов и деятелей науки в самых разнообразных областях современной жизни. Вот почему наша страна так ценит труд своих ученых, вот почему юбилейные даты в жизни наших ученых и учителей, знаменующие длинную полосу лет упорного и плодотворного труда, становятся праздниками не только узкого круга их учеников и деятелей известной области знания, но вырастают в крупные общественные события, привлекающие к себе и радостно волнующие всех, кому дороги судьбы науки и социального прогресса.

Но общественное значение таких праздников не всегда измеряется и ограничивается одной только общественной природой, внутренней свойственной этому роду деятельности. Громадная роль принадлежит здесь личности самого ученого. Чем многограннее его творчество, чем больше он обнаруживает чутья к действительности и отзывчивее к ее живым и многообразным запросам, тем глубже и шире разветвляются ростки его деятельности в обществе, захватывая более широкие массы населения в круг его полезного действия, тем богаче общественная значимость его деятельности.

30-летний юбилей проф. Виктора Леонидовича Боголюбова как раз представляет собою образец такого рода поучительной жизни ученого и педагога. Большой ученый, давший мастерские исследования в области хирургической патологии, он не ушел в скорлупу кабинетного исследователя. Его широкая, обобщающая мысль вносит живой огонь философских исканий в познание человека, медицинской науки, роли и поведения врача. Его блестящие лекции, привлекающие переполненные аудитории студентов последнего курса, будущих врачей, дают не только формальные знания о тех или иных явлениях патологии, они — воспитывают в будущем враче дух искания, искусство глубоко вникать в сущность наблюдаемых явлений, широко, философски познавать и правильно строить свое поведение врача-человека и гражданина у постели больного.

Большой любитель и знаток природы, многосторонне образованный не только в кругу своей специальности, но и в вопросах художественной литературы, музыки, живописи, философии, социологии, он сообщает своим

лекциям широкий кругозор, давая слушателям яркий образец того, что врач не должен быть узким, ограниченным специалистом,—что в широте образования врача лежит секрет его высокой полезности обществу. Громадное воспитательное значение педагогического искусства В. Л-ча видно из того, что студент всегда выходит с его лекций с жаждой искать, творить и работать, идти всегда вперед.

Но еще более ярко проявляется это педагогическое дарование В. Л-ча в его преподавании врачам, приезжающим в Институт для усовершенствования, и в его руководстве учебным делом усовершенствования врачей. Нераз слышали участковые врачи, переполняющие Институт, вдохновенные слова В. Л-ча о той великой задаче, которая Советским государством возложена на институты усовершенствования врачей в деле подъема знаний врачей и улучшения медицинской помощи в стране. В. Л. правильно понял, что дело усовершенствования врачей есть государственно-необходимая и целесообразная деятельность, что она вызвана к жизни не случайными обстоятельствами (деквалификация врачей во время войны, слабая подготовка врачей в вузах военного и послевоенного времени и т. п.), а самим существом медицинской науки, не стоящей на месте, а постоянно обогащающейся новыми методами и достижениями, и развитием здравоохранения в стране, идущим в направлении специализации и квалификации медицинской помощи населению. Обоснование этих социальных предпосылок дела усовершенствования врачей дано в известной брошюре В. Л-ча „О задачах усовершенствования врачей“, где с большим искусством изложены основные проблемы, методологические вопросы, вопросы построения учебного плана и другие актуальные проблемы усовершенствования врачей.

Развитие дела усовершенствования врачей в связи с общими задачами культурного подъема населения нашей страны составляет в настоящее время одну из важнейших задач советской медицины, и брошюра В. Л., уже встретившая ряд благоприятных отзывов в печати, имеет большое общественное значение.

Как ученый секретарь Института, В. Л. неутомимо и с большим умением проводит в жизнь свои методические опыты, и за короткий срок Институт и совершенствующиеся в нем врачи сумели получить весьма плодотворные результаты его работы. Это интересное и благодарное общественное поприще связывает В. Л. с широкой массой периферических врачей, и не в одном участке нашей громадной страны врачи чувствуют в В. Л-че своего большого друга и искусного руководителя их врачебного образования.

Большое общественное значение и интерес представляет работа В. Л-ча в научных обществах. Являясь руководителем Хирургической секции Общества врачей при Казанском университете и одним из руководителей научных собраний в Институте для усовершенствования врачей, он внес много жизни в работу этих научных ассоциаций. Но особенно ярки и замечательны выступления В. Л-ча на годичных, актовых заседаниях Общества врачей. Он всегда избирает темы с широкой философской концепцией. Таковы его речи о Пирогове, об успехах хирургии; еще более интересна его речь о личности врача в медицине, породившая живую дискуссию во многих врачебных обществах СССР. Понимая врачебную науку, как искусство, а личность врача — как творческую

личность, обогащенную не только знаниями и опытом, но и, как необходимым свойством, интуицией и гуманитарными качествами, В. Л. не исчерпал. конечно, всех черт современного врача с социальным содержанием его мышления, мирозерцания и общественной деятельности, но интересна и в высокой степени оригинальна его трактовка. Художественная форма, в которую облечена его речь, сделала ее еще более значительной, и происходящие вокруг этой речи дискуссии во врачебной среде следует, несомненно, считать весьма ценным явлением нашей врачебной общественности.

Всеми этими немногими штрихами далеко не обрисовывается, конечно, общественная роль В. Л-ч а, как ученого, педагога, врача и человека. Его большой научный авторитет в вопросах хирургии, его громадная популярность, как преподавателя и знатока методологии, обаятельные качества, как врача, и высокие человеческие достоинства, благородство, кристальная честность, внимательное отношение к человеку— все это не только высокие личные, но и социальные качества, которые ярко светят в В. Л-ч е. Профессор и гражданин, В. Л. на грани 30-летия своей плодотворной деятельности не закончил своего пути ученого и учителя: чуткий к запросам жизни, он развивается, сам идет вперед навстречу ее волнующим и захватывающим проблемам, и мы, его ученики и ближайшие друзья и сотрудники, не раз еще услышим и глубоко воспримем благородные порывы его ищущей мысли, его красивое, горячее слово о науке и труде, о великом общественном служении врача, и эти высокие чувства, которые в своих многочисленных учениках и слушателях будит слово В. Л., даст свои отзвуки в повышении качества той врачебной, культурной и общественной работы, которую советский врач ведет среди населения нашей великой страны.

Простой способ количественного определения мышьяка в крови.

А. Н. Полякова и Н. П. Колоколова.

Хотя по вопросу о количественном определении As в крови существует значительная литература (Стрижевский, Bang и др.), но сложность манипуляций при определении этого элемента, малая стойкость штандартов при колориметрических определениях по Marsch'y и др. способам, необходимость готовить эти штандарты ex tempore и невозможность титрирного определения весьма малых количеств As—сделали то, что определение As не так широко распространено в лабораторной практике клиник, как это, казалось бы, нужно в некоторых случаях мышьяковой терапии.

Нужда в простом и удобном способе определения количеств As в крови,—способе, не требующем сложной аппаратуры, послужила поводом для нас искать такой способ, причем мы, естественно, должны были прежде всего остановиться на весьма простой и чувствительной реакции, предложенной Feigl'em в 1923 году.

Действительно, простота производства реакции Feigl'я, ее большая чувствительность (1:1.000.000), главное же—возможность применять ее для колориметрического определения As в крови и др. биологических жидкостях, а равно тканях и органах,—все это говорит в пользу данной реакции. Способ Feigl'я состоит в том, что к исследуемой на As пробе приливается несколько капель насыщенного на холоду раствора $(\text{NH}_4)_2 \text{MoO}_4$ и затем избыток солянокислого раствора SnCl_2 . Если мышьяк отсутствует, то появляющееся сначала синее окрашивание при нагревании исчезает, и раствор становится желтым или бурым. Напротив, в присутствии As это синее окрашивание сохраняется, причем его интенсивность зависит от количества As; последнее и дает возможность применить эту реакцию для колориметрического определения As.

При очень малых количествах As посинение может маскироваться бурыми продуктами восстановления Mo до его низших окислов. В этом случае рекомендуется взбалтывание с амиловым алкоголем, который извлекает синий окисел Mo, окрашиваясь в синий цвет. Открытие As удается в растворе, когда в 1 литре находится 0,001 грм. As.

Для этой реакции необходимо, далее, чтобы As находился в виде мышьяковой кислоты.

По чувствительности реакция эта превосходит реакции Marsch'a, Gutzent'a, Reinsch'a, Flückiger'a и Lehmann'a; превосходят их она и по простоте производства и стойкости штандарта. В течение 2 меся-

цез при стоянии на рассеянном дневном свете (на столе) штандарт не изменяет, как мы убедились, интенсивности своей окраски.

Путем многочисленных проб мы убедились, затем, в полной возможности путем этой реакции определять количества As колориметрически.

Для примера приведем в нижеследующей таблице результаты определения As в растворе, содержавшем 0,070% As_2O_5 (штандартным раствором был 0,01% раствор As_2O_5 ; испытуемого раствора было взято 1 куб. с., 0,8 куб. с., 0,6 куб. с., 0,4 куб. с. и 0,2 куб. с.):

№ пробы	Колич. в штандар.	Найдено в исследуем. раств.	Должно быть	Разница в ‰
1	0,0007	0,00064	0,00075	—0,00006
2	0,0005	0,00051	0,00056	—0,00005
3	0,00035	0,00038	0,00042	—0,00004
4	0,00025	0,00022	0,00028	—0,00006
5	0,00015	0,00012	0,00014	—0,00002

Из этой таблицы видно, что результаты колориметрирования можно считать вполне удовлетворительными.

Дальнейшей нашей задачей было—путем этой реакции открыть As в крови и попытаться его количественно определить. Кровь бралась от больных сифилисом до и после введения сальварсана. Уже ориентировочные опыты убедили нас в том, что кровь (сыворотка) до введения арсенопрепаратов этой реакции не дает, тогда как после введения их в кровь или интрамускулярно получается положительная реакция.

Методика исследования, которой мы пользовались, следующая: 2 куб. с. сыворотки выпаривалось с 1 куб. с. царской водки на кипящей водяной бане досуха, сюда снова добавлялось 1 или 2 куб. с. царской водки и снова выпаривалось досуха; проделав такое выпаривание с царской водкой несколько раз, мы обрабатывали остаток водой и еще раз досуха выпаривали, после чего растворяли сухой остаток в 20 куб. с. воды и этот раствор исследовали на содержание As. Для этого к 5 куб. с. испытуемого раствора прибавлялось 3—5 кап. насыщенного на холоду раствора $(NH_4)_2MoO_4$ и солянокислого раствора $SnCl_2$ до появления серого оттенка в синеокрашенной мутной жидкости, раствор кипятился, причем при кипячении просветлялся, а вместе с тем исчезала и синяя окраска (количества As в пробах были очень малые), и жидкость принимала буровато-зеленый или желтовато-зеленый цвет. После охлаждения прибавлялось 3 куб. с. амилового алкоголя, и жидкость сильно встряхивалась, чтобы амилловый алкоголь лучше извлек синюю окраску, после чего поверх водного раствора всплывал слой амилового алкоголя, окрашенный в синий цвет той или иной интенсивности в зависимости от количеств As. Этот амилоалкогольный слой и колориметрировался со штандартом в компараторе Michalé's'a.

В подтверждение возможности этим путем определить количество As в крови после арсенотерапии приводим следующий пример, где больному было введено 0,6 грм. неосальварсана:

Исследов. после введения	Количество
До введения.	0
1/2 часа спустя.	0,005%
На 2-й день.	Следы
На 3-й день.	0,002%
На 4-й день.	0,003%
На 5-й день.	0,0001%

Так как возможны возражения, что указанные выше манипуляции при обработке крови могут повести к потере As, нами был поставлен ряд проб с обработкой таким же образом растворов сальварсановых препаратов.

Для примера приведем результаты, полученные с раствором Neoarsphenamin'a:

Теоретич. колич.	Найдено
0,038 грм.	0,035 грм.

Таким образом реакция Feigl'я, по нашему мнению, является весьма простым и удобным способом как качественного, так и количественного определения As в крови—способом, легко выполнимым по своей простоте и несложности не только в клинической, но и простой больничной обстановке.

Нам кажется, что реакция эта, позволяя определять As в крови и выделениях организма (последняя работа, а равно подбор постоянного красочного стандарта для колориметра Authenrith'a ведутся одним из нас) дает возможность вместе с тем следить как за поступлением в кровь, так и за выделением из организма As, а это, в свою очередь, позволяет учитывать как терапевтический эффект, так и перегрузку организма мышьяком.

ГЛАВНЕЙШАЯ ЛИТЕРАТУРА.

Feigl und Neuberg. Zeitsch.f. analit. Chemie, B. 62.—Treadwell. Курс аналитической химии, т. I, ГИЗ, 1927.—Бурнашев. Дисс. СПб. 1912.—Bang. Biochem. Zeitschr., B. 161.

Из Бактериологического кабинета Казанского государ. института для усов. врачей (завед. проф. М. П. Тушнов) и Казанской центральной малярийной станции (завед. пр.-доц. О. А. Герман).

Какова длительность инкубационного периода малярии?

Прив.-доц. О. А. Германа и д-ра А. Ф. Малининой.

О длительности инкубационного периода малярии мы уже имели случай говорить в докладе, представленном нами, совместно с д-ром Лифшицем, IV Поволжскому малярийному съезду. Новые исследования в этом направлении, давшие нам, кстати сказать, такие же результаты, как и прежние, позволяют нам снова выступить по этому вопросу, тем более, что вопрос этот, поднимавшийся уже бесконечно много раз разными исследователями, решается до сих пор, по нашему мнению, неправильно. Так, в последние годы начинают говорить, как о чем-то вполне доказанном, что инкубационный период при этой болезни очень часто длится 6—9 месяцев и дольше, тогда как мы с этим, на основании наших материалов, согласиться не можем.

Под инкубацией при малярии, как правильно указывает Mühlens, нужно считать время с момента инфекции до появления лихорадки. Точнее всего, конечно, время это можно бывает установить при экспериментах, а так как многие душевные и нервные болезни лечат теперь искусственным заражением малярией, то подобных наблюдений в данное время имеется уже очень много.

Mühlens, Weygandt и Kirschbaum на основании материала, превышающего 500 случаев искусственного заражения кровью, содержащей *pl. vivax*, находят, что малярия начинается в среднем через 3—8 дней при интравенозном заражении и через 9—12 дней при подкожном, с максимумом в 29 дней. Для *m. tropica* они установили это время в 8—13 дней, а для *m. quartana*—в 30—36 с минимумом в 15 и максимумом в 50 дней. Reese и Peter, на основании материала в 236 искусственных прививок, срок инкубации малярии при заражении в вену установили в 5—8 дней, а в кожу—от 10 до 25 дней. Данные других авторов (Giemsa, Ziemann, Elting, Mannaberg, di Mattei, Roubaud, Dreyfus и Hanau, Rosenow, Mörch, Pilcz, у нас Марциновский, Лейзерман и Рубашкин, Руднев и Бесовцев, И. Герман и др.) с этими сроками в общем не расходятся. И не только искусственное заражение кровью маляриков, но и искусственное заражение комарами дает такой же инкубационный период (James, Mühlens, Kirschbaum). При вспышках эпидемий малярии на кораблях, когда время инфекции можно установить столь же точно, как и при искусственных прививках, Gioseffi нашел средний срок инкубации для *m. tertiana* в 16, а для *m. tropica*—в 13 дней, Edgar же для *m. tertiana* в 12—20 дней.

Казалось бы, эти многочисленные и притом совершенно точные эксперименты и наблюдения с неопровержимой ясностью доказывают, что инкубация при малярии исчисляется днями, или неделями, но не месяцами или даже годами. Однако некоторые из прежних наблюдений (Plehn, Предтеченский, Вигдорчик) и весьма многочисленные наблюдения последнего времени, где первичные заболевания обнаруживались через много месяцев после оставления больными малярийной местности или в самых малярийных местностях, но ранней весной, заставляют многих авторов приходить к заключению, что при малярии часто имеет место очень длительный инкубационный период—в 6—9 месяцев и больше (Kirschbaum, Weydemann, Plehn, Mühlens, Ziemann, Лурия и многие др.). Нарке указывает, что в Эмдене, в 1918 и 1919 г.г., наибольшее количество первичных заболеваний наблюдалось весной (в апреле и мае). Кушев определяет процент весенних первичных заболеваний малярией в 52—80, Иоффе—от 42 до 50, Кисель—до 75, Листов—в 65, Соломин—в 48,3. По нашим данным первичные весенние заболевания в Казани и кантонах Татреспублики наблюдаются чрезвычайно часто. Нами и нашими малярийными пунктами и отрядами были произведены в этом направлении массовые обследования, на основании которых оказалось, что на 17.750 первичных заболеваний весной заболело 10.366, больных, т. е. 58,4%, летом—3.749, т. е. 21,1%, осенью—2.638, т. е. 14,9%, зимой—997, т. е. 5,6%. По каждому году в отдельности весенние первичные заболевания дали также очень высокие проценты: в 1921 г.—67,4%, в 1922—64,4%, в 1923—68,6%, в 1924—59%, в 1925—43,9%, в 1926 г.—57,6%, а в 1927 г.—29,6%.

Доказывает-ли, однако, все это в действительности существование длительной инкубации? Многочисленные исследования, как выше было отмечено, показали, что искусственное заражение как кровью маляриков, так и посредством укусов зараженных комаров дает всегда кратковременную инкубацию, причем в большинстве случаев заражение это удается легко; лишь сравнительно редко заражение приходится повторять, и только в незначительном количестве случаев оно совершенно не удается (по Reese и Peter'у на 236 искусственных заражений не удавалось вызвать приступов лишь в 5%, причем в отдельных случаях заражение удавалось только после 2—5-кратной прививки).

Так как при неудачных заражениях людей обычно через некоторое время делалась опять попытка заразить их, то приходится сознаться, что в большинстве случаев, при отрицательных результатах, наблюдение за инфицированными не велось достаточно долго. Возможно, что в некоторых случаях, где прививка удавалась после повторных инфекций, заболевание наблюдалось бы и после первой же прививки, если бы только наблюдение велось достаточно долго. Во всяком случае это доказывает, что, если, может быть, малярия иногда и имеет длительную инкубацию, то это имеет место только в редких случаях, а не в 50—75% всех первичных заболеваний, как то можно было бы думать на основании факта появления весной многочисленных первичных заболеваний.

Кратковременная, в большинстве случаев, инкубация при экспериментальной малярии говорит и против того, что у большинства маляриков доприступный период длится очень долго, как то предполагает, напр.,

Кисель, заявляющий, что при малярии болезнь развивается очень медленно и незаметно, как и при туберкулезе.

Чем же тогда, однако, объяснить, что весной наблюдается так много якобы первичных заболеваний? Уже R. Koch, Martini, Schoo и др. указывали, что у лиц, принимавших профилактически хинин, болезнь может обнаружиться через продолжительное время после инфекции, и что в теплых помещениях комары могут передавать инфекцию даже зимой и весной, когда внешняя температура не позволяет плазмодиям развиваться в теле комаров (минимальная температура для этого, по Grassi и Scheer'y, Roubaud, и др., должна быть 15—18°). Правда, Ziemann отрицает возможность перезимования зараженных комаров и, следовательно, передачу ими малярии зимой или ранней весной, однако James в недавней своей работе указывает, что охлаждение зараженных комаров в течение нескольких месяцев до 4—5° не влияет на их способность заражать (один такой комар может, оказалось, заразить до 30—40 человек), так что и перезимовавшие комары в следующую весну могут оказаться передатчиками малярии.

Что зимою комары в теплых помещениях вообще кусают людей, наблюдалось неоднократно. Между прочим и мы кормили в лаборатории зимой комаров кровью здоровых и малярийных людей, а Холод, в 1927 г., нашел в ожидальном зале Ростовского вокзала зимующих комаров, из которых один оказался напившимся кровью. Однако, если, таким образом, и нельзя отрицать возможности появления ранней весной первичных заболеваний вследствие укусов комаров, то все же такие заражения могут быть только единичными, и всех случаев так называемых первичных весенних заболеваний этим объяснить нельзя. Часть этих случаев можно, вероятно, объяснить тем, что малярия весной, когда начинается сезон рецидивов, впервые проявляется у тех, которые профилактически принимали раньше хинин. По Mühlens'y у таких субъектов, собственно говоря, болезнь нельзя считать первичной, а рецидивом, ибо у них проявление имевшейся уже малярии подавлялось приемами хинина.

Всю остальную, наибольшую часть первичных весенних заболеваний малярией приходится объяснять тем, что первые приступы болезни здесь были или не замечены, или приняты не за малярию. Ранней весной, как известно, бывают рецидивы *m. tertianae*, а при этой форме, как теперь точно выяснено на основании экспериментальных данных, в большинстве случаев болезнь начинается не правильными перемежающимися приступами, а неправильными подъемами температуры до 37—39°, и только в 10% всех первично привитых болезнь начинается сразу характерными перемежающимися приступами, тогда как при повторных прививках и при всех рецидивах лихорадка начинается крутыми подъемами с последующим падением t^0 (Wagner-Jauregg, Doer и Kirschner, Mühlens, Weygandt и Kirschbaum, Korteweg). Мы знаем также, что у большинства субъектов с так называемыми первичными весенними заболеваниями, имеются,—как, между прочим, на это указывает Кушев,—сильное малокровие, характерный цвет наружных покровов, увеличение селезенки и нередко печени и нахождение в крови гамет, причем болезнь в таких случаях трудно поддается лечению. Все это свидетельствует, что в данных случаях мы имеем дело не с первичными заболеваниями, а с рецидивами, причем первые приступы прошли

незамеченными. Что действительно первые приступы малярии нередко проходят незамеченными,—доказывают следующие обстоятельства: во время массовых обследований населения Казани и кантонов ТР из 24.134 человек 6.483 заявили, что они никогда малярией не болели; однако обследование показало, что у 368 из них селезенка была увеличена, а у 30 она даже выступала на 3—5 пальцев и больше. Кровь, к сожалению, исследовалась лишь у незначительной части больных, причем у 10 из 659 человек, якобы никогда не болевших малярией, в ней были найдены плазмодии (у 5 больных—*pl. vivax* и у 5—*pl. praecox*).

Мы видим, таким образом, что анамнестические данные относительно первичности заболевания малярией не могут быть использованы для доказательства существования длительного инкубационного периода этой болезни. В этом отношении анамнезы взрослых столь же недостоверны, как и сведения, сообщаемые родителями о детях. Лица, указавшие, что они никогда не болели малярией, хотя у них были найдены или увеличенная селезенка, или плазмодии в крови, по возрастам располагались, оказывается, более или менее одинаково: до года—10,1%, от 1 г. до 5 л.—15,7%, от 6 до 10 л.—12,0%, от 11 до 15 л.—18,8%, от 16 до 20 л.—7,7%, от 21 до 30 л.—14,3%, от 31 г. до 40 л.—8,8%, от 41 до 50 л.—4%, от 51 г. и более—8,6%. Насколько анамнезы маляриков бывают неточны, видно хотя бы из того, что целый ряд лиц, обследованных повторно, давали о своем заболевании самые противоречивые показания: тогда как при первом обследовании некоторые, скажем, заявляли, что никогда не болели,—при повторном обследовании, через год, а то и больше, по их же словам, оказывалось, что они уже болели значительно раньше, причем на вопрос, почему же они при первом обследовании отрицали болезнь, получались весьма сбивчивые ответы.

У некоторых лиц не только первые приступы малярии, но и вообще вся болезнь проходит незамеченной. Так, некоторые больные и при первом, и при повторных обследованиях заявляли, что никогда не болели малярией, а вместе с тем при первом обследовании у них находили или увеличенную селезенку, или даже плазмодиев в крови, тогда как при втором обследовании ни увеличенной селезенки, ни плазмодиев уже не оказывалось. Многие из обследованных вообще заявляли, что не помнят, болели-ли они когда-либо малярией. Так, например, из группы в 1.175 обследованных не могли в точности ответить на этот вопрос 79 человек. Иные, далее, заявляли, что болели малярией, но не помнят ни года, ни сезона заболевания. По данным Невядомского 30% маляриков не в состоянии сказать, когда они заболели малярией.

Так как все указания о том, что первичные заболевания начинаются после длительной инкубации, основываются исключительно на анамнезе, а мы видим из наших обследований, что анамнезы дают в этом отношении совершенно неправильные данные, то приходится заключить, что существование длительного инкубационного периода для малярии еще не доказано. Доказать это, может быть, будет возможно, если за искусственно привитыми в тех случаях, где болезнь не проявится быстро, будет установлено достаточно длительное наблюдение. Во всяком случае, если, однако, таким образом и удастся доказать существование длительного инкубационного периода, этим все же мы в состоянии будем объяс-

нить лишь самую незначительную часть т. наз. первичных весенних заболеваний, главную же массу их надо считать, повторяем, рецидивами.

Не касаясь крайне разнообразной клинической картины малярии, мы представляем себе проявление этой болезни после заражения таким образом: у некоторых из инфицированных комарами людей малярия, очевидно, совершенно ничем клинически не проявляется, хотя в крови у них можно бывает иногда найти плазмодиев, и селезенка может оказаться у них увеличенной. У некоторых процесс дает вначале только атипическую лихорадку, вследствие чего малярия принимается за какую-нибудь другую болезнь, причем в дальнейшем болезнь уже ничем более не проявляется, или через много месяцев может наступить рецидив с типической перемежающейся лихорадкой, который ошибочно принимается за первичное заболевание. У остальной части инфицированных процесс начинается либо атипической лихорадкой, переходящей непосредственно за этим в перемежающийся тип, либо с самого начала наблюдается типическая интермиттирующая лихорадка, оканчивающаяся или полным выздоровлением, или дающая в дальнейшем обычные рецидивы.

В конце концов на основании как литературных данных, так и собственных наблюдений мы можем по данному вопросу придти к следующим выводам:

1) Существование длительного инкубационного периода при малярии нельзя еще считать доказанным; для доказательства его необходимо было бы установить достаточно длительное наблюдение за искусственно зараженными людьми, но, во всяком случае, таким образом можно было бы объяснить лишь самую незначительную часть случаев т. наз. первичных весенних заболеваний.

2) Единичные случаи последних можно поставить в связь с укусами перезимовавших зараженных комаров; часть случаев, вероятно, объясняется тем, что малярия весной впервые ясно проявляется у принимавших раньше профилактически хинин, причем такую форму уже нельзя считать первичной, а рецидивом; всю же главную массу этих случаев приходится объяснять тем, что первые приступы болезни или не были замечены, или были приняты не за малярию.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Холод. Тр. III Пов. мал. съезда, 1926.—Doer и Kirschner. Цит. по Kirschbaum'y.—Dreyfus и Hanau. D. med. Woch.—Edgar. Цит. по Mühlens'y.—Elting. Zeit. f. klin. Med., Bd. 36.—Герман. Врач. газ., 1927, № 20.—Герман, Лифшиц и Малинина. Тр. IV Пов. мал. съезда, 1927.—Giemsa. Цит. по Mühlens'y.—Gioseffi. Цит. по Mühlens'y.—Grassi и Scheer. Цит. по Ziemann'y.—Hарке. Цит. по Mühlens'y.—James. Ref. Arch. f. Sch. u. Trop. Hyg., 1927, Bd. 31, H. 1.—Иофф. Тр. I Пов. мал. съезда, 1924.—Он же. Вест. микр. и эпид., 1922, № 3.—Kirschbaum. Arch. f. Sch. u. Tr. Hyg., 1927, Bd. 31, H. 8.—Кисель. Тр. II Пов. мал. съезда, 1925.—Он же. Врач. дело, 1927, № 11.—Koch. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 32.—Korteweg. Цит. по Kirsch-

baum'y.—Кушев. Тр. I Пов. съезда врачей, 1923.—Он же. Тр. I Пов. мал. съезда, 1924.—Он же. Тр. III Всер. съезда по мал., 1925.—Он же. Врач. дело, 1927, № 2.—Лейзерман и Рубашкин. Врач. дело, 1924, № 11—13.—Листов. Тр. II Пов. мал. съезда, 1925.—Лурия. Вест. соврем. медиц., 1925, № 3.—Он же Тр. I Пов. съезда врачей, 1923.—Mannaberg. Цит. по Mühlens'y.—Martini. Arch. f. Sch. u. Tr. Hyg., Bd. 24.—Марциновский. Русск. журн. троп. мед., 1923, № 1.—Mattei Цит. по Mühlens'y.—Mörch. D. med. Woch., 1926, № 18.—Mühlens. Die Plasmodien, 1921.—Mühlens, Weygandt u. Kirschbaum. Münch. med. Woch., 1920, № 29.—Невядомский. Русск. журн. троп. мед., 1927, № 6.—Pilez. Wien. klin. Woch., 1927.—Plehn. Arch. f. Sch. u. Tr. Hyg., № 17.—Предтеченский. Цит. по Лурия.—Reese u. Peter. Med. Klin., 1924.—Rosenow. Deut. med. Woch., 1927, № 15.—Roubaud. Ann d'Inst. Past., t. 32, № 9, 1918.—Он же. Ann d'Inst. Past., t. 37, № 7, 1923.—Руднев и Бесовцев. Тр. III Всер. съезда по мал., 1925.—Соломин. Тр. II Пов. мал. съезда, 1925.—Schoo. Цит. по Mühlens'y.—Wagner v. Jauregg. Цит. по Kirschbaum'y.—Weydemann. Zeit. f. ärztl. Fortb., № 22.—Вигдорчик. Цит. по Лурия.—Ziemann. Malaria und Schwarzwasserfieber, 1924.

О пилоро-дуоденитах ¹⁾.

Проф. М. Н. Чебоксарова.

Если бы года 3—4 тому назад к нам пришел больной с жалобами на поздние боли после еды, на голодные и ночные боли, если бы у него нашли повышенное содержание свободной HCl в желудочном соке, кровь в желудочном содержимом или в испражнениях, и если бы, наконец, мы прощупали у него гипертрофированный и болезненный привратник, то мы, вероятно, не колеблясь поставили бы здесь диагноз язвы желудка или 12-перстной кишки. Теперь же с такой категоричностью и уверенностью подобной диагностики мы ставить не можем и не должны. Ибо теперь мы знаем, особенно благодаря широкому применению гастроскопии (гл. образ. в Германии), а также благодаря широкому распространению желудочно-кишечной хирургии, что весь симптомокомплекс, который мы считали почти патогномичным для язвы желудка или 12-перстной кишки, может быть налицо при заболеваниях желудка, где никакой язвы нет и не было. Мы теперь знаем о существовании „язвенной болезни без язвы“—*Ulcuskrankheit ohne Ulcus*!

Такой язвенной болезнью без язвы являются по преимуществу те формы хронических гастритов (а также, как мы увидим ниже, и дуоденитов), которые известны под названием *gastritis chr. hypertrophicans* или *gastritis chr. ulcerosa* (resp. *duodenitis ulcerosa*). Весь симптомокомплекс свойственный язве желудка, вплоть до желудочных кровотечений (благодаря имеющимся эрозиям и изъязвлениям слизистой оболочки), может иметь здесь место. При указанных формах гастритов глубокий воспалительный процесс локализуется главным образом в привратниковой области желудка, а иногда в прилежащей к привратнику части 12-перстной кишки. Отсюда выделение в особую клиническую форму Лоерге'ом, в 1919 г., так наз. пилоритов и Рамонд'ом, в 1925 г.—дуоденитов. Наконец, в 1927 г. французские клиницисты Bouchut и Ravault предложили ввести в клинику понятие о пилоро-дуоденитах, как об отдельном клиническом синдроме.

Авторы эти в № 2 „Arch. des maladies de l'appareil digestif“ привели подробные истории болезни семи больных, у которых они на основании как клинического изучения, так и гистологического исследования установили наличие вышесказанного синдрома. Все эти больные жаловались на боли, появляющиеся спустя 2—3 часа, иногда и позже, после еды; боли эти иррадиировали кзади и в большинстве случаев успокаивались после приема щелочей, или теплого питья, или вообще

¹⁾ Сообщено в Обществе врачей при Казанском университете 16/X 1928 г.

от приема какой-либо пищи. Боли эти локализовались или в эпигастральном углу, или ниже, вправо от средней линии. У большинства больных была изжога; реже наблюдалась рвота, после которой боли обычно уменьшались. Как и при язвах, наблюдалась известная периодичность в появлении болей. У некоторых больных боли были преимущественно весной и осенью. У всех больных как общая кислотность желудочного сока, так и содержание свободной HCl, были повышены. Скрытые кровотечения наблюдались сравнительно редко; в одном случае была повторная кровавая рвота. У всех этих больных с большей или меньшей степенью вероятности был поставлен диагноз язвы желудка или duodeni.

Все больные были подвергнуты операции, и ни в одном случае не было обнаружено ни язвы желудка, ни язвы 12-перстной кишки.

При операции у всех почти больных были констатированы явления адгезивного перигастрита и перидуоденита. Слизистая оболочка привратниковой области, а также прилежащей части 12-перстной кишки, была резко гиперэмирована, отечна, гранулирована и покрыта поверхностными эрозиями. Была произведена эксцизия, и патолого-гистологическое исследование указало на резко выраженный, глубокий воспалительный процесс в слизистой оболочке. Авторы отмечают, что при операции у больных не было обнаружено ни хронического аппендицита, ни холецистита.

Результаты своих наблюдений авторы резюмируют следующим образом: *„Имеется клинический синдром, который поразительно напоминает собой картину язвы желудка или 12-перстной кишки, но который на самом деле зависит исключительно от воспалительного процесса—как паренхиматозного, так и интерстициального—слизистой оболочки, т. е. от пилоро-дуоденита“* (о. с., стр. 147).

По мнению авторов подобные пилоро-дуодениты имеют инфекционное происхождение, но делать какие-либо заключения о природе этой инфекции и о способах внедрения ее авторы не считают для себя возможным.

На основании своего личного клинического опыта мы считаем вполне рациональным выделение в особую клиническую форму описанного Bouchut и Ravault синдрома, и в настоящее время диагноз пилоро-дуоденита уже входит постепенно в обычный диагностический обиход нашей клиники. Мы склонны думать, что пилоро-дуодениты встречаются очень и очень нередко, и здесь именно более, чем где-либо, мы ставили и ставим ошибочный диагноз язвы pylori или duodeni.

В одном мы расходимся с названными французскими авторами,—как указано выше, эти последние у своих больных не находили одновременно хронического воспаления червеобразного отростка или желчного пузыря, мы же, напротив, почти во всех наших случаях без исключения могли констатировать несомненную наличность хронического аппендицита. Мы даже полагаем, что именно аппендицит и является исходным пунктом, откуда инфицируется пилоро-дуоденальная область.

Распознавание пилоро-дуоденитов является чрезвычайно трудным, как на это указали и сами авторы, ибо как клиническое течение болезни, так и данные субъективного и объективного исследования могут ничем не отличаться от таковых же при пилорических и дуоденальных язвах. Мы можем указать только, что в наших случаях мы никогда не имели

ни желудочных, ни кишечных кровотечений, а исследование на скрытые кровотечения давало непостоянные результаты. Далее, мы считаем очень важным отметить, что у всех наших больных без исключения мы могли прощупать гипертрофированный и очень болезненный pylorus, часто с очень выраженной „игрой“ его. Наконец, очень большую ценность мы придаем Röntgen'овскому исследованию: отрицательные результаты его по отношению к круглой язве при наличии симптомов язвенной болезни могут иметь решающее значение в пользу диагноза пилородуоденита. Все же мы должны сознаться, что наша диагностика пилородуоденитов является только более или менее вероятной. Только гастроскопия и рентгеновский снимок рельефа слизистой оболочки могли бы оказать здесь неоценимую услугу. К сожалению, мы не имеем возможности использовать эти методы, и потому приходится слишком много полагаться на нашу врачебную интуицию.

Что касается лечения пилородуоденитов, то оно по существу должно быть терапевтическим. Это последнее принципиально ничем не отличается от обычных способов лечения язвы желудка resp. 12-перстной кишки. Мы лично назначаем диету и прием щелочей по методу Sippy, висмут в больших дозах, обычно в комбинации с анестезином, и препараты белладонны или в виде приема внутрь *extr. belladonnae*, или, еще лучше, в виде подкожных впрыскиваний *atropini sulfurici*.

Но, учитывая значение хронического аппендицита, который, как мы указали выше, почти постоянно наблюдался у наших больных, мы настоятельно рекомендуем здесь предварительное оперативное удаление червеобразного отростка. При наличии спазмов со стороны гипертрофированного привратника, которые являются обычными спутниками пилоритов, мы советуем вместе с аппендэктомией одновременно производить пилоропластику, а также рассечь имеющиеся здесь вследствие перипилородуоденита сращения.

При применении указанного лечения мы получали у наших больных очень хороший терапевтический эффект, и потому предсказание при пилородуоденитах, по нашему мнению, отнюдь не является неблагоприятным.

Из наших больных с диагнозом пилородуоденита две больных женщины были подвергнуты смешанному хирургическому и терапевтическому лечению. Операция была произведена проф. А. В. Вишневым. При осмотре желудка и 12-перстной кишки никакой язвы не было обнаружено, несмотря на наличие у больных всего язвенного симптомокомплекса. Привратник был гипертрофирован. У одной больной были значительные перипилородуоденальные сращения. У обеих больных был обнаружен хронический аппендицит. Больным была произведена операция аппендэктомии, пилоропластики и рассечения сращений. После операции было проведено тщательное терапевтическое лечение. В настоящее время прошло около года после операции, и у больных нет ни болей, ни других симптомов язвенной болезни; клинически их можно считать здоровыми.

Целью настоящего маленького сообщения было—привлечь внимание врачей к этому мало еще изученному синдрому, ибо, если мы будем помнить о существовании пилородуоденитов с их клинической картиной язвенной болезни, то в ряде случаев, быть может, это поможет нам избавиться от невольных диагностических ошибок и направит на правильный путь нашу терапию.

Каверны и псевдокаверны в рентгеновском изображении и их клиническое значение.

Доц. Р. Я. Гасуля.

(С 3 рис.).

Для клинициста и отчасти для патолого-анатома образование каверн являлось до сих пор как бы заключительным аккордом в прогрессирующем туберкулезном процессе определенного участка легких, в котором наступала секвестрация казеозного инфильтрата или же расплавление ткани от пиогенной мембраны. Но после работ Assmann'a, Lydtin'a, Ulrici, Redeker'a и др. внимание клиницистов остановилось на ранних подключичных или центрально лежащих инфильтратах, которые очень часто быстро распадались и давали начало ранним кавернам. Мы знаем теперь, что нужно отличать эти ранние каверны, в начальной фазе туберкулезного процесса, от поздних—в конечной фазе процесса. Оба вида занимают определенное место во фтизогенезе. Особое значение приобрели остро и быстро, в течение чуть ли не нескольких недель, развивающиеся каверны, с которых, повидимому, во многих случаях и начинается ранняя третичная фаза бугорчатки. Обнаружить эту фазу удастся, главным образом, лишь помощью рентгена, клиническое же обследование в большинстве случаев не обнаруживает очага. Ранняя каверна в этом случае является резервуаром и рассадником высоко-вирулентного инфекционного материала, который, если не подоспел во время с пнеймотораксом или менее активным физиотерапевтическим методом, часто дает начало большей или меньшей диссеминации (гематогенным или аспирационным путем) с летальным исходом. Аллергия при этом порою бывает высокая.

В противовес этому обычная каверна, которую мы называем поздней, занимает более скромное место. Ее находят в верхушках; она большей частью окружена плотной капсулой и лишь при особо-неблагоприятных условиях может стать столь же опасной, как и ранняя каверна; она также сеет инфекционный материал, но последний, однако, вследствие меньшей аллергии организма не всегда дает инфильтрацию; она является иногда источником больших кровотечений, вызывает также контактное заболевание гортани и, наконец, приводит к кахексии и амилоидозу.

Имеются два типа поздних каверн: одни остаются в продолжении жизни больного без изменений, другие сморщиваются и зарубцовываются. Последнее происходит сравнительно редко и длится долго. Оба эти типа поздних каверн, как и их ранние формы, ставят клиницисту два вопроса: 1) как их распознавать? 2) как их лечить?

Каверна rozpoзнается рентгенологически в виде кольцевидной тени круглой, овальной, а иногда и продолговатой формы.

Эти кольца долгое время не вызывали никаких сомнений в их патолого-анатомическом субстрате, пока некоторым авторам (Amberson, Burns, Honey, Melville, Möller, Evans, Dahlstedt) при аутопсиях не удалось обнаружить каверн на месте этих теневых колец.

К этому прибавились случаи частых изменений формы и величины колец и не очень редкое их исчезновение. С другой стороны некоторые авторы, как Burnham, King, Delong, Burnaud, Turban, Staub и Curschmann, категорически утверждают, на основании своего материала, о совпадении теневого кольца на рентгеновской картине с каверной в 90—95% случаев. Исчезновение кольца на рентгене и отсутствие физикальных данных при клиническом обследовании не являются доказательством наличия псевдокаверны.

При дифференцировании каверны мы всегда должны иметь в виду: 1) плевроальные наслоения, 2) спайки, 3) частичные пневмотораксы, 4) бронхэктазии, 5) оптические констелляции в бронхиальном рисунке (ортрентгеноградные бронхи и сосуды) и 6) не вполне обьизвествленные гиперплазированные лимфатические узлы.

Необходимым условием при рентгеновском диагнозе каверны является наличие кривой замкнутой линии при всех положениях торакса по отношению к трубке и экрану.

Как объяснить образование кольца при наличии каверны и чем объяснить появление кольцевидной тени в случаях отсутствия каверны? Каков, далее, анатомический субстрат для т. наз. псевдокаверн?

Рентгеновское исследование (на экране или пластинке) есть биоптический метод и, как таковой, подчиняется законам перспективы и контраста. Закон контраста Weber'a, из физиологической оптики, гласит, что при определенных условиях одинаковые различия света и тени соответствуют отношению интенсивностей света. Графическая работа рентгеновых лучей и наше зрительное восприятие следуют этому закону.

Здоровая легочная паренхима поглощает чрезвычайно мало лучей и является прекрасным контрастом для сосудов и всякого рода инфильтратий. Начальная фаза каверны, фаза казеозной инфильтрации легочной ткани, дает, вследствие большой плотности казеозной массы, тень на фоне светлой легочной ткани. С наступлением расплавления и секвестрации на месте инфильтрата полость, окруженная сначала тонкой стенкой, а затем уже капсулой, дает классическую картину каверны (рис. 1). Мы имеем перед собой сферическое тело с большим или меньшим количеством воздуха внутри на месте расплавленной легочной ткани, окруженное плотной капсулой. Это дает в оптическом срезе теневое кольцо с воздушной камерой. Если каверна сообщается с бронхом („Bronche de drainage“), то виден и узкий просвет сообщения.

