

III сесія неврохірургічної ради при Централь- ному неврохірургічному інституті.

(Ленінград, 2—5 січня 1937 р.).

С. Ю. Мінкін.

Сесія була присвячена 40-річчю наукової, лікувальної, громадської і педагогічної роботи заслуженого діяча науки проф. А. Л. Поленова. Приїхало 87 делегатів з 28 міст.

2 січня на вечірньому засіданні представники Наркомздор'я СРСР, Ленінградського обласного, Ленінградського відділу охорони здоров'я, різних науково-дослідних і навчальних закладів, клінік, кафедр хірургії, неврохірургії і невропатології союзних республік (Української, РРФСР, Білоруської, Грузинської та ін.), а також різні громадські і культурно-освітні організації вітали ювіляра.

Ділова частина з'їзду почалась 3 січня доповіддю проф. Поленова про підсумки 15-річної роботи неврохірургічного відділу Ленінградського неврохірургічного інституту. За цей час операцій на головному мозку зроблено 380, видужало 22%, а 20% померло; на спинному мозку — 264, видужало 22%, померло 10%; на периферичній нервовій системі — 442 операції. А всього було зроблено 1086 операцій.

Операції на головному мозку (380) робилося з приводу: 1) епілепсій — 102 операції, результати: нема випадків (1—8 років) — 11 випадків, поліпшень — 15, смерті — 6 випадків; 2) пухлин (156) — гемісфер — 75 випадків (21% смертей) і задньої черепної ямки 68 випадків (32% смертей), гіпофізу — 2 випадки; 3) травми (132 випадки). З 264 операції на спинному мозку у 33 випадках відзначено пухлини, 25 сирингомієлії, 14 спастичних кривоший, 10 *spina bifida*, 31 передня хордотомія, 16 арахноїдитів.

Питання про хірургію периферичної симпатичної і соматичної нервової системи висвітлив заслужений діяч науки проф. Шевкуненко, який подав підсумки 28 робіт про топографію нервової системи. Доповідач встановлює два типи побудови нервових стовбурів — розсіпний і магістральний, що має значення при операціях на периферичних нервах. Далі, він вказує на безпосередні зв'язки між руховими і чутливими волокнами (*facialis + sympathicus*) і на різні розподіли симпатичних стовбурів перед переходом волокон у периферичні нервові стовбури. Доповідь проілюстровано прекрасно виконаними рисунками і препаратами.

Добичін спинив увагу на розподілі нервів у стегновій артерії, при чому вказав на те, що найбільша кількість їх в субінгвінальній ділянці, де і рекомендує робити операцію Леріша.

Молотков на великому матеріалі показав, що проведення чутливості на кінцівках поширюється переважно через п. *cutaneus antibrachii lateralis* для верхньої кінцівки, а на нозі через п. *obturatorius* і п. *cutaneus femoris later.* Вивчаючи вплив перерізання різних периферичних стовбурів при *endarteriitis obliterans* в 242 випадках, автор відзначив такі результати: перерізання шкірних нервів дало 52% видужань, перерізання шкірних і больових — 42,5%, тільки больових — 82%.

Геселевіч показав, що неврома своєю гістологічною структурою і патофізіологічними реакціями надзвичайно складний утвір. Для успішного видалення треба користуватися найгострішим інструментом і ні в якому разі не витягати нерва з його ложа.

Про симпатичну нервову систему робили доповіді Орбелі, Гесе, Геймановіч, Чібукмахер і Южелевський.

Орбелі висловив відомий з його попередніх праць погляд, що симпатична нервова система несе трофічні імпульси на периферію.

Гесе показав, що вирізання різних ділянок симпатичної нервової системи призводить до певних почасти стійких, а почасти скороминущих змін. Приміром, синдром Горнера спостерігається при перерізання шийного *truncus sympathicus*, при гангліектомії, періартеріальній симпатектомії підключичної і сонних судин. Але перерізання стовбура п. *sympathicus* нижче не дає Горнерівського комплексу. При цьому цей синдром є стійким і появляється безпосередньо після операції, але може розвинути і пізніше. Щодо потепління обличчя при вирізанні шийного відділу симпатикуса, то це швидко минає.

Геймановіч і Чібукмахер виклали клінічні і топографічні дослідження з приводу анастомозів нервів синусу каротикуса з деякими нервами голови (*trigeminus*), подразнення яких може спричинити явища ангіоневралгії.

Южелевський подав ряд спостережень над зміною потовиділення хворих після різних симпатектомій.

Тема другого дня сесії була *хірургія спинного мозку*.

Павлонський подав спостереження над 12 хворими з арахноїдитом спинного мозку. В матеріалі автора переважали випадки адгезивної форми. Цим пояснюється те, що оперативні втручання в його випадках дали малоефективний результат—тільки в 4 випадках відзначено деяке поліпшення.

Лазарев подав клінічну характеристику цього захворювання, відзначивши основні моменти диференціально-діагностичного значення у формі ремітуючого перебігу процесу, дисоціації між руховим ураженням і чутливим, підвищеною кількістю білків у лікворі і типової картини при ліпідолографії.

Шефер подав матеріал клініки проф. Емдіна (21 випадок). Автор поділяє анатомічно псевдотумори спинного мозку так: чисті арахноїди (кісти і спайки)—6 випадків; перипахіменінгіти (процес в клітковині)—5 випадків; менінгомеліти (спайки від арахноїдальної оболонки до самого мозку)—10 випадків.

Результат оперативного втручання такий: 6 стійких поліпшень, 3 поліпшення незначні, 10 без змін, 2 випадки смерті. Кращі результати дають арахноїди.

Раздольський мав 24 хворі з арахноїдами, з яких в 5 випадках відзначено кістозну і в 19 випадках адгезивну форму. З 17 оперованих хворих в 7 випадках були гарні результати, а в 2 випадках позитивний ефект спостерігався від введення повітря у спинномозковий канал.

Чиковані з 13 випадків хірургічного лікування арахноїдитів вказує, що в 3 відзначено повне видужання, в 5—поліпшення і 2 смерті.

Мінкін повідомив про 14 випадків сирингомелії, лікованих хірургічно, висвітливши при цьому сучасний стан терапії цього захворювання на основі своєї роботи і літературного матеріалу. Він дійшов висновку, що хворі з сирингомелією мають бути відряжені насамперед до рентгенівських закладів. Для хірургічної терапії залишаються випадки з блокадою спинного мозку, з широкими трофічними ураженнями і болями. В його матеріалі троє хворих дістали стійке видужання на протязі 1—5 років. У 4 випадках операція дала задовільний ефект.

Васкін подав спостереження над оперативними лікуваннями 25 хворих на сирингомелію. Поліпшення чутливості в 9 хворих з 14 спостерігалось протягом довгого часу. Поліпшення руху відзначено в 3 випадках з 14.

Бабін подав свій матеріал результатів радикотомій при різних формах кривоший (матеріал охоплює 14 випадків): спастична кривошия—8 випадків, хореоатетоз—2, атетоз дубль—2, торсійна спазма—1, міоклонія—1.

Автор робив передню і задню радикотомію від C_1 до C_3 , іноді приєднуючи до них перерізання корінців додаткового нерва і передню хордотомію.

Машанський зробив доповідь про лікування паркінсонізму передньою хордотомією, до якої він приєднує перерізання Монаківського пучка. Усього він спостерігав

31 хворого. З них паркінсоніків було 22 випадки і хореоатетоз — 9 випадків. У трьох випадках паркінсоніків удалось зняти гіперкінез.

Раздольський на 104 верифікованих пухлин спинного мозку спостерігав в 9 випадках розширення вен спинного мозку. За його даними спостерігається 3 види розширення — проста, варикозна, сіткоподібна пухлини.

Гаркаві зробив доповідь на тему про доопераційну діагностику екстремедулярних пухлин. Він має в своєму розпорядженні матеріал у 8 випадків, з яких в 5 випадках спостерігались гемангіобластоми, які характеризуються повним блоком при ліпідолографії. З клінічних даних болючість остистих паростків є патогномонічна для екстремедулярних пухлин.

Вендеровіч показав на одному випадку паркінсонізму, що в стріарно-палідарній системі змін не спостерігалось, але substantia nigra значно порушилась.

Доповідями про *хірургію головного мозку* закінчилося вечірнє засідання 4 січня. Тут було подано ряд гістологічних повідомлень, клінічно-морфологічних, експериментальних і клінічних спостережень.

Геккель подав свій матеріал неврогенних пухлин. Він висловив незадоволеність класифікацією Бейлі і Кушінга.

У дискусіях ряд промовців висловили побажання поставити на широке критичне обмірковування при неврохірургічній раді питання про класифікацію пухлин і дати нову класифікацію на наступній сесії ради (Васілев, Пінес, Емдін, Гаркаві, Рапопорт, Могильницький).

Скобло має в своєму розпорядженні 37 випадків менінгіом. Зіставляючи клінічну картину хвороби з морфологією менінгіом, він накреслює шляхи доопераційного визначення характеру менінгіом, від якого має залежати об'єм хірургічного втручання.

Теріан подав 70 випадків менінгіом. Він виділяє клінічну характеристику різних локалізацій менінгіом і вказує на те, що до вирізання їх треба підходити індивідуально; все ж загальна смертність від них дуже велика (13%).

Корейша повідомив про дальше спостереження над серцевосудинною системою при втручаннях на мозкові.

5 січня — останній день засідання. На цьому засіданні вислухано доповіді про *хірургічне лікування невралгії трійчастого нерва*, доповіді про *псевдопухлини головного мозку і доступ до задньої черепної ямки*.

Шраєр вивчає топоанатомічні відношення. Гассерова вузла і корінців до вмісту черепа і черепної коробки, вказує на різну топографію вузла і корінців залежно від конституціональних особливостей черепа.

Єгоров і Волков відзначили 25 випадків хірургічного лікування трійчастого нерва за Адсоном. Вони вказують на доконечну потребу в деяких випадках перерізання як чутливого, так і рухового кінця. Вони виступають проти алкоголізації нерва, що само по собі може спричинити алкогольний неврит.

Южелевський і Гольдштейн зробили доповідь про 47 артеріографій мозку переважно при його пухлинах. Вони вважають, що цей метод небезпечний, але може допомогти в деяких випадках орієнтуватися в топці пухлини.

Бабіцький наполягав на доконечній потребі ранньої енцефалографії, яка часто вказує на локалізацію пухлини тоді, коли нервові симптоми ще недостатні.

Ковальов підносить питання про доцільність реперажу, при чому він вводить 2 — 10 куб. см повітря люмбально. На 20 випадків пухлин гемісфер тільки в 1 випадку повітря не пройшло в шлуночки.

Проф. Полєнов наприкінці зробив підсумки роботи сесії, висловивши загальну думку про зацікавленість членів з'їзду доповідями, які були старанно добрані для даної сесії з великої кількості надісланих заявок з усіх кінців Союзу.

Під загальні бурхливі оплески надіслано привітання товаришам Сталіну, Молотову, Ворошилову, Камінському із запевненням, що всі працівники в новій спеціальності неврохірургії віддадуть всі свої знання, силу і енергію на користь нашої славної і героїчної батьківщини.

Bamann, E. u. Feichter, Ch. — Die Konfigurations-Spezifität einer „komponierten“ Esterase (zur Frage nach dem natürlichen Aufbau und der künstlichen Synthese der Enzyme). X Mitt. Über asymmetrische Esterhydrolyse durch Enzyme. Biochem. Z. 1936, 288, 1-2.

Конфігураційна специфічність „компонованої“ естерази (до питання про природну будову і штучний синтез ензиму). Десяте повідомлення. Про асиметричний ензимний гідроліз ефірів

Автори гадають, що для „синтезованої“ естерази (Kraut und Pantschenko-Jurevicz) має значення не тільки характеристика специфічності її субстрату, а й оптичної специфічності. Печінкова естераза свині і панкреатична ліпаза відмінні тим, що при впливі на певні рацемічні ефіри обидва ферменти згодом розщеплюють протилежні компоненти рацемату. Проте, „синтезована“ за Краутом печінкова естераза не дає, як показали експерименти авторів, оптичної специфічності „натуральної“ печінкової естерази. Звідси автори роблять висновок: якщо пристати на гіпотезу Краута про дисоціацію симплексу на активну групу — агон і носія (ферон), то має значення не тільки їх сполучення в симплексі, а й спосіб скріплення активної групи з колоїдним носієм — „одна і та сама каталітично активна група залежно від свого положення на одному і тому самому колоїдному носії виявляє різне поле впливу“. Попередні дослідження авторів (див. повідомлення VII) вказують на те, що колоїдний носій у вузькому розумінні слова своєю чергою сполучається з білковими або іншими високомолекулярними речовинами, накладання або віддисоціювання певних речовин призводить до зміни ферментативного комплексу, яка позначається на зміні властивостей (наприклад, на специфічності ензиму).

