

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ.

д-р И. Г. Флекель.

Обзор научных собраний Бобруйской Секции врачей (октябрь 1921 г. - май 1922 г.)

Бобруйская Секция врачей за отчетный период имела 13 научных собраний, на которых заслушано 28 сообщений, группирующихся следующим образом: оригинальных докладов, сообщений и наблюдений из практики—11, реферативных докладов—7, демонстрации больных и препаратов 10.

В кратких чертах доклады и сообщения сводятся к следующему*)

Оригинальные доклады

1) Д-р В. О. Морзок.

О внематочной беременности

(Доклад посвящен памяти А. А. Паперно).

Указав на то, что большинство случаев

внематочной беременности были из практики А. А. Паперно, с которым докладчик вместе и наблюдал их, разобрав виды внематочной беременности, ее этиологию и патолого-анатомическую картину, докладчик переходит к описанию своих случаев (из хирургич. отд. Бобр. больницы) которых в его было 18, из них диагностировано: до кровоизлияния 2, с кровоизлиянием, но без разрыва трубы 5 и с кровоизлиянием в полость живота 10.

Время разрыва было в 16 случаях на 2-м месяце беременности, в 1 м случае на 4-м месяце и в 1 на 6 м.

Сделав подробное описание 5 из своих случаев, разбирая симптоматику заболевания до разрыва и после происшедшего кровотечения, докладчик подчеркивает важное диагностическое значение симптома усиленной пульсации маточной артерии на пораженной стороне и полагает, что в некоторых случаях необходимо пользоваться в качестве диагностического метода пробным проколом. В дальнейшем докладчик разбирает показания к выжидательному и оперативному методу лечения.

В прениях по докладу д-р *Техика*, кос.

*) Не имея возможности по чисто техническим причинам дать полный отчет научных собраний секции, мы вынуждены сделать лишь краткий общий обзор их и отметить лишь некоторые моменты из прений, с другой же стороны крайне ограниченное и нерегулярное поступление литературы побуждает нас остановиться, в пределах возможности, на некоторых реферативных сообщениях, имеющих значительный интерес, особенно принимая во внимание наших товарищей, работающих в уезде, почти совершенно лишенных возможности получения литературы.

нувшись дифференциальной диагностики указывает на возможность занесения инфекции при проколе.

Д-р **Д. Л. Альтшуль** полагает, что усиленная пульсация не может служить надежным признаком, ибо иногда и в норме пульсация на одной стороне сильнее чем на другой.

Д-р **М. Э. Зельдик** полагает, что нервные влияния вряд ли имеют значение в смысле увеличения числа внематочных беременностей, участвовавшие случаи которых надо ставить в связь с учащением органических изменений, в частности, зависящих от гонорреи.

Д-р **Морзох** в ответном слове, коснувшись диагностики считает, что усиленная пульсация артерии симптом чрезвычайно важный и в связи с другими симптомами не дает права сомневаться в диагнозе. Пробный прокол можно делать только при наступившем разрыве трубы.

2) Д-р Л. Б. Шапиро

Ритуальное обрезание у евреев с медицинской точки зрения.

Отметив выдающуюся частоту производства операции обрезания крайней плоти, коснувшись вкратце истории происхождения этой операции, теряющейся в глубокой древности и упомянув о существовании ряда взглядов на причины, вызвавшие к жизни эту операцию, докладчик отмечает, что в его задачу входит рассмотрение этого вопроса исключительно с медикосанитарной точки зрения. Докладчик описывает технику производства этой операции у евреев так называемыми „могелами“ разбирает три акта операции: 1-й собственно обрезание, 2-й акт разрыв внутреннего листка и 3-ий акт высасывание крови, который не носит религиозного характера, а связан со взглядами древней эпохи на причины воспалительного процесса и способы его предупреждения. Рана заживает вторичным натяжением. В огромном большинстве случаев операция протекает благополучно, не смотря на то, что „производители“ этой операции „могелы“ являются совершенно невежественными в медицине людьми. Но все же полное отсутствие асептики и даже антисептики, обычай „могелов“ производить разрыв оболочки особым образом — заостренными ногтями больших пальцев — объясняет встречающиеся случаи заражения раны. При 3 м акте — отсасывании крови — бывают случаи заражения и специфическими микроорганизмами (сифилис, туберкулез).