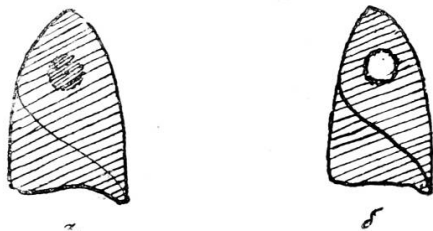


Рис. 1.
а) Секвестрация.
б) Кавернизация.

Ясно, что такая каверна при всех положениях остается полостью, которая всегда дает одну и ту же картину (рис. 2).

Однако может случиться, что изображение кольца получится от кожного круглого рубца, от какого-нибудь артефакта или от редких круглых плевральных шварт (Umberson); но здесь кривая очень часто не

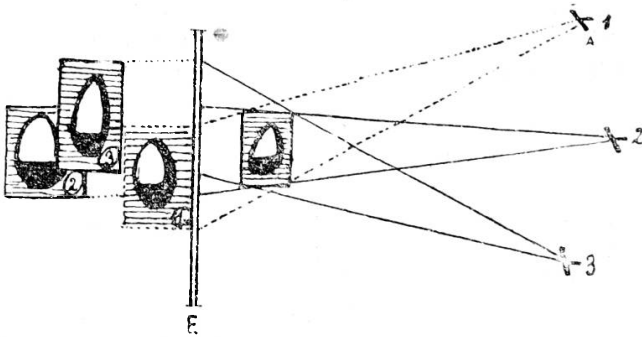


Рис. 2. Истинная каверна дает кольцевую тень с просветлением при всех положениях тела или трубки (Е—экран).

замкнута (рис. 3). Далее, кольцевидные тени получаются еще при спонтанном пнеймотораксе; его края очень резки и не меняются при кашле. Часто фиброзные инкапсулированные очаги дают кольцевидные тени без

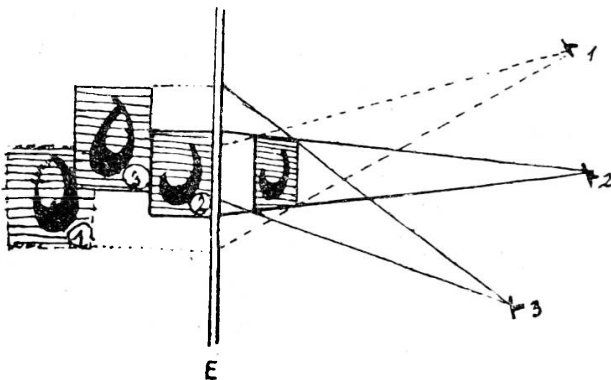


Рис. 3. Псевдокаверна не при всех положениях тела или трубки дает кольцевую тень. Признак полости отсутствует. В положении 3 получилось кольцо (Е—экран).

обычного просветления внутри кольца (Knoll и Baumann). Curschman предупреждает от этого источника ошибок: „Man hüte sich vor einer optischen Täuschung, die durch einen intensiven Kapselschatten entstehen kann“ (Brauer's Beitr., Bd. 66, H. 5). Наливка же iodистым или бромистым маслом для контраста небезразлична для каверны и большого.

Однако пнеймоторакс дает нам возможность во многих случаях убедиться в наличии каверны, которая четко и ясно выступает на фоне пнеймоторакса. Интересно тут же отметить, что гигантские каверны очень часто не распознаются ни на рентгене, ни при физическом исследовании, ибо при них тимпания может быть глубокой и совпасть с легочным зву-

ком, дыхание может быть ослаблено, хрипов может не быть (нет секрета).

Между тем верное распознавание каверны предопределяет терапию и прогноз. Можно было бы сказать: *ubi cavum, comprime!*—правда, не во всех случаях. Если, однако, имеется свежая ранняя каверна на месте инфильтрата типа Assmann'a или Lydtin'a, то опыт показывает (Ulrici и др. авторы), что своевременный пнеймоторакс купирует процесс. Поздние каверны, особенно инкапсулированные, труднее поддаются компрессии. В некоторых случаях,—правда, не во многих (сообщения авторов касаются единичных случаев),—они сморщиваются самопроизвольно.

Таким образом в случае псевдокаверны для выяснения диагноза следует наложить диагностический пнеймоторакс, если состояние больного не противопоказывает его.

Аппендицит и желудочная кислотность.

Д-ра П. М. Кролевец.

Поводом к настоящей работе послужило то обстоятельство, что многие больные с несомненными признаками аппендицита часто отмечают в своем анамнезе различного рода расстройства гастрического характера. Знакомясь впервые с литературным материалом по этому вопросу, мы в то время (1925 г.) нашли в русской литературе только одну работу, д-ра Молодой, прямо относящуюся к данной теме. На XVI Съезде российских хирургов проф. Греков отмечает, что вопрос этот совершенно не разработан.

Наш материал—очень скромный, он обнимает всего лишь 25 случаев аппендицита. Больные с сомнительными данными анамнеза и объективного исследования из категории обследуемых нами исключались, и желудочный сок у них не исследовался. Кроме того мы старались подбирать больных по возможности с однообразными симптомами и клиническими проявлениями болезни, чтобы легче и вернее можно было ориентироваться в результатах исследования.

Обычно больной при поступлении в клинику на другой день получал пробный завтрак Ewald'a, после которого через 45—50 мин. тонким зондом у него добывался желудочный сок. Если больной оперировался, то не ранее 10-го дня после операции у него производилось повторное исследование желудочного сока. Некоторые больные после операции подвергались двукратному исследованию через различные сроки, но производить повторные исследования у всех больных, по понятным причинам, не представлялось возможным. Желудочный сок исследовался по титрометрическому методу.

Переходя к результатам наших исследований, отметим, что колебания в сторону увеличения кислотности до операции наблюдались у 8 человек, что составляет 32% общего числа исследованных нами больных. Больных же, страдавших пониженной кислотностью, было у нас всего 4, причем у одного из них кислотность приближалась к норме; следовательно, строго говоря, заметно пониженной кислотностью страдало лишь 3 человека, что составляет 12%. Остальные 14 человек, или 56%, имели кислотность, колебания которой не выходили из нормальных цифр.

Если мы обратимся к изменениям кислотности после оперативного вмешательства, то здесь приходится отметить, что они также не давали в общем большой разницы. В частности из лиц, у которых раньше наблюдалось гиперацидное состояние желудочного сока, у 4 наступило после операции некоторое снижение кислотности, а у 2—увеличение. У больных же, имевших гипацидное состояние, кислотность после опера-

ции осталась без заметных колебаний. Что касается, наконец, больных с нормальной кислотностью, то после операции у 9 из них последняя увеличилась, причем у 5 перевалила за нормальные цифры, но только у одного из больных это увеличение дало сравнительно большой скачок, у остальных же разница была небольшая.

Уменьшение кислотности после операции наблюдалось у 5 человек, но также без резких колебаний; на последние не оказывает, повидимому, большого влияния и более или менее длительный послеоперационный промежуток.

В заключение считаем нелишним остановиться на работах д-ров Демидова и Эвоаяна. Первый в своей работе приходит к выводу, что при аппендицитах кислотность увеличивается в 59,3%, что наблюдается и после операции. Относительно лиц с пониженной кислотностью автор никаких выводов не дает, несмотря на то, что у него таких больных было 6 человек.

Д-р Эвоаян на большом материале приходит к выводу, что изменения желудочного сока в послеоперационном периоде идут в 75% в сторону стойкого понижения кислотности.

Таким образом оба этих автора приходят к противоположным выводам. Что касается нашего небольшого материала, то на основании его мы полагаем, что кислотность желудочного сока приблизительно в половине случаев аппендицита остается в пределах нормы, в остальных случаях имеется колебание кислотности как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, но в общем заметно-большой процент падает на увеличение, причем размах колебаний сравнительно небольшой.

После аппендэктомии кислотность в большей половине случаев повышается, но опять-таки незначительно.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Е. К. Молодая. Русск. клиника, 1924, № 5.—2) К. П. Демидов. Медич. мысль Узбекистана, 1927, № 3—4.—3) Проф. Греков. Труды XVI съезда российских хирургов.—4) Эвоаян. Новый хирург. архив, 1928, № 57.
-

Из Патолого-анатомического института Казанского гос. университета (директор проф. И. П. Васильев) и Хирургической клиники Казанского гос. института для усов. врач. (директор проф. В. Л. Боголюбов).

К вопросу о патолого-анатомических изменениях при свободных пересадках кожи в другие органы и ткани.

Д-ра И. Л. Цимхеса.

(С 2 рис.).

В хирургической практике давно известны попытки замещения кожей слизистых или серозных оболочек. Известны также случаи пользования кожей вместо обычного применения фасции. Так, O. Loewe (1913) у 9 больных с паховыми грыжами, *retroflexio uteri* и другими заболеваниями вместо фасции вшивал кусочки кожи разной длины после удаления ее поверхностного эпителиального слоя. В 1927 г. проф. В. Л. Боголюбов применил в 17 случаях свободную пересадку кожи в виде жгутиков при гастропексиях, выключении кишки, при *anus praeternaturalis* и для сужения бедренного или пахового канала, при грыжах; в 4 случаях проф. Боголюбовым было произведено сужение заднепроходного отверстия кожным жгутиком при выпадениях прямой кишки. Во всех оперированных случаях получилось вживание пересаженных жгутиков наряду с полным заживлением раны.

Так как в только что указанных случаях пересадка кожных жгутиков была применена впервые, естественно, важно было проследить, какие морфологические изменения испытывает с течением времени пересаженный жгутик, а также изучить взаимоотношения последнего с окружающей тканью. По предложению проф. В. Л. Боголюбова я взял на себя изучение этого вопроса экспериментальным путем. С этой целью мною было произведено 5 опытов перетяжки тонких кишек кожным жгутиком с последующим наложением анастомоза; в шестом случае кожный жгутик был вшит в стенку желудка (между его серозными поверхностями). Под кожным жгутиком мы подразумеваем кожную полосу, свернутую спиралью по оси (длине). Первые 5 опытов были поставлены на собаках, шестой на кролике. Ход опытов был следующий: кожа, тщательно выбритая, обмывалась йод-бензином и спиртом; за $\frac{1}{2}$ часа до операции под кожу грудной или брюшной области животному вводилось от 3 до 5 куб. см. 1% раствора морфия; операция производилась под общим наркозом; брюшная полость вскрывалась по средней линии живота, и тонкая кишка перетягивалась кожным жгутиком в 5—6 см. длиной и $\frac{1}{2}$ см. шириной, взятым из края брюшной раны. Перетяжка эта производилась так: в брыжжейке близ самой кишки пинцетом делалось не-

большое отверстие, через которое проводилась скрученная кожная полоска, затягиваемая потом над кишкой в виде узла; под узел кожного жгутика подводилась стерильная лигатура, которая также, в свою очередь, завязывалась один или два раза над узлом, концы жгутика завязывались иногда вторым узлом и подшивались к окружающим тканям, после чего жгут перитонизировался наложением серо-серозного шва. На приводящий и отводящий отрезки тонкой кишки, отступя на 10—30 см. от места ее перетяжки, накладывался двухэтажным непрерывным швом анастомоз, пропускавший свободно палец. В заключение брюшная стенка зашивалась послойно наглухо, и накладывалась коллодийная повязка.

Как указано выше, в одном случае кожный жгут был пересежен в стенку желудка. Послеоперационное течение во всех опытах было гладкое. Кожный жгут вместе с окружающими тканями был взят для микроскопического исследования в различные сроки (13, 16, 37, 69, 81 дней и 7 мес.).

При подобных опытах скрученный кожный жгут, врезавшись в ткань кишки (желудка) и спаявшись с окружающими тканями, через значительный промежуток времени давал трудно понимаемую патолого-анатомическую картину. Для изучения более простых взаимоотношений между пересеженным кожным лоскутом и тканью места пересадки мы дополнительно произвели ряд опытов с пересадкой кожи (неперекрученной) в глубину одной из мышц и шаг за шагом изучали, какие изменения претерпевает пересеженный кожный лоскут и как реагирует окружающая его ткань. В результате изучения этих, относительно простых, взаимоотношений между пересаженной кожей и окружающей тканью нам стали ясны картины, которые были получены при опытах первого рода.

В опытах трансплантации кожи в мышцы пересадка производилась в *m. rectus abdominis* или *m. gluteus maxim.* С этой целью волосы в этих областях тщательно сбривались, и, после обмывания, над мышцей делался разрез кожи; из края раны вырезывалась кожная полоска от 3 до 5 см. длиной и в 0,5 см. шириной, кожный лоскут удалялся вместе с *cutis* и частью *subcutis*, и в обнаженной мышце путем расщепления мышечных волокон образовывалась щель, куда и вкладывалась вырезанная кожная полоска. Последняя с одной стороны эпидермисом, с другой подкожной клетчаткой прилежала к мышцам и по концам спивалась с ними. Затем накладывались отдельные швы на апоневроз и кожную рану и коллодийная повязка на рану. Швы не снимались, а выделялись путем прорезывания. Послеоперационное течение во всех опытах этого рода в общем было довольно гладкое, рана заживала почти всегда *per primam intentionem* (кроме опыта № 10). Опытов подобного рода было мною произведено 15. Через разные промежутки времени (от 3 до 54 дней) из места пересадки вырезывались кусочки, состоявшие из трансплантата и мышц, фиксировались в формалине и заключались в целлоидин для микроскопического исследования.

Перейду теперь к описанию полученных результатов.

1. Опыты трансплантации кожи в мышцы.

В первых 8 опытах, длительностью от 3 до 16 дней, спаяния эпителиального покрова кожного лоскута с окружающей тканью не произошло, вследствие чего здесь получилась щель, выполненная полиморфоядерными лейкоцитами, лимфоцитами, клетками эпителиоидного типа, красными кровяными шариками, свернувшейся белковой жидкостью, тонкими нитями фибрина и отдельными отпавшими

пластами ороговевшего слоя эпидермиса. Около ороговевших масс замечалось наиболее густое скопление упомянутых клеточных элементов и иногда присутствие многоядерных плазматических масс (*Fremdkörperriesenzellen*).

Corium и подкожная клетчатка кожного лоскута быстро спаивались с окружающей тканью места пересадки (прослойки соединительной ткани между мышечными волокнами) обычной грануляционной тканью. Последняя быстро превращалась в богатую клетками волокнистую соединительную ткань, пронизанную довольно большим количеством вновь образованных капилляров. Среди этой грануляционной ткани местами были заметны очаги кровоизлияний и обильные скопления полиморфноядерных лейкоцитов. Грануляционная ткань от места спайки широкими пластами проникала далеко вглубь между отдельными мышечными волокнами. Последние вблизи трансплантата представлялись или совершенно некротизированными, или частично дегенерированными, причем постепенно замещались грануляционной тканью.

Волокнистая соединительная ткань *corium*'а кожного лоскута представлялась во всех случаях более или менее резко гиалинизированной, с уменьшенным количеством клеточных элементов. Эластика довольно хорошо сохранилась и только местами казалась несколько разбухшею и распавшеюся на короткие обломки. Сосуды трансплантата были или пусты, или содержали гиалиновые тромбы из красных кровяных шариков.

Во всех 8 опытах эпидермис довольно хорошо сохранился в своих глубоких частях, ороговевшие же пласты его обычно были отторгнуты и свободно лежали в вышеуказанной щели, окруженные клеточными элементами грануляционной ткани. В 3 последних опытах этой группы из ядродержащих слоев местами уцелели только 1—2 ряда клеток самых глубоких частей герминативного слоя.

По мере усиления спайки соединительнотканых частей кожного лоскута с окружающими тканями и выполнения щели подле эпидермиса грануляционную ткань, пластинка эпидермиса трансплантата постепенно загибалась своими концами кнаружи, вследствие чего в 2 наиболее длительных опытах этой серии (14 и 16 дней) принимала формы подковы (рис. 1). Внутри такого подковообразного пространства была сгруппирована грануляционная ткань, окружавшая отслоившиеся ороговевшие массы и обломки волос.

Что касается эпителия волосяных луковиц и корневых влагалищ, то он в большинстве опытов представлялся довольно хорошо уцелевшим. В опыте № 6 у одной волосяной луковицы была заметна явная пролиферация эпителия, давшего кнаружи довольно длинные отростки. В ряде случаев корень волоса (*radix pili*) отделялся от эпителиального покрова с образованием щели, в которую постепенно проникали полиморфноядерные лейкоциты.



Рис. 1.

В следующих 3 опытах (длительностью в 20, 23 и 25 дней) можно было констатировать, что трансплантат плотно спаян с окружающими тканями при помощи грануляционной и волокнистой соединительной ткани, причем грануляционная ткань постепенно с периферии проникала в *corium* и подкожную клетчатку, в некоторых местах доходя до волосяных луковиц. Те слои *corium*'а, которые прилегали к эпидермису, были сильно гиалинизированы и почти безядерны; эластика сохранилась в довольно значительном количестве.

Эпителиальный покров в этих опытах, подковообразно изогнувшись, спаивался своими концами, вследствие чего образовались полости, со всех сторон окаймленные эпителием (рис. 2). Внутри таких полостей залежали обломки эпителия и волос и небольшое количество клеток грануляционной ткани, окружавших эти обломки. Клетки эпителия, как *strati cylindrici*, так и следующих ядродержащих пластов, хорошо сохранились. Более поверхностные слои его, обращенные к по-

лости, были густо пронизаны различной величины глыбками керато-гиалина, а иногда были вакуолизированы. Особенно хорошо сохранился эпителий волосяных мешочков, где клетки нередко представлялись даже размножившимися. В опыте длительностью в 23 дня были обнаружены по соседству с волосяной луковицей 2 островка эпителия, сплошь состоявшие из эпителиальных клеток без ороговения, с хорошо сохранившимися ядрами, причем в одном таком островке посредине имелись две жемчужины на подобие перлов в канкроидах.

Наконец, в 4 остальных опытах (от 28 до 54 дней) границы трансплантата было трудно определить, и только по присутствию остатков эластической ткани можно было судить о существовании здесь кожного лоскута. Отдельные гнезда грануляционной ткани, масса волокнистой гиалинизированной соединительной ткани, сливающейся с утолщенными интерстициями, проходящими между мышечными пластами, — вот представлявшаяся здесь общая картина. Среди этой ткани кое-где встречались мелкие обломки волос, окруженные гигантскими клетками и грануляционной тканью, превращавшейся в рубцовую.

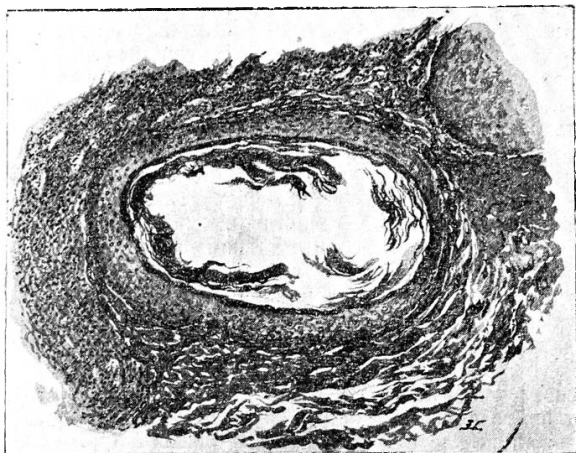


Рис. 2.

Во всех опытах данной серии среди только что описанной ткани имелись различной величины полости (кисты), окаймленные со всех сторон эпителием. Наибольшие кисты (опыт № 12) занимали иногда все поле зрения микроскопа при обычном слабом увеличении. Снаружи такие кисты были окружены или грануляционной тканью, или плотной волокнистой соединительной тканью. Эпителий, выстилавший их, был чаще всего плоский многослойный, состоявший из 4—8 слоев уплощенных клеток с ядрами и иногда наслоений роговых масс. В препаратах опыта с длительностью в 54 дня было обнаружено в одной и той же кисте присутствие как низкого кубического однослойного, так и многослойного эпителия. Клетки однослойного эпителия представлялись хорошо окрашенными и, очевидно, жизнеспособными. Повидимому, мы имели здесь дело с метаплазией плоского многослойного эпителия в однослойный. Внутри кист залегали ороговевшие массы слущившегося эпителия и обломки волос, пронизанные свернувшейся гомогенной белковой массой.

Что касается происхождения указанных кист, то, несомненно, часть их, особенно больших по размерам, образовалась, подобно ранее описанным случаям, вследствие спаяния постепенно изгибающегося покровного эпителия кожного лоскута. Для другой части кист, главным образом небольшой величины, не исключена возможность образования путем пролиферации эпителия волосяных луковиц и корневых влагалищ волоса. По крайней мере нами были обнаружены в некоторых опытах небольшие эпителиальные кисты, в середине которых находился только один набухший волос.

II. Опыты с перетяжкой тонкой кишки кожным жгутиком.

Как уже было нами указано вначале, микроскопические отношения кожного жгутика к стенке кишки были гораздо сложнее, чем в ранее описанных опытах: во-первых, кожный жгутик, будучи перекручен, резко изменял отношение своих соединительнотканых и эпителиальных составных частей; во-вторых, прорезавшись на различную глубину в стенку кишки, он не везде лежал в одних и тех же слоях кишечной стенки. Так, в одних слоях он доходил до слизистой кишки, в дру-

гих лежал в muscularis, и, наконец, были места, где он лежал поверхностно под серозой. Если добавить к этому, что отношение перетянутых стенок самой кишки значительно изменялось, то будет понятно, как иногда сложны были отношения, в микроскопических препаратах, различных тканей. Принимая, однако, во внимание изменения, которые были получены в опытах с трансплантацией кожного лоскута в мускулатуру, можно было постепенно разобраться в той картине, которая сейчас будет нами представлена.

Corium и подкожная клетчатка жгутика быстро спаивались с окружающими тканями стенки кишки вначале грануляционной, а в более поздних опытах—волокнистою соединительною тканью. О присутствии соединительнотканых частей жгутика можно было судить главным образом по присутствию эластической ткани с ее характерным для кожи расположением. В опытах длительностью в 43 и 54 дня эластика жгутика была значительно уменьшена в количестве, очевидно, исчезая под натиском грануляционной ткани, которую постепенно замещалась большая часть corium'a и подкожной клетчатки.

Эпителиальный покров во всех этих опытах, благодаря перекручиванию жгутика, редко был обнаруживаем в виде больших сплошных полос, а чаще залегал отдельными островками, частично омертвевая. Подобно ранее описанным опытам, и здесь подле отслоившихся ороговевших масс покровного эпителия не было видно сращения с окружающими тканями. К эпителию прилегала в большем или меньшем количестве грануляционная ткань, резорбировавшая омертвевшие клетки эпителия, отслоившиеся ороговевшие массы и, наконец, кровоизлияния. Некоторые островки эпителия с явлениями пролиферации, судя по общему строению, представляли собою волосные луковицы и корневые влагалища.

Во всех опытах были обнаружены различной величины кисты, окаймленные со всех сторон плоским эпителием, иногда ороговевающим. Нередко, однако, в части кист эпителиальный покров состоял всего из 1—2 рядов сильно уплощенных ядросодержащих клеток. Внутри кист лежали ороговевшие массы, пропитанные белковой жидкостью. Волос в большинстве таких кист не встречалось, вследствие чего образование последних приходится объяснить, как результат изменения покровного эпителия кожного жгутика. Однако, в опытах с более продолжительным сроком обнаружено немного небольших кист, окружавших свободно лежащий волос и, очевидно, образовавшихся вследствие пролиферации эпителия волосных луковиц и корневых влагалищ. Кисты, несомненно, продолжали расти, так как, чем длительнее был опыт тем обширнее были отдельные кисты. Снаружи вокруг таких кист обычно уже не встречалось клеток грануляционной ткани, стенки же состояли из плотной волокнистой, даже сильно гиализированной соединительной ткани.

В опыте с шиванием кожного жгутика в стенку желудка через 7 месяцев после операции на месте пересадки уже макроскопически были обнаружены 2 кисты величиною с горошину. Под микроскопом кисты оказались выстланными плоским ороговевающим эпителием, с однообразным, неясно красящимся содержимым (разбухшие роговые чешуйки и волосы, перемешанные с свернувшейся белковою жидкостью). Изменения в соединительнотканых частях жгутика подобны наиболее длительным опытам с перетяжкой кишки.

Таким образом в результате своих опытов мы убедились в том, что кожная полоска или жгутик быстро спаиваются своей дермой и подкожной клетчаткой с окружающими тканями при помощи грануляционной ткани, быстро превращающейся в волокнистую соединительную. Эпителиальный покров служит препятствием для сращения и отделяется от тканей места пересадки слоем грануляционной ткани, постепенно резорбирующей отпадающие ороговевшие пласты и волосы. Ядросодержащие слои эпидермиса, а также эпителий волосных луковиц и корневых влагалищ, относительно сохраняются и постепенно превращаются в кисты. Относительно дальнейшей судьбы этих кист мы не можем пока вынести определенного заключения, хотя исследования в этом направлении нами производятся.

В отличие от обычно применяемых пересадок кожи на поверхности, мы таким образом погружали кожную полоску или жгутик вглубь других тканей (мышцы, серозу желудка или кишек). Кожная полоска или

жгуты состояли из corium'a и эпидермиса. Вопрос о пересадках corium'a достаточно разработан; клиническая ценность и их теоретические обоснования тщательно разобраны в монографии Rehn'a.

Что касается эпидермиса, то имплантация его в глубину или другие ткани производилась различными авторами преимущественно для эпителиализации ран, изучения причин атипического разрастания эпителия и этиологии опухолей. Приживление кожи, пересаженной на поверхность, происходит по типу заживления чистых ран. По данным Thiersch'a, Garré, Jungengel'a, Goldmann'a, Enderlen'a и др. при пересадках на поверхности эпителий верхних слоев перерождается и гибнет. Исходным пунктом регенерации его является мальпигиев слой. Пересадки соскобленного эпителия (Mangoldt, 1896) производятся за последние годы для эпителиализации ран путем прививок эпителия по Braun'u и по Pels-Leusden'y. По первому способу кусочки кожи в 2—4 куб. м., нарезанные по способу Thiersch'a, пересаживаются косо в глубину грануляций. По способу Pels-Leusden'a соскобленный эпителий, смешанный с кровью и сывороткой, впрыскивался в виде кашицы под грануляции. Kurtzahn видоизменил этот способ и впрыскивал под кожу маленькие кусочки лоскутов кожи. Микроскопические исследования материала прививок Pick'a, Wildegans'a по способу Braun'a и Reschke и Kurtzahn'a по способу Pels-Leusden'a показали, что через 24 часа видны кусочки эпителия, свободно лежащие в ткани. Позже видна начинающаяся пролиферация клеток зародышевого слоя и вrostание их в соседние тканевые щели. Затем постепенно эпителий достигает поверхности и распространяется во все стороны, уничтожая одновременно грануляции. Травматических эпителиальных кист не наблюдалось.

В своих опытах мы наблюдали приживление corium'a по типу пересадок кожи на поверхности, эпителий же, находясь в глубине тканей, не погибал, но отстаивал свое самостоятельное существование и постепенно превращался в кисты.

Подобного рода кисты получал ряд авторов, разрабатывавших экспериментально вопрос об этиологии опухолей. Оставляя в стороне работы по вопросу о пересадке зародышевой ткани (Fischer, Львов, Салтыков, Петров, Тизенгаузен, Боголюбов, Овсянников), следует отметить только некоторые. Traïna пересаживал в яичники морской свинки кусочки кожи зародыша; пересаженная зародышевая ткань приживала и превращалась во взрослую ткань — кожу; кусочки кожи образовывали замкнутые кисты, выстланные многослойным плоским эпителием с ясно выраженным мальпигиевым слоем; в полости кист видны были вполне развитые волосы. Stilling пересаживал кусочки кожи в яичко и получал приживление эпидермиса с образованием кист. Nichols среди других опытов пересаживал эпидермис под кожу; пересаженные кусочки эпидермиса образовали кисты, напоминавшие по строению дермоидные.

Далее известны опыты Kaufmann'a, Poulet и Schmidt'a, вызвавшие экспериментально образование эпителиальных кист. Опыты Kaufmann'a заключались в следующем: на выбритой коже кроликов он очерчивал острым ножом небольшой овал в 5—10 мм. длиной и шириной в 2—4 мм, отсекал края раны и сшивал их над овалом так, что последний оказывался погруженным под шитыми покровами.

Микроскопическая картина опытов названных авторов показала, что спустя 3—4 недели образуется наполненная атероматозным содержимым киста, выстланная плоским многослойным эпителием с роговым слоем.

Некоторое сходство с такими кистами представляют т. наз. травматические кисты пальцев и ладони. Травматическое происхождение этих кист с несомненностью доказано Reverdin'ом, Тиховым, Garré и Blumberg'ом. Повадимому, иногда при незначительной травме и при отсутствии инфекции происходит внедрение вглубь кусочков эпидермиса, которые здесь разрастаются и образуют, путем заворачивания, эпителиальную кисту. Никольский пытается объяснить заворачивание эпидермиса и превращение в кисту особым строением подкожной клетчатки на ладонной стороне пальцев и ладонях,—в этой клетчатке имеются фиброзные волокна, расположенные перпендикулярно к ладонной поверхности, причем разрастание эпителия происходит по ходу этих волокон. Почти исключительную локализацию этих кист на ладонях и ладонных поверхностях пальцев Reverdin и La Fort объясняют наиболее частым ранением этой области.

Остановимся теперь несколько на вопросе об изменении кожных лоскутов, использованных для замещения дефектов серозных оболочек.

Такие опыты были поставлены Wulstein'ом и заключались в следующем: у собаки вырезался кусок капсулы коленного сустава величиною с ноготь; одновременно образовывался из соседней кожи, предварительно выбритой, лоскут на ножке, который и пересаживался на место иссеченной капсулы, эпителиальной поверхностью в полость сустава; спустя 2 недели, кожная ножка перерезывалась. Совершенно аналогичным образом поступал автор при пластическом замещении брюшины, tunicae vaginalis propriae и, наконец, твердой мозговой оболочки.

На основании своих опытов Wulstein приходит к заключению, что кожа приспособляется соответственно своему новому функциональному назначению, т. е. она превращается в брюшину, твердую мозговую оболочку, суставную капсулу и т. д. и через определенное время (4—5 мес.) не отличается ни макроскопически, ни микроскопически от окружающей среды. Эпидермальный слой исчезает, по всей вероятности, путем аутолиза, ороговевший же плоский эпителий, отделяясь, образовывал настоящую дермоидную кисту, содержащую выпавшие волосы.

Г. Krauss производил на собаках и кроликах пересадку кожных лоскутов на ножке для замещения дефектов брюшины, причем эпидермис лоскута смотрел в брюшную полость. Наружная рана зашивалась. В промежутки от 3 дн. до 3 мес. пересаженные кусочки исследовались. Участь кожных лоскутов зависела, во-первых, от степени круглоклеточной инфильтрации вокруг кожного лоскута, а затем от характера расположения фибрина в его эпидермисе. Если воспаление вокруг кожного лоскута было довольно резко выражено, то, благодаря мелкоклеточной инфильтрации, эпидермис разрушался. Мальпигиев слой эпителия тогда лежал свободно и был способен разрастаться. Местами он давал ростки или языкообразные эпителиальные отпрыски, которые имели тенденцию образовывать кисты. Внутри такой эпителиальной кисты часто находились гигантские клетки, окруженные роговыми пластинками или волосатыми фрагментами. По мнению Krauss'a кожа не может служить подходящим материалом для замещения серозной оболочки вследствие образования спаек и кист.

Bier обратил внимание на значение среды для регенерации ткани и указал, что процесс регенерации происходит лучше подкожно, чем на свободной поверхности. Pribram и Fingér, из клиники Bier'a, изучали экспериментальным путем вопрос о судьбе естественных оболочек в зависимости от среды. Из многочисленных опытов этих авторов для нас особенно интересны те, где в результате пересадки на месте дефекта серозы желудка были получены в подсерозном слое кисты, выстланные плоским эпителием.

Заканчивая этим литературный обзор, мы, на основании своих собственных экспериментов и литературных данных, можем отметить следующее:

1. Кусочки кожи, свободно пересаженные в другие ткани и органы одного и того же индивидуума, приживаются на новом месте.

2. Кожная полоска или жгутик быстро срастаются с окружающими тканями при помощи грануляционной, а затем соединительной ткани.

3. Сохранившаяся часть эпидермиса, путем пролиферации клеток мальпигиева слоя или разрастания эпителия волосяных луковиц и корневых влагалищ, образует замкнутые кисты, выстланные плоским многослойным эпителием.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Bier. D. med. Woch., 1917—1919.—Боголюбов. Нов. хирург. арх., т. XIII.—Боголюбов и Овсянников. Vir. Arch., Bd. 192, 1902.—Braun. Berl. klin. Woch., 1921, № 14.—Blumberg. Deut. Zeit. f. Chir., 1894.—Enderlen. Deut. Zeit. f. Chir., Bd. 45, 1897.—Fischer. Verh. d. Deut. Pat. Ges., Bd. 10, 1906.—Kaufmann. Vir. Arch., Bd. 97, 1884.—Krauss. Arch. f. mikr. Anath., Bd. 79, 1912.—Kurtzahn. Arch. f. klin. Chir., Bd. 138, 1925.—Loewe. Münch. med. Woch., 1913.—Львов. Дисс. Казань, 1884.—Mangoldt. Deut. med. Woch., 1895, № 48.—Никольский. Хирургия, т. 25, 1909.—Pels-Leusden. Verh. d. Deut. Ges. f. Chir., Bd. 46, 1922.—Петров. Рус. врач., 1907, № 7.—Покотило. Дисс. М., 1908.—Pribram и Finger. Arch. f. klin. Chir., Bd. 118, 1921.—Rehn. Lexen, Die freien Transplantation, 1924.—Reschke. Verh. d. Deut. Ges. f. Chir., Bd. 46, 1922.—Тизенгаузен. Дисс. Одесса, 1910.—Тихов. Мед. обзор., 1896, № 7.—Traina. Centr. f. pat. Anat., Bd. 13, 1902.—Wildegans. Arch. f. klin. Chir., Bd. 120, 1922.—Wulstein. Verh. d. Deut. Ges. f. Chir., 1908.

К вопросу о восстановлении ушной раковины *in toto*.

Прив.-доц. В. А. Гусынина.

(С 3 рис.).

Полное восстановление ушной раковины принадлежит к числу наиболее трудных задач пластической хирургии. В повседневной хирургической практике приходится обычно иметь дело с замещением частичных дефектов ушной раковины большей или меньшей величины, а также с исправлением различных неправильностей формы и положения наружного уха.

Однако искусство пластической реконструкции уха было известно еще Tagliacozzi, который, по словам его учеников, с таким мастерством восстановил одному бенедиктинцу ушную раковину, что ее нельзя было отличить от другой, здоровой. Трудно сказать, в какой мере в этой передаче исторический факт сочетается с фантазией современников, загипнотизированных авторитетом великого мастера.

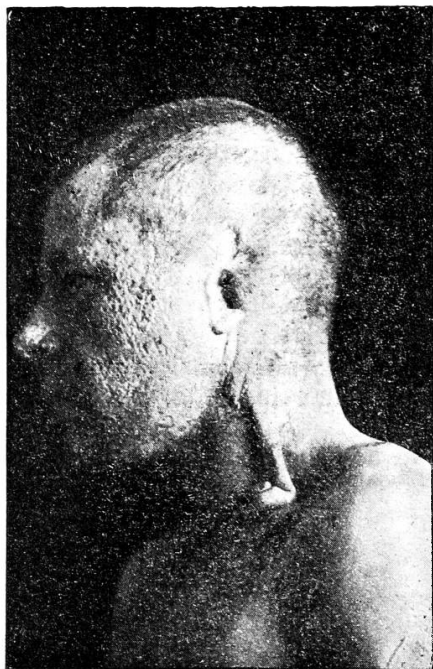


Рис. 1.

наиболее отвечает своему назначению—улавливанию звуковых волн.

Dieffenbach, Renci, Velpeau, Nélaton дали простейшие способы частичной реставрации уха. Berger, Шимановский (1870) в основу отоластики положили искусное выкраивание кожных лоскутов в окружности слухового прохода и дублирование их для формирования раковины. Трудности построения наружного уха заключаются в передаче сложной формы раковине и в правильной пространственной установке ее.

Передача формы сводится к большему или меньшему уподоблению удвоенной кожной лопасти нормальной раковине в отношении величины, конфигурации и рельефа. Очевидно, передаче подлежат только наиболее крупные и существенные части уха, детали же не воспроизводятся. В упрощенном и грубом воспроизведении форма искусственного наружного уха должна походить на створку раковины речной улитки. В таком виде она

Существенное значение в отоπλαстике имеет статика реставрированной ушной раковины: ей необходимо придать стоячее развернутое положение с нормальной ориентацией относительно головы. Требуется предупредить сдвигание, свисание, излишнее оттопыривание.

Оба требования — форма и статика — могут быть выполнены только при условии включения между двумя кожными листками лопасти плотно-упругой пластинки хряща. Будучи укреплена по задней полуокружности слухового прохода, хрящевая пластинка выполняет опорную функцию для искусственного наружного уха.

Таковы руководящие структурные задачи, которые легли в основу моей попытки восстановления ушной раковины *in toto*. Наилучшим пластическим методом для выполнения этих задач я считаю способ стебельчатой пластики по Филатову. В стебельчатой пластике даны и благоприятные условия для обеспечения трансплантата питанием, и богатые возможности для самых сложных формирований. Стебель обеспечивает

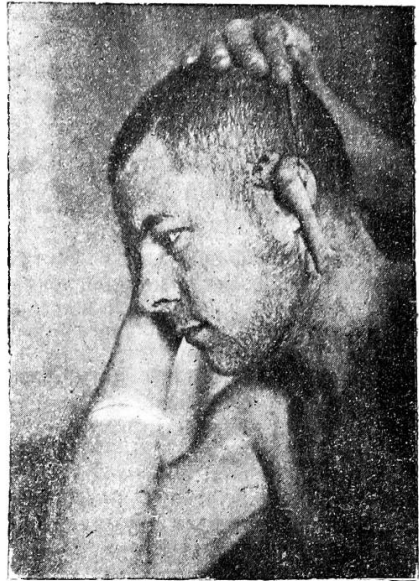


Рис. 2.



Рис. 3.

жизнеспособность маски искусственного уха, формируемой у мобильного конуса его. Самая маска строится из дубликатуры кожи, в которую вживляется соответствующей формы хрящевая пластинка. Последнюю я вырезал из наиболее изогнутой части хрящевой дуги 9-го ребра. Когда маска, сделанная из кожи надключичной ямки, в достаточной мере организовалась, она была перенесена на подвижном конце стебля в освеженное поле по задней периферии ушного прохода и там вшита в кожный дефект. Пластинчатая лопасть трансплантата была изогнута на подобие ушной раковины.

Впоследствии, когда ушная раковина прочно утвердилась на месте, когда был резецирован питающий ее стебель и

частично использован для исправления и улучшения формы искусственно созданного органа, потребовалось в расщепленную окружность свободного края уха еще раз пересадить полудунной формы хрящевую пластинку, взятую из реберной дуги другой стороны грудной клетки. Для предупреждения сползания и свисания образованного уха, из чешуи височной кости, соответственно верхней части раковины, вырезан был костно-надкостничный шип, на который подкожно была как бы насажена раковина.

Для иллюстрации изложенного привожу историю болезни и фотографии больного с искусственно построенным ухом (см. рис. 1—3).

Е. В., 22 лет, поступил в Казанскую железно-дорожную больницу 13/II 1926 г. Диагноз: Defectus auris externaе sin. Больной в детстве страдал какой-то кожной болезнью левого уха. Болезнь отличалась крайним упорством и не поддавалась лечению. По словам больного, отчаявшийся в успехе врач отрезал больному ухо.

Ушная раковина слева почти совершенно отсутствует, от нее осталась только мочка уха. Место прикрепления раковины занято гладкой, рубцово измененной кожей, плотно припаянной к костному основанию. Кожная поверхность, спадая по переднему скату сосцевидного отростка, углубляется в наружный слуховой проход. Последний зарос.

Операция 15/II. Местная анестезия новокаином. Формирование Филатовского стебля на левой половине шеи. Верхний конец стебля—в fossa retromandibularis, нижний—в fossa supraclavicularis. 16/II—3/III организация стебля.

Вторая операция 4/III. Инфильтрационная анестезия. Полудунным разрезом обнажен хрящ правого 9-го ребра в месте наибольшего его перегиба. Из хряща вырезана тонкая пластинка полуовальной формы. Рана зашита наглухо. На шее у нижнего конца стебля сформирована дупликатура кожи: между двумя ее листками помещена хрящевая пластинка таким образом, что общий вид дупликатуры принял закругленную форму. 5/III—10/IV заживление раны, организация маски. 12/IV больной отпущен домой.

29/XI больной снова помещен в больницу. Маска хорошо организовалась. 19/XII третья операция. Маска иссечена из кожи шеи. По задне-верхнему краю наружного слухового прохода освежена полуовальной формы площадка, на которую перенесен трансплантат и шит в края кожного дефекта. Нижний конец искусственной лопасти соединен с мочкой уха. Хрящевая пластинка вплотную подведена к костному основанию. 20/XII 1926 г.—4/I 1927 г. маска прижила. 5/I кожный стебель отрезан. Кожа его использована для частичных поправок и оформления вновь созданной раковины. 6—25/I период организации.

26/I четвертая операция. Лопасть уха рассечена по плоскости. Между обеими кожными поверхностями вшита хрящевая пластинка, взятая из реберной дуги, для увеличения размеров раковины. 2/II сняты швы, prima. 5/II больной выписан.

20/X больной опять поступил в больницу. Левая искусственная ушная раковина отвисает в виде вялого придатка кожи. 21/X ему сделана пятая пластическая операция. Для предотвращения сползания и свисания ушной лопасти, над местом прикрепления верхней полукружности раковины обнажена височная кость. Долотом сколота сверху вниз костная пластинка, оставшаяся у своего основания в связи с костью. Пластинка отвернута слегка в виде шипа и заведена в кожный карман основания лопасти. Последняя оказалась как бы подвешенной на этот шип. Рана зашита. 30/X искусственная ушная раковина не спадается и держится на отлете. 4/XI больной выписался.

О консервативной операции при остром гнойном остеомиелите.

Ассистента Ю. А. Ратнера.

Характер и размеры оперативного вмешательства у тяжелых хирургических больных обусловлены в первую очередь общим состоянием пациента, запасом его жизненных сил. Острый остеомиелит относится к числу тяжких страданий, поражающих чаще всего растущий детский организм, и справедливо называется тифом костей. В клинической картине этой болезни, иногда еще до появления местных симптомов, на первый план выступают тяжелые септические явления.

