

анализов по нашему Союзу. Некоторое увеличение количества азотистых веществ по сравнению с данными К ö n i g'a зависит от климатических условий. Во всяком случае, разница в составе даже и с данными К ö n i g'a не существенна, и вообще анализы дают право утверждать, что те стандарты, по которым ЦСУ определяет питательную ценность пищевых продуктов при разработке анкетных данных о питании населения, применимы и к Маробласти. Это соображение важно потому, что разработка данных о питании населения в июле 1928 г. производилась именно стандартами ЦСУ.

2. Л. Н. Лось. *Питание сельского населения Звениговского и Моркинского кантонов Марийской Автономной Области.* По данным анкетного обследования 23/VII 5/VIII 1928 г. Работа проделана совместно с проф. В. В. Мило-славским.

Если оценивать уровень питания населения только по количеству приходящихся на едока калорий, то в этом отношении калорийность крестьянского пайка в обоих кантонах достаточно высока и мало отличается от средней по всему СССР. Применительно к физиологическим нормам разных авторов питание крестьян обоих кантонов также соответствует нагрузке. По своему характеру питание крестьян за рассматриваемый период относится к типу молочно-растительного, причем растительная пища явно преобладает, на мясные продукты падает всего 1,37—1,9% всех калорий.

Сравнивая питание населения обоих кантонов, большой количественной разницы не находим, как это показывает следующая таблица:

	Белки	Жиры	Углеводы	калорий
Звениговский кантон	139,4	66,9	775,7	4377
Моркинский кантон	135,4	57,0	721,6	4042

Получившаяся разница в 300 калорий может быть, разумеется, и случайной. Что же касается качественной разницы, то она почти совершенно отсутствует.

В Звениговском кантоне малопосевные крестьяне получают с пищей больше калорий (4690), чем среднепосевные; в Моркинском кантоне калорийность пайка растет с увеличением посевности. Это явление можно объяснить тем, что благодаря тому, что через Звениговский кантон проходит жел. дорога, малопосевные больше зарабатывают, например—извозным промыслом.

Имеет ли состояние питания населения Марийской Автономной Области какую-либо связь с эндемией зоба? Как уже отмечено, преобладание в пище неполноценных белков может, конечно, отразиться на функции щитовидной железы. Но так как все сельское население питается аналогично населению Мариобласти, можно лишь говорить о меньшей сопротивляемости организма действию того фактора, который обуславливает заболевание эндемическим зобом.

Секретарь Л. Лось.

Рино-ларинго-отитрическая секция.

23-е заседание 26/XII—1928 г.

Проф. В. К. Трутнев сообщил о смерти заслуженного деятеля науки проф. Н. А. Миславского. Собрание почтило память покойного вставанием.

Д-р Э. В. Петрулевич продемонстрировала *инородное тело* (большая рыбная кость—3 сант. длины и 1½ сант. ширины), *удаленное с помощью эзофагоскопа из пищевода*. Докладчица подробно остановилась на достоинствах метода.—Прения: д-ра Шабалин, Герасимов, Моерман, Лебедевский, ст. Векслин и проф. В. К. Трутнев.

Д-р И. Ф. Герасимов. *Материалы к изучению групп крови у татарского населения.* Напечатано в № 3 нашего журнала за 1929 г.

Д-р В. А. Чудносов. *Заболеваемость верхних воздухоносных путей у рабочих гидрогенизационного цеха госуд. мыловарен. завода № 1 в Татарии.* Вначале приводится краткое описание производства, цель и сущность работ, а также те вредности, с которыми приходится встречаться рабочим при работах в цехе. Для выявления изменений верхних воздухоносных путей и органа слуха было обследовано 98 человек, из которых через 2 года после первого осмотра повторному обследованию подверглось только 19 человек вследствие громадной текучести рабочих, связанной с тяжелыми условиями работ в производстве. Высокая температура атмосферы помещений, сквозняки, присутствие акролеина, окиси углерода, следов сероводорода, продуктов неполного сго-

рания, известковой и угольной пыли обуславливают массовое заболевание верхних воздухоносных путей, и особенно полости носа, доходящее в общей сложности до 86%. В связи с этим наблюдается и значительное количество поражений катаральным отитом. В больших размерах встречаются поражения лимфатической и сосудистой (до 70%) систем. Такому широкому распространению заболеваний верхних воздухоносных путей безусловно способствует широкое развитие табачокурения, алкоголизм и неудовлетворительные санитарно-жилищные условия. Все осмотренные рабочие разделены по возрасту на 5 групп и по стажу на 4. Первые 3 года работы в цехе сказываются появлением острых форм, постепенно переходящих в гипертрофические, которые и превалируют в этот период, по истечении же 3—5 лет исчезают, уступая свое место атрофическим, дающим наибольший процент с увеличением стажа. — Прения: д-ра Дробышев, Чихирев, Моерман, Лебедевский и студ. Векслин.

Научные собрания врачей Гос. ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

111-ое собрание 26/II 1929 г.

1. Проф. А. И. Тимофеев и д-р А. В. Голяев — *Смертельная эмболия легочной артерии* у больной, умершей на 5-ый день после операции удаления миомы матки; материалом для эмбола послужил