

IV Український з'їзд терапевтів.

Т. Меєрзон.

(Київ, 23 — 28 грудня 1936 р.).

Відкриття з'їзду відбулось 23 грудня в оперному театрі. Голова акад. М. Д. Стражесько у своєму вступному слові відзначив велич і значення теперішньої історичної епохи — епохи Сталінської конституції. Лікар епохи великого соціалістичного будівництва повинен працювати під керівництвом партії Леніна—Сталіна, як активний учасник побудови безкласового соціалістичного суспільства. Ніде в світі лікар не користується такою пошаною, як в Радянському Союзі.

З'їзд обрав почесну і робочу президію. Надіслано привітання товаришам Сталіну, Молотову, Косіору, Петровському, Любченкові, Камінському і президенту Іспанської республіки Ларго Кабальєро.

З'їзд вислухав привітання: від Академії наук УРСР, Академії наук СРСР, Військово-медичної академії, Академії наук БРСР, від Московського терапевтичного товариства, Союзу товариства терапевтів, робітничих організацій і секцій наукових робітників Києва.

Перше засідання.

Нарком охорони здоров'я УРСР С. І. Канторович зробив доповідь на тему „Охорона здоров'я на Україні і дільничний лікар“. Сталінська конституція характеризує велетенські зрушення в усіх галузях нашого життя. Ми маємо повну перемогу соціалізму в усіх сферах, повну перемогу соціалістичної економіки, яка не знає безробіття і криз. В галузі охорони здоров'я також сталися серйозні й значні зрушення, хоч тут ми ще маємо відставання від нових дуже високих завдань, поставлених перед медично-санітарною організацією. Найважливіші урядові постанови в питаннях охорони здоров'я за останні два роки: про медичні кадри, про заходи в справі боротьби з туберкульозом і венеричними захворюваннями, про постачання медикаментами і, нарешті, остання виняткова своїм значенням постанова про аборти і організацію родильної допомоги — ставлять нові величезні завдання перед всіма медичними працівниками нашої країни. Треба кількісно і якісно поліпшити постановку медичної справи.

Тов. Канторович ілюструє великою кількістю прикладів зрушення в галузі охорони здоров'я на Україні, ріст асигнувань, збільшення числа поліклінік, лікарень, диспансерів, родильних будинків, зниження захворюваності і смертності і підвищення якості медичної допомоги. Слід більше уваги віддати будівництву, особливо по лінії охорони материнства й дитинства. По лінії підготовки кадрів треба домогтися, щоб вищі виписки висококваліфікованих лікарів. Найшкідливіші антирадянські установки про відмірнання лікувальної медицини завдали великої шкоди лікувальній справі на Україні і зокрема якості підготовки кадрів. Постанова ЦК КП(б)У про УІЕМ має бути усвідомлена всіма медичними працівниками. Поруч з лікувальною роботою треба всіма способами розгортати профілактичну і санітарну роботу.

У науковій роботі все ще мало розгорнута критика й самокритика, все ще спостерігаються багатотемність і невеличкі результати, відсутність планування і дублювання.

Основна форма роботи на селі в амбулаторія з лікарнею. Сільський лікар керує, контролює роботу фельдшерського пункту. У районному центрі зосереджується кваліфікована лікувальна допомога (рентгенустановки, лабораторії). Треба підняти роль і значення дільничного лікаря, встановити зв'язок між науковими центрами і дільничним лікарем, забезпечити справу безперервного підвищення кваліфікації сільського лікаря. У роботі лікаря слід робити акцент на лікуванні. Медично-санітарне обслуговування нового соціалістичного суспільства — це велика й почесна робота.

Тема перша. Неврози в клініці внутрішніх хвороб.

Проф. Л. А. Орбелі (Ленінград). „Сучасне вчення про фізіологію вегетативної нервової системи“. За останні два десятиріччя класичне вчення про вегетативно-нервову систему значно перебудовано. Морфологічні дослідження (Буке) про наявність подвійної іннервації поперечносмугастої мускулатури були підтверджені переконливими фізіологічними даними про регулюючий вплив симпатичної нервової системи на функціональні властивості м'язів. Симпатична іннервація впливає на хемізм і умови обміну між органом і середовищем (трофічна функція). Подразненням симпатичних волокон можна змінити функціональні властивості не тільки м'яза, а й всіх органів чуття і центральної нервової системи. Передача збудження з нерва на тканину здійснюється з допомогою медіаторів — хемічних посередників. Виникнення медіаторів спостерігається в усіх органах; для парасимпатичної системи це ацетил-холін або дуже близька до нього речовина, для симпатичної — симпатин.

Заслуж. діяч науки проф. Д. Д. Плетньов (Москва). „Вегетативна нервова система в клініці внутрішніх хвороб“. З розвитком наших знань поступово зменшується група функціональних неврозів. Треба шукати матеріалістичної основи неврозу. Відмовитися тут від дуалістичного протиставлення об'єктивного і суб'єктивного. Неврози часто знаходять своє анатомічне ґрунтування в мозку (психоспаланхійний невроз) або ж пояснюються вісцеро-вісцеральним рефлексом (секреторний невроз шлунку). Вплив емоцій на вияв неврозів величезний. Цілокупне синтетичне розуміння людини і хворої людини несполучне з органокалістичним підходом, з розчленуванням живого організму на органи і системи.

Заслуж. діяч науки проф. М. М. Губеріц (Київ). „До проблеми вегетативної нервової системи“. Під вегетативною системою в широкому розумінні (Tiefperson за Kraus'ом) слід розуміти зв'язок багатьох елементів: власне вегетативна нервова система, гормони, отрути, електроліти і зміни ефекторного органу. При різних експериментальних впливах (подразнення вагуса і симпатикуса, вплив гормонів) спостерігається зрушення електролітів (К і Са) у крові і тканинній рідині. Споживання їжі, фізичне навантаження, біль, сон відбиваються в хемізмі крові, у зрушеннях — дистонії вегетативної нервової системи. За даними, здобутими в лабораторії доповідача, при болі спостерігається міграція міді з печінки у кров. Вегетативна нервова система, електроліти, гормони і ферменти визначають індивідуум, як соматичну одиницю.

Проф. В. М. Коган - Ясний (Харків). „Вегетоневрози у клініці внутрішніх хвороб“. Вегетативна нервова система, як і всяка інша, може дати первинні як функціональні, так і органічні захворювання, і сама може стати етіопатогенним фактором різних захворювань. Експериментальні дослідження доповідача показують значну відмінність у впливі сироватки хворих (бронхіальна астма, пароксизмальна тахікардія) і здорових на ізольоване серце і кишку собаки та кішки: Сироватка здорових і хворих поза приступом не спричиняє ніяких змін в ізольованому органі. У сироватці хворих під час приступу відзначаються гуморальні фактори, які спричиняють різке прискорення скорочень ізольованого серця і кишки. Природа цих речовин досі невідома.

Доповідач підкреслив також необхідність спільної роботи клініциста і експериментатора, терапевта і невропатолога для з'ясування патогенезу і раціональної терапії вегетоневрозів.

Проф. Л. Ф. Дмитренко (Одеса). „Грудна жаба“. Грудна жаба — це насамперед клінічний синдром. У патогенезі її домінуюче значення належить вегетативній нервовій системі. Грудна жаба може розвиватися без склерозу коронарних судин.

Проф. Е. К. Євєрова (Харків). „Принципи і методи неврологічної діагностики захворювань внутрішніх органів“. Неврологічну діагностику внутрішніх захворювань треба будувати за принципом локального дослідження вегетативної нервової системи відповідно до ураженого органу. Експериментальні дані показують, що периферична нервова система відіграє певну роль у гідрофільності тканин і резистентності судин. Симпатична нервова система підвищує, а парасимпатична знижує гідрофільність тканин.

Доц. Р. М. Майзліш (Київ). Хвороба Meig'a. Доповідач виклав клінічну картину цього відносно рідкого захворювання.

Тема друга. Пневмонії.

Заслуж. діяч науки проф. І. І. Файншмідт (Харків). „Пневмонія“. На великому старанно опрацьованому клінічному матеріалі доповідач змалював нам клінічну картину і патогенез крупозної пневмонії. Доповідач докладно спинився на питанні про зв'язок між типом пневмокока, бактеріємією і перебігом захворювання, на зіставленні клінічних і рентгенологічних даних, на картині крові при пневмонії і на специфічній серотерапії.

Проф. М. О. Свенсон (Київ). „Грипозні пневмонії“. Доповідач спинився на характерних особливостях клініки грипозних пневмоній. При грипі спостерігаються три головні типи легневих захворювань: 1) гострий геморагічний набряк; 2) велика група бронхопневмоній: а) геморагічний тип, б) множинні вогнищеві ураження, в) банальна бронхопневмонія; 3) псевдолобарна бронхопневмонія. Нейротропний характер грипозної інфекції залишається виявленим і при грипозних пневмоніях.

Проф. М. Д. Тушинський (Ленінград). „Про грипозні пневмонії“. Доповідач навіс цікаві дані про зміни крові і білкових фракцій при експериментальному грипі.

Проф. І. Р. Брауде (Харків). „Клініка і патологія пневмоній, які ускладнюють інфекції“.

Доповіді про пневмонії надруковано у журналі „Врачебное дело“ № 2, 3, 1937.

А. Н. Гольдман і І. Б. Гуревич (Москва). „Електрокардіографічний і рентгенокімографічний аналіз серцевих реакцій при крупозній пневмонії“. Електрокардіографічні і рентгенокімографічні зміни при крупозній пневмонії стосуються переважно правого шлуночка і мають оборотний характер. Матеріал доповідей — 32 випадки.

Проф. М. С. Вовсі, А. М. Вікторов, В. А. Таранська і А. М. Цианова (Москва). „Лікування крупозної пневмонії“. Застосування типізованої специфічної сироватки супроводиться виявленням терапевтичним ефектом — зменшення токсемії, зниження смертності і кількості ускладнень. Американська сироватка значно концентрованіша, ніж сироватка, виготовлена в нашому Союзі. За найменшу оптимальну дозу слід вважати 30.000 одиниць.

Проф. В. М. Коган-Яский (Харків). „Лікування пневмоній, як боротьба з ацидозом“. При пневмонії порушений вуглеводний обмін (глікемічна крива діабетодного типу), порушена лужно-кислотна рівновага в напрямі ацидозу. Застосування інсуліно-глюкозотерапії (10-20 одиниць інсуліну 1-2 рази на день + 200—300 куб. см 5—10% розчину глюкози під шкіру або per rectum) і кордигіту знизило смертність нижче 1%.

Проф. М. Е. Мендельштам і М. М. Міц (Ленінград). „Про рентгенотерапію незакінчених пневмоній“. У затяжних випадках в'ялої пневмонії гарний ефект дає рентгенопромінення ураженої ділянки. Поліпшення відзначалось уже після перших двох сеансів. В гострому періоді пневмонії рентгенотерапія не давала ефекту.

Я. Т. Воробйов (Тбілісі). „До питання про хемотерапію крупозної пневмонії“. На матеріалі 372 випадків доповідач відзначив у 80% прекрасний терапевтичний ефект при пневмоніях, спричинених пневмококом I і II типу (chininibihydrochlor., хінопірин і хінін-уретан внутрішньом'язово в перші дні хвороби). При пневмоніях III і IV типу терапевтичний вплив хініну мало виявлений або його не було.

У дискусії виступили: проф. проф. Свечніков, Плетньов, Могільницький, Ловцький, Шефтель, Гельштейн, акад. Гаусман, акад. Стражеско, Азарова, Дунаевський, Грозев та ін. Промовці підкреслювали необхідність далі вивчати типаж і серотерапію пневмонії. Виготовлення концентрованих сироваток слід налагодити у великих центрах Союзу.

Тема третя. Малярія.