Особенно тяжело протекает нередко встречающийся острый множественный остеомиелит. В большинстве случаев это — общесептическое заболевание с одним или несколькими глубокими метастазами и циркулирующей в крови инфекцией. У таких ослабленных больных с явлениями общей интоксикации операция может нарушить последние защитные силы организма и явиться толчком к печальной развязке. С другой стороны состояние больных здесь часто столь тяжелое, что требует немедленной операции.

С целью доставить широкий выход гною, хирурги, как правило, производят при остеомиелите трепанацию кости со вскрытием костномозговой полости, часто на протяжении всего диафиза. Для многих из юных пациентов эта радикальная, но сопряженная с большой травмой операция может стать роковой. Необходимо, следовательно, каким-то образом соразмерить характер оперативного вмешательства с общим состоянием септического больного, отложив радикальную операцию до того времени, когда последний оправится от сепсиса.

Существуют-ли, однако, пути для консервативной операции при остром гематогенном остеомиелите? На этот вопрос в настоящее время можно ответить утвердительно.

Самостоятельное выздоровление с образованием костного свища после острого гнойного остеомиелита не составляет большой редкости даже при поражении больших трубчатых костей. Среди больных, оперированных в нашей клинике по поводу хронического остеомиелита, свищ, ведущий в костномозговую полость, появился у многих после острого тяжелого заболевания, сопровождавшегося сильными болями и опухолью конечности.

Нам остаются, правда, неизвестными степень и размеры поражения костей в этих случаях. Гораздо более убедительными и ценными являются наблюдения при операции по поводу острого гнойного остеомиелита. Эти наблюдения совершенно определенно указывают, что к моменту опе-

рации гной из костномозговой полости в большем или меньшем количестве поступил под надкостницу, иногда вместе с капельками жира, образовав субпериостальный абсцесс. Нередко гной успевает уже проложить дорогу через надкостницу в мягкие ткани и дает ощущение глубокой флюктуации.

И в тех, и в других случаях приходится констатировать достаточное поступление гноя из костномозговой полости уже в первые дни болезни. Пути, по которым происходит эвакуация гноя, являются, видимо, естественные отверстия в костях, гаверсовы каналы и *foramina nutritia*. В коротких костях образование субпериостального абсцесса может произойти благодаря расплавлению гноем тонкой *laminae externae*.

Естественно, что, встретившись при операции с поднадкостничным гнойником, часто отслоившим последнюю на всем протяжении, хирург невольно воздержится от производства трепанации на тяжелом больном. Цель операции на первых порах будет достигнута широким разрезом мягких тканей и надкостницы. Говоря о консервативной операции при остром остеомиелите, мы имеем в виду этот широкий разрез тканей до кости без вскрытия костномозговой полости.

Указанная операция, периостотомия, должна значительно снизить процент непосредственной смертности от оперативного вмешательства при остром остеомиелите. Она дает больному передышку перед более радикальной операцией, именно, вскрытием костномозговой полости или резекцией, если такая в дальнейшем будет показана.

„Я перестал терять своих пациентов от острого остеомиелита после того, как отказался от первичной трепанации“, — заявляет проф. Краснобаев, который в своем докладе на эту тему на XVII съезде хирургов доказал, на большом материале Морозовской детской больницы, преимущество консервативной операции перед радикальной — прежде всего снижением смертности, достигающей у некоторых авторов при радикальных операциях 50%.

Консервативный путь лечения в особенности считается правильным при септических, бурных формах острых остеомиелитов длинных, трубчатых костей. Однако этот взгляд до сих пор еще не встретил широкого распространения и признания хирургов. На протяжении трех лет, отделяющих нас от XVII съезда, где консервативная операция на детском материале не встретила возражений, в русской литературе появилась всего лишь одна работа по этому вопросу.

Наше клиника за последние годы применяет первичную консервативную операцию при острых гематогенных остеомиелитах во всех случаях поражения длинных трубчатых костей. Мы успели оценить, хотя и на небольшом материале, выгоды такой операции у тяжелых больных, какими представляются молодые пациенты с острым остеомиелитом. Некоторые из них выписались из клиники совершенно выздоровевшими, без свища, после одного только рассечения тканей до кости.

Наблюдения над больными, оперированными в нашей клинике по разным способам, равно некоторые общие соображения по этому далеко еще не разрешенному вопросу, позволяют нам высказаться за консервативную операцию при остром остеомиелите не только в качестве предварительной, щадащей силы больного, операции, но во многих подходящих случаях достаточной и для полного их излечения.

Результаты ее тем лучше, чем раньше она предпринята. Раннее рассечение мягких тканей до кости при остром остеомиелите прекращает дальнейшее отслаивание надкостницы гноем и тем самым уменьшает некроз кости.

К сожалению, эти больные редко попадают к хирургу в первые дни заболевания и слишком долго находятся под наблюдением врача до выяснения диагноза. Между тем диагностика острого остеомиелита (мы имеем в виду часто встречающийся у детей острый остеомиелит длинных трубчатых костей) не представляет больших затруднений,—острое начало, часто после травмы, тяжелое состояние больного, высокая t^0 , сильные боли в пораженной конечности, увеличение ее в поперечных размерах, напряженная, лоснящаяся кожа, наконец, нарушение функции и боли в смежных суставах являются достаточно характерными признаками. Сходную картину в первые дни болезни могут представить только глубокий гнойный лимфаденит и гнойное воспаление мышц, но и при последних будет показана ранняя инцизия.

Наши оперативные воздействия при лечении острых остеомиелитов неразрывно связаны с представлениями об особенностях заживления костных ран и нагноительных процессов в костях. Условия регенерации кости, лишенной питания вследствие распространения гноя под надкостницу, и длительный процесс секвестрации диктуют сугубо осторожное отношение к костям при операции. Величина секвестра будет зависеть от степени поражения и величины некротизированного участка. Маленькие секвестры могут рассосаться бесследно как здоровым костным мозгом, так и появившимися грануляциями. В коротких, плоских костях губчатое и кортикальное вещество подвергаются целиком или отчасти расплавлению, реже с образованием мелких секвестров.

Пути регенерации, надо думать, строго зависят от величины поражения и размеров некроза, а последние, в свою очередь,—от силы инфекции и времени, протекшего от начала болезни. Иногда полный некроз всего диафиза имеет место уже через несколько дней от начала болезни. Встречаются,—к счастью редко,—бурные формы остеомиелита, ведущие в течение нескольких дней к смерти. Эти формы часто не распознаются, принимаются за острейший сепсис или тиф, и только секция открывает остеомиелитический очаг сепсиса. Самой частой формой в клинике является, однако, диафизарный остеомиелит длинных трубчатых костей—главным образом бедренной и большеберцовой кости. При этом гной вначале свободно плавает в костномозговом канале, потом быстро находит себе дорогу под надкостницу в отдельных точках, соответствующих естественным отверстиям в кости.

Пока гной не разрушил эндоста и не распространился на компактную субстанцию кости, до тех пор остеомиелит может быть рассматриваем, как флегмона костного мозга. Если надкостница не отслоена на большом протяжении гноем, и эндост не разрушен, питание кости может быстро восстановиться после рассечения надкостницы и предоставления выхода гною. Компактная костная масса в ее целом при ранней консервативной операции может быть как бы исключена из участия в нагноительном процессе, или, во всяком случае, поражение ее будет столь поверхностным, что отдельные, погибшие костные клетки могут рассосаться появившимися грануляциями бесследно, и длительная секвестрация не будет иметь места в таких случаях.

Так возможно себе представить полное выздоровление без вторичной операции, секвестротомии, наблюдавшееся многими авторами, а также и в нашей клинике. Число таких хороших, „счастливых“ исходов может быть значительно повышено при помощи ранней консервативной операции, ибо эти—пока, может быть, и редкие—случаи излечения следует объяснять не случайностью, а рациональной консервативной операцией в благоприятных для этого условиях.

При всех других способах лечения при раннем вмешательстве мы часто ведем через здоровую костную субстанцию, не зная границ больной кости, нанося тем самым непоправимые повреждения и отдалая срок выздоровления. Такая работа вслепую имеет место в особенности при трепанации костей таза, окруженных толстым массивом мышц. Разрушение наружной костной пластинки и скудное гнойное отделяемое делают ориентировку в границах здоровых и больных тканей трудной.

Вообще главным недостатком первично производимых радикальных операций при остром остеомиелите являются, на наш взгляд, большая травма и отсутствие к моменту операции видимых границ между здоровой и больной костью. Эти границы в последующем намечаются природой, и спустя некоторое время после произведенной консервативной операции хирургу представляется возможность консервативно применить радикальную операцию—полную резекцию или секвестротомию, смотря по случаю. Лишь некоторые, более тяжелые формы остеомиелита, в особенности при сопутствующих осложнениях со стороны суставов, могут уже в самом начале потребовать радикальной операции.

Круг оперативных методов лечения острого гематогенного остеомиелита невелик. В порядке возрастающей активности сюда следует отнести: 1) первичную инцизию до кости, 2) сдвбливание поверхностной костной пластинки по Lexer'у для вскрытия гаверсовых каналов, 3) первичную трепанацию кости по Lannelong'у, 4) широкое вскрытие костномозговой полости и 5) наиболее радикальную операцию—поднадкостничную резекцию кости.

Первичная поднадкостничная резекция может быть идеальной операцией в подходящих случаях—при остром остеомиелите мелких костей, изолированном поражении одной из парных костей, первично-хроническом остеомиелите, захватывающем отдельный участок кости (частичная первичная резекция), и пр. Так, она может быть предпринята при поражении мышцы, как это с успехом было сделано в одном из наших случаев. Частичная резекция производится при ограниченном процессе в широких, плоских костях (лопатка, подвздошная кость). Показана также первичная резекция при остром остеомиелите fibulae¹⁾.

При острых остеомиелитах больших трубчатых костей данная операция, однако, таит в себе большие опасности, как в момент ее производства, так и в последующем течении—в смысле нарушения функции конечности (укорочение, ложные суставы, неполная регенерация, последующие переломы). В момент же производства резекции мы рискуем занести инфекцию через эпифизы в суставы и тем вызвать ухудшение болезни.

¹⁾ Один раз она была с успехом произведена мною именно в таком случае в Адмиралтейской рабочей больнице.

В одном из последних наших случаев (острый остеомиелит большой берцовой кости) надкостница на всем протяжении и по всей окружности кости была отделена гноем. Несмотря на всю заманчивость гезекции в этом случае, мы ограничились консервативной операцией, отложив некротомию до момента отделения эпифизов.

Первичная резекция при всем радикализме представляется нам операцией слишком травматичной, неприменимой для лечения острых остеомиелитов длинных трубчатых костей. Она становится, однако, неизбежной спустя известный срок, когда наметились границы некроза. При этом удаление омертвевшей кости после отделения эпифизов ускоряет процесс регенерации.

Широкое вскрытие костномозговой полости, как уже указывалось, является наиболее типичной и распространенной операцией при остром остеомиелите трубчатых костей. Надо, однако, признать, что для ослабленных больных первичная трепанация со вскрытием полости является слишком травматичной (уносится до $\frac{1}{3}$ костной массы) операцией, вносящей инфекцию в здоровые еще участки кости, притом требующей много времени. Длительный гнойный остит, не заживающие костные свищи являются следствием не только болезни, но в значительной мере и самого оперативного вмешательства, грубо нарушающего условия регенерации костной ткани. Между тем, производимая вторично секвестротомия на больном, оправившемся от сепсиса, имеет все шансы на достижение лучших результатов и окончательное закрытие свища.

Нам думается, что, если нет жизненных показаний, не следует торопиться со вскрытием костномозговой полости, а надо выждать образования секвестра и закончить лечение удалением его. Большую помощь при этом может оказать контроль рентгеновскими лучами.

Простая трепанация кости не является в сущности и по мысли ее авторов (Петров, Bier) самостоятельным оперативным методом. Проведенные в концах трубчатой кости 2 трепанационных отверстия служат при ней для вымывания гноя из полости током жидкости. Но, не говоря о возможности занесения при промывании жирового эмбола, промывание способствует скорее фиксации микробов в глубине и нарушает бактерицидные силы костного мозга, не оказывая существенного воздействия на силу инфекции. Оттого операция эта, судя по литературе, и не нашла широкого применения в клинике.

Еще в меньшей степени заслуживает применения, в качестве метода лечения остеомиелита, сдвигивание костной пластинки. Достигаемое этим лучшее поступление гноя через гаверсовы каналы является слишком проблематичным.

В отношении наиболее частой и, вместе с тем, наиболее тяжелой формы острого остеомиелита, диафизарного остеомиелита больших трубчатых костей, вопрос о лечении сводится в сущности к дилемме: первичная трепанация с широким вскрытием костномозговой полости, или первичная консервативная операция? Мы пытались рядом соображений доказать преимущества последней перед первой.

Если обратиться к языку цифр, последним статистикам, иностранным и русским, то мы должны отметить понижение общей смертности при консервативной операции, сравнительно-большое количество случаев, не потребовавших вторичной операции (до 25%), и сокращение времени

пребывания больных на койке. У некоторых хирургов процент смертности, достигавший раньше при трепанации 50⁰%, снизился до нуля при консервативной операции (Смирнов, Н. х. а., 1928, № 56).

Из общего числа 56 больных с остеомиелитом, оперированных в нашей клинике, мы встретили 15 случаев острого остеомиелита, в том числе 5 случаев остеомиелита бедренной кости, 4—большеберцовой кости, 2—ключицы, 4—тазовых костей. При этом на 9 случаев поражения трубчатых костей в последних 5 случаях была применена первичная консервативная операция. В трех из этих случаев вторичной операции не потребовалось, в одном случае была через 3 месяца сделана вторичная секвестротомия, после чего наступило выздоровление, в одном случае полного некроза *tibiae* резекция намечалась через 3 недели после первой операции, но, в виду закрытия клиники, больную пришлось перевести в другую больницу. Срок пребывания в клинике значительно сократился—в 2 случаях, напр., лечение было закончено через 6 и 7 недель.

У 4 больных, где было применено первичное широкое вскрытие костномозговой полости, напротив, имело место затяжное лечение—в среднем около 4 мес. Один больной, с септической формой, погиб после трепанации.

Среди наших больных с хроническим остеомиелитом трубчатых костей шестеро самостоятельно поправились от острого остеомиелита и поступили в клинику по поводу свищей через долгие промежутки времени от начала острого заболевания. Секвестротомия во всех этих случаях привела к выздоровлению.

Послеоперационное лечение при остром гнойном остеомиелите также проводится в настоящее время под знаком большого консерватизма. Новое учение о заживлении ран и регенерации тканей, созданное главным образом работами Вьер'a и его школы, было связано с наблюдениями и экспериментами именно в области гнойных заболеваний костей. Эти опыты показали всю важность сохранения полного покоя в ране и выяснили значение гноя, как жидкой питательной среды, для роста грануляций и выполнения раневой щели. Стремление поставить глубокую рану в лучшие условия заживления заставило большинство хирургов ограничить применение тампонов, создавая хороший отток путем контр-апертур, и реже производить перевязки. Вместе с тем мы отказались от воздействия на рану при остром процессе теми или другими новыми бактерицидными средствами, ибо достигнуть стерилизации глубокой раны представляется маловероятным.

При хорошем состоянии больного и нормальной температуре уже через 2—3 недели возможно вести рану без тампона. Если при этом свищ не проявит склонности закрываться, должна быть произведена вторичная секвестротомия. Можно думать, однако, что ранняя консервативная операция во многих случаях избавит больного от этой последней.

К вопросу о лечении воспалительных гнойных процессов аутогэмотерапией¹⁾.

Д-ра У. Ю. Бабинова.

За последнее время на съездах и в медицинской литературе, как русской, так и иностранной, начали появляться сообщения о применении впрыскиваний собственной крови больных, как методе лечения воспалительных процессов. В доступной литературе нам удалось проследить за последнее время значительный рост наблюдений над лечением воспалительных процессов аутогэмотерапией, причем чаще всего данный метод имеет применение при лечении кожных заболеваний бактериального происхождения, каковы *acne vulgaris*, *impetigo*, *furunculosis*.

Что касается техники впрыскиваний крови при воспалительных процессах, то можно отметить, что некоторые авторы впрыскивали кровь в ягодицу, другие — вокруг болезненного очага, межмышечно и т. д. Всего чаще применяется впрыскивание крови в ягодичную область. Применение циркулярной аутогэмотерапии при фурункулах и карбункулах лица было предложено L ä w e n'ом, который брал кровь из поверхностной локтевой вены в количестве от 20 до 150 куб. с. и больше и производил впрыскивание ее в окружность очага, в пределах здоровых тканей, после предварительного разреза. При этом он старался вводить иглу в мягкие ткани до кости, чем вызывал сильную инфильтрацию ткани. Таким образом получался вал, ограничивавший воспалительный очаг от здоровых тканей. Теоретические обоснования, которыми руководился автор, были следующие: 1) впрыскивание крови механически сдавливает лимфатические капиллярные пути и одновременно вызывает тромбоз последних; 2) впрыскивание крови не вызывает нарушения тканей; 3) при нем имеется возможность образования бактерицидных антитоксинов; 4) кровь является почти единственным антисептическим средством, которое в тканях не вызывает раздражающего действия на клеточные элементы.

L ä w e n учел и те возражения, которые могли иметь место по отношению к данному методу. Возражения эти возможны были следующие: 1) введение жидкостей расширяет лимфатические щели и капилляры по соседству с инфицированным полем и тем самым открывает ворота для бактерий; 2) клинические наблюдения говорят, что скопление крови в области инфекции служит лучшей средой для эндогенных бактерий и способствует образованию флегмоны и нарывов. На эти возражения L ä w e n отвечает: 1) что во всех своих случаях он наблюдал ослабление

¹⁾ Сообщено 4/I 1928 г. в Хирургической секции Общества врачей при Казанском гос. университете.

и уменьшение воспалительной инфильтрации спустя 24 часа после выпрыскивания крови в здоровые окружающие участки; 2) что во всех случаях дальше выпрыснутой зоны воспалительный процесс не распространялся; 3) что введенная кровь заметна в течение 24 часов, после чего начинается увядание кругового вала. Проводя затем сравнение инфильтрата после выпрыскивания крови с травматической гематомой, автор отмечает, что при последней получается, помимо разрыва кровеносных сосудов, также разрыв лимфатических путей; при введении же крови этого не происходит, а получаются только механическая блокада и местное антибактерицидное действие выпрыснутой крови.

Способ L ä w e n 'a был испробован H i n z e, который в целом ряде случаев лечения воспалительных процессов на лице боровскими компрессами и вакцинотерапией получил все же летальный исход, что и заставило его испытать аутогемотерапию. На основании своих случаев H i n z e придает большое значение предложенному L ä w e n 'ом методу выпрыскивания крови и образованию вала. Только разрезом, по его мнению, следует при этом избегать, т. к. в некротических пиогенных очагах имеются многочисленные щели и ходы, через которые необходимая кровь частично может изливаться наружу.

Кроме H i n z e данный метод был испытан K a r p p i s 'ом, который сделал по этому поводу доклад на Съезде северо западных германских хирургов. В докладе этом он поделился своими наблюдениями, сделанными в течение трех лет, над лечением фурункулов и карбункулов в различных частях тела по способу L ä w e n 'a. Всего у него было 38 случаев, в том числе в 14 фурункулы и карбункулы были на лице и в 24—на верхней и нижней губах. При самом выпрыскивании автор наблюдал обычно боли, а затем в течение 24 часов—размягчение инфильтрата.

Разбираемый метод был применен также R i d e r 'ом, но в несколько своеобразной форме: не ограничиваясь выпрыскиванием крови и разрезом, он еще дополнительно тампонировал рану полосками марли, смоченной в лошадиной сыворотке.

L i n h a r t имел 4 случая, леченных по L ä w e n 'у, из них два случая злокачественных фурункулов лица при общих тяжелых явлениях с повышением температуры до 40°. Результаты были получены им положительные.

Следует отметить также применение данного метода при сибирской язве, чем занимался E r b. Последний приводит два характерных случая, где у пастуха и мясника имелась сибирская язва, причем у первого процесс локализовался в области обеих ног, а у второго—на одной руке, с одинаковыми клиническими явлениями. Первому больному автор выпрыснул 180 куб. с. собственной крови по L ä w e n 'у в пределах здоровой ткани, второго он лечил консервативно (применением мазей). В результате он получал у пастуха лучший косметический эффект и гораздо более быстрое заживление, чем у мясника,—у последнего процесс закончился на 5 недель позже, чем у первого.

Мы имели возможность применить аутогемотерапию по L ä w e n 'у в 15 случаях; в 14 из них имелись фурункулы и карбункулы и в 1—лимфаденит подмышечных впадин. Как будет видно из приводимой ниже таблицы, все случаи закончились выздоровлением без применения разрезов, кроме одного, где пришлось произвести разрез. Техника получения

и введения крови была у нас следующая: перетягивалась поверхностная локтевая вена на плече, и стерилизованным L u e r'овским шприцом бра-лось из нее необходимое количество крови, которая тотчас же впрыски-валась вокруг очага в пределах здоровой ткани. Свертывания крови в игле и шприце мы не наблюдали (чтобы избежать его, некоторые авторы применяют, как известно, при большем количестве вводимой крови *Na citricum*). Полученные нами результаты таковы:

№№	Фамилии больных	1-е посещен. амб.	2-е посещен. амб.	3-е посе- щен. амб.	4-е посе- щен. амб.	Исход
1	Б-ной Л.	Карбункул прав. щеки. т. 37,2°, п. 100; отечность, сильная болезн.	Введено 10 к. с. крови, раз- мягчение ин- фильтрата.	Введено 10 к. с. крови, боли прошли.	—	Выздоро- вление.
2	Б-ной III.	Карбункул и абс- цесс в области нижней челюсти, т. 37,4°, п. 96, отечность и силь- ная болезн.	Тоже.	Тоже.	—	Выздоро- вление.
3	Б-ной Ж.	Карбункул пред- плечья и общий фурункулез кожи, т. 36,7°, п. 90, болезненность и отечность.	Введено 15 к. с., после чего наступило раз- мягчение ин- фильтрата, бо- ли уменьшил.	Введено 8 к. с., болей нет.	Введено 10 к. с. крови.	Выздоро- вление.
4	Б-ной Г.	Карбункул в об- ласти лба, те же явления. т. 37°, п. 100.	Введено 10 к. с., размягчение инфильтрата. Отечность уве- личилась, боли прошли.	Отеч- ность прошла. Введено 10 к. с.	—	Выздоро- вление.
5	Б-ной Д.	Карбункул верх- ней губы, т. 37,5°, п. 85, болезнен- ность, отечность.	Введено 10 к. с., размягчение инфильтрата.	Введено 10 к. с., болей нет.	—	Выздоро- вление.
6	Б-ная С.	Фурункул лба, т. 36,7°, п. 96, бо- лезненность и отечность век.	Введено 10 к. с., размягчение инфильтрата, боли прошли.	—	—	Выздоро- вление.
7	Б-ной Я.	Фурункул и абс- цесс в области предплечья, т. 36,7°, п. 80, те же явления.	Тоже.	Введено 10 к. с. крови.	—	Выздоро- вление.
8	Б-ной Е.	Карбункул лба и фурункул носа, т. 37,4°, п. 100, сильная инфиль- трация, отечность, болезненность.	Тоже.	Тоже.	Введено 8 к. с. крови.	Выздоро- вление.

№№	Фамилии больных	1-е посещен. амб.	2-е посещен. амб.	3-е посе- щен. амб.	4-е посе- щен. амб.	Исход
9	Б-ной К.	Фурункул и абс- цесс в области предплечья, т. 36,7°, п. 80, те же явления.	Тоже.	Тоже.	Введено 10 к. с. крови.	Выздоро- вление.
10	Б-ной Б.	Карбункул в об- ласти предплечья, т. 36,9°, п. 90.	Введено 7 к. с. крови.	Тоже.	—	Выздоро- вление.
11	Б-ная Г.	Карбункул лба, отечность век, сильная инфиль- трация, болезнен- ность, т. 37,2°, п. 100.	Введено 10 к. с. крови. Раз- мягчение ин- фильтрата.	Тоже.	Введено 10 к. с.	Выздоро- вление.
12	Б-ная Л.	Фурункул голени, т. 36,9°, п. 75.	Тоже.	Тоже.	Перевяз- ка, разрез.	Выздоро- вление.
13	Б-ной К.	Карбункул в об- ласти поясницы, болезненность, т. 37,6°, п. 90.	Тоже.	Тоже.	Введено 10 к. с.	Выздоро- вление.
14	Б-ной М.	Карбункул верх- ней губы, те же клинические яв- ления.	Тоже.	Тоже.	Тоже.	Выздоро- вление.
15	Б-ная С.	Лимфаденит под- мышковых впа- дин, болезнен- ность, т. 36,4°, п. 80.	Введено 15 к. с. крови.	Введено 10 к. с.	Введено 8 к. с. с обеих сторон.	Выздоро- вление.

Больные посещали нашу поликлинику через два-три дня. При первом посещении во всех случаях, как правило, мы впрыскивали по 10 к. с. собственной крови больного вокруг воспалительного очага в пределах здоровых тканей. Температура во всех случаях колебалась от 36,3° до 38°, пульс был от 70 до 100. Полное выздоровление обычно наблюдалось после третьего, иногда после четвертого посещения поликлиники. Всего впрыскивалось крови, таким образом, за время лечения от 30 до 70 к. с. При посещении во второй раз больные в большинстве случаев указывали на отсутствие болей и наличие отежности, которая затем постепенно исчезала.

Незначительное число наблюдений заставляет нас воздержаться от каких бы то ни было выводов в вопросе о применении циркулярного метода аутогемотерапии. В целом ряде случаев возможно, повидимому, лечение карбункулов и фурункулов лица и без предварительного разреза, лишь путем кругового впрыскивания вокруг воспалительного фокуса собственной крови больного в пределах здоровой ткани. Таким путем достигается полное разрешение процесса, а также и косметический эффект. Местное введение крови по сравнению с втрыскиванием в область ягодицы имеет то преимущество, что действует непосредственно на очаг и вызывает быстрое разрешение процесса.

Болезнь Perthes'a и грязелечение.

(Из бальнеологических наблюдений).

Проф. В. И. Разумовского (Саратов).

Болезнь Perthes'a изучена еще мало, особенно в отношении ее патогенеза и терапии; случаи, прослеженные годами, еще единичны. К чистым артрозам болезнь эту отнести трудно (см. мой взгляд во „Врачебном деле“, 1928 г., № 10). В Ессентуках я за последние 5 лет консультировал в ряде случаев, некоторых больных видел повторно и могу сообщить некоторые данные об их бальнеотерапии. Как образец, приведу один случай, который я видел повторно и демонстрировал на лекции врачам в Ессентуках в 1926 году.

И. М. Н., больная женщина-врач 28 л. Болезнь началась с 13-летнего возраста. Первые 2 года грязевое лечение,—по словам больной, „поставившее ее на ноги“. В последующее время все же часто боли, светлые промежутки малы, иногда больная была надолго прикована к постели; так, в 1926 г., после утомительной заграничной поездки, она пролежала 3 месяца в постели. Больная применяла солнцелечение, ионизацию и диатермию.

В 1926 г. летний сезон больная провела в Ессентуках, приняла 26 грязевых ванн; результатами довольна; после этого курса зиму провела хорошо (была трудоспособна). В 1927 г. летом больная проделала курс грязелечения в Евпатории; результаты, по ее словам, слабее. В 1928 г. больная вновь проводит курс грязелечения в Ессентуках (15 ванн), комбинированного с антиподагрическим лечением; результатами довольна.

Замечу, что больная, несмотря на сильное обезображивание сустава (рентгенограмма), ходит относительно хорошо; экскурсии движений в тазобедренном суставе значительны (исключая абдукцию). Хорошую функцию я объясняю развитием костного навеса («козырька» Köpfig'a) над верхним краем acetabuli (что мне приходилось наблюдать и в других случаях,—это как бы защитная реакция организма).

Таким образом здесь грязевое лечение (повторное) давало положительные результаты. Из других случаев упомяну еще об одной больной, жене врача, которую мне пришлось лечить еще 30 лет тому назад (т. е. еще до открытия болезни Perthes'a) в Пятигорске; тогда, по моему совету, она, будучи еще девочкой, 2 сезона проделывала грязевое лечение (тогда болезнь была принята мной за туберкулез¹⁾, которое поставило ее на ноги (до грязевого лечения больная не могла ходить). В 1928 году я обследовал эту больную; экскурсии движений значительны, больная хорошо ходит (и здесь костный навес над верхним краем acetabuli), по временам боли и обострения („что-то соскальзывает“).

Хорошие результаты от грязевого лечения я видел и еще в нескольких случаях—как болезни Perthes'a, так и аналогичных заболе-

¹⁾ При некоторых формах туберкулеза я считаю грязевое лечение показанным (см. мою статью «О показаниях к грязелечению», «Медицин. Сборник. КМВ». 1925 г., вып. 2).

ваний в других суставах (один раз в *articulatio talo-navicularis*,—больной был направлен ко мне с ошибочным диагнозом туберкулеза).

Таким образом при обострениях болезни Perthes'a (сильные боли) и аналогичных заболеваний других суставов грязевое лечение иногда дает несомненные результаты. У лиц с подагрическим диатезом оно должно комбинироваться с антиподагрическим лечением (диета, воды и др.). Некоторые случаи излеченного туберкулезного коксита, фигурирующие в старых статистиках, я не сомневаюсь, представляют собой нечто иное, как болезнь Perthes'a, на что мной уже указывалось в работе „Ошибки в хирургии“ („Вестник хирургии“ 1927 г.).

И в настоящее время болезнь часто ошибочно принимается за туберкулез в детском возрасте; но с этой болезнью приходится иметь дело и у взрослых (хотя обычно она заканчивается ко времени окончания роста), особенно в бальнеологической практике. Здесь мы часто встречаемся уже с значительным обезображиванием сустава,—как головки и шейки бедра, так и вертлужной впадины (см. выше „козырек“). Обострения у взрослых могут быть продолжительные, даже приковывать больных надолго к постели. Грязелечение в этих случаях оказывается хорошим вспомогательным средством; может быть, оно даже в состоянии предупредить рекомендуемое некоторыми авторами в тяжелых случаях оперативное лечение.

Новая модификация артродеза корня стопы.

Проф. М. О. Фридланда.

заведующего Ортопедической клиникой гос. института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

(С 4 рис.).

Все многочисленные способы артродеза корня стопы можно уложить в следующую схему:

1. Внутрисуставные способы.

А. Операции, связанные со значительной травмой суставных поверхностей.

1. Экономическая резекция суставов (Albert).

2) Очаговая перфорация суставных хрящей острой ложкой; укорочение и тенотомия разгибателей пальцев (Vulprius).

3) Сужение межлодыжковой вилки посредством иссечения дистального сустава между tibia и fibula; после этого сближение их друг с другом (Witteck).

4. Сужение межлодыжковой вилки посредством косой остеотомии fibulae и пригибания ее внутрь (Goldthwait).

5. Расширение talus'a посредством его продольного расщепления и забивания в него клина (Starz).

6. Разрушение суставных хрящей посредством смазывания их чистой карболовой кислотой с последующим немедленным промыванием сустава абсолютным спиртом (фенартроз Menclère'a).

7. Astragalectomia (удаление astragalus'a, т. е. talus'a) с резекцией суставных хрящей tibiae и calcanei (R. Whitman).

8. Временное вылушение tali; резекция суставных поверхностей tibiae и calcanei; удаление со всех сторон хряща с talus'a, после чего talus' обратнo вкладывается на свое место (декортикационный способ Lorthior'a).

9. Скрепление надтаранного сустава по его освеженной латеральной поверхности посредством остеотомированной малоберцовой кости (Гуревич).

10. Несколько продольных рассечений talus'a и нижнего эпифиза fibulae долотом со вклиниванием одного из продольных кусков fibulae в специально сделанную щель talus'a (Bouvier).

Б. Операции, связанные с незначительной травмой суставных поверхностей.

11. Сшивание костей скобками и проволокой (Herz).

12. Вбивание гвоздя (из слоновой или другой кости) через пятку сквозь calcaneus, talus и tibia ((Lexner).

II. Внесуставные способы.

А. Операции, основанные на принципе задней костной распорки.

13. Выдалбливание костно-надкостничной пластинки из задней поверхности нижнего эпифиза *tibiae*; трансплантат, оставаясь на ножке в связи с *tibia*, других концом перекидывается, в виде мостика, на пяточную кость (Hoffa).

14. Выдалбливание костно-надкостничной пластинки из боковой поверхности *fibulae* со свободной трансплантацией этой пластинки в промежуток между задним выступом *tibiae* и пяточной костью тотчас впереди Ахиллова сухожилия (Роклицкий).

15. Формирование костно-надкостничного штифта из *crista tibiae* и вбивание его в специально подготовленное ложе, состоящее из вертикальной выемки на задней поверхности *talus'a* и углублений в суставных концах *tibiae* и *fibulae* (Лисовская и Джанелидзе).

16. Отсечение костно-надкостничного трансплантата от пяточного бугра или выдалбливание трансплантата из передне-медиальной поверхности *tibiae* и укладывание его, в виде распорки, в ложе, высеченное из задних отделов *tibiae*, *tali* и *calcanei* (Ляпков).

Б. Операции, основанные на принципе передней костной распорки.

17. Выдалбливание костно-надкостничного трансплантата из *crista tibiae* и вбивание его одним концом в *tibia*, другим—в кубовидную кость; укорочение разгибателей стопы (Cramer).

18. Скрепление *tibiae* с тылом стопы посредством куска ребра (Корнев).

В. Операция, основанная на принципе боковой костной распорки.

19. Выкраивание костно-надкостничного трансплантата из боковых поверхностей *tibiae* и *fibulae* и перекидывание его, в виде мостика, от лодыжки к боковой части пяточной кости (Вреден).

Современная литература учит нас, что при внесуставных способах операции легко наступает рассасывание трансплантата, и прежде всего именно на уровне суставных щелей, каковое обстоятельство, при отсутствии анкилотических скреплений внутри самих суставов, влечет за собой рецидив болтающейся стопы. Эту неудачу нетрудно понять, если вспомнить клинические и экспериментальные наблюдения, показывающие, что при наличии псевдартроза одной из парных костей конечности (голеней или предплечья) легко наступает на том же уровне самопроизвольный псевдартроз другой, целой кости (Bier и др.), а также, что костный трансплантат, пересеженный с целью фиксации туберкулезного сустава (в частности позвоночника), впоследствии, по заживлении очага и исчезновении мышечной ригидности, сегментируется как раз на уровне суставной щели (Biesalski, Müller, Копылов). Разница лишь та, что динамическим моментом, обуславливающим местное рассасывание в примере с парной костью и Albee'евским трансплантатом является мышечная тяга, а в случаях внесуставной трансплантации с целью артродеза паралитической стопы действуют собственная тяжесть стопы и тяжесть воздействующих на нее вышележащих частей тела.

Из внутрисуставных методов те операции, которые связаны с минимальной травмой хрящевого покрова, также дают большой процент неудач: аутопластический гвоздь в способе Lexer'a постигает та же судьба, что и костные распорки во внесуставных методах, аллопласти-

ческий же материал как в способе Lexer'a, так и в способе Herz'a быстро расшатывается и выпадает из атрофических костей, в которых к тому же по периферии аллотрансплантата развивается остеопоротическое разрыхление.

В итоге—наилучшими способами артродеза оказываются такие, которые связаны со значительной травмой внутри самого сустава. Чрезвычайно важно при этом также, чтобы суставные поверхности находились в возможно более интимном соприкосновении и в таком состоянии прочно фиксировались. Последних двух моментов нет у фенартродеза Mensiéге'a и у декортикационного способа Lorthior'a. Недостаточны также операции Гуревича и Bouvier, так как они ограничиваются артродезом одного надтаранного сустава в то время, как боковые движения паралитической стопы зависят именно от сустава подтаранного.

Таким образом наиболее совершенными типами артродеза болтающейся стопы являются, по нашему мнению, следующие комбинации: 1) экономическая резекция или очаговая перфорация над—и подтаранного сустава, а в более тяжелых случаях деформации—также и Chopart'овского сустава, с заклиниванием расщепленного talus'a, укорочением и тенodesом разгибателей пальцев; 2) экономическая резекция или очаговая перфорация суставных хрящей tibiae и calcanei с astragalectomией (calcaneus. более широкий, нежели talus, прочно ущемляется в межлодыжковой вилке), укорочением и тенodesом разгибателей пальцев.

Все, высказанные выше, соображения находят себе подтверждение в нашем личном клиническом опыте, обнимающем несколько десятков оперированных болтающихся стоп. Вместе с тем нам кажется, что, несмотря на многочисленность уже предложенных оперативных методов артродеза болтающейся стопы, изыскания в этом отношении должны быть продолжены. Особенно желательным представляется нам избежать обработки отдельных суставных поверхностей, что не только кропотливо, но и ухудшает условия фиксации.

Работая над указанной задачей, мы позволяем себе в настоящее время предложить вниманию товарищей новую оперативную модификацию, суть которой заключается в том, что иссечение хряща заменяется глубоким вертикальным рассечением внутренней лодыжки, tali и calcanei, а фиксация достигается аутопластической костной пластинкой, вгоняемой в раневую щель с медиальной стороны корня стопы. В общем наша операция больше всего напоминает способ Lexer'a. Мы также фиксируем над—и подтаранный сустав посредством внутрисуставного штифта. Разница в том, что 1) внутри—и околосуставная травма, а, следовательно, и костнопластическая реакция организма в нашем способе значительно больше, 2) мы применяем всегда только аутопластический материал и 3) наш трансплантат отличается значительно большей массивностью.

Последовательные этапы нашей операции таковы: сначала производится иссечение призматической костной пластинки (можно без надкостницы) из передне-внутренней поверхности tibiae здоровой или больной ноги, примерно в $\frac{1}{3}$ длинника большеберцовой кости и шириною почти во всю ее передне-внутреннюю поверхность; затем проводится разрез кожи, начиная от внутренней лодыжки, вниз и чуть кзади до пя-

точной кости. В ране обнажаются сухожилия: вверху *m. tibialis postici*, под ним *m. flex. digit. comm. longi*; оба они оттягиваются крючками или перерезываются. Несколько ниже, тотчас под уровнем таранно-пяточного сустава, лежит сухожилие *m. flexoris hall. longi*, которое перерезывать не следует, так как под ним расположены подошвенные сосуды и нервы (рис. 1). Кровотечение из этих сосудов осложняет производство операции и последующее течение раны. Далее, установив стопу под нужным углом к голени, пробивают долотом, параллельно линии кожного разреза, глубокую щель в медиальной лодыжке и таранной кости. Для того, чтобы пробить *calcaneus*, не задевая подошвенного сосудисто-нервного пучка, долото необходимо приподнять ручкой кверху и завести его острый конец кнутри от сухожилия *m. flexoris hallucis longi* (рис. 1); надо избегать раскалывать опорную поверхность *calcanei*. Когда

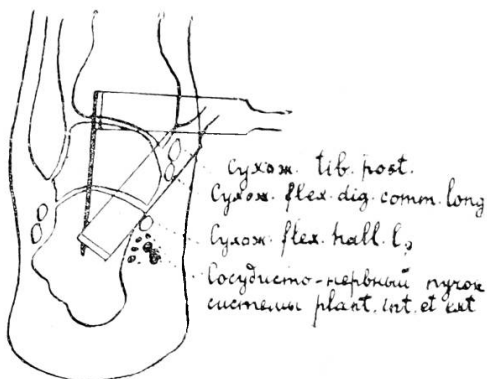


Рис. 1. Фронтальный распил корня стопы. Вертикаль показывает глубину операционной щели. Видно положение долота в верхней и нижней частях раны.

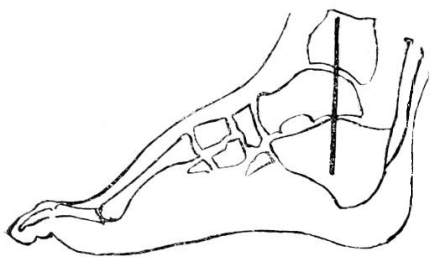


Рис. 2. Сагиттальный распил корня стопы. Вертикаль иллюстрирует положение трансплантата.

щель готова, останавливают сухим тампоном кровотечение и вводят внутрь щели трансплантат (рис. 2). Чтобы прочнее вклинить его, кладут по длиннику трансплантата ребром долото и слегка ударяют по последнему молотком. Кожа над раной наглухо зашивается; если же кое-где стянуть швы не удастся, то оставляют подоформный тампон. Для усиления эффекта фиксации стопы и, главное, для коррекции положения пальцев, к описанной операции присоединяют укорочение и тенодез разгибателей. В заключение накладыва-

ется гипсовая повязка не менее, как на 3 месяца у взрослых и на 4 месяца у детей.

По такому способу артродезировано мною 8 человек. Первую операцию я произвел в 1922 г. на 24-летнем мужчине с болтающейся стопой после огнестрельного ранения седалищного нерва. Через 3 месяца после операции наступил прочный костный анкилоз; больной не только свободно и безболезненно ходил, но даже мог ездить верхом на лошади. Спустя 2 года после артродеза развился трофический остеомиелит 3-го и 4-го пальцев, находившийся в связи с основным страданием нашего пациента—огнестрельным повреждением седалищного нерва. Последующий невролиз дал преходящий эффект. Точно также оказывался непрочным результат секвестротомий, каковые пришлось повторять ежегодно вследствие рецидивов остеомиелита, который к началу 1928 г. достигнул

уже среднего тарза. Чтобы радикально избавить больного от страдания, пришлось в мае 1928 г. произвести ампутацию в нижней трети голени. Рана, хотя и вяло, но через 3 недели зажила. Рис. 3 и 4 дают представление о прочности костного анкилоза корня стопы, который мы получили у данного больного в результате артрореза. Полученный резуль-



Рис. 3. Костный анкилоз корня стопы после артрореза по нашему способу, спустя 6 лет после операции. Вид спереди.



Рис. 4. Тот же препарат. Вид с медиальной стороны.

тат тем более примечателен, что он получен на ноге, трофически очень сильно подорванной. Как видно из рис. 4, пластических сил организма не хватило на то, чтобы даже спустя 6 лет после артрореза выполнить костью дефект на месте поднакостнично взятого трансплантата, а между тем голень, talus и calcaneus спаяны в единый костный массив.