В експериментах над синтезом печінкового ензиму автори змогли підтвердити експериментальні дані роботи Kraut'a і Pantschenko-Jurevicz.

Bamann, E. u. Feichter, Ch. — Autokatalytischer Anstieg der Umsatzgeschwindigkeit bei der Esterspaltung durch Pankreaslipase und seine Ursache. VII Mitt. Zur Kinetik der Esterhydrolyse durch Enzyme. Biochem. Z. 1936, 288, 5-6, 295 — 299.

Автокаталітичне підвищення швидкості розщеплення простих ефірів панкреатичною ліпазою і його причини. Повідомлення VII. До кінетики ензимного розщеплення ефірів.

При зберіганні розчинів панкреатичної ліпази (гліцеринові і амоніакові витяжки) перед зменшенням їх активності буває наростання її. При цьому має значення температура зберігання розчинів і ступінь розведення. Принципіально цікаве питання про те, чи пов'язане це явище автокаталізу, яке було простежено авторами щодо розщеплення простих ефірів, із змінами субстрату або чи залежить воно від самого ензиму. За даними авторів підвищення активності (до 100% і більше) не пов'язане із зміною концентрації субстрату або утворенням продуктів розпаду; прискорення гідролізу, таким чином, залежить від процесів в самій ферментативній системі. Ще не розв'язано, чи при цьому виникають нові носії (Trägersubstanzen), які призводять до

утворення ензимного симплексу з виявленою „естеразною“ специфічністю, чи ж явища активування слід тлумачити як відсунення білкоподібних гальмуючих речовин. В усякому разі активність панкреатичної ліпази щодо простих ефірів може зростати не тільки шляхом штучного „синтезу“ естерази при додаванні ферону печінки, як це гадали Kraut, H. und Pantschenko - Jurevicz, але й сама по собі. Чи поширюється це явище автокаталітичного підвищення активності й на інші субстрати — трибутирін, оливкову олію? — Досі автори провели тільки орієнтовні експерименти з трибутирином і виявили, що з цим субстратом приріст активності значно менший або його не буває.

Laszt, L. und Verzar, F. — Nebennierenrinde und Fettresorption. Biochemische Z. 1936. 283, 5-6, 351 — 355.

Кора надниркових залоз і всмоктування жиру.

Двобічна екстирпація надниркових залоз в щурів супроводиться майже цілковитим припиненням всмоктування жиру з кишок на третій-четвертий день після операції. Ін'єкція 2 куб. см еукортону (гормон кори надниркових залоз) одночасно з навантаженням жиром (3 куб. см оливкової олії) відновлює всмоктування жиру в тварин, позбавлених надниркових залоз. В нормальних щурів ін'єкція еукортону не підвищує всмоктування жиру з кишок порівняно з контрольними щурами. Зважаючи на те, що за даними попередніх досліджень авторів флавінофосфатна кислота (вітамін B₂) може замішати гормон кори надниркових залоз, автори дослідили вплив флавінофосфатної кислоти на всмоктування жиру в щурів, позбавлених кори надниркових залоз. Введення флавінофосфатної кислоти у вигляді препарату Karger з печінки або концентрату дріжджів давало зовсім аналогічний з еукортоном вплив і відновлювало всмоктування жиру в тварин, позбавлених надниркових залоз.

Verzar, F. und Laszt, L. — Nebennierenrinde und Fettwanderung. Biochemische Z. 1936, 288, 5-6, 356 — 358.

Кора надниркових залоз і міграція жиру.

Не тільки всмоктування, а й мобілізація жиру перебуває під впливом кори надниркових залоз. У щурів після двобічної екстирпації надниркових залоз припиняється міграція жиру з жирових депо в печінку при отруєнні фосфором. Якщо щурам, позбавленим надниркових залоз, одночасно з введенням фосфору ін'єкувати під шкіру еукортон, то в них розвивається жирова печінка з кількістю жиру до 8,18% (в контрольних тварин в середньому 3,74%). Введення замість еукортону флавінофосфатної кислоти (з печінки або у вигляді концентрату дріжджів) показало, що й тут, як при дослідженні всмоктування жиру, флавінофосфатна кислота впливає аналогічно з гормоном кори надниркових залоз. Введення еукортону нормальним щурам не дає міграції жиру з депо в печінку.

Widenbauer, F. und Saretz, S. — Untersuchungen über die antitoxische Wirkung von Vitamin C auf Diphtherietoxin am Menschen. Klin. Woch. 1936, 32, 1131 — 1132.

Дослідження антитоксичного впливу вітаміну С на дифтерійний токсин в людини.

В експериментах на тваринах різні автори встановили інактивуючий вплив аскорбінової кислоти на дифтерійний токсин. У цьому дослідженні автори намагались перевирити ці результати на людях. У досліджуваних з позитивною реакцією Шіка легко удалось показати інактивування дифтерійного токсину аскорбіновою кислотою *in vitro*: сумішка 50 мг редоксону (препарат аскорбінової кислоти фабрики Hoffmann-La Roche) + 0,2 куб. см розчину дифтерійного токсину після 15-хвилинного стояння в термостаті при 37° не давала позитивної реакції в досліджуваного з різко позитивним випадінням проби Шіка. При цьому реакція середовища, як це показали додаткові експерименти при лужній реакції, не має істотного значення. В експериментах *in vivo* після тривалого перорального введення аскорбінової кислоти авторам не удалось здо-

бути переходу позитивної реакції Шіка в негативну. Вони гадають, що вплив вітаміну С на дифтерійний токсин ґрунтується не на руйнуванні токсину, а на утворенні неотрутної комплексної сполуки токсин — аскорбінова кислота, яка може розпадатися на свої компоненти. Експерименти *in vivo* слід розцінювати так, що при пероральному введенні вітаміну С концентрація аскорбінової кислоти в шкірі, мабуть, недостатня для утворення неотрутного комплексу з дифтерійним токсином при пробі Шіка. Тільки в органах і тканинах, багатих на вітамін С (надниркові залози), може знешкоджуватись токсин утворенням комплексної сполуки з аскорбіновою кислотою.

Agren, G. a. Lagerlöf, H. — The pancreatic secretion in Man after Intravenous Administration of secretin. Acta med. Scand. 1936, 90, I—III, 1—29.

Панкреатична секреція в людини після інтравенозного введення секретину.

Завдання цього дослідження — опрацювати з допомогою секретину тест для вивчення панкреатичної секреції аналогічно гістаміновому тесту при вивченні шлункової секреції. Дослідження проведено на здорових людях з секретином, спосіб здобуття якого ще не опубліковано. Цей секретин у 10—20 разів менше очищений, ніж кристалічний секретин, здобутий 1934 року Hommarsten'ом і Aagren, вводилося інтравенозно у вигляді водного розчину (після двохвилинного кип'ятіння) у дозах 0,1—0,5 мг на кілограм ваги досліджуваного (три кошаці одиниці). Дуоденальний вміст і шлунковий сік збиралося окремими фракціями кожні 10—20 хвилин з допомогою спеціально сконструйованого подвійного шлунково-дуоденального зонда. Ін'єкції секретину як однократні, так і повторні (19 експериментів на 13 досліджуваних), добре переносились і ні разу не спричиняли будьяких ускладнень. У здорових після ін'єкції секретину спостерігається швидке закономірне підвищення кривої секреції панкреатичного соку, яке доходить свого максимуму протягом 10—20 хвилин з досить повільним зниженням цієї кривої. Паралельно з кількістю соку, але трохи повільніш зростає концентрація в ньому бікарбонатів і збільшується кількість ферментів (діастаза, трипсин). На думку авторів кількість ферментів збільшується від вимивання і новоутворення в підшлунковій залозі під впливом секретину діастази і трипсину. Індивідуальні варіації в кількості панкреатичного соку, концентрації бікарбонатів і ферментів у відповідь на введення секретину відносно невеличкі. За даними авторів секретин в людини дає також великий жовчогінний ефект, підвищуючи вплив з жовчного міхура.

Agren, G., Lagerlöf, H. a. Berglund, H. — The secretin test of pancreatic function in the diagnosis of pancreatic disease. Acta med. Scand. 1936, 90, I—III, 224—271.

Секретиновий тест в діагностиці захворювань підшлункової залози.

Цю роботу проведено на патологічному матеріалі (6 випадків гострого панкреатиту і рака підшлункової залози, 11 випадків хронічного панкреатиту, 5 випадків *achylia gastrica* і 4 випадки цукрового діабету). Секретин вводиться в тих самих дозах, що і в попередньому дослідженні; фракційне дослідження шлункового соку і дуоденального вмісту провадилось протягом 80 хвилин після введення секретину (6 порцій). Поруч з секретиновим тестом автори провадили дослідження ферментів крові і сечі (ліпаза і діастаза). Один з відхилів від нормального типу панкреатичної секреції після секретину полягає в ізольованому зменшенні діастази. Ця дисоціація ферментів (кількість трипсину і бікарбонатів майже не змінена), позначувана авторами як тип *A*, частіше трапляється при гострому панкреатиті і може мати оборотний характер. Другий відхил від нормального, тип *B*, полягає у цілковитому недисоційованому зниженні функціональної діяльності підшлункової залози: зменшення трипсину і діастази, зменшення кількості виділеного соку (не завжди). При цьому найменш порушується концентрація бікарбонатів. Це порушення характеризує зменшення

маси панкреатичної залози. При *achylia gastrica* панкреатична секреція звичайно на рівні нижньої межі норми. Автори гадають, що нормальний секретиновий тест одночасно з нормальним рівнем ліпази і діастази крові дає змогу з більшою імовірністю виключити захворювання підшлункової залози. Мабуть, секретин може бути застосований і для лікування (дренаж). Автори успішно застосували секретин у двох випадках гострого панкреатиту.

Deichmann-Grübler, W. u. Meyers, V. — Über die Diastasetherapie in der Behandlung des Diabetes mellitus. Biochem. Z., 1936, 288: 149 — 154.

Про діастазотерапію цукрового діабету.

Інтравенозне введення такадіастази кроликам і морським свинкам не впливає на рівень цукру крові в цих тварин, інтраперитонеальне введення спричиняє виявлену гіперглікемію. В експериментах на здорових людях одночасне введення декстрози і різних препаратів діастази супроводилось виявленим гіпоглікемічним ефектом, особливо при перкутанному введенні (втиранні в шкіру) 600 мг такадіастази. Аналогічні результати здобуто при втиранні в шкіру 100 — 150 мг такадіастази діабетикам з рівнем цукру крові не більше 160 мг% (натще), не лікованих інсуліном. При цьому цукор в сечі знизився з 1,21% до ледве помітних слідів (протягом 3 годин). У діабетиків, лікованих інсуліном, гіперглікемія була без змін, проте в більшості випадків відзначено зниження цукру в сечі. Автори не могли відзначити відповідності між активністю ензиму і його цукрознижувальним впливом. Тоді як серед перевірених авторами препаратів найбільшу активність мала діастаза солоду, потім (в низхідній послідовності) такадіастаза, панкреатин і препарати Оттенштейна „В“, „Н“ і „На“, найбільше зниження цукру крові давала такадіастаза, потім препарат „Н“ (Оттенштейна), панкреатин і найменше — діастаза солоду. На підставі цього автори вважають за сумнівне, щоб гіпоглікемічний ефект давав сам ензим, і гадають, що зниження цукру крові, можливо, зумовлене домішкою до ферменту якоїсь гіпоглікемічної субстанції.

Takata, M. u. Dohmoto, M. Über eine neue Methode zur Bestimmung der „Flockungszahl“ des Blutserums. I. Mitteilung: Über die methodische Darstellung und die für den Reaktionsverlauf massgeblichen physikalisch-chemischen Faktoren. Tohoku Journ. exp. Med. 1936, 28, 522 — 537.

Про один новий метод визначення „числа флокуляції“ кров'яної сироватки. Повідомлення перше. Про методику і фізико-хімічні фактори, які мають значення для перебігу реакції.

На основі сублімат-фуксин-реакції Таката автори опрацювали новий метод визначення так званого „числа флокуляції“, що дає змогу виражати ступінь лабільності, гесп. стабільності колоїдів крові в точних цифрах.

