

ным образом в предупреждении глухоты и глухонемоты. И здесь предстоит большая работа оториноларингологам — развернуть научные кабинеты при ОРЛ учреждениях, снастить их в достаточной мере современной сурдо-электроаппаратурой, широко поставить экспериментальную работу с основными методами лечения.

Интересно выступление В. Ф. Ундрица о значении улиткового феномена в изучении физиологии и патологии уха. В улитке механические упругие колебания (звуковое давление) трансформируются в электрические колебания той же частоты, и обратно — подвода к улитке электрические колебания, можно вызвать в ней механические колебания. Электрические колебания, возникающие в улитке благодаря звуковым колебаниям, можно уловить в любой точке лабиринтной стенки (улитковый феномен). После усиления тока улитки его можно вновь трансформировать в акустические колебания. Этот способ дает возможность глубже проникнуть в механизм слухового восприятия, позволяет судить о силе звукового воздействия. С упрощением методики этот эффект может быть получен у некоторых больных, что позволяет уточнить диагностику и терапию соответствующих заболеваний уха.

По пятому программному вопросу — физиология верхних дыхательных путей — выступили, главным образом, представители Казани. Интересен доклад К. Р. Вилкова и В. К. Трутнев. Он подводит итог совместной работы последних лет казанских ушных клиник и физиологической лаборатории проф. Вилкова по вопросам физиологии верхних дыхательных путей. Этими работами установлено, что при носовом дыхании осуществляется особый и до сего времени не учитываемый рефлекс со стороны окончаний тройничного нерва с очень обширным распространением комплексом эффектов. Этим рефлексом при носовом дыхании регулируется вентиляция легких, артериализация крови, кровяное давление, обмен веществ, морфологический состав крови.

Этот основной доклад был дополнен выступлениями П. Н. Щербатова, В. Н. Соколова, Н. А. Бобровского, Р. И. Мошина, В. В. Громова, доложивших результаты своих работ по физиологии верхних дыхательных путей.

Эти основные программные вопросы съезда были дополнены рядом других докладов, на которых, за недостатком времени, не имею возможности остановиться.

Должен отметить большую деловитость настоящего съезда. Моменты личного порядка (симпатии и антипатии) при умелом подходе руководителей съезда были сведены к нулю. Деловой подход и искреннее стремление к лучшему разрешению вопросов, поставленных перед съездом, преобладали в каждом участнике съезда.

Съезд ознаменовался выступлением наркома здравоохранения РСФСР тов. Камынского, фиксировавшего внимание съезда на последних постановлениях партии и правительства и, в связи с ними, на очередных задачах здравоохранения.

Следующий V съезд намечено созвать через 2 года в гор. Киеве.

Рефераты.

а) Теоретическая и экспериментальная медицина.

Kazuy Matsuda и Shinobu Odani. *Гистологические исследования сердечной мышцы у человеческого зародыша*. (Japanese Journ. of. obstet. et Gyn. 1935, № 1.) Авторы поставили себе задачей проследить по месяцам развитие сердечной мышцы у зародышей. Материал составляет 30 сл. Выводы: развитие мышечных волокон постепенное, без резких скачков. Только после 5-го месяца беременности строение волокон выступает яснее, картина клеточной syncytien становится тоже отчетливее. Ядра предсердия и желудочка различны не представляют, последние лишь немного крупнее. С 5-го же месяца можно обнаружить и миофибрилы. Лишь на 6-м месяце появляется миоплазма, но не обильно, а лишь в виде тонкого слоя вокруг ядер. С 4-го месяца лимфатические щели в мышцах становятся яснее. Т. Шарбе.

Ma ngold. *Движение и пищеварительная деятельность*. (Труды интернац. съезда физиологов, стр. 241, 1933 г.). А. производил на собаках исследования над временем прохождения пищи по желудочно-кишечному тракту при полном покое и при одно- и двукратном беге через различное время после приема пищи. Оказалось, что бег через 2 часа после приема пищи замедляет прохождение,

вследствие замедленного опорожнения желудка. Движение же через 5—10 часов после кормления ведет, вследствие усиления кишечной моторики к значительному ускорению приема прохождения пищи по желудочно-кишечному тракту. Работа в первые часы после кормления ведет к такому сильному замедлению опорожнения желудка, что то ускорение, которое получается при более поздней следующей за собой работе, уже не может компенсировать общее замедленное опорожнение.

