

в 1915 г.—24,7%, в 1927 г.—25,7%). Наиболее низкая летальность наблюдалась в 1923 г.—9,1%.

Большое влияние на летальность оказывает возрастной фактор: наиболее высока она для всех трех заболеваний в грудном возрасте, значительно меньше она в возрасте от 1-го до 4 л., в более старших возрастных группах быстро снижается.

При одном и том же возрасте и в одни и те же годы летальность по отдельным больницам неодинаковая, что, возможно, следует объяснить неодинаковыми условиями больничной обстановки (скученность, персонал и пр.).

Указанные выше колебания волн летальности не всегда совпадают с колебаниями волн заболеваемости и смертности. Необходимо дальнейшее коллективное изучение этого вопроса, чтобы установить причины колебания этих волн.

Отсутствие единообразия в регистрации и записях в отдельных больницах крайне затрудняют учет материала и разработку его. Необходимо ввести единство в больничную статистику.

Доклад привлек большое количество врачей, принявших участие в обсуждении представленного материала. Конференцией принята следующая резолюция по докладу:

1. Борьба с острыми детскими инфекциями является в настоящее время одной из первоочередных задач работы органов здравоохранения на детском фронте.

2. Для правильной организации борьбы с острыми детскими инфекциями требуется точный учет как заболеваемости, так и смертности при них.

3. Изучение вопроса постановки отчетности по движению больных по инфекционным отделениям Московских больниц показывает, что здесь имеется ряд крупных недочетов, мешающих правильному учету; в частности отсутствует единая форма регистрации и отчетности.

4. Изучение летальности при острых детских инфекциях является одним из важных факторов как для характеристики тяжести эпидемии, так и для учета эффективности леч.-профилактических мероприятий, между тем изучению этого вопроса до сих пор не уделялось должного внимания.

5. Необходимо предложить всем учреждениям, работающим в области детских инфекций (больницы, клиники и пр.) ввести отчетность по единой форме, что даст возможность сопоставить и обобщить материалы.

6. Предложить Центральной инфекционной Комиссии при Институте ОЗД и П НКЗдрава в срочном порядке разработать формы учета.

7. Предложить Отделу Социальной Патологии при Институте ОЗД и П НКЗ продолжить разработку материалов в отношении изучения законов волнообразных колебаний хода эпидемий, а также возможного влияния на заболеваемость и смертность лечебно-профилактических мероприятий. Секретарь *Е. Сидельникова*.

18-го февраля 1931 г. Годичное заседание.

Е. Ф. Сидельникова: «Работа научных конференций морфолого-физиологического отдела Института в 1930 г.» За истекший год отдел имел 9 конференций, где заслушано 17 докладов и демонстрировался ряд детей с различными заболеваниями. Из 9 конференций—5 были посвящены вопросам детского питания. По питанию прошли следующие доклады: 1) Л. М. Моделя «Питание и устойчивость к заболеваниям», 2) Ф. В. Яблонского «Первые наблюдения над общественным детским питанием дошкольного возраста», 3) Л. М. Моделя, Е. Ф. Сидельниковой и И. И. Цитовской «Влияние пищевых режимов на обмен веществ у детей», 4) их же «О белковом режиме детей разных возрастов по данным биохимического исследования», 5) Л. М. Модель и Ц. Я. Мительман «Проект норм детского питания». Конференцией была в резолюции отмечена актуальность поставленных вопросов и необходимость дальнейших работ в этом направлении. Из других докладов отметим доклад Н. П. Савватимской «О методах борьбы с внутрибольничными инфекциями в больницах Ленинграда», представивший богатый материал и ряд практических предложений по линии снижения внутрибольничных инфекций. Три доклада проф. А. А. Киселя касались вопроса «Об изменении лимфатических желез при тбк у детей» и кроме того еще его же доклад «Как я пришел к выводу, что тбк у детей передается внутриутробно». По поводу последнего доклада Конференцией отмечено огромное значение поставленного вопроса, т. к. определенное разрешение его должно изменить всю систему борьбы с тбк. В настоящее время нет еще единого мнения о