З допомогою методу „непрямої титрації“ автори визначають ту кількість реактиву Таката (розчин сублімат-фуксону), яка потрібна для появи перших пластівців (флокуляції), які не зникають в алкалізованій і розведеній (1:10) сироватці. Число флокуляції дорівнює кількості витраченого при титруванні реактиву, помножене на 100. Визначення треба робити при одній і тій самій температурі (20°C), бо при підвищенні температури число флокуляції зростає, а при зниженні — зменшується. Інактивування сироватки ($1\frac{1}{2}$ години при 56°) не впливає на результат реакції. Після споживання їжі число флокуляції також залишається без змін. Гемоліз і тривале зберігання сироватки роблять її непридатною для дослідження. У жінок спостерігаються періодичні закономірні коливання числа флокуляції у зв'язку з менструальним циклом; у здорових чоловіків число флокуляції відрізняється значною сталістю. На підставі 400 досліджень у здорових автори вважають, що в нормі (у чоловіків) число флокуляції дорівнює 57 — 64.

Метод відрізняється значною простотою і тотожністю, його легко застосувати в усякій клінічній лабораторії при незначній витраті часу (10 — 15 хвилин), він не вимагає спеціальної апаратури.

Lustig, B. u. Wachtel, H. — Therapeutische Versuche mit Vitamin A beim Krebs. Z. Krebsforschung, 1936, 44, 53 — 58.

Терапевтичне застосування вітаміну А при раку.

В експериментах на тваринах додавання вітаміну А до щепного матеріалу Ерліхівського кишочного рака уповільнює розвиток пухлини або її появу. Ці спостереження підтвердив Е. Сімон в експериментах з додаванням водної суспензії вітаміну А до клітин кишкової епітеліоми або до безклітинного фільтрату саркоми Rous. Аналогічний, проте слабкіший вплив каротину. У мишей затримка росту пухлини при додаванні вітаміну А спостерігається тільки при еритемомах; на розвиток кишочного саркоми вітамін А не впливає. Виходячи з цих даних, автори випробували терапевтичний вплив вітаміну А на карциноматозних хворих. Експерименти проведено тільки у випадках гістологічно підтвердженої епітеліоми. Автори користувались препаратом Vogan (Merck з вітаміном А — 40000 біологічних одиниць в 1 куб. см). При додаванні до препарату колоїдальної міді (Electrokuprol) удається уникнути коливань у впливі препарату. Автори застосовували Vogan або місцево у формі на шкірних аплікацій або під шкіру. Місцево ліковано насамперед поверхневі карциноматозні виразки (шкірні епітеліоми і рак грудної залози), при чому ліковано тільки частину вкритої виразками поверхні, а решта пухлини залишила за контроль. У більшості випадків уже після перших аплікацій наставало значне поліпшення, яке завжди обмежувалося тільки тими частинами, які були під впливом вітаміну А. Ні разу не спостерігався віддалений вплив на метастази пухлини. Цілковитого вилікування все ж удавалось добитися тільки при наступному лікуванні радієм. Особливо сприятливий ефект дає вітамін А у випадках торпідних виразок після проведеної радіотерапії. У цих випадках удається спричинити рубцювання цих виразок, які не піддаються терапії. При підшкірному застосуванні сумішки з Vogan'у і Electrokuprol'ю вводилась авторами в руку або голінку, щоб по змозі виключити вплив вітаміну А на супутну інфекцію; автори лікували Vogan'ом переважно випадки епітеліом, не вкритих виразками, і тут здебільшого відзначено сприятливий вплив вітаміну А на перебіг хвороби: зменшення пухлини, болів, поліпшення загального стану. Карциноми грудної залози завбільшки з яблуко (рецидиви після операції) цілком зникли під впливом терапії Vogan'ом. Підшкірне застосування вітаміну А не повинно, проте, перевищувати певної дози (явища гіпервітамінозу). Межу толерантності становить 100000 — 120000 біологічних одиниць, які треба вводити так: один раз 40000 біологічних одиниць і 3-4 рази по 20000. Нову серію ін'єкцій можна зробити тільки через 5-6 тижнів. Разючу відмінність щодо вітаміну А дають паренхіматозні і залозисті ракові пухлини; в деяких випадках паренхіматозна пухлина після ін'єкцій вітаміну А ставала щораз менша, тоді як уражені раком лімфатичні залози збільшувались. Це явище, на думку авторів, пов'язується з пошкодженням специфічної паренхіми лімфатичних залоз (ретикулоендотелій) при гіпервітамінозі. Туберкульозні зміни при терапії вітаміном А не тільки не поліпшуються, а дають виразне погіршення, яке триває місяцями. Автори рекомендують застосовувати терапію вітаміном А в зазначених випадках рака і як додаток до інших форм терапії.

Böss, K. — Blutmengebestimmung am Sektionstisch und ihre Ergebnisse, Virchow's Arch. Path. Anat. 1936, 297, 305 — 336.

Визначення кількості крові на секційному столі і його результати.

Протягом 5 років автор систематично робив визначення кількості крові при розтинах (за методом Rössle). Усього він зробив 1500 досліджень. Кількість крові в трупа (LBM — Leichenblutmenge) падає таким самим коливанням, як кількість циркуляційної крові за життя. З віком LBM наростає, але з досягненням зрілості залишається приблизно однакова незалежно від статі (в нормі приблизно 5,8 куб. см на кілограм ваги). При гіпертрофії серця відзначається збільшення LBM. Пізні захворювання і причина смерті значно впливають на LBM. В померлих від серцевої декомпенсації спостерігається збільшення LBM, при периферичній недостатності (колапс) — зменшення. Автор виявляв (в середньому) при клапанних вадах 15,2, при зморщеній нирці — 15,5,

при коронарному склерозі — 14,0, при емфіземі легенів — 13,9 LBM на кілограм ваги; навпаки, при перитоніті тільки 4,1 при сепсисі — 4,3, при малярії — 3,5 LBM. При хронічних кровотечах LBM дає ще нижчі показники (2,7 LBM на кілограм ваги). При первинних захворюваннях кровотворного апарату і при тяжких вторинних анеміях маємо нормальну або злегка знижену кількість крові за винятком анемії при Аддісоновій хворобі і геморагічного діатезу (різке зменшення LBM). Гіпертонії без недостатності нирок дали більше підвищення LBM, ніж гіпертонії при вторинно зморщеній нирці. Серед клапанних вад особливо велике збільшення LBM дали мітральні вадн. Надзвичайно велике збільшення LBM і загальне переповнення організму кров'ю при тяжкій хронічній недостатності кровообігу виправдовує припущення про наявність при цих станах плевори в розумінні збільшення загальної кількості крові.

Farber, S. Actions de l'acétylcholine, de la carbaminoyl- β -Méthylocholine et de l'atropine sur la rate. Compt. rend. Soc. Biol. 1936. 121. 1589 — 1591.

Вплив ацетилхоліну, карбамінол- β -метилхоліну і атропіну на селезінку.

Завдання цієї праці — з'ясувати, чи спричиняє ацетилхолін скорочення селезінки при безпосередньому впливі на м'язи і капсулу, або ж посередньо через нерви селезінки. Судини селезінки собаки *B* цілком відокремлювались і сполучались з судинами собаки *A* при збереженні нервових зв'язків з собакою *B*. Штучний кровообіг селезінки здійснювався з допомогою анастомозу з Рауг-канюлями між загальною сонною артерією і селезінковою артерією (селезінковою веною і v. jugularis). Після ін'єкції в селезінкову артерію собаки *B* 0,05 мг ацетилхоліну селезінка собаки *B*, яка постачає кров собаці *A*, значно скорочується. Аналогічне явище спостерігається при введенні в селезінкову артерію собаки *B* 0,05 мг карбамінол- β -метилхоліну. Після короточасного скорочення селезінки настає триваліша фаза розширення селезінки. Отже, вплив ацетилхоліну неврогенний. Він спостерігається в собаки *B* також після перерізання шийного відділу спинного мозку. Спричинений ацетилхоліном нейрогенний сплено-констрикторний вплив не пригнічується атропіном.

Banks, H. S. Intravenous or intraperitoneal antitoxin treatment combined with short isolation period in scarlet fever. Lancet, 1936, Nr. 5897, 559 — 564.

Внутрішньовенне або інтраперитонеальне лікування шкарлатини антитоксиком з вкороченим періодом ізоляції.

На матеріалі великої інфекційної лікарні в Лондоні автор провів порівняльні спостереження над перебігом шкарлатини при інтравенозному введенні антитоксичної стрептококової сироватки (2428 випадків), при інтраперитонеальному (192 випадки), інтрамускулярному (282 випадки) і в контрольній групі, не лікованих сироваткою (1419 випадків). Перебіг шкарлатини, навіть септичних випадків, після однократного інтравенозного введення антитоксину відрізняється значним поліпшенням усіх симптомів і зниженням числа ускладнень та смертних випадків. Найкращі результати дає введення антитоксичної сироватки в перші 2-3 дні (не пізніш третього дня хвороби). Доза (10 куб. см дітям, 10—20 куб. см дорослим) в 97% випадків вводилась однократно. Протягом перших 6—12 годин після введення антитоксину відзначається зникнення ангіни, найближчих 24—36 годин зникає висипка. З 2-3 дня для хворих уже не призначали спеціальної дієти, а з 5—7 дня дозволялось сходити з постелі. Лушення в більшості випадків не було або обмежувалось клініками пальців. Порівняно з контрольною групою, не лікованою антитоксичною сироваткою, число отитів скоротилось до $\frac{1}{3}$, а нефритів до $\frac{1}{7}$. Лімфаденіти спостерігались в меншому проценті випадків (3,5%), ніж в контрольній групі (5,7%), проте все ж дали відносно невеличке зниження. Час госпіталізації в лікованих інтравенозним введенням антитоксину скоротився в середньому до 18,2 днів, а в лікованих антитоксиком інтраперитонеально до 21,2, тоді як в контрольній групі і в групі, лікованій введенням антитоксину інтраму-

скулярно, середній період госпіталізації становить 33,9 дні. Інтеркурентні інфекції спостерігались серед лікованих введенням антитоксичної сироватки значно рідше, ніж в контрольній групі, що, на думку автора, пов'язане з скороченням строку перебування дітей в лікарні і з наявністю в сироватці (щодо дифтерії) невеличких кількостей дифтерійного антитоксину. Інтрамускулярне введення сироватки виявилось малоефективним, навпаки, інтраперитонеальне введення антитоксину дає такий самий ефект, як і внутрішньовенне. При додержанні потрібної обережності інтраперитонеальне введення антитоксичної сироватки цілком безпечно і його можна застосувати в будь-якому віці.

Altenburger, E. Über Beziehungen der Ascorbinsäure zum Glykogenhaushalt der Leber. Klin. Woch. 32, 1129 — 1131.

Провідношення аскорбінової кислоти до глікогену печінки.

Аскорбінова кислота в здорових спричиняє зниження цукру крові. Автор дослідив вплив вітаміну С (аскорбінова кислота) на вуглеводний обмін в експериментах на тваринах. У скорбутичних морських свинок кількість глікогену в печінці різко зменшується, при введенні аскорбінової кислоти спостерігається швидке збільшення глікогену. Введення виноградного цукру при скорбуті не спричиняє збільшення глікогену, одночасне введення цебіону (препарат аскорбінової кислоти) і глюкози супроводиться значним відкладом в печінці глікогену. У контрольних тварин при одночасному введенні виноградного цукру і вітаміну С також відзначено більший відклад глікогену в печінці, ніж при введенні самої глюкози. Вітамін С гальмує розпад глікогену в печінці, спричинений тироксином. При цьому інсуліноподібний ефект, мабуть, зумовлений не якиминбудь особливими властивостями аскорбінової кислоти, а її каталітичним оксидоредуктивним впливом.

Lequime, J. et Denolin, H. — Modifications du débit cardiaque au cours de la diurèse aqueuse. Compt. rend. Soc. Biol. 1936, 122, 484 — 486.

Зміни хвилинного і систолічного об'єму серця під час водного діурезу.

Досліджувані (здорові студенти) діставали 1 літр рідини. Досліджувано вплив цього навантаження водою на хвилинний і систолічний об'єм серця, артеріально-венозну різницю, споживання кисню і на пульс. Після пиття (через 35 хвилин) відзначено збільшення хвилинного об'єму в середньому на 20%, при цьому частота пульсу зменшувалась, а систолічний об'єм збільшувався в середньому на 35%. Споживання кисню змінювалось незначно. Отже, виключається припущення про підвищену роботу нирок через виділення води. Цими експериментами доведено збільшення роботи серця під впливом випитої води.