Встречаются и другие осложнения — надраз головка с эмпизмией в будущем и особенно часты последовательные кровотечения.

Докладчик производит операцию следующим образом: отвернув возможно выше

кверху препуцию, опускает кончик и отрывает обыкновенным скальпелем немного косо сверху вниз; после этого вводит в мешок гунную браншу ножниц Арельта до брызжки головки и ударом короткой бранши раскалывает внутреннюю оболочку, после чего она свободно заворачивается на обнаженное ранное место. Во избежание кровотечения и для получения первичного натяжения, докладчик сшивает внутренний листок с наружным непрерывным швом.

Докладчик делает следующее заключение: „не касаясь политической борьбы, происходящей последнее время вокруг этой операции среди разных слоев еврейства, и исходя из факта существования этой операции среди подавляющего числа евреев России, мне кажется, что в целях чисто санитарных в целях избавления молодого поколения от грозящих ему опасностей от рук невежественных „могелов“, врачам необходимо вырвать эту операцию из рук могелов медицински ее обезопасить. А для этого необходимо повести широкую пропаганду среди самих евреев за переход этой операции в руки врачей. Операция настолько небольшая что при небольшом навыке она доступна всякому врачу даже не хирургу“.

По докладу развернулись оживленные прения, в которых принимали участие гг. Фейгин, Коренгольд, Виленский, Флекель, Хазанов, Герчиков. Следует отметить точку зрения г. Зельди а. который полагает, что в виду отсутствия к производству операции медицинских показаний, врачи не должны производить ее; их задачей должна быть широкая агитация против производства этой операции вообще. Против этой точки зрения возражает докладчик в духе высказанного им в докладе заключения.

3) М. И. Коренгольд

Сахарин, как суррогат сахара.

Указав на широкое распространение сахарина, особенно за последнее время, обращая внимание на сильное распространение фальсификаций сахарина и разбирая его химическую структуру и физические свойства докладчик останавливаясь на действии его на организм, обращает внимание на появившиеся в последнее время работы указывающиеся на усиление деятельности ряда желез под влиянием сахарина. По наблюдениям докладчика животные неохотно принимают сахарин — насекомые отказываются от его приема.

Докладчик приходит к следующим выводам:

1) Сахарин не представляет из себя ни яда ни сильнодействующего, как вещество чуждое организму, вытесняющее необходимые для питания сахаристые вещества, без условно приносит большой косвенный вред

2) Усиливая деятельность желез, он вызывает побочные явления. Быть может это свойство применимо с терапевтической целью.

3) Значение его как противобродильного вещества в терапии сомнительно

4) Благодаря неприятному привкусу, мало заменяет сахар как вкусовое, а как консервирующее сахара вовсе не заменяет

5) Следует по мере возможности стремиться к удалению сахараина, как пищевого продукта, заменяя его если не сахаром, то хотя-бы такими веществами, как хорошая крахмальная патока.

6) Необходим контроль над изготовлением и продажей сахараина.

В прениях д-р Д. Л. Альтшуль задает вопрос чем объясняются случаи отравления сахараином?

Д-р Л. Н. Бараш. Отчего зависят появляющиеся иногда рвоты?

Д-р Н. Е. Майзус полагает, что наблюдавшиеся ею случаи сухости во рту и полиурии следует, повидимому, отнести на счет сахараина.

Д-р И. М. Флекель отмечает наблюдения над самим собою— после многомесячного употребления сахараина, появились припадки обильного отделения жидкой слюны, при прекращении приемов сахараина припадки стали реже и, наконец, совершенно прекратились. Имело ли здесь место случайное совпадение или была причинная связь, оппонент не устанавливает.

Д-р М. А. Хазанова интересуется вопросом как производились наблюдения над животными.

Докладчик в ответном слове указывает, что симптомы отравления могли произойти от других причин вне зависимости от приемов сахараина, кроме чего необходимо иметь в виду фальсификацию сахараина подчас веществами, могущими вызвать симптомы отравления.

Строго поставленных научных опытов наблюдения над животными докладчик не производил.

Сообщения и наблюдения из практики.

4) Д-р Л. Б. Шапиро.

Случай сибирской язвы верхних воздухоносных путей (аутореферат не читается в настоящем номере.)

5) Д-р Капелян.