Проф. В. А. Тарноградський (Баку). „Патогенез і клініка тропічної малярії“. Доповідач підкреслив значення функціонально-морфологічних змін печінки при тропічній малярії. У печінці відзначається „серозне запалення“ з різко виявленими процесами дегенерації і навіть некрозу печінкових клітин. Малярійний гепатит може перейти в сероз печінки. Жовтяниця при тропічній малярії не тільки гемолітична, а й гепатогенного характеру. У зв'язку з порушенням бар'єрної функції печінки в маляриках спостерігається тяжкий перебіг деяких інфекційних захворювань (крупозна пневмонія, черевний тиф).

Проф. В. Н. Іванов (Київ). „Клініка триденної малярії“. Малярія насамперед уражає ретикулоендотеліальну систему, потім судинну систему і паренхіматозні органи. Ураження серцевосудинної системи при малярії часто недооцінюють, хоча цим ураженням належить одне з перших місць після селезінки й печінки. Поруч із змінами в міокарді, доповідач у 35% випадків спостерігав малярійні аортити. Нефрити на матеріалі доповідача (понад 200 випадків) відзначено в дуже невеликому проценті випадків (менше 4%). Ураження вегетативної нервової системи і ендокринних залоз не є рідкістю при хронічній малярії.

Проф. А. К. Коровіцький (Одеса). „Сучасний стан питання про лікування малярії“. Існуючі протималярійні препарати при правильному їх застосуванні можуть сприяти приступи малярії, дати клінічне й гематологічне видужання, але не можуть дати певності в радикальному вилікуванні хворого. Доповідач докладно спиняється на позитивних і негативних властивостях різних препаратів. Зважаючи на токсичність плазмоциду, його не слід давати понад 0,06 pro die. При лікуванні акрихіном короткий період, протягом 5 днів по 0,3 акрихіну, повинен змінитись тривалим систематичним лікуванням (протягом 1-2 місяці)—одноразовими прийманнями акрихіну через кожні 5-6 днів. Таке систематичне тривале лікування понад 1000 хворих дало різке зниження рецидивів.

Проф. А. І. Лейзерман (Харків). „Організація правильного лікування маляриків і значення її в комплексі протималярійних заходів“. У комплексі протималярійних заходів правильна організація лікування маляриків займає перше місце. Тільки єдність обліку і методики лікування, індивідуалізація лікування, залучення до боротьби з малярією всіх медично-санітарних організацій може забезпечити правильне масове лікування малярії.

Про лікування малярії, крім того, доповідали: С. Я. Штейнберг і К. Б. Хейфец (Дніпропетровськ), О. Ю. Магідсон (Москва) та ін.

* * *

У дискусії виступали проф. І. І. Широкогоров, який вказав на наявність певного антагонізму між малярією і туберкульозом легень; Молдавська-Крічевська підкреслила значення лізототерапії (гепатолізат і панкреолізат) у сполученні з інсуліном в лікуванні малярії; доц. Качан вказав на високі позитивні якості радянських препаратів—плазмоциду і акрихіну.

Тема четверта. Терапія у клініці внутрішніх хвороб.

Доц. Г. А. Френкель (Ленінград). „Експериментальні основи практичного (лікувального) використання ультракоротких хвиль“. Лікування ультракороткими або ультрачастотними хвилями ще перебуває в стадії експериментально-клінічного вивчення і не може бути рекомендоване для широкого застосування. Ультрачастотні хвилі мають виразний бактерицидний вплив, вони впливають на кровотворну систему (нейтрофільний

лейкоцитоз), на нервову систему (переважно гальмуючий вплив) і на біохімічні процеси в організмі. При діабеті застосування ультракоротких хвиль підсилює ацидоз і гіперглікемію. Протипоказанням до застосування ультрачастотних хвиль є також вагітність і новотвори (стимуляція бластоматозного росту).

Проф. О. І. Сокольніков (Москва). „Біохімічні основи клінічного застосування ультрачастотних хвиль“. Правильному застосуванню ультрачастотних хвиль перешкоджає не тільки відсутність точної дозиметрії, а й відсутність методів обліку відмінностей у біологічній реакції організму. Ультрачастотні хвилі безперечно є потужний біологічний фактор, який зумовлює значні ферментативні зрушення в живій клітині. Доповідач підкреслює, що перше ніж ультрачастотні хвилі увійдуть в клініку для широкого застосування, потрібна велика спільна робота клініциста, біохіміка й фізика над вивченням механізмів впливу ультрачастотних хвиль, над з'ясуванням доз тощо.

Г. М. Славський (Ленінград). „Експериментальне уgruntування методики терапевтичного застосування коротких хвиль і основні показання до їх застосування“. Найдоцільніша форма клінічного застосування коротких хвиль є метод конденсаторного поля, який забезпечує так званий „глибокий вплив“ коротких хвиль. Метод контактного накладання електродів за типом діатермії може мати тільки обмежене застосування. На думку доповідача найкраще уgruntоване з погляду теоретичного і експериментального терапевтичне використання термічного ефекту коротких і ультракоротких хвиль. Так званий „специфічний вплив“ ультракоротких хвиль перебуває в стадії експериментального вивчення.

Колесніков (Харків). „Нові лікувальні препарати“. Харківський інститут експериментальної фармації має ряд досягнень в освоєнні і виробленні нових лікувальних препаратів (стандартні препарати дигіталісу, препарати горицвіту, ріжків). Синтезуються препарати золота, бісмуту, ртуті (радянський салірган) тощо. Проведена велика робота над вивченням лікарських рослин Союзу і акліматизації імпортованих рослин.

Доц. Л. Л. Клаф (Харків). „Радянський салірган у клініці внутрішніх хвороб“, і доц. **Е. М. Соркін** (Харків). „Радянський дійодтирозин і його застосування при Базедовій хворобі“ і „Про кардігіт“ повідомили про позитивні результати, здобуті ними при застосуванні препаратів, виготовлених Харківським інститутом експериментальної фармації.

Проф. А. М. Зюков (Київ). „Лікування шкарлатини переливанням крові“ (див. „Експериментальна медицина“, № 9, 1936 р.

Проф. А. П. Корхов (Харків). „Алкалізаційна терапія у клініці внутрішніх хвороб“. Доповідач докладно спинається на значенні ацидотичних зрушень в патології. Алкалізаційна терапія у сполученні з дуоденальним зондуванням дає гарний терапевтичний ефект при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, печінки і при ряді хронічних запальних захворювань. Поруч з алкалізаційною терапією, при наявності алергічних явищ застосовувалась десенсибілізація гетерогенними білками і інсулінотерапія.

Крім того, було вислухано доповіді **акад. Ф. А. Галусмана** (Мінськ) „Туберкуліно-терапія в клініці внутрішніх хвороб“, **доц. М. Б. Межиборського** „Лікування септичних захворювань арготлавіном“, **проф. Н. Б. Медведєвої** „Про кортикалін“ та ін.

* * *

У дискусії виступили: доц. Міхельсон, професори Лепський, Губергрід, Корхов, акад. Стражесько. Промовці вказували на доконечну потребу обмежити застосування ультрачастотних хвиль певними клініками, вказували на деякі технічні дефекти апаратури ультрачастотних хвиль. Метод безперечно має велику цінність, але він не є безпечний і ще недостатньо вивчений.

Позапрограмі доповіді.

Акад. О. О. Богомолець (Київ). „Нові принципи лікування інфекцій“. В основу нової патогенетичної терапії інфекцій слід покласти відновлення нормальної реактивності мезенхіми. Анतिрикетулярна цитотоксична сироватка, здобута імунізацією тварини кістковим мозком і селезінкою, є потужний засіб підсилення реактивності мезенхіми.

Невеличкі дози цієї сироватки підвищують утворення імунних тіл в організмі, стимулюють і десенсибілізують організм. Теоретична передумова збіглася з практичним результатом (лікування шкарлатини).

Доц. Р. Е. Кавецький (Київ). „Попередні дані про лікування антиретиккулярною цитотоксичною сироваткою рака“. В експериментах на тваринах введення невеличких доз антиретиккулярної цитотоксичної сироватки знижує процент прищеплених пухлин і їх розвиток. У ракових хворих, за попередніми даними доповідача, сироватка також дає виразний терапевтичний ефект, особливо в профілактиці післяопераційних рецидивів. У 80% (на матеріалі 70 випадків) доповідач відзначав підвищення канцеролітичної здатності сироватки ракових хворих.

Проф. Є. Е. Тареев (Москва). „Клініка нефротичного синдрому“. Доповідач гадає, що термін „нефроз“ (ліпоїдний нефроз) слід залишити тільки для тих хронічних захворювань, які характеризуються, окрім набряків, альбумінурії і низького кров'яного тиску, такою тріадою: гіпопротеїнемією, гіперхолестеринемією і ліпоїдурією. При цьому правильніше назвати такі захворювання нирок з порушенням обміну не нефрозом, а нефротичним синдромом. На матеріалі доповідача (100 випадків) у 70% спостерігалась ліпоїдурія, діагностичне значення якої вище, ніж значення гіперхолестеринемії. Для за давнього процесу характерна наявність виразної анемії. Основні форми нефротичного синдрому: 1) ліпоїдо-амілоїдний нефроз, 2) чистий ліпоїдний нефроз, 3) псевдонефроз-нефротичний тип (або стадія) хронічного нефриту. Так звана патогенетична терапія при нефрозі (постачання великих кількостей повноцінного білка, тиреоїдин) по суті є симптоматичною терапією.

Заслуж. діяч науки М. П. Кончаловський і М. С. Дульцин (Москва). „Клініка пізнього хлорозу“. Протягом останнього десятиріччя описано рядом авторів гіпохромні анемії з низьким кольоровим коефіцієнтом (0,2 — 0,3), спостережувани частіше в жінок в періоді настання клімактерію. Серед численних назв, запропонованих для цієї форми анемії (есенціальна, гіпохромна анемія тощо), доповідачі вважають за найкращий термін „пізній хлороз“. Доповідачі на підставі свого клінічного й експериментального матеріалу (50 випадків) подають клінічну і гематологічну характеристику пізнього хлорозу. У цих хворих нерідкі трофічні розлади і зміни в центральній нервовій системі (фунікулярний мієлоз). У терапії пізнього хлорозу ефективний результат дає комбіноване застосування великих доз заліза, гормональних препаратів (переважно яєчників) і вітамінів (цебїон).

Проф. Г. М. Зороховіч (Харків). „Післяопераційна пептична виразка jejuni. Одним із загрозливих післяопераційних ускладнень гастричних і дуоденальних виразок є пептична виразка порожньої кишки, яка в деяких випадках перебігає латентно. Рентген-досліджування має іноді вирішальне значення для постановки правильного діагнозу. Виразка порожньої кишки може спричинити кровотечу або перфорацію.

Крім того, на з'їзді вислухано ще такі позапрограмі доповіді: проф. А. М. Корницького (Дніпропетровськ) „Клініка і патогенез ботулізму“, проф. Шефтеля (Сталіно) „До питання про функціональну діагностику серцевосудинної системи“, Д. Н. Яновського (Київ) „Про значення взаємовідношень морфологічних змін крові при найважливіших захворюваннях кровотворної системи“, С. І. Каменецького (Київ) „Про значення змін кількості глотатіону крові при захворюваннях печінки і при неопластичних процесах“ та інші доповіді.

* * *

На прикінцевому засіданні з'їзду схвалено резолюції в питанні про лікування пневмоній і малярії і про застосування ультрачастотних хвиль. Обрано правління Українського товариства терапевтів і затверджено статут товариства.

Наступний з'їзд намічено скликати 1939 р. у Дніпропетровську або Харкові. Програмі теми: 1) нефропатії, 2) грип, 3) терапія в клініці внутрішніх хвороб і 4) стерті форми ендокринопатій або геморагічний діатез.