Dam, H. and Schondeyer, F. The occurrence and chemical nature of Vitamin K. Biochemic. J. 1936, 30, 897 — 901.

Походження і хімічна природа вітаміну К.

Автори дослідили ряд речовин щодо кількості в них антигеморагічного вітаміну К. Особливо багаті на цей вітамін зелені овочі. В експериментах з ізолюванням вітаміну К з свинячого жиру при змиленні на холоді втрачалось приблизно $\frac{1}{3}$ початкової активності. Змилення при нагріванні зовсім руйнує вітамін К. Хоча фракція жирних кислот сама по собі була інактивна, при додаванні до незмилюваної частини, здобутої при змиленні на холоді, ця фракція, мабуть, активізує вітамін К. Він відрізняється значною термостабільністю. Нагрівання незмилюваної частини при 100° протягом 30 годин не змінює активності, що цілком узгоджується з даними Almquist'a і Stokstad'a. Для екстракції вітаміну К з висушеної люцерни особливо придатний як розчинник — ацетон. Екстракції ефіром давали гарні результати при умові звільнення від воденьгидроксида, що енергійно руйнує вітамін. Автори робили також експерименти із здобуттям вітаміну А з сухої люцерни. Для відокремлення активної частини від недіяльних сумішок можна застосувати метод екстракції цих інактивних речовин 90% метиловим спиртом. При очищенні з допомогою адсорбентів виявилось, що Al_2O_3 так міцно зв'я-

зує вітамін *K*, що його не можна було вилучити сумішкою етилового алкоголю і бензолу. З допомогою адсорбції на CaCO_3 або тростинному цукрі авторам удалось здобути концентрацію вітаміну в 600000 — 1000000 одиниць в 1 г.

Т. Мєєрзон.

Benson, I.—New electrode technik for therapeutic ionisation (iontophoresis). Archives for Physical Therapy, 1936, vol. XVII, 6, 363.

Нова техніка накладування електроду для терапевтичної іонізації (іонтофорезу).

Удосконалена техніка накладування електроду сходить ось до чого. Безпосередньо до поверхні ділянки шкіри, через яку пропускається струм, прикладається панчоха з паперової тканини; передня частина панчохи зрізана так, що вона міцно охоплює дану ділянку; якщо іонізують руку, то замість панчохи беруть рукавичку з білої паперової тканини. Панчохи або рукавичку злегка змочують і обгортають шматком фланелі, добре змоченої розчином медикаменту для іонотерапії. З цієї фланелі медикamentозний розчин переходить на панчохи. На шкіру зверху накладають металеву пластинку, прикріплену до поверхні тіла гумовими бинтами. Перед накладуванням на іншого хворого панчохи або рукавичку стерилізують.

Rondoni, P.—Metabolismo lipoidale nei tumori. Libro de Oro dedicado al Prof. Dr. Angel H. Roffo en ocasion de sus Bodas de Plata con la cancerologia 1910 — 1935, p. 1197.

Ліпоїдний обмін в пухлинах.

У цій статті італійського патофізіолога, вміщеній в ювілейному збірнику інституту експериментальної медицини (ракових захворювань) у Буенос-Айресі, подаються старі і сучасні спостереження про особливу роль ліпоїдного обміну в розвитку і рості злоякісних новотворів, які, на думку автора, дають змогу ближче підійти до питання про суть злоякісних новотворних процесів, ніж вивчення гістологічної картини цих процесів.

Численні спостереження свідчать за антагонізм між різними ліпоїдними фракціями в цьому розумінні, конкретно між лецитином і холестерином. Лецитин, будучи введений парентерально, уповільнює рост пухлини; зворотне спостерігається при такому ж введенні холестерину.

Експерименти автора, який працював з мишами, показали, що згадані фракції ліпоїдів так само впливають на пухлини і при введенні per os. В результаті таких експериментів автор міг добитися зменшення пухлини в мишей, вводячи їм дигітонін, який, як відомо, зв'язує холестерин.

Переходячи до фосфатидів, автор підкреслює значення тієї фракції, яка містить фосфатиди, розчинні в ефірі і осаджувані ацетоном (фракція *а*); ця фракція містилась в нормальних мишей в кількості 7,21 мг на 1 г сухої речовини, а в канцерозних (не беручи до уваги пухлини) в кількості 2,79 мг. Отже, можна констатувати значне зменшення в усьому організмі миші фосфатидів цієї групи при розвитку пухлини.

Закінчуючи виклад своїх експериментів, автор подає результати досліджень інших сучасних авторів в цьому ж питанні, в яких незмінно констатується зменшення в карциноматозному організмі холіну при одночасному збільшенні його в самій пухлині. В першому випадку можливий знижений ліпоїдний обмін, тоді як в другому випадку безперервне підвищення холіну в пухлині, аж до 25 дня після трансплантації в тіло миші, свідчить за широкий ліпоїдоліз в новоутвореній тканині.

Є. Ротман.

По СРСР.

На відзначення роковин смерті акад. І. П. Павлова.

27 лютого минув рік від дня смерті акад. Івана Петровича Павлова. Уся наукова громадськість, широкі маси громадян нашої країни вшанували пам'ять великого радянського вченого, геніального сина своєї батьківщини. Академія наук СРСР, Всесоюзний інститут експериментальної медицини ім. М. Горького і десятки інших наукових установ відзначили річницю урочистими засіданнями і науковими конференціями, присвяченими тим галузям науки, які збагатив своїми працями великий фізіолог.

* * *

27 лютого у великому залі Академії наук СРСР відбулося урочисте засідання, присвячене пам'яті геніального російського фізіолога, скликане Академією наук і Всесоюзним інститутом експериментальної медицини ім. М. Горького. Наряду відкрив яскравою вступною промовою акад. В. Л. Комаров, який змалював могутній образ Івана Петровича — найвидатнішого діяча науки.

Акад. Л. А. Орбелі — наступник І. П. Павлова по керівництву фізіологічними інститутами і лабораторіями — виступив на засіданні з ґрунтовною доповіддю про наукову спадщину акад. І. П. Павлова і про перспективи розвитку фізіологічних інститутів і лабораторій. Наприкінці був продемонстрований фільм „Фізіологія і патологія вищої нервової діяльності“.

* * *

Наприкінці лютого у Москві відбулась нарада біологічної групи Академії наук СРСР, присвячена фізіологічним проблемам. Акад. Г. А. Надсон у вступному слові відзначив основні досягнення радянської фізіології школи Павлова.

З великою доповіддю про проблеми болю виступив директор Фізіологічного інституту ім. Павлова акад. Л. А. Орбелі. Він подав цікаві експериментальні дані, здобуті ним і його співробітниками за останні роки при вивчанні болю. Доповідь акад. Орбелі була доповнена повідомленнями його співробітників.

Акад. А. А. Ухтомський зробив доповідь про сучасний стан школи Н. Е. Введенського, яка працює в галузі нервової і нервово-м'язової фізіології.

В нараді брали участь кілька сот наукових працівників Москви і Ленінграда.

* * *

Наприкінці лютого у Москві відбулась нарада в справі проблем вищої нервової діяльності, скликана Академією наук СРСР і Всесоюзним інститутом експериментальної медицини на відзнаку річниці з дня смерті акад. І. П. Павлова.

* * *

При II Московському медичному інституті створено постійний комітет „Павловської лекції“, яку читатимуть щороку в день смерті акад. Павлова. Першу „Павловську лекцію“ прочитав акад. Л. А. Орбелі.

* * *

„Військово-медична академія ім. С. М. Кірова (Ленінград) провела ряд заходів на відзнаку річниці з дня смерті акад. І. П. Павлова: відбулось урочисте засідання про-

фесорів і викладачів Академії, на якому виступив з доповіддю акад. Орбелі. Науковій творчості акад. І. П. Павлова присвячується черговий випуск „Трудов военно-медицинской академии им. С. М. Кирова“.

* * *

Київське товариство фізіологів, біохеміків і фармакологів відзначило першу річницю з дня смерті великого радянського вченого акад. І. П. Павлова організацією наукового засідання товариства.

* * *

Харківські фізіологи, на відзнаку річниці з дня смерті акад. І. П. Павлова скликали наукову конференцію медичного інституту і Харківської філії Українського товариства фізіологів. З доповіддю про життя і наукову діяльність Павлова виступив його учень—член-кореспондент Академії наук УРСР проф. Фольбогт. Ряд фізіологів зробили на конференції цікаві наукові доповіді про умовні рефлекси, про процес травлення тощо,

* * *

Наукові працівники Українського інституту експериментальної медицини в Палаці культури робітників заводу ім. Комінтерну та на інших підприємствах Харкова читали лекції про життя і вчення акад. Павлова. В самому інституті було проведено ряд наукових доповідей з демонстрацією експериментів акад. Павлова на тваринах.

* * *

У лабораторії Ленінградської філії Всесоюзного інституту експериментальної медицини, де протягом довгих років проходила діяльність великого російського вченого І. П. Павлова, зберігся його кабінет. Усе в ньому нагадує про останні дні роботи Івана Петровича. Цей кабінет увійде до складу майбутнього музею акад. Павлова.

У сусідніх з кабінетом приміщеннях зібрано матеріали для майбутнього музею. Впадає в око посмертна маска і зліпки з кистей рук, зроблені заслуженим діячем мистецтва проф. Манізером. У шафі під склом зберігається муляж мозку геніального вченого. На полицях розкладені різні документи, серед яких численні записи акад. Павлова про спостереження над експериментальними собаками. Тут же у вітринах десятки почесних дипломів, одержаних акад. Павловим від російських та іноземних інститутів і університетів, рукописи, листи, фотографії, які належать до різних періодів життя Івана Петровича.

Напередодні роковин смерті акад. І. П. Павлова тут відбулася звітна сесія Ленінградської філії Всесоюзного інституту експериментальної медицини. У своїх доповідях фізіологи висвітлили провідні проблеми, поставлені в ленінградських лабораторіях і клініках інституту за рік, який минув після смерті І. П. Павлова.

* * *

У січні 1937 року в Московському інституті мозку закінчена складна робота над підготуванням мозку І. П. Павлова для мікроскопічного дослідження. Протягом року, що минув з дня смерті І. П. Павлова, мозок спеціально оброблено, після чого його розкладено на серію зрізів. Інститут уже взявся до вивчення клітинної структури кори мозку. Тепер досліджуються лобова, тім'яна і вискова ділянки мозку. До того, як мозок був перетворений на серію тонких зрізів, потрібних для мікроскопічного дослідження, від був сфотографований в багатьох напрямках. Крім того, зроблено зліпки, які точно передають і зберігають загальний вигляд, форму, розміри і забарвлення мозку, а також рисунок його борозен та закруток. Один екземпляр зліпка і один комплект фотознімків передано інститутом до музею фізіологічної лабораторії ім. акад. І. П. Павлова в Ленінграді.

* * *

На засіданні Президії Ради національностей СРСР, яке відбулося 11 лютого під головуванням тов. Г. І. Петровського, обмірковано питання про підготування національних медичних кадрів і про стан охорони здоров'я в національних республіках.

Доповіді і повідомлення представників місць і центральних організацій, які обслідували стан охорони здоров'я в ряді національних республік, змальовують майже загальну для всіх картину.

До Жовтневої революції ніякої боротьби за охорону здоров'я „інородницького“ населення в Росії не було. Царські „учені“ розвивали навіть своєрідні расистські „теорії“ про те, що організм „інородців“ схильний до захворювань на туберкульоз, трахоми тощо. Жовтнева революція і всі наступні роки показали всю абсурдність подібних „теорій“. В результаті розгорненої оздоровчої роботи в Чуваській АРСР захворюваність населення на трахоми знизилась з 50% в 1928 р. до 14% в 1936 р.; в 2,5 рази скоротилась захворюваність на малярію. Цього удалось досягти завдяки широкій сітці лікувальних закладів.

А втім в постановці охорони здоров'я в національних республіках, як було констатовано на засіданні, є ще великі дефекти: не виконуються плани будівництва, не стає медичних кадрів тощо.

У повідомленнях з місць відзначалась, між іншим, дуже слабка робота секцій рад, які працюють над охороною здоров'я. В питанні про підготування медичних національних кадрів президія вислухала спеціальні доповіді. Про це питання говорив і нарком охорони здоров'я СРСР тов. Г. Н. Камінський.

Після тривалих дискусій, в яких брали участь т. т. Петровський, Хацкевіч, Шапошнікова, Гуревіч та ін., президія обрала комісію, якій доручила опрацювати конкретні заходи для відсунення відзначених дефектів у цій справі.