Случай бульбарного паралича осложненного жидким поносом (аутореферат не читается в настоящем номере.)

6) Д-р Э. Л. Альтшуль

Случай преждевременных родов, в зависимости от редкой аномалии пуповины.

Случай касается женщины, у которой

на 8-м месяце беременности при явлениях ангины с температурой в 37,3° 38,0° появились схватки, при чем движения плода не констатировались, сердцебиения его не выслушивались; последние недели беременности и сама больная перестала чувствовать движения плода.

Газ развит нормально. В анамнезе 2 родов дети здоровы и 2 искусственных аборта. Указания на сифитис отсутствуют. Роды длились 3 дня, закончились щипцами, которыми извлечен мертвый, мацерированный 7-ми месячный плод. При осмотре пуповины обнаружилась чрезвычайно интересная подробность—вблизи пупка на протяжении 2-х вершков пуповина представляла сильное рубцовое сужение, толщиной в большую булавку, с резко-ограниченными краями. По литературным данным подобные рубцовые сужения встречаются чрезвычайно редко и являются проявлением сифилиса. Разбирая причину преждевременных родов, докладчик считает, что таковой причиной является не ангина, а смерть плода.

Д-р В. О. Морзон считает причиной преждевременных родов не смерть плода, а механические моменты.

Д-р М. З. Зельдин полагает, что отсутствие видимых проявлений сифилиса не может служить моментом, исключаящим это заболевание.

Д-р Капелян исключает в данном случае возможность наличия облитерирующего эндартериита.

7) Д-р М. Я. Хазанов.

Случай торзионного спазма.

Демонстрируется больной, у которого докладчик диагностирует описанный в последнее время характерный симптомокомплекс под наименованием „торзионный спазм“. Сделав краткий очерк учения о торзионном спазме и коснувшись симптоматики этого заболевания, докладчик считает, что демонстрируемый им случай, хотя и не является типичным, все же обнаруживает главные симптомы этого заболевания

5 лет тому назад, больной во время работы потеряв сознание, упал, после чего пролежал без движения, в продолжении 5 месяцев. Затем больной постепенно начал обнаруживать затруднение при движении головы, отклонение ее вправо и кзади, слабость в руках, особенно в левой, которую не может поднять высоко и периодически наступающие спазматические сокращения отдельных мышечных групп, часто мышц живота. Отклонение головы кзади и вправо объясняется, по мнению докладчика, тоническим сокращением задней правой группы шейных мышц. Походка у больного неуклюжа, садится с трудом, поднять высоко левой руки не может. Из нетипичных симптомов

имеется атрофия мышц, особенно левого плеча и резко выраженный паралич лицевого нерва.

Д-р В. О. Морзон обращает внимание на имеющуюся деформацию шейной части позвоночника, а, чем несомненно и объясняется неестественное положение головы, не видит у больного признаков паралича лицевого нерва; больной ходит и садится хорошо. Необходимо произвести рентгеновское исследование позвоночника.

Принимавшие далее участие в прениях д-ра Альтшуль, В. Ленский и Флекель присоединяется к мнению д-ра Морзона, что демонстрируемый случай не подходит под картину болезни, описанную как торсионный спазм.

Д-р М. А. Хазанов в своем ответном слове указал, что оставаясь при первоначальном диагнозе, он повторяет, что данный случай не является типичным случаем торсионного спазма.

8) Д-р И. М. Флекель

Случай первичного гипертрофического цирроза печени Ганот'а (с демонстрацией больного)

Больной, крестьянин 25 лет, 8 месяцев тому назад упал с лошади на правый бок, через 1 месяц после этого появилась желтуха, вскоре усилившаяся и длящаяся до настоящего времени. Со стороны наследственности — ничего особенного; сифилис отрицает; раньше употреблял алкоголь.

Объективное исследование. Больной худ, но ясной кахексии не представляет. Резкая желтуха; температура по временам субфебрильная; периферические железы и сосуды — норма. В сердце и легких — ничего особенного.

Печень выступает на 5 поперечных пальцев из под реберной дуги, поверхность ее гладкая, край закругленный, безболезненна. Селезенка на 3 поперечных пальца ниже реберной дуги, край закругленный, безболезненна. Незначительный асцит. Во время пребывания больного в больнице течение болезни без перемен, несколько раз носилое кровотечение.