Позже операция артрореза в описанной выше модификации была произведена мною еще у 7 больных с болтающимися стопами после детского полиомиелита: 2 мальчиков и 5 девочек в возрасте от 5 до 15 лет. В одном из этих случаев мы получили не вполне удовлетворившую нас соединительнотканную фиксацию сустава; в случае этом дело шло о больном, который, будучи выписан из клиники через 2 недели после операции, настолько энергично воспользовался данным ему разрешением ходить в гипсе, что через 1½ месяца окончательно истрепал свою повязку и не приехал для замены ее новой. Одна больная, выписанная из клиники также еще в гипсе, к нам больше не возвращалась, так что результаты артрореза в данном случае нам неизвестны. В остальных 5 случаях мы получили идеальный костный анкилоз, как и у первого нашего больного.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Albrecht. Новая хирургия, 1926, № 1.—Bier. Arch. f. klin. Chir., Bd. 127, S. 1—137, 1923.—Biesalski. Ibidem, S. 667—715.—Bouvier. Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir., Bd. 24, H. 1, 1926.—Гуревич. Труды XVIII съезда русс. хир., 1926.—Cook and Stern. Journ. of the orthop. surgery, III, p. 437, 1921.—Cramer. Zeitschr. f. Chir. u. mechan. Orthopädie, 1910.—Копылов. Вестн. хир., кн. 31, 1927.—Ланков. Казанский мед. журнал, № 4, 1924.—Лисовская и Джанелидзе. Вестн. хир., кн. 4—6, 1923.—Рокицкий. Ibidem, кн. 1, 1922.—Vulpius. Лечение спинно-мозгового детского паралича. Перевод под ред. проф. Геркена. Казань. 1913.—Юсевич. Нов. хир. архив, № 24, 1925.

К вопросу об определении конституции и значения ее в родовой функции женщины.

Пр.-доц. Н. Н. Чукалова.

Как известно, при установлении принадлежности данного индивидуума к тому или иному конституциональному типу в настоящее время имеется два основных течения, а именно, одно—представители которого (Kretschmer¹), Mathes²), Aschner³) и др.), стремятся выделить конституциональные типы при помощи главным образом описательных методов, другое—представители которого (Brugsch⁴), А. Кронтовский⁵), Сердюков⁶), Изаксон⁷) и др.) устанавливают конституциональные типы главным образом на основании измерительных величин.

Первый метод, метод описательный, не имеет тех узких границ, при выделении отдельных конституциональных типов, которые присущи второму—измерительному методу. В силу этого описательным методам присуща широкая субъективность в толковании полученных данных, что в известной степени и затрудняет разрешение поставленной задачи.

Не вдаваясь в критическую оценку отдельных методов исследования морфологической конституции, мы бы хотели только подчеркнуть, что метод измерительный невольно подкупает в свою пользу своей объективностью и большей точностью. Это обстоятельство и побудило нас испытать применение данного метода при выделении конституциональных типов. Приступая к этой задаче, мы прежде всего, конечно, должны были остановиться на выборе определенной классификации типов морфологической конституции. При этом, желая сузить задачу пределами испытания измерительного метода в отношении вполне установленных описательными методами конституциональных типов, мы решили пока выбрать такие конституциональные типы, которые у женщины, с одной стороны, могут быть выделены вполне определенно, а с другой—в отношении которых известно их влияние на проявление физиологического и патологического состояний у женщины. В качестве таких определенно выявленных типов мы остановились на тех, которые по распространенной

1) E. Kretschmer. Строение тела и характер. Русс. пер. 1924.

2) P. Mathes. Die Konstitutionstypen des Weibes. Halban-Seitz, Bd. III, 1924.

3) B. Aschner. Die Konstitution der Frau. 1924.

4) Brugsch. Die Biologie d. Person. 1926.

5) А. Кронтовский. Наследственность и конституция. 1925.

6) М. Сердюков и Н. Мельников. Значение конституциональных факторов при беременности, родах и послеродовом периоде. Труды VII съезда акушеров и гинекологов, 1927.

7) Б. Изаксон. К вопросу о конституции в акушерстве. Там же.

классификации Kretschmer'a определяются, как астенический и пикнический.

В качестве измерительного метода мы избрали,—в тех деталях, которые нам были необходимы,—метод Андреева¹⁾, разработанный им на материале Психиатрической клиники Казанского университета. Так как средние величины индексов соматометрической сетки д-ра Андреева вычислены лишь для мужского материала, то в качестве поправок к ним нами были взяты величины, установленные Недригайловой²⁾ специально для женского материала.

Для нашей работы мы воспользовались лишь частью необходимых величин, которые разработаны Андреевым, а именно, мы брали следующие отношения: 1) объема талии к росту, 2) ширины плеч—к росту, 3) размера D. cr. таза—к ширине плеч, 4) ширины плеч—к объему груди, 5) объема груди—к росту, 6) индекс Pignet (рост минус объем груди плюс вес в калограммах), 7) индекс Андреева (А) (объем груди плюс объем талии минус длина руки плюс длина ноги—в отношении к росту),—для получения целых чисел все, за исключением индекса Pignet, в умножении на 100.

При своих измерениях женского материала при помощи метода Андреева мы убедились, что соматометрические кривые астенического и пикнического типов, выведенные для женщин нашего материала, сходны с таковыми же Андреева, полученными на мужском материале, но с одной разницей—в отношении индекса VII соматометрической карточки Андреева (отношение ширины таза к ширине плеч), который даже у женщин астенического типа значительно выше средней величины (М) сетки Андреева. Это, впрочем, и вполне понятно, так как относительно-большая величина таза вообще присуща женскому индивидууму.

Сверяя, далее, в деталях среднюю (М) мужского материала Андреева с таковой же величиной женского материала Недригайловой, мы получили следующую разницу: индекс А (Андреева) для мужчин равен +5, для женщин равен +2; индекс Pignet для мужчин равен +16, для женщин—тоже +16; индекс IV (Brugsch'a) для мужчин равен 54,5, для женщин—52,2; индекс V (отношение объема талии к росту) для мужчин равен 47, для женщин—45; индекс VI (отношение ширины плеч к росту) для мужчин равен 22,5, для женщин—21,7; индекс VII (отношение величины таза к ширине плеч) для мужчин равен 74, для женщин—82; наконец, индекс VIII (отношение ширины плеч к объему груди) для мужчин равен 41, для женщин—тоже 41. Приблизительно такие же величины мы встретили и в материале Ульяновой³⁾.—материале, правда, небольшом (всего 50 измерений женщин).

Таким образом мы видим, что довольно значительная разница в величине VII индекса, отмеченная, между прочим, Brugsch'ем, Недригайловой, нами и Ульяновой, является особенностью женщин.

¹⁾ М. Андреев. Взаимоотношения психического склада и телосложения. Казань. 1926.

²⁾ О. Недригайлова. Физические признаки работниц Харькова. Материалы по антропологии Украины, сб. II, 1926.

³⁾ М. Ульянова. Соматометрические профили телосложения у женщин. Работы Психиатрической клиники Казанского гос. университета, 1928.

Не найдя, далее, в довольно обширном материале Недригайловой какой-либо значительной разницы в пределах вариаций отдельных индексов как для мужчин (на материале Андреева), так и для женщин, мы сочли для себя, в основном, приемлемыми соматометрические кривые отдельных конституциональных типов, выведенные Андреевым, с поправками по материалу Недригайловой, на основании чего и составили соматометрические карточки для нашего женского материала, приводимые в конце настоящей работы.

Как по материалу Андреева и некоторых других авторов, так и по нашему материалу астенический тип характеризуется малым индексом А, большим—*Pignet*, узкой грудью, узкой талией, узкими плечами и отношением выше среднего (М) плеч к груди. Для пикнического типа отношения будут обратными (см. среднюю соматометрическую кривую пикнического типа женщин, приводимую в конце работы).

Для выявления типов, на которых мы остановились, мы произвели по указанному методу измерение 100 женщин нашего акушерского отделения без отбора, причем везде производили сравнение данных описательного и измерительного методов. Женщин, которые по своей соматометрической кривой подходили вполне под тип астеничек, оказалось в нашем материале 21. Из этих случаев полное совпадение результатов того и другого метода мы получили лишь 3 раза; в 7 случаях женщины с типичной астенической соматометрической кривой—по данным описательного метода неполно выступали, как астенички; наконец, в 11 случаях,—следовательно, в 52,4%,—астеническая конституция при описательном методе вовсе не могла быть выявлена.

Женщин, которые дали соматометрическую кривую, соответствующую пикническому типу, мы имели 29. Совпадение результатов, полученных по обоим методам исследования, было отмечено нами среди женщин этой группы 14 раз, неполное совпадение—4 раза, и, наконец, в 11 случаях,—следовательно, в 34,5%,—пикнички по соматометрическому профилю, при описательном методе, как таковые, вовсе не определялись.

Среди остальных 50 случаев нашего материала встретились женщины других конституциональных типов. Так как эти другие типы в настоящей работе вовсе не затрагиваются, то мы и не будем их здесь касаться, хотя уже теперь приблизительно можем сказать, что среди них совпадения данных того и другого метода далеко не часты.

Таким образом сравнение результатов, полученных при том и другом методе определения конституции у женщин, повидимому, говорит нам в пользу измерительного метода, позволяющего с большей определенностью, а главное—вполне объективно устанавливать принадлежность женщины к тому или иному конституциональному типу. Мы хотели бы еще указать, что, по крайней мере на нашем материале, выделение описательным методом астенического женского типа представляется более затруднительным по сравнению с пикническим типом.

В общем известно, что индивидуумы с астеническим типом конституции являются менее полноценными с динамической точки зрения. Чтобы проверить функциональную разницу выделенных нами путем соматометрических измерений конституциональных типов женщин, мы решили испытать их полноценность в отношении родовой функции путем общего

определения суммы всех осложнений, которые могли быть отмечены у женщин той и другой группы в связи с выполнением ими этой функции. Ниже мы приводим данные из историй болезни, касающиеся этих осложнений.

А) Астенические женщины.

1. С., 29 лет, беременна 5-й раз. Первая беременность—самопроизвольный выкидыш, вторая—роды, пуэрперальная инфекция слабой степени, третья и четвертая—искусственные выкидыши, пятая—самопроизвольный разрыв плодного пузыря на 5-м месяце беременности, через неделю самопроизвольный выкидыш. По виду—не астеничка. Соматометрический профиль (с. п.)—типичная астеничка.
2. Б., 36 лет, беременна 2-й раз. Первая беременность—самопроизвольный выкидыш на 4-м месяце, вторая—нормальные роды, ягодичное предлежание, в послеродовом периоде пуэрперальная инфекция в слабой степени. По виду—несколько астеничка. С. п.—типичная астеничка.
3. П., 19 лет, беременна в 1-й раз—преждевременные роды после надения. По виду—не астеничка. С. п.—типичная астеничка.
4. М., 23 лет, беременна в 1-й раз—нормальные роды. В послеродовом периоде пуэрперальная инфекция слабой степени. По виду—несколько астеничка. С. п.—астеничка.
5. Б., 24 лет, беременна 2-й раз. Оба раза искусственные выкидыши. По виду—астеничка. С. п.—также астеничка.
6. Ю., 28 лет, беременна в 1-й раз—нормальные роды без осложнений. По виду—не астеничка. С. п.—астеничка.
7. З., 26 лет, беременна 4-й раз—все нормальные роды, без осложнений. По виду—астеничка. С. п.—также астеничка.
8. А., 23 лет, беременна 2-й раз. Первая беременность—самопроизвольный выкидыш без видимой причины, вторая—нормальные роды без осложнений. По виду—несколько астеничка. С. п.—типичная астеничка.
9. С., 27 лет, беременна в 1-й раз—нормальные роды. В послеродовом периоде пуэрперальная инфекция слабой степени. По виду—не астеничка. С. п.—типичная астеничка.
10. Т., 25 лет, беременна 4-й раз. Первые две беременности—нормальные роды без осложнений, вторые две беременности—искусственные выкидыши. По виду—астеничка. С. п.—астеничка.
11. Р., 23 лет, беременна в 1-й раз, срочные роды, осложненные первичною слабостью схваток; в послеродовом периоде пуэрперальная инфекция слабой степени. По виду—несколько астеничка. С. п.—типичная астеничка.
12. М., 26 лет, беременна в 1-й раз—срочные роды, осложненные первичною слабостью схваток. По виду—не астеничка. С. п.—астеничка.
13. С., 20 лет, беременна в 1-й раз, в настоящее время на 4-м месяце. Жалобы на сильные боли в области матки, объективно не объяснимые, начавшиеся вскоре по наступлении беременности. До беременности лечилась от неправильного положения матки (retroflexio) и „недоразвития“ матки. По виду—инфантичка. С. п.—типичная астеничка.
14. М., 27 лет, беременна 3-й раз. Первая беременность—преждевременные роды, вторая—нормальные роды, третья—в послеродовом периоде пуэрперальная инфекция слабой степени. По виду—не астеничка. С. п.—астеничка.
15. К., 22 лет, беременна в 1-й раз, нормальные роды; после родов недостаточное обратное развитие брюшных стенок с явлениями энтероптоза. По виду—нетипичная астеничка. С. п.—типичная астеничка.
16. К., 22 лет, беременна 3-й раз. Все беременности кончены искусственными выкидышами без осложнений. По виду—не астеничка. С. п.—типичная астеничка.
17. О., 22 лет, беременна в 1-й раз; во время беременности дважды кровотечения из матки без объяснимой причины. Беременность доносила до конца, роды осложнены первичною слабостью схваток. В послеродовом периоде пуэрперальная инфекция слабой степени. По виду—не астеничка. С. п.—типичная астеничка.
18. А., 20 лет, беременна 2-й раз. Первая беременность кончилась нормальными родами, вторая—родами, осложненными преждевременным разрывом плодного пузыря. По виду—нетипичная астеничка. С. п.—астеничка.

19. А., 24 лет, беременна 3-й раз. Все беременности прерваны искусственными выкидышами без осложнений. В семье все туберкулезные. У больной «катарр» желудка, невроз сердца, неврастения. По виду—не астеничка. С. п.—астеничка.

20. Г., 27 лет, беременна 4-й раз. Первая беременность—роды, первичная слабость схваток, третья беременность—во время беременности гнойные бели, нормальные роды, вторая беременность—задержка детского места в течение 3 суток, четвертая беременность—нормальные роды. У больной замечается значительной степени варикозные расширения вен на наружных половых частях. По виду—не астеничка. С. п.—астеничка.

21. Б., 21 года, беременна в 1-й раз. Преждевременные роды без видимых причин, преждевременный разрыв плодного пузыря, первичная слабость схваток. По виду—нетипичная астеничка. С. п.—типичная астеничка.

Итак, за исключением 5 астеничек нашего материала, у 16 имели место осложнения или во время беременности, или во время родов, или в послеродовом периоде, а из этих 5 (без осложнений) у 2 беременности были закончены искусственными выкидышами, и потому мы ничего не можем сказать относительно того, как в дальнейшем протекала бы у них беременность, как сложились бы роды и пр. Другими словами, лишь у 3 из оставшихся 19 астеничек мы имели неосложненными беременность, а в дальнейшем—роды и послеродовый период.

В общем у астеничек нашего материала имелись следующие осложнения: самопроизвольные выкидыши, пуэрперальная инфекция слабой степени, преждевременный разрыв плодного пузыря, недостаточное обратное развитие брюшного пресса, преждевременные роды, первичная слабость схваток, боли в матке во время беременности, частичный энтероптоз, задержка детского места на продолжительный срок времени и варикозные расширения вен на наружных половых органах. Среди этих осложнений наиболее частыми оказались пуэрперальные инфекционные процессы слабой степени, первичная слабость схваток, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши и преждевременные разрывы плодного пузыря.

Все больные этой группы без особой задержки покинули отделение здоровыми.

Таким образом, хотя у астеничек нашего материала и имели место сравнительно незначительные осложнения, но сумма этих осложнений, для их числа, все же была очень велика.

Б) Пикнические женщины.

1. А., 30 лет, беременна 6-й раз. Предшествующие беременности нормальные, кончились нормальными родами. Настоящая беременность тоже нормальная. Роды и послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. Соматометрический профиль (с. п.)—пикничка.

2. К., 31 года, беременна 4-й раз. Предшествующие беременности нормальные, кончились нормальными родами. Настоящая беременность протекала нормально, нормальные роды. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—также пикничка.

3. М., 20 лет, беременна в 1-й раз. Беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—типичная пикничка.

4. С., 25 лет, беременна в 1-й раз. Беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—типичная пикничка.

5. Р., 19 лет, беременна в 1-й раз, беременность на 10-м месяце, протекает без осложнений. Обратилась за советом в связи с беременностью. По виду—инфантичка. С. п.—пикничка.

6. С., 19 лет, беременна в 1-й раз. Беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—типичная пикничка.
7. К., 26 лет, беременна 2-й раз. Первая беременность—самопроизвольный выкидыш, после поднятия большой тяжести, на 3-м месяце. Настоящая беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—пикничка.
8. Ч., 24 лет, беременна в 1-й раз, в анамнезе гоноррея. Беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—пикничка.
9. К., 37 лет, беременна 9-й раз. Предшествующие беременности нормальные, кончились нормальными родами. Настоящая беременность тоже нормальная, нормальные роды. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—тоже пикничка.
10. Б., 30 лет, беременна 4-й раз. Все беременности окончены искусственными выкидышами без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—тоже пикничка.
11. Б., 22 лет, беременна 2-й раз. Первая беременность—преждевременные роды, вторая—двойни. Послеродовой период без осложнений. По виду—нетипичная пикничка. С. п.—пикничка.
12. Л., 32 лет, беременна 9-й раз. Предшествовавшие беременности нормальные, кончились нормальными родами. Настоящая беременность протекала нормально, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—нетипичная пикничка. С. п.—пикничка.
13. К., 28 лет, беременна 2-й раз. Обе беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—также пикничка.
14. А., 39 лет, беременна 7-й раз. Первая беременность нормальная, кончилась нормальными родами, 2-я, 3 и 4-я—самопроизвольные выкидыши от невыясненной причины, 5-я, 6-я и 7-я—нормальные беременности, кончившиеся нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—пикничка.
15. Я., 33 лет, беременна 13-й раз. 7-я, 8-я и 9-я беременности кончены искусственными выкидышами, остальные беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—астеничка. С. п.—пикничка.
16. М., 19 лет, беременна в 1-й раз. Беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—не пикничка. С. п.—пикничка.
17. Б., 27 лет, беременна 3-й раз. Предшествовавшие беременности: первая кончилась нормальными родами, вторая—преждевременные роды после падения, третья—нормальные роды. Послеродовой период без осложнений. По виду—нетипичная пикничка. С. п.—пикничка.
18. Ц., 22 лет, беременна 2-й раз. Первая беременность—преждевременные роды в связи с падением с тяжестью. Настоящая беременность протекала нормально, кончилась нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—нетипичная пикничка. С. п.—пикничка.
19. Р., 20 лет, беременна в 1-й раз. Беременность нормальная, кончилась нормальными родами. Послеродовой период—пуэрперальная инфекция слабой степени. По виду—не пикничка. С. п.—пикничка.
20. К., 22 лет, беременна в 1-й раз. Во время родов эклампсия. Послеродовой период без осложнений. По виду—астеничка. С. п.—пикничка.
21. Е., 27 лет, беременна 3-й раз. Первая беременность кончилась нормальными родами, вторая окончена искусственным выкидышем, третья—нормальные роды. В послеродовом периоде—временный парез левой ноги. Таз суженный. По виду—пикничка. С. п.—пикничка.
22. С., 30 лет, беременна 5-й раз. Все беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—не пикничка. С. п.—пикничка.
23. Ц., 41 года, беременна 2-й раз. Обе беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—не пикничка. С. п.—пикничка.
24. М., 25 лет, беременна 3-й раз. Все беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—не пикничка. С. п.—пикничка.

25. С., 42 лет, беременна 12-й раз. Все беременности, за исключением 6-й (выкидыш), кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п. — также пикничка.

26. П., 26 лет, беременна 3-й раз. Все беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—тоже пикничка.

27. М., 36 лет, беременна 9-й раз. Все беременности, за исключением 9-й (поперечное положение), кончились нормальными родами. Констатируется миома-тоз матки. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—пикничка.

28. Д., 39 лет, беременна 4-й раз. Все беременности нормальные, кончились нормальными родами. Послеродовой период без осложнений. По виду—пикничка. С. п.—пикничка.

29. Ш., 23 лет, беременна 2-й раз. После первой беременности воспаление левой грудной железы. Обе беременности нормальные, кончились нормальными родами. По виду—не пикничка. С. п.—пикничка.

Итак из 29 пикничек нашего материала у 11 наблюдались осложнения различного характера, причем у одной из них заболевание, весьма вероятно, нельзя поставить в связь с конституцией, это—осложнение гонорреей, у остальных 10 пикничек имели место осложнения, которые мы должны принять в счет общей суммы осложнений, а именно, у одной были преждевременные роды без объяснимой причины и двойни, у другой—три самопроизвольных выкидыша без объяснимой же причины, у третьей—преждевременные роды в связи с поднятием тяжести, у четвертой—местный пуэрперальный воспалительный процесс, у пятой—выкидыш в связи с падением, у шестой—выкидыш в связи с поднятием тяжести, у седьмой—поперечное положение, у восьмой—воспаление грудной железы, у девятой—временный парез ноги при суженном тазе и у десятой—эклампсия.

Если мы возьмем все эти 10 случаев осложнений (из числа 29 пикничек),—и то по сравнению с суммой осложнений у астенических женщин нашего материала осложнения у пикничек нашего материала все же будут гораздо менее частыми: они выразятся отношением 18:10. Другими словами говоря, осложнений, падающих на астеническую конституцию, у нас будет приблизительно вдвое больше, чем таковых же у женщин пикнической конституции. Интересно также отметить, что на каждую нашу астеничку приходится всего 2,1 беременности, тогда как на пикничку—3,9.

В заключение позволю себе сделать следующие выводы:

1) Описательный метод (Kretschmer'a) одиан недостаточен для окончательного определения астенической и пикнической конституции у женщин.

2) У большинства астеничек имеется известная степень малопленности организма, обнаруживающаяся в связи с беременностью и родами.

3) У большинства пикничек, наоборот, отмечается большая полноценность организма в отношении функции деторождения.

К вопросу о гэмоглобин-преципитинах.

Доцента А. Д. Гусева.

(Сообщение второе).

В августовском номере „Казанского медицинского журнала“ за 1927 год я сообщил результаты своих опытов иммунизации кроликов кристаллическим гэмоглобином лошади и тогда же отметил чрезвычайную важность получения гэмоглобин-преципитиновой сыворотки для целей судебной медицины.

Тогда мною было иммунизировано четыре кролика экстрактом эритроцитов человека и шесть кроликов—кристаллическим гэмоглобином лошади. Я не буду здесь повторять результатов иммунизации, напомним только, что иммунизация экстрактом эритроцитов не дала специфической сыворотки, иммунизация же кристаллическим гэмоглобином дала результаты, вполне сходные с полученными Higaschi в 1923 г.

Из последней группы кроликов одному (№ 5) было произведено две серии инъекций раствора кристаллического гэмоглобина, остальным же (№№ 6—10)—по одной серии из пяти инъекций. Свои опыты я тогда не считал законченными, т. к. практика нашей лаборатории показала, что наиболее высокий титр специфической сыворотки получается лишь после нескольких серий иммунизации, почему в дальнейшем некоторым из кроликов вновь вводился раствор кристаллического гэмоглобина лошади. Приготовление раствора и техника введения его мною указаны в моем первом сообщении, почему здесь я прямо перехожу к изложению полученных результатов.

Кролик № 5, получивший за две первых серии иммунизации всего немного более 0,2861 гэмоглобина, дал тогда сыворотку титра 1:150. Третья иммунизация была произведена в промежуток времени с 28/IV по 14/V того же года, причем кролик получил следующие дозы гэмоглобина лошади: 28/IV—0,0232, 2/V—0,02525, 6/V—0,0315, 10/V—0,03815 и 14/V—0,0404, всего же за третью серию—0,1535.

Испытание титра сыворотки, произведенное 27/V, показало, что даже в растворе кристаллического гэмоглобина 1:1200 через 5 минут получается кольцо мутн. Для испытания титра сыворотки был взят раствор кристаллического гэмоглобина, 1 куб. сант. которого содержал 0,0105 гэмоглобина. Следовательно, при растворе 1:1200 положительные результаты были получены даже с количеством гэмоглобина, равным 0,00000792. Безусловно, титр сыворотки настолько высок, что ее вполне можно считать пригодной для практических целей.

Кролик № 6 после второй серии иммунизации, произведенной в то же время и в тех же количествах, что и третья серия у кролика № 5,

дал специфическую сыворотку титра 1:800, т. е. положительная реакция преципитации была получена с количеством гемоглобина, равным 0,0000117.

Кролику № 7 повторная иммунизация была произведена за время с 26/VI по 10/VII 1927 г. в следующих количествах: 26/VI введено 0,02625 гемоглобина лошади, 30/VI—0,0315, 6/VII—0,03675 и 10/VII—0,042. Таким образом этому кролику за вторую серию иммунизации было введено 0,1365, а за обе серии—0,4411 гемоглобина. Для испытания титра сыворотки взят раствор, 1 куб. сант. которого заключал в себе 0,0118 кристаллического гемоглобина лошади. Положительная реакция через 3 минуты получилась в разведениях до 1:800, а через 8 минут—и в растворе 1:1000. Следовательно, положительная реакция получилась с количеством гемоглобина, равным 0,00001062.

У кролика № 8 вторая серия иммунизации в те же сроки и теми же количествами, что и у кролика № 6, дала те же результаты, что и этого последнего.

У кролика № 9 вторая серия иммунизации была произведена в те же сроки и теми же количествами, что и у кролика № 7. Титр сыворотки был тот же, что у последнего, но реакция протекала значительно быстрее и отчетливее.

Кролик № 10 (самка) повторно не иммунизировался вследствие наступившей беременности, а затем кормления кроличат.

Кроме испытания титра сывороток, во всех случаях нами проверялась и их специфичность. Опыты ставились с кровью человека, коровы, сывороткой лошади и физиологическим раствором, применявшимся при опытах. Результаты всех этих опытов во всех случаях были отрицательны.

Таким образом опыты с иммунизацией кроликов кристаллическим гемоглобином лошади дали вполне удовлетворительные результаты, но практическое значение для судебно-медицинских целей гемоглобин-преципитиновая проба может приобрести только после того, как будут получены столь же удовлетворительные результаты при иммунизации животных кристаллическим гемоглобином человека. Между тем в нашем распоряжении не имелось метода, с помощью которого мы могли бы получить кристаллический гемоглобин человека в количестве, достаточном для иммунизации. Попыток получения такого гемоглобина в больших количествах было немало (литература этого вопроса указана мною в работе „Получение стойких кристаллов гемоглобина из крови человека“¹⁾), но все эти попытки не приводили к желательным результатам. Поэтому неотложной задачей явилась разработка метода, при помощи которого можно было бы получить достаточное количество стойкого кристаллического гемоглобина. Зима 1927—28 г. была мною посвящена этим попыткам, и в конце концов мне удалось выработать метод, позволяющий даже при малооборудованной лаборатории получать достаточные количества кристаллического гемоглобина. Я не буду описывать этот метод, так как он подробно изложен мною в выше цитированной статье, и перехожу прямо к описанию результатов иммунизации кроликов кристаллическим гемоглобином человека.

Всего до сих пор мною было иммунизировано этим гемоглобином шесть кроликов (кролики №№ 11—16), причем всем им было произведено пока лишь по одной серии иммунизации из пяти инъекций.

¹⁾ Казанский медицинский журнал, 1928, № 7.

Раствор гëмоглобина, применявшийся при инъекциях, приготовлялся так же, как и при опытах иммунизации гëмоглобином лошади, с той лишь разницей, что свежеполученный кристаллический гëмоглобин человека оказался более легко растворимым, и поэтому для иммунизации применялись более концентрированные его растворы.

Иммунизация производилась в следующие сроки и следующими количествами гëмоглобина: кролику № 11 первая инъекция была сделана 11/II 1928 г., введено 0,0266 кристаллического гëмоглобина человека, вторая инъекция 15/II—0,03325 гëмоглобина, третья 20/II—0,102 гëмоглобина, четвертая 24 II—0,06405 гëмоглобина и пятая 28/II—0,0931 гëмоглобина. Всего за пять инъекций кролик этот получил 0,319 кристаллического гëмоглобина человека.

12/III было произведено испытание титра и специфичности сыворотки. Для испытания титра взят раствор, заключавший в 1 куб. сант. 0,018 того же гëмоглобина человека. Так как трудно было надеяться после первой же серии иммунизации получить слишком высокий титр сыворотки, то для проверки были взяты лишь растворы до 1:1000. Во всех пробирках очень быстро появилось кольцо мути, а через 2 минуты—резкое белое кольцо реакции. Таким образом даже 0,0000162 гëмоглобина давало резкую реакцию с сывороткой.

Для испытания специфичности были применены растворы (в тех же концентрациях) гëмоглобина лошади, сыворотки лошади и человека, физиологический раствор, раствор сухой крови коровы и сухой крови человека. Только с последним раствором (кровь человека) были получены положительные результаты, при всех же остальных растворах реакция была отрицательной. Следовательно, полученная сыворотка оказалась строго видо—и органоспецифичной.

Кроликам №№ 12 и 13 инъекции были произведены в те же сроки, что и кролику № 11, но им вводилось несколько меньшее количество гëмоглобина человека, а именно 11/II—0,01995, 15/II—0,0266, 20/II—0,085, 24/II—0,0549 и 28 II—0,0798 гëмоглобина. Следовательно, за всю первую серию обоим кроликам было введено по 0,26625 гëмоглобина.

Испытание титра и специфичности сывороток, произведенное 12/III, дало те же результаты, что и у кролика № 11.

Кроликам №№ 14, 15 и 16 была произведена тоже одна серия иммунизации кристаллическим гëмоглобином человека в следующие сроки и следующими количествами (всем трем кроликам инъекции производились в одни и те же дни, и вводилось одно и то же количество гëмоглобина): 29/III—0,036, 4/IV—0,0431, 9/IV—0,054, 13/IV—0,0612 и 19/IV—0,072 гëмоглобина человека. Всего за пять инъекций кроликам этим было введено по 0,2663 кристаллического гëмоглобина.

1/V произведено испытание титра и специфичности сывороток, причем в качестве основного раствора был взят раствор, заключавший в 1 куб. сант. 0,017 кристаллического гëмоглобина человека. Оказалось, что сыворотка кролика № 14 совершенно неспецифична и не дает преципитации ни с одним из примененных для испытания растворов гëмоглобина человека, сыворотка кролика № 15 пределом реакции имеет 0,0000153 гëмоглобина, а сыворотка кролика № 16 тотчас же после добавления дает резкую реакцию с количеством гëмоглобина 0,0000153.

Испытание сывороток кроликов №№ 15 и 16 на их специфичность, поставленное так же, как с сывороткой кролика № 11, дало те же результаты, и сыворотки эти оказались также видо—и органоспецифическими.

Как видно из результатов изложенных опытов, испытание титра полученных сывороток мною до конца не доводилось, и я не пытался установить предела реакции, а довольствовался лишь установлением положительного действия и специфичности сывороток. Несомненно, особенно после повторных серий иммунизации, специфические для гемоглобина человека преципитирующие сыворотки будут иметь высокий титр, безусловно достаточный для практического применения их,—в этом теперь не может быть никакого сомнения, т. к. даже после первой серии иммунизации были получены сыворотки, реагирующие с минимальными количествами гемоглобина. Столь же несомненно, что эти гемоглобин-преципитиновые сыворотки найдут себе широкое применение не только в области судебно-медицинской экспертизы, но и в области практической медицины, например, при диагностике рака и язвы желудка, при которых в настоящее время производится исследование кала на „скрытую“ кровь столь ненадежными реакциями, каковы гваяковая, бензидиновая и др. При применении гемоглобин-преципитиновой реакции, в виду ее строгой видо—и органоспецифичности, не будет более надобности выдерживать больного на диете, лишенной мяса, не нужно будет и предварительной сложной обработки кала, а реакция будет ставиться так же просто, как и с чистыми растворами гемоглобина, и *ex tempore*. В этом—большое преимущество гемоглобин-преципитиновой реакции.

Поставленных нами опытов вполне достаточно для того, чтобы сделать следующие выводы:

- 1) Иммунизация кроликов растворами кристаллических гемоглобинов ведет к образованию специфических антител.
- 2) Получаемые при этом сыворотки не только видоспецифичны, но и органоспецифичны.
- 3) Титр получаемых сывороток достаточно высок для того, чтобы сыворотки эти получили практическое применение.

Безусловно, следует оговориться, что необходимо еще широко поставленное изучение действия на гемоглобин-преципитиновые сыворотки различных влияний, что должно составить предмет новой и тщательной работы; но я уверен, что это изучение даст нам только ряд новых данных в пользу применения этих сывороток.

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Анатомические институты Западной Европы.

(По отчету о научной командировке в Германию, Голландию, Австрию и Францию).

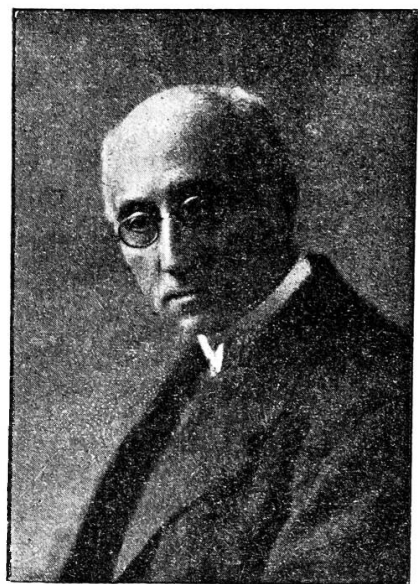
Проф. В. Н. Терновского.

(С 3 портретами).

С 9/VII по 10/VIII 1927 г. я находился в Германии и работал во II Анатомическом институте (Анатомо-биологическом) Берлинского университета, у проф. F. Keibel'я, где занимался методикой современного эмбриологического исследования, в частности, методикой как пластической, так и графической реконструкций органов вегетативной нервной системы. Мною был тщательно изучен также музей института с его эмбриологическими коллекциями и просмотрены серии интересовавших меня микробиологических коллекций.

В промежутки между этими работами я получил приглашение на VI Международный конгресс по истории медицины в Лейден и Амстердам с 19 по 23/VII, куда мною были представлены доклады: 1) *Fredericus Rüsch im Anat. Institut Kasan* и 2) *Zur Geschichte der Chirurgie u. der medizinischen Bildung in Russland vor Peter d. Grossen*. На этом съезде, необычайно оживленном и многолюдном, я был единственным русским. Для членов конгресса были организованы выставки: 1) редких медицинских книг XVII и XVIII веков, главным образом анатомических, 2) подлинников старинного инструментария и 3) художественная выставка старых нидерландских мастеров, посвященная иконографии медицинских деятелей и картинам на медицинские сюжеты, на которой были собраны все подлинники корифеев нидерландской живописи из голландских галлерей: Рембрандта и др. Из докладов отмечу сообщения F. Lejeune'a «Die Entwicklung d. Anatomie in Spanien», Schers'a «La vie et les oeuvres de Loewenhöck» и др.

В Лейдене мне удалось детально осмотреть Институт нормальной анатомии—большое 3-этажное здание, заново отремонтированное, находящееся в саду среди цветников, на краю города, на одной территории с клиниками. В нем помещаются объединенные под одним заведыванием кафедры нормальной анатомии и гистологии. Директором Института состоит проф. J. A. Barge. В музее этого Института, занимающем обширный зал, обращает на себя внимание большой старый шкаф



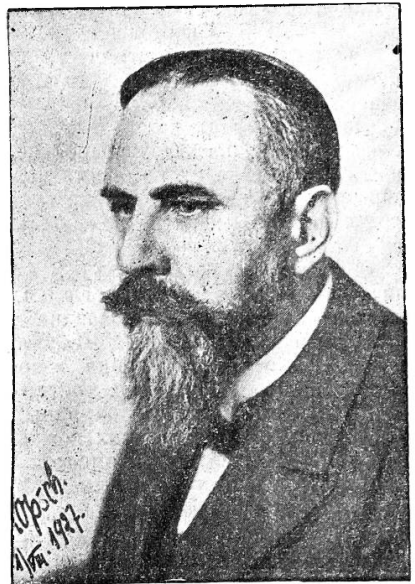
Проф. F. Keibel.

оригинальных препаратов знаменитого Albinus'a (1660); в нем же находится препарат скелетов мышей, расположенных на миниатюрной сцене, где они изображают музыкальный оркестр. В других металлических застекленных шкафах, стоящих поперечными рядами, собраны препараты, среди которых выделяется скелет голландца-великана, около $2\frac{1}{4}$ метров ростом; его туфли, хранящиеся в той же витрине, имеют около 2 четвертой длины. Там же имеются очень хорошие реконструкции:

проф. Вгаи's'a (Гейдельберг)—желудочков мозга, Liegler'a (Фрейбург)—разных стадий развития головного отдела нервной системы и топографии ядер продолговатого мозга. В богатой библиотеке института имеется мемориальная доска в память Johannes'a van Nогге'a. Просторный секционный зал Института, с 40 мраморными столами, освещен 4 большими окнами в 3×3 сажени величиной каждое. Перед залом устроены 3 ряда шестигранных фарфоровых раковин умывальников с горячей и холодной водой. Труны подаются на лифте и подвозятся на тележке-столе. По соседству расположен Studiensaal—обширная комната с витриной, содержащей серии окрашенных кармином препаратов—срезов мозга, среди которых интересна модель коры головного мозга с внутренней стороны Steiger'a (Лейпциг). Прекрасны также стереоскопические атласы препаратов органов по всем отделам анатомии, которыми очень охотно пользуются студенты. Трупный материал хранится в 20 цементных ваннах, в 3½×2 арш. величиной каждая, наполненных 50% раствором карболки. Для инъекций сосудов употребляется формалин (2 литра на 6 литров воды). Штат Института состоит из профессора, прозектора, лектора и 6 ассистентов. Кабинеты профессора и прозектора, с отдельными лабораторными комнатами, очень уютны. В сообщающемся с библиотекой кабинете профессора висит очень интересная коллекция старых гравюр—портретов нидерландских анатомов Лейденского университета.

Из голландских институтов мною был осмотрен еще Институт по изучению мозга в Амстердаме, директором которого состоит проф. Aricns Rappers. Институт расположен в специальном многоэтажном доме, отличается прекрасным оборудованием и содержит чрезвычайно богатое собрание серий микроскопических препаратов мозга всех представителей позвоночных, а также богатую коллекцию макроскопических препаратов мозга. Проф. Rappers чрезвычайно любезно продемонстрировал мне все отделения Института и принес благодарность за присланный ему в 1926 г. Казанским анатомическим театром татарский мозг. Анатомический театр Амстердамского университета мне осмотреть не удалось, так как он в эти дни был заперт, за отъездом всех работников его на каникулярное время.

Возвратившись в Берлин и продолжая работу у проф. Keibel'a, я параллельно познакомился с 1 Анатомическим институтом Берлинского университета, директором которого состоит проф. Fick. Последний, при содействии проф. Kopsch'a, любезно показал мне все учебно-вспомогательные отделения Института. Там же мне удалось детально познакомиться с методами консервирования, практикуемыми в Институте, инъекцией, постановкой мацерационного дела и методами ведения занятий по анатомии. Богатый музей кафедры содержит много чрезвычайно интересных и ценных препаратов, из которых отмечу препараты конечностей людей и животных, изготовленных по методу Virchow'a-сына. Метод этот



Проф. Kopsch.

состоит в том, что, после удаления мягких частей, с одной стороны удаляется часть связок, и препарат заливается в гипс до половины, после чего удаляют с другой стороны связки и снова заливают с этой стороны, а после мацерации кости связывают в их естественном положении согласно гипсовым следам. Там же хранится реликвия—препарат Theodor'a Schlemm'a артерий и вен лица, отпрепарованных с обеих сторон, прекрасно сохранившийся, а также много других.

Закончив свою работу у проф. Keibel'a, я направился в Лейпциг, где посетил Анатомический институт местного университета и познакомился детально с методикой преподавания анатомии, способами консервирования и хранения труп-

ного материала, принятыми там, и богатым анатомическим музеем, где должен отметить многочисленные прозрачные препараты, изготовленные по методу проф. *Spalteholz* им самим. Директором Института нормальной анатомии в Лейпциге состоит проф. *Held*.

Из Лейпцига я переехал в Гейдельберг, где также посетил Анатомический институт, овеянный славой *Gegenbaur*'a. В настоящее время директором его состоит проф. *Kallius*. Познакомившись здесь с методами преподавания анатомии и с методикой консервирования и мацерации, я особое внимание уделил сравнительно-анатомическим коллекциям здешнего анатомического музея. Там же, в прекрасно устроенной и богатой библиотеке Гейдельбергского университета, я собрал интересующую меня литературу по вопросу вегетативной нервной системы. Надо отметить, что в Гейдельбергском университете д-р *Hirt* читает специальный курс анатомии автономной нервной системы.

Следующим университетским центром, который мне удалось посетить, был Фрейбург. Старый Анатомический институт *Wiedersheim*'a был разбит бомбой английского летчика в последнюю войну и значительно пострадал от пожара. В настоящее время он расширен и реставрирован совершенно, если не считать погибших сравнительно-анатомических коллекций покойного *Wiedersheim*'a. Директором Института состоит проф. *V. Müllendorff*. Здесь я познакомился с методикой преподавания анатомии, консервированием материала, мацерацией, штатом, количеством студентов и пр., а также с интересным музеем Института, где собраны большие антропологические коллекции и скелеты крупных млекопитающих: молодого слона и др.

Из Фрейбурга я переехал в Мюнхен, где также посетил Институт нормальной анатомии, для которого более соответствующим было бы называться анатомическим дворцом. Проф. *I. Rückert* подробно описал его в своей книге «*Die Neue Anatomische Anstalt in München*», изданной в 1910 г. Его открытие состоялось в 1908 г., и по настоящее время из всех осмотренных мною анатомических институтов Германии, Австрии, Голландии и Франции он произвел на меня своим рациональным устройством, архитектурным великолепием, а также своей необыкновенной приспособленностью для нужд анатомической работы и оборудованием, исключительное, я бы сказал даже—единственное впечатление. Трехэтажное здание с куполообразной ротондой посредине, охваченной пятью малыми полукругами и сообщаемой с двумя крыльями капитальных боковых корпусов, содержит в себе прекрасно оборудованные кабинеты и лаборатории, снабженные всем новейшим исследовательским инвентарем. Директором его состоит проф. *Siegfried Moller*.

