

Отчеты о научных совещаниях врачей гор. Вологды.

Научное совещание врачей гор. Вологды 9 сентября 1921 г.

§ 1.

Председательствующий д-р Григори сообщает об объединении научных совещаний врачей Губларва и Рижского госпиталя и предлагает принять следующей регламент:

1. Докладчику для доклада, или доклада с демонстрацией, предоставляется не более 45 мин.
2. На демонстрацию не более 15 минут и столько же на заключительное слово докладчика.
3. Участникам прений предоставляется для первого выступления не более 5 минут, для второго не более 3-х минут.
4. Более двух раз в прениях по одному и тому же докладу никто выступать не может.
5. После заключительного слова докладчика никому более слова предоставлено быть не может.
6. Слово предоставляется желающим высказаться председателем совещания, который открывает и закрывает заседание научного совещания, ведет таковое согласно регламента и резюмирует прения.

§ 2.

Д-р Штаркер читает доклад „К казуистике спорадического кретинизма с демонстрацией большого“.

Коснувшись вопроса о влиянии желез с внутренней секрецией, в частности щитовидной железы на душевную жизнь человека, докладчик перешел к вопросу о зобности, спорадическом и эндемическом кретинизме и патогенезе этих болезней. История болезни демонстрируемого больного в кратких чертах следующая: К. А. зырянин, 40 лет уроженец Устьысольского уезда Северодвинской г. деревни Слобода. После ушиба на 10 году жизни (больного сбросили с полаты) появился зоб. 4 года тому назад удалена в Устьысольске правая половина зоба. Настоящее состояние больного: длина тела равна 145 смт. Череп окружностью 59 смт., брахицефалический; прогнатизм, особенно резко заметный на рентгеновском снимке; диспропорция в строении костного скелета—чрезмерно коротки нижние конечности, широкие кости с короткими пальцами, напоминающие лапу крота. Характерная микседематозная отечность на лице и туловище. Коллоидный зоб на левой половине шеи, окружность которой равна 49 смт. Кожа очень сухая, местами заметно отрубевидное шелушение. Ногти ломкие. Волосы редкие, растительность на лице и под мышками ничтожная. Явления умеренной симпатикотонии, отсутствие реакции на пилокарпин и апролин. Со стороны нервной системы по временам судороги в икрожных мышцах, вялость кожных рефлексов, понижение электро-чувствительности и электропроводности, гиподальзия, понижение олуха. Со стороны психики—значительная интеллектуальная отсталость и душевная тупость. Не ориентирован во времени и пространстве. Вял, неуклюж и апатичен. Умест считать до 15-ти. Опрятен. Исследование крови обнаружило отрицательную реакцию Вассермана. Гемоглобина 60%, эритроцитов 5360000, лейкоцитов 2000, лимфоцитов 31%, полинуклеарных нейтрофилов 55%. Резко выраженное эозинофилия (7%).

В заключение докладчик указал на клинические особенности случая и на трудности дифференциации спорадического кретинизма от детской микседемы—разница заметна в более резком нарушении психических функций и в увеличении щитовидной железы. Кратковременное лечение тиреоидином принесло незначительную пользу.

Д-р Стрелов говорит, что зобность, кроме отмеченных докладчиком мест наблюдается также около Иркутска. У демонстрируемого больного он нашел увеличение 4-й миндалины.

Д-р Левенталь отмечает наличие зобных около Галича и интересуется характером зоба у данного больного.

Д-р Григори спрашивает о проценте эозинофилии, исследовалась ли щитовидная железа, как она ведет обычно увеличенной при увеличении 4-ой миндалины, а также интересуется тем, что может дать в данном случае операция, и есть ли у больного только кретинизм, или мы имеем здесь и микседему.

Отвечая на заданные вопросы, докладчик полагает, что операциями можно улучшить дистироз, зоб он относит к коллоидным. Он допускает возможность увеличения щитовидной железы, что действительно при увеличении 4-ой миндалины бывает, и как-бы указывает на некоторую связь этих желез.

§ 3.

Д-р Полубояринов читает доклад о „Верльгофовой болезни“, демонстрируя двух больных и для параллелизма одного больного с цингой.