* * *

Програма фінансування соціально-культурних закладів в УРСР на 1937 рік становить 3851672 тис. крб. Приріст асигнувань на соціально-культурні видатки становить 725,8 млн. крб. На заходи освіти асигнується 2564758 тис. крб., на заходи охорони здоров'я—1227481 тис. крб., на заходи соціального забезпечення 48233 тис. крб.

Ці цифри відбивають велетенське зростання культурного будівництва Радянської України. 128 тис. дітей будуть утримуватися в дитячих садках Наркомосвіти; в початковій, неповній середній і середній школах навчатимуться 5,5 млн. учнів; 90 тис. дітей будуть утримуватися в дитячих будинках Наркомосвіти і Наркомздоров'я; понад 1800 клубів при МТС, районних і сільських клубів будуть утримуватися по бюджету культури 1937 р., також будуть утримуватися по бюджету 1937 року 800 бібліотек, в тому числі 200 дитячих, 80 театрів, 70 нових кінотеатрів на селі. За державним і місцевими бюджетами будуть фінансуватися 100 тис. ліжок в лікарнях, в тому числі 15 тис. ліжок нового приросту 1937 р. На бюджеті 1937 р. будуть утримуватися близько 3 тис. когоспних родильних будинків, в тому числі 865 нових будинків, що відкриваються 1937 р. Сітка ясельних ліжок становитиме 115 тис., при чому тільки приріст 1937 р.—30 тис. ліжок. 185 тис. студентів навчатимуться у вишах і технікумах. (З доповіді наркомфіна УРСР тов. О. О. Рекіса на IV сесії ЦВК УРСР XIII скликання).

* * *

Після опублікування декрету про заборону абортів по всій країні дуже збільшилась народжуваність. У Москві, наприклад, за даними органів охорони здоров'я 1935 р. було 75 тис. родів, а поточного року очікується до 150 тис. Зараз уже всі існуючі родильні будинки працюють з великим перевантаженням.

Щоб поліпшити родопоміч, Наркомздоров'я СРСР і Московська рада вживають екстренних заходів. Поруч з форсуванням будівництва нових родильних будинків найближчими днями у Москві наявні 2800 родильних ліжок доповняться ще 1650 ліжками.

У лютому відбулось засідання поліклінічної й лікарняної ради народних комісаріатів охорони здоров'я СРСР і РРФСР, присвячене питанням організації додаткової сітки родильних ліжок на периферії. У містах РРФСР передбачається розгорнути додатково приблизно 12 тис. родильних ліжок. Для організації цієї сітки у краї та област виїхали уповноважені Наркомздоров'я.

* * *

1936 року на Україні народилось 895138 немовлят,—на 130 тис., або на 16,9% більше, ніж 1935 року. Найбільше зростання народжуваності дають області: Дніпропетровська—31,5%, Харківська—27,8% і Чернігівська—26,1%. Народжуваність у містах України зросла проти попереднього року на 21,2%, а на селі—на 15,4%. Це спростовує твердження буржуазних статистиків, ніби народжуваність завжди більша на селі, ніж у місті.

1936 року на Україні зареєстровано 316293 шлюби проти 283379 за попередній рік. Число шлюбів за рік зросло на 11,6%. Найвище зростання дають Дніпропетровщина—35,1% і Донецька область—30%.

Розлук торік на Україні було на 18 тис. менше, ніж 1935 р. Видання закону про заборону абортів, підвищення плати за розлуки, збільшення допомоги матерям-породіллям, поширення будівництва дитячих закладів і родильних будинків,—усе це круто зменшило число розлук. За перше півріччя 1936 р. зареєстровано на Україні 43530 розлук, а за друге півріччя—10992 або вчетверо менше.

Природний приріст населення на Україні (різниця між кількістю народжень і кількістю смертних випадків) становить 533633 чол. Природне зростання населення в усіх областях минулого року вище, ніж 1935 року. Найвищі показники дають Дніпропетровська, Чернігівська і Харківська області.

Цікаво, як зросло населення найбільших міст Радянської України. У Києві за 1936 р. народилось 17983 немовлят—на 420 більше, ніж у 1935 р. У Харкові народилось 14967 немовлят—на 3500 більше, ніж 1935 р. У Полтаві, Дніпропетровську, Запоріжжі, Дніпродзержинську, Одесі, Миколаєві, Ворошиловграді, Макіївці, Маріуполі, Сталіні і в десятках інших міст України народжуваність минулого року була на 15—25% вища, ніж 1935 р.

* * *

Президія Харківського облвиконкому в лютому ухвалила постанову про видачу 120 багатодітним матерям державної допомоги на 250 тис. крб. З моменту видання декрету про заборону абортів та подання допомоги багатодітним облвиконком уже видав допомогу 3163 матерям на 6907 тис. крб. Багато родин одержали повторну допомогу в рахунок 1937 р. 158 матерям у зв'язку з цим видано 320 тис. крб.

Багато жінок, які торік одержали допомогу за багатодітністю, народили нових дітей. 52 таким матерям облвиконком виплатив уже цього року 112 тис. крб.

* * *

1937 року значно поліпшується і розширюється медична допомога дітям. Збільшуються асигнування на утримання одного дитячого ліжка в лікарнях з 4 тис. крб. до 5 тис. крб. на рік. Кількість дитячих ліжок значно зростає—усього 1937 р. буде побудовано нових лікарень на 2758 ліжок, з них 1171 ліжко призначається для дітей. У сільських лікарнях утворюються окремі дитячі відділи, чого досі не було.

Збільшується прийом студентів на педіатричні факультети медінститутів. 1936 року з загальної кількості прийнятих до медичних вишів 15% було зараховано на педіатричні факультети, а 1937 р. цей процент збільшується до 22. Наркомздоров'я опрацює ряд заходів для підвищення кваліфікації дитячих лікарів і середнього медперсоналу.

* * *

Поточного року по містах РРФСР закінчиться будівництво 51 нової дитячої лікарні на 3723 ліжка, з них 37 лікарень—для інфекційних хворих. Нові лікарні будуть двоповерхові. При їх устаткуванні береться до уваги всі умови санітарії і гігієни, які включають можливість зараження інфекційними хворобами в самій лікарні. Лікарні матимуть засклені веранди для дітей-реконвалесцентів і кімнати для приймання батьків. Для медичного персоналу, який доглядає дітей, улаштовуються спеціальні перепускники з гарячим душем.

Дитячі лікарні будуть побудовані в Москві (6 корпусів на 525 ліжок), у Ленінграді (3 корпуси на 195 ліжок), а також в Свердловську, Горькому, Сталінську, Маг-

нітогорську, Комсомольську-на-Амурі, в Іркутську, Хабаровську, Сочі, в Анапі, Євпаторії та по інших містах.

* * *

Наприкінці 1936 р. в Києві було 478 родильних ліжок. Тепер їх — 710. Але й ця кількість зовсім недостатня — потрібно не менше 1200 ліжок, щоб задовольнити потребу в родильних ліжках.

У найближчий час в столиці України намічено додатково відкрити 585 родильних ліжок.

* * *

Раднарком СРСР на доповідь голови комітету по вищій школі тов. І. І. Межлаука ухвалив постанову про вчені ступені і звання.

Залежно від кваліфікації в галузі певної наукової дисципліни, за обсягом знань, ступенем самостійності наукової роботи та її значенням, науковим працівникам надаються вчені ступені: кандидата наук, доктора. Залежно від виконуваної науково-педагогічної чи науково-дослідної роботи науковим працівникам надаються вчені звання асистента, доцента і професора — у вишах, молодшого і старшого наукового співробітника — в науково-дослідних закладах.

У постанові Раднаркому детально визначено умови і порядок присудження науковим працівникам учених ступенів і звань.

* * *

Наприкінці січня цього року відбувся IV Всесоюзний з'їзд в справі боротьби з венеричними і шкірними хворобами. Протягом кількох днів понад 1000 дерматологів і венерологів, які з'їхалися до Москви з усіх областей Радянського Союзу, обмірковували питання боротьби з венеричними і шкірними захворюваннями на найближчу п'ятирічку.

На розмові з кореспондентом „Правди“ заслужений діяч науки проф. В. М. Броннер розповів про роботу з'їзду.

— За 7^{1/2} років, які минули з часу III з'їзду венерологів, — сказав проф. Броннер, — на нашій ділянці радянської медицини досягнуто великих успіхів. 1935 року в 49 районних і 34 містах СРСР була проведена за єдиною системою реєстрація всіх венериків, які звернулися до лікувальних закладів. Порівняння здобутих даних з матеріалами за 1913 р. дало такі результати. 1913 р. у містах було зареєстровано на кожні 10 тис. населення 25,67 випадків свіжих форм сифілісу, 1935 р. — 1,8. На селі 1913 р. було зареєстровано 2,66 випадки (на кожні 10 тис. населення), 1935 р. — 0,62.

Дуже цікаві матеріали, здобуті в Москві. 1913 р. тут було зареєстровано 206 випадків сифілісу (на 10 тис. населення), а 1935 р. — 23,2, тобто майже в 10 разів менше.

Різде зниження захворюваності на сифіліс відзначається повсюди. 1925 р. венеролог д-р Аубрехт, який обслідував 1308 дворів одного з районів Воронізької області, виявив 1649 хворих на сифіліс. Через 10 років д-р Аубрехт знову обслідував ці двори і був вражений результатами: хворих на сифіліс там виявилось лише 52.

Зовсім зникає одна з венеричних хвороб — м'який шанкер. За дореволюційних часів в Петербурзі на м'який шанкер щороку захворювало приблизно 15 тис. чол. 1935 р. в Ленінграді було зареєстровано 319 випадків м'якого шанкеру, а 1936 р. — лише 39. Це дуже цікаво, бо м'який шанкер, більше ніж інші венеричні хвороби, пов'язаний з проституцією.

Останніми роками відзначається також зниження захворюваності на гонорею. Проте, тут цифри порівняно менш сприятливі. Приміром, 1935 р. число зареєстрованих хворих по Москві, порівняно з 1913 р., зменшилось тільки на 1/3. Ще менш сприятлива справа з гонореєю в сільських місцевостях і національних районах. Це змусило нас окремо виділити питання про боротьбу з гонореєю.

Численні доповіді на з'їзді ще раз підтвердили, що ми маємо в своєму розпорядженні всі сучасні засоби для боротьби з венеричними хворобами. У нас є абсолютно всі умови для дальшого різкого зниження захворюваності. Основне зараз полягає в правильній організації противенеричних заходів не тільки в містах, але й на селі.

Досі існує велика розбіжність в методиці лікування сифілісу і в оцінці застосовуваних при цьому засобів. Доповіді видатних сифілідологів — професорів Мгеброва, Розентула, Лур'є та інших спеціалістів — внесли повну ясність в це питання. Спеціальні доповіді були присвячені боротьбі з гноячковими захворюваннями на виробництві і з грибковими захворюваннями.

На з'їзді обмірковувалась також проблема реактивності шкіри, яка є однією з основних на сучасному етапі розвитку дерматології. Радянські дерматологи в опрацюванні цієї проблеми мають чималі досягнення.

На з'їзді були продемонстровані успіхи в галузі профілактики і лікування венеричних хвороб: новий радянський препарат „міарсенол“, який кращий від відомого німецького „міосальварсану“ і який дає велику ефективність.

З'їзд ухвалив постанову про організацію Всесоюзного дермато-венерологічного товариства. До правління товариства обрано: заслуженого діяча науки проф. Броннера, професорів: Росіянянського, Дем'яновича (Москва), Подвисоцьку (Ленінград), Крічевського (Харків), Буачідзе (Тбілісі), Боголепова (Західний Сибір), Осеянца (Ереван) та ін.

Черговий Всесоюзний з'їзд в справі боротьби з венеричними і шкірними захворюваннями ухвалено скликати в Баку 1940 р.

* * *

У лютому в Харкові відбулася об'єднана наукова конференція Українського очного інституту ім. Гіршмана і Харківського медичного інституту. Конференція вислухала доповіді, присвячені питанням сучасних методів лікування очних захворювань.

* * *

Курорт „Березівські мінеральні води“ під Харковом вступає в 13-ту річницю свого існування. На місці кількох дерев'яних дач колишнього поміщика Гурова виросли корпуси радянської санаторії. 200 хворих лікуються в електро-водолікарні, що має свою лабораторію і рентгенкабінет, відпочивають в новому корпусі, збудованому 1928 р. На курорті розрісся великий парк, фруктовий сад, прекрасно декорований став.