Конференція в справі недостатності кровообігу.

Т. Меєрзон.

(Київ, 21—23 грудня 1936 р.).

Відкриваючи конференцію, акад. О. О. Богомолець у своїй вступній доповіді „Про деякі спірні питання гемодинаміки“ відзначив, що багато основних положень гемодинаміки потребують перегляду. Неправильне уявлення про те, що головна рушійна сила кровообігу — це робота серця. Багато спірного й фантастичного в питанні про роль так званих гіпотензивних і гіпертензивних речовин в організмі (ацетил-холін, адреналін), невірне уявлення про безпосередній антагонізм симпатичної і парасимпатичної нервової системи. У фізіології і патології кровообігу, поруч з законами гемодинаміки, щораз більше виступає роль і значення протоплазмодинаміки, замкненого порочного кола: недостатність кровообігу порушує обмін речовин, порушення обміну призводить до прогресування недостатності кровообігу.

Акад. М. Д. Стражеско у доповіді „Спірні питання патогенезу і клініки недостатності кровообігу“ також порушив ряд дискусійних моментів у трактуванні окремих питань клініки й патогенезу порушень кровообігу. Доповідач відзначив характер гемодинамічних і біохімічних зрушень, властивих різним стадіям недостатності кровообігу (за класифікацією Стражеско-Василєнка). Під недостатністю кровообігу слід розуміти такий стан, коли кровообіг не задовольняє потреб обміну, потреб життя.

Уже в першому періоді недостатності кровообігу спостерігається подовження відновного періоду, сповільнення ресинтезу молочної кислоти, підвищення основного обміну. Збільшення роботи дає скупчення кислих продуктів. Життя тоді на грані патології. У другому періоді pojawiaються застійні явища в печінці, легенях, нирках. Виснаження буферної системи наростає, збільшується оксидация тканин. Збільшується кількість поліпептидів, Rest-N і глобулінової фракції сироватки. Наростає анексемія. Відновна стадія різко сповільнюється. Кров'яний тиск підвищений, маса крові збільшена, швидкість кров'яної течії значно сповільнена. Усі ці явища особливо виявлені в стадії б'язього другого періоду, коли в усіх органах і тканинах, серед них в серці і судинах, відбувається денатуравання протоплазми — явища серозного запалення (Erringer). Повернення до норми все ж ще можливе. Третій період дистрофічний, термінальний, характеризується необоротними деструктивними змінами всіх органів і тканин. Розвивається кахексія. Основний обмін знижений. Наприкінці своєї доповіді, ілюстрованої численними біохімічними тестами, доповідач спинився на шести спірних питаннях недостатності кровообігу.

1. Питання про класифікацію. Доповідач полемізує з Ленінградською школою (Ланг), вказуючи на те, що в стадії 2 б і в третьому періоді завжди відзначається тотальна серцево-судинна недостатність. Неправильне уявлення про ізольовану судинну або серцеву недостатність в цьому періоді.

2. Питання про величину хвилинного об'єму. За методом Грольмана доповідач відзначав збільшення хвилинного об'єму в другому періоді недостатності, за методом Фіка — зменшення його. У третьому періоді завжди відзначав зменшення. Неясно, в якій мірі це залежить від дефектів методики.

3 Питання про патогенез підвищення артеріального тиску у другій стадії недостатності кровообігу. На думку доповідача, не можна пояснити це явище підвищенням судинного тонуусу від скупчення вуглекислоти або як вияв саморегуляції кровообігу.

4. Про поліпептидемію при недостатності кровообігу. За даними доповідача збільшення кількості поліпептидів менше, ніж в проф. Сокольников, в клініці проф. Д. Д. Плетньова.

5. Про біохімічні процеси в серцевому м'язі. Обмін в серцевому м'язі проходить за типом скелетної, але тренованої мускулатури. Питання це вимагає дальшого вивчення. Доповідач не погоджується з тим, що біохімічні процеси в міокардії відбиваються електрокардіограмою (Ланг).

6. Питання про набряки. Патогенез їх залежить від підвищення гідростатичного тиску і зміни мембрани (проникність). Тканинний фактор тут, як і при нефрозах, має істотне значення.

Основні твердження доповіді акад. М. Д. Стражеська докладно розвинуто й доповнено у працях його співробітників і учнів.

Проф. В. Х. Василенко у своїй доповіді „Про порушення обміну при недостатності кровообігу“ спинився на змінах хемізму крові. Доповідач підкреслив, що тяжку недостатність кровообігу характеризує перевага процесів дисиміляції і що ступінь порушень обміну не завжди паралельний з порушенням гемодинаміки.

А. А. Айзенберг, І. Б. Шур, Л. М. Авиосор і Б. Н. Шупак у своїх доповідях дали характеристику окремих видів порушення обміну речовин при недостатності кровообігу.

Ф. Я. Примак у доповіді „Морфологічні зміни в серці і судинах в термінальному періоді“ вказав на глибокі дегенеративні зміни в органах і тканинах (м'язах, судинах, печінці, нирках) при тяжких порушеннях тканинного метаболізму. Не зважаючи на різноманітність морфологічних змін, їх об'єднують певні гістологічні особливості.

Проф. В. А. Ельберг і проф. С. М. Шаровський у доповіді „Роль вегетативної нервової системи при розладах кровообігу“ подали результати дослідження стану вегетативної нервової системи у хворих з хронічною недостатністю кровообігу (20 тестів). Вони відзначили підвищення реактивності як симпатичної, так і парасимпатичної нервової системи в усіх стадіях хронічної недостатності кровообігу.

У дискусії заслуж. діяч науки проф. Г. Ф. Ланг спинився переважно на порушеннях акад. М. Д. Стражесько спірних питаннях недостатності кровообігу. Проф. Г. Ф. Ланг підкреслив: погляд Еппінгера про те, що первинним моментом декомпенсації є порушення обміну, навряд чи прийнятний для нас тепер. Біохімія міокардія ще недосить вивчена, проте, є солідні дані на користь того, що хемізм серцевого м'яза відрізняється від хемізму поперечносмугастої мускулатури. Єдиним клінічним методом для виявлення патологічних порушень обміну речовин в серцевому м'язі є покищо електрокардіографія. У питанні про хвилинний об'єм проф. Г. Ф. Ланг відзначив, що цей надзвичайно важливий для клініки метод досі ще не має безсуперечної, придатної для клініки методики. Переходячи до класифікації, проф. Г. Ф. Ланг підкреслив, що правильніше буде говорити не про судинну недостатність, а про нейрогуморальну, тим то у третій стадії недостатності кровообігу може й не бути судинної недостатності. Цікавий факт — відсутність зниженого кров'яного тиску при недостатності кровообігу і навіть підвищення його в другій стадії. Причину цього саморегулювання крові слід шукати в рефлекторному впливі на каротидний синус.

У своєму прикінцевому слові акад. М. Д. Стражесько вказав, що він не є прихильником ідеї Еппінгера про те, що порушення обміну відіграють провідну роль при недостатності кровообігу. Недостатність кровообігу починається з недостатності серця, проте, в певні періоди декомпенсації порушення обміну речовин і протоплазмодинаміки виступають на перший план. Від вивчення патогенезу час вже перейти до практичного терапевтичного використання здобутих даних: лікувати хворого відповідно з новими даними про патогенез недостатності кровообігу.

З інших клінічних доповідей, вислуханих на конференції, слід відзначити доповіді заслуж. діячів науки проф. Д. Д. Плетньова і проф. М. П. Кончаловського, проф. В. Ф. Зелєвіна, проф. Є. А. Чернікова і проф. Н. А. Куршакова.

Заслуж. діяч науки проф. Д. Д. Плетньов у своїй доповіді „Роль печінки і нирок у клініці порушень кровообігу“ спинився на виключній ролі печінки в обміні речовин і в гемодинаміці. Робота цієї складної залози, яка вміщує 29% усієї крові, відбивається на загальній економіці, на всіх функціях організму. Порушення гемодинамічних процесів насамперед позначається на печінці — настає диспепсія. Автоксикоз, спричинюваний порушенням численних функцій печінки, створює порочне коло: від печінки до серця і від серця до печінки. При цьому не якісь особливі гормони, а токсикоз впливає на нервову систему, серцевий м'яз. Кахексія серцевих хворих — це вияв патологічного обміну речовин. Гепато-кардіальний синдром вивчено в значно більшій мірі, ніж кардіо-ренальний синдром. Взаємовідношення серця і нирок ще недосить виразні. Чи може застійна нирка перейти в зморщену нирку? Чи існує *nephrite cardiaque*? Серцевий нефрит відрізняється від септичного, інфекційного. Тут ми маємо функціонально-дефективну застійну нирку.

Заслуж. діяч науки, проф. М. П. Кончаловський подав доповідь на дуже актуальну тему „Вагітність і декомпенсація кровообігу“. Доповідач застерігав від переоцінки значення офіційної органічної вади серця. Слід брати до уваги також гіпертонічні стани, різні ураження м'яза серця, кіфосколіоз, емфізему, гіпертиреоз. З вад серця найнесприятливіший прогноз дають природжені вади, на другому місці мітральний стеноз і комбінована мітральна вада. Найсприятливіший перебіг вагітності при аортальних вадах. Надзвичайно поганий прогноз дають ендокардити навіть при умові ранніх родів.

Проф. В. Ф. Зеленін у доповіді „Значення електрокардіографії в клініці декомпенсації серця“ обороняв у своїй прекрасно ілюстрованій доповіді ідею надзвичайної цінності електрокардіографічного методу в розпізнаванні патологічних змін серцевого м'яза. Динаміка серця, процеси в самому серці найкраще уловлюються електрокардіограмою. Багато частин електркардіограми ($s - t$) ще недосить вивчено; з'ясування їх має сприяти тонкішому й глибокому розумінню функції міокардія.

Проф. Є. А. Черніков у доповіді „До діагностики недостатності кровообігу“ підкреслив значення раннього розпізнавання недостатності кровообігу і вказав на необхідність всебічного обліку різних факторів кровообігу для оцінки його функцій. Доповідач і його співробітники (Меєрзон, Берінська) опрацювали методику комплексного функціонального обслідування серцевосудинного хворого на 6 тестів (швидкість кров'яної течії, А. Fr Pr, водні проби, тест на гідрофілію, глікемічні криві, трикутник Плетша). Приведення цього комплексу до звичайного клінічного обслідування дає змогу підійти до оцінки кровообігу в цілому.

Проф. Н. Н. Куршаков спинився на питанні „Про роль судинної системи в регуляції і декомпенсації кровообігу“. Доповідач відзначив, що в розвитку судинної недостатності відіграють роль гуморальні і нервові фактори. Велике значення має стан самої судинної стінки і особливо її сполучнотканинного прошарку. Погана розтяжність судинної стінки збільшує роботу серця і одночасно призводить до зниження його діастолічного наповнення.

Питання про міокардит з погляду патоморфології висвітлено в доповіді *проф. Б. Н. Мохильницького* „Сучасний стан питання про міокардит“.

Проф. В. М. Коган-Ясний у своїй доповіді „Про роль ендокринної системи в порушенні кровообігу“ спинився на значенні окремих залоз внутрішньої секреції у фізіології й патології кровообігу. Особливо велике значення гіпофізу і щитовидної залози. Доповідач подав 14 випадків хвороби Cushing'a (ожиріння, аменорея, гіпертонія), при яких рентгенопроміння гіпофізу дало блискучий терапевтичний ефект. Доповідач спинився також на новому методі лікування тяжкої серцевої недостатності з допомогою тотальної тиреоїдектомії, запропонованої американськими авторами (Blumgart, Riseman, Davis та ін.).