Ознакомив собрание с существующей классификацией форм геморрагического диатеза, теориями происхождения данной болезни, клиническим течением различных форм, патолого-анатомическими и гистологическими данными исследования, а также с дифференциальной диагностикой этой формы болезни от других подобных, докладчик остановился на трех случаях наблюдаемых им. Первый начавшийся картиной *reliosis rheumatica* дал в дальнейшем геморрагический нефрит, второй—наблюдаемый в госпитале с летальным исходом и аутопсией и третий—демонстрируемый им аудитории. Когда первый и второй протекали подостро, один при легких, а второй тяжелых явлениях, третий относится к тяжелой форме и дал видимо повторную картину болезни, так как такие же явления наблюдались у больной полтора, два года назад.

Первый случай не дает никаких указаний на неправильность питания и антигигиеничность жилища, второй имел и то и другое, в третьем достаточный по количеству питательной массы стол состоял летом в колонии из солонины, селедки, и воблы.

Д-ра Кубышкин, Алексеев, Рутштейн и Лилев делаются своими наблюдениями случаев Верльгофовой болезни, причем последний допускает возможность связи между появлением цинги и Верльгофовой болезни.

Д-р Алексеева, наблюдавшая первую больную, считает, что в данном случае болезнь можно трактовать, как геморрагический нефрит.

Д-р Черкасов спрашивает была ли исследована кровь у больных ибс возможно, что мы имеем дело с лейкоемией.

Д-р Пирошков полагает, что питание воблой и солониной не может считаться хорошим, а потому не понимает заявления докладчика о том, что он при таких условиях стол считает удовлетворительным.

Докладчик заявляет, что исследование крови по причинам технического характера произведено не было, а потому смешать с лейкоемией и псевдолейкоемией в данном случае конечно возможно. Второй случай патолого-анатомически подтверждает диагноз.

В первом случае предполагать Верльгофову болезнь позволяет наличие точечной сыпи на ногах, появившейся раньше кровавой мочи и сравнительно невысокая температура, которая при геморрагическом нефрите была бы вероятно значительно выше. Питание в санатории удовлетворительным он называет со слов больной, которая удовлетворительно понимает в смысле объемности.

§ 4.

Д-р Григорий демонстрирует больную, раненую 30го мая с. г. пулей из Нагана. Входное отверстие в правой лобно-теменной области у срединной линии у начала роста волос, выходное на три пальца ниже угла нижней челюсти справа. Бессознательное состояние сейчас-же после ранения, пульс частый, малый до 130—140 ударов в минуту, кровотечение из уха справа и из правой половины носа. Через два дня сознание начинает проясняться, появляется жужжащий шум справа на шее, усиливающийся при систоле.

При операции *Debridement* входного отверстия. При обнажении на шее сосудистого пучка оказалось: а. *carot. com.* цела, целы *art. carot. ext.* и *int.* у места деления; при прижатии а. *carot. com.* а также а. *carot. int.* шум пропадает, при прижатии а. *carot. ext.* шум остается. Перевязка а. *carot. int.* У больной в настоящее время наблюдается слабо выраженный парез периферический справа: лицевого, глазо-двигательного, блуждающего и чувств. ветви тройничного нерва. Чувствует себя больная удовлетворительно. Интерес этого случая в редкости столь благоприятного исхода вертикального ранения черепа, в комбинации парезов нервов глазо-двигательного и лицевого, из которых один опускает, другой поднимает верхнее веко и в тяжелых явлениях после ранения; бессознательное состояние, малый и частый пульс давали *prognosis pessima*; по дальнейшему течению нужно предполагать, что частый и малый пульс должен быть отнесен не на счет паралича п. *vagi*, а на счет может быть раздражения симпатической нервной системы, заложенной в стенке поврежденного крупного артериального ствола, повреждение косто обнаружилось через два дня после ранения.

Содокладчик В. А. Штаркер, исследовавший нервную систему больной нашел периферическое поражение тройничного, лицевого и блуждающего нервов. Глазо-двигательный нерв восстановился до нормы. Содокладчик остановился на клинических особенностях данного случая, в котором ранены антагонистически действующие нервы (лицевой, иннервирующий замыкатель глаза и глазо-двигательный, иннервирующий мышцу, поднимающую веко). Понутно коснулся учения профессора Мора о так называемых комбиназах и их роли в клиническом течении болезней.

Председатель Григорий.

Секретарь Полубояринов

Научное Совецание врачей Володы 23 сентября 1921 года.

§.

Д-р Нейман. Об эхиниококке костей.