Лечение (Каломель и др.) безрезультатно. Разбирая данный случай и принимая во внимание при дифференциальной диагностике 1) атрофический цирроз печени, 2) висцеральный люэс, 3) амилоид печени и селезенки, 4) новообразование, 5) эхинококк, 6) карциному печени и желчных путей, 7) застойную печень и селезенку и 8) вторичный желчный цирроз Шарко, докладчик склоняется к диагнозу „первичный гипертрофический цирроз печени Ганот'а“.

Д-р Д. Л. Альтшуль полагает, что у больного имеется распространенное увели-

чение желез, надо иметь в виду такую болезнь Банти, необходимо произвести исследование крови.

Д-р М. З. Зельдин соглашается с а. нозом докладчика.

Д-р И. М. Флекель в ответном говорит, что прощупываемость желез трактовать как следствие резкого похудения. Вся клиническая картина не гармонирует с предположением висцерального сифилиса.

Для болезни Банти случай совершенно не характерен в данном случае имеется имушественное поражение печени, а не железы. Больной демонстрируется до конца исследования, в виду решения больного выписаться из больницы. Если успешное исследование крови будет произведено¹⁾.

Докладчик благодарит завед. терапевт. отд. д-ра Ф. Ф. Толчинского за предоставление возможности работать в его отделении.

9) Д-ра Л. Б. Шапиро и М. Ф. Кихас

Из результатов знахарского лечения (с демонстрацией больного)

Демонстрируется больной красноармеец, который месяцев 7 тому назад был укушен змеей в ногу и обратившийся для лечения к местному (деревенскому) знахарю. Тот ретянул ремешком ногу в границе верхней и средней трети бедра. Нога оставалась ретянутой 4 сутки и вследствие сильной боли больной обратился к другому знахарю, который велел ремешок снять и обратиться в город в госпиталь.

На месте перетяжки омертвела кожа, все подлежащие ткани. В настоящее время состояние больного представляется в следующем виде: левая нога в колене неподвижна, голеностопный сустав подвижен. Считается 5-6 ниже Пупарта мышечная масса бедра обрывается и переходит в приросший к коже рубец почти по всей окружности бедра (за исключением области нервного мышечного пучка, где рубец к коже не прирос и прощупывается пульс артерии) ширина рубца местами достигает 3-4 сантиметра. Ниже рубца мышцы слегка атрофированы. Пульс подколенной артерии и тыльной стопы нормален. Чувствительность болевая, осязательная и температурная почти нормальная на стопе, понижается по мере приближения снизу вверх к рубцу и немного ниже рубца совершенно пропадает.

Демонстрируемый случай представляет очень большой медицинский бытовой интерес, весьма яркую иллюстрацию темноты народной, а следовательно и степень необходимости санитарного просвещения.

¹⁾ В следующем заседании д-р Флекель сообщил, что исследование крови на гемоглобин и форменные элементы дало нормальные результаты.

Предположена оперативная помощь: иссечение рубца и сшивание мышечных масс под рубцом, а над ними кожи.

10) Д-р М. А. Хазанов.

2 случая летаргического полиэнцефалита (аутореферат печатается в настоящем номере.)

11) Д-р Ф. Ф. Толчихский.

Практические наблюдения над протенно-терапией.

Доклад представляет из себя описание 9-ти случаев, леченных в терапевт. отд. Бобруйской больницы внутримышечными впрыскиваниями стерилизованного молока.

1-й случай. Средней тяжести острый суставной ревматизм. 3 впрыскивания молока с промежутками в 3-4 дня — 4,5 и 5 куб. сант. Через 12 дней после начала лечения и через 19 дней с начала заболевания полное выздоровление; температура после впрыскивания повышалась до 38,2°; боли значительно уменьшались, общее состояние улучшалось.

2-ой аналогичный случай. После 2-х впрыскиваний молока полное выздоровление через 7 дней после начала лечения и через 24 дня после начала заболевания. Реакция аналогичная первому случаю.

3-й тоже аналогичный — выздоровление после 2-х кратного впрыскивания молока.

4-ый случай — стойкий, 3-х летней давности обезображивающий артрит — после 4-х кратного впрыскивания молока в дозах 5, 6, 7 и 7 куб. сант. временное улучшение с возвращением впоследствии к прежнему состоянию.