Из Мюнхена я переехал в Вену, где прожил с 19 по 30/VIII, посещая I Анатомический институт проф. *I. Tandler*'a, занимающий правую половину большого 4-этажного здания, в левой половине которого расположен II Анатомический институт. Планировка помещения Института следующая: первый этаж—секционный зал для III курса и прозектории, второй этаж—секционный зал для I курса, кабинет директора и его лаборатория, третий этаж—секционный зал для II курса. В зале этом 15 столов, из них 10 мраморных овальных, с небольшим бордюром, на широких, массивных металлических ножках, куда приспособлен сток. Приблизительно такое же количество столов имеется и в остальных секционных залах. Аудитория вмещает около 600 человек и имеет 11 рядов сидений; в ней находится эпидиаскоп *Zeiss*a модели *Tandler*'a.

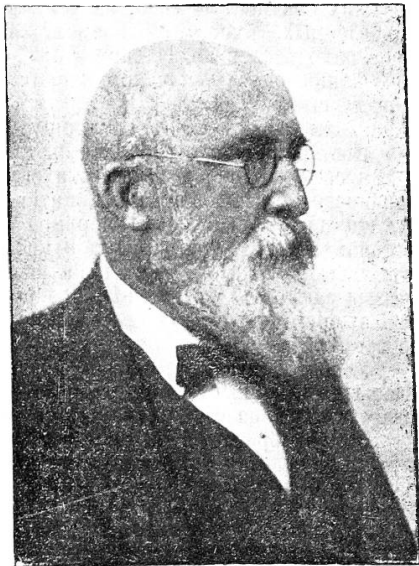
Консервируют трупы здесь 5% карболой, вливая 7—8 литров ее в *art. femoralis*; хранятся трупы также в 5% растворе карболовой кислоты; делается еще инъекция иглой в *pancreas* и небольшая—в *gland. parotis*, причем выписывается до 100,0 куб. с. 5—10% формалина. Мацерация свежего трупного материала производится следующим образом: 14 дней препарат держится, без смены воды, при 37—40°, в баках с двойными стенками, в промежутке между которыми циркулирует по трубкам вода. В мацерационной Института имеется 5 таких баков и один подогревательный котел, а также обезжиривающий аппарат, действующий путем испарения бензина, пары которого освобождают жир из костей; одновременно обезжиривается в нем до 4 скелетов. Беление костей производится перекисью водорода, которою кости обрабатывают 2—3 часа при легком нагревании. Консервированные трупы мацерируются до 5 недель. Мозг фиксируется 10% формалином и насыщенным раствором поваренной соли, в котором он не всплывает и не тонет на дно. Для инъекций сосудов употребляют массу *Teichmann*'a на эфире или углероде; для практических занятий студентов сосуды не инъецируются.

Институт в учебное время функционирует с 8 до 12 ч. утра и от 2 до 6 ч вечера. Преподаватели руководят занятиями с 2½ до 5½ ч. дня. Зачеты принимаются ассистентами. За год в институт поступает в среднем до 40 целых трупов и до 200 вскрытых. Помощниками проф. Tandler'a являются 4 ассистента, из них один старший, 4 стипендиата-демонстранта и 4 специалиста-студента, участвующих в педагогической работе. В преподавательской комнате стоит шкаф с большим количеством реконструкций органов эмбрионов из воска, покрытого медной коркой гальванопластическим способом; таким образом обеспечиваются детальность структуры и прочность моделей.

Директором II Анатомического института состоит проф. F. Hochstetter. Институтом занята такая же площадь, как и площадь I Института, но в левой половине здания. Аудитория расположена над аудиторией I Института, размеры ее такие же, распланирован и оборудован Институт так же, как и I. Занятия происходят здесь следующим образом: первый семестр с 15 октября по конец марта, причем до декабря проходится остеология и в начале декабря производятся 12 коллоквиумов по костям. Практикум по синдесмологии—плечевой, локтевой, коленный и тазобедренный суставы, кисть и стопа, причем каждый студент получает на препаровку по одному препарату; если задание выполняется плохо, то дается повторение. В конце семестра студенты занимаются препаровкой мышц, причем на 2 человека дается одна конечность; желающие препаруют еще гортань и гениталии. Лекции в первом семестре (6 часов в неделю),—остеологию, синдесмологию, миологию и спланхнологию,—читает сам проф. Hochstetter. Второй семестр—летний; лекции в этом семестре (сердце, сосуды, нервы, мозг и органы чувств) читает проф. E. Perkorf; практических занятий нет. Третий семестр—лекции, как и на I курсе, плюс практикум по ангиологии; группа в 6 студентов прорабатывает 2 трупа, сдают по 2 человека: 1) голову и шею, 2) грудь и руки, 3) живот и ногу, причем меняются областями препаровки; сосуды проходят не на инъекцированных трупах. Четвертый семестр—практические работы по анатомии мозга; каждый препарат на 2 студента. Контролируются зачеты записью в особую книгу. Пятый семестр необязателен, в этом семестре производится препаровка детских трупов.

Всех студентов I и II курсов во II институте работает 270 чел. одновременно (такое же количество, как и в I). Штат ассистентов здесь такой же, но в этом институте имеется 9 демонстраторов из врачей-волонтеров, которые отбираются по конкурсу препаратов. Количество взрослых трупов за год здесь приблизительно то же, что и в I Институте; детских трупов—целых 43, вскрытых—25. На экзамен приглашаются одновременно четверо студентов; производится он с 10 ч. утра до 2 ч. дня, причем сначала практически отрабатываются заданные области на трупах, а после этого задаются теоретические вопросы из всех отделов анатомии. В институте проф. Hochstetter'a я так же, как и в Берлине, занимался методикой графических реконструкций ганглиев симпатической нервной системы,

На оба Венских анатомических института имеется один фундаментальный великолепный анатомический музей с громадным количеством препаратов, среди которых много инъекционных препаратов Hurl'a, скелеты великанов, несколько скелетов детей и взрослых, обвитых скелетом удава (скелетная группа «Лаокоон»), 80 черепов из России, подаренных музею проф. Грубером, прекрасная серия влажных препаратов симпатической нервной системы и др. Венские институты располагают также очень богатой анатомической библиотекой.



Проф. F. Hochstetter.

В Вене я имел также случай видеть очень интересное старинное анатомическое собрание восковых моделей Josephinum'a, помещающееся на Waringerstrasse, 25. Это собрание содержит восковые анатомические препараты по всем отделам анатомии, среди которых особенно интересны сленки целых распренарированных трупов. Музей этот сделан итальянскими профессорами Felice Fontana и Paolo Mascagni для Josephs-Akademie в 1786 году.

Из Вены я проехал в Париж, где пробыл с 3/IX по 18/IX, причем познакомился с Анатомическим институтом, помещающимся на Place de l'Ecole de médecine, 12. Институт этот находится в большом здании во дворе. Лаборатория директора Института, проф. Nicolas, помещается изолированно. В ней имеется серия гипсовых раскрашенных слепков шеи, кишечника *in situ*, почек, мозга, мочевого пузыря и т. д.,—всего 19 моделей, очень интересно выполненных.

В Институте имеется громадная аудитория с проекционным аппаратом, скамьями на металлических устоях и верхним светом со стеклянного потолка. Далее, 2 больших секционных зала, из коих в каждом имеется по 18 столов, просторно устроенных, вмещают одновременно в норме до 60 студентов. Хранилище для трупов находится в подвальном этаже, где стоит 8 больших ванн для трупов (кроме того 3 ванны находятся в коридоре); наливку трупов производит служитель, по обычному способу. Есть в Институте и особый зал с хорами для производства экзаменов и зачетов на 8 секционных столах.

Помещение Института любезно продемонстрировал мне проф. A. Novelaque, так как сам Nicolas был в отпуску. Лабораторию Novelaque'a, состоящую из кабинета и залы, я посещал, интересуясь его работами и работами его учеников по анатомии симпатической нервной системы, препаратка которой ведется там простой методикой, без окраски и кислот, а только с помощью лупы-очков и игол. Результаты работ Novelaque'a выпущены им в 1927 году в виде объемистого тома под заглавием «Anatomie des nerves craniens et rachidiens et du systeme grand sympathique chez l'homme»; исследования эти продолжаются им и по настоящее время.

Учебный музей Института содержит 24 шкафа глицериновых препаратов. Общее впечатление от оборудования Парижского института уступает впечатлению, производимому аналогичными немецкими учреждениями.

На университетском дворе, в здании XV века, принадлежавшем ранее монастырю, помещается богатый музей патологической анатомии Duprütgen'a, содержащий много интересных костных препаратов, который я осмотрел так же, как и Институт Pasteur'a.

Рефераты.

а) Физиология.

551. *К вопросу о мочеобразовании.* Как известно, процесс мочеобразования различными авторами объясняется различно: по теории Ludwig'a в почечных клубочках выделяются все составные части мочи, а в канальцах моча концентрируется, благодаря всасыванию воды; по Bowman'у и Heidenhain'у в клубочках выделяются вода и хлористый натр, в канальцах—остальные части мочи. Проф. К. А. Буйневич (Рус. клин., 1928, № 49) полагает, что, наоборот, вода и хлористый Na выделяются в канальцах, в клубочках же—мочевина, мочевая кислота и др. составные части мочи, в обмен на всасывающийся здесь обратно хлористый Na; в клубочках же, благодаря обратному всасыванию воды, происходит и концентрация мочи. Р.

552. *К физиологии обоняния.* На основании ряда опытов, поставленных на собаках, д-р С. Ф. Гамаюнов (Вест. рино-л.-от., 1928, № 2) нашел, что и у собак, как и у человека, существует с одной стороны инспираторное обоняние, с другой—экспираторное, причем последнее значительно слабее первого. Между этими двумя формами обоняния существует прямая зависимость, а именно, чем выше инспираторное обоняние, тем значительнее и экспираторное. Р.

б) Инфекционные болезни и иммунитет.

553. К консервированию диагностических сывороток и бактериальных эмульсий. J. Dağanlı (Deut. m. W., 1928, № 28) рекомендует для этой цели прибавку 1,20-й части раствора сулемы (1 грм. чистой сулемы на 250 грм. физиологического раствора поваренной соли). Действительность гемолизинов, преципитинов и агглютининов сохраняется при этом до 2 лет. С. Г.

554. К профилактике гриппа. Kress (Fortschr. d. Ther., 1928, № 12) рекомендует для этой цели малые приемы креозота, особенно в виде так называемых карбазотовых пилюль, состоящих из 0,05 креозота в каждой с древесным углем. С. Г—в.

555. Брюшной тиф и канализация в Праге. По данным проф. G. Salus'a (Med. Klin., 1928, № 30) до введения канализации в Праге ежегодно заболело брюшным тифом 400—500 чел. и умирало 67—70; когда канализация была закончена, заболеть стало в среднем по 150 чел. с 20 смертями, а по снабжении города безукоризненной питьевой водой соответственные цифры понизились до 60 и 6. С. Г.

556. Сывороточное лечение пневмонии. За последние годы было, особенно в Америке, произведено много попыток лечить пневмонию специфической сывороткой, выработанной для 4 встречающихся типов пневмококка. Такие опыты, между прочим, произвел Lechner (Klin. Woch., 1928, № 28) с сывороткой типа I Ноесхст'овской фабрики, а также с поливалентной. У больных определение типа пневмококка производилось исследованием втечении 6—8 часов кусочка мокроты, при внутрибрюшном посеве у свинки. Выпрыскивалась сыворотка в вену, очень медленно, а за 4 часа до того вводился 1 куб. с. ее подкожно, для десенсибилизации. Когда после выпрыскивания наступал озноб, больному вводился подкожно 1 куб. с. эфетонина. При этом даже в самых тяжелых случаях наблюдались падение t^0 и улучшение дыхания и пульса, хотя местный процесс не ускорялся. Поливалентная сыворотка действовала таким же образом, только антитоксически, но слабее. С. С—в.

557. Возбудитель скарлатины. Проф. С. И. Златогоров, В. И. Кудрявцева и Б. Л. Палант (Журн. микроб., т. V, вып. 2) в опытах с посевами обработанных культур скарлатинозного стрептококка и с заражением обезьян получили подтверждение своего предположения о тесном симбиозе этого микроба со скарлатинозным вирусом. В этом-то симбиозе и в активировании стрептококка указанным вирусом и лежит причина его патогенного действия на организм. В организме вирус скарлатины находится или в свободном состоянии, или в тесной связи со стрептококком, от которого, однако, он может быть отделен. Р.

в) Туберкулез.

558. К вопросу о врожденном tbc. Couvelaire, Valtis и Lacomme (Bull. d. gyn. et d'obst., 1928, № 1) описывает случай кесарского сечения, произведенного за 48 ч. до смерти матери, страдавшей tbc. Ребенок умер через 19 дней после рождения, причем вскрытие обнаружило у него бугорчатку легких, печени и селезенки. Авторы видят здесь несомненный случай врожденного tbc на почве передачи Кос'овских палочек через плаценту. Р.

559. Частота неверных распознаваний легочного tbc там, где его нет. К. Н. Blumel (Münch., m. W., 1928, № 29) на основании обширных наблюдений в заведываемой им санатории думает, что частота эта очень велика—более $\frac{3}{4}$ общего числа исследуемых. Всего чаще принимается за активный tbc инактивная бугорчатка, нередко также принимают за tbc эмфизему, бронхиальную астму, бронхоэктазии, бронхиты и межреберные нейралгии. Далее, поводом к диагностическим ошибкам зачастую являются невращения, болезни желудка, расстройства внутренней секреции, малокровие и иногда женские болезни (матки, труб, яичников). Вообще переоценка объективных данных в сторону диагноза легочной чахотки является гораздо более опасною, чем сравнительно более редкое запаздывание с диагнозом. Главные же причины ее—неверное толкование радиоскопических картин и данных обычного физического исследования, а также переоценка показаний больных. Всего этого и надо остерегаться. С. Г—в.

560. *К предсказанию при легочных кавернах.* По K. Kotter'y (Zeit. f. Tuberkul., Bd. 49, № 5) из всех чахоточных с пещерами, леченных в 1919—21 г.г. в здравнице St. Blasien, спустя 6—8 лет еще оставались в живых 21,5% (или 33%, если для тех, чья судьба осталась неизвестной, принять тот же %, что и для лиц, не потерянных из виду). Предсказание при кавернах теснейшим образом связано с качеством болезненного процесса: так наз. ранние формы дают много лучшее предсказание, чем формы поздние; третичные формы поддаются внутреннему лечению значительно слабее, а выпотно-прогрессирующие дают абсолютно-неблагоприятное предсказание. Клиническое излечение могло быть достигнуто только в 15% общего числа случаев, каковой % впрочем может быть увеличен мероприятиями хирургическими, за последние годы применяемыми все чаще и чаще. С. Г—в.

561. *Лечение ионтофорезом CaCl_2 тbc легких и бронхиальной астмы.* Б. Бродерзон и В. Стояновская (Физиотерапия, 1928, № 3) наблюдали положительные результаты от лечения ионтофорезом Са в случаях продуктивного, фиброзного тbc легких в состоянии субкомпенсации. Напротив, при открытом тbc легких в III стадии, хотя бы и компенсированном, применение этого метода противопоказано. При лечении тbc легких ионтофорезом Са должны применяться продольно расположенные электроды и сеансы небольшой интенсивности. Под влиянием этого метода в благоприятно протекающих случаях тbc легких отмечаются даже при амбулаторном лечении и сохранении трудового режима хорошее самочувствие больных, уменьшение болевых ощущений в грудной клетке, лучший аппетит, прибыль в весе и выравнивание т^в до нормы. Насыщение, при помощи ионтофореза, ионами Са in statu nascendi организма астматиков приносит особенную пользу в случаях, связанных с туберкулезными аденопатиями. Ионтофорез Са (длительные сеансы, значительная интенсивность тока) показан как во время астматического состояния, так и в светлые от астматических приступов промежутки. В положительных случаях от него получаются—уменьшение или полное исчезание приступов, ослабление одышки, улучшение общего самочувствия; исследование крови обнаруживает уменьшение эозинофилии. Л. Н. Клячкин.

г) Физиотерапия.

562. *Диатермия при атонических запорах.* По R. Roosen'y (Klin. Woch., 1928, № 28) ежедневное применение диатермии на живот в течение 1—2 недель весьма часто устраняет даже очень тяжелые запоры, причем действие это длится долгое время и по прекращении лечения. С. Г.

563. *Диатермия при базедовой болезни.* Н. Schwerdtner (Med. Klin., 1928, № 28) сообщает очень интересный случай излечения в 19 сеансов больной 26 лет. Сначала вернулись к норме глаза; частота пульса за 6 недель постепенно понизилась со 140 до 80, объем шеи уменьшился на 3 сант. С. Г—в.

564. *Применение токов d'Ars on va l'я и диатермии при кардиальных болях.* Рогачевский (Физиотерапия, 1928, № 1) на основании большого материала пришел к заключению, что токи d'Ars on va l'я обладают болеутоляющим действием, и применение их желательно при следующих сердечных заболеваниях: неврозах сердца, пороках сердца, незначительных миодегенерациях и миоастении. Что касается диатермии, то она является хорошим терапевтическим средством при коронарных страданиях. Применение ее здесь требует, однако, тщательной дозировки и контроля. Л. Н. Клячкин.

565. *Зимнее грязелечение хронических заболеваний суставов.* По наблюдениям Л. Клячкина (Вр. дело, 1928, № 17) зимнее вне сезона и вне курорта грязелечение некоторых форм хронических заболеваний суставов по своему терапевтическому эффекту мало уступает аналогичному лечению, проводимому на курорте. Опасения со стороны больных простуды или других осложнений в связи с зимним грязелечением—неосновательны. Ответная реакция организма на зимнее грязелечение аналогична реакции, получаемой от грязелечения на курортах в сезонное время. Наличие очагового обострения для последующего терапевтического эффекта необязательно. Благоприятные результаты от зимнего грязелечения получаются при ревматических, гонорройных, люэтических (в комбинации с специфической терапией) и травматических артритах; напротив, туберкулезные и эндо-кринотоксические артриты плохо поддаются зимнему грязелечению. Противопока-

зания к последнему одинаковы с противопоказаниями к курортному грязелечению. Успешность применения грязи в зимнее время и вне курорта при целом ряде заболеваний суставов и возможность проведения грязелечения амбулаторно, не отрывая больного от постоянной работы, заставляют признать развитие грязелечения вне сезона и вне курорта делом большой общественной важности.

Аутореферат.

566. *Лечение рожи ртутно-кварцевой лампой.* Бескер (М. т. W., 1927, № 12) получил прекрасные результаты от применения при роже лучей ртутно-кварцевой лампы: процесс немедленно перестает распространяться, температура падает, самочувствие больных улучшается. Указание некоторых авторов на отсутствие терапевтического эффекта автор объясняет слишком малой дозой лучей: он рекомендует сразу $1\frac{1}{2}$ эритемных дозы по Keller'у с повторением освещения в течение 3 дней. Методика эта применима и на грудных детях.

Л. Н. Клячкин.

д) Фармакология и токсикология.

567. *Об эфетонине.* По Gutmann'у (Fortschr. d. Ther., 1928, № 10), этот добытый из *ephedra vulgaris* алкалоид по показаниям своим одинаков с адренином, но может быть даваем и per os. Дозы по сравнению с адренином двойные. Действие наступает медленнее, но и держится дольше. Ядовитость эфетонина меньше, слабее и побочные явления гипертонического свойства. Иногда, будучи дан per os, он не действует, но в таких случаях порою возможно активировать его дачей соляной кислоты.

С. Г.—в.

568. *Изацен Roche*, как слабительное, весьма хвалит O. Nemetz (Med. Klinik, 1928, № 31), считая, что показания к нему почти неограниченны, и что он, среди массы новых средств этого рода, наиболее приближается к идеалу. Химически это средство представляет собою диацетил (оксифенил)-изотин, омыляющийся лишь в щелочном кишечном соке и отдающий здесь бисоксифенил-изатин, который собственно и действует.

С. Г.—в.

569. *К лечению отравлений лизолом.* А. Goldberger (Med. Klin., 1928, № 30) описывает случай, где девушка 18 лет, выпившая около 150 куб. с. лизола с целью самоубийства, была более $\frac{1}{2}$ часа без всяких признаков жизни, несмотря на возбуждающие и искусственное дыхание по Silvester'у и Laborde'у. Тогда ей вырыснут был лобелин внутримышечно, в количестве 0,02, а затем введено еще 0,01 его в вену. Через 3 минуты, при продолжавшемся искусственном дыхании, больная начала приходить в себя.

С. Г.

570. *К лечению отравлений цианистым калием.* K. Feysrabend (Klin. W., 1928, № 28) описывает случай, где у больного, который доставлен был в больницу умирающим, с признаками весьма тяжелого отравления синильной кислотой, после введения в вену 1,0 тиосульфата натрия через 2 минуты вернулось дыхание, затем пульс и, наконец, сознание. Спустя 2 суток он был выписан вполне поправившимся. Таким образом необходимый прием тиосульфата натрия при этом отравлении был не 0,1—0,2, подкожно, как пишется в учебниках, а 1,0 в вену.

С. Г.

е) Внутренние болезни.

571. *Табачное сердце.* По E. Moschcowitz'у (Journ. of Am. Med. Ass., 1928, № 10) курение табаку может вести к таким же припадкам, какие имеют место при грудной жабе на почве заболеваний вечных сосудов и аорты. Боли при „табачном сердце“ бывают обычно интенсивнее и длятся дольше, чем при настоящей *angina pectoris*, причем в большинстве случаев они сопровождаются лишь незначительными расстройствами сердечной функции, или же последние даже совершенно отсутствуют. Автор различает два вида „табачной грудной жабы“: с отсутствием всяких сердечных расстройств и с наличием припадков, указывающих на нарушение интравентрикулярной проходимости. При этой последней форме особенно важно совершенно прекратить больному курение табаку. Воздержание от курения, однако, зачастую несразу ведет к прекращению болей,—иногда последние продолжают и после того неделями, даже месяцами. Механизм „табачной грудной жабы“ неизвестен; всего вероятнее, тут играет роль спазм кровеносных сосудов.

Р.

572. *Митральный эндокардит с гипертензией.* Вопреки классическому взгляду, что сужение двусторонки сопровождается гипотензией, Dumas (Presse med., 1928, № 74) сообщает о 9 случаях митрального эндокардита с гипертензией, указывая также на аналогичные сообщения Gallavardin'a (4 случая) и Ralasse'a. Разбирая эти 9 случаев, проверенных аутопсией, автор отмечает, что а) комбинация митрального эндокардита и гипертензии встречается преимущественно у пожилых лиц (старше 50 лет); б) митральный эндокардит у этих гипертензиков часто просматривается; в) эта форма гипертензии у митральных эндокардитиков сопровождается систолическим или пост-систолическим шумом легкой недостаточности двусторонки и г) гипертензия бывает обусловлена в этих случаях эндокардитом (гипертрофии сердца и нефрита в случаях автора не было).

Н. Крамов.

573. *О нейрозах желудка.* W. Baensch (Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 36, № 6) убедился, что из общего числа предполагавшихся нейрозов желудка почти в 25% имелось какое-либо органическое заболевание—язва, воспаление желчного пузыря и т. д., а иногда причину предполагавшегося нейроза желудка были такие заболевания, как tabes.

С. Г—в.

574. *К лечению хронической язвенной дизентерии.* H. Metzger (Deut. med. W., 1928, № 33) в одном крайне тяжелом и упорном случае болезни добился выздоровления при помощи клизм из процеженной клизменной воды здоровых. Способ его заключается в следующем: здоровому человеку, незатронутость кишечника у которого удостоверена при помощи реакции агглютинации, а также путем бактериологического и паразитологического исследования испражнений, после очистительной клизмы делается промывание кишечника 1 литром обыкновенной воды, каковая потом процеживается через марлю и вводится больному дважды в день по 250 куб. с., подогретой до 40°, как длительный клистир. Больной автора быстро поправился и прибыл в весе на 8 фунтов. Избавление его от колита было удостоверено при исследовании X-лучами и ректоскопическим. Лечебный эффект в этом случае М. склонен приписать бактериофагам, которых много в кишечнике и у здоровых людей.

С. Г—в.

575. *Лечение колитов и проктитов параффином* рекомендует Schmitz (Fortschr. d. Ther., 1928, № 7). После очистительной клизмы вводится в кишечник 1/4 литра подогретого до 40° парафина, к которому прибавлены 2 столовых ложки порошка белой глины,—посредством шприца и кишечной трубки. Вливание делают в положении больного на правом боку, после чего больной ложится на спину, а затем на левый бок. Удерживать клизму надо возможно дольше. Потом кишечнику дается покой на 36—48 часов при помощи опия. Вливания повторяются смотря по случаю.

С. Г—в.

ж) Хирургия.

576. *Анестезия plexus brachialis в подключичной ямке.* Как известно, Valog предложил новый метод анестезии plexus brachialis, заключающийся в том, что игла вводится у вершины ргос. согасоидеі, параллельно ключице, в медиальном направлении под углом в 85° к столу, где лежит больной на спине. При таком введении игла на II ребре касается plexus'a. Kim (Zentr. f. Chir., 1928, № 23), производя опыты на трупах, убедился, что у некоторых индивидуумов тушь не распространяется по всему plexus brachialis, почему он производил вырыскивание половины раствора новокаина с адреналином (30—40 куб. с. 2% раствора) по методу Valog'a, а другую половину вырыскивал, направляя иглу медиально до середины подключичной ямки. Таким путем он в 70 случаях получил полное обезболивание без побочных осложнений, за исключением одного случая, где у больного в течение едeль держалась парестезия в пальцах.

И. Цимхес.

577. *Этиология эндемического зоба.* По Huguenin'y (Presse med., 1928, № 28) зоб развивается вследствие преувеличенных физиологических процессов роста, зависящих от различных факторов,—здесь сказывается влияние пола (преобладание женщин 5:1—3), этапов половой жизни (созревание, беременность, роды), наследственности (до 4-го поколения) и, наконец, «водяного» фактора. Доказано экспериментально, что недостаток солей и, в частности, иода в этиологии зоба роли не играет. Наоборот, загрязнение воды, повидимому, является главным этиологическим моментом (если вода загрязнена испражнениями больных зобом, у форелей развивается зоб; если вода дезинфицируется, то зоба не появляется).

М. Знаменский.

578. *Злокачественные опухоли щитовидной железы и их отношение к зобу у человека и животных.* Как у человека, так и у животных определено тесное сродство между эндемическим зобом и злокачественными опухолями щитовидной железы. Здесь почти неизменно злокачественные изменения исходят из доброкачественных тканевых пролифераций. Так, Wegelin (Cancer Review, 1928, № 7) указывает, что, напр., в Берлине, почти свободном от заболеваний зобом, злокачественные опухоли щитовидной железы составляют не более 0,09% секционного материала в то время, как в Берне, являющемся областью, где эндемический зоб достигает своего максимума в Европе, эти же опухоли составляют 1,04%. Bégarд и Dupet считают, что в зобных местностях щитовидная железа поражается злокачественными новообразованиями в 2,5—4% в то время, как в свободных от зоба местностях этот процент не выше 0,4—0,5. Эти же авторы утверждают, что злокачественные опухоли щитовидной железы в 75—85% развиваются в давно существующем простом зобе, и рассматривают последний, как преинвазивное состояние щитовидной железы. Все эти данные оказались вполне приложимыми и к животному миру: известно, что там, где встречается зоб у человека, у домашних животных он не менее част; и злокачественные опухоли щитовидной железы у животных в таких местностях тоже встречаются гораздо чаще. Этиологическая зависимость между двумя разбираемыми поражениями, по Wegelin'у, имеет большое значение для практической медицины, так как с уменьшением случаев эндемического зоба можно ожидать уменьшения и частоты опухолей щитовидной железы. Здесь автор большое значение приписывает профилактическому лечению эндемического зоба иодом. *Н. Вылегжанин.*

579. *Закрывание ампутированной культи кисетным швом.* Desgouttes и Ricard (Presse méd., 1928, № 24) в случае невозможности закрытия культи обыкновенными швами (гангренозные, инфицированные случаи и пр.) рекомендуют применять кисетный шов. Игла вкалывается на расстоянии 1/2 см. от края кожной раны (ампутация д. б. сделана по круговому способу) и выкалывается через промежуток в 1 см. Таким швом обметывается вся окружность раны, после чего, вложив в нее кусок марли, начинают стягивать шов и т. о. суживают рану до возможных пределов. Во время перевязок стараются этот кисет стянуть еще сильнее. Когда начнется рубцевание, нитку удаляют. Способ дает маленький, прочный, расположенный центрально рубец и чрезвычайно прост технически. *М. Знаменский.*

580. *О лечении вросшего ногтя.* Проф. К. Keschke (Zentr. f. Chir., 1928, № 39) рекомендует для лечения вросшего ногтя производить клинообразную экзизию с удалением основания ногтя. Для ускорения лечения он советует образовавшийся дефект тканей заполнять пересадкой кожи по Thiersch'у. *И. Цимхес.*

581. *Постоянный свищ желудка.* Stahнке (Zentr. f. Chir., 1928, № 26) описывает способ образования свищевого канала желудка из кожного лоскута на ножке. На 2 пальца ниже левого подреберья, в поперечном направлении, выкраивается лоскут кожи, основанием обращенный латерально. Лоскут этот на резиновом дренаже ушивается катгутовыми швами в трубку, эпидермисом обращенную внутрь. После этого рассекаются апоневроз и прямая мышца живота и вскрывается брюшная полость, желудок вытягивается в рану, и кожная трубка вшивается в его стенку подобно тому, как при операции Witzel'я дренажная трубка. В отверстие желудка вводится дренаж, производится перитонизация, и брюшная рана зашивается послойно. *И. Цимхес.*

582. *Антитоксическая coli-сыворотка при гнойных процессах в брюшной полости.* Д-р Н. Köhler (Zentr. f. Chir., 1928, № 39) в 14 случаях с хорошим результатом испытал метод Katzenstein'a—антитоксическую сыворотку против *bas. coli* для лечения coli-бациллярных перитонитов. При ограниченных процессах, где токсическое действие стоит на втором плане, сыворотка почти не оказывает пользы. При лечении этой сывороткой улучшаются общее состояние больных и сердечная деятельность. *И. Цимхес.*

583. *Применение препаратов наперстянки в до- и послеоперационном периоде.* Köhler (Zentr. f. Chir., 1928, № 24) наблюдал от применения этих препаратов хороший эффект в смысле устранения послеоперационной сердечной слабости и легочных осложнений. Профилактически автор давал наперстянку в виде суппозиторий 3 раза в день, или вводил ее внутривенно 2 раза

в день. После операции дача digitalis внутривенно 2 раза в день продолжалась— после больших операций в течение 8 дней. За последнее время B ü r g i, S t r a u s s и др. предлагают одновременно вводить в различных комбинациях: наперстянку, кофеин, стрихнин, сцилларен и строфантин. Автор применял из препаратов наперстянки дигитокрин, от которого видел верное и интенсивное действие.

И. Цимхес.

з) Акушерство и гинекология.

584. *О переносимых плодах.* По Sellheim'y (Münch. m. W., 1928, № 22) среди случаев чрезмерной продолжительности беременности следует различать 2 категории: в одном ряде этих случаев беременность оканчивается рождением чересчур большого плода, в другом— плод погибает еще в утробе матери вследствие расстройств питания. Как и всякая другая ткань, ткань плаценты имеет определенную продолжительность жизни, определяемую 280 днями. По истечении этого срока в ней начинаются регрессивные процессы, сказывающиеся на состоянии плода,— утолщение сосудистых стенок, выполнение межворсинчатых пространств фибрином, атрофия хориального эпителия и пр. Судить о начале этих процессов можно по биологическим реакциям в крови беременной, свидетельствующим о понижении функций плаценты. Раз это установлено, то для спасения плода необходимо искусственно прервать беременность, прибегая к разрыву плодного пузыря, назначению хинина и пр.

P.

585. *Усиление функции грудных желез облучением их горным солнцем.* Как известно, повышение отделения молока в грудях было до сих пор одной из труднейших задач терапии. По Vogt'y (Deut. med. Woch., 1928, № 33) эта задача решается очень просто: освещение грудей лучами искусственного горного солнца представляет собою простое, действительное и безвредное средство благоприятно влиять как на первичную, так и на вторичную гипофункцию грудей,— средство, позволяющее проводить в течение долгого времени естественное вскармливание грудных детей без перевода их на искусственное питание.

P.

586. *Инсулин при токсикозах беременности.* Loeser (Zentr. f. Gyn., 1928, № 22), применив инсулин в комбинации с глюкозой в 45 случаях токсикозов (анцидозов) беременности, получил от такого лечения весьма благоприятные результаты: рвота беременных, дерматозы, эклампсизм и эклампсия частью вполне излечивались, частью давали поразительное улучшение. При этом в отчаянных случаях hyperemesis gravidarum автор давал ежедневно, в 2 приема, от 10 до 40 единиц инсулина подкожно, предварительно вводя на каждую единицу инсулина 2—4 грм. глюкозы per rectum или внутривенно. При эклампсии инсулина давалось от 20 до 40 единиц, глюкозы же— от 1 до 2 грм. на каждую единицу, per os или внутривенно.

P.

587. *Адреналин, как средство для расслабления контракционного кольца во время родов,* рекомендует R u c k e r (по Berich. ü. d. ges. Gyn., Bd. 13). Образование контракционного кольца является таким осложнением, при котором выжидание было бы ошибочно. Наркотики здесь не помогают. Иногда помогает амилнитрит, иногда горячие ванны. Форсированное извлечение плода щипцами или попытки к повороту могут кончиться катастрофически. N i e k s делает декапитацию, затем поворот (!), L o c h r a n e советует декапитировать или краниотомировать, а затем произвести sectio caesarea. Более оптимически смотрит на дело H a g r e g, который производит роды per vias naturales, после того, как судорога прекращена глубоким эфирным наркозом. Автор предложил адреналин, т. к. считает, что образование контракционного кольца есть следствие повышенной раздражимости парасимпатической нервной системы. Из 10 случаев применения адреналина в 9 у него получился полный эффект.

А. Тимофеев.

588. *Грязелечение и электроионотерапия при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы.* Д. Е. Шмундак и Г. Л. Каневский (Вр. дело, 1928, № 17) проводили чистое грязелечение, а также грязелечение в комбинации с электроионотерапией подистым калием. При первом они имели выздоровление в 19%, значительное улучшение— в 50% и незначительное улучшение— в 36%, при втором % выздоровлений повысился у них до 36, значительных улучшений— до 45 и лишь в 15% они получили незначительное улучшение.

ние. Данные эти лишний раз подтверждают, что вопрос о повышении лечебного эффекта грязелечения при помощи комбинированных методов лечения заслуживает самого серьезного внимания.

Л. Н. Клячкин.

и) Педиатрия.

589. *Профилактическое применение антискарлатинозной сыворотки* René, Martin и Laffaile (Soc. de Ped., 1928, № 7) сообщают результаты применения антискарлатинозной сыворотки, приготовленной в Pasteur'овском институте по принципу Dick'a. При одной эпидемии, возникшей в июле 1927 г., из 85 заключенных в возрасте 12—18 лет реакция Dick'a оказалась положительной у 27, и этим лицам немедленно была вприснута антискарлатинозная сыворотка (по 20 к. с. лицам старше 14 лет и по 10 к. с. — более молодым); в течение 3 недель после этого не было заболеваний, но затем снова 2 из давших положительную реакцию заболели скарлатиной. Во время другой эпидемии, в одном сиротском доме, на 52 детей 5 дали положительную реакцию Dick'a; после введения им сыворотки р. Dick'a при ее проверке каждые 8 дней оставалась отрицательной, на 4-й неделе сделалась слабо-положительной и, наконец, стала снова резко-положительной; эпидемия скарлатины, прекратившаяся было на это время, возобновилась спустя месяц, трое из указанных 5 детей заболели скарлатиной, тогда как все дети с первоначальной отрицательной реакцией Dick'a остались здоровыми. Из этих наблюдений авторы делают вывод, что введение антискарлатинозной сыворотки делает реакцию Dick'a отрицательной и в большинстве случаев дает пассивный иммунитет, длящийся, однако, короткое время — не более 3—4 недель. Тот факт, что эпидемии в обоих случаях возобновлялись спустя 3 недели — 1 месяц после эвакуации всех больных скарлатиной, говорит за существование носителей скарлатинозных возбудителей, поддерживающих и распространяющих инфекцию, как и при дифтерии.

И. Тарнопольский.

590. *Результаты лечения сывороткой тяжело больных скарлатиной.* У 22 тяжело больных скарлатиной Nobesourt, Martin и Bizé (Soc. de Ped., 1928, № 7) применили антискарлатинозную сыворотку Debré, Lamu и Bonnet, по технике изготовления близко стоящую к сыворотке Dick'a и равносильную по титру 10.000 дозам Dick'a в 1 к. с. Лечение это, хотя своевременно и в достаточной мере примененное, не оказало никакого терапевтического эффекта на ранние, ни профилактического действия — на поздние осложнения болезни. Все же авторы допускают благотворное влияние сыворотки на некоторые осложнения, как ревматизм, эндокардит и нефрит, в отношении же действия ее на основную болезнь (скарлатину) вывод делается на основании 19 случаев достаточно леченных (из 22 приведенных случаев 3 окончились смертью вследствие недостаточного или позднего применения сыворотки), из которых 6, т. е. 31¹⁰/₁₀₀, кончились летально вследствие вторичных или сопутствующих инфекций, а в остальных были получены благоприятные результаты. Авторы не ставят эти фатальные исходы в прямую зависимость от самой скарлатины и, следовательно, не видят в них аргумента против благотворного действия на последнюю сыворотки. Во всех приведенных случаях, включая и те, которые кончились смертью от последующих осложнений, тяжелое токсическое состояние вначале болезни в течение 24—48 часов после введения сыворотки сменялось значительным улучшением: наблюдались падение t^0 , замедление и усиление пульса, прекращение рвоты, бреда и возбуждения, а также исчезновение сыпи. Такая критическая перемена в состоянии больного совершенно противоположна обычному для скарлатины лизису.

И. Тарнопольский.

591. *Сывороточное лечение цереброспинального менингита у детей.* По наблюдениям Н. А. Эйслера (Педиатрия, 1928, № 4) антименингококковая сыворотка является строго-специфическим, хорошим, а часто и могучим средством в борьбе с цереброспинальным менингитом. При ее применении в удачных случаях наблюдаются быстрое улучшение болезненных симптомов и самочувствия, прояснение сознания и быстрое возвращение к норме церебральной жидкости. При менингите у грудных детей сыворотка эта, однако, в некоторых случаях остается без эффекта. Для успешного действия она должна применяться возможно раньше, в достаточных количествах, ежедневно, а в тяжелых случаях и дважды в день, и непременно интраспинально.

Р.

592. *К лечению афт.* По J. Basch'y (Deut. med. W., 1928, № 29) в некоторых случаях этой болезни хорошо действуют смазывания афт раствором неосальварсана или неозильберсальварсана.

С. Г.

к) Жевропатология и психиатрия.

593. „Мизинцевый феномен“. По Н. Hoffу и Р. Schilder'y (Deut. med. W. 1928, № 29) отведение мизинца при вытягивании руки есть важный признак органических заболеваний нервной системы. Наблюдается оно при расстройствах чувствительности, повреждениях мозжечка и функциональных расстройствах других механизмов хватания и держания. С. Г.

594. Мозговые расстройства при злокачественном малокровии. Е. Weil и R. Cahen (Presse med., 1928, № 60) указывают, что в клинической картине пернициозной анемии могут доминировать мозговые расстройства, затрудняя ее диагностику. Cabot и Wolman и отмечали психические расстройства, — именно, умственную слабость и меланхолию, — в 25—35% всех случаев этой болезни. Характер расстройств при этом очень разнообразен: они или депрессивны, или типа возбуждения, — последнее чаще; обычно преобладает бред преследования со слуховыми и зрительными галлюцинациями. Менее часты простое возбуждение, дезориентация, амнезия и т. п. С улучшением общего состояния и нарастающим эритроцитозом, — при лечении по способу Whipple'a или инсулином, — все эти расстройства исчезают много раньше, чем наступает полная регенерация крови. Mathieu и Dragagnesco объясняют эти психические расстройства поражениями участков мозга (небольшими мозговыми кровоизлияниями), сам же автор, учитывая излечимость их, считает их результатом функциональных беспорядков, вероятно токсического характера, зависящих от интоксикации мозга, которая, однако, в далеко зашедших случаях может привести и к анатомическим поражениям. Н. Крамов.

595. Лечение хронических головных болей, невралгий тройничного нерва и бессонницы диатермией. Raab (Ztschr. f. d. ges. phys. Th., 1927, B. 33) при головных болях и мигрени, хотя бы страдание продолжалось много лет, рекомендует диатермию. Он получал значительное улучшение, а во многих случаях и полное выздоровление. С прекрасным результатом R. лечил также больных, течение нескольких недель страдавших агриппией, — после нескольких сеансов диатермии к больным возвращался сон. R. полагает, что в мозгу и в других органах под влиянием разного рода раздражений возникают длительные спазмы артерий, и эти спазмы исчезают под влиянием диатермии. Л. Н. Клячкин.

596. Конституция наркоманов. М. И. Рябова (Мед. об. нижн. Поволжья, 1928, № 3—4) нашла, что по строению тела все наркоманы, включая и алкоголиков, — главным образом астеники, атлетики или астенико-атлетики; пикники попадают среди них очень редко, причем среди женщин больше астеников и пикников, чем среди мужчин. Среди алкоголиков гораздо больше атлетиков и меньше астеников, чем среди других наркоманов. Пикническое строение тела у алкоголиков встречается редко, у наркоманов других групп совсем не встречается. По характеру наркоманы состоят из представителей 2 типов — циклоидного и шизоидного, причем первый значительно преобладает над вторым. Между строением тела и характером нет соответствия, — при циклоидном характере имеет, напр., место несвойственное ему астеническое, атлетическое и атлетико-астеническое сложение тела. В происхождении наркомании главную роль играют внутренние, наследственные моменты, в особенности алкогольное отягощение. Р.

л) Дерматология.

597. К этиологии и распознаванию риносклеромы. На основании опытов с реакцией связывания комплемента, по Bordet-Gengon при риносклероме Р. Б. Грагера и О. Г. Калина (Рус. вест. дерм., 1928, № 4) нашли, что реакция эта обнаруживает действительную специфичность для данной болезни палочек Fritsch'a, и, когда клиническая и гистологическая картины не дают достаточно убедительных данных, указанная реакция может служить ценным диагностическим методом. Для правильной постановки ее с палочкой Fritsch'a необходимо, однако, строго дозировать антиген и амбоцептор. Р.

598. К этиологии красной волчанки. Ф. Коляда (Р. вест. дерм., 1928, № 7) исследовал у 25 больных, страдающих красной волчанкой, кровь и мочу при беспупирной диете на содержание мочевои кислоты и нашел увеличение ее в крови при одновременно уменьшении в моче в 44% всех случаев. Реакция Pirquet, за исключением одного, у всех больных оказалась отрицательно и клинически

ни у одного из них не было найдено признаков тбс. Автор делает предположение о важной роли сенсibilизации кожи мочевой кислотой и внешнего раздражения сильным освещением в этиологии красной волчанки. С. Биккенин.

