

различных участках тела маленькие, красные, фолликулярные зудящие узелки. Некоторые из узелков имели на своих верхушках пузырьки с прозрачным содержимым. Через два дня—вновь вливание в дозе 0,45. Сыпь снова усилилась и умножилась. Лечение тиосульфатом; выздоровление. Больному проделаны кожные пробы на чувствительность, которые оказались отрицательными. А. Д.

Gitman R. Сифилис и переливание крови. (Journ. of ven. dis № 3, 1936). Автор, на основании своих практических наблюдений, публикуемых в статье, выставляет следующие основные положения. Теоретически при каждой трансфузии нужно допустить известный риск, ибо нет доноров без всяких подозрений. Сифилис передается при трансфузии обычно редко, но это обстоятельство должно усилить наш интерес к затронутой проблеме. При сифилисе можно допустить наличие спирохетемии и поэтому даже от больных со старым сифилисом можно передать сифилис при трансфузии крови этих сифилитиков. В сообщенных случаях в литературе можно усмотреть, что не всегда донор был тщательно обследован. А. Д.

Point L. Сифилис и беременность (West Virginia med. J. V. 22/II 1937). Автор утверждает, что 75% сифилитических детей погибают в течение первого года жизни, чаще на первой же неделе. Они весьма склонны ко всякого рода инфекциям и кишечным расстройствам. Остальные 25% имеют латентный сифилис, который обычно проявляется перед 19-м годом жизни. В настоящее время общепринятой теорией является признание плацентарной передачи болезни от матери плоду. Таким образом сифилис является конгенитальной, а не наследственной болезнью. Клинические проявления сифилиса плода зависят от давности заболевания матери и от стадии развития плода. Если мать заразится незадолго перед зачатием, то плод почти наверняка умрет внутриутробно. Если заражение отстоит на больший промежуток от зачатия, то ребенок появляется мацерированным, либо преждевременно рожденным, либо родится в срок с латентным сифилисом. Сифилитические аборт не происходят раньше 4-го месяца. Во всяком случае до этого периода спирохеты не находятся в плаценте. Каждую беременную женщину, болевшую сифилисом, необходимо подвергать противосифилитическому лечению, не считаясь с тем, сколько времени она до того лечилась и какой курс лечения прошла, даже в том случае, если у нее давно нет никаких симптомов. При каждой следующей беременности необходимо вновь проделывать самое тщательное лечение. Чем в более раннем периоде беременности начато лечение, тем больше шансов за то, что ребенок родится живым и здоровым. Мышьяковые препараты оказались более эффективными для этой профилактической цели, чем ртутные. Внутривенные инъекции обычно не влекут за собой ни аборта, ни отмирания плода. В. Дембская.

Заседания медицинских обществ.

Казанский филиал общества невропатологов и психиатров.

Заседание 13 марта 1937 г.

Председ. проф. И. И. Русецкий предлагает почтить вставанием память скончавшегося московского психиатра проф. Внукова.

Проф. М. И. Андреев. „Памяти академика И. П. Павлова“

В своем докладе проф. Андреев отмечает те особенно ценные методы и достижения в области физиологии вообще и нервной в частности, которыми обогатил советскую науку И. П. Павлов. Изучая условные рефлексы у собак, травмированных наводнением в Ленинграде, Павлов установил у них патологическое извращение условных рефлексов и индивидуальное различие в реакциях, что и помогло ему до некоторой степени разрешить проблему темперамента и установить классификацию темпераментов, а с другой стороны подойти к проблеме неврозов. Благодаря чисто физиологическому подходу И. П. Павлов внес поправки в учение Кречмера, в котором преобладала клиническая установка.

Асп. Урманцев. Демонстрация больного с миотонией.

В ираниях приняли участие профф. Клячкин, Русецкий и Омороков.