Shi Kohan. Влияние желчного пузыря, сфинктера Oddi и duodenum на отток желчи. (Jap. Journ. of Gastroen. 5, 1933). А. производил опыты на собаках в 3-х направлениях: в первой серии опытов в желчный пузырь вводился резиновый баллон, движения которого записывались на барабанах, в 4. choledochus вводилась стеклянная трубка для собирания желчи, вторая трубка, наполненная ртутным раствором, передавала на манометр давление из дистального отдела duodeni. Резиновый баллон в 12-перстной кишке регистрировал тонус и сокращения его.

Во второй серии опытов обе стеклянные трубки вводились в 4. choledochus, баллон в duodenum. Ближняя к печени трубка использовалась для передачи колебаний давления в этой области.

В третьей серии — т-образная трубка передавала колебания давления во всей желчной системе, лежащая в duodeni у papilla Vateri трубка с манометром отмечала течение желчи.

А. вводил пилкарпин и питуитрин внутривенно, а интрадуоденально молоко, пептон, magn. sulfur.

На основании результатов своих опытов а. устанавливает три типа оттока желчи:

1-й тип (pilocarpintyp) — при котором тонус duodeni повышается, sphincter Oddi сокращается временами, давление в желчном пузыре, а позже и в желчных путях, повышается. Желчь вытекает при раскрытии sph. Oddi.

2-й тип (на молоко пептон и питуитрин). Тонус и сокращения duodeni ослабевают, sph. Oddi раскрывается, давление внутри желчного пузыря повышается, что вызывает отток пульсовой желчи.

3-й тип (по magn. sulfur). Тонус и сокращение sphincter Oddi ослабевают, sph. Oddi раскрывается и желчь течет без повышения давления в пузыре.

M. Hanke. Щелочность оттекающей от желудка крови во время секреции. (Arch. di Scienze Biol. Vol. XVIII. 1933 г.). Опыты имели целью выяснить, сопровождается ли образование HCl нарастанием щелочности оттекающей крови. Щелочность крови = сумме оснований, связанных с бикарбонатами, белками сыворотки, оксигемоглобином и во взаимодействии гемоглобином (искомое объяснение = $\text{NaHCO}_3 + \text{BP}_2 + \text{HbHCO}_3 + \text{HbH}_2$).

Абстиненция барбиталов, секретины вызывалась инъекцией гистамина. Кровь собиралась из одной из вен желудка и из в. femoralis. Опыты показали, что во время активной секреции HCl венозная кровь имеет рН на 0,00 выше, чем артериальная (что соответствует большому количеству оснований, около 2,5 миллимолей на 1 литр). Сопоставление количества оснований в артериальной и венозной крови и количества HCl, выделившейся в желудок, показали, что количества увеличенных оснований в венозной крови почти точно соответствуют количеству выделившейся HCl. Эти исследования показывают, что образование HCl одновременно вызывает образование эквивалентного количества оснований тканями желудка.

La Bagge. Гипогликемия и секреция желудка. (Труды интернац. съезда физиологов, стр. 215, 1933 г.) Механизм, регулирующий секрецию желудочного сока, зависит от многих факторов. Одни гуморальным путем поддерживают чисто химическими процессами постоянство секреции желудка. Другие, нервным происхождением, действуют либо рефлекторно, либо под влиянием центральной иннервации. На собаках с фистулой желудка а. нашел, что гипогликемия после инсулина вызывает выраженную гиперсекрецию, быстро исчезающую, если путем внутривенного введения глюкозы удается поднять уровень сахара крови. Если ограничить гипогликемизирующее действие инсулина на высшие центры, оставив интактными пути п. vagus, гиперхлоргидрия и гиперсекреция остаются. Эти факты объясняются стимулирующим действием инсулина на высшие нервные центры, которое передается по п. vagus к желудку.