* * *

У Маріуполі на заводі ім. Ільча збудовано водолікарню, устатковану за останнім словом медичної техніки. Її перепускна спроможність — 1500 чол. на день.

* * *

Перша Одеська клінічна лікарня відсвяткувала 135-річчя свого існування. Лікарня одержала багато привітальних телеграм. Кращі працівники відзначені Наркомздором. Лікарня премійована автобусом і легковою машиною. Одеська міськрада виділила 10 тис. крб. на преміювання кращих працівників.

* * *

Базедову хворобу завжди лікували або оперативним втручанням або закордонними препаратами. Нині вперше в Союзі Український інститут ендокринології і органотерапії в Харкові виготовує синтетичним способом препарат „йодгоргон“. Цей препарат може бути вжитий в тих випадках, коли хірургічне втручання вже не допомагає. Йодгоргон клінічно випробуваний і ефективно діє на хворих. Препарат цей продається по аптеках.

* * *

Харківський III диспансер підбив підсумки роботи бюро чергових сестер. На виклик трудящих бюро надсилає сестер для догляду хворих, які не можуть бути приміщені до лікарні. Заходи ці цілком себе виправдали. Досвід III диспансеру перейняла медуправа ХТЗ ім. Орджонікідзе. Головний лікар диспансеру дістав цими днями прохання Смоленського відділу охорони здоров'я поділитися досвідом організації бюро чергових сестер.

За кордоном.

10 січня цього року у віці 69 р. помер заслужений професор хемії Чикагського університету Дж. О. Штігліц.

J. A. M. A. 108. 3. 1937.

Міжнародна виставка прикладної і наукової фотографії відбудеться в м. Рочестері (США) у березні цього року під керівництвом секції Американського фотографічного товариства.

J. A. M. A. 108. 3. 1937.

Газети окремих штатів США вказують на велике збільшення захворювань на інфлюенцу та пневмонію.

За тиждень з 3 до 9 січня по м. Нью-Йорку зареєстровано 1571 випадок інфлюенци і 1120 випадків пневмонії порівняно з 690 випадками інфлюенци і 680 випадками пневмонії за попередній тиждень. За цей самий тиждень зареєстровано 69 смертей від інфлюенци і 381 смерть від пневмонії.

У Чикаго з 1 до 8 січня зареєстровано 189 випадків смерті від інфлюенци і пневмонії порівняно з 77 випадками за цей самий період часу в минулому році. За грудень ці захворювання дали 458 випадків смерті.

В Іельському університеті через підсилення захворювань відвідуваність студентами занять дуже занепадає і лазарет переповнений хворими.

J. A. M. A. 108. 3. 1937.

35 голосами проти 14 Палата лордів в Лондоні відхилила проект організації добровільного товариства безболісної смерті, яке б легалізувало безболісну смерть на бажання особи з тяжкою невиліковною хворобою.

Проте, в деяких випадках лікарів дається право законно прописати наркотики для пригнічення страждань, не зважаючи на небезпеку для життя хворого. Певна річ, це покладає на нього більше відповідальності, ніж це передбачав проект.

J. A. M. A. 108. 3. 1937.

1937 р. засідання Французького гінекологічного товариства відбудеться в Тулузі з 15 до 18 травня. Головне питання — рак матки.

J. A. M. A. 108. 3. 1937.

Вивчення захворювань на поліомієліт в Парижі за останні 3 роки дало такі цифри: 1933 р. зареєстровано 56 випадків з 17 смертями, 1934 р. — 43 випадки з 22 смертями, 1935 р. — 72 випадки з 19 смертями. За віком захворюваність розподіляється так: до 3 років — 34 випадки, від 3 до 8 р. — 64 випадки, від 21 до 32 р. — 19 випадків.

J. A. M. A. 108. 6. 1937.

У своїй доповіді на I румунському конгресі в справі інфекційних захворювань міністр охорони здоров'я М. Констинеску відзначив, що дитяча смертність в Румунії найвища по всій Європі.

J. A. M. A. 108. 6. 1937.

Наступником Ашофа в патологічно-анатомічному інституті Фрейбурзького університету призначено Бюхнера.

Münd. Med. Wochenschr. 37. 1936.

Останніми 10 роками в Англії щороку вмирає від родів приблизно 2000 матерів. Не зважаючи на асигнування державою на охорону материнства і дитинства, 1935 р. цифри смертності матерів не знизились.

J. A. M. A. 106. 25. 1936.

У Бадені коло Відня відкривається дослідний ревматологічний інститут.

Schw. Med. Wochenschr. 35. 1936.

Всеагальна електрична компанія сконструювала простий прилад для оптимального зволоження кімнатного повітря. Цей прилад може бути широко застосований в лікарнях, приміщеннях, де дозволяється курити тощо. Особливо корисний цей прилад для країн з жарким і сухим кліматом.

Nature. 138. 3488. 1936.

В Японії вживання спиртових напоїв дозволено лише після досягнення 21 року.

Wien. Med. Wochenschr. 44. 1936.

II конгрес в справі питань про вплив морського, гірського і сільського повітря на дітей та підлітків відбудеться з 22 до 27 березня 1937 р. в Ніці під головуванням кол. президента французької республіки Гастона Думерга. Програмні доповіді такі: 1) зміна сонячної і космічної радіації залежно від клімату; 2) значення клімату для фізичного виховання підлітків; 3) діти і підлітки в горах; 4) діти і підлітки в умовах тропічного клімату; 5) мікроклімат; 6) організація літніх вакацій тощо.

Acta Medica Scandinavica. XCI. I—II. 1937.

Міжнародний конгрес в справі ультракоротких хвиль у фізиці, біології і медицині відбудеться у Відні з 12 до 17 липня 1937 р.

Нові книги *.

Урологія.

Кудинцев, И. В. Развитие урологии в системе советского здравоохранения. Врач. д., 1935. № 1, стор. 65 - 66.

Оперативная урология. Практич. руководство для врачей и студентов. Сост. проф. А. Н. Гагман, проф. К. Д. Есинов, доц. В. П. Ильинский... (та ін.). Под редакцией проф. С. П. Федорова и проф. Р. М. Фронштейна. М.—Л. Биомедгиз, 1934, стор. 332.

Тальман, И. М. Хирургия почек и мочеточников. Под ред. засл. деят. науки проф. С. П. Фелорова. Л.—М., Биомедгиз, 1934, стор. 284.

Отчет о работе урологического отделения Уманской межрайонной больницы с апреля 1931 г. по октябрь 1934 г. Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 79—84.

Хазанов, И. О. Место уролога в системе единого диспансера. (Из един. диспанс. № 2, Москва). Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 76 — 79.

Шапиро, И. Н. Клиническое значение урологии. (Из каф. урол. 6-цы медвуз. им. Мечникова). Сов. вр. г., 1935, № 1, стр. 11 — 14.

Левант, Д. Е. и Хесин, Л. Я. Украинская урологическая конференция 15 — 18/IX 1934 г. Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 84 — 88.

Павлонский, Я. М. Первая всеукраинская конференция урологов. Врач. д., 1935. № 1, стор. 79 — 88.

Нирки.

Готлиб, Я. Г. и Френкель, С. Р. 1000 случаев внутривенной пиелографии. (Из каф. урол. центр. ин-та усоверш. вр. и рент. отд. лечсанупр. Кремля). Нов. хир. арх., 1935, т. XXXIV, кн. 1-2, стор. 140 — 151.

* За цим списком наші читачі, лікарі УРСР, можуть одержувати книги і журнали для читання з усіх медичних бібліотек Наркомздоров'я УРСР:

Адреси:

1. Українська державна медична бібліотека — Харків, Пушкінська, 14.
2. Обласна філія Української державної медичної бібліотеки — Харків, Держпром, 3-й під'їзд, 5-й поверх.
3. Київська обласна медична бібліотека — Київ, вул. Короленка, 45.
4. Філія Київської обласної медичної бібліотеки при Київському обласному відділі охорони здоров'я — Київ, Круглоуніверситетська, 7.
5. Одеська обласна медична бібліотека — Одеса, вул. Самуєлі, 4.
6. Дніпропетровська обласна медична бібліотека — Дніпропетровськ, просп. К. Маркса, 101.
7. Сталінська обласна медична бібліотека — Сталіно, вул. Артёма, 57.
8. Чернігівська обласна медична бібліотека — Чернігів, вул. Куйбишева, 2.
9. Молдавська філія Української державної медичної бібліотеки — Тирасполь, вул. Жовтня, 25.

Гефт, Б. Б. Функциональная способность почек при сифилисе. (Отд. сифил. Укр. ин-та вен. и дерм.). Врач. д., 1936, № 3, стор. 227 — 232.

Воробцов, В. И. Функциональная проба почек индигокармином в сравнении с пробой методом интравенозной пиелографии. (Из урол. кл. II МГМИ). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 222 — 229.

Замыслов, К. Н. Дальнейшие материалы по практическому применению константы Амбара в клинике почечных заболеваний. (Из 1-й тер. клин. I ЛМИ). Клин. м., 1935, т. XIII, № 9, стор. 1380 — 1393.

Абдулаев, Д. М. и Гусейн-Заде, А. К вопросу о поражении почек при малярии. (Из госп. тер. клин. АМИ). Клин. м., 1935, т. XI, № 9, стор. 1398 — 1404.

Базилевич, Г. В. і Туровець, Г. М. Про зміни в організмі у ниркових хворих при втомі. I. Зміни азотного обміну. (З клін. від. ін-ту клін. фізіол. АН УСРР). Мед. ж., 1936, т. VI, в. I, стор. 153 — 166.

Шулутко, К. Б. К вопросу об изучении ацидоза почечного происхождения. (Из 2-й тер. клин. гос. ин-та для усовершенств. вр. и б-цы Ленина). Клин. м., 1935, т. XIII, № 4, стор. 492 — 497.

Крихин, А. П. О дермоидных кистах почек. (Из 1-й хир. клин. Куйбышевск. мед. ин-та). Сов. хир., 1935, № 2, стор. 136 — 140.

Шнапер, Л. М. Роль травмы в образовании почечных камней. (Из урол. отд. Боткинск. б-цы). Сов. хир., 1935, № 2, стор. 29 — 37.

Захарьян, С. Т. Гидронефроз с гематурией. (Из урол. клин. Моск. обл. клин. ин-та) Сов. хир., 1935, № 2, стор. 38 — 46.

Свиридов, А. И. Случай саркомы почки у 6-месячного плода. (Из б-цы Киселевск. рудника, Кузбасс). Сов. хир., 1935, № 2, стор. 129.

Теплицкий, Г. Б. Torsio Renis. (Из урол. отд. Луганск. межрайб-цы). Нов. хир. арх., 1935, т. XXXIII, кн. I, стор. 89 — 99.

Хесин, Л. Я. О влиянии больной почки на функцию здоровой. (Из урол. клин. I ММИ). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 234 — 239.

Ляховецкий, М. М. и Суханов, М. Е. К патологии подковообразной почки. Врач. д., 1936, № 2, стор. 161 — 166.

Васильев, А. И. К казуистике декапсуляции при Nephritis Haematurica. (Из урол. отд. б-цы им. 25 Октября). Сов. хир. 1936, № 2, стор. 361 — 366.

Воробцов, В. И. Вторичная геминефректомия при разрыве подковообразной почки (Из урол. клин. II ММИ). Сов. хир., 1935, № 5, стор. 149 — 155.

Гаджиев, А. К вопросу об S-образной почке. (Из хир. отд. б-цы Джапаридзе). Нов. хир. арх., 1934, т. XXX, кн. 3, № 2, стор. 403 — 409.

Эпштейн, И. М. Оперативное лечение сулемовой почки. (Из урол. клин. I ММИ) Сов. хир., 1936, № 2, стор. 298 — 302.

Иглицын, Н. М. Эмфизема мошонки после почечных операций. (Из урол. отд. б-цы им. Боткина в Москве). Сов. хир., 1936 № 2, стор. 308 — 311.

Левитанус, М. Б. Случай фиксации дистопированной почки. (Из урол. клин. Среднеазиат. мед. ин-та). Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 70 — 71.

Очкин, А. Л. Фиксация подвижной почки по Ф. Розе. (Из 2-го хир. отд. Боткинск. б-цы в Москве). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 303 — 307.

Ратнер, Ю. А. О показаниях к операции при блуждающей почке. (Из хир. клин. Казанск. гос. ин-та для усовершенств. вр.). Каз. м. ж., 1935, № 3 - 4, стор. 413 — 421.