599. *К вопросу об обмене веществ при кожном зуде.* К. Г. Патаканьян (Р. в. дерматол., 1928, № 7), исследуя мочу 80 больных с кожным зудом, нашел резкое понижение обмена веществ и повышение NaCl. 8 больных с особенно сильным зудом были проведены на ахлорированной диете, причем у них повторно исследовалась моча и параллельно наблюдалось течение болезни. Количество NaCl в моче в большинстве случаев было прямо пропорционально интенсивности зуда, с уменьшением же содержания NaCl в моче уменьшался зуд. Это дает автору право рекомендовать при каждом зуде исследование обмена веществ.

С. Биккенин.

600. *Лечение экземы кальцием.* Испробовав в 11 случаях экземы внутривенные вливания 10% раствора хлористого кальция в дозе от 4 до 10 к. с., с 3-дневными промежутками, М. А. Ротенберг (Днепр. мед. ж., 1928, № 7—8) остался очень доволен полученными результатами. По его наблюдением кальций действует на экзematозный процесс успокаивающе и противовоспалительно. Особенно резко сказывается эффект его в случаях острой экземы и именно таких, где имеются налицо расстройства со стороны симпатической нервной системы и понижение содержания кальция в крови. Общее число вливаний в случаях автора доходило до 13. Р.

Рецензии.

Проф. М. П. Кончаловский и д-р Н. П. Золотарева. *Сахарная болезнь, ее диагноз и лечение.* Гос. Издат. 1928. 187 стр. Цена 1 р. 50 к.

Если до войны диабет был чаще всего болезнью обеспеченных классов, то в настоящее время во всех странах, в том числе и у нас, замечается учащение случаев диабета среди массы населения, и, что еще любопытнее, несомненно увеличилось число юношеских, тяжелых форм болезни. Это обстоятельство, а также открытие и широкое применение инсулина и особенно появление на рынке инсулина нашего производства, заставило практического врача значительно больше, чем это имело место раньше, интересоваться и диабетом, и его лечением. Книга проф. М. П. Кончаловского и д-ра Н. П. Золотаревой появилась поэтому как нельзя больше кстати, отвечая назревшему спросу широких кругов врачей.

При небольшом объеме книги авторам удалось уложить в нее огромный и хорошо разработанный теоретический и практический материал и дать не только литературный обзор, но и ряд ценных собственных клинических наблюдений.

После краткого исторического введения следует очень сжатая глава об этиологии диабета; может быть, здесь было бы правильно более подробно остановиться на роли инфекции для объяснения причины учащения диабета, в особенности юношеских форм его. Имея, очевидно, в виду чисто-практическую цель книги, авторы очень сжато излагают патогенез диабета, приведя, однако, схему Martinet и упомянув о гипотетическом пока гликемине Lowy.

Более подробно изложены симптоматология, клиника и осложнения диабета, а также комбинация диабета с другими заболеваниями. Кратко, но вполне понятно и практически приведена методика определения сахара в моче и в крови, ацетонных соединений и важнейшие методы изучения азотистого обмена.

Мне кажется, что, говоря о клинической картине диабета, мышечную слабость и усталость едва ли правильно называть малыми симптомами его. Я видел много раз (на днях у одного врача), что именно эти симптомы, — немотивированная усталость и слабость при хорошем аппетите, без всякой видимой полидипсии и полиурии, — заставляли искать диабет и наводили врача на мысль о латентной гипергликемии — скрытом диабете; ведь это именно и гармонирует с прекрасной мыслью авторов, подчеркиваемой ими во всей книге, что диабет — не только болезнь обмена углеводов, но и нарушение всего и, в частности, азотистого обмена веществ; это подтверждается то и дело детальными собственными наблюдениями авторов. Едва ли также полиурию и полидипсию можно свести на переполнение печени глюкозой и нарушение регуляции одного обмена воды (печенью?).

Особенно подробно и удачно изложено лечение диабета. Диететическому лечению отдается по праву много места, и, что особенно ценно, приведены все важнейшие линии практического поведения врача при разработке индивидуальной диеты диабетика. Несомненно, эта глава очень облегчит врачу весьма трудную задачу конкретно установить пищевой режим больного. В еще большей степени это относится к назначению инсулина, где достаточно подробно изложены показания и методики инсулиновой терапии, и отводится место новым синтетическим средствам, предложенным для лечения диабета (синталин). Очень кстати рассматривается вопрос о лечении инсулином диабета, осложненного туберкулезом легких. Ряд таблиц состава пищевых средств и краткое, но ценное изложение техники диабетической кухни заслуживают особой признательности врача, а литературный указатель важнейших работ по диабету облегчит интересующемуся возможность глубже изучить проблему сахарной болезни и ее лечения.

Книга, несомненно, полностью выполнила свое задание и получит широкое распространение—тем более, что она является первой оригинальной русской книгой о диабете в современном его понимании.

Проф. Р. Лурия.

Проф. М. Г. Курлов. Классификация сибирских целебных минеральных вод. Томск. 1928. 73 стр. Цена 1 рубль.

Классификация Сибирских минеральных вод проведена по принципу, предложенному проф. Курловым в 1921 г. Автор обозначает состав минеральной воды в виде дроби, числитель которой изображает в миллиграмм-эквивалент-процентах анионы, а знаменатель—катионы. Перед дробью ставится число, определяющее в граммах общую минерализацию данной воды.

Я считаю формулу, предложенную проф. Курловым, очень удачной, ибо она дает наглядное представление не только об ионном составе, но и о вероятном солевом составе минеральной воды: по процентной формуле анионов и катионов легко воспроизвести ту приблизительную комбинацию солей, которую до сих пор привыкли руководить врачи при назначении минеральных вод больным. Таким образом схема проф. К. облегчает разрешение уже давно стоящего на очереди в бальнеологии вопроса о переходе от солевой таблицы к более правильной—ионной. По сравнению с общепринятыми таблицами изображения состава минеральных вод и по сравнению с таблицами, изданными проф. К. в 1921 г., опубликованные им в настоящее время таблицы Сибирских вод отличаются еще одной особенностью: грамм-ионы заменены в них миллиграмм-ионами. Это нововведение вполне целесообразно и представляет удобство, потому что при незначительном количестве веществ в миллиграммах, чем в долях грамма. Вообще предложенные проф. К. схемы по своей наглядности представляют большой шаг вперед, и пользование ими может облегчить преподавание бальнеологии.

Несомненно удачным кажется мне использование проф. К. термина „специфические воды“. Этот термин был предложен мною в 1910 г., и в класс «специфических вод» мною отнесены воды, бальнеодинамическое действие которых обусловлено не преобладающими составными частями солевой массы, а «специфическими» ее частями, находящимися в них в весьма незначительном количестве. Проф. К. значительно расширяет это понятие специфических вод, включая в таковые и углекислые, и химически безразличные воды, имеющие температуру выше 20°C. Мне кажется, что установление таких различных критериев вносит в учение о специфических водах неясность и нарушает стройность классификации: установление специфичности минеральных вод по их температуре может только запутать вопрос, а углекислые воды, минерализация коих идет главным образом за счет их углекислоты, совершенно не подходят к основному принципу «специфических вод»—их характеристике по составным частям, находящимся в водах в весьма незначительном количестве. Поэтому я думаю, что термин „специфические воды“ следует сохранить в том виде, как он предложен мною.

Второе замечание, которое приходится сделать по поводу брошюры, относится не к существу затронутых в ней вопросов, а к форме, не вполне соответствующей тому значению, которое я придаю схемам проф. К. Дело в том, что помещенные в брошюре таблицы анализов содержат очень большое число ошибок, в значительной степени зависящих от неправильных вычислений. Укажу для примера лишь на некоторые из замеченных мною ошибок.

Неправильные числа миллимолей приведены в табл. 5 для кальция (9,86 вместо 4,93), для сульфатного иона (50,9 вместо 9,3), в табл. 11 для кальция (0,32 вместо 0,159), для магния (0,18 вместо 0,09), для сульфатного иона (1,5 вместо 0,38),

для карбонатного (3,1 вместо 0,76), в табл. 33 для кальция (119,6 вместо 59,8). Что это—не простые опечатки, видно из того, что в ряде таблиц одновалентные ионы неправильно перечислены на эквиваленты путем умножения миллимоль на 2 (см. табл. 7, 14, 24 и 49 относительно гидрокарбонатного иона, табл. 42 относительно хлора); наоборот, для двухвалентных ионов во многих таблицах это умножение на 2 не произведено (см. табл. 3 для кальция, табл. 8—для сульфатного иона, табл. 31—для карбонатного). Есть и многие случайные ошибки. Так, в табл. 5 эквивалент-процент натрия указан 21,5 вместо 62,2, на табл. 17 миллимоль гидрокарбонатного иона указана 10 вместо 17, в табл. 45 миллимоль магния указана 69,3 вместо получаемой путем вычисления 66,8, а миллиграмм-эквивалент его вычитан 9,6 вместо 123,6. В таблицах 4, 16 и 22 сумма ионов показана не в миллиграммах, а в долях грамма. Все эти и многие, им подобные, недосмотры, конечно, не могут быть замечены даже врачами, знакомыми с бальнеологией, ибо к анализам принято относиться, как к чему-то твердо установленному и не внушающему сомнений. Еще с большим доверием отнесутся к этим таблицам врачи, только приступающие к изучению бальнеологии, но, если по таким таблицам они захотят научиться пересчету аналитических данных для составления правильных формул минеральных вод, то этого, конечно, они сделать не смогут.

Мне кажется, что самая возможность подобных ошибок в издании, которое должно являться справочной книгой, весьма прискорбна. Я думаю, что к таблицам анализов минеральных вод мы имеем право предъявлять такие же требования, как и к таблицам логарифмов: в них не должно быть даже простых опечаток. Не могу не пожелать, чтобы следующее издание „Классификации“ проф. М. Г. Курлова не давало поводов для замечаний, которые я счел себя вынужденным сделать относительно настоящего издания.

Прив.-доц. А. А. Лозинский.

F. Groedel. *Lehrbuch und Atlas der Röntgendiagnostik in der inneren Medizin und ihren Grenzgebieten*. 2 тома, 1109 стр., и 1 атлас с 712 рентнограммами и 720 рис. в тексте. 4-е перераб. изд. Lehmann, München, цена в переп. 56 м.

Ценность этого известного учебника по рентгенодиагностике состоит в том, что каждая отдельная отрасль диагностики обработана специалистом в данной области. Так, напр., нормальная грудная клетка обработана Groedel'ем, головной и спинной мозг—Otten'ом, легкие и сердце—известным Dietle'ном, плевры—Вауег'ом, мочеполовые органы—Нанисх'ем, скелет—известным Köhler'ом и т. д. Книга рассчитана на врача-рентгенолога, к услугам которого имеются прекрасные репродукции рентнограмм, инструктивные рисунки в тексте и подробный, богатый литературный указатель.

Р. Я. Гасуль.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Общие заседания.

Заседание 16/X.

Доц. А. Д. Гусев: *К вопросу о гемоглобин-преципитинах*. Доклад помещается в настоящем № „Каз. мед. журнала“.—В прениях проф. В. С. Груздев спросил докладчика, приходилось ли ему ставить реакцию преципитации со старыми пятнами крови для выяснения ее практической ценности. Докладчик ответил, что реакция с кровью из старых пятен также давала положительный результат. Проф. В. М. Аристовский отметил, что автор в своем докладе не остановился на вопросе о том, какая же составная часть гемоглобина обладает антигенными свойствами. Как известно, гематин не является антигеном, глобин тоже не дает положительного результата при попытках получения антител. Таким образом гемоглобин при разложении на свои составные части не должен давать реакции преципитации. Это имеет практическое значение, так как в старых пятнах кровь может подвергнуться разложению, и тогда изучаемая реакция не даст ожидаемого результата. Желательно было бы, по мнению проф. А., выяснить вопрос в этом направлении.

Проф. М. Н. Чебоксаров: *О пилоро-дуоденитисе*.—Доклад печатается в настоящем № «Каз. мед. журнала».—В оживленных прениях, вызванных им, приняли участие профф. Груздев, Лурия и Горяев, пр.-доц. Флеров и Гасуль и д-ра Шерман, Рыжих и Гефен.

Заседание 30/X.

Студент-медик V к. Н. Подольский: *Статистика злокачественных новообразований по секционному материалу Патолого-анатомического института Казанского гос. университета*. Докладчик подсчитал секционный материал института за 70 лет. За это время было зарегистрировано 6592 вскрытия, в числе которых был 621 случай злокачественных опухолей. Распределяются эти опухоли так: случаев рака было 487, или 78,5%, сарком—90, или 14,5%, других злокачественных опухолей—33, или 5,3%, и наконец, не распознанных опухолей было 11, т. е. 1,7%.—Прения: профф. Васильев, Груздев, Вишневский и Грутнев, прив.-доц. Чукалов и д-р Гефен.

Проф. В. С. Груздев сделал доклад *о многоплодной беременности*.—Несколько вопросов докладчику задал пр.-доц. Чукалов.

Секретарь А. Вылегжанин.

Хирургическая секция.

Заседание 17/X.

А. П. Алексеева-Козьмина и Н. А. Герасимова: *Несколько случаев врожденных уродств*. а) Случай хондродистрофии типа Kauffmann'a; б) два случая уродств, выразившихся в частичном отсутствии пальцев ног и искривления стоп типа valgus и явившихся следствием недостатка околоплодных вод; в) случай редкого уродства левой голени и стопы (у ребенка), трактуемого докладщицей (Н. А. Герасимовой), как врожденный элифантиазис на почве телангиомы.—Прения: прив.-доц. В. А. Гусынин, проф. А. П. Тимофеев и проф. М. О. Фридланд.

М. А. Романов: *К вопросу о резекции кишек по поводу invagination coeco-colica*. Случай касается хронической интермиттирующей инвагинации, существовавшей свыше 2 лет и потребовавшей операции (пр.-доц. Гусынин), именно, резекции кишек (35 сант.—части тонкой кишки, слепой и части восходящей толстой кишки). Соустие на кишки наложено конец в бок. Большая, несмотря на перенесенное осложнение (глубокое нагноение), чувствует себя вполне удовлетворительно. С патолого-анатомической стороны в этом случае отмечается наличие mesenterii communis. Слизистая купола слепой кишки резко отечна, полипообразно выпячивается в просвет кишки. Мышечный слой чрезвычайно гипертрофирован. Микроскопическое исследование показало наличие гиперпластического процесса (hyperplastischer Coecaltumor по Brunnner'u). Appendix с латеральной стороны вышел на медиальную сторону брыжейки слепой кишки через небольшое преформированное отверстие в ней. Что касается механизма внедрения, то теория Nothnagel'a, экспериментально доказанная самим автором и в последнее время Proppin'гом, повидимому, применима к объяснению и данного случая. Оперативное вмешательство в виде резекции кишек при invagination coeco-colica является операцией выбора, причем в известном ряде случаев может быть применена модификация ее, предложенная Schmieden'ом.

Прив.-доц. В. А. Гусынин сообщил еще об одном *экзеквизитном случае invagination coeco-colica*, который ему пришлось оперировать на днях. В случае этом внедренная петля почти достигала S romani. Оперативное пособие, как и в первом случае, состояло в обширной резекции кишек и наложении соустья. По дезинвагинации удаленных кишечных масс обнаружилась на внутренней стенке тонкой кишки опухоль грушевидной формы, величиной с куриное яйцо, которая, всего вероятнее, и послужила причиной инвагинации.—В прениях по обоим докладом приняли участие проф. В. С. Груздев, который провел полную аналогию между механизмом происхождения инвагинации во втором случае и механизмом развития выворотов матки при субмукозных фиброидах.—д-р А. Н. Рыжих, усумнившийся в целесообразности трудного в техническом отношении кишечного анастомоза конец в бок, и проф. М. О. Фридланд.

Проф. М. О. Фридланд: *Ближайшие результаты нескольких случаев артропластики больших суставов*. В докладе этом проф. Ф. коснулся истории вопроса об артропластике вообще, показаний к данному вмешательству и оперативной техники, после чего подробно разобрал вопрос о последующем

ведении оперированных больных, а также о ближайших и отдаленных результатах операции, и в заключение демонстрировал двух больных, оперированных им с вполне удовлетворительными ближайшими результатами: один был оперирован по поводу застарелого вывиха тазобедренного сустава, другой—по поводу анкилоза коленного сустава.—В прениях Б. В. Огнев поделился своими случаями (6) артропластики крупных суставов с ближайшими результатами, вполне удовлетворившими как больных, так и оператора; в качестве способов обезболивания д-р О. применял или местную анестезию, или спинномозговую. Прив.-доц. В. А. Гусынин не рискует хвалить результаты своих артропластик. Докладчик рекомендовал пользоваться при этих операциях общим наркозом; ближайшие, в особенности же отдаленные результаты их, по его мнению, всецело зависят от умелого ведения больных после операции.

В административной части собрания был рассмотрен вопрос о праздновании XXX-летнего юбилея врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности председателя секции, проф. В. Л. Боголюбова. Организация празднования поручена комитету, во главе которого согласился встать проф. В. И. Разумовский.

Секретарь С. А. Смирнов.

Офтальмологическая секция.

Заседание 30/XI 1927.

Д-р Афанасьева демонстрировала случай *амилоидного перерождения конъюнктивы век и глазного яблока* одного глаза при наличии резко выраженного трахоматозного процесса на обоих глазах. Амилоидное перерождение ткани представлялось в виде опухолевидного разращения полудунной складки, переходных складок и конъюнктивы глазного яблока. В области нижней переходной складки был найден фокус обызвествления. В демонстрируемых препаратах под эпителом видна обильная клеточная инфильтрация, главным образом из плазматических клеток. Среди этой инфильтрации видны были глыбки однородного вещества, дающего реакцию на амилоид. Можно было установить отношение этих глыбок к сосудам. Многие клетки инфильтрата находились в состоянии дегенерации. Местами среди плазматических клеток видны были большие клетки, набитые зернышками гомогенного вещества, красящегося так же, как и большие амилоидные глыбки. Попадались здесь и гигантские клетки несомненно типичного вида, с ядрами, расположенными в центре клетки.—В прениях по докладу приняли участие д-ра Лиорбер, Щеглова, Алфимов и Жук. Резюмируя прения, проф. Чирковский отметил, что данный случай достоин внимания своей односторонностью и распространением. Здесь интересна также судьба конъюнктивы после удаления амилоида. Рецидивы в подобных случаях, несомненно, могут иметь место.

Проф. Чирковский и д-р Дымшиц сообщили о результатах своих последних экспериментальных наблюдений над *местным иммунитетом глаза при заражении его в переднюю камеру золотистым стафилококком после предварительной иммунизации антивирусом при условиях нарушения офтальмического барьера*. Исходя из мысли о несомненном наличии в глазу приспособления, весьма близкого по своим свойствам и функции к гемато-энцефалическому барьеру, авторы воспользовались, в целях временного нарушения этого барьера, приемом проф. Сперанского. Постановка опытов (на кроликах) была такова: правый глаз иммунизировался антивирусом путем субконъюнктивальных инъекций или инстилляций в течение 2—3 дней, левый же (контрольный) получал соответствующее количество бульона; на 3—4-е сутки производилось буксирование передней камеры обоих глаз путем введения иглы шприца в переднюю камеру и последующего попеременного втяжения в шприц и выпускания обратно в камеру водянистой влаги; этот прием повторялся 4—8 раз; через 2—3 дня после буксования производилось заражение передней камеры стафилококком. Результат: из 14 опытных животных положительный эффект получился у 10; эффект этот выражался в более легком течении процесса в иммунизированном глазе, который в некоторых случаях возвращался к норме, тогда как контрольный погибал от панфтальмита, или при явлениях вторичной глаукомы после гнойного ирита. У 3 животных возник с обеих сторон бурный гнойный ирит, а у одного кролика инфекция оказалась слабой, и глаза быстро возвратились к норме.—Прения: д-ра Неминский и Микаэлян.

Д-р Куприянов: *К вопросу о кальциевой терапии при некоторых заболеваниях глаз*. В Глазной клинике Казанского университета весной 1927 г.

было применено лечение внутривенными вливаниями 5—10% раствора хлористого кальция при следующих заболеваниях: в 3 случаях увеита, 3 случаях симпатической офтальмии, 2—придо-кератита, 2—острой воспалительной глаукомы и 1 случае эписклерита. Инъекции, в количестве 15, производились через день. Ободряющие результаты были получены при тех формах глазных заболеваний, где в основе страдания лежал tbc.

Проф. Чирковский: *Впечатления о заграничной командировке летом 1927 г.* В кратком докладе автор изложил свои впечатления о посещениях им Гейдельбергского съезда офтальмологов в июле 1927 г., а также клиник проф. Elschnig'a в Праге и проф. A xenfeld'a в Фрейбурге. Докладчик демонстрировал также приобретенные им новейшие инструменты, еще не вошедшие в наш обиход.

Заседание 30/XII 1927.

Проф. Чирковский демонстрировал *экспериментальную трахому у обезьяны*. После краткого напоминания об опытах Hessa, R ö m e r'a и Nicolle'a докладчик показал японскую макаку, получившую месяц тому назад прививку трахоматозного материала в левый глаз. Последний представлял типичную картину трахомы: имелись гиперемия и инфильтрация переходной складки верхнего века с массой фолликулов, главным образом у внутреннего и наружного углов, а также инфильтрация конъюнктивы хряща, гиперемия и инфильтрация переходной складки нижнего века; слизистая оболочка правого глаза (контрольного) была, напротив, совершенно гладка и ровна. Прививка была произведена от нелеченного случая трахомы путем скарификации с втиранием прививочного материала в конъюнктиву хряща века.

Д-р Щеглова сообщила о *двух случаях цистицерка* с демонстрацией больной и препарата цистицерка. У одной больной, 55 лет, цистицерк находился в области желтого пятна, под сетчаткой левого глаза, у другой, 22 лет, цистицерк сначала находился под сетчаткой, затем в течении нескольких дней вышел из-под сетчатки и расположился между ней и мембраной hyaloidea, в области соска и maculae luteae. В том и другом случае была сделана операция извлечения цистицерка, причем для определения положения паразита пользовались периметром Sch wie d g e r'a, причем расчеты производились по схеме D o n d e r's'a. В первом случае цистицерк был извлечен, но порвился, во втором после резекции зрительного нерва удален целиком. Больные в том и другом случае выписаны с хорошим состоянием глаз.—В прениях приняли участие д-р Розов и проф. Чирковский.

Д-р Ратнер описала случай *отложения кристаллов холестерина в сумке хрусталика* после травмы и перенесенного придо-циклита.—Прения: д-ра Коленько, Неминский, Дымшиц и проф. Адамюк и Чирковский.

Д-р Алкин: *Enophthalmus congenitus*. Докладчик описал случай врожденного энтофтальма (с демонстрацией фотографии больного и рентгенограммы). Левая половина лица больного была уплощена, левая глазная щель уже правой, острота зрения 0,1, астигматизм, движение глаза резко ограничено внутрь и вверх, менее резко вниз и наружу. Левый глаз, согласно измерению по экзофтальмометру Неггеля, выстоял на 8 мм. меньше правого. Можно думать, что энтофтальм произошел здесь от аномалии развития прямых мышц глаза.

Д-р Коленько: *К вопросу о распространении трахомы в Мариупольском округе*. По данным НКЗ'ва Украины в Мариупольском округе было 65,5% трахмных, и летом 1926 г. туда был направлен глазной отряд с лечебно-исследовательской и санпросветительной целями. Из 1526 амбулаторных больных (8274 посещения) трахома была диагностирована в 51,8%. В частности у больных немцев трахома была найдена в 58%, у греков—в 54%, у украинцев—в 51,9%. Трахома с осложнениями наблюдалась в 25,8%. Слепота от трахомы на один глаз имела место в 5 случаях (18%), на оба глаза—в 1 случае (14,5%).

Д-р Алфимов: *К вопросу о поголовном осмотре и слепоте в одной волости Акмолинской губ.* Докладчик сообщил о результатах поголовного осмотра глаз у населения 17 селений Кокчетавского у. Осмотр этот, произведенный врачами Глазной больницы в феврале—марте 1927 г., охватил 2389 дворов с населением в 14.343 чел. Результаты его: 1945 трахоматозных, или 13,6% всего населения; 364 чел., или 2,5%, с конъюнктивитами.—Оба доклада вызвали оживленные прения, в которых приняли участие д-ра Бусыгин, Мейзингер, Романов, Дымшиц, Неминский, Лиорбер и проф. Чирковский.

Рино-ларинго-отитическая секция.

Заседание 10-е.

Д-р О. А. Васильева демонстрировала двух больных с *хроническим воспалением среднего уха, леченных 3—7-дневной культурой болгарской палочки* с хорошим результатом.—В прениях приняли участие д-ра Голанд, Яхонтов, Болдин, Вольфсон, Евстифеев и проф. Трутнев.

Д-р Д. Н. Матвеев демонстрировал больную с *пластикой носа*. Больная 24 лет, с 12-летнего возраста носит повязку на носу для покрытия запавшего носа (наследственный сифилис). Из слоновой кости была выточена формы носа пластинка соответствующей длины и ширины и вставлена на место дефекта между кожей и слизистой. Операция сделана эндоназально с предварительным рассечением крыла носа. Через 10 дней после нее хорошее заживление, нос принял приличную конфигурацию.—Прения: д-ра Яхонтов, Матвеев, Евстифеев и проф. Глушков и Трутнев.

Д-р Ф. В. Касторский: *Случай врожденной аномалии нижней раковины*. Больная—девица 21 г., астенического телосложения, жалуется на тугоухость. Эксквизитность случая заключается в раздвоении переднего конца нижней носовой раковины слева, где конец этот состоит из двух ветвей, расположенных друг над другом и резко разнящихся по цвету и по форме. Обе части разделяются горизонтальной щелью. Причина наблюдаемой аномалии—уклонение от нормы в эмбриональном развитии, именно, образование короткой добавочной борозды в области переднего конца нижней раковины вследствие усиленного разрастания зародышевого эпителия.—В прениях по докладу приняли участие д-р Лебедевский и проф. Трутнев.

Д-р И. М. Утробин представил больную, оперированную по поводу *врожденной расщелины твердого и мягкого неба* по способу Langenbeck-Ernst'a-Львова. Докладчик указал, при этом, что задача терапии расщелин неба должна заключаться не только в устранении органического дефекта—расщелины, но и в устранении функциональных ненормальностей: диартрической речи, попадания пищи в носоглотку и т. п. Поэтому достижение хорошего результата от лечения возможно лишь при сотрудничестве хирурга с протезистом и логопедом-специалистом. Одновременно было отмечено значение в послеоперационном течении подерживающего брауневского шва и защитительной целлюлоидной пластинки.

Заседание 11-е 7/III.

Проф. П. А. Глушков: *К методике оперативной ортодонтии*. Выяснив вкратце историю возникновения оперативных методов исправления аномалий положения зубов, докладчик продемонстрировал гипсовые слепки двух случаев оперативного исправления этих аномалий.—Доклад вызвал вопросы и замечания со стороны д-ров Голанда, Матвеева, Евстифеева и Вольфсона.

Д-р М. С. Груздкова демонстрировала двух больных, *леченных анти-вирусом АбеГ* по поводу *озены* весной 1927 г. Запах у них до сих пор не возобновлялся. В виду того, что лечение устранило только запах, корки же и атрофия слизистой носа не исчезли, обемным больным была проделана еще трепанация гайморовой полости по способу Luck-Caldwell'я.—Прения: д-ра Алексеева и Евстифеев, проф. Глушков и Трутнев.

Д-р Д. К. Матвеев демонстрировал двух больных, у которых *длительные расстройства желудочно-кишечного тракта* (у одной запор, у другой понос, чередующийся с запором) *прошли после операции на гайморовой полости*. После операции обе больные отмечают улучшение общего habitus'a, аппетита и избавление от головных болей и желудочно-кишечных расстройств. Срок наблюдения—у одной 9 мес., у другой—6 мес. после операции.—В прениях д-р Бувс отметил, что теоретически давно уже подмечена связь между состоянием носа и его полостей и состоянием желудочно-кишечного тракта, но вопрос этот разработан еще мало. Поэтому в указанном направлении д-ром Б. ведутся клинические наблюдения; наблюдения эти, проведенные уже над 30-ю больными, не позволяют ему, однако, сделать тех стройных выводов, какие делает проф. Бондаренко. Кроме того, в прениях высказались по данному вопросу д-ра Утробин, Евстифеев, Матвеев и проф. Глушков.

Д-р П. Д. Бувс демонстрировал *препарат холестеатомы, обнаруженной при трепанации сосцевидного отростка* и вкратце изложил учение о холестеатомах.—Д-р Б. Огнев указал, что гораздо больших размеров холестеатому он наблюдал при операции у пациентки 65 лет. Холестеатома буквально за-

нимала весь *pr. mastoideus*. Во время операции у больной был обнаружен гнойник *fossae cranii mediae*. Больная умерла на следующий день.

Д-р Н. Ф. Герасимов: *Тяжелый случай инородного тела в пищеводе*.

Д-р А. П. Никольская: *Тяжелое осложнение от инородного тела пищевода*. Больной 27 лет подавился рыбьей костью. Первая помощь до поступления в клинику заключалась в зондировании. При поступлении в клинику были обнаружены тяжелое общее состояние, высокая t^o и эмфизема подкожной клетчатки с правой стороны шеи. Эзофагоскопия на протяжении 27 сант. кости в пищеводе не обнаружила. На 3-й день заболевания операции Разрез слева по медиальному краю *m. sterno-cleido-mastoidei*. Обнаружена флегмона окологлоточной клетчатки с сильным распадом ткани, ихорозным запахом; перфорации пищевода не найдено. На другой день после операции больной умер. Докладчица настаивает, что инородные тела пищевода подлежат обязательному лечению с помощью эзофагоскопии, зондирование же должно быть исключено из терапии подобных заболеваний.—Доклад вызвал оживленный обмен мыслей в котором приняли участие д-ра Яхонтов, Евстифеев, Лебедевский, Був, Матвеев, Болдин, Утробин, Огнев и проф. Трутнев.

Д-р Б. С. Голанд сообщил о случае *первичной розги глотки и гортани*. Больная М. поступила с жалобами на боль в горле при глотании и общее недомогание. Болезнь началась 31/XII 1927 г. сильным ознобом. При осмотре обнаружено: дыхание носом затруднено, больная говорит шепотом, имеется припухлость и болезненность подчелюстных желез и шейных по *m. sterno-cleido-mastoideus* с обеих сторон. В глотке резкая ограниченная гиперемия мягкого неба, язычка, передних и задних дужек и небных миндалин. Слизистая носоглотки вишнево-красного цвета. Надгортанник резко отечен, деформирован. Черпаловидные хрящи и ложные голосовые связки отечны и красны. До 6/1 все симптомы болезни нарастали, t^o до $39,8^o$. 6/1 на надгортаннике обнаружены три гнойных пузырька, в мазках из гноя найдены стрептококки, с 7/1 улучшение всех явлений, t^o падает. Выздоровление.—Доклад вызвал замечания со стороны д-ра Вольфсона.

Заседание 12-е.

Д-р Д. Н. Матвеев: *Случай изолированного поражения правой истинной голосовой связки leptotrix'ом*. Демонстрация больного после предварительного освещения клинической картины, диагноза и лечения *pharyngomycosis leptotriciae*.—Д-р Борисова спросила, как лечить подобные заболевания. Докладчик ответил, что при них применяют препараты йода местно, также чистого спирта (Frenkel), выжигание и механическое удаление. В большинстве случаев, однако, получается возврат, и течение болезни может занять несколько лет, причем как возникновение, так и исчезание процесса происходят по невыясненной причине.

Д-ра З. Н. Вольфсон и О. А. Васильева: *К вопросу о лечении хронических гнойных отитов культурой b. bulgarici*. Молочная культура болгарской палочки применялась при различных формах хронических гнойных отитов. Результаты следующие: в 16,1% полное выздоровление, в 32% значительное улучшение, в 51% без результатов. Трудно рассчитывать на излечение при поражениях среднего уха тbc характера с карiousным процессом кости, при отитах, вызванных *b. pyocyaneus* или *bac. Vincentii* при наличии холестеатом.—Доклад вызвал вопросы и замечания со стороны д-ров Яхонтова, Голанда, Лебедевского, Груздковой, Евстифеева, Матвеева и проф. Трутнева, причем последний отметил значение применения культуры *b. bulgarici* в лечении гнойных отитов, как биологического метода, имеющего преимущество перед лечением химическими агентами. За это говорит литература о применении *b. bulgarici* и молочной кислоты. Далее, проф. Т. отметил необходимость индивидуализировать лечебный подход при гнойных отитах.

Д-р Л. В. Алексеева: *К вопросу о мозговых абсцессах*. Докладчица выяснила симптоматику, клиническую картину и лечение мозговых абсцессов ушного происхождения и привела 3 случая таковых—2 случая с летальным исходом и 1—с выздоровлением. Разбор историй болезни и литература позволяют заключить, что симптоматология этого заболевания очень неточна: нет определенных данных, на основании которых можно было бы уверенно поставить диагноз. Она полагает, что только большое количество наблюдаемых случаев и подробное изучение каждого из них помогут установить более точную диагностику.—Прения: д-ра Яхонтов, Голанд, Матвеев, Лебедевский и проф. Трутнев.

Заседание 13-е 20/IV.

Д-ра С. М. Вигдергауз и А. С. Шустер: *Клинические наблюдения над реакцией оседления эритроцитов при заболеваниях носа, горла и ушей.* Докладчиками было проведено 246 исследований на 99 больных в Ушной клинике Казанского университета. Результаты наблюдений следующие: больные с озоной и искривлениями перегородки носа не дали изменения реакции ни в ту, ни в другую сторону. Больные с гайморитами дали нерезкое ускорение реакции в 21,4% случаев. У больных с гнойным воспалением среднего уха реакция оказалась ускоренной в 38,5% случаев. При воспалении сосцевидного отростка РО была ускорена в 70,6% случаев. Докладчики склоняются к выводу, что данная реакция при заболеваниях носа, горла и ушей важного диагностического значения не имеет, служа все же некоторым подсобным методом при распознавании. — В прениях по докладу приняли участие д-ра Вольфсон, Голанд, Буев, Яхонтов и проф. Трутнев.

Д-р С. Л. Яхонтов: *К вопросу об otitis mucosus.* 1) Otitis mucosus представляет из себя серьезное, упорное заболевание, которое может пройти только при оперативном вмешательстве. 2) Только при раннем вмешательстве можно предохранить больного от грозных, непоправимых осложнений. 3) Хороший рентгеновский снимок сосцевидного отростка является важным подспорьем при диагнозе мукозного мастоидита и прекрасно помогает при отыскивании пораженных участков. 4) Первичный шов при раннем и радикальном оперативном вмешательстве не противопоказан — Прения: д-ра Вольфсон и Лебедевский.

Заседание 14-е 24/V.

Д-р И. М. Лопатина демонстрировала *глухонемую, у которой появился слух после длительного лечения.*

Д-р Б. Н. Лебедевский показал *модель пластической реконструкции эмбрионального носа.* Реконструированы хряще-кансула и эпителиальная кайма полости носа 3-месячного эмбриона.

Д-р М. С. Борисова показала *инородные тела, извлеченные из бронхов* у двух больных. — Замечания по докладу сделали д-ра Голанд, Матвеев и проф. Трутнев.

Д-р В. П. Лебедевский демонстрировал *больного с остро наступившим и быстро разрешившимся заболеванием языка.* — Проф. Трутнев провел дифференциальный диагноз между рожею, флегмоною и нагноившимся фурункулом корня языка. В данном случае характер заболевания говорит, по его мнению, за рожею.

Гигиеническая секция.

Заседание 23/X.

Проф. В. В. Милославский: *К вопросу о газообмене при умственном труде.* Работа выполнялась совместно с д-ром В. Ф. Плотниковой и является частью работы по изучению газообмена при умственном и физическом труде. Прделано 86 опытов над 19 субъектами. Оказалось, что различные субъекты реагируют по разному на один и тот же вид умственной работы: у одних потребление кислорода повышается не более, как на 8—10%, а иногда потребление бывает меньше, чем при предшествующем покое; у других потребление кислорода увеличивается на 20—56%, у третьих, наконец, — на 10—14%. В дальнейшем докладчик ставит задачей выяснить, является ли характер газообмена постоянным для данного субъекта, какую роль играет конституция, эмоции, пол, возраст, интеллектуальный уровень и сопутствующие сокращения мышц. — По докладу высказались д-ра Шварц и Логачев. Секретарь Л. Лось.

Хроника.

225) Профессор Казанского университета и Казанского института для усовершенствования врачей В. В. Чирковский утвержден профессором офтальмологии в Ленинградском медицинском институте.

226) Соответствующими предметными комиссиями и учебным советом медицинского факультета Казанского университета на кафедру пропедевтической клиники избран профессор Воронежского университета П. И. Филосов, а на кафедру общей патологии — пр.-доц. И. МГУ Н. Н. Сиротинин.

227) Деканом медфака Казанского университета, за отказом от этой должности проф. М. Н. Чебоксарова, избран проф. Т. И. Юдин.

228) По данным переводной комиссии медфака Казанского университета в тек. г. переведено на II курсе 158 студентов, на III—175, на IV—184, на V—236; оставлено на I курсе—8 чел., на II—36, на III—33, на IV—4; уволено с I курса 18, со II—16, с III—16, с IV—2; % не успевающих на I курсе равен 25, на II—26, на III—24, на IV—3.

229) Президиум ВЦИК'а постановил выдавать с 1 окт. тек. г. 30% оклада медицинскому персоналу, принимающему участие в борьбе с чумой, за каждые 3 полных года службы в противочумных учреждениях. Всех прибавок может быть 3.

230) В № 18 „Вопр. здравоохранения“ за тек. г. опубликовано постановление Наркомтруда об экстернах, о котором было сообщено в хронике № 5 нашего журнала. В постановлении этом дело идет о государственных лечебно-санитарных учреждениях, в которые могут приниматься для прохождения экстернатуры врачи след. категорий: а) состоящие на службе в госучреждениях и по роду своей работы не имеющие возможности специализироваться, повысить свою квалификацию и научно усовершенствоваться в определенной специальности; б) безработные, имеющие врачебный стаж не менее 1 г., зарегистрированные на бирже труда и не могущие выехать в другие местности для работы по своей профессии по уважительным причинам. Прием экстернов допускается лишь при условии, если все штатные должности в данном учреждении заполнены, причем на каждого штатного врача м. быть не более 2 экстернов. Срок экстернатуры не может превышать 3 лет. В случае отказа проходящего экстернатуру от принятия работы по назначению Биржи труда учреждение обязано, по требованию Биржи, снять его с работы.

231) ЦК союза Медсантруд высказался против той формы оплаты труда медработников, в которой оплата производится в виде известного процента с выручки лечебно-санитарных учреждений. Всем организациям, применяющим процентную форму оплаты труда медработников, предложено перейти на твердые формы оплаты.

232) В Ленинграде профсоюзом и здравотделом ведется энергичная борьба с совместительством врачей. 19 врачей-совместителей уже снято с работы.

233) В связи с 10-летием советской медицины в НКЗ'ве состоялось заседание жюри конкурса на лучший врачебный участок. Жюри решило объявить кандидатами на основные 5 премий по конкурсу участки: 1) Благодатинский (Рязск. у., Ряз. губ., врач Андреев), 2) Великосельский (Яросл. у. и губ., врач Тоскин), 3) Краснокутский (респ. Немцев Поволжья, врач Николаев), 4) Наровчатский (быв. Пенз. губ., врач Митропольский), 5) Непрядвенский (Тулской губ., врач Подшибякин), 6) Новленский (Волог. губ. и у., врач Машарский), 7) Ольгинский (Владивост. окр., врач Минчинский), 8) Панинский (Воронеч. окр., врач Клар) и 9) Тумский (Рязан. губ. и у., врачи Локтушевы и Казаков).

234) Наркомздравом РСФСР создана при гос. Институте соц. гигиены, в связи с предстоящим в 1929 г. пересмотром международной номенклатуры причин смерти, специальная комиссия, которой надлежит в ближайший срок дать заключение по присланным нам проектам номенклатуры, выработанным Гигиенической комиссией лиги наций и Международным статистическим институтом. Последующим этапом работы комиссии должна явиться разработка номенклатуры болезней для СССР. К работе комиссии, состоящей из представителей НКЗ'ва, ГИСГ'а, ЦСУ и союзных республик, привлечены персонально видные специалисты в качестве руководителей отдельных секций по различным дисциплинам. Состоявшееся 18/X тек. г. первое пленарное заседание комиссии, с участием наркома Н. А. Семашко, наметило план и определило сроки работы. Комиссия обратилась в Украинскую и Белорусскую академии наук, а также к группам ученых в Харькове и Ленинграде с приглашением принять участие в ее работе. Президиум комиссии обращается с просьбой ко всем лицам и учреждениям, ведущим работы и интересующимся вопросом о номенклатуре, обращаться в ученый секретариат комиссии по адресу: Москва, 69, гос. Инст. соц. гигиены НКЗ, Садовая-Кудринская, № 1.

235) Наркомпрос Украины разработал законопроект относительно обязательной службы для всех окончивших вузы, независимо от того, получал окончивший стипендию, или нет. Срок обязательной службы—3-летний. Непредоставление места в течение 3 мес. со дня окончания курса освобождает от нее.

236) Цустрах разработал проект о выдаче пособий врачам по временной нетрудоспособности и врачам, заразившимся сифилисом при исполнении своих обязанностей.

237) Наркомтруд РСФСР разъяснил, что педагогическая, научная, культурно-просветительная, лекционная и литературная работа не считается совместительством.

238) НКЗ РСФСР отпустил Центральному бюро по реализации и содействию изобретательству 30 тыс. руб. для содействия работам д-ра Брюхоненко, открывшего новый способ искусственного кровообращения и поддержания жизни центральной нервной системы в искусственных условиях (Вр. дело. 1928, № 20).

239) НКПС заключил с НКЗ соглашение о снабжении поездов аптечками для оказания первой помощи заболевшим в пути пассажирам

240) В виду крайне низкого уровня благоустройства в больших городах нашего Союза Главконцесским разработал план концессий в области коммунального хозяйства свыше 60 городов СССР. Планом намечены постройка, реорганизация и оборудование водопроводов, канализации, боеи, газовых заводов и пр.,—всего на сумму свыше 400 милл. руб.

241) С 1930 г. в Казакстане, при местном госуниверситете, предполагается открыть медицинский факультет. Число вакансий на I курсе—100.