Питання нервової регуляції кровообігу висвітлено в доповіді *акад. Л. А. Орбелі*, „Про нервову регуляцію апарату кровообігу“. Доповідач з великою майстерністю сформулював історичний розвиток вчення про нейрогуморальну регуляцію серцевосудинної системи. Серце і судини — це єдина система, яка працює координовано. Провести грань між нервовою і гуморальною регуляцією кровообігу не можна. Факт інтимного схрещу-

вання між нервовою й гуморальною регуляцією особливо демонстративно виступає у встановленій за останні роки передачі нервового збудження через так звані медіатори. Для однієї групи нервів такими медіаторами є адреналіноподібні речовини, для другої — ацетил-холін. Переважна більшість судинозвужувальних нервів — адреналотропна, більшість судинорозширювальних — холінотропна. Адреналінова регуляція кровообігу здійснюється не тільки за типом нервового медіатора, а й через віддалений гуморальний вплив — з надниркових залоз.

Акад. Орбелі у своїй доповіді спинився також на трофічній ролі екстракардіальних нервів і на значенні аортального депресорного нерва і синусного нерва. Рецепторний апарат депресора і синусного нерва чутливий не тільки до коливань кров'яного тиску, а й до змін складу крові (геморецептори). Порушення хемізму, температури, фармакологічні, механічні впливи — можуть бути джерелами рефлексів з аорти і каротидної ділянки або ж можуть безпосередньо вплинути на геморецептори.

Наприкінці своєї доповіді акад. Орбелі спинився на ролі коронарного кровообігу. Коронарні судини відіграють не тільки роль органу, який живить, а й який регулює. Уся коронарна система в цілому може пропустити понад одну третину крові, викидану в аорту. Блукаючий нерв, розширюючи судини, впливає судинозвужувально на судини самого серця, симпатичний нерв впливає судинорозширювально. Можливий зв'язок хронічної недостатності кровообігу з цими порушеннями регулятивної ролі коронарного кровообігу.

У питанні про гіпотензивні речовини на конференції вислухано спеціальну доповідь проф. О. А. Степунна „Гіпотензивні тканинні речовини“. Доповідач також підкреслив наявність щільного зв'язку між нервовою і гуморальною регуляцією кровообігу. Мабуть, гіпотензивні тканинні речовини, як і деякі гормони (адреналін), не перебувають в організмі у вільному стані і звільняються в міру потреби. Тепер відомо приблизно сім гіпотензивних речовин. Найбільш вивчено: гістамін, ацетил-холін, ваготонін і калікреїн. Аналогічно ацетил-холіну впливає аденозинотрифосфатна кислота. З кишок і мозку можна здобути групу поліпептидів, відомих під назвою речовини „Р“ і, нарешті, з вирок ембріона речовину, аналогічну атропінові.

З експериментальних робіт, що про них зроблено доповіді на конференції, слід також відзначити доповідь Н. Н. Горєва „Про патогенез розладів кровообігу при анафілактичному шоку, проф. Н. Б. Медведєвої „Феномен автокаталізу“ і доц. І. В. Базилєвіча „Зміни гемодинаміки і обміну речовин в здоровій людини при перебуванні в розрідженій атмосфері“.

Питання терапії відбилися у двох доповідях проф. В. І. Солнцева „Про лікування порушень кровообігу на курортах“ і заслуж. діяча науки проф. А. П. Герцена „Оперативне лікування декомпенсації серця“.

Проф. Герцен повідомив про результати тиреоїдектомії і тиреосимпактотомії в декомпенованих серцевосудинних хворих. Принцип методу — штучне зниження вимог обміну, непосильних для декомпенованого кровообігу, щоб встановити певну рівність між потребами обміну і гемодинамічними процесами. Особливо сприятливі результати від тиреоїдектомії спостерігали американські автори (Blumgart та ін.), які вперше запропонували цей метод лікування декомпенсації. З чотирьох випадків тотального усунення нормальної щитовидної залози в декомпенованих хворих один закінчився летально через 22 дні (сепсис), один — через півроку від випадкових причин, в одному випадку відзначено сприятливий результат. При Базедовій хворобі з явищами недостатності кровообігу доповідач спостерігав прекрасний результат від двобічної симпактотомії (50 випадків). У трьох випадках миготливої аритмії доповідач провів операцію тиреосимпактотомії, при чому в двох випадках після початкового погіршення усталився нормальний ритм.

Проф. Іщенко, який виступив в дискусії, запропонував замінити тотальну тиреоїдектомію субтотальною в комбінації з симпактотомією.

Підбиваючи підсумки цієї загалом успішно проведеної конференції, слід все ж відзначити, що питання терапії недостатності кровообігу на цій конференції досить висвітлені. Треба гадати, що на наступній конференції в питаннях патології кровообігу терапія буде основним програмним питанням.

Curschmann, Hans. — Über familiäre Leukämie. [Klin. Wchnschr. 1936, 6. 185 — 187.]

Родинна лейкемія.

Родинна лейкемія не є нове поняття; цей термін був відомий ще 75 років тому. За цей час зареєстровано 33 випадки родинної лейкемії, з яких 11 можна вважати за безперечно вірогідні, згідно з повідомленням Петрі (Acta path. et microbiol. Skand. 1933, вип. 4, стор. 330 з додатком вичерпної бібліографії), який до цих 11 випадків додав 2 власні випадки.

Майже всі випадки були хронічного лімфатичного типу. Звичайно хвороба уражає двох, найбільше трьох членів родини, але ні в якому разі не можна вважати, що хвороба поширюється за якимись законами спадковості. А тому термін „родинна“ не зовсім точний. Проте, число зареєстрованих випадків дуже велике, щоб запідозрити звичайну випадковість.

Автор описує випадок хронічної лімфатичної лейкемії в одного хворого 59 років, батько якого вмер у віці 50 років від цієї ж хвороби, що підтвердилось клінічним аналізом крові і даними розтину. Ні в родичів по лінії батька, ні в братів, сестер, племінників і племінниць і дружини ніяких ознак хвороби не виявлено. У хворого дітей не було.

Із 108 випадків лейкемічних захворювань, що їх спостерігав автор за останні 10 років, цей випадок є першим вірогідним випадком „спадкової“ лейкемії. Інший автор описує два такі випадки з 259 випадків. Проте, ні один автор досі не провів старанного обслідування всіх родичів по крові своїх хворих — процедура дуже потрібна для здобуття точних відомостей про справжню частоту випадків родинної лейкемії, включаючи сюди початкові й абортивні форми.

Петрі обслідував родичів двох братів з лімфатичною лейкемією і стежив за ними протягом кількох років. Ні в кого з них хвороба не розвинулась, але зате був виявлений двоюрідний брат з ахілічною гіпохромною анемією.

Це цікаве спостереження наводить на думку, що може існувати не тільки гомологічна, а й негомологічна родинна схильність до хвороб крові. В літературі вже повідомлялось про кілька аналогічних випадків, як, наприклад, випадок двох братів, описаний Петрі, в одного з яких була мієлоїдна анемія з ахілією, а в другого перніціозна анемія. Сам Куршман подає випадок перніціозної анемії в батька і есенціальної тромбопенії в його дочки. В усякому випадку родинна лейкемія заслуговує на дальше вивчення. Проте це вивчення слід провадити в стінах клініки, бо лейкемія в тварин, навіть і спадкова, дуже відрізняється від захворювання в людини, тим то не можна лейкемічні явища в тварин переносити на людей.

Петрі передбачив можливість передання хвороби інфекційним способом і відзначив, що в усіх випадках родинних захворювань спостережувані особи були в тісному контакті один з одним, були членами одного або суміжного покоління. Випадки перескакування лейкемії через покоління або ураження трьох і більш послідовних поколінь в літературі невідомі.

Автор статті висловлюється проти інфекційної гіпотези, бо в літературі нема описів випадків передачі хвороби чоловікові або жінці, так само нема відомості про зараження здорової людини через близький контакт з хворим на лейкемію або навіть в моргу.

Крім того, групі захворювання в обмежених районах були дуже рідкими, щоб надавати їм певного значення. На прикладі, який подає Куршман у своїй статті, видно, що син захворів через 46 років після смерті батька і в іншій місцевості, — тим то будьяка можливість інфекції може бути виключена.

Отже, лишається припущення, що захворювання це є спадковим або, як вважає Петрі, воно має випадковий характер. З двох припущень автор схиляється до першого, хоча і припускає, що бічні фактори (наприклад, пізній сифіліс) також можуть відігравати певну роль.

Sperry W. M. — Effect of dextrose ingestion on cholesterol fractions of blood. *Journal of Biol. Chemistry.* 1936. Vol. 116. p. 65.

Вплив декстрози на холестерин крові.

Автор визначив концентрацію загального і вільного холестерину в сироватці крові до і після введення декстрози здоровим людям за методом Fitz'a і Bruger'a. Всупереч їх спостереженню ніяких значних змін у пропорції фракцій холестерину не сталося. Результати експериментів підтвердили далі сталість пропорції при фізіологічних умовах.

Аналіз явних розходжень в Fitz'ом і Bruger'ом з'ясував, що вони брали як об'єктивні осіб з різко виявленими ненормальностями, а тому нема змоги зіставити результати обох досліджень.

René, Gilbert. — Über die Röntgentherapie der Angina Pectoris. *Strahlentherapie.* 1936. Bd. 57. 2. S. 203.

Рентгенотерапія грудної жаби.

Автор вказує: щоб бути ефективною, рентгенотерапія грудної жаби має бути спрямована проти функціональних розладів. Руйнівального впливу рентгенпроміння тут не потрібно; не є також метою спричинити анатомічні зміни. Навпаки, усі умови мають бути спрямовані до того, щоб уникнути таких змін. Клінічні спостереження й експерименти показали, що рентгенівське проміння впливає на симпатичну нервову систему. Автор гадає, що саме цей вплив рентгенотерапії і дає результати без спричинення, проте, помітних гістологічних змін. Як приклад такого впливу він подає результати опромінення щитовидної залози при Базедовій хворобі і опромінення яєчників невеличкими дозами у випадках аменореї.

Автор піддає аналізу теорії, якими намагаються пояснити вплив рентгенпроміння в цих випадках. Він вважає, що вони, зокрема, впливають на нейроендокринну систему. Свої спостереження автор провів на 10 клінічно доведених випадках грудної жаби. У п'ятих випадках він відзначив поліпшення: у двох випадках поліпшення тривало від 9 до 10 місяців. Він рекомендує застосування рентгенотерапії в таких випадках, коли хвороба стала вже хронічною. Під час приступів лікування протипоказане. Мета лікування — зниження числа і інтенсивності приступів або цілковите уривання їх. Рентгенотерапія протипоказана для кахектичних хворих, для хворих із значною серцевою недостатністю і хворих віком понад 70 років.

Техніка в різних авторів різна. Такі самі гарні результати здобуто при застосуванні проміння середньої і великої жорсткості. Опромінення звичайно застосовують на ділянку серця і хребта.

Автор застосовує 180 кіловольт, від 0,7 до 1 мм міді з 1 мм алюмінію, 4 міліампери при фокусі на віддалі 50 см від шкіри. Він користується невеликими дозами, вважаючи, що великі дози можуть спричинити загострення. Звичайно він починає з поверхневої дози в 40 рентгеноген для того, щоб випробувати сприйнятливість хворого. Потім дози збільшуються до 50 — 75 рентгеноген. Загальна кількість опромінень — 15, по 3 сесії кожен тиждень. Після трьох тижнів перерви лікування можна повторити.

О. Кіншіна.

Garlifanti E. — Allergie tuberculeuse et anaphylaxie. *Annales de l'Institut Pasteur,* 1936. T. 57. No. 2. p. 134 — 149.

Туберкульозна алергія і анафілаксія.

Серед запальних реакцій несептичного походження особливе місце займають реакції алергічного і анафілактичного характеру. Автор пробував спричинити сенсibilізацію до

туберкуліну ін'єкцією конячої сироватки в туберкульозне вогнище. У туберкулінованих морських свинок здобуті таким способом реакції завжди були анафілактичного характеру.