Серебренников, Л. В. К вопросу о карбункуле почки. (Из 1-й хир. клин. Одесск. мед. ин-та). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 253 — 255.

Файнштейн, З. В. Об ошибках в диагностике хирургических заболеваний почек. (Урол. отд. Уманск. б-цы). Врач. д., 1936, № 2, стор. 159 — 162.

Фронштейн, Р. М. Границы хирургического вмешательства при заболеваниях почек. Врач. д., 1936, № 2, стор. 109 — 114.

Закусов, Б. В. и Молчанов, Н. С. Влияние диатермии на выведение ядов почкой. (Из каф. фарм. ВМА РККА и самост. курса физиотер. с кур.). Кур. физиотер., 1935, № 1, стор. 39 — 47.

Кевдин. Лечение почечных больных в Туркмении. Кур. физиотер., 1935, № 4, стор. 119—120.

Гаспарян А. М. Опухоли почечной лоханки. (Из урол. клин. I ММИ). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 290—297.

Маневич, А. Е. Беременность и пилло-венозный рефлекс. (Из пролет. роддома, Москва). Ж. ак. жен. б., 1935, т. XLVI, № 4, стор. 278—285.

Привес, М. Г. Рентгеноанатомия почечной лоханки. (Из лаб. норм. и сравн. анат. гос. рентг. рад. раков. ин-та). В. рентг., 1935, т. XV, в. 2, стор. 140—148.

Сечоводи.

Шиловцев, С. П. Пересадка мочеточников на протяжении по способу проф. С. Р. Минотворцева. (Из хир. 1-й клин. Саратовск. медин-та). Нов. хир. арх., 1935, т. XXXIII, кн. 1, стор. 60—75.

Соловов, П. Д. Оценка пересадки мочеточников в кишку по Coffey III. Сов. хир., 1935, № 4, стор. 139—147.

Альштейн, Д. О. О метастазах гипернефром в мочеточниках. Нов. хир. арх., 1935, т. XXXIV, кн. 1-2, стор. 247—250.

Бондаренко, В. Д. Субперитонеальная пересадка мочеточников на протяжении в прямую кишку. (Клин. госп. хир. и урол. Киевск. мед. ин-та). Врач. д., 1936, № 2, стор. 169—170.

Гектин, Ф. Л. Два случая эктопического окончания мочеточника в границах наружного отверстия мочеиспускательного канала. (Из урол. клин. 2-го МГМИ). Нов. хир. арх., 1935, т. XXXV, кн. 2, стор. 243—252.

Сечовий міхур.

Банайтис, С. И. Повреждения мочевого пузыря и их лечение в военное время. (Из каф. воен-пол. хир. ВМА). Сов. хир., 1935, № 9, стор. 154—163.

Ватман, А. Д. К вопросу о разрывах мочевого пузыря, (Из 1-й сов. обл. б-цы г. Грозного). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 320—323.

Верхацкий, Н. П. Полный выворот мочевого пузыря. (Из госпит. ак. гин. клин. Харьк. мед. ин-та). Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 74—75.

Городинский, Д. М. Образование мочевого пузыря из выключенной слепой кишки и мочеиспускательного канала из червеобразного отростка. (Из хир. отд. Шепетовск. межрайон. б-цы). Нов. хир. арх., 1935, т. XXXIII, кн. 2, стор. 290—294.

Деревягина, М. В. К вопросу о самопроизвольном выведении мочевым пузырем инородных тел. Соц. здрав. Сибири, 1935, № 1, стор. 87—89.

Иргер, Ю. М. Влияние некоторых лекарственных веществ на мускулатуру мочевого пузыря. (Экспер. исследование). (Из каф. урол. и из I хирург. клин. Белорусск. гос. мед. ин-та). Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 1—8.

Каплан, А. В. Разрыв мочевого пузыря и мочеиспускательного канала при переломах таза. (Из Басман. б-цы в Москве). Сов. клин., 1935, т. XXI, № 1, стор. 128—133.

Корхов, В. К вопросу об осложнениях со стороны мочевого пузыря после хирургического лечения радиом опухолей последнего и соседних с ним органов. (Из гос. рент. рад. и рак. ин-та). В. рентг., 1935, т. XV, в. 5, стор. 387—397.

Краковский, Н. И. Простая язва мочевого пузыря. (Из 2-й клин. Горьковск. медин-та им. Кирова). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 312—319.

Купершляк, М. Г. К вопросу об эндовезикальной терапии опухолей мочевого пузыря. (Из урол. отд. Сталин. един. дисп.) Урол., 1935, т. XII, в. 12, стор. 25—28.

Ларин, Г. П. Уход за мочевым пузырем при переломах позвоночника (Из травм. отд. б-цы им. Боткина). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 323—326.

Медведенко, Е. В. Случай удаления через уретру большого камня мочевого пузыря у женщины. (Из Глазовск. б-цы Моск. обл.) Сов. хир., 1936, № 2, стор. 361.

Рахманов, А. В. Реакция внутренних органов на ультрафиолетовое облучение кожи. Изменения в мочевом пузыре мыши. (Экспер. иссл.) (Из морф. отд. гос. ин-та физиотер. и орт.) Арх. пат. анат. пат. физиол., 1935, т. I, в. 3, стор. 43—49.

Ситдыков, Н. Х. Два случая иммиграции инородных тел в мочевого пузыря (Из хир. клин. Казанск. гос. ин-та для усоверш. вр. им. В. И. Ленина). Каз. м. ж. 1935, № 6, стор. 769 — 771.

Сыркин, С. Д. Два случая раковой опухоли мочевого пузыря. (Урол. отд. 2-й б-цы ЮЗА и урол. каб. здравобъедин. ЮЗА). Врач. д., 1936, № 2, стор. 173.

Фейгель, И. Оперативное лечение обширных дефектов мочевого пузыря с полным разрушением уретры по модифицированному способу Мартиуса. Гин. ак., 1935, № 2 - 3, стор. 55 — 58.

Халаф, М. Случай тотальной гангрены слизистой оболочки мочевого пузыря. (Из госп. хир. А. М. И.). Азерб. мед. ж., 1935, № 1, стор. 100 — 102.

Цулукидзе, А. П. и Аршба, С. Я. К технике высокого сечения пузыря. (Урол. клин. Тифлисс. гос. мед. ин-та). Врач. д., 1935, № 4, стор. 343 — 346.

Сечівник.

Бейрах, И. О. Физиотерапия при структурах уретры. (Из кож. вен. клин. гос. ин-та для усоверш. вр. им. В. И. Ленина в Казани). Сов. в. вен. дерм., 1935, № 10, стор. 976 - 981.

Бронштейн, В. Г. К лечению острого гоноройного уретрита. (Из 2-го вендиспансера). Урол., 1935, т. XII, в. I, стор. 62 — 65.

Войташевский, Я. Б. и Сперанский, В. А. Заболевания задней части уретры при хронической гонорее. (Из Всеукр. гос. ин-та вен. и дерм. отд. мужск. гонорей). Урол. 1935, т. XII, в. I, стор. 65 — 69.

Гамперль, Г. О полулунных клапанах под семенным бугорком. (Универ. патол.-анат. ин-т в Вене). Арх. патанат. патфизиол., 1935, т. I, в. I, стор. 165 — 168.

Иофан, Я. М. и Смеловский, В. П. К вопросу о приобретенных дивертикулах мочеиспускательного канала травматического происхождения. (Из хир. отд. и урол. каб. Куйбышевск. центр. б-цы). Сов. хир., 1936, № 2, стор. 335 — 337.

Киселев, С. С. Случай эндоуретрального твердого шанкра. (Межрайон. вендиспансер г. Прилуки, Черниговск. обл.). Врач. д., 1936, № 3, стор. 255.

Лейтес Л. Р., Литвак, Л. Я.. (и др.). Вакциноterapia острого неосложненного уретрита. (Из отд. мужск. гонорей Одесск. дерм. вен. ин-та им. Главче). Сов. в. вен. дерм., 1935, № 5, стор. 468 — 471.

Левенсон, Р. П. К вопросу о сравнительном лечении острого гоноройного уретрита. (По мат. 5-го вендиспансера МООЗ). Сов. в. вен. дерм., 1935, № 2, стор. 179—182.

Матвеев, В. Н. К вопросу об ангиомах уретры. (Из мужск. урол. отд. объедин. гос. дерм. вен. ин-та им. Броннера). Сов. в. вен. дерм., 1935, № 4, стор. 406 — 409.

Обнатаян, К. Т. Редкий случай дивертикулеза мочеиспускательного канала. (Из госп. хир. клин. АМИ). Азерб. мед. ж., 1935, № 1, стор. 103 — 107.

Попандопуло, И. В. Случай восстановления целостности мочеиспускательного канала при полном его разрушении. Гин. ак. 1935, № 1, стор. 86.

Рабинович, И. Г. Повреждение уретры при переломах таза у рабочих горной и металлургической промышленности. (Из хир. отд. Макеевск. б-цы). Нов. хир. арх., 1935, т. XXXIII, кн. 2, стор. 266 — 276.

Ратнер, Ю. А. О методах оперативного лечения травматических стриктур уретры. (Из хир. клин. Казанск. гос. ин-та усоверш. вр. им. В. И. Ленина). Казан. м. ж., 1936, № 1, стор. 66 — 72.

Гравіданотерапія.

Артынов, Г. П. Терапевтическое применение мочи беременных и ее препаратов. (Тер. клин. Московск. обл. клин. ин-та). Врач. д., 1935, № 4, стор. 345 — 352.

Афанасьев, С. В. и Благодетелев, Б. И. Итоги наблюдений по применению гравидана на рысаках 2-го госипподрома в Ленинграде. (Из гос. науч. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе Детскосел. зоотехн. лаб.) Уро-гравид. тер., 1935, № 1, стор. 48 — 67.

Блох, Я. И. Клинические и биохимические сдвиги в крови при применении гравидана. (Из ин-та уро-гравид. тер. на базе глаз. клин. ВМА). Уро-гравид. тер., 1935, № 1, стор. 39 — 43.

Мельников, Н. А. К вопросу о применении урोगормона в акушерстве и гинекологии. (Из Моск. обл. научн. ин-та). Гин. ак., 1935, № 6, стор. 54 — 59.

Перетц, В. Г. Гравидан и его лечебное значение при аменореях. (Предварит. сообщ.). (Из Свердловск. ин-та exper. мед.). Гин. ак., 1935, № 6, стор. 59 - 60.

Хабаков, Н. Э. Опыт применения гравидана при лечении эндометрита у коров. (Из ин-та уро-гравид. тер. на базе Детскосельск. зоотехн. лаб.). Урогравид. тер., 1935, № 1, стор. 74 - 75.

Лагов, С. И. О корреляции молочных желез с другими железами внутренней секреции и о гравиданотерапии патологической лактации. (Из гор. науч. иссл. ин-та уро-гравиданотер. и 1-й объедин. пол-ки Моск. жел. дор. узла). Уро-гравид. тер. 1935 № 1, стор. 43 — 47.

Чернозатонская, Е. П., Смирницкий, Е. И., (и др.). Применение гравидана для подавления половой функций у свиней - самок при откорме. (Из научн-иссл. ин-та уро-гравид. тер.) Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 2, стор. 65 — 71.

Шмелев, Н. А. Применение гравидана при легочном туберкулезе и гематологический критерий его действия. (Из научн-иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе Московск. обл. туб. ин-та). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 33 — 43.

Зорин, Е. Н. Влияние гравиданотерапии на аллергические иммунобиологические реакции при туберкулезе. (Из науч. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе Московск. обл. туб. ин-та). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 23 — 28.

Звонников, Б. П. Опыт применения гравидана при лечении легочного и гортанного туберкулеза. (Из научн-иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе Московск. обл. туб. ин-та). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 17 — 22.

Дашевская, Ю. И. Опыт лечения гравиданом туберкулезных больных с поражением верхних дыхательных путей. (Из научн-иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе Московск. обл. инта). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 28 — 33.

Михайлова, Л. И. Опыт применения гравидана при малярии. (Предварит. сообщение). (Из науч. иссл. ин-та уро-гравид. тер.). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 2, стор. 1 — 24.

Мелентьева. Опыт применения гравидана при лечении коклюша детей в яслях № 63 Бауманского района. Уро-гравид. тер., 1935, № 1, стор. 79 — 80.

Бейер, В. А. Опыт применения гравиданотерапии при сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваниях в связи с болезнями глаз. (Из науч. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе глазн. клин. ВМА). Уро-гравид. тер., 1935, № 1, стор. 3 — 18.