242) При I госуниверситете в Москве организован научно-исследовательский раковый институт, директором которого назначен проф. В. М. Броннер.

243) Мосздравотдел организует новое научно-исследовательское учреждение—Институт социальных болезней.

244) В № 11 официального органа НКЗ'ва „Вопросы здравоохранения“ за тек. г. появилась статья тов. Волкова (Ядрин) с изложением системы желательных реформ в высшем медицинском образовании. Главная цель этих реформ—понижить теоретическую подготовку врачей, увеличив их практическую выучку по узко-лечебной части. В соответствии с этим тов. Волковым, по словам д-ров В. Юргеловича и И. Эдельмана („Вопр. здр.“, № 20 за тек. г.), „рекомендуются след. меры: а) изгнание всякой научной работы из медицинских факультетов; б) строгая изоляция ее в стенах научных институтов; в) отбор для медвузов кадра преподавателей, не занимающихся научно-исследовательской работой; г) превращение нынешних медфаков в медтехникумы повышенного типа и д) абсолютный универсализм медобразования“. Помещение статьи т. Волкова в руководящем органе НКЗ, хотя и в порядке обсуждения, заставляло опасаться, что его проект мыслится, как одно из возможных решений вопроса. Однако редакция „Вопр. здр.“ (редактором этого журнала состоит Н. А. Семашко) разъяснила (№ 20, стр. 6, прим.), что, „помещая статью К. Волкова в порядке обсуждения, она ни в какой степени не солидаризировалась со взглядами автора и не усматривала в реформе, им предлагаемой, возможного разрешения вопроса“.

245) В Москве в настоящее время имеется ок. 300 амбулаторий, пропустивших в 1927—8 г. более 17 милл. больных. Больниц Мосздрава имеется в Москве 30 с 10.440 штатными койками, в том числе 7 психиатрических с 3.340 койками.

246) В Ленинграде намечено в ближайшее время полуфабричное изготовление аспирина, антипирина и салипирина из искусной кислоты и метилового спирта.

247) С 1/X тек г. открылись курсы для усов. врачей при Северо-кавказском университете. Продолжительность курсов—3 мес.

248) В конце апреля 1929 г. предполагается созвать II Съезд врачей Сибири. На съезде будут рассматриваться различные вопросы здравоохранения, преимущественно краеведческого, имеющего отношение к Сибири характера. Для вопросов более специального характера будут организованы 4 секции: терапевтическая (проф. М. Г. Курлов), хирургическая (проф. А. А. Опокин), профилактическая (проф. П. В. Бутягин) и теоретической медицины (проф. А. Д. Тимофеевский). Заявки о докладах, с приложением авторефератов и положений, должны быть сделаны не позже 1/IV 1929 г., председателю Оргкомитета проф. А. И. Зиминову или секретарю д-ру И. Р. Ломакину.

249) В первом полугодии 1928/9 г. ожидается прибытие в Госмедторгпром партии микроскопов Рейхерта, продажа которых будет производиться исключительно с разрешения НКЗ'ва. Учреждения, нуждающиеся в микроскопах, должны представить свои заявки в НКЗ не позднее 1 февраля 1929 г. Ориентировочные цены микроскопов—от 250 до 600 руб.

250) На партсобрании студенчества в Минске выявлен ряд фактов безобразного протекционизма во время приема на медфак в нынешнем учебном году. Свыше 20 человек принято помимо приемочной комиссии по протекционистским запискам ответственных работников Наркомпроса.

251) Врач М. А. Евнин главсудом Таджикской респ. осужден по ст. 140, 209 и 51 уг. код. к лишению свободы на 2 года со строгой изоляцией и с запрещением врачебной деятельности на 2½ г.

252) В СССР было вынито водки: в 1923 4 г. 800 тыс. ведер, в 1924-5 больше 4 милл., в 1925-6 больше 20 милл., в 1926-7 больше 31 милл., а в 1927-8 свыше 40 милл. ведер. Умерших от пьянства в Москве и Ленинграде было в 1923 г. 34 чел., в 1924 - 55, в 1925—191, а в 1926—311.

253) Ц. бюро секции научных работников поддержало ходатайство о присвоении звания заслуженного деятеля науки бывш. проф. Казанского университета П. Г. Савченко.

254) В истекающем году исполнилось 40-летие психиатрической деятельности старшего врача больницы им. Фореля в Ленинграде Н. Я. Смелова. Д-р С. окончил курс медфака Казанского университета в 1887 г., работал сначала в Казанской психиатрической лечебнице, затем, получив степень доктора медицины за диссертацию „Amentia Meynerti“, был по конкурсу избран главным врачом Пантелеймоновской больницы для душевно-больных, в каковой должности и оставался до закрытия больницы в 1919 г. Во главе больницы Фореля т. С. состоит с 1922 г.

255) В П.-Новгороде состоялся 50-летний юбилей д-ра В. Н. Золотницкого. По ходатайству НКЗ'ва д-ру З. назначена персональная пенсия.

256) В феврале 1929 г. исполняется 75-летие старейшему бальнеологу СССР проф. Е. М. Брусняловскому, совпадающее с 45-летием его общественно-научной деятельности.

257) 18 XI т. г. в Одессе состоялось чествование известного бактериолога проф. Я. Ю. Бардаха по поводу 45 летия его научно-врачебной деятельности.

258) НКЗ Чувашской республики приглашает принять участие в предстоящем 20 декабря т. г. праздновании в г. Ядрине 30-летнего юбилея д-ра К. В. Волкова.

259) В мае тек. г. исполнилось 40 лет врачебной деятельности Т. П. Краснобаева, выдающегося хирурга-педиатра, одного из немногих у нас представителей этой отрасли хирургии. Друзья, ученики и почитатели Т. П. решили ознаменовать этот юбилей изданием посвященного юбиляру сборника.

260) В Ленинграде 25/XI т. г. состоялось чествование профессора Ленинградского мединститута и редактора „Журнала акушерства и женских болезней“ К. К. Скробанского по поводу 30-летия его научной, общественной и врачебной деятельности.

261) В тек. г. исполняется 40-летие существования Томского гос. университета. В первые 10 лет последний существовал в составе одного только медицинского факультета.

262) 11 XI т. г. исполнилось 10-летие существования Астраханского мединститута. День этот был отмечен юбилейным торжеством.

263) В декабре тек. г. исполнилось 60 лет со дня основания Научного общества врачей г. Ульяновска (быв. Симбирска). За 6 последних лет в 79 заседаниях общества было 102 докладчиками сделано 175 научных докладов и сообщений по различным медицинским специальностям. Редакция „Казанского мед. ж.“ шлет обществу искренние пожелания дальнейшего процветания.

264) 10/X тек. г. на ст. Урмары, М.-Каз. ж. дор., скоропостижно скончался от паралича сердца зав. Цивильским тубдиспансером врач Василий Степанович Колосков, 40 лет, окончивший курс Казанского университета в 1911 г.

265) 27/IX в Одессе скончался от рентгеновского рака профессор рентгенологии в местном мединституте Я. М. Розенблат.

266) Международный конгресс по дерматологии и сифилидологии состоится в Копенгагене, с 5 по 8 августа 1930 г.

267) В Норвегии вышел закон об општрафовании врачей за неразборчивоеписание как рецептов, так и фамилий на них. Наказание—до 3 мес. тюрьмы.

268) В Вадтском кантоне (Швейцария) принят законопроект, разрешающий, в евгенических целях, кастрацию больных, страдающих неизлечимыми душевными болезнями.

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 проф. Л. О. Даркшевича. После революции он с самого начала учреждения НКЗ'ва состоял замнаркомом здравоохранения, заведая Военно-санитарным управлением, а с 1919 г. стоял во главе Советского Красного Креста.

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ.

44) Больной с явлениями нефросклероза внезапно, при явлениях азотэмической 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 Колачев.

Ответ: Поражения пищеварительного тракта, в частности кишечника, при уремии наблюдаются довольно часто. В клинике Nothnager'a в 26 случаях уремии поражения кишечника наблюдались 16 раз. По Fischer'y 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 кровянистых 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. И. Августевич.

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.

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Издание Общества Врачей при Казанском Университете.

Ответственный редактор проф. **В. С. Груздев.**

Выходит при ближайшем участии профессоров и преподавателей
Медицинского Факультета Казанского Университета, Казанского Гос.
Института для усовершенствования врачей и др. высших медицин-
ских школ СССР.

ТОМ XXIV.

1928 г.

КАЗАНЬ.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА УНИВЕРСИТЕТА.

Оглавление XXIV тома.

Отдел I. Оригинальные статьи.

	<i>Стр.*)</i>
Алеев А. Е. (Ульян. губ.). К симптоматологии кишечной инвагинации . . .	658
Аристовский В. М. проф. и Гельтцер Р. Р. (Казань). О морфологической изменчивости спирохэт <i>Obermeier'a</i> (с 2 рис.)	44
Ахрем-Ахремович Р. И. (Казань). К картине крови при <i>puropa variolosa</i> (с рис.)	637
Бабилов У. Ю. (Казань). К вопросу о лечении воспалительных гнойных процессов аутогэмотерапией	1311
Бадюл А. А. (Казань). К вопросу о функциональном состоянии ретикуло-эндотелиальной системы при беременности	223
Батунин М. П. (Казань). 10 лет советского здравоохранения	961
Батунин М. П. (Казань). Лечение сифилиса детей стоварсоланом	776
Беляев Е. И. (Казань). К вопросу об интерстициальной беременности (с 2 рис.)	660
Беляев А. А. и Чекалин И. А. (Казань). Кровяные группы у детей . . .	1024
Бик В. И. (Казань). К методике исследования артериальной системы головного мозга	521
Бик В. И. (Казань). К строению артериальной системы головного мозга у лиц, связанных кровным родством (с 6 рис.)	617
Бланк В. Лабораторная диагностика туберкулеза. . . „Мед. мон.“, вып. IV	
Блюмштейн З. М. (Казань). К этиологии эндемического зоба	682
Боголюбов В. Л. проф. (Казань). Личность врача в медицине	13
Борман В. Л. проф. и Кролевец П. М. (Омск). Об анатомо-топографическом положении и гистологической структуре червеобразного отростка у человеческих эмбрионов	1167
Бревод Б. С. (Н. Новгород). К вопросу о диагностическом и прогностическом значении длительных субфебрильных температур	404
Быков С. Г. пр.-доц. (Саратов). К вопросу о распространении противозачаточных средств в населении	759
Вайндрах Г. М. (Вятка). Инфекционные заболевания и социально-бытовые условия	1193
Вакуленко М. В. (Уфа). Новый способ лечения мужского полового бессилия.	1006
Васильев И. П. проф. (Казань). К вопросу о первичных раках (эндотелиомах) плевры (с 2 рис.)	26
Васильев И. П. (Казань). К вопросу о поражении аорты и легочной артерии острым эндоартериитом в связи с незарощением <i>ductus arteriosi</i> .	1181

¹⁾ По недосмотру корректора страницы 402—491 в книжках №№ 4 и 5 оказались помеченными дважды. В оглавлении и предметном указателе страницы эти, принадлежащие второй серии (т. е. ошибочной), помечены звездочками. Чтобы исправить эту ошибку, 1-ю страницу ноябрьской книжки (№ 11) пришлось пометить не 1071-ю, как следовало бы, принимая во внимание, что последняя страница октябрьской книжки (№ 10) была помечена числом 1070, а 1161-ю. *Ред.*

Виленский Л. И. (Казань). К патологии ретикуло-эндотелиального аппарата.	303
Вольский М. Е. и Шевелева Е. М. (Самара). К вопросу об олигемии при малярии	414
Вольтер Б. А. проф. и Александров К. Г. (Казань). Реакция осаждения эритроцитов (РОЭ) при острых инфекциях	293
Воробьев В. Н. пр.-доц. (Казань). Конституция, как важный фактор в вопросах питания грудного ребенка	899
Габай А. (Днепропетровск). К вопросу о диагностической ценности phrenicus-феномена при заболеваниях брюшных органов	1190
Галант И. Б. (Москва). Рефлексы верхних конечностей	1227
Гальперштейн А. Е. (Ростов н/Д.). Феномен Schramm'a, как ранний признак поражений спинного мозга	564
Гасуль Р. Я. доц. (Казань). Значение метода тканевых культур in vitro (т. н. эксплантации) для рентгенобиологии и рентгенотерапии	165
Гасуль Р. Я. доц. (Казань). Каверны и псевдокаверны в рентгеновском изображении и их клиническое значение (с 3 рис.)	1288
Георгиевский А. А. (Ульяновск). К вопросу об опухолях брыжейки	736
Герман О. А., Колосов Ю. М. проф. и Липин Н. М. (Свердловск). Пригодна ли парижская зелень для уничтожения личинок малярийных комаров?	780
Герман О. А. пр.-доц. и Малинин А. Ф. (Казань). Какова длительность инкубационного периода малярии?	1279
Гинзбург Е. (Москва). К клинике гигантизма (с рис.)	410
Гинзбург Е., Аркушенко В. и Кузнецова Н. (Москва). К клинике нанизма (с 4 рис.)	420*
Голанд Б. С. (Казань). Местная поверхностная анестезия в риноларингологии	235
Гольдштейн М. И. и Ойфебах М. И. (Казань). К вопросу о самопроизвольном излечении эхинококка легкого	204
Гремячкин М. Н. проф. (Самара). К вопросу о лечении геморроя склерозирующими впрыскиваниями	1002
Гржебин З. Н. проф. (Смоленск). К клинике и гистологии lupus erythematoses (с 2 рис.)	573
Григорьева-Путалова В. П. (Омск). К вопросу о сравнительном влиянии искусственных и естественных минеральных вод	325
Груздев В. С. проф. (Казань). Искусственный выкидыш, как социальное зло, и борьба с этим злом	76
Груздев В. С. проф. (Казань). LX-летие Общества врачей при Казанском университете (с 18 портретами)	3
Груздев В. С. проф. и Тимофеев А. И. проф. (Казань). К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении	746
Грязнов С. Д. (Ульяновск). Легочная чахотка и болезни сердца	628
Гузилов В. А. (Астрахань). Аутогемотерапия при мастите	1008
Гусев А. Д. доц. (Казань). К вопросу о гемоглобин-преципитинах	1330
Гусев А. Д. доц. (Казань). Получение стойких кристаллов гемоглобина из крови человека	687
Гусев П. Ф. (Ветлуга, Нижегород. губ.). К вопросу о ринопластике	329
Гусынин В. А. пр.-доц. (Казань). К вопросу о восстановлении ушной раковины in toto (с 3 рис.)	1302
Давыдов И. Д. (Таганрог). Несколько случаев лечения пернициозной анемии печенью	1000

Дайховский Я. И. (Казань). К лечению поносов	196
Дрягин К. А., Инюшкин Н. В., Дрягина О. Н. и Мокеев А. М. (Казань). Изменения морфологического состава крови под влиянием мышечных движений (с 4 сериями диаграмм)	721
Дурмашкин В. М. (Н. Новгород). К вопросу о разрыве малярийной селе- зенки	435
Дыхно М. А. и Дерчинский Г. Д. (Казань). К вопросу о времени появле- ния изогэмоагглютинирующих свойств крови у человека	1213
Эйбер С. М. и Ткаченко И. О. (Артемовск). К оперативному лечению вы- падения прямой кишки	740
Елкин М. В. (Ленинград). Редкий случай энтерокистомы	441*
Елин Д. З. (Казань). Радиотерапия рака матки (с 8 кривыми и диаграм- мами). «Мед. мон.», вып. III	
Эпштейн Т. Д. (Казань). О судебных делах врачей	238, 362
Эпштейн Т. Д. (Казань). Проф. В. Л. Боголюбов, как общественный деятель.	1273
Эпштейн Т. Д. и Рахлин Л. М. (Казань). Проф. Роман Альберто- вич Дурин (с портретом)	151
Жуковская (Самара). Первичная саркома желудка	422
Журавлева В. И. (Казань). К вопросу о сифилисе легких и сочетании его с тbc	729
Зайцев В. (Казань). К вопросу о лечении паразитарных заболеваний кожи.	103
Зайцев М. А. (Одесса). Туберкулез яичка и его придатка	1206
Затворницкая З. А. и Зимницкий В. С. (Казань). К вопросу о функцио- нальной связи между мозговым придатком и щитовидными и половыми железами (с табл. рис.)	296
Зенин А. С. (Саратов). Опыт лечения экземы внутривенными вливаниями поваренной соли	457
† Зимницкий С. С. проф. (Казань). К вопросу о хронических азотэмиче- ских нефритах без гипертензий	66
Знаменский М. С. и Сычев В. В. (Казань). К профилактике и лечению послеоперационных легочных осложнений	875
Иванченко А. И. (Днепропетровск). Опухоли грудной железы у мужчин	865
Казанский П. П. (Тамбов). Несколько наблюдений над применением ауто- гэмотерапии в акушерстве и гинекологии	554
Каменцева-Царевская М. В. (Казань). О содержании некоторых электроли- тов (Са и К) в крови человека в связи с ультрафиолетовым облучением.	172
Киптенко Н. Д. (Казань). К вопросу об изменении высоты свода стопы под влиянием ее функциональной нагрузки в течение одного нормального рабочего дня	446*
Кливанская-Кроль Е. (Казань). Естественное вскармливание	767
Козлова А. М. (Москва). К вопросу об этиологии и терапии alopeciae areatae	477*
Крамов Н. А. (Казань). Цитология мокроты и ее диагностическое значение (с 9 рис.)	970
Кривцов Т. С. (Омск). К судьбе шелкового узлового шва на полых органах.	428
Кролевец П. М. (Омск). Аппендицит и желудочная кислотность	1292
Лавров П. Н. (Мамадышский кантон ТР). К казуистике отравлений спорыньей	101
Левин Е. Р. (Москва). Базедова болезнь в детском возрасте.	669
Левин И. А. проф. (Н. Новгород). К этиологии, патогенезу и клинике слововости.	351

Левит М. М. (Казань). К физическому развитию здоровых младенцев в гор. Казани.	230
Лиорбер Г. С. (Казань). К вопросу об аутогэмотерапии осложнений со стороны роговицы при трахоме.	218
Лифшиц М. С. (Казань). Заболеваемость медперсонала г. Казани (по данным местной стражкассы).	919
Лицын П. П. (Харьков). К вопросу о генезе гипертонии.	1187
Лопатин Г. М. пр.-доц. (Саратов). Наблюдения над вакцинотерапией и ауто-вакцинотерапией эпидемического цереброспинального менингита. . .	1032
Лукьянов И. К. (Казань). Важнейшие моменты санитарного состояния Волжско-Камского Края в прошлом и настоящем.	786
Лурия Р. А. проф. (Казань). Врач и психогенез некоторых заболеваний внутренних органов.	50
Лурия Р. А. проф. (Казань). Проф. С. С. З и м н и ц к и й, как ученый. . . .	285
Лычманов Н. Г. (Астрахань). К вопросу о разрывах пищевода.	214
Магид М. И. (Киев). К вопросам о тропической малярии sub partu и о врожденной малярии.	858
Максудов Г. (Казань). К клинике эрготизма (pseudo-tabes ergotinica). . . .	96
Малиновский Н. Н. (Саратов). Редкое позднее осложнение после операции образования искусственного влагалища.	763
Маслов П. Н. (Казань). К вопросу о лечении послеоперационных легочных осложнений.	71
Могилевский Э. Р. (Казань). Хромоскопия, как метод определения секреторной функции желудка.	178
Нанейшвили П. и Вартазарова Е. (Тифлис). К диагностике врожденного сифилиса у грудных детей.	466*
Нечкина-Бродовская К. В. (Казань). К вопросу о содержании кальция в крови глаукоматозных больных.	439
Нешадиненко И. (Киев). Биохинол и ферменты крови.	569
Николаев А. П. (Киев). Об исследовании белой крови в послеродовом периоде.	450*
Нимцовицкая М. А. (Казань). Клинические наблюдения над кальцемией. . . .	841
Ойфебах М. И. (Казань). Смертность от tbc среди татарского населения г. Казани.	994
Осипов П. Н. (Казань) К вопросу о применении гистамина в диагностике и терапии желудочных заболеваний (с 11 кривыми).	411*, 530
Осокин Н. Е. проф. (Саратов). Об одном своеобразном варианте поражения верхней ветви лицевого нерва при гемиплегии.	773
Паншин И. К. (Ижевск). Удаление нижней конечности с половиной таза (amputatio interileo-abdominalis).	871
Пергамент Н. С. (Ленинград). К вопросу о повреждении влагалища sub coitu. .	1220
Пермяков Ф. К. (Казань). К вопросу о врожденных аномалиях сердца (с рис.).	318
Поляков А. Н. и Кёлоколов Н. П. (Казань). Простой способ количественного определения мышьяка в крови.	1276
Попов П. И. проф. (Казань). Некоторые данные об антагонистическом действии иприта и хлористого кальция.	833
Портнов А. (Чернигов. окр.). Туберкулез и конституция.	528
Потапов И. М. (Тамбов). Патогенез, профилактика и терапия острых тонзиллитов.	908
Предтеченский А. М. (Казань). Григорий Антонович Захарьин в истории русской медицины (с портретом).	1165

Предтеченский А. М. (Казань). Из воспоминаний о $\dagger$ профессоре С. С. Зимицком (с портретом).	279
Прозоровский Б. М. (Воронеж). К вопросу о лечении септических эндокардитов большими дозами поливалентной антистрептококковой сыворотки.	851
Пучков Н. В. (Казань). О содержании гемоглобина в оттекающей крови надпочечных желез	524
Раевский А. С. (Крутые Ручьи). Реакция Costa при проказе	576
Разумовский В. И. проф. (Саратов). Болезнь Perthes'a и грязелечение	1315
Ратнер Ю. А. (Казань). О консервативной операции при остром гнойном остеомиелите	1305
Рахлин Л. М. (Казань). К патогенезу полиурии при diabetes insipidus (с 2 кривыми).	188
Резник Р. К. (Казань). К профилактике и терапии коклюша вакциной.	1223
Российский Д. М. проф. (Москва). Первые русские эндокринологи	405
Руткевич К. М. проф. (Краснодар). Лечение брюшного тифа хлористым барием.	632
Саглова А. И. (Казань). К вопросу о десмоидных опухолях передней брюшной стенки.	547
Самборский В. С. (Уржум). Спинномозговая анестезия в Уржумской больнице.	642
Селезнев А. В. (Пермь). О влиянии ионов Mg и NH_4 на секреторную и моторную деятельность желудка	622
Семашко Н. А. проф. (Москва). Казанский государственный Институт для усовершенствования врачей	153
Соколов Н. В. проф. (Казань). К вопросу об остром аппендиците, его осложнениях и хирургическом вмешательстве при нем.	645
Соколов Н. В. проф. (Казань). К вопросу о перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки	539
Спицын К. (Курск). К методике массовой психотерапии алкоголиков	347
Стадницкий Н. Г. (Саратов). К технике изготовления всего желудочно-кишечного канала в сухом виде (с рис.)	408*
Тарло Б. С. (Казань). К вопросу о психогенных заболеваниях в гинекологии.	92
Тарло Б. С. (Казань). Цитологические исследования выделений при женской гонорее	459*
Терегулов А. Г. (Казань) К вопросу о происхождении Cheyne-Stokes'овского дыхания	399
Тимофеев А. И. проф. (Казань). Опыт применения местной инфильтрационной анестезии при гинекологических операциях (с рис.)	1013
Тимофеев А. И. проф. и Дьяконов В. В. (Казань). Материалы к учению о послеродовой инфекции	333
Тушнов М. П. проф. (Казань). Гистолизаты и их влияние на соответственные ткани	156
Уралев А. П. (Н. Новгород). О лечении кожных заболеваний, сопровождающихся зудом, внутривенными инъекциями бромистого натрия	677
Фарманов А. Ф. (Астрахань). Бульбарно-паралитическая форма прогрессивной мышечной дистрофии	1235
Фридланд М. О. проф. (Казань). Новая модификация артродеза корня стопы (с 4 рис.)	1317
Фридланд М. О. проф. (Казань). Профессор В. Л. Боголюбов, как ученый и учитель (с портр.)	1267
Ходос Х. Г. и Горячев Н. Н. (Иркутск). Параффиновая реакция Kafka в цереброспинальной жидкости (с 5 кривыми)	450

Цимхес И. Л. (Казань). К вопросу о патолого-анатомических изменениях при свободных пересадках кожи в другие органы и ткани (с 2 рис.).	1294
Цимхес И. Л. (Казань). К распознаванию и патологии поддиафрагмальных нагноившихся эхинококков	210
Цимхес И. Л. (Казань). Хирургия и НОТ (с 2 рис.)	430*
Чебоксаров М. Н. проф. (Казань). О пилоро-дуоденитах	1285
Чепов П. М. (Ташкент). Новые данные по вопросу о прижизненном промывании крови (с 3 рис.)	1174
Чигарин А. П. (Казань). К вопросу о применении реакции М а н о й л о в а для определения пола внутриутробного плода	887
Чудносоветов В. А. (Казань). Инородные тела наружного слухового прохода	460
Чукалов Н. Н. пр.-доц. (Казань). К вопросу об определении конституции и значении ее в родовой функции женщины	1323
Шелогурова А. (Саратов). Вакциноterapia коклюша	558
Ширшов Д. И. проф. (Ленинград). Значение нингидриновой реакции крови и мочи в диагностике миом матки	896
Шпанир Ф. Л. (Одесса). О сравнительной ценности некоторых простейших микрометодах количественного определения сахара в крови	313
Шербаков С. А. пр.-доц., Пучков Н. И. и Дмитриев В. Р. (Казань). К вопросу о механизме периодической деятельности пищеварительного аппарата вне пищеварения	963
Яковлев И. (Ленинград). О регенерации слизистой оболочки матки после искусственного выкидыша	443
Яхнич И. М. (Брянск). Опыт парэнтеральной серной терапии ревматических артритов	1197

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

1) Обзоры.

Бубличенко Л. И. проф. (Ленинград). Гос. Акушерско-гинекологический институт НКЗ в Ленинграде	803
Викторов К. Р. проф. (Казань). Учение проф. M i y a g a w a о «прямом действии»	800
Галант И. Б. (Смоленск). Социальная психатрия	578
Гасуль Р. Я. доц. (Казань). Несколько слов о преподавании и специализации по рентгенологии	1245
Дмитриев А. И. (Казань). Когда гоноррею мужчины можно считать излеченной и разрешить ему брак?	1041
Маненков П. В. (Казань). Государственный Рентгенологический, радиологический и раковый институт в Ленинграде	926
Микаэлян Р. Х. (Казань). Применение антивируса в офтальмологии	1240
Надеин А. П. (Баку). Венский Анатомический институт	505
Назаров Н. Н. (Саратов). Проблема боли ?	105
Платовский А. К. (Ростов н/Д). Сифилитическая лихорадка	374
Русецкий И. И. пр.-доц. (Казань). О сне	247
Терновский В. Н. проф. (Казань). Анатомические институты Западной Европы (С 3 портр.)	1334
Черноярова В. Д. (Казань). Гемато-энцефалический барьер etc	480*
Шерман С. И. (Казань). Лечение малярии	932, 1037

Шехтер Е. (Москва). Современное состояние вопроса о бактериофагии	110, 466
Яснитский Н. Н. (Казань). Современное состояние учения о врожденном сифилисе	695

2) Рефераты.

а) Анатомия и физиология	117, 250, 473, 805, 935, 1338
б) Фармакология и токсикология	1341
в) Общая патология	118, 806
г) Общая терапия	935, 1049
д) Физиатрия и физиотерапия	254, 490*, 1049, 1340
е) Рентгенология и радиология	377, 476, 936, 1246
ж) Инфекционные болезни и иммунитет	118, 376, 474, 586, 806, 936, 1050, 1339
з) Туберкулез	119, 251, 376, 475, 490*, 699, 807, 1050, 1339
и) Внутренние болезни	120, 253, 378, 476, 491*, 586, 700, 808, 937, 1051, 1247, 1341
к) Хирургия	122, 255, 379, 478, 493, 587, 700, 809, 938, 1052, 1248, 1342
л) Ортопедия	380, 480, 494, 589, 1249
м) Офтальмология	123, 381, 481, 495, 590, 703, 1053, 1250
н) Акушерство и гинекология	124, 257, 382, 482, 496, 591, 703, 810, 940, 1054, 1251, 1344
о) Педиатрия	125, 259, 483, 497, 704, 812, 941, 1055, 1252, 1345
п) Невропатология и психиатрия	126, 260, 498, 592, 705, 942, 1055, 1252, 1346
р) Сифилидология	483, 500, 593, 706, 813, 1056, 1253
с) Дерматология	127, 594, 706, 1254, 1346
т) Гоноррея	384, 501, 813, 943
у) Урология	812
ф) Болезни уха, носа и горла	385, 502, 595, 707, 814, 1057
х) Стоматология	943
ц) Смесь	943, 1254
3) Рецензии	127, 261, 386, 484, 502, 596, 707, 814, 945, 1057, 1255, 1347

4) Деятельность медицинских обществ и съездов.

а) Общество врачей при Казанском университете.	
аа) Общие заседания	133, 266, 486, 507, 825, 1349
бб) Физиологическая секция	137, 391, 510, 710
вв) Хирургическая секция	138, 267, 393, 511, 599, 825, 1350
гг) Офтальмологическая секция	1351
дд) Акушерско-гинекологическая секция	139, 267, 487, 712
ее) Педиатрическая секция	600, 951
жж) Венерологическая секция	140, 268, 393, 514, 601, 713, 1065
зз) Гигиеническая секция	141, 268, 489, 605, 955, 1355
и и) Рино-ларинго-отитрическая секция	488, 602, 1353
б) Общество невропатологов и психиатров при Казанском университете	142, 605, 956
в) Научные собрания врачей гос. Института для усов. врачей в Казани	269
г) Общество рентгенологов и радиологов в Казани	607, 714, 827
д) Научные конференции врачей учреждений г. Казани	490, 608
е) Научный кружок врачей в г. Уфе	394
ж) Отчет о деятельности Пензенского мед. общества за 28-й г. существования	610
з) Научные собрания врачебной секции при Алатырском МСТ	714
и) Общегородская конференция научной ассоциации врачей Самар. губ.	1066

к XXXVIII съезд немецких педиатров (отч. проф. Е. М. Лепского) . . .	264
л) Письма из Польши (д-ра М. Вейнберга)	271
м) XX Съезд российских хирургов (отч. д-ра И. Л. Цимхеса)	817
н) X Всесоюзный съезд терапевтов (отч. д-ра А. М. Предтеченского) .	821
о) VIII Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов (отч. д-ров Н. А. Подзо- рова и Б. С. Тарло)	947
п) II Международный съезд радиологов в Стокгольме (отч. доп. Р. Я. Га- суля)	1061
р) III Всеукраинский съезд хирургов (отч. д-ра С. М. Эйбера)	1258
5) Хроника (№№ 1—268) 143, 273, 394, 491, 515, 611, 716, 828, 957, 1068, 1261, 1355	
6) Некролог	1359
7) Вопросы и ответы (№№ 1—47) . . 146, 276, 396, 402*, 518, 613, 718, 830, 1069, 1263, 1359	
8) Письма в Редакцию	147, 614, 717, 829, 1360

Предметный указатель XXIV тома.

А.

- Аборт искусственный 140,— —отпуска после него 144, 516,— —терапия 257,— —отказ в его производстве 395,— —вред его 482.
- Аборты в Германии 396.
- Абсцессы холодные, их лечение 1249,—мозговые 1354.
- Авертин 122, 1248,—при родах 1054.
- Автомобили в С. Ш. Америки 402*.
- Аденит tbc, лечение его x-лучами 700.
- Аденоиды у школьников 707.
- Аднексит, его лечение 383.
- Адонидин, действие его на сердце 137.
- Аэрофагия, ее лечение 592.
- Актиномикоз кожи 601.
- Академия наук украинская 716.
- Алексеев С. М. д-р, получение им звания пр.-доцента 496.
- Алексин, его свойства 376.
- Алкоголики, их психотерапия 347,—их конституция 956.
- Алкоголь в хирургии 513.
- Аллонал 276.
- Алмазова д-р, смерть ее 395.
- Alopecia areata 447*.
- Амлоид 118,—его распознавание 809,—конъюнктивы 1351.
- Ammonium supro-sulfuricum 276.
- Amputatio interscapulo-thoracica 825.
- Анатомия человека 484.
- Ангина и аппендицит 385.
- Ангиомы век, их лечение 402*.
- Андреев М. П. д-р, избрание его пр.-доцентом 611.
- Аневризма мешетчатая 269,—давление ее на соседние органы 479,—легочной артерии 402*,—сонной артерии 603.
- Анемия пернициозная, ее лечение 121, 700, 808, 822, 100,— —ее этиология 491*, —мозговые расстройства при ней 1346.
- Анестезия при операциях 1260,— —по поводу зоба 255,—местная в рино-ларингологии 235,— —диагностическое значение ее 819,—инфильтрационная, заживление ран при ней 486,— —ее техника 613,— —в гинекологии 1013,— —подкожная при висцеральных болях 1052,—люмбальная 255, 642, 702, 1053,—plexus brachialis 1342.
- Антивирус гонококковый 943,—в офтальмологии 1240.
- Antrum mastoideum, его положение 489, 605.
- Ануфриев А. М., юбилей его 1069.
- Аорта, поражение ее 1181, 1360.
- Аортит сифилитический 120,— —у детей 259,— —сердце при нем 477,— —диагноз и предсказание при нем 716, 808.
- Апикозан в глазной практике 1250.
- Аппарат пищеварительный, деятельность его вне пищеварения 963.
- Аппарат ретикуло-эндотелиальный, патология его 303.
- Аппараты рентгеновские, изготовление их в СССР 491.
- Аппендицит 1260,— и острицы 478,—острый 509, 645,— —распознавание его 587,—желудочная кислотность при нем 1292.
- Артерии венечные, распознавание и лечение их склероза 477,— —их перевязка 513,— —распознавание тромбозов их 937.
- Артериосклероз, действие хлорофилла 120,—отношение к глазу 123,—миопия при нем 129.
- Артерия легочная, тромбозы и эмболии ее 379, 810,—центральная ретины, гистамин при ее закупорке 1054,— — —поражение ее 1181,—сонная, кровотечение из нее при перитонзиллите 488.

- Артрит, как причина ошибочного распознавания tbc легких 1050, — tbc, его лечение 1051, — ревматический, лечение его серой 1197.
 Артродез корня стопы 1317.
 Артропластика локтевого сустава 826.
 Аскариды, эозинофилия при них 1248.
 Аспирин и др. лекарства, их изготовление у нас 1357.
 Ассистенты, их ответственность 718.
 Астма бронхиальная, ее лечение 121, 254, 491 *, 808, 937, 1247, 1340, — сердечная в сочетании с грудной жабой 378, 701.
 Атеросклероз, его лечение 1051.
 Атетоз двойной 1252.
 Аутогэмотерапия 493, — при воспалительных процессах 139, 1311, — при трахоме 218, — в акушерстве и гинекологии 258, 554, — местная 494, — при фурункулезе 702, — при отите 716, — при мастите 1008.
 Афанасьев В. А., юбилей его 275.
 Афты, их лечение 1345.
 Ацетонемия у детей 1252.

Б, В.

- Бактериофагия 110, 466.
 Барабашов П. Н. проф., юбилей его 395, 1069.
 Бардах Я. Ю. проф., юбилей его 1358.
 Барьер нервный, проходимость его 260, — гэмато-энцефалический 480*.
 Бедро, лечение переломов шейки его 494, 513, — остеотомия его 495.
 Бели, молочная кислота при них 704.
 Белоруссизация Минского университета 517.
 Беременность, perspiratio insensibilis при ней 140, — ретикуло-эндотелиальная система при ней 223, — диагностика ее 257, 810, 1251, — свинцовое отравление при ней 811, — инсулин при токсикозах ее 1344, — многоплодная 1350, — внематочная, ее лечение 124, 383, — — двусторонняя 267, — — после продувания труб 276, — — интерстициальная 660.
 Берлин зуб. врач, убийство его 612.
 Бесплодие, лечение его 383.
 Бессилие мужское половое, новый способ его лечения 1006.
 Бессонница, лечение ее 706, — диатермия при ней 1346.
 Бехтерев В. М. проф., получение им звания засл. деятеля науки 144, — смерть его 145, — памяти его 605, — как невропатолог 606, — как рефлексолог 607.
 BCG 609.
 Биопсия 393.
 Биохинол и ферменты крови 569.
 Бобровая струя, исключение препаратов ее из фармакопей 491.
 Богданов А. А., смерть его 612.
 Боголюбов В. Л. проф. 1267, 1273, — юбилей его 1351.
 Богословский д-р, попытка убить его 612.
 Болезни кожи, лечение их ионтофорезом 706, — — паразитарные, их лечение 103, — — сопровождаемые зудом, их лечение 677, — — сахар в крови при них 127, — грибковые волосистой части головы, лечение их x-лучами 127, — внутренние 127, — женские 129, — нервные и душевные экзогенные 131, — венерические 268, — душевные, подкожные инъекции Лоске'овского раствора при них 1253, — — в связи с хирургическими операциями 1260, — костей и суставов, их рентгенодиагностика 377, — почек, их рентгенодиагностика 378, — желудка, их лечение 378, — хирургические, уход при них 1059.
 Болезнь Perthes'a 138, 1249, 1250, — — и грязелечение 1315, — морская, ее лечение 254, — Vamb erg e'a 270, — базедова у детей 669, — — кровь при ней 823, — — лечение ее 823, 1340, — Vanti у беременных 704.
 Боли кардиальные, их лечение 1340, — головные, диатермия при них 1346.
 Боль, проблема ее 105.
 Больница tbc ТНК, ее деятельность 610.
 Больницы психиатрические на Украине 145, — — новые 274, — льготы для медперсонала их 515, 828, — страхование их зданий 1262, — в Москве 1357.
 Больные раковые, их регистрация 1262, — душевные, кастрация их 1358.
 Брак совершенный 945.

- Бром, вредное действие его 499,—внутривенное введение его солей при кожных бб. 613.
 Бронхит хронический, его лечение 701.
 Бронхография 815.
 Бронхоэктазии у детей 941.
 Бронхоскопия при абсцессах легких 488, 602.
 Брусиловский Е. М. проф., юбилей его 1358.
 Бруштейн С. А., получение им звания заслуж. деятеля науки 144.
 Брыжжейка, опухоли ее 736.
 Брюхоненко д-р, субсидия ему 1357.

В, W.

- Вены, варикозные расширения их 256.
 Виноградов Н. А. проф., труды его 1263.
 Витамины 504, 830, 1049.
 Witte-пептон 518.
 Влагалище искусственное, образование его 712, 940,—редкое осложнение после операции образования его 763,—флора его в климактерии 940,—его реакция 1069,—повреждение его sub coitu 1220.
 Воды минеральные, искусственные и естественные 325,— — Кавказские, 125-летие их 1069,— — Сибирские, их классификация 1348.
 Водянка сердечная, ее лечение 121.
 Волков К. В. д-р, юбилей его 1358.
 Волкович Н. М. проф., чествование его памяти 829.
 Волчанка дыхательных путей, ее диагностика 502,—случай ее 514,—волосистой части головы 573,—лечение ее марганцовокислым кали 594,— — ионтофорезом 594,—красная, этиология ее 1346.
 Волчок д-р, убийство его 612.
 Воробьев В. Н. д-р, получение им звания пр.-доцента 491.
 Воспаление, определение его по мочевому осадку 476, острое, х-лучи при нем 936.
 Врач, его личность в медицине 13,—В., нападение на него 1068,—революционер, его воспоминания 945.
 Врачебное дело, новая редакция его 144.
 Врачи г. Казани 144,—судебные дела их 238, 362,—отказ их от службы на участках 394, 491, 517, 716,—занимающие фельдшерские места 516,—общежития для них 517,—правовое положение их 598,—число их в ТР 716,—льготы при их пригласении 828,—участковые, прибавка к их содержанию 1262,—число их в СССР 1262,—на Украине 1262,—нападения на них 1262,—обязательная служба их 1356,—заразившиеся сифилисом 1356,—штрафование их в Норвегии за неразборчивое писание рецептов 1358,—окончившие Казанский ун. в 1879 г. 1360.
 Вскармливание естественное 767.
 Вставание раннее больных после операции 122, 830.
 Вузы медицинские, обучение в них 1068.
 Вывих головки плеча, его лечение 380.
 Вывихи привычные patellae, их лечение 393,— — плеча, их лечение 1250,—вправление их по Джанелидзе 518.
 Выкидыш искусственный, как социальное зло 76,— — регенерация маточной мукосы после него 443.

Г, G, H.

- Г. д-р, дело его 146.
 Гайморит, кровь при нем 596,—влияние на интеллект 707, на кишечник 1353.
 Hallux valgus, операция при нем 495.
 Гангрена самопроизвольная у молодых субъектов 939.
 Gagwey W., юбилей его 508.
 Гегелешвили д-р, убийство его 958, 1069.
 Гельминтиаз 493.
 Гемоглобин, структура его молекулы 391,—получение кристаллов его 392, 686,—содержание его в крови надпочечников 524,—преципитины 1330, 1349.
 Геморрой, его лечение 122, 1002.
 Гепатит сифилитический 507.

- Тенатография 253, 1052.
 Геркен Н. А. проф., юбилей его 1068.
 Гигантизм, клиника его 410.
 Hydrocele bilocularis 138.
 Гиммельфарб Г. И. проф., смерть его 717.
 Н-ионы, влияние концентрации их на проходимость мембран 392.
 Гипертония, ее лечение 121, 477, 587, 808, 1049, 1247,—эссенциальная 707,—
 артериальная, ее классификация 1051,—генез ее 1187.
 Гипноз в акушерстве 139,—его механизм 260.
 Гипогенитализм у женщин 482.
 Гипоменоррея 811.
 Гипофиз, рентгенизация его 476,—лечение его опухолей x-лучами 476,—приме-
 нение его препаратов в последовом и послеродовом периодах 496,—желе-
 зистые образования в задней доле его 805.
 Гистамин в диагностике и терапии желудочных заболеваний 411*, 530.
 Гистероскопия 940.
 Гистологизаты, влияние их на ткани 156.
 Глаз, измерение его подвижности 703.
 Глаза, травматизм их на жел.-дор. транспорте 715,—иммунитет их местный 1351,—
 кальциевая терапия их заболеваний 1351.
 Глаукома, ее лечение 123, 590,—омоложение при ней 381,—содержание Са в крови
 при ней 439,—x-лучи при ней 481,—операция при ней 481,—глаукозан
 при ней 1054.
 Глисты, отыскивание их яиц в кале 1052.
 Глухота, излечение ее 1355.
 Голод, механизм его 593.
 Гомеопатия 957.
 Гонококки, их выращивание 813, 825.
 Гоноррея 130,—вместе с малярией, tbc и сифилисом 140,—грязелечение ее вне
 курорта 141,—хроническая 263,—экспериментальная 384,—провокация ее
 384,—лечение ее малярией 384, 385, 943,—женская, выделения при ней
 459*,—кровь при ней 501,—прямой кишки 501,—у детей 501,—у мужчин,
 когда ее можно считать излеченной 713, 1041,—у девочек, распознавание ее
 813,—бактериотерапия ее 943,—лечение ее лизовакциной 813,—матки,
 терапия ее 940.
 Гормоны, влияние их на ретикуло-эндотелиальную систему 473.
 Горст П. К. проф., юбилей его 273.
 Гортань, параффинопластика ее 488, 602,—стеноз ее после сыпного тифа 489, 603,—
 рожа ее 1354.
 Горячеводск, новый источник в нем 144.
 Granulosazellitumor 713.
 Грипп, профилактика его 1339.
 Группы кровяные у детей 1024.
 Грыжа мозговая 511, 939.
 Грязелечение зимнее 270,—действие его 1049.

