

# 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 аэропин. Со стороны нервной системы по временам судороги в икроножных мышцах, вялость кожных рефлексов, понижение электро-чувствительности и электропроводности, гипоталемия, 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 peliosis 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 Лилеев делятся своими наблюдениями случаев Верльгофовой болезни, причем последний допускает возможность связи между появлением цинги и Верльгофовой болезнью.

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 кровявой 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. сагоf. com. цела, целы art. сагоf. ext. и int. у места деления; при прижатии а. сагоf. com. а также а. сагоf. int шум пропадает, при прижатии а. сагоf. ext. шум остается. Перевязка а. сагоf. 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 Собрание 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 кашецеобразная 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 с геморрагической сыпью.

## § 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. Удаление 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 ипекакуаны.

Д-р Черкасов советует прибавлять к средним солям белладонну.

Докладчик считает применение средних солей общезвестным; новым является то, что он кормит больных вволю. Ипекакуана 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 Собрание 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 "ашиных тифов" является одним из тяжелых.

Среднее ежедневное поступление остро-заразных больных в госпитала за ноябрь выражается цифрой 9. Для сравнения приведу цифры предыдущих 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. Всевратный 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-го 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, преимущественно 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.*