У туберкульозних морських свинок, сенсibilізованих ін'єкцією конячої сироватки в туберкульозне вогнище, спостерігається період сенсibilізації до цього антигену, який має всі риси туберкулінової алергії, але ця форма сенсibilізації нестійка, бо вона швидко переходить в сенсibilізацію звичайного анафілактичного характеру. Крім того, вона залежить, очевидно, від індивідуального фактору, бо не всі морські свинки однієї й тієї самої партії дають цей тип сенсibilізації. Як алергічні, так і анафілактичні реакції місцевого характеру не завжди специфічні. Стійкої десенсibilізації при місцевих реакціях не спостерігається ні при туберкуліновій алергії, ні при анафілаксії. Алергічні стани пасивно не минають, тоді як місцева анафілактична реакція, як і загальна анафілаксія, проходять завжди пасивно.

У місцевих виявах відмінність між анафілаксією і алергією менш різка, і межі, які відокремлюють одну реакцію від другої, менш виразні.

I. Суржукі.

Tillett W. S.—Bactericidal action of human serum on hemolytic streptococci. I. Observation, made with serum from patients with acute infections [and from normal individuals. Journal of Experimental Medicine. 1937. Vol. 65. I. p. 147.

Бактерицидний вплив сироватки людини на гемолітичні стрептококи. I. Експерименти з сироваткою хворих з гострими інфекціями здорових людей.

Автор виявив, що сироватки, взяті у хворих з гострими активними інфекціями, були в кожному випадку бактерицидними для гемолітичних стрептококів. Спостереження проведено на сироватках 25 хворих. Група хворих складалася з випадків пневмококових, гемолітично стрептококових, стафілококових, менінгококових, туберкульозних і малярійних інфекцій. У деяких хворих була або непевна або мішана інфекція.

У сироватках, які були взяті в цієї ж групи хворих незабаром після видужання або після значного поліпшення, стрептоцидні властивості значно зменшились своєю силою або їх не було зовсім.

У порівняльних спостереженнях, проведених над сироватками 20 здорових дорослих людей, стрептоцидних властивостей не виявлено. У своїх експериментах автор застосовував три різні штами *streptococcus haemolyticus* типу β . Він відзначає також різну сприйнятливість штамів щодо бактерицидної сили сироваток.

II. Factors which influence phenomenon *in vitro*. p. 163.

II. Фактори, які впливають на феномен *in vitro*.

Автор вказує, що хоча сироватки, взяті у хворих в момент гострої активної інфекції, могли вбити гемолітичні стрептококи при аеробних умовах, але ці організми зберігали свою життєздатність при проведенні експериментів в анаеробних умовах. У межах проведених експериментів аеробний і анаеробний ефекти були різні.

Нагрівання сироваток при 60°C протягом години інактивувало стрептоцидний елемент у більшості випадків, але не в усіх. Нагрівання при 56°C протягом години знижувало летальну силу половини екземплярів, які були під експериментами. При зберіганні в льодовні сироватки могли знищувати гемолітичні стрептококи протягом трьох тижнів. Після чотирьох тижнів спостерігалось невеличке зниження бактерицидної здатності.

Vallery-Radot, P., Blamoutier P. et F. Nitti.—Le rôle des germes microbiens dans l'asthme. Indications de la vaccinothérapie. Presse Med. 1936. 23. p. 449-450.

Роль мікроорганізмів при астмі. Показання до вакцинотерапії.

Вакцинотерапія не може бути рекомендована для всіх типів астми. При сухій астмі вона не дає успіху. Її слід застосовувати тільки в випадках астми з симптомами бронхіту. У цих випадках вона сприятливо впливає на бронхіт, що особливо має значення, бо бронхіт у цих випадках найважче піддається лікуванню.

Деякі хворі на астму дають помітне поліпшення після 2-3 місяців лікування, і продовження інъекцій в таких випадках зайве. У ряду хворих після припинення лікування спостерігається швидкий рецидив, який вказує на доконечну потребу продовжити лікування. У таких випадках лікування слід продовжити на рік з інъекціями спочатку раз на тиждень, потім раз в 15 днів і т. д. Цей метод дає дуже гарні результати у впертих випадках і не спричиняє рецидиву після припинення лікування. Інъекції найкраще робити в спину, змінюючи кожен раз сторону. Початкова доза дорівнює 0,1 куб. см, збільшуючи на 0,1 куб. см з кожної нової інъекції до 1,5—2 куб. см, залежно від ступеня місцевої реакції. Напочатку інъекції роблять 3 рази протягом тижня. По досягненні дози в 1 куб. см інъекцію роблять у два місяця. Після настання помітного поліпшення число інъекцій знижується до 2 і, нарешті, до 1 разу на тиждень.

Місцеві реакції звичайно дуже слабкі, а загальних реакцій, як правило, не буває, за винятком невеличкого піднесення температури протягом кількох годин після інъекції. Спочатку автори застосовували полівалентні вакцини, приготовані з організмів у харкотинні хворих. Згодом була виготовлена вакцина з різних штамів:

Назва мікроорганізмів	Кількість мікроорганізмів в 1 куб. см
Гемолітичні стрептококи	1250000000
<i>Streptococcus viridans</i>	1250000000
Псевдомонінгококи	750000000
Пневмококи Н ³	750000000
Разом	4000000000

Застосування вакцини з різних штамів дає деякі переваги, бо часто буває важко приготувати індивідуальну вакцину кожного хворого. Крім того, хворим з частішими приступами бронхіту в певну пору року можна рекомендувати профілактичну вакцинацію.

Переважними організмами в харкотинні хворих на астму є гемолітичні стрептококи і *Streptococcus viridans*. Псевдомонінгококи також досить часто трапляються. Інші мікроби трапляються рідше, але можуть спостерігатися епізодично, як, наприклад, *Бацили Пфейффера*, *Фрідлендера*, пневмококи і рідше стафілоки.

Lambret, O., Driessens J. et Cornillot M.—Résistance particulière du lapin vis-à-vis de l'action cancérigène de 1-2 benzo-pyrène. Comptes rend. Soc. de Biologie. 1937. T. 124. 1. p. 61.

Особлива опірність кроликів до карциногенного впливу бензопірину 1-2.

Автори пробували спричинити експериментальні злоякісні пухлини в кролика з допомогою бензопірину 1-2. Для цього 15 кроликам протягом 2 років 2 рази на місяць роблено інъекцію 2 куб. см цієї речовини під шкіру живота. Експериментальні тварини загинули протягом періоду від 6 до 24 місяців, проте, систематичне дослідження не виявило новотворів донебудь в організмі. Гістологічні дослідження показали лише паренхіматозні пошкодження токсичного походження, які і спричинили смерть тварини.

Якщо порівняти ці результати з результатами застосування бензопірину на щурах, в яких авторам удалось за 2 роки спричинити пухлини в 30 випадках з 100 випадків, то можна зробити висновок, що, мабуть, кролики мають значну опірність до карциногенного впливу бензопірину. Цей факт підтверджується експериментальними роботами ряду авторів.

О. Кіншіна.

Nonnenbruch, W.—Über die klinische Bedeutung der Reststickstoffbestimmung und die extrarenalen Azotämien. Z. klin. Med. 1937. 131. 4-5. 524—545.

Про клінічне значення визначень залишкового азоту і про екстрауренальні азотемії.

До складу залишкового азоту крові, окрім сечовини, належить ціла група інших речовин різної молекулярної ваги — від амоніаку до високомолекулярних продуктів роз-

паду білка. Сума залишкового азоту крові після відіймання азоту сечовини становить так званий „резидуальний азот“, який в нормі не перевищує 20 мг%.

Збільшення резидуального азоту не пов'язане з недостатністю нирок і залежить від порушень проміжного білкового обміну. Резидуальний азот становить приблизно половину азоту сечовини, до складу його належить переважно азот амінокислот (5—10 мг%), зв'язаний аміно-N (1—3 мг%), азот ліпоїдів (приблизно 2—5 мг%), азот оксипротейнової кислоти (8,9—18,9 мг%), азот амоніаку, креатину і креатиніну, пуринів та індикану. На думку автора, аміно-N, який звільняється при кислотному гідролізі, походить не з пептонів або поліпептидів (наявність поліпептидів в крові взагалі сумнівна), а з простіших сполук.

Клінічне значення аміноазоту, який звільняється при кислотному гідролізі, незначне. Так само мало уgruntоване, на думку автора, вчення про поліпептидемію і поліпептидотоксію, побудоване на ненадійних і несталих різницях в кількості азоту, у фільтраті при застосуванні різних осаджувачів (трихлорацетатна кислота, фосфатовольфрамова кислота). Детальніше розчленовання резидуального азоту, особливо в тих випадках, де після відіймання аміноазоту ми все ще маємо великий залишок, безперечно має велике значення. Є ряд даних про те, що при цьому відіграють велику роль оксипротейнові кислоти. Аналізуючи клінічні форми азотемій, автор встановлює три типи цих азотемій.

1. Азотемія типу I. Утворення сечовини не порушене. Збільшення сечовини крові (= уреємія) зумовлене ретинуванням її через недостатність нирок або відносну олігурію.

2. Азотемія типу II. Порушення утворення сечовини без ретинування її в крові. Резидуальний азот підвищений.

3. Азотемія типу III. Порушення утворення сечовини з ретинуванням її в крові (олігурія з недостатністю нирок або без неї).

За даними автора при азотеміях II і III типу введення сечовини (20—30 g pro die) супроводиться зменшенням резидуального азоту і виявленням терапевтичним ефектом.

Автор спинається також на питанні про так звані гіпохлоремічні азотемії і підкреслює, що різко виявлена гіпохлоремія не завжди супроводиться збільшенням резидуального азоту крові. Велике значення тут має втрата води і висихання тканин. При оцінці уреємії треба брати до уваги, що на підставі сечовини крові не завжди можна говорити про баланс сечовини, бо на уреємії позначаються зміни розподілу сечовини між кров'ю і тканинами.

Т. Мерзон.

Wagner-Jauregg, Th.—Die biologische Bedeutung der Flavine. Wien. klin. Wchnschr. 1936. 1. 257—262.

Біологічне значення флавінів.

Ця праця є зведенням вивчення флавінів за останні 4 роки. Автор спинається на відношенні лактофлавіну до вітамінів, на його поширенні і хімічній природі у зв'язку з синтезом R. Kuhn'a і Karrer'a, а також на характерних властивостях лактофлавіну, особливо на легкій оборотності реакції гідратування і дегідратування, доведених вперше J. Banga і A. v. Szent-Györgyi, а згодом проведених ферментативним способом у присутності різних субстратів (глюкоза, яблучна кислота, лимонна кислота, спирт тощо).

Лактофлавін трапляється у вільній формі і, як показали O. Warburg і W. Christian, у складі „оксидативного ферменту“ або за Euler'ом у формі флавінензиму. Н. Theorell встановив, що флавінензим дисоціює на лактофлавінфосфатну кислоту та протеїн. Флавінензим також має оксидативно-каталітичний вплив і є активною формою вітаміну B₂. Warburg вивчав вплив флавінензиму при ензиматичному дегідруванні глюкозо-6-фосфатної кислоти до H₂ O₂ і глюконово-6-фосфатної кислоти. Потрібна система при цьому дегідруванні складається з глюкозо-6-фосфатної кислоти, Zwischenferment'у, коферменту флавінензиму, O₂. У цій системі водень послідовно переходить на окремі ланки ланцюга. Автор вважає, що проміжні акцептори в оксидоредукційній системі полегшують подолання енергетично різних рівнів, завдяки чому ми маємо східчає підвищення Redoxpotential'у. Флавінензим у цій системі є водневим акцептором, специфічним для гідрованого коферменту.