Указав на редкость страдания и изложив литературу вопроса, докладчик перешел к описанию своего случая, касающегося 36 летн. педагога. Болезнь началась лет десять тому назад с боли и припухлости в правом коленном суставе, которая стала постепенно распространяться по голени. В августе 1921 года пациент стер ногу; образовался нарыв, из которого вылилась кашцеобразная масса, содержащая немного светлой жидкости и большое количество осумковавшихся пузырей, похожих на зерна саго и содержащих сколексы.

Докладчик обращает внимание на трудность диагностирования ранних случаев болезни. По его мнению, метод Гедни-Крейцер, аналогичный реакции Вассермана, в этом отношении может приобрести большое значение. Не лишено значения исследование крови на эозинофилию и пунктата пузырей на присутствие холестеарина.

Д-р Полубояринов приводит статистику Алексинского, по которой на 1950 случ. эхиниококке 37 случ. приходилось на колленные суставы.

Д-р Прибытков указывает, что узурь кости без новообразования могли дать некоторую опору для диагноза.

Докладчик: диагноз можно поставить путем исключения; облегчить распознавание может серодиагностика.

Председатель указал на значение серодиагностики и кристаллов холестеарина и на казуистический интерес случая.

§ 2.

Д-р Полубояринов продемонстрировал больную о геморрагическую сыпь.

§ 3.

Д-р Прибытков. Гипс или вытяжение.

Гипс и вытяжение являются основными методами лечения переломов. Докладчик является сторонником гипса в руках практического врача, ибо, если следовать законам природы, дающей в первые же часы после перелома спайку между отломками, при небольшом смещении, то надо признать, что неподвижная повязка наиболее целесообразна в деле лечения и ухода за больными. Преимущество вытяжения в возможности физиологического положения, но не специалисту трудно разобраться в лучшем способе вытяжения (двойн. наклонная плоскость, индивидуализация груза определение угла, под которым производится вытяжение).

Д-р Левенталь сторонник вытяжения, ибо гипсовая повязка, однажды наложенная, не даст возможности судить о правильном стоянии отломков.

Д-р Черкасов: отсутствие гипса в гражданских больницах лишает возможности применять этот ценный метод, которому он отдает предпочтение перед вытяжением. Следует считаться с активным состоянием больного. Он применяет в начале небольшие тяжести.

Докладчик является сторонником вытяжения при переломах большой давности. Груз должен действовать при вытяжении на нижний отломок.

Председатель отмечает, что в умелых руках, оба метода ценны. Улучшение вытяжением происходит. В клинике *Bardenheuer'a* применяются большие грузы до двух пудов. Сторонником гипса в России является проф. Турнер, а вытяжения—Д-р Вегенер в Харькове. Необходима индивидуализация, при Дюпюитреновских переломах необходим гипс, при переломах верхней трети бедра нельзя обычно обойтись без вытяжения.

§ 4.

Д-р Кубышкин. К вопросу о лечении дизентерии.

В то время, как обычно лечат дизентерию вяжущими и наркотическими средствами, а также строгой диетой, докладчик лечит эту болезнь слабительными средними солями и обильно кормит больных. Дизентерию следует лечить, по мнению докладчика, как всякую заразную болезнь, имеющую кризис на 3—5 день, или 10—14 в средних случаях. Местное лечение докладчик проводит обычное. Не следует давать внутрь вяжущих, наркотических и дезинфицирующих средств.

Д-ра Радкевич и Нейман отмечают, что метод лечения дизентерии средними солями не нов.

Д-р Полубояринов указывает на целесообразность применения клизм, ибо организм теряет много жидкости, и на применение ипскакуанна.

Д-р Черкасов советует прибавлять к средним солям белладонну.

Докладчик считает применение средних солей общезвестным; новым является то, что он кормит больных вволю. Ипскакуанна дается при амёбной форме.

Председатель указывает, что в случаях докладчика больные все время получают средние соли, в то время, как при обычном способе лечения, слабительные дается лишь в первые дни болезни.

Председатель Григорий.

Секретарь Штаркер.

Научное Совецание врачей Володы 7 октября 1921 года.

§ 1.

Полубояриновым оглашается протокол заседания 9 сентября.

§ 2.

К. Н. Михайлов читает доклад „К вопросу о новообразованиях почек преимущественно типа гипернефром“.

