

описанных случаях птичьего tbc у человека p. Pirquet'a с типами Humanus и Bovinus—отрицательная, с типом Avian—положительная. Gasul (Archiv. of Pediatrics, vol. XLVI, № 2, 1929) произвел p. Pirquet'a у 52 детей, страдающих туберкулезом легких и бровихвальных желез, вызванным бацил типа Humanus и Bovinus с туберкулезом типа Avian, Humanus и Bovinus. Во всех 52 случаях реакция с типами Humanus и Bovinus оказалась положительной, с типом Avian—отрицательной. Автор считает целесообразным во всех случаях, где имеется подозрение по клиническому течению заболевания на tbc, а p. Pirquet'a с туберкулином типа Humanus и Bovinus отрицательная, производить таковую и с туберкулином типа Avian.

Лукияничкова.

23) *Естественный иммунитет к скарлатинозной инфекции у японцев и китайцев, живущих в южной Манчжурии.* Наблюдениями 1921—25 г. установлено, что заболеваемость скарлатиной среди китайцев, живущих в южной Манчжурии, значительно ниже, чем среди живущих там же японцев. У японцев—2,56%; у китайцев—0,02%. Для выяснения причин этого явления Ando Nishimura и Ozaki (Journal of Immunology, vol. XVII, № 5, 1929 г.) произвели среди китайцев (431 человек) и японцев (2081 человек) Южной Манчжурии p. Dick'a. Оказалось, что % положительных реакций среди китайского населения в возрасте от 1 г. до 50 лет значительно ниже, чем среди японского населения того же возраста: 17,9% положительных реакций у китайцев и 36,5%—у японцев. Если считать за положительную только резко выраженную реакцию, то у китайцев—2,1%; у японцев—13,8%. Учитывая то обстоятельство, что для обследования брались население, живущее в одинаковых условиях, автор приходит к заключению, что разница в иммунитете к скарлатине зависит от расовых особенностей.

Лукияничкова.

24) *Стафилококковый менингит.* Lamb (Archiv. of Pediatrics, vol. XLV, № 5, 1928 г.) описывает случай стафилококкового менингита у ребенка 8-месячного возраста, окончившийся выздоровлением после однократного применения в боковой желудочек мозга 7 к. см. 0,1% gentianviolet.

Лукияничкова.

25) *Пневмококковый менингит.* Пневмококковый менингит, согласно литературным данным, в прежнее время давал 100% смертности. За последние годы описаны отдельные случаи выздоровления, главным образом у взрослых людей и у детей старшего возраста, при лечении противопневмококковой сывороткой, аутовакциной и оптохином. Uhr (Archiv. of Pediatrics, vol. XLVI, № 2, 1929 г.) описывает случай выздоровления от пневмококкового менингита у ребенка первого месяца при применении только одних люмбальных пункций.

Лукияничкова.

26) *Сердечные заболевания у детей.* Prof. Franz Hamburger (Münch. med. Wschr., №№ 13 и 14, 1929) разделяет сердечные заболевания у детей по их тяжести на случаи с тяжелым нарушением компенсации, со средним, легким нарушением и, наконец, без нарушения компенсации. У нервных субъектов автор считает совершенно непоказательным учащение пульса после функциональной пробы, равно как и затруднение дыхания может быть также непоказательным, если больной знает, что врач определяет наличие одышки. Самым важным методом определения тяжести заболевания автор считает функциональную пробу (как при врожденных, так и приобретенных заболеваниях). Если ребенок тотчас после рождения или спустя несколько недель при плаче или кашле становится цианотичным, то с наивысшей вероятностью можно ставить диагноз врожденного порока сердца, если даже мы не слышим никаких шумов. Верным признаком врожденного порока являются не часто встречающиеся „барабанные“ пальцы. Необходимо знать, что в таких случаях сила шума не может являться критерием работоспособности: при сильном шуме сердца может быть полная его работоспособность и при незначительном шуме полнейшая потеря работоспособности. Разделяя приобретенные заболевания сердца на острые и хронические, автор останавливает внимание на том, что хорей и острый суставной ревматизм чаще дают поражения клапанов, а скарлатина, воспаление легких и тиф—поражения мышцы сердца. Перикардиты распознаются гл. обр. по шуму трения перикарда, причем исчезновение этого шума часто говорит не за исчезновение перикардита, а, наоборот, за скопление экссудата. В отношении прогноза автор отмечает, что острые эндокардиты (за исключением детально кончающихся endocarditis lenta) б. ч. ведут к выздоровлению, но с образованием порока сердца. При пороках клапанов автор затрудняется дать конкретный прогноз, так как последний зависит от степени нарушения компенсации. Сердечная слабость при дифтерии, дизентерии, гриппе,