Асс. Ш и ф р и н а. *Демонстрация больного с амиотрофическим боковым склерозом.*

В прениях проф. Г. А. Клячкин указал на редкость чистых форм амиотроф. бокового склероза. Проф. О м о р о к о в подчеркнул особеннос и случая: атипичное начало с конечностей, а не с бульбарного отдела, наличие у больного слабо-положительных реакций и циоз могут дать некоторые указания на специфическую природу заболевания.

Проф. И. И. Русецкий указал на большой клинический интерес обеих демонстраций, в первом он отмечает отсутствие гипертрофий, относительно 2-го случая соглашается с возможностью специфической природы заболевания.

Асс Э с с е л е в и ч и орд. С л а в и н. *К клинике поражений ветвей задней мозговой артерии*

В своем докладе авторы считают кардинальными признаками поражения ветвей задней мозговой артерии преобладание чувствительных нарушений над двигательными, гемипарезию, гемипарезию, понижение тонуса (за счет поражения чувствительных путей), специфические установки конечностей (рука скрипача). Вегетативные нарушения. Галлюцинации зрения и слуха.

В прениях приняли участие проф. И. И. Русецкий, Б а л ю л, Э с с е л е в и ч. Проф. О м о р о к о в в заключительном слове отметил интерес приведенного в докладе синдрома для уточнения диагностики; расстройство движений в данном синдроме зависит, по его мнению, от нарушений проприоцептивной чувствительности.

Асп. Ж о г о л е в и врач Г у л е в с к а я, *Изменения вегетативной нервной системы при трансцеребральном ионофорезе у здоровых людей и у лиц с органическим поражением центральной нервной системы.*

В прениях участвуют Б а д ю л, Ш и ф р и н а, С и н и ц ы н, доц. Клячкин, проф. Клячкин, Русецкий и О м о р о к о в. Проф. Клячкин считает работу интересной с двух точек зрения. Во-первых, она подтверждает, вопреки воззрению некоторых авторов, эффективность действия ионофореза; во вторых, подтверждает возможность воздействия ионофорезом на вегетативную нервную систему. Проф. О м о р о к о в указывает, что гемиплегия и энцефалит могут иметь различную топику поражения, что может давать вариации в колебаниях вегетативного тонуса, как до ионофореза, так и после, и привести к ошибочным выводам. Проф. О м о р о к о в полагает, что при ионофорезе мы имеем не непосредственное влияние ионов, а рефлекторное действие. Проф. Русецкий указывает, что в результатах, приведенных в работе, вопрос идет о сегментарных реакциях под влиянием примененного ионофореза. При маске получается комплекс вагальный, при действии кальция, наоборот, преобладает «симпатизация». При гемиплегии на почве капсулярных сосудистых нарушений происходит большая «автоматизация», паркинсонизм не дает таких характерных изменений вегетативных рефлексов.

Председатель проф. И. И. Русецкий.

Хирургическое общество ТАССР.

Заседание 15 мая 1937 г.

1. Д-р Я. М. Щ е р б а в с к и й. *Демонстрация. Случай хронического фиброзного осумкованного перитонита.*

Докладчик сообщил о наблюдавшемся в клинике неотл. хир. ГИДУВ (зав. проф. Г. М. Новиков) случае «фиброзного осумкованного перитонита». Б-ная С., 81 г, была доставлена в клинику экстренно. Была оперирована с диагнозом инвагинация кишечника. На операции (проф. Г. М. Новиков) обнаружено: конгломерат тонких кишок покрыт плотной, толстой капсулой. Произведено иссечение капсулы. Послеоперационное течение гладкое. Через 1½ мес. больная чувствует себя хорошо. При патогистологическом исследовании (проф. И. П. Васильев) капсула оказалась инкапсулированным пластом фиброзной ткани. Докладчик останавливается на вопросах этиологии, патогенеза и диагностики таких заболеваний. В литературе описано около 70 сл. хронич. осумкованного, фиброзного перитонита. Демонстрируются удаленные куски капсулы.