После доклада демонстрирует макро и микро-скопические препараты опухолей, упомянутых в докладе.

Полубояринов. Прслежен ли больной после операции? Почему метастазы в костной системе? Григорий. Была ли гематурия? Производилось ли исследование крови?

Михайлов—Гематурии не было. Исследование крови производилось. Григорий. Опыт мой касается 3-х случаев. В одном случае была резкая эозинофилия. Больной погиб и на вскрытии обнаружено много метастазов в костной системе, 2-й случай из клиники Федорова, оказавшийся неоперабельным с обширными метастазами в брыжейке. В 3-м случае также

сказались метастазы в костной системе. В заключение он признает значение доклада по количеству случаев, по прекрасным препаратам и по освещению вопроса с точки зрения гистогенеза.

§ 2.

Содман сообщает о Mykosis fungicides и показывает большую. Заболевание это многими рассматривается как саркоматоз кожи, в течение его различают 3 стадии: эритематозной, гипертрофической, распадение узлов. Нередко узлы в коже рассасываются. У пред'явленной больной можно в настоящее время проследить все 3 стадии. Она больна 4 года. У нея были узлы на предплечьях и на бедре, которые исчезли. Лечение состояло из ин'екции арсенобензола.

Кубышкин. Почему не проводилось длительное лечение мышьяком; он проводит лечение каксидиловокислым Na, ин'екциями до 5 раз в день.

Мокровский. Неясна картина заболевания. С одной стороны рассматривается она как саркоматоз кожи, с другой стороны говорится об исчезновении узлов. Раз саркома, то она по своей сущности должна бы не исчезать, а прогрессировать.

Грегори. Было ли произведено исследование селезенки и крови? У больных с подобным заболеванием находили метастазы в селезенке.

Содман. Несоднократное влияние арсенобензола не дало заметного результата, а это применение мышьяка гораздо энергичнее каксидиловокислого натра. Исследование селезенки уклонения не обнаружило. Исследования крови не было.

§ 3.

Фалин делает внеочередное заявление по поводу того, что 13 октября наступает сто лет со дня рождения Рудольфа Вирхова. Он предлагает отметить этот день торжественным заседанием, осведомить о наступлении юбилея центр и приветствовать германский врачебный мир.

Предложение для разработки передается в бюро врачебной секции.

§ 4.

Горталов делает сообщение о заболевании круглой язвой желудка с пред'явлением препарата от умершего, вследствие разрушения крупной артерии. Докладчик подчеркивает все возрастающее количество заболеваний круглой язвой за последние годы и объясняет это большим участием в этом заболевании нервной системы, расшатанной благодаря переживаниям за годы войны и революции.

Пирошков указывает на противоречие в докладе, с одной стороны отмечающем учащение заболевания в крестьянской массе, с другой приписывающем в происхождении заболевания значительную роль нервной системе.

Полубояринов соглашается с докладчиком о значении нервной системы.

Кадииков. Указывает на значение лечения нервной системы и признает хирургическое лечение не всегда достигающим цели.

Ржевская указывает на недостаточную разработку сообщаемого случая в диагностическом отношении.

Горталов возражает Пирошкову указывая, что деревне за последние годы приходится нервничать пожалуй больше города что заболевают в настоящее время, в противоположность с прежним чаще мужчины чем женщины. Травматическая этиология не встречает подтверждения в том, что деревня питается в настоящее время не хуже чем раньше, а заболевает язвой чаще, чем город, питающийся в настоящее время хуже деревни.

Грегори сообщает, что несколько месяцев назад он присутствовал на заседании в Петрограде Хир. Общества, где Греков сообщил о заболевании аппендицитом и круглой язвой. Мнение большинства на том заседании склонялось к большой роли нервной системы в развитии язвы. Следующий доклад укажет на значении ваготонии в развитии язвы и диагностике язвы. Нередко кислотность бывает понижена. Лечение атропином, большими дозами. В (10,0на прием) оказывает иногда магическое действие. Необходимо комбинированное лечение; важно исследование химизма желудочного сока после операции.

§ 5.

В. А. Штаркер. О ваго и симпатикотонии.