5-ый случай — хронический, обезображивающий артрит. После 2-х впрыскиваний, давших кратковременное улучшение больной отказался от дальнейших впрыскиваний.

6-ой случай. Серозный плеврит — после 4-х впрыскиваний молока в дозах 5, 5, 5 и 6 куб. сант. через 14 дней после начала лечения и через 6 недель с начала заболевания — выздоровление. Температурная реакция доходила до 38,5°.

7-ой случай — Серозный плеврит у 17-летнего юноши, — после 4-х впрыскиваний в дозах 4, 4, 4 и 5 куб. сант. результаты аналогичные предыдущему случаю, но температурная реакция резче — до 40,5°.

8-ой случай. Мальчик 7 лет беженец с Поволжья с явлениями правосторонней гриппозной пневмонии и тяжелым язвенным колитом с частыми слизисто-кровянистыми испражнениями. При крайне тяжелом общем состоянии впрыснуто 1½ куб. сант. — улучшение общего состояния, отхождение пленчатых кусков серовато-зеленого цвета. При последовавшем затем опять ухудшении кишечных явлений впрыснуто вновь 2 к. сант.

молока — после чего опять улучшение общего состояния, уменьшение числа испражнений и опять отхождение комочков слизистой. В дальнейшем новый пневмонический фокус в левом легком и смерть при явлениях отека легких.

9-ый случай — Невралгия седалищного нерва, длящаяся 4 месяца. После 2-х впрыскиваний молока некоторое улучшение; от дальнейших впрыскиваний больной отказался и вскоре болезненные явления вернулись к прежнему состоянию.

Во всех случаях докладчика ясно обнаруживалось действие протенновых тел — общая реакция с повышением температуры; очаговая реакция со скоро проходящей отрицательной фазой с обострением болезненного фокуса, на смену которой являлась положительная фаза с улучшением общего состояния, наступлением хорошего сна, уменьшением или исчезновением болей и рассасыванием патологических выпотов в суставах, плевре и т. д.

В виду небольшого количества наблюдений, докладчик не считает возможным, на основании своего опыта, делать какие либо более определенные выводы, но тем не менее полагает, что протенновое лечение безусловно оказывает благотворное влияние на некоторые болезненные процессы и в будущем может занять одно из видных мест в терапии.

В порядке прений д-р А. И. Оганджанов сообщает, что им произведено 217 впрыскиваний молока амбулаторным больным с венерическими заболеваниями. Он начинает с доз в 7-8 куб. сант. и в последующем доходит до 10-12 к. с. считая дозу в 5 гр. не дающей результата. Температура после 1-го впрыскивания доходит в среднем до 38°, после 2-го впрыскивания иногда до 40°, подчас с последующим значительным ухудшением больного. Блестящие результаты оппонент видел в 11 случаях эпидидимита — на 2-ой день после 1-го впрыскивания опухоль уменьшается наполовину, после 2-го впрыскивания уменьшается совершенно. При хронической гонорее наблюдалось вначале обострение с быстро следующим затем улучшением болезненного процесса, но при последующем наблюдении появлялось вновь ухудшение.

В 2-х случаях на месте впрыскивания образовались глубокие флегмоны в зависимости, по мнению оппонента, от погрешности в технике впрыскиваний.

Д-р Кинаст обращает внимание на участвовавшие случаи среди красноармейцев введения под кожу нестерилизованного молока с целью членовредительства — при вскрытии флегмоны иногда обнаруживаются капли молока; задается вопрос: через сколько времени рассасывается молоко? (нестерильное).