Махов, И. И., Меньшиков, В. С... (и др.). К вопросу о гравиданотерапии артериосклероза и влияние ее на повышение трудоспособности. (Из ин-та уро-гравид. на базе ВТЭК общ. машиностр. и пол-ки Моск. Казанск. ж. д. ст. Сортировочная). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 1 — 17.

Дудко, Н. Е. Гравиданотерапия гемороя у наркоманов. (Из науч. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе невро-псих. л-цы для острого алкоголизма). Бюл. ур. гравид. тер., 1935, № 2, стор. 61 — 65.

Турецкий, М. Я. и Гумондз, А. А. К вопросу о применении гравидана при некоторых хронических поражениях центральной нервной системы в раннем детском возрасте. (Из ин-та уро. гравид. тер. на базе психоневр. клин. сект. пед. и псих. диспансера ГНИ ОММИ). Бюл. уро-гравид. 1935, № 2, стор. 51 — 61,

Стрельчук, И. В., Обнорский, П. П. ... (и др.) Гравидан и проблема борьбы с преждевременным одряхлением при алкогольной и морфийной интоксикации. (Из науч. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе невро-псих. л-цы для остр. алкоголизма). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 2, стор. 42 — 50.

Рихтер, Г. Э. О некоторых возможностях биологического воздействия на шизофренический процесс. Сов. псих., 1935, № 1, стор. 55 — 63.

Гордова, Т. Н. Случай комбинации эпилептических припадков с шизофренической симптоматикой. Уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 75 — 79.

Гордова, Т. Н. Гравиданотерапия эпилепсии. (Из ин-та уро-гравид. тер. НКЗ). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 63 — 72.

Боголепов, Н. К. и Растворова, А. А. Гравиданотерапия мигреней. (Из научн. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе невро-псих. диспансера Фрунзенск. района). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 3, стор. 72 — 77.

Стародубцева, А. Я. К вопросу о лечении иритов гравиданом. (Из гос. научн. экспер. ин-та урогравид. и Моск. глазн. б-цы). Сов. в. офт., 1935, т. VII, в. 56, стор. 860 — 864.

Стародубцева, А. Я. К вопросу о гравиданотерапии при склеритах. (Из гос. науч. экспер. ин-та урогравид. тер. и Московск. глазн. б-цы). Сов. в. офт., 1935, т. VII, в. 5, стор. 670 — 672.

Каминский, Д. С. Гравиданотерапия при некоторых глазных заболеваниях. (Из глазн. клин. 1-го ММИ). Сов. в. офт., 1935, т. VI, в. 2, стор. 204 — 219.

Долганов, В. Н. Гравидан при болезнях глаза. Урогравид. тер., 1935, № 1, стор. 1 — 3.

Болгов, П. Н. Лечение глаукомы гравиданом. (Предварит. сообщ. (Из научн. иссл. ин-та уро-гравид. тер. на базе глазной клин. ВМА). Бюл. уро-гравит. тер., 1935, № 3, стор. 44 — 62.

Лейзеровский, А. М. Случай лечения ихтиоза гравиданом. (Из кож. вен. клин. Казанск. гос. ин-та для усоверш. вр. им. В. И. Ленина). Каз. м. ж., 1935, № 8-9, стор. 1063 — 1065.

Евдокимов, В. Д. Применение гравидана при фурункулезе лошадей. (Из ин-та уро-гравиданотер. на базе Детско-сельск. зоотехн. лаб.). Уро-гравид. тер., 1935, № 1, стор. 72 — 74.

Бейрах, И. С. и Покровская, М. П. Гравиданотерапия в клинике мужской гонореи. (Из кожн. вен. клин. гос. ин-та для усоверш. вр. им. В. И. Ленина в Казани). Каз. м. ж., 1935, № 3-4, стор. 396 — 403.

Тиняков, Г. Г. Влияние гравидана на щитовидные железы зимних нормальных и в-авитамозных голубей. (Из гистофизиол. лаб. научн. иссл. ин-та уро-гравид. тер.). Бюл. уро-гравид. тер., 1935, № 2, стор. 24 — 41.

Varia.

Труды гос. научно-исследовательского института экспериментального морфогенеза. Отв. ред. Р. И. Белкин, М. т. II. 1934, стор. 205.

Содержание: I. Отделение оплодотворения и клеточного деления. Дорфман, В. А. Осмотическое поведение яйца морского ежа, как критерий его проницаемости. Дорфман, В. А. и Шмерлинг, Ж. Ритмичность митогенетического излучения в оплодотворенном яйце морского ежа. Попов, В. В. О числе хромосом и гетерохромосом у домашней курицы. II. Отделение механики эмбриональных стадий развития. Мануилова, Н. А. и Кислов, М. Исследование посредством гомо- и гетеротрансплантаций действия глазной чаши на нейтральный и детерминированный эпителий у амфибий. Попов, В. В. О морфогенезе роговой оболочки у Апига. Ирихимович, А. И. Изменение интенсивности митогенетического излучения крови куринного эмбриона во время развития. III. Отделение гистогенеза. Студитский, А. Н. Экспериментальное исследование по гистогенезу костной ткани. IV. Отделение механики постэмбриональных стадий развития. Воронцова, М. А. и Лиознер, Л. Д. Влияние регенерационного процесса одной части организма на регенерацию другой. Сообщ. II и III. Орехович, В. И. и Бромлей, Н. В. Гистологические свойства регенерационной бластомы. Бромлей, Н. В., Ирихимович, А. И. Изменение интенсивности митогенетического излучения во время линьки у кур. V. Отделение эндокринных факторов развития. Ларионов, В. Ф., Войткевич, А. А. (и др.) Взаимодействие частей при регенерации оперения. Ларионов, В. Ф., Войткевич, А. А. (и др.). Регенерация оперения у голубей при различных гуморальных воздействиях. Войткевич, А. А. Состояние эндокринного аппарата в процессе развития оперения. Войткевич, А. А. и Новиков, Б. Г. Внутренняя секреция щитовидной железы и динамика развития оперения у голубей. Сообщ. V и VI. VI. Экспедиции.

Белкин, Р. П. Краткий отчет о работе на Мурманской биологической станции. Тоже т. III. 1935, стор. 239.

Содержание: I. Лаборатория специальных заданий. Белкин, Р. П., Рапопорт, Я. Л. ... (и др.). К вопросу о взаимоотношении желудочной и половой железы. II. Отделение оплодотворения. Изюмская, Н. Г. Временные отношения некоторых стадий яйца арктической формы ежа *Strongylocentrotus droebachiensis*. III. Отделение цитологии. Живаго, П. И. Проблема изменяемости кариотипа в онтогенезе. IV. Отделение механики эмбрионального развития. Попов, В. В. Еще по поводу гетерогенной индукции конечности у *Triton taeniatus*. V. Отделение гистогенеза. Румянцев, А. В. и Сунцова, В. В. Наблюдение над развитием и дифференцировкой волокнистых структур в культурах тканей. VI. Отделение механики постэмбрионального развития. Бляхер, Л. Я., Воронцова, М. А. ... (и др.). Механизм прободения опеккулярной мембраны у *Anura*. Бляхер, Л. Я., Лиюзнер, Л. Д. ... (и др.). Исследования митогенетического излучения крови. Митогенетическое излучение крови при раке. Бромлей, Н. В., Кузьмина, Н. А. ... (и др.). Окислительно-восстановительные процессы в регенерирующей ткани. Барсук, Р. А. Исследование потери регенерационной способности задней конечности *Rana temporaria*. VII. Отделение эндокринных факторов развития. Войткевич, А. А. О некоторых закономерностях развития тиреоидного аппарата у высших позвоночных. Ларионов, В. Ф. и Позигун, Н. Ф. Об изменении скорости роста пера во время линьки. VIII. Трибуна. Бляхер, Л. Я. и Лиюзнер, Л. Д. Каузально-аналитический метод в учении об индивидуальном развитии.

Сент-Клер, К. Гистология роста. Усп. совр. биол., 1935, т. IV, в. 6, стор. 455—468

Гаузе, Г. Ф. Новые работы по химической эмбриологии. Усп. совр. биол., 1936, т. V, в. I, стор. 200 — 201.

Нидхем, Д. Проблемы химической эмбриологии. (Перев. Г. В. Лопашева и И. М. Оболенской). Физиол. ж., 1935, т. XIX, в. I, Усп. совр. биол., 1935, т. IV, в. 4-5. Специальный выпуск к XV Международному физиологическому конгрессу, стор. 241—253.

Трифорова, А. Н. К физиологии дифференцировки и роста. Влияние асфиксии на развитие и кариокинетическое деление у эмбрионов рыб. (Отд. общ. морфол. ВИЭМ, Отд. цитол.). Арх. биол. наук, 1935, т. XXXVII, в. 3, стор. 757 — 783.

Шмидт, Г. А. Краткий обзор работы лаборатории механики развития за 1934-1935 год. Бюл. ВИЭМ, 1935, № 4, стор. 22 - 23.

Заварзин, А. Краткое руководство по эмбриологии человека и позвоночных животных. Для медвузов. Изд. 2-е Л. Биомедгиз. Ленинград. отд., 1935, стор. 221.

TABLE DES MATIÈRES

Travaux originaux

V. M. Arkhangelsky — Sur la spécificité de l'effet physiologique du champ à ultra-fréquence	19
S. G. Guénès, E. L. Lipkind et R. M. Isabolinskaya — Sur les oscillations et les corrélations des certains éléments de la bile et du sang chez les chiens, porteurs de fistules biliaires. III-e communication.	35
Prof. agrégé P. M. Kaplan — Le cervelet et le métabolisme hydrocarboné	43
Prof. agrégé V. A. Moscovkine — Sur le problème de l'entraînement et la révision des indications médicales à celle-ci	55
G. G. Karavanov — Transplantations homoplastiques de la moelle osseuse	68
J. A. Lévine — Sur l'influence du myélolysat sur la régénération du sang dans l'intoxication par le nitrochlorbenzol.	80

Vie scientifique

A. B. Frenkel — 2-me Congrès de neuropathologie et psychiatrie de l'U. des RSS.	81
S. J. Minkine — 3-me Session du Conceil de neurochirurgie de l'Institut central de neurochirurgie	92

Analyses

Chronique

Bibliographie



Оригінальні статті

В. М. Архангельський — Про специфічність фізіологічного впливу ультрачистотного поля.	5
С. Г. Генес, Е. Л. Ліпкінд і Р. М. Ізаболінська — Про коливання і взаємовідношення деяких складових частин жовчі і крові у жовчнофістульних собак. Повідомлення третє.	23
Доц. П. М. Каплан — Мозочок і вуглеводний обмін	37
Доц. В. О. Московкін — До питання про тренування і про перегляд медичних показань до нього.	45
Г. Г. Караванов — Гомопластичні пересадження кісткового мозку.	57
Я. А. Левін. Про вплив мієлолізату на регенерацію крові при отруєнні нітрохлорбензолом.	71

Наукове життя

А. Б. Френкель — II Всесоюзний з'їзд невропатологів і психіатрів.	81
С. Ю. Мінкін — III сесія неврохірургічної ради при Центральному неврохірургічному інституті.	92

*Реферати**Хроніка**Бібліографія*

662

ДЕРЖАВНЕ МЕДИЧНЕ ТА ПРИРОДОЗНАВЧЕ ВИДАВНИЦТВО

Періодсектор — Київ, Рейтерська вул., № 22

ПРОДОВЖУЄТЬСЯ ПРИЙОМ ПЕРЕДПЛАТИ на 1937 рік

НАЗВА ЖУРНАЛУ	Періодичність	Мова	ПЕРЕДПЛАТНА ЦІНА						Ціна окремого номера	
			На 3 м.с.		На 6 міс.		На 12 міс.			
РАДЯНСЬКИЙ ФЕЛЬДШЕР	6	укр.	—	—	3	—	6	—	1	—
РАДЯНСКА МЕДИЦИНА	12	"	9	—	18	—	36	—	2	—
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА	12	"	7	50	15	—	30	—	3	50
ШЛЯХ ДО ЗДОРОВ'Я	12	"	2	25	4	50	9	—	—	75
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА . .	12	"	10	50	21	—	42	—	3	50
ПИТАННЯ ОНКОЛОГІЇ	4	"	—	—	10	—	20	—	5	—
ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА	6	"	—	—	7	50	15	—	2	50

ПЕРЕДПЛАТУ ПРИЙМАЮТЬ:

1. Періодсектор Держмедвидаву (Київ, Рейтерська, № 22).
2. Всі філії та уповноважені „Союзпечати“, всі поштові філії та листоноші.

26

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).