путях заражения, но уже ярко намечается сдвиг в том направлении, о котором говорил докладчик. Доклад А. А. Титова «Основы санаторно-лагерной системы и опыт применения ее на детях»—ставит вопрос главным образом о типе постройки летнего лагеря. Докладчик предлагает сконструированную им постройку из дерева и ткани. Стоит недорого и строится быстро. Гигиенична, обеспечивает постоянный приток свежего воздуха. Конференцией была одобрена. Доклады Р. И. Марголис «О бронхоэктазиях в детском возрасте» и Н. А. Попова «Бронхография при бронхоэктазиях у детей»—представили большой материал клинических наблюдений, причем докладчиками сделано свыше 15 наливов иодинолом. Предлагается выделить в отдельную клиническую группу так называемые «сухие бронхоэктазы». Демонстрировалась серия снимков. Доклад Е. Е. Граната «Об экссудативном диатезе у детей» основан на изучении 1000 случаев. Докладчик склоняется к выводу, что э. д. имеет много черт, сближающих его с тбк. В числе детей, демонстрированных на конференции в течение 30 г., были бронхоэктатики, легочные инфильтрации, тбк кожи, тбк легких, аномалии развития и др.

А. А. Колтыпин. «К вопросу о патогенезе церебро-спинального менингита у детей». Большой доклад, богато иллюстрированный диаграммами, в общем сводился к следующему: как всякая инфекция церебро-спинальный менингит имеет два лица—токсический облик и местную локализацию процесса. Токсемия при разных инфекциях носит своеобразный характер, резко отличаясь своим тропизмом к различным системам и органам. Особенно это резко заметно в отношении токсина (эндотоксина) к эндокринно-вегетативному аппарату. Здесь нередко полный антагонизм. С этой точки зрения церебро-спинальный менингит является инфекцией, где удар эндотоксина направлен на симпатико-адреналиновый аппарат, за это говорит и вегетативный облик ц.-сп. менингита и ряд особенностей своеобразного характера. Этим объясняется необычайная стойкость сердца, несмотря на долго длящийся лихорадочный процесс. Крайне интересно расширить опыты над изучением этой инфекции в смысле эндокринно-вегетативного аппарата. С точки зрения локализации—процесс изучен мало, как в смысле путей проникновения, так и понимания местного процесса на мозговых оболочках. Данные, полученные на детском материале, убеждают все более, что церебро-спинальный менингит является общей септициемией с локализацией на разных органах, на мозговых оболочках, синовии суставов, сосудистой оболочке глаза и т. д. В связи с учением о гематоэнцефалическом барьере, церебро-спинальный менингит дает ряд интересных данных. Изучение белковой кривой в церебро-спинальной жидкости, проведенное по методу Колтыпина и Власова, открыло весьма своеобразную закономерность этой кривой, показавшую, что 1) перелом болезни совершается одномоментно, несмотря на кажущуюся медленность течения процесса, 2) что этот белковый перелом в церебро-спинальной жидкости совпадает с общим иммуно-биологическим или, быть может, физико-химическим переломом болезни. В своих выводах докладчик указывает на необходимость дальнейшего изучения реакции эндокринно-вегетативной системы при церебро-спинальном менингите, также изучения цер.-спин. менингита, как сепсиса. Кроме того К. предлагает воспользоваться белковой кривой цер.-спин. жидкости, как объективным мерилом при лечении церебро-спинального менингита сывороткой.

Конференцией отмечено, что вопрос о церебро-спинальном менингите требует особо серьезного внимания. До сих пор с его лечением не благополучно, смертность большая; пока что лечебный подход оказался совершенно бесплодным. Более верный путь, повидимому, будет путь профилактики. Необходимо дальнейшее всестороннее изучение вопроса.

Секретарь Е. Сидельникова.

А. Л. НАГИБИН.

20 февраля с/г. в г. Уфе скоропостижно скончался на 75-м году жизни врач Анатолий Львович Нагибин, старейший член врачебной семьи г. Уфы, питомец Казанского университета. Окончив медфак в 1880 году, А. Л. вместе со своим ближайшим товарищем и однокурсником В. Н. Разумовским остался ординатором у пионеров Казанской университетской хирургии профессоров Студентского и Левшина. По окончании ординатуры Анатолий Льво-