Автор вказує на склад Варбургівського коферменту і його зв'язок з Zwischenferment'ом і на їх специфічну роль у згаданій оксидоредукційній системі. Автор вважає, що флавінензим і кофермент — це каталізатори універсального значення, тоді як Zwischenferment специфічний для субстрата. Дослідження проведено на різних субстратах (фруктозодифосфатна кислота, етиловий алкоголь, яблучна, лимонна, ізоолійна і гліцеринфосфатна кислоти). Автор встановив, що жовтий фермент не бере участі в дегідруванні молочної кислоти в піровиноградну, і вважає, що участь жовтого ферменту, як проміжного акцептора водню, виявляється з наступним перетворенням піровиноградної кислоти, саме, при дегідруванні яблучної кислоти в оксалатно-ацетатну.

На основі досліджень дегідрування різних субстратів автор доходить висновку, що жовтий фермент і кофермент є частина цілого ряду оксидаційних систем і що жовтий фермент у тваринній клітці править для підвищення процесів ензиматичного дегідрування. Автор висловлює погляд, що в клітинному диханні є, поруч з стійкими до HCN реакціями, реакції чутливі до HCN. Тим то важно встановити, яке велике може бути стійке до HCN дихання *in vivo*, і на модельній реакції демонструє зв'язок реакцій гальмованих HCN і стійких до HCN.

Автор припускає, що при дегідруванні в клітинах водень у мінімальних кількостях витрачається безпосередньо на кисень, у більшій же частині на інші водневі акцептори і що нема прямого співвідношення між реакціями дегідрування, каталізованими флавінензимом, і сприйняттям кисню.

Підкреслюється, що клітинні водневі акцептори не тільки сами можуть редукуватися, а й редукують різні проміжні продукти обміну речовин (фумарова, оксалатно-ацетатна, піровиноградна кислоти, ацетальдегід, ацетатна кислота тощо). Szent Györgyi підкреслює особливе значення в транспорті водню при тканинному диханні системи: фумарова кислота $\rightleftharpoons$ оксалатно-ацетатна кислота.

Наприкінці автор спиняється на ролі флавінів у процесі зору і на ролі їх для рослинного світу. Фізіологічна роль жовтого ферменту для рослин така сама, як і для тварин: він є інтегруючою частиною дихальних і оксидаційних систем.

М. Гайсинська.

По СРСР.

З Парижа до Москви 25 березня приїхала делегація видатних медичних діячів Франції. У складі делегації — мікробіологи: всесвітньовідомий мікробіолог Олександр Безредка, Марсель Лісбонн, Поль Жіру, Євгеній Вольман і Мішель Машбеф, хірурги — генеральний медичний інспектор французької армії д-р Анрі Рувіллау, Фірмен Кадена, Ернест Демаре, П'єр Фреде, Роберт Моно, Марсель Ліежуа і Роберт Мерль д'Обін'є. Очолює делегацію товариш міністра охорони здоров'я Франції д-р П'єр Дезарно.

Від ст. Негорелое до Москви французьких учених супроводив директор загально-союзного бюро санітарної закордонної інформації заслужений діяч науки проф. В. М. Броннер. У Москві гостей зустрічали: нарком охорони здоров'я СРСР тов. Г. Н. Камінський, його заступник тов. С. І. Канторович, радник французького посольства п. Ж. Пайар, французький військовий аташе в СРСР полковник Сімон, заступник головного санітарного інспектора СРСР тов. Г. І. Хармандар'ян, заслужені діячі науки професори М. Н. Бурденко, О. Д. Сперанський, Л. С. Штерн, В. С. Левіт, професори В. О. Барікін і П. Ф. Здродовський, голова „Інтуриста" тов. А. В. Курц, відповідальні працівники Наркомздор'я, ВОКС'у, представники преси.

* * *

Нарком охорони здоров'я СРСР тов. Г. Н. Камінський у себе на прийомі звернувся до французької делегації з вітальною промовою. Відповідаючи на це привітання, голова делегації, заступник міністра охорони здоров'я Франції д-р П'єр Дезарно подякував Народному комісаріату охорони здоров'я СРСР за щирий прийом. Він заявив, що делегація приїхала не тільки для вивчення наукових досягнень Радянського Союзу, а й для зміцнення наукових зв'язків між Францією і СРСР.

Потім французькі й радянські вчені опрацювали програму проведення спільних наукових конференцій. Складено план ознайомлення гостей з науково-дослідними, соціально-побутовими і фізкультурними закладами. Французькі вчені відвідали Всесоюзний інститут експериментальної медицини ім. Горького. Тут вони вислухали повідомлення проф. Б. І. Лаврентьева про нові форми і методи наукових досліджень радянських вчених.

Французькі вчені відвідали також лабораторії, що ними керують професори О. Д. Сперанський, Б. І. Лаврентьев, І. П. Разенков, П. Ф. Здродовський, Л. С. Штерн, Б. А. Ісаченко, Є. Н. Павловський та інші.

* * *

Народний комісаріат охорони здоров'я СРСР запросив для участі в роботах конференцій спільно з французькими гостями найвидатніших мікробіологів і хірургів РРФСР та інших союзних республік. До Москви виїхали київські хірурги-професори Іщенко і Корохов, мікробіологи — професори Ручко і Неждадименко і група харківських вчених, серед них хірурги — заслужені діячі науки професор-орденоносець В. М. Шапов і професор М. І. Ситенко, мікробіологи — професори-орденоносці М. Й. Мельник і М. М. Цехновіцер.

* * *

Для заохочення до наукової роботи і для підвищення кваліфікації наукових і науково-педагогічних кадрів Рада Народних Комісарів Союзу РСР постановила:

1. Залежно від кваліфікації в галузі певної наукової дисципліни — відповідно до обсягу знань, ступеня самостійності наукової роботи та її значення — науковим працівникам привласнюються *вчені ступені*:

а) кандидата наук;

б) доктора.

2. Залежно від виконуваної науково-педагогічної або науково-дослідної роботи науковим працівникам привласнюються *вчені звання*:

а) асистента — у вищих навчальних закладах, молодшого наукового співробітника — у науково-дослідних установах;

б) доцента — у вищих навчальних закладах, старшого наукового співробітника — у науково-дослідних установах;

в) професора — у вищих навчальних закладах і науково-дослідних установах.

(З постанови РНК СРСР від 20 березня 1937 р.).

* * *

Центральний Виконавчий Комітет Союзу РСР постановив за видатні заслуги в галузі біохемії, особливо по лінії обслуговування потреб промисловості, нагородити акад. Баха, Олексія Миколаєвича, раніше нагородженого орденом Трудового Червоного Прапора, у зв'язку з 50-річчям його наукової діяльності, орденом Леніна.

* * *

Наукова громадськість Москви відзначила 80 років з дня народження і 50 років наукової діяльності акад. О. М. Баха. У Московському будинку вчених відбулось урочисте засідання, улаштоване президією Академії наук СРСР, наркоматом важкої промисловості та іншими організаціями. У залі академіки, наукові і інженерно-технічні працівники Москви тепло зустріли ювіляра. З привітанням виступив президент Академії наук СРСР акад. В. Л. Комаров. Неодмінний секретар Академії наук СРСР акад. Н. П. Горбунов розповів про велику й яскраву громадську і наукову діяльність ювіляра. О. М. Баха вітали завідувач відділу науки, науково-технічних винаходів і відкриттів ЦК ВКП(б) тов. Бауман і представники різних організацій.

* * *

Постановою дирекції й наукової громадськості II Московського медичного інституту установлена щорічна лекція пам'яті великого російського вченого Івана Петровича Павлова. Для читання павловських лекцій запрошуватимуть радянських і закордонних вчених. У лекціях будуть відбиті напрями праць І. П. Павлова і його школи. Відбулась перша павловська лекція. Лекцію „Нові уявлення про іннервацію м'язової тканини“ прочитав акад. Л. А. Орбелі.

* * *

Медична громадськість Харкова на спеціальному пленумі Харківського медичного товариства відзначила пам'ять одного з найбільших терапевтів УРСР проф. Андрія Петровича Корхова, який нещодавно помер.

* * *

Відповідно до постанови Народного комісаріату охорони здоров'я СРСР в Ленінграді організується клініка східної медицини. Клініка ставить своєю метою вивчати і практично застосовувати лікування методами й засобами східної (індо-тибетської) медицини. При клініці організуються стаціонар на 50 ліжок, науково-дослідні і лікувальні кабінети (клінічно-діагностичний, фізіотерапевтичний, рентгенівський), лабораторії, амбу-

латорія, аптека і спеціальна бібліотека в питаннях східної медицини. Клініка матиме постійну школу східного масажу. План і програма науково-дослідних робіт і лікування обмірковуюватимуться в клініці на наукових нарадах. Наради систематично вислуховуватимуть доповіді директора клініки про ефективність окремих способів і методів лікування. План робіт клініки остаточно затверджуватиме народний комісаріат охорони здоров'я СРСР.

Науковим керівником клініки східної медицини затверджено д-ра Н. Н. Бадмаєва.

* * *

Наприкінці березня цього року в Ленінграді відбулася сесія державного рентгенологічного інституту. На сесії були вчені Москви, Ленінграда, Києва, Харкова, Свердловська та інших міст Союзу. Сесія вислухала близько 50 доповідей.

* * *

З ініціативи групи київських і харківських професорів та лікарів Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР ухвалив утворити українське товариство онкологів. До завдань товариства належить: вивчення проблеми походження рака, саркоми та інших злоякісних новоутворів, питань ранньої діагностики, профілактики і лікування їх. Товариство має об'єднати онкологів-теоретиків і клініцистів, а також хірургів, гінекологів і терапевтів, які цікавляться проблемами злоякісних новоутворів. Товариство візьме також участь у плануванні і проведенні протиракової боротьби. Незабаром філії товариства будуть також організовані у Вінниці і Чернігові.

* * *

У Ленінградському інституті охорони праці ВРЦПС відбулася нарада в питаннях кондиціонування повітря. У нараді брало участь понад 200 наукових працівників, які приїхали з різних районів Союзу.

На нараді вислухано доповідь інженера А. С. Клячка про застосування штучного клімату в побуті і на виробництві в США і повідомлення завідувача Ленінградської лабораторії кондиціонування повітря Д. А. Розенбаум. Делегатам була продемонстрована робота установки для кондиціонування повітря, яка монтується зараз на фабриці „Скороход“. Вона дасть змогу підтримувати в цеху сталу температуру і потрібну вологість повітря.

У майстернях інституту охорони праці виготовляють ще 12 комплектів апаратури, яка регулює температуру й вологість.

* * *

В Єревані відбувся перший республіканський з'їзд лікарів. Два-три десятки лікарів мала Вірменія до Великої Жовтневої соціалістичної революції. Зараз в республіці 2200 медичних працівників. Село, яке раніш перебувало в полоні у знахарів, тепер має широкую сітку лікувальних закладів. Похідні намети відділів охорони здоров'я можна побачити в найвищих гірських таборах. Зусиллями радянської медицини зовсім зліквідовано натуральну віспу — цю в минулому жахливу кару вірменського села. До мінімуму зведено захворювання на дифтерію. Значно знижено захворюваність на малярію. Цього року бюджет Наркомздрав'я доходить 60 млн. крб. проти 1,1 млн. крб. 1924 р.

* * *

У Ленінграді в березні відбулась перша загальноміська конференція жінок-наукових працівників Ленінграда. У цій конференції брало участь понад 1000 жінок: професорів, доцентів, аспірантів, наукових співробітниць лабораторій. На конференції вислухано приблизно 40 доповідей. 9 доповідей проблемні: вони підбивають підсумки роботи жінок-учених в галузі медицини, біології, природничих і гуманітарних наук, геології, хемії, фізики, в освоєнні Арктики та в інших галузях науки. Крім того, зроблено доповіді і повідомлення про найбільші наукові роботи і відкриття жінок-учених.

