

в ограниченный перитонит и один скончался через 36 часов. У остальных 9 больных с гнойным перитонитом, вследствие флегмонозного или гангренозного аппендицита, применение серотерапии до и после оперативного вмешательства дало быстро значительное улучшение общего состояния, быстрое исчезновение токсических явлений и восстановление пульса, падение температуры и восстановление перистальтики.

К. Ozaki. *Об анаэробных бактериях в желчных путях при холелитиазе.* (Fukuoka Acta Medica. Fukuoka ikwadaï — gaku — Zasshi. 1935, № 2, 28, Япония). Ввиду общераспространенного мнения, что анаэробные бактерии редко встречаются при холелитиазе, им уделяют клинически мало внимания. Автор бактериологически исследовал 40 сл. холелитиазиса. Для этого он пользовался различными питательными средами, как кровяной агар с виноградным сахаром и т. д. Для посева служили: желчь, добытая пункцией при операции, кусочки стенки желчного пузыря и камни. Результаты: выросли из группы факультативн. анаэроб.—28 штаммов *b. coli*, 9 штаммов энтерококка, 1 штамм гемолит. стрептококка и 1 штамм белого стафилококка. Из облигатных анаэробов выросли: 12 шт. *B. Welchii*, 1 шт. газов. бацилл и 1 шт. *b. putrif.* Частота *B. Welchii* составляет 30% исследованных сл. и 40% инфицированных случ. В 10 сл., где в желчи бактериол. найден *B. Welchii*, в мазках обнаружены грамположительные бациллы. Далее, автор исследовал биологическое влияние человеческой желчи на *B. Welchii* в эксперименте с кроликами. Результат: человеческая желчь—хорошая питательная среда для него. Он развивается уже через 10 часов и может жить в ней от 1—4 мес. При 1—2 месячном культивировании *B. Welchii* в человеческой желчи появляются многочисленные нитевидные формы бациллы. При инъекции в желчный пузырь 0,4 мг культуры *B. Welchii*, выращенной в течение 20 час. на кровяном агаре с виноградным сахаром, очень легко появляется холецистит. Через 2—3 дня гистологич. исследование дает картину некротизирующего или гнойного процесса, а через 40 дней—хронического холецистита. При введении больших количеств бацилл наблюдается некроз и перфорация желчного пузыря, и опытные животные погибают от бактериемии или сепсиса.

И. Цимхес.

Т. Шарбе.

Заседания медицинских обществ.

Пленарные заседания научно-медицинской ассоциации ТР.

На пленарных заседаниях научно-медицинской ассоциации 10 и 11 февраля 1935 года было заслушано два доклада профессоров—П. Ф. Здродовского и И. М. Франка, делегированных Всесоюзным институтом экспериментальной медицины для осуществления производственного похода имени XVI съезда советов.

В своем большом и содержательном докладе—*„Новые пути в борьбе с дифтерией“* профессор П. Ф. Здродовский указал, что разрешение проблемы дифтерии, в смысле радикального снижения заболеваемости и ликвидации смертности, невозможно на основе применения общесанитарных мероприятий и лечения больных сывороткой.

При дифтерии источником инфекции являются не столько больные, сколько здоровые бациллоносители, встречающиеся в весьма большом проценте. Выделение бациллоносителей и обезвреживание их—трудная задача.

Лечение дифтерии сывороткой, несомненно, эффективно, но успех сывороточного лечения зависит от своевременности его применения. Только в начале заболевания применение сыворотки дает хорошие результаты, но если ее применить с запозданием, действие сыворотки бессильно. Обычно больные часто подвергаются сывороточному лечению с опозданием.

В итоге, дифтерийные заболевания продолжают держаться на высоком уровне и временами дают тяжелые эпидемические вспышки. В то же время, несмотря на наличие сывороточного лечения, смертность от дифтерии остается весьма высокой.

Новые перспективы в борьбе с дифтерией открывают предохранительные прививки или так называемая активная иммунизация. Эти прививки совершенно безвредны. У нас и за границей установлено, что заболеваемость дифтерией среди привитых детей снижается во много раз, смертность же сводится почти к нулю. Так, среди 70 тысяч привитых детей дошкольников в Ленинграде, заболеваемость снизилась в $11\frac{1}{2}$ раз, а смертность — в 28 раз. В настоящее время методы прививки еще более усовершенствованы и обещают новые успехи. Невосприимчивость среди привитых детей держится в продолжении многих лет. Таким образом, путем прививок можно разрешить радикально проблему дифтерии.

Заболеванию дифтерией больше всего подвержены дети дошкольного возраста, а поэтому, в первую очередь, необходимо привить детям в возрасте от 1 до 8 лет. Необходимо организовать обязательные прививки для всего детского населения и проводить их планомерно с большой настойчивостью, с широким вовлечением общественности, при широкой санитарно-просветительной работе среди населения.

Наиболее радикальны 2-кратные прививки — два всprыскивания с промежутками в 20—30 дней и для большего результата надо через $1\frac{1}{2}$ —1 год проверить еще одной дополнительной прививкой. Не всегда перенесенная дифтерия дает иммунитет, а поэтому таким детям производить прививки малыми дозами.

Дело прививок должно возглавляться высокоавторитетной комиссией, в которую должны также войти высококвалифицированные специалисты.

Доклад вызвал оживленные прения, в которых принимали участие профессора: Агафонов, Васильев, Ляцкий и Меньшиков и доктора — Казанцев и Немшилов.