пневмонии и скарлатине всегда является не безнадежным, но прогностически серьезным признаком. При острых эндокардитах необходим постельный режим и (при суставных явлениях) салициловые препараты в больших дозах; если последние плохо переносятся, давать за 10 минут до их приема 5 кап. следующей смеси: Tinct. strychni 2, T. gent. 3, T. chin. 15. При малом и частом пульсе—дигиталис, при водянке—диуретин и малосоленную диету. После ликвидации эндокардита и прекращения лекарств больной должен пролежать в постели минимум 3 недели, начиная с момента установления нормального пульса. Переход к хождению должен быть постепенным.

С. М. Райский.

Заседания медицинских обществ.

Общество врачей при Казанском университете.

Анатомо-физиологическая секция.

Заседание 10 декабря 1929 г.

1. Асс. Альпидовский. *О действии препарата из placenta на воспроизводительную способность.* Докладчик отметил важность повышения плодovitости животных. Известны работы по этому вопросу Haberland'a, Сахарова, Павленко и друг., пытавшихся установить естественный «Sterilität» самок путем введения им препаратов из яичника, плаценты. Таким путем Haberland не всегда, однако, мог получить Sterilität, что он объясняет индивидуальностью животных. Докладчик поставил себе целью повторить опыты Haberland'a и на основании их пришел к выводам, что препараты из плаценты, приготовленные по способу проф. М. П. Тушнова, ускоряют рост белых крыс, повышают жизненный тонус и усиливают воспроизводительную способность как самок, так и самцов.—Прения: профф. В. М. Соколов, А. Н. Миславский, Н. Н. Сиротинин, К. Р. Виктор, А. Д. Гусев и др. М. В. Сергиевский.

2. Д-р Н. В. Пучков. *Об искусственном понижении температуры тела теплокровных животных.* Докладчик повторил опыты Бахметьева с анабозом и нашел, что всякий наркоз, а не только углекислота, превращает теплокровное животное в животное с неустойчивой температурой. Попутно докладчик отметил опыты Дю-Буа, вызвавшего путем повышения содержания углекислоты падение температуры до 30°C; Хорвата, на сусликах, получившего падение t° до -1°C . Вальтер на кроликах установил, что охлаждение до $+2^{\circ}\text{C}$ вызывает остановку дыхания, если затем делать искусственное дыхание, то вторая критическая точка наступает при $+8$ — $+9^{\circ}\text{C}$, ниже которой охлажденное животное нельзя возратить к жизни. На основании своих экспериментов докладчик полагает, что вторая критическая точка зависит от остановки сердца.—Прения: профф. К. Р. Виктор, В. М. Соколов, А. Н. Миславский, д-ра Ардашев, Дмитриев, Сергиевский.

3. Административная часть: единогласно в президиум секции избираются: председатель—проф. А. Н. Миславский, зам. председателя проф. С. И. Афонский, секретари д-ра М. В. Сергиевский и Е. Н. Павловский. Почетным председателем секции по предлож. проф. А. Н. Миславского избирается проф. А. Ф. Самойлов.

Проф. А. Д. Гусев зачитал письмо проф. К. Р. Викторова об его отказе от должности председателя секции. Выражена благодарность проф. К. Р. Викторову за его труды по организации и руководству секции в предыдущие годы.

Хирургическая секция.

Заседание 20/XI—29 г.

1. Д-р П. К. Виноградов (Ашхабад). *Случай венозной аневризмы подключичной артерии* был с успехом оперирован докладчиком: сделано иссечение аневризмы после предварительного лигирования обоих концов обоих сосудов и всех выпадающих сосудов. Исход благоприятный, тягостные боли в конечности и цианоз покровов ее исчезли.—Прения: д-р Б. В. Огнев подчеркивает значение «зрелости» аневризмы для успеха оперативного пособия в смысле сохранения конечности; проф. М. О. Фридланд в одном из своих двух случаев