* * *

У Харкові в березні відбулася друга творча конференція жінок-наукових працівників Харкова. На конференції жінки-вчені зробили понад 100 наукових доповідей.

* * *

До революції в Росії було менше 2000 жінок-лікарів. Тепер жінки становлять приблизно половину загального числа лікарів СРСР (42353 лікарі-жінки).

* * *

У березні відзначено 25-річчя наукової, лікарської і громадської діяльності восьми жінок - дитячих лікарів Харкова: проф. Рохліної, докторів Бурас, Магеровської, Нюренберг, Цукернік, Фарбштейн, Федотової і Епштейн. Харківське медичне товариство відзначило цей ювілей на загальноміських зборах педіатричної секції.

* * *

У районному центрі Осіповічі (Білорусія) відбулась наукова конференція в справі переливання крові. У роботі цієї конференції взяли участь приблизно 100 медичних працівників сільських лікарень, лікарських дільниць і лікувальних закладів району. На конференції вислухано 6 доповідей місцевих лікарів про переливання крові. В Осіповічах організовано філію Білоруського державного інституту по переливанню крові. За короткий час філія зробила хворим 45. переливань.

* * *

Минулого року в субтропічній філії Всесоюзного інституту експериментальної медицини в Сухумі був створений розплідник отруйних змій. У ньому є приблизно 150 змій, приставлених головним чином з Вірменії. Найближчим часом у розпліднику почнуться цікаві досліді. Зокрема намічено з'ясувати вплив отрути при лікуванні деяких злоякісних пухлин у тварин. Досліді провадитимуться над мишами, щурами і мавпами.

* * *

Інфекційна клініка Ташкентського медичного інституту опрацювала новий спосіб лікування корового запалення легенів переливанням хворій дитині крові батька або матері. Клініка провела понад 5 тис. дослідів такого лікування і домоглася значного зменшення смертності дітей від цієї хвороби. Якщо робити переливання крові для профілактики, то можна довести смертність від кору до нуля.

* * *

В Українському інституті вдосконалення лікарів у Харкові підвищують кваліфікацію близько 500 медичних працівників різних галузей, з них 220 від Харківської області. Організоване інститутом заочне навчання охоплює щось із 1500 лікарів. Кожна з 43 кафедр інституту опрацьовує на рік 4-5 наукових тем, які потім видаються популярними виданнями для практичного керівництва медичного персоналу на місцях.

* * *

Дніпропетровський медичний інститут випустив 140 лікарів, серед яких багато відмінників. Ці молоді лікарські кадри працюватимуть в районах Дніпропетровської та Донецької областей. 6 чол. залишені для наукової роботи при кафедрах медичного інституту.

* * *

З постанови ЦВК і РНК СРСР про народногосподарський план Союзу РСР на 1937 р. 1. Встановити загальну суму витрат по охороні здоров'я з бюджету на 1937 р. у 7528,1 млн. крб. проти 5803,5 млн. крб. 1936 р.

2. Встановити розмір капітальних робіт 1937 р. по охороні здоров'я в 1 млрд. крб.

3. Довести 1937 р. загальне число лікарняних ліжок до 619,8 тис. проти 564 тис. 1936 р., у тому числі у міських і транспортних лікарнях до 370,5 тис. і в сільських лікарнях — 183,3 тис. ліжок.

4. Встановити на 1937 р. план будівництва *родильних ліжок* в 11078 проти 6000 ліжок 1936 р.

5. Встановити на кінець 1937 р. число місць у *дитячих яслах* у містах, робітничих поселках, при МТС і радгоспах у 609 тис. проти 464 тис. минулого року і число місць у дитячих яслах в колхозах — 570 тис. проти 378 тис. попереднього року.

6. Довести 1937 р. число *санаторних ліжок* на курортах до 95 тис. ліжок проти 91,5 тис. ліжок 1936 р., а число ліжок у будинках відпочинку ВРЦПС і ЦК профспілок до 105 тис. ліжок проти 99,3 тис. ліжок 1936 р.

* * *

Цікаві дані про збільшення народжуваності у зв'язку із заборонаю абортів зібрано Головним управлінням записів актів громадянського стану НКВД, ВРЦПС і Центральним управлінням народногосподарського обліку СРСР. Дані по 29 краях, областях і автономних республіках свідчать, що народжуваність в січні 1937 року порівняно з січнем минулого року збільшилась на 21,7%. За окремими областями процент збільшення народжуваності значно вищий. Наприклад, у Дніпропетровській області народжуваність збільшилась на 61,5%, в Одеській області — на 60,9%. Важливо відзначити різке підвищення народжуваності в національних республіках: у Марійській АРСР вона збільшилась на 46,2%, у республіці німців Поволжя — на 51,5% тощо. У лютому цього року в Москві щодня в середньому народжувалось понад 460 дітей. Усього у лютому в Москві народилося 13000 дітей, — вдвоє більше, ніж у лютому минулого року.

Слід відзначити, що скорочення числа абортів позначиться у повній мірі на підвищенні народжуваності тільки наступних місяців 1937 р. Про скорочення числа абортів є такі дані. У робітниць бавовняної промисловості кількість зроблених абортів у січні 1937 р. порівняно з січнем 1936 р. скоротилась на 71%; у робітниць трикотажної промисловості — на 70,4%; у робітниць гумово-каучукової промисловості — на 70% тощо.

* * *

За останній рік у Тулі різко зросла народжуваність. Минулого року народжуваність порівняно з 1935 р. збільшилась на 55,8%. У січні цього року зареєстровано 1063 новонароджених, вдвоє більше, ніж в січні 1936 р.

* * *

У Тбілісі побудовано корпуси лікувального комбінату Наркомздор'я Грузії. У першому корпусі міститься поліклініка з фізіотерапевтичним відділом, лікарськими кабінетами, водолікарнею, хімічно-бактеріологічною лабораторією і аптекою. У другому корпусі — грязелікарня, рентген, стаціонар терапевтичного відділу. У третьому будинку — гінекологічний і хірургічний відділи. Лікувальні відділи і кабінети мають найновішу й найвдосконаленішу медичну апаратуру. Палати, кабінети й вестибюлі обставлені красивими меблями з дуба, ясеня і каштану. Головний вхід і вестибюль прикрашені мармором, грязелікарня, операційні палати і водолікарня — кахлями. Художньо оформлена і решта приміщень. Поліклініка розрахована на подання медичної допомоги 100 хворим на день. Стаціонар розраховано на 120 хворих. Він складається з кімнат на 2 і на 1 людину. При комбінаті збудовано також допоміжні підприємства: їдальню, пральню, лазню, жилий будинок для медичного персоналу. Медичний персонал комбінату складається з висококваліфікованих лікарів і професорів.

* * *

У травні на всіх курортах України почнеться курортний сезон.

* * *

На Бердянському курорті збудовано перший в Союзі аеросолярій. У цьому році починають працювати всі його агрегати.

* * *

У глибині густого соснового бору, на березі Дніпра, закінчено будівництва білоруської дитячої оздоровниці. Оздоровниця прекрасно устаткована. Тут створено все для культурного відпочинку дітей: кімнати ігор, зал для глядачів, веранди тощо. Є багате фізіотерапевтичне устаткування, ванни і душеві кімнати тощо. Оздоровниця перепускатиме за одну зміну (45 днів) до 100 дітей.

* * *

У Всесоюзному інституті експериментальної медицини ім. Горького починається звуковий запис наукових доповідей, диспутів і конференцій. Надалі інститут матиме в своєму розпорядженні фонотеку із записаними на пластинки і плівки виступами дослідників у галузі експериментальної медицини. Для цього у Всесоюзному інституті експериментальної медицини устатковано лабораторію звукозапису. Вона має центральну установку і портативну переносну звукописну апаратуру. У цій же лабораторії будуть записуватися промови психічних хворих для визначення стадії їх захворювання. Запис провадитиметься на використаних вже і непотрібних для іншої мети рентгенівських плівах і кіноплівках, а тому вартість запису буде дуже невелика, що дасть змогу широко застосовувати його для наукової мети.

* * *

Науковий працівник Українського інституту травматології й ортопедії тов. Павлович сконструював модель вдосконаленого протезу кисті руки, з рухомими пальцями. Протез має форму природної кисті з усіма п'ятьма пальцями. Коли безрука людина натискує спеціальний механізм протезу, пальці починають стискуватися і розтискуватися. Модель цю передано для серійного виробництва на заводи.

* * *

Харківський завод „Здоров'я трудящим“ освоїв рецептуру Українського інституту експериментальної фармації і розпочав випуск радянської глюкози в ампулах. Досі ампули глюкози імпортувалися, а московські заводи нещодавно розпочали випуск глюкози тільки в кристалах. При випробуванні в клініках Харкова глюкоза в ампулах, введена у вену, показала добрі наслідки для шлункових хворих і для тих, хто переніс тяжкі операції, поранення або в кого знижений кров'яний тиск. Завод випустить цього року 250000 ампул глюкози.

* * *

Центральна лабораторія Ленінградського м'ясокомбінату ім. С. М. Кірова опрацювала метод приготування печінкового екстракту. Як відомо, після відкриття американськими вченими лікувальних властивостей печінки її почали застосовувати для лікування злоякісного некрозів'я. Останніми часами замість печінки, яка викликає огиду в хворих при тривалому лікуванні, за кордоном застосовують невеличкі дози печінкового екстракту.

Випущений лабораторією Ленінградського м'ясокомбіната рідкий печінковий екстракт випробувано на багатьох тяжкохворих у клініці при лікарні ім. Мечнікова і в терапевтичному відділі інституту переливання крові. Випробування дали прекрасні результати.

* * *

„Атлас бактерій“ готує до друку науково-дослідний інститут мікробіології і епідеміології при Академії наук України.

За кордоном.

У своєму річному звіті д-р W. E. Гус, директор Англійського товариства для вивчення рака, дав огляд сучасного стану вивчення рака в Англії.

Тепер з вивчення трансплантування пухлин перейшли до карциногенезу. Факторами, які можуть спричинити утворення рака, є ультрафіолетове проміння, рентгенпроміння, радії, чисто фізичні агенти, велике число хемікалій, як арсен, анілін, смоли, барвники, складні вуглеводи й паразити тварин.

Деякі з хемічних карциногенних сполук надзвичайно цікаві, бо їх хемічна структура щільно пов'язана з структурою таких субстанцій, як стеролі, які трапляються

в організмі. Найвідоміший і найзвичайніший із стеролів — це холестероль — складний алкоголь, який трапляється у всіх клітинах і є складовою частиною жовчних каменів. Невеличка зміна молекули стероля призводить до утворення жовчних кислот. Хімічне вивчення цих кислот, їх похідних і продуктів розпаду показало їх зв'язок з вуглеводами, які спричиняють рак.

1933 року Wieland і Dane здобули із жовчної кислоти діоксихолінову кислоту — продукт надзвичайної важливості при вивчанні рака. Це — метилхолантрин, який спричиняє рак в мишей швидше, ніж будь-яка інша субстанція. Надзвичайно цікаве те, що цей продукт виникає з субстанцій, які завжди є в організмі тварин. Більш від того, серія хімічних лабораторних реакцій, яка призводить до його утворення, схожа з хімічними процесами, які відбуваються в організмі під впливом клітинних ензим. Це привело до думки, що нормальні клітини в ненормальних умовах дають утворення ненормальних похідних стеролів, які є карциногенними.

Проте, якщо навіть ця гіпотеза буде правильною, вона не дає все ж повного пояснення рака. Тепер відомо, що рак починається в результаті змін або в самій нормальній клітині, або в невеличкій групі нормальних клітин, які набирають сили автономного росту. У попередніх річних звітах товариства підкреслювалось, що численні експериментальні спостереження показують, що фактори, які переносять на клітину здатність автономного росту, знаходяться всередині її і їх не можна приписати агентам ззовні, хоча вони й можуть бути за віддаленою причиною. Вони готують ґрунт, тобто, іншими словами, вони утворюють „передраковий“ стан.

J. A. M. A. 108, 8, 1937.

Згідно з річним звітом інспектора охорони здоров'я 1936 р. по Нью-Йорку відзначається підвищення смертності — 10,5 на 1000 населення проти 10,3 у 1935 р. Відзначається підвищення числа таких захворювань, як діабет, рак, захворювання серця, нирок. Народжуваність 1936 р. порівняно з 1929 р. знизилась з 19,6% до 13,4%.

J. A. M. A. 108, 9, 1937.

Проф. Hans Hajek, відомий риноларинголог, святкував нещодавно своє 75-річчя. Проф. Hajek — світовий вчений в галузі захворювань носа й горла.

Lancet. 5917, 1937.

40 років тому, 15 січня 1897 р. проф. Леопольд Фрейнд вперше демонстрував першого хворого, лікованого рентгенпромінням, і таким чином відкрив шлях для терапевтичного застосування рентгенпроміння, яке до того часу застосовувалось лише для діагностики.

Віденське медичне товариство і австрійське рентгеновариство відзначило цей історичний день спеціальним урочистим засіданням. Проф. Фрейнд одержав численні привітання з усіх країн світу, крім Німеччини. Причини зрозумілі — він не належить до „німецької“ раси.

Lancet. 5922, 1937.

У своєму річному звіті за 1935 р. Віденське добровільне товариство першої допомоги опублікувало такі цікаві дані про свою діяльність. За 1935 р. першу допомогу подано у 26134 випадках, в середньому по 72 чол. на день. Нещасливі випадки становили 60% і раптові захворювання — 40%. З цього числа 14449 випадків припадає на чоловіків, 10069 — на жінок і 1616 — на дітей.

Нещасливих випадків, спричинених транспортом, зареєстровано 3111, спортом — 725, електротравм — 428, алкогольних отруєнь — 618 і 134 випадки укусів тварин. Зареєстровано 2055 випадків самогубств і спроб до самогубства. Карети швидкої допомоги викликалися в 15000 випадках, в середньому 41 раз на день.

Lancet. 5917, 1937.

Американський конгрес в справі фізіотерапії відзначив проф. Стефана Еллінек премією „золотий ключ пошани“ і обрав його на свого почесного члена.

Wien. klin. Wchnschr. 3, 1937.

Військово-медична бібліотека у Вашингтоні нещодавно відсвяткувала 100 років свого існування. Фонд її становить понад 900000 книжок. Отже, вона є найбільшою сучасною медичною бібліотекою в світі.

Wien. klin. Wchnschr. 3, 1937.

З 8 до 14 травня цього року в Бухаресті відбудеться IX міжнародний конгрес в справі військової медицини і фармації.

Wien. klin. Wchnschr. 3, 1937.

З'їзд ліги Homoeopathica internationalis відбудеться з 8 до 15 серпня цього року у Берліні.

Wien. klin. Wchnschr. 5, 1937.

Премія ім. Marcel Benoist дана д-рові J. Eugster'у в Цюріху за його праці в галузі в'їла.

Wien. klin. Wchnschr. 7, 1937.

В м. Леннеп, де народився великий вчений Вільгельм Конрад Рентген, відкрито музей, який пропагує значення рентгенпроміння і наочно демонструє розвиток рентгенотехніки.

Wien. klin. Wchnschr. 7, 1937.

VI міжнародний конгрес у справі вивчення й боротьби з ревматизмом відбудеться наприкінці березня 1938 р. при Оксфордському університеті.

Wien. klin. Wchnschr. 7, 1937.

В Еллінсдорфі (Нью-Йорк) помер у віці 52 років професор патологічної біохемії Stanley Benedict, який працював з 1912 р. в Корнелівському інституті. Його ім'ям названо один з методів визначення цукру при діабеті. Небіжчик був редактором „Journal of Biochemistry“.

La Presse Med. 21, 1937.

X міжнародна конференція в справі боротьби з туберкульозом, яка мала відбутися у вересні 1936 р. в Ліссабоні, перенесена на вересень 1937 р. XI конференцію вирішено скликати 1939 р. в Берліні.

La Presse Med. 13, 1937.

IV міжнародний отоларингологічний конгрес відбудеться 1940 р. в Амстердамі.

La Presse Med. 15, 1937.

I міжнародний конгрес у справі дитячої психіатрії відбудеться 1 серпня 1937 р. в Парижі.

La Presse Med. 12, 1937.

Біотерапевтичні лабораторії встановили щорічну премію ім. Безредка за кращу працю в питанні про місцевий імунітет і його терапевтичне застосування.

La Presse Med. 18, 1937.

На XV американському з'їзді по фізичній терапії вищі нагороди присуджено Едв. Бару (США) за опрацювання способу внутрішньомірного руйнування новотворів з допомогою частозмінного струму, а також за інші наукові праці в галузі урології; Г. Говему (Англія) за праці з фізичної терапії, зокрема по геліо- і аеротерапії покалічених дітей; Стеф. Еллінеку (Австрія) за праці в справі електропатології і за опрацювання способів профілактики і лікування електротравм у промисловості.

Arch. of phys. Ther. 9, 1936.

Szent-Gyorgi, Rusznyak і їхні співробітники зробили доповідь про розпочаті ними дослідження в справі вітаміну *P*. Цей новий вітамін, який міститься також в неочищених препаратах аскорбінової кислоти, збільшує проникність і резистентність капілярів. При лікуванні деяких геморагічних захворювань (геморагічна пурпура ендотеліального походження) вітамін *P* дуже добре впливає. Досьгодні лікувальний вплив лимонного соку приписувалось вітаміну *C*, але одночасно зроблено спостереження, що багато геморагічних хвороб виліковували лимонним соком, тоді як вітамін *C* не давав ніякого ефекту. Автори пояснюють це явище наявністю і лікувальним впливом вітаміну *P*.

Усі клінічні секції в Zeged'i (Угорщина) взялися до виявлення природи цього вітаміну і до вивчення ролі його при лікуванні хвороб, які характеризуються порушенням проникності капілярів.

La Presse Med. 8, 1937.

Вмерла Андре Рош (Andrée Roche), одна з найбільших французьких біохеміків. Вона дуже продуктивно працювала над актуальнішими проблемами хемії і фізикохемії білків і білкового обміну. Багато з її праць дуже близько підходять до клінічних проблем і тому дуже цікаві для клініцистів.

La Presse Med. 85, 1936.

T A B L E D E S M A T I È R E S

Travaux originaux

<i>Prof. N. F. Bieloïousov</i> — La peau et l'appareil musculaire	11
<i>S. G. Guénès, E. L. Lipkind et R. M. Isabolinskaya</i> — Sur les oscillations et les corrélations de certains éléments de la bile et du sang chez les chiens, porteurs de fistules biliaires. 4-e communication	30
<i>S. G. Guénès, E. L. Lipkind et R. M. Isabolinskaya</i> — Sur les oscillations et les corrélations de certains éléments de la bile et du sang chez les chiens, porteurs de fistules biliaires. 5-e communication	53
<i>P. I. Beresantzev</i> — Sur l'action des produits appartenant au groupe de la digitale sur les vaisseaux des poumons isolés	65
<i>Prof. agrégé M. I. Marmorstein</i> — Sur la dilatation expérimentale du coeur chez le chien	78
<i>S. P. Zakrividoroga</i> — Valeur biologique de la tyroxine synthétique et quelques données relatives à l'action de celle-ci sur l'organisme animal	90

La vie scientifique

<i>T. Meyerson</i> — Le IV Congrès thérapeutique d'Ukraine	93
<i>T. Meyerson</i> — Conférence sur la déficience de la circulation	99

Analyses

Chronique

Оригінальні статті

Засл. проф. М. Ф. Білоусов — Шкіра і м'язовий апарат	5
С. Г. Генес, Є. А. Ліпкінд і Р. М. Ізаболінська — Про коливання і взаємовідношення деяких складових частин жовчі і крові в жовчнофістульних собак. (Повідомлення четверте)	13
С. Г. Генес, Є. А. Ліпкінд і Р. М. Ізаболінська — Про коливання і взаємовідношення деяких складових частин жовчі і крові в жовчнофістульних собак. (Повідомлення п'яте)	33
П. І. Березанцев — До питання про дію речовин групи дигіталісу на судини ізольованих легенів	55
Доц. М. І. Марморштейн — До питання експериментальної дилатації серця (в собаки)	67
С. П. Закривидорога — Біологічна оцінка синтетичного тироксину і деякі дані про його вплив на організм тварин	79

Наукове життя

Т. Меєрзон — IV український з'їзд терапевтів	93
Т. Меєрзон — Конференція в справі недостатності кровообігу	99

Реферати

Хроніка



ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ТА ПРИРОДОЗНАВЧЕ ВИДАВНИЦТВО

Періодсектор — Київ, Рейтерська вул., № 22

ПРОДОВЖУЄТЬСЯ ПРИЙОМ ПЕРЕДПЛАТИ на друге півріччя 1937 року

НАЗВА ЖУРНАЛУ	Періодичність	М о в а	Передплатна ціна						Ціна окремого номера	
			На 3 м.		На 6 м.		На 12 міс.			
Радянський фельдшер	6	укр.	—	—	3	—	6	—	1	—
Радянська медицина	12	"	9	—	18	—	36	—	3	—
Профілакт. медицина	12	"	7	50	15	—	30	—	2	50
Фарм. журнал	4	"	—	—	6	—	12	—	3	—
Шлях до здоров'я	12	"	2	25	4	50	9	—	—	75
Експериментальна медицина	12	"	10	50	21	—	42	—	3	50
Врачебное дело	12	рос., част. укр.	6	—	12	—	24	—	2	—
Ортопедия и травматология	6	рос.	—	—	13	50	27	—	4	50
Советская психоневрология	12	"	12	—	24	—	48	—	4	—
Журнал горловых, ушных и носовых болезней . .	6	"	—	—	15	—	30	—	5	—
Питання онкології	4	укр.	—	—	10	—	20	—	5	—
Охорона материнства та дитинства	6	"	—	—	7	50	15	—	2	50

ПЕРЕДПЛАТУ ПРИЙМАЮТЬ: 1. Періодсектор Держмедвидава (Київ, Рейтерська, № 22).

2. Всі філії та уповноважені „Союзпечати“, всі поштові філії та листоноші.

Від редакції

Журнал „Експериментальна медицина“ вміщує статті наукових працівників інститутів та лабораторій, що належать до системи УІЕМ'у, а також дає широку змогу науковим товариствам, інститутам, лабораторіям та окремим науковим працівникам СРСР друкувати в журналі свої праці.

Редакція журналу просить усіх авторів, що надсилають свої праці, пильнувати таких правил:

1. Обсяг статті має не перевищувати половини авторського аркуша, тобто приблизно 10—12 стор. на машинці

2. До статті треба додати автореферат російською мовою обсягом приблизно 3—4 стор. на машинці, зазначивши, якою із іноземних мов автор бажає вмістити реферат.

3. Статтю треба друкувати на машинці через два інтервали на одній стороні аркуша. Прізвища авторів треба подавати в оригінальній транскрипції.

4. Наприкінці статті можна подати список літератури. Іншомовну літературу слід теж надрукувати на машинці або принаймні чітко написати від руки.

5. До статті треба обов'язково додати поштову адресу автора, а також повністю ім'я, по батькові й прізвище.

6. Журнал вміщує лише статті, ніде не надруковані.

7. Адреса редакції: Харків, вул. Карла Лібкнехта, № 1, Український інститут експериментальної медицини (УІЕМ).