Д-р И. М. Флекеле сообщает о нескольких случаях из своей практики. Один случай серозно-геморрагического плеврита, повидимому, туберкулезного характера. 2 впрыскивания молока в небольших дозах—1½-2 к. сант. сначала быстро проходящее увеличение выпота с последующим рассасыванием его ниже первоначальной границы и с возвращением в дальнейшем к первоначальной границе. В виду резкой общей и температурной реакции дальнейшие впрыскивания преграждены. Оппонент напоминает о необходимости быть чрезвычайно осторожным с впрыскиванием молока у туберкулезных и полагает, что надо, по возможности, воздерживаться от такового лечения и до строгой научной разработки этого вопроса. 2-ая больная—75 летняя старуха с жестокой по интенсивности болей, межреберной невралгией и высыпанием опоясывающего лишая. Испробованы безрезультатно почти все обычные с особы лечения. После впрыскивания 5 куб. молока исчезновение болей на 2½ суток хорошее общее состояние, хороший сон; затем вновь боли, но меньшей интенсивности. В дальнейшем после 4-х впрыскиваний полное излечение через 2 недели после начала лечения и через 6 недель после начала заболевания. В этом случае впрыскивания молока оказались, во всяком случае, идеальным, симптоматическим болеутоляющим средством, превосходящим морфий. 3-ий случай—невралгия 1-ой ветви тройничного нерва—после 2-х впрыскиваний—полное выздоровление. Дозы, рекомендованные д-ром Оганджановым, оппонент считает слишком большими, вызываемую ими реакцию слишком бурной, безразличной для организма. При больших дозах и длительном лечении следует опасаться протеиновой кахексии.

Д-р В. О. Морзон между прочим обращает внимание на указанное докладчиком отторжение слизистой оболочки толстой кишки, каковое явление ему неоднократно приходилось наблюдать у голодавших беженцев при вскрытии трунов которых часто наблюдались явления мертвенности и отторжения слизистой толстых кишок.

Д-р М. А. Хазанов указывает, что по литературным данным при дизентерии наблюдаются хорошие результаты от протеинотерапии. В последнее время при прогрессивном параличе вводят возбуждителя малярии и описаны хорошие результаты.

Д-р Фейгин указывает, что условия рассасывания молока при терапевтическом применении и с целью членовредительства различны. В первом случае применяют почти исключительно внутримышечные, в последнем же подкожные впрыскивания нестерильного молока.

Председательствующий д-р М. З. Зельдин в своем резюме указывает, что повидимому в некоторых случаях получаются блестящие результаты (эпидидимиты и отчасти плевриты) и считает необходимым продолжать наблюдения в этом направлении.

3. Реферативные обобщения

1) Д-р М. Я. Хазанов

Старость и омоложение по Штейнбаху (печатается в настоящем номере)

2) Д-р Вольтер

О неспецифической протеинотерапии.

Доклад представляет обзор литературы по данному вопросу. Коснувшись истории развития учения о протеино-терапии; указывая на утверждающееся мнение, что эффекты различного рода сывороточного лечения, (как и рмальной, так отчасти и специфических сывороток) туберкулиносеро-вакцинации (против брюшного тифа, холеры и пр.) переливания крови, впрыскивания плевритической жидкости, подкожного введения нуклеиновокислого натрия и т. д. зависят от одного и того же фактора—парентерального (минуя желудочно-кишечный тракт) введения белка, докладчик отмечает реакции организма 1) местную, 2) очаговую (в очаге болезни) и общую. Степень реакции зависит от дозы, конституции организма и отчасти от характера введенного белка. В ближайшие 6-8 часов (отрицательная фаза) общее состояние ухудшается, повышается температура, ухудшаются очаговые явления и пр., после чего следует 2-ая фаза—улучшение общего состояния, эйфория, увеличение специфических антител, количества ферментов, улучшение очаговых болезненных симптомов и в ряде случаев значительно улучшение при самых разнообразных болезненных проявлениях. Описаны различными авторами хорошие результаты при лечении ряда острых инфекционных заболеваний: брюшного тифа, суставной ревматизм и пр.; ободряющие результаты получены в венерологической практике, особенно при осложнениях гонорей, в глазной практике (ириты и пр.) при кожных заболеваниях (трихофития и др.); с большим или меньшим успехом применяли протеинотерапию при ряде нервных заболеваний, внутренних—туберкулез, плевриты, злокачественное малокровие и т. д. при заболеваниях женской половой сферы т. е. при самых различных заболеваниях.

Противопоказанием считают ослабление сердечно-сосудистой системы и сильное истощение. Употребляемые препараты: сыворотки, вакцины (необходимо строго дози-

ровать), аолан (германский препарат), молоко и т. д. Способ введения: Аолан впрыснутый внутривенно дает наилучшие результаты, проч. препараты часто дают явления шока и потому внутривенные впрыскивания молока не рекомендуются — были случаи гибели опытных животных, лучше внутри мышечно и некоторыми авторами советуется подкожно. Техника и доза. Свежее молоко стерилизуется в течение 10 минут в 5—10 куб. сант. и впрыскивается в толщу седалищной мышцы повторные впрыскивания производятся через 3—5 дней; после 7-10 дня следует опасаться явления аанафинаксии, во избежание которой рекомендуют впрыснуть сначала $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ куб. сант., а через $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ часа полную дозу. Особую осторожность следует проявлять по отношению к туберкулезным больным, чрезвычайно резко реагирующим на протейнотерапию — следует начинать с минимальной дозы в $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ куб. сант. и дозу постепенно увеличивать в общем аналогично правилам установленным для туберкулинотерапии.