Профессор И. М. Франк в своем докладе „Свет и вопросы его применения в биологии и медицине“ указал, что благотворное действие солнечных лучей известно всякому. Помимо общего повышения жизнедеятельности организма при умеренном пользовании солнцем, два свойства солнечных лучей являются особенно характерными: предохранение от заболевания рахитом и благоприятное действие на заболевших, а также дезинфицирующее свойство — способность убивать бактерии. И то, и другое обуславливается не той радиацией солнца, которую мы непосредственно ощущаем как свет и как тепло, а невидимыми глазом и непосредственно неощущаемыми, так называемыми ультра-фиолетовыми лучами. При этом не все ультра-фиолетовые лучи, а только определенные, которые классифицируем условно по их длине волн, измеряемой в миллионах долей миллиметра — в миллимикронах, содержащиеся в незначительном количестве в общем потоке солнечной радиации, главным образом, и обладающие целебными свойствами. — Эти лучи не содержатся в наших обычных источниках света, не пропускаются они также и обычным оконным стеклом. Поэтому издавна делались попытки сконструировать такой источник света, который бы нам мог заменить солнце, то-есть содержать бы в большом количестве биологически активные ультра-фиолетовые лучи. Один из источников такого типа — ртутно-кварцевая лампа — нашел широчайшее распространение и им с успехом пользуются для ряда терапевтических целей.

Однако, в ртутной лампе, помимо лучей, содержащихся в радиации солнца, имеются еще и дополнительные, действующие особенно сильно раздражающе и дезинфицирующе. Если весь ультрафиолет мы согласно принятому международному обозначению, разделим на 3 участка А, В и С (граница участков устанавливается на определенной длине волн), то увидим, что они отличны по своим свойствам. Тогда как участок А сравнительно мало активен и приближается по своим свойствам к видимому свету, особенное значение имеют В и С. При действии на кожу человека имеют значение оба, несколько различаясь в качественном отношении, но, в общем, суммируются в своем действии. Есть указание, что при витаминизации молока участки В и С действуют противоположным образом; в то время как В способствует накоплению антиоксидантического витамина, участок С его разрушает.

Различные свойства отдельных участков спектра делают необходимым очень внимательный подход к изучению источников света, и, в зависимости от этого, источник света может быть использован для различных целей.

Но важна не только качественная характеристика в ультрафиолете, имеют значение и видимый свет, и тепловые лучи. — Эти лучи могут изменить, ослабить или усилить действие ультра-фиолетовых. Поэтому задачей правильного

использования источника света, как могучего средства воздействия на организм в нужном направлении, а не вслепую, заключается в том, чтобы объективно оценить „лучистый букет“. Новые физические методы измерения облегчают эту задачу и дают необходимый контроль.

В прениях по докладу выступали: профессор Гасуль, Клячкин, Викторов, Меньшиков и Шварц.

На заседаниях присутствовало более 600 человек.

Секретарь Научно-медич. ассоциации
д-р В. И. Эмдин.

Памяти заслуженного деятеля науки проф. В. И. Разумовского.

7-го июля с. г. в Ессентуках скончался на 78-м году жизни проф. В. И. Разумовский, имя которого хорошо известно каждому русскому врачу.

Патомец Казанского университета, который он окончил по медицинскому факультету в 1880 году, В. И. Разумовский в течение 29-ти лет работал в стенах родного университета. Пройдя стаж ординатора в хирургической клинике, руководимой проф. Левшиным, он остался при университете профессорским стипендиатом, в 1884 году защитил диссертацию на тему: „К вопросу об атрофических процессах в костях после перерезки нервов“, в 1885 г. был назначен прозектором по кафедре оперативной хирургии, а в 1887 году, после получения звания приват-доцента (1886 г.)—был избран и утвержден профессором по той же кафедре. В 1891 г. назначен директором Госпитальной хирургической клиники, в 1896 г.—факультетской клиники. За этот сравнительно короткий срок своего академического роста В. И. Разумовский имел возможность 4 раза побывать за границей. На кафедре факультетской клиники он остается до конца своего пребывания в Казани, т. е. до 1909 года, когда был назначен ректором Саратовского университета.

Это был период самой активной и плодотворной академической работы В. И. Разумовского. Благодаря блестящим способностям и кипучей энергии, В. И. рано выдвинулся в первые ряды хирургов своего времени, сумел, работая в провинции, играть ведущую роль среди русских хирургов, сумел создать хирургическую школу.

Получивши основательную анатомическую подготовку, В. И. Разумовский был прекрасным техником. Его репутация, как хирурга, была огромна. Он был обаятелен как врач, умеющий всегда тепло и чутко подойти к больному. Если прибавить к этому, что В. И. был прекрасным оратором, то понятно, почему он пользовался такой громадной популярностью среди врачей, студенчества и населения.

В. И. Разумовский вовремя вывел свою школу (Тихов, Боголюбов, Опочкин) на широкую дорогу известности, публикуя свои работы своих учеников в центральных русских хирургических журналах и заграничных изданиях, активно участвуя сам и вовлекая в работу своих учеников на съездах.

По своему складу проф. Разумовский был активным общественником. Уже в Казани это вывилось в его работе декана факультета, председателя Об-ва врачей; он был председателем одного из Пироговских съездов. Но особенно его общественные и административные склонности развернулись в последующий период его деятельности, когда