Д, D.

- Давление внутриглазное, действие на него Са 138,—кровяное, его измерение 808,
 1051,—влияние углекислых ванн на него 1049.
 Дворец экспериментальной медицины в Ленинграде 957.
 Дезинфекция операционного поля 255,—рук перед операцией 702, 820,—шкур 1070.
 «Действие прямое», учение об нем 800.
 Деление клеточное, возбудитель его 250.
 Дело Воронцовой 612.
 Dementia paralytica, ее лечение 126.
 День рабочий у служащих леч.-санит. учреждений 143.
 Дерматит сальварсанный 393, 594.
 Десмоиды передней брюшной стенки 487, 547.
 Диабет, полисурия при нем 188,—светолечение его 255,—инсулин при нем 101,
 937,—у девочки 954,—хирургическое лечение его 1249,—диагноз и лече-
 ние 1347.
 Диагез экссудативный, его лечение 259,——литература его 830.

Диатермия при болезнях желудка 255.
 Диафрагма, высокое стояние ее 815,—дисфункция ее 1063.
 Дизентерия амёбная, ее лечение 701—хроническая язвенная, ее лечение 1342.
 Диета грудных детей безмолочная 704.
 Диспансеризация 25 участка М.-Каз. ж. д. 715.
 Дистрофия мышечная прогрессирующая 1235.
 Дифтерия, иммунизация против нее 119.
 Дорфман д-р, самоубийство его 1069.
 Дренаж желчного пузыря внутренний 256.
 Ductus arteriosus, его незарождение 1181.
 Дуоденит, рентгеновское исследование его 377.
 Дыхание носовое, влияние его на мозг 502,—Cheyne-Stokes'овское, его происхождение 399.

Е, Э, Ое.

Евнин д-р, его осуждение 1358.
 Oesophago-jejuno-stomia 820.
 Экзема, ее лечение 457, 1347.
 Эклампсия, ее лечение 257, 496.
 Экстерны, проект положения об них 516, 1356,—упразднение их института 1069.
 Электроноотерапия 263.
 Электрокардиография 253.
 Эмболии легочные, их учащение 1051.
 Эмпиема острая, ее лечение 269.
 Эндокардит, частота различных форм его 700,—лечение его сывороткой 851,—митральный, гипертензия при нем 1342.
 Эндокринологи русские 405*.
 Эндокринология 824,—женской половой системы 504.
 Эндотелиома плевры 26.
 Энеидов д-р, его самоубийство 395.
 Энтерокистома 441*.
 Enuresis nocturna, его лечение 1055.
 Эпилепсия 132,—наследственная формула ее 509,—поздняя 706,—антирабические прививки при ней 718,—сифилис в этиологии ее 1055.
 Эпинефректомия 494.
 Эргогизм 96.
 Эритрофагоцитоз 475.
 Эфетонин 1341,—в глазной практике 382.
 Эфир этиловый, продукты окисления его 588.
 Эхинококк, заболеваемость им 809,—диагностика его 120,—паравагинальной клетчатки 139,—легких, его самоизлечение 204, 587,—вскрытие его в брюшную полость 396,—диагностика и терапия 816,—поддиафрагмальный нагноившийся 210,—у ребенка 486,—суставов 396.

Ж.

Жаба грудная, лечение ее 587, 822, 1053,—патогенез ее 937.
 Железа грудная, опухоли ее у мужчин 865,—усиление ее функции 1344,—поджелудочная, свищ ее 701,—добывание сока ее 823,—щитовидная, злокачественные опухоли ее 1343.
 Желудок, его секреция у детей 125,—саркома его 422, 511,—и кишечник, сухой препарат 408*,—его инвагинация 494,—смешанная опухоль его 512,—влияние ионов Mg и NH на его деятельность 622,—его резекция 702, 820,—гипофизин при атонии его у детей 705,—вакцинация его в хирургии 958,—рентгенодиагностика его 1063,—нейрозы его 1342,—постоянный свищ его 1343.
 Женщина, ее телосложение 956.
 Животные, психология их 1255.
 Жидкость околоплодная 257, 1264,—спинномозговая, определение сахара в ней 943.
 Жилища в г. Казани 605.
 Жир дельфиний при рахите 954.
 Журнал новый гинекологический 395.

3.

- Заболевания психические, рост их 402*, — кожи грибковые, таллий при них 595, —
скарлатиноподобные 952, — инфекционные и бытовые условия 1193, — женской
половой сферы, монотерапия их 1344.
Завод хлороформный в Киеве 829.
Запоры атонические, диатермия при них 1340.
Захарьин Г. А. проф. 1165.
Здравоохранение советское, его 10-летие 961.
Зелень парижская, применение ее для уничтожения личинок комаров 780.
Зимницкий С. С. проф., смерть его 145, — воспоминания об нем 279, — как ученый
285, — мозг его 395.
Зоб, рентгенотерапия его перед операциями 255, — смертность при операциях
по поводу его 379, — эндемический, его этиология 682, 1342.
Золотницкий В. Н. д-р, юбилей его 1358.
Зрочки прыгающие 956.
Зрение, восстановление его после операции на гайморовой полости 488, 603.
Зубы гангренозные, дезинфекция корней их 489, 604.
Зуд кожный, обмен веществ при нем 1347.

И.

- Идиотизм глубокий 1066.
Изацен 809, 1341.
Изжога 809.
Икота, ее лечение 499, 1253.
Импотенция мужская, лечение ее 126.
Инвагинация кишечная 658.
Инспекция санитарная в РСФСР 605.
Институт по изучению расовых особенностей 144, — гигиены труда 144, — Казан-
ский гос. для усов. врачей 153, 273, 828, 1261, — центральный оспенный 274,
чумный 274, — раковый в Нью-Йорке 245, — б. повивальный в Москве, его
125-летие 491, — Венский анатомический 505, — Ленинградский для усов.
врачей 517, — Томский для усов. врачей 517, — Ак.-гинекологический в Ленин-
граде 803, — Украинский микробиологический 829, — Ленинградский ретгено-
логический 926, — раковый в Москве 1357, — социальных болезней 1357, —
Астраханский медицинский, его 10-летие 1358.
Институты анатомические 3. Европы 1334.
Инструменты гинекологические, хранение их 718.
Инфильтрат воспалительный, его происхождение 866.
Ионы водородные, концентрация их в крови у детей 952.
Иприт, антагонизм его с хлористым Са 835.
Искова-Василева д-р, самоубийство ее 395.
Исследование в акушерстве и гинекологии 129, — микроскопическое быстрое 1255.
Исхакин д-р, смерть его 145.

К.

- Кабан, озеро в г. Казани, загрязнение его 269.
Кабинет венерологический 25-го уч. М.-Каз. жел. дор. 715.
Каблук высокий 481.
Каверны легочные, их распознавание 251 — — рентгеновская картина их 1288, —
предсказание при них 1340.
Калий и кальций, их соотношение 493, — цианистый, лечение отравлений им 1341.
Кальцемиа, наблюдения над нею 841.
Камеры для вытрезвления в Москве 517.
Камни желчные, симулирующие их заболевание 492, — — лечение их 810.
Камфора, действие ее на изолированную полосу сердца 511.
Кан проф., приглашение его из Америки 829.
Каплан С. Ф. проф., самоубийство его 402*.
Карандаш анилиновый, ранения им 826, 1254.
Катаракта старческая, экстракция ее 382, — инфекция после экстракции ее 1263.
Квартиры для медперсонала участкового 516.
Келовидоз 806.

- Кесарское сечение по Portes'y 383, — современное положение вопроса об нем 746, 949.
- Кишечник, чеснок при его болезнях 587, — действие жидкого парафина на него 587.
- Кишка прямая, лечение ее выпадений 256, 715, 740. 827, — выпадение ее у детей 941, — ободочная, опущение ее 479, — 12-перстная, исследование ее рентгеном 1063.
- Кишки тонкие дивертикулёз их 493, — непроходимость их 588, 1249, — толстые, хирургия их 1259, — — их инвагинация 1350, — поражение их при уремии 1359.
- Клетка грудная у детей 117.
- Климов и Янкин, дело их 957.
- Клиники в Иене и Галле 396, — Казанского университета 515, — для предупреждения беременности в Англии 517.
- Кожа, радиобиология ее 816, — пересадка ее 1294.
- Кожевники, их заболеваемость 142.
- Коклюш, его лечение 126, 483, 558, 953, 954, 1070, 1223, 1252, — клиника его 498, — у грудных детей 1055.
- Коксит, новый симптом его 703.
- Колит слизистый 701, — лечение его 1342.
- Колосков В. С. д-р, смерть его 1358.
- Кольцоцистотомия 1053.
- Кольцо контракционное, адреналин при нем 1344.
- Комиссии абортные в Казани 716.
- Конечности, их удлинение 480.
- Конечность нижняя, удаление ее с половиной таза 600, 871.
- Кони А. Ф., мозг его 144.
- Конкурс на лучший врачебный участок 1356, — на кафедру пропед. тер. клиники в Казанском у-те 515.
- Конкурсы русские медицинские в XVIII в. 711.
- Конституция, значение ее в вопросах питания ребенка 899, — влияние ее на родовую деятельность женщины 1323.
- Концессии в области коммунального хозяйства 1357.
- Корелякин Д. Н. д-р, смерть его 1262.
- Коршун С. В. проф., юбилей его 491.
- Корь экспериментальная 118, — прививки против нее 586, — новый симптом ее 812, — срок изоляции при ней 1055.
- Косоглазие, оперативное лечение его 496.
- Крапивница хроническая, лечение ее 706, 1254.
- Край Волжско-Камский, санитарное его состояние 490, 786.
- Красин П. М. проф., избрание его на кафедру хирур. патологии в Казанском университете 515.
- Краска Giemsa. ее улучшение 944.
- Краснобаев Т. П., его юбилей 1358.
- Краснуха злокачественная 941.
- Кремация 945.
- Кретинизм микседематозный, его лечение 943.
- Кровоизлияния мозговые, их распознавание 498.
- Кровотечения маточные, радий при них 482, — и атония желудка 497, — — лечение их мочегонными 704.
- Кровь белая в послеродовом периоде 450*, — время появления изоагглютинирующих свойств ее 713, 1213, — изменения ее состава под влиянием мышечных движений 721, — болезни ее 824, — изменения ее под действием искусственного света 955, — излившаяся в брюшную полость, судьба ее 1053, — промывание ее 1174, — переливание ее от трупа 1259.
- Кротков Н. А. д-р, смерть его 717.
- Кружок врачей материалистов в Казани 491.
- Крым, его санатории 716.
- Ксантопротеин в крови 270.
- Культуры тканевые *in vitro*, значение их в рентгенобиологии и рентгенотерапии 165.
- Культи ампутационная, закрытие ее кисетным швом 1343.
- Курильщики, диспансер для их лечения 517.
- Курорты, исключаяющие отpravку на них болезни 612, — Крымские, их восстановление 829, — число коек и больных на них 957.

Курсы для врачей выездные 516, — — — по физиотерапии 1262, — — — при Сев.-кавказском ун-те 1357.
К у ш е в И. Е. проф., юбилей его 717, 1262.

Л, Л.

Лампа «Ultrasonne» в гинекологии 811.
Loewe и Abderhalden, их метод 511.
Легкие, эластичность их ткани 392, — лечение абсцессов их 1249, — их хирургия 1259.
Лейкемия у детей 812, — поражения нервной системы при ней 942.
Лекарства, расход их в СССР 144, — растительные, балластные вещества в них 944.
Лентец широкий, малокровие при нем 938.
Лепская Р. А., получение ею звания приват-доцента 1261.
Leptotrix, поражение им голосовых связок 1354.
Лечебницы частные, запрещение работать в них врачам 274, 395, 491, 516.
Лигатуры, их стерилизация 1248.
Лизол, отравления им 1341.
Lingua nigra 943.
Липоиды, влияние их на диффузию 391.
Lithoraedion 718.
Лихорадка пищевая 266, — сифилитическая 374, — желтая, экспедиция для ее изучения 1263.
Lupus erythematodes и рак 1254, — его лечение 1254.
Лурья Р. А. проф., юбилей его 144, 151.
Лучи радия, влияние их на обмен веществ 1064, — Röntgen'a, биологическое действие их 254, — влияние их на изолированные органы 254, — действие на одноклеточные организмы 254, — действие их на матку и яичники 391, — их дозировка 1062, 1064, — иммунитет при освещении ими 1062, — действие их на растительную клетку 1064, — влияние их на выделение мочы с мочей 1064, — на газовый обмен 1064, — на условные рефлексy 1065, — на головной и спинной мозг 1065, — на гидр 1065, — на протолитические процессы 1065, — на лейкоциты 1065, — общая реакция организма на них 1065, — ультрафиолетовые, влияние их на содержание Са и К в крови 172, — при глазных болезнях 1250.
Лысенков Н. К. проф., его юбилей 395.

М.

Малярия, олигемия при ней 414, — плазмохин при ней 493, — врожденная 858, — лечение ее 932, 1037, — длительность инкубационного периода ее 1279, — поражение мочеполовых органов при ней 1065, 1360.
Мастерские ст. Юдино 605.
Мастит, его лечение 1249, — гангренозный 1264.
Мастодит, его вакцинотерапия 596, — с присутствием b. Vincenti 604, — диагностика его 1057.
Матка, разрыв ее во время беременности 140, — при родах 482, — зарощение внутреннего зева ее 1264.
Матмлад, его охрана 395, 598, 949.
Медицина советская, ее 10-летие 491, 961, 1069.
Медперсонал участковый, проверка его положения 516, — Казани, его заболеваемость 919, — оплата его труда 1356.
Медработники, оплата труда их 1262.
Медфак новый во Владивостоке 274, — в Н. Новгороде 491.
Медфаки, число их в С. Ш. С. Америки 1069, — VI курс на них 1262.
Мейльман д-р, избиеение его 717.
Менингит тифозный у ребенка 259, — цереброспинальный, его вакцинотерапия 1032, — — сывороточное лечение его 1345.
Менингомиелит спинного мозга 956.
Мениски коленные, их повреждения 827.
Менструация, лечение аномалий ее 124.
Метасифилис, лечение его малярией 1252.

- Метроррагии, их лечение 124.
 Микроскопы, их фабрикация в Москве 1069,—Reichert'a, прибытие партии их 1357.
 Миндалины, показания к их иссечению 707.
 Миосальварсан 500. 594, 1066.
 Младенцы г. Казани, развитие их 230.
 Мозг костный, влияние его на кровь 118,— — изменения его при различных болезнях 824,— — лечение воспалений его 938,—головной, ранение его 269,— — артериальная система его 521, 617,— — вес его у татар 711,— — опухоль его 957.
 Мокрота, ее цитология 970.
 Моноциты, роль их в генезе опухолей 806,—происхождение их 935.
 Москва, ее население 395.
 Моча, задержка ее послеоперационная 479, — — — пилокарпин при ней 939,— индикатор для нее 587.
 Мочевина, зависимость ее от печени 251.
 Мочеиспускание, задержка его послеоперационная 256.
 Мочеобразование 1338.
 Мочеточники, пересадка их в кишки 702.
 Мышьяк, определение его 510, 1276,—применение его у кормящих 613.

Н.

- Надзор пищевой в ТР 141.
 Надпочечники, иннервация их 250.
 Наколенник, вывихи его 589.
 Нанизм, клиника его 420*.
 Наперстянка и диспепсия 253,—применение ее до и после операций 1343.
 Напитки спиртные, потребление их в СССР 829, 1358.
 Наркоз, смертность от него в Англии 396,—влияние его на печень 810, 820, 826, — эфирный, его влияние на печень 1248.
 Наркоманы, их конституция 1346.
 Наследственность 386.
 Натр салициловокислый, как abortivum 704,— — при ревматизме 1359,— — при гонитах 1359.
 Небо, расщелина его 1353,—мягкое, сращение его с глоткой 601.
 Невросифилис 134,—лечение его прививками малярии 943.
 Нейралгия седалищная, новый признак ее 1056.
 Неосальварсан, введение его в глаз путем ионтофореза 381.
 Нерв зрительный, заболевание его риногенного происхождения 488, 602, — — табетическая атрофия его 590, 1250, 1251,— — лечение атрофии его тифозной вакциной 703,— — — — серой 1054,—лицевой, паралич его 488, 773,—тройничный, нейралгии его 596,— — доступ к 3-й его ветви 1249.
 Нерубенко Ф. Ф., награждение его 275.
 Нефрит без гипертензии 66,—инфекционный 138.
 Нефроз хронический, его лечение 478.
 Нефролитиаз 1258.
 Новообразования злокачественные 1350.
 Новорожденные асфиктические. оживление их 124,—сердечные звуки у них 125.
 Ноготь вросший, его лечение 1343.
 Номенклатура болезней 1356.
 Нос. саркома его 814,—пластика его 1353,—реконструкция его 1355.
 НОТ и хирургия 139, 430*.

О.

- Обезьяна, скрещивание ее с человеком 473.
 Обмен веществ, зависимость его от нервной системы 118.
 Обоняние, физиология его 1338.
 Образование медицинское в Германии, продление его срока 1069,— — реформа его 1357.
 Обряды религиозные в больницах 491.
 Обследование школьников венерологическое 517.

Общества борьбы с раком 718.

Общество врачей при Казанском у-те, его LX-летие 2, 134,—радиологов и рентгенологов в Казани 144, 515, 637,—Минских врачей, его LX-летие 275,— акуш.-гинекологическое в Верхнеднепровске 395.—Московское ак.-гинекологическое, его 40-летие 144.—Пензенское медицинское, его деятельность 610.—борьбы с алкоголизмом в Казани 957, —врачей г. Ульяновска, его 60-летие 1358.

Овощи сырые, питание ими 935.

Огнев И. Ф. проф., смерть его 613.

Одежда женская, ее антигигиеничность 1255.

Ожирение гипофизарное 951.

Ожоги х-лучами, их лечение 936.

Озена, ее лечение 271, 488, 502, 602, 1353,—и эндокринные железы 595,—патогенез и терапия 595.

Омелянский В. Л., смерть его 612.

Оплодотворение искусственное 1070.

Опоясывающие, их производство 944.

Оптомия 492,—при глазных болезнях 402*,—при пневмококковой эмпиеме 705.

Опухоли мозговые, их оперативное лечение 493,—злокачественные, лечение их 70, 936, почеч злокачественные 812.

Организация тбс украинская 402*.

Ортодонтия оперативная 1353.

Ортопедия 1066, 1068.

Осложнения послеоперационные 71, 80, 588, 875.

Остеомиелит паратифозный 379,—септический костей черепа и лица 379,—этиология его 809, 938,—стафилококковый позвоночника 938,—острый гнойный, операция при нем 1305.

Отит мукозный 489, 604, 1355—абсцесс мозга при нем 814.

Отросток червеобразный, положение и гистология его 1167, ——рентгенодиагностика его 816.

П, Р

Павлов Иван Петрович, поездка его в Лондон 717.

Палочки Vincenta при мастоидите 4-9.

Палочки тбс, действие их на разводки тканей in vitro 699, —в моче, их исследование 1050.

Пальцы, их уродства 267.

Пантеон всеукраинский 491.

Парагвай, приглашение русских профессоров в него 613.

Паралич наркозный 256, верхних конечностей, пластика при нем 267,—прогрессивный, лечение его прививками малярии 705.

Параметрит задний, его лечение 125.

Парагриф 824.

Парафин, как слабительное 1248.

Паркинсонизм, внутривенные вливания СаС1 при нем 942,—в сочетании с эпилепсией 956.

Патоклизы 42.

Педиатрия, русские журналы по ней 1070.

Пекарни в Казани 141.

Periphagus conjunctivae 1263.

Пенсия в желудочном соке 938.

Переломы закрытые, анестезия при них 381,—прием „цепы“ при них 381,—акusherские 591,—открытые, их лечение 939.

Период послеродовой, течение его при кровотечениях при родах 258.

Перитонит тбс, лечение его 475,—coli-бацилярный, его лечение 1343.

Перфорация желудка и 12-перстной кишки 1250.

Печень, применение ее при скорбуте 253,—исследование ее работы 477,—сосуды и желчные пути ее 608.

Пилоро-дуоденит 1285, 1350.

Пилоростеноз врожденный 483.

Пиоррея альвеолярная, ее лечение 588.

Пищевод, его разрывы 214,—его дивертикулы 823,—инородные тела в нем 1354.

- Плата с больных в Ленинградских лечебных учреждениях 491,—заработная мед-
работникам, задержка ее в ТР 611.
Плацинта и кровяные группы 703,—проходимость ее для трипанозом и спирохэт
940,—предлежание ее, кесарское сечение при нем 1054.
Плеврит, его лечение 1248.
Плод, длина и вес в ранних стадиях развития 1264,—переносимый 1344.
Площадь жилья в городах СССР 395.
Пневмония послеоперационная, ее профилактика 512,—сывороточное лечение
ее 1339.
Пнеймоплеврит, его происхождение 490*.
Пнеймоторакс спонтанный 610.
Поезда, снабжение их аптечками 1357.
Позвонок I шейный, перелом его 589.
Позвоночник, его фиксация 495,—травма его 589.
Пол, его проблема 264,—плода, определение его реакцией М а н о й л о в а 887.
Повосы, их лечение 196,—детские, питание при них 705.
П о р т у г а л ь с к и й д-р, убийство его 1069, 1263.
Потоотделение при болезнях сердца 1247.
Почва г. Казани уличная 489.
Почки, фосфор при их заболеваниях 1248,—болезни их у детей 1252.
Практика летняя студентов-медиков 611.
Премия N o b e l 'я, ее присуждение 145, 275.
Пресбиопия, помощь при ней 590.
Придаток мозговой, связь его со щитовидной и половыми железами 296.
Проказа, состояние дыхательных путей и ушей при ней 502,—в Донской обл.
517,—лечение ее 1254.
Простата, диатермия ее 1066.
Простатэктомия, влияние ее на половые функции 810.
Проститутки, регистрация их 395.
Профвредности в акушерстве и гинекологии 950.
Pruritus vulvae 125.
Псевдартроз голени врожденный, его лечение 381.
Психиатрия социальная 578.
Психогенез болезней 50,—гинекологических заболеваний 92.
Психотерапия 485.
Пузырь желчный, его инфекция 806.
Пульпит, его лечение по Б е з р е д к а 489, 603.
Пульс венозный, запись его 1247.
Пункция люмбальная 126.
Purpura variolosa, кровь при ней 637.
Пути желчные, физиология и патология их 1063.
П у т и л и н д-р, убийство его 612.
Пятна родимые, хлорэтил при них 480.

Р, R.

- Работа умственная, газообмен при ней 1355.
Работники научные, прием их детей в вузы 1262.
Рабочие мартеновские, их труд и здоровье 1256.
Радиокурсы для усов. врачей 144, 612.
Радиотерапия 130, 490*, 505, 591.
Рак, ферменты в крови при нем 507, смертность от него 517,—лечение его свин-
цом 587,—премия за открытие средства против него 613, действие радия
на него 1246,—борьба с ним 1260,—грудей, лечение его 122,—матки после
лечения радием 139, —лечение его ацетоном 258, 1252, —радиотерапия
его 259, 384, 712, прил. к № 4,— его этиология 591, 1251,—легких, его
диагностика 477,—щитовидной железы, метастазы его 486,—языка, опера-
тивное его лечение 599, 818,—рукава, радиотерапия его 1055.
Раковина нижняя, врожденные аномалии ее 1353.
Рана брюшная, расхождение ее 820.
Ранения огнестрельные, микроскопическая картина входного отверстия их 712.
Растройства климактерические, их лечение 591.
R a u n a n d болезнь, патогенез и лечение ее 1055.

- Рахит 497,—рентгенодиагностика его 126,—проблема его 265,—терапия его 812.
 Рвота послепаркозная, предупреждение ее 122,—кровавая после операций 380.
 Реакции организма у рабочих 824.
 Реакция Rickenberg'a 133,—Pirquet и Mantoux при (bc у детей 252,—
 фиксации комплемента 376,—Kafka в цереброспинальной жидкости 450.—
 Sachs'a-Georgi 500,—Costa при проказе 576,—Wassermann'a,
 унификация ее 593,—— активный метод ее 1254,—изогмагглютинации у
 грудных детей 601,—Buscaino при эпилепсии 705,—оседания эритроцитов
 при острых инфекциях 983.—— при хирургических заболеваниях 1053,
 —— при болезнях носа, горла и уха 1355,—агглютинации по Clemens'y
 1052,—кантаридиновая при беременности 1251.
 Ревматизм хронический суставной 1062.
 Рентгенограммы 608, 827.
 Рентгенодиагностика 130, 131, 262, 377, 390, 598, 709, 710, 815, 936, 945, 1062,
 1246, 1349.
 Рентгенология 815,—в России 608,—преподавание ее 1061, 1245.
 Рентгенотерапия эпителиом века и конъюнктивы 614.
 Репрев А. В., юбилей его 1069.
 Ретинит, как показание к прерыванию беременности 518.
 Рефлексы условные, диагностическое применение их 497,—сухожильные нормаль-
 ные 956,—верхних конечностей 127.
 Риванол в офтальмологии 495.
 Ринолиты 707.
 Ринопластика 329, 385.
 Риносклерома 488, 602, 814,—этиология и распознавание 1346.
 Роговица, определение ее чувствительности 590.
 Роды, их вызывание 124,—лихорадка при них 811,—при узком тазе 1251.
 Рожа, ее лечение 127, 806, 810, 1341.
 Розенблат Я. М. проф., смерть его 1358.
 Рого д-р, избивание его 717.
 Россоломо Г. И. проф., смерть его 1262.
 Рост и развитие детей, их расстройства 388.
 Рот, лечение его болезней антивирусом 943.
 Руки, обеззараживание их 1249.
 Руминация у детей 812.

C, S.

- Савченко И. Г. проф., присвоение ему звания заслуженного деятеля науки 1358.
 Сальварсан, как причина размягчения мозга 706.
 Сальник, всасывательная способность его 379.
 Самогон, фабрикация его у нас 379.
 Санатории новые на Одесских лиманах 829.
 Сапезко проф., смерть его 517.
 Саркома, ее лечение 810.
 Сахар в крови, определение его 313.
 Свищи каловые, операция при них 512.
 Связка круглая маточная, фибромиома ее 487.
 Связки крестообразные коленного сустава, их повреждение 480.
 Секция научных работников, участие в ней членов союза Всемедсантруд 516,—
 врачебная Туапсинская, роспуск бюро ее 829.
 Селезенка, дермоидные кисты ее 396,—разрыв ее 435, 827.
 Семиотика висцеральная 132.
 Сепсис пuerперальный 333,—— кровяные пластинки при нем 258,—— анаэробные
 стрептококки при нем 258,—— лечение его сывороткой 383,—одонтогенный
 940,—фарингеальный 1057.
 Сердце, врожденные аномалии его 318,—запах при тяжелых расстройствах его
 491*,—хинидин при расстройствах его 587,—периферическое 821,—деятель-
 ность его в пuerперальном периоде 1054,—тонизирование его 1247, функ-
 циональная его диагностика 1247,—впрыскивания адреналина в него 1259,
 —табачное 1341.
 Сероводород, определение его 1263.
 Сестры военного времени, права их 828.

Симпатэктомия 479.

Симптомокомплекс Cheyne-Stokes'a, его лечение 808.

Синдром гепато-лиенальный 823.

Синкинезии у здоровых людей 605.

Сункоре, массаж сердца при нем 1053.

Синька метиленовая, действие ее на сердце 137.

Сиротини И. Н., избрание его профессором Казанского медфака 1355.

Сифилис внутренних органов 133.— у детей, лечение его стоварсолоном 141, 776.— — спирохеты в конъюнктиве и носу при нем 703,— распространение его в СССР 275,— легких 378,— — в сочетании с тbc 729,— костная проводимость при нем 385,— злокачественный 393,— III activa 393,— убывает ли он? 483,— миосальварсан при нем 484,— врожденный, его диагностика 466*— судороги при нем 704,— — развитие детей при нем 941,— современное состояние учения об нем 695,— гематогенная инфекция при нем 500,— кровяная проба при нем 500,— поджелудочной железы 508,— селезенки 508,— плода и последа 593,— диагностика его у беременных 593,— и желудок 596,— лечение его сальварсаном 706,— внеполовое заражение им 716,— инфекция со стороны отца 814,— печени 822,— почек 822,— желудка 823,— сосудистой системы 823,— серодиагностика его 1056,— передача его паралитикам и таблеткам 1056,— лечение его малярией 1056,— суставов, рентгеновская картина его 1063,— ранний, его лечение 1253.

Скарлатина, прогноз осложнений ее 474,— вскрытие гайморовой полости при ней 596,— этиология и клиника 936, 1339,— лечение ее 937, 1055, 1345.

Склероз множественный, его лечение 1056.

Скотомы мерцательная, ее лечение 482.

Скробанский К. К. проф., юбилей его 1358.

Слоновость 351.

Смелов Н. Я. д-р, 40-летие его 1358.

Смертность в Европе 395.

Смиттен А. Г. д-р, смерть его 717.

Снотворные, действие их 1056.

Совместительство врачей 1356, 1357.

Солнцелечение, дозировка при нем 490.

Соловьев З. П., некролог его 1359.

Сон 247.

Сосок, кровотечения из него 600.

Спектрография 266.

Сперматозоиды, число их в семени 1070.

Spermatocele 514.

Spina bifida 267.

Спирохеты Obersteier'a, их изменчивость 44,— бледные, их окраска 813.

Спленэктомия 702.

Спленомегалия, оперативное лечение ее 379.

Сплетение солнечное, его анатомия 711.

Спорынья, отравление ею 101.

Средства против зачатия, их популяризация 516,— — — их распространение 759.

Сращения брюшинные 819.

Стафилококки, определение их вирулентности 806.

Стерилизация самок 382,— женщин 613, 948.

Стипендии, освобождение врачей от связанных с ними обязательность 516.

Стоварсол у плохо развивающихся детей 483.

Стоимость обучения в наших медвузах 516.

Столбняк, его лечение 126, 256, 586, 937, 1053.

Стопа, изменения высоты свода ее 446*.

Стрептококки у родильниц и новорожденных 951.

Строганов В. В. проф., юбилей его 517.

Суставы, зимнее грязелечение, их заболеваний 1340,— артропластика их 1350.

Сухожилия, регенерация их 589.

Съезд I невропатологов и психиатров 131,— IV по тbc 144,— физиологов в Москве 144, 717,— IV рентгенологов 144,— I педологический 268,— I микробиологов 275,— VIII всесоюзный акушеров и гинекологов 275, 395, 947,— международный патологов 275,— VII союза Медсантруд 275,— III онкологов 395,— международный по психогигиене 395,— по охране матмлада 395,— тbc 491,—

- международный по профболезням 517,—всесоюзный отоларингологов 517,—
III Поволжский 517.—V рентгенологов 612,—Саратовский областной 717,—
XX российских хирургов 817,—по борьбе со скарлатиной 829,—по борьбе
с раком в Лондоне 958,—II международный радиологов 1061,—всесоюзный
венерологический 1069,—I Уральский 1257,—II всеукраинский хирургов
1258,—II микробиологический 1262.—V педиатров 1262.—II врачей Сибири
1357,—международный по дерматологии и сифилидологии 1358.
Съезды медицинские в Польше 271,—— в РСФСР 275.
Сыворотка *coli* бациллярная при перитонитах 494, лошадиная при глазных бо-
лезнях 703.
Сыворотки, их консервирование 1339.

Т.

- Табак с прибавкой хлористого калия 592.
Тавилдаров пр.-доц., назначение его профессором 395.
Таз, вывих его 512.
Тела инородные в трахее и бронхах 270, 1355,—— в пищеводе 270, 498, 602,
814,—— в наружном слуховом проходе 460, 489.
Тело стекловидное, отсасывание его 123.
Температура длительная субфебрильная 404.
Tensor f. latae, его пересадка 589.
Тератома брюшной полости 827.
Терминология клиническая 502, 946.
Термометры, изготовление их в СССР 144, 395, 957,—замена их 1262.
Thmsus, влияние ее на развитие гениталий 118.
Тиф сыпной 145, 716,—возвратный 146, 586, 1050, 1053,—брюшной 474, 632, 1050,
1339.
Тонзиллиты острые 908.
Точки тепловые, теория их 1065.
Травма влагалища 146.
Травматизм у рабочих 1260.
Транспульмин после операций 380.
Трахеобронхоскопия 385.—при абсцессе легкого 603.
Трахома, ее лечение 123, 495, 714, 1263, 1360,—экспериментальная у обезьяны
1352,—ее распространение 1352.
Трихиноз сердца 253.
Трихофития, ее лечение 595.
Trichosephalus dispar, его опасность 253.
Тромбозы и эмболии послеродовые 497.
Трубы фаллопиевы, влияние их резекции на половые функции 1055.
Труды высокой научной квалификации, признанные таковыми медфаком Казан.
у-та 491, 515, 1068.
Трупы, уничтожение их 145.
Туберкулез, каротинемия при нем 119,—и конституция 251,—минеральный обмен
при нем 252, вакцинация по Calmette'у 265, 394, 490,—вакцинация по
Langer'у 609,—врожденный 376, 1339,—матерей, влияние его на новорож-
денных 377,—влияние токсина его на женскую половую сферу 377, заявка
случаев его 490,—и конституция 528, смертность от него среди татарского
населения Казани 994, лабораторная его диагностика прил. к № 10,—лег-
ких 609,—его развитие 376, 700, 807,—и язва желудка 119,—и бо-
лезни сердца 628,—диагностика его 475, 699, 1339,—лечение его 1057,
—— трифалом 252,—— золотом 490*, —положение тела больных
при его лечении 120,—лечение его коллапсом 261,—— операцией
phrenicus-exhairesis 475,—— пнеймотораксом 807,—— х-лучами 119,
120, 476,—— кумысом, гемограмма при нем 486, —бессолевой пищей
1050,—— ионтофорезом 1340,—мочевых путей, его лечение 252,—брюши-
ны 377, гортани, его лечение 378, 475,—хирургический, курортное его ле-
чение 475,—бактериологическая диагностика его 819, суставов, рентге-
низация через гипсовую повязку при нем 476,—его лечение 807,—кост-
но-суставной у детей 1060,—голеностопного сустава, иммобилизация при
нем 480,—суставов, пересадка костной ткани при нем 700,—костей, сухая-
дение при нем 490*,—глаз, его лечение 481,—женской половой сферы, его

лечение 808,—кожи 515, — — лечение его неосальварсаном 715, — — — светом 1062,—яичка и его придатка 1206,—кишечника, рентгенодиагностика его 816,—почек 700,—бронхиальных желез 1050.

Т у ш н о в М. П. проф., юбилей его 491,—препараты его 518.

У.

Углеводы, определение их при помощи иода 142.

Углекислота, применение ее при асфиксии и остановке сердца 820.

У г р ю м о в д-р, дело его 144.

Удмурты, распространение венерических болезней у них 268.

Университет Упсальский, юбилей его 396,—новый в Алма-Ате 491, 1357,—I Московский, иск к его правлению 491,—Томский, твердые штаты медфака его 516,——40-летие его 1358,—Казанский, студенты медфака его 1356,—Минский, прием в него 1357.

Университеты германские, продление курса в них 517.

Управление главное курортное 957.

Уретра, лечение стриктур ее 600.

Уретрит, его лечение 812,—гонорройный у мальчиков 813.

Уретроцистит малярийный 1065.

Уродства врожденные 1350.

Уронефроз 817.

Ухо, восстановление раковины его 1302,—среднее, лечение его воспалений 1353, 1354.

Учреждения лечебные, передача их на местный бюджет 828.

Ф, Ph.

Ф е л ь д м а н д-р, дело его 829.

Феномен Sch g a m m'a 564,—мизинцевый 1346.

Ферменты липолитические в крови, их определение 146.

Фиброма основания черепа, удаление ее 241.

Фибромиомы матки, нингидриновая реакция при них 896, — — лечение их чистой энергией 948.

Фибросаркома гайморовой полости 489, 604.

Физиотерапия 597.

Физкультура, курсы ее 274.

Ф и л о с о ф о в П. И. проф., избрание его 1355.

Флебит, пиявки при нем 480.

Phnogenicus-феномен при заболеваниях брюшных органов 1190.

Х.

Хинин, действие его на изолированную полосу сердца 511.

Хирургия, клинические занятия по ней 389,—современная 1258.

Хлеб горячий черный, его продажа 516.

Холестеарин в сумке хрусталика 1352.

Холестеатома сосцевидного отростка 1353.

Холецистография 816.

Хордэктомия 488, 603.

Хордомы 592.

Хорея, люмбальная пункция при ней 705.

Хорионит тбс, лечение его х-лучами 378.

Хромоскопия, как метод определения секреторной функции желудка 178.

Хромота рецидивирующая 380, 495.

Ц.

Цистиперк множественный 487,—мозга 956,—глаза 1352.

Ч.

Ч и р к о в с к и й В. В. проф., переход его в Ленинград 1355.

Член мужской половой, просьба пришить его 944.

Ч у к а л о в Н. Н., избрание его пр.-доцентом 515.

Чума, оплата работающих по борьбе с ней 1356.

Ш.

Шанкр мягкий, его лечение 127, 491*.
 Ш а б а н о в а А. Н. д-р, юбилей ее 275.
 Шахтеры, слух у них 385.
 Шац и л л о проф., увольнение его 716.
 Шизофрения, лечение ее прививками малярии 499.
 Шимпанзе, кровь его 935.
 Школьники в Англии, рост их 402*.
 Шов узловатый на полых органах, судьба его 428.
 Шок, его профилактика 122.
 Ш о с т а к Я. Е., юбилей его 612.

Ю.

Ю д и н Т. И. проф., избрание его деканом Казанского медфака 1356.

Я.

Яблоко глазное, вылушение его 496.
 Ядро красное 126.
 Язва пептическая 253,—желудка и 12-перстной кишки, рентгенотерапия ее 254,— — — — перфоративная 539, 817,— — — — ратания при ней 595,—желудка, признак ее 820,—12-перстной кишки и желчные пути 478,—тонкой кишки перфорация ее 479,—тощей кишки после резекции желудка 940,—пендинская 268, 514,—сибирская, лечение ее 376.
 Язык, его заболевание 1355.
 Яичник, функции его в климактерии 805.
 Я н о в с к и й Ф. Г. проф., смерть его 829.
 Я х о н т о в К. М. 710.

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
PHARMAZEUTISCH—WISSENSCHAFTL. ABTEILUNG

»Bayer-Meister-Lucius«

Leverkusen a. Rh.

PLASMOCHIN

Синт. дериват алкил-амино-6-метокси-хинолина.

НОВОЕ СРЕДСТВО ПРОТИВ МАЛЯРИИ,

не являющееся производным хинина.

Уничтожает гаметы

Применяется для профилактики и лечения различных форм малярии

Действует спасительно при злокачественной гемоглобинурии

Не обладает горьким вкусом хинина

Мощное антисептическое средство для действия вглубь и на больших поверхностях.

RIVANOL

с выдающимся специфическим действием на пиогенные конки
(стрептококки, стафилококки, гонококки).

ПОКАЗАНИЯ: гнойный перитонит, стрептококковые и гонококковые нагноения суставов, абсцессы, фурункулы, карбункулы, мастит, бурсит и прочие локализованные нагноения; далее для дезинфекции при свежих травмах, при инфицированных ранах и язвах.

Внутривенно при общем сепсисе.

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ДЛЯ СССР:
IGERUSSKO Handelsgesellschaft m. b. H. BERLIN NW 7

В Москве представители ИГЕРУССКО при Русско-Германском Торговом Акц. О-ве. Москва, 9. Тверская, 34.

Образцы по требованию лечучреждений бесплатно

литература к услугам врачей

Обращаться к представит. ИГЕРУССКО в Москве.



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

ПРИГОТОВЛЕННАЯ ПО СПОСОБУ
ПРОФЕССОРА Д^{РА} БЮХНЕРА



СЕКАРОВСКАЯ ЖИДКОСТЬ

(ВЫТЯЖКА из СЕМЕННЫХ ЖЕЛЕЗ).
приготовленная по способу профессора д-ра
БЮХНЕРА. **ва** Доза для внутреннего употребле-
ния 20—30 капель до 3-х раз в день.

ЦЕНА ФЛАКОНА 2 рубля.

Имеется в продаже во всех аптеках и магазинах
санитарии и гигиены СССР

Почтой из главного склада высылается не менее
4-х флаконов при получении задатка 25 проц.

Пересылка и упаковка за наш счет.

Врачам и лечебным учреждениям для испытания
высылается бесплатно.



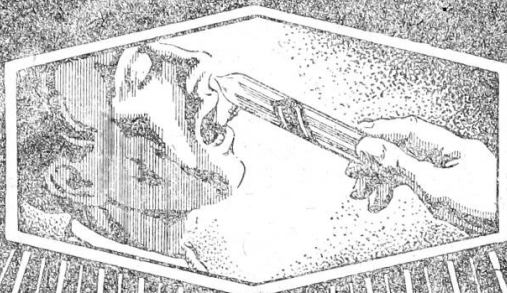
ЗАКАЗЫ
ПИСЬМА
И ДЕНЕГ
АДРЕСОВАТЬ

ЛАБОРАТОРИЯ КООПЕРАТИВА

ГАЛЕН-МОСКВА

МОСКВА

ПЕРЕСЫЛА



ХЛОР-ЭТИЛ-ГАЛЕН

Посылки { 3 ампуллы—3 р. 50 к.
6 ампул—6 р.

Высылаются наложенным платежом
без задатка.

Пересылка и упаковка за наш счет.

CHLORAEETHYL-GALEN

ХИМИЧЕСКИ ЧИСТЫЙ

ХЛОРИСТЫЙ ЭТИЛ

Гален

Москва