Весь вопрос о протейновой терапии находится еще в стадии разработки и делать определенные выводы в настоящее время является преждевременным.

3) Др М. Я. Хазанов.

Новое о питании.

Доклад представляет обзор литературы по данному вопросу. И ключительные годы войны опровергли казавшиеся незыблемыми теории Рубнера и Фойта о необходимости известного количества калорий и о возможности замены одного из видов пищи его калорийным эквивалентом. Большое значение имеет не только количество калорий, но и самый состав пищи. Исследованиями немецких и американских ученых установлено, что главные составные части пищи — белки, углеводы и жиры биологически неравноценны — имеются „полноценные“ и „неполноценные“ части. При питании неполноценными частями этих продуктов или при недостаточном питании появляется „белковое“ „углеводное“ „жировое“ и „солевое“ голодание. Так, например, при питании кукурузой, в которой отсутствуют некоторые аминокислоты уменьшается рост, падает вес, появляются отеки; при отсутствии цистина выпадают волосы и т. д.

Аналогично белкам имеются полноценные и неполноценные жиры, в зависимости от достаточного или недостаточного количества всех составных липоидов и трехглицеридов. Ряд патологических явлений наблюдается при углеводном и солевом голоде. С другой стороны установлено, что ряд патологических явлений наблюдается и при питании животных смесью из химически чистых белков, жиров, углеводов и солей, что

послужило основанием к учению Функа „витаминах“ или „неизвестных пище факторах“ при питании крыс молоком хорошо растут, при кормлении же искусственным молоком они погибают; при прикорме же сливками к искусственному молоку крысы хорошо вскармливаются.

Различают несколько групп „витаминов“ или „факторов“. Витамин или жирный фактор А содержится в масле, сливках, яичном желтке и пр. отсутствует или находится в незначительном количестве в растительных маслах и свином сале. Отсутствие в пище витамина А вызывает отсталость роста, плохую заживляемость ран, рахит, а у крыс вызывает желтуху. При длительной высокой температуре в 140° витамин погибает. Вторая группа витаминов „витамины В“ растворимы в воде. Витамин В¹ содержится в дрожжах, неочищенном рисе (шелухе) горохе, ржи и др. зерновых и стручковых продуктах. Тонкая обработка этих продуктов и высокая температура убивают этих витаминов. Различают 3 вида витамина В: В¹ останавливает болезненное проявление при бери бери; Витамин В² усиливает рост дрожжей и В³ дает увеличение роста крыс.

Химический состав этих факторов установлен, равно как и фактора С — „противоцинготного“ витамина, содержащегося в свежих овощах и плодах. При консервировании этих продуктов, витамин С уничтожается. Для объяснения действия витаминов предложены 2 теории: 1) витамины обезвреживают яды, возникающие при пищеварении (Абдергальден, Каспари, Мошковский) — данные эти, по видимому, не подлежат сомнению; 2) действие витаминов сводится к влиянию их на внутреннюю секрецию (Функ, Цельман, Домберг). Калорийная оценка питательных веществ заменяется теперь американскими учеными новым измерением единицей „нем“ — под которой понимают количество питательных веществ, содержащихся в 1-м грамме коровьего молока. В свете этих новых данных находят себе объяснение бери-бери, цынга и другие „авитаминозы“, к которым некоторые причисляют и „отечную болезнь“.

4) Др М. М. Флекель

Учение о нефритах и классификация их по Фольгардту и Фару. [Реферат]

Старая классификация нефритов (паранефритический, интерстициальный и т. д.) давно не удовлетворяют клиницистов. В 1914 году вышла монография Фольгардта и Фара, как результат совместной 10-летней работы клинициста (Фольгардт) и патолого-анатома (Фар). Предложенная ими классификация