Указав на заслуги английских врачей Ланглея и Гаскеля в деле изучения вегетативной нервной системы, докладчик изложил анатомио-физиологические и гистологические особенности автономной и симпатической нервной системы и перешел к учению Erppinger'a и Nessa о т. н. ваго—симпатикотонии. Докладчик производил исследование над девятью стационарными больными, из коих пятеро с разнообразными нервными заболеваниями, а четверо с клиническим диагнозом язвы желудка. Докладчик впрыскивал по одному грамму однопроцентного раствора пилокарпина и 1:1000 раствора адреналина и атропина. До и после впрыскивания измерялось кровяное давление отмечался пульс и дыхание и изучались секреторные функции. Докладчик нашел в четырех случаях язвы желудка ваготонию и наблюдал диссоциацию в действии атропина и пилокарпина. В других случаях он находил комбинацию умеренно выраженной ваго и симпатикотонии. Эти явления, частично отступающие от учения Erppinger'a и Nesa, докладчик объясняет разницей в степени возбудимости и истощаемости ствольных отрезков вегетативной нервной системы. Не делая пока широких обобщающих выводов, докладчик видит в новом учении обогащение методов клинического исследования и терапии, а в некоторых случаях язвы желудка—проявление ваготонической конституции.

Орлов указывает, что в опытах пилокарпин применялся в дозе в 10 раз более сильной, чем атропин. Хорошее действие атропина на ваготоников объясняет результат лечения язв по способу Плетнева.

Штаркер. Доза пилокарпина давалась соответственно требованиям фармакопеи т. е. в 10 раз сильнее атропина.

§ 6.

Рождественский делает сообщение: актиномикоз шей. Демонстрирует больного, высказывается за комбинированное лечение иодистым калием и операцией.

Грегори указывает на редкость заболевания, сообщает о своих трех случаях актиномикоза и высказывает пожелание видеть больного после лечения.

Председатель Грегори.

Секретарь Мокровский.

Заседание 25 ноября 1920 года.

Доктора Рождественский и Цветков демонстрируют двух больных актиномикозом, леченных иодистым калием с хорошим результатом.

Доктор В. А. Штаркер. О двигательной и оптической афазии с демонстрацией больных.

В вступлении докладчик изложил современное учение об афазии. Остановившись подробнее на двигательной афазии и указав на спорные пункты в учении об афазии Брока, в частности на учение Piette Marie, докладчик перешел к оптической афазии и иллюстрировал обе формы демонстрацией двух больных с лясом в анамнезе и с положительной реакцией Wassermann'a. В одном случае афазия Брока появилась три, в случае оптической афазии последняя появилась четыре года спустя после первичного склероза. В первом случае специфическое лечение дало лишь ничтожные результаты; в случае оптической афазии результаты получились вполне удовлетворительные. Случаи эти подтверждают положение Fourgnie, что афазия в молодом возрасте при отсутствии явлений со стороны сердца и почек заставляет подозревать сифилис мозга.

Докладчик находит, что случаи двигательной афазии: встречаются иногда клинически в чистом виде, и что классическое учение об афазии Брока еще нельзя считать пока опровергнутым.

Доктор В. В. Лебедев. Отчет о ходе эпидемических заболеваний за ноябрь месяц.

Ноябрь 1921 года для Вологды по развитию остро-заразных заболеваний, в частности так называемых "ашивых тифов" является одним из тяжелых.

Среднее ежедневное поступление остро-заразных больных в госпитала за ноябрь выражается цифрой 9. Для сравнения приведу цифры предидущих месяцев, октябрь 6, сентябрь 3.

По отдельным формам остро-заразных заболеваний госпитализированные распределяются так:

	А. 1921 г.			Б. 1920 г.			1919 г.				
	Ноябр.	Октябр.	Сентяб.	Декабр.	Ноябр.	Октябр.	Сентяб.	Декабр.	Ноябр.	Октябр.	Сентяб.
1. Сыпной тиф	109	48	12	59	43	31	13	367	294	171	41
2. Всезратный тиф	134	74	40	17	10	4	—	26	98	172	81
3. Брюшной тиф	10	22	11	23	19	68	20	4	15	49	21
4. Оспа натуральн.	—	3	8	11	18	5	2	17	6	8	8
5. Дизентерия	4	14	—	—	7	10	14	—	—	4	51
6. Скарлатина	6	18	16	20	40	13	22	7	6	17	10
7. Дифтерия	4	2	—	10	7	12	6	6	5	4	3
8. Рожа	15	14	5	18	16	22	9	16	6	10	7
Всего	282	195	192	158	160	170	86	442	430	435	222
Средн. ежедневн.	9	6	3	5	5,5	5,6	2,5	14,5	14	14	7

Председатель Грегори.

Секретарь Штаркер.

Заседание 9-ю декабря 1921 г.

Д-р П. П. Мокровский. Болезнь Банти и хирургическое лечение ее.

Болезнь Банти постепенно утрачивает значение нозологической единицы вследствие неопределенности своей этиологии, неясности клинической картины и отсутствия специфичности патолого-анатомических изменений. Однако она сыграла крупную роль в выяснении патологии селезенки.

Видимо, ее следует отнести к группе заболеваний крови, вызывающих в селезенке явления эритрофагии с последующим поражением продуктами этой эритрофагии печени.

Современные работы подтверждают крупную роль селезенки, вообще в появлении циррозов печени. Селезенка, как очаг этой вредной для организма эритрофагии, может быть с большой пользой для всего организма удалена.

Докладчик сообщает 8 случаев удаления селезенки при симптомокомплексе именуемом болезнью Банти. Все случаи оперировались в Вологодской Губернской больнице.

Смертный исход последовал в 3-х случаях. Благоприятный результат операции прослежен в одном случае в течении 2½ лет после операции. Сообщаются патолого-анатомические данные удаленных селезенки и данные исследования крови до и после удаления селезенки.

Д-р Полубояринов задает вопрос о состоянии кожных покровов при этой болезни.

Д-р Грегори интересуется вопросом, чем вызвано кровотечение во втором случае.

Д-р Штаркер спрашивает докладчика, почему спленэктомия целесообразна при болезни Банти, в то время как при хронической малярии и при так наз. anaemia splenica она не применяется.

Д-р Левенталь задает вопрос о том, наблюдались ли в случаях докладчика явления эритрофагии.

Докладчик дал ответы на заданные вопросы и указал, что и при хронической малярии вылушение селезенки также показано и применяется.

Д-р А. Н. Орлов. К вопросу о застарелых выворотах матки и хирургическом их лечении.

Застарелые вывороты матки принадлежат к числу редчайших заболеваний женской половой сферы. Наблюдения докладчика касаются трех случаев полного выворота матки в зависимости от наличия подслизистых фибрином; из них два случая уже описаны Е. Н. Смирновой в Юбил. сборн., посвящ. д-ру С. Ф. Горталову. В третьем случае опухоль фибриномы, растущей из дна вывернутой матки, превосходит размерами величину головы взрослого человека; болезнь длилась 17 лет. Во всех трех случаях—полное излечение после оперативного удаления матки с опухолью. Возраст больных 49, 50 и 47 лет. Механизм выворота, по мнению докладчика, следующий: предрасполагающим моментом является атония мышечной стенки матки, пренимущественно в области ее дна, в зависимости от локализации растущей здесь опухоли или же от прикрепления здесь детского места; в послеродовых случаях выворот является последствием приложения неприсущей для родового акта силы или же извращения обычных родовых сил; в случаях онкогенетических причиной является вес и раздражение опухоли в связи с повышением брюшного пресса. Оперативное лечение (Операция Küstner Piccoli) наиболее целесообразна при застарелых выворотах матки.

Д-р Черкасов приводит один случай выворота матки, который он наблюдал в Вологде.

На дне матки был полип. Он вскрыл задний свод и, сделав насадки на задней стенке, вправил матку, удалив предварительно опухоль.

Д-р Мокровский указывает на сравнения которые могут произойти при подобном положении.

Д-р Королев спрашивает докладчика о неполных выворотах матки, бывающих после родов.

Докладчик дает ответы на заданные вопросы и указывает, что острые неполные вывороты вправляются легко и часто сами по себе.

Председатель указал на редкость и интерес случаев докладчика.

Д-р А. Н. Алаев. К казуистике патолого-анатомических изменений кишечника при дизентерии.

Изменения эти распространяются на весь желудочно-кишечный тракт. Докладчик приводит 20 наблюдений.

Д-р Михайлов.—О круглой язве желудка.

Докладчик продемонстрировал 28 патолого-анатомических препаратов круглой язвы желудка.

Председатель указал на интерес множественных язв, на злободневность вопроса и на характерную особенность локализации язв в области привратника и малой кривизны желудка.

Председатель *Грегори.*

Секретарь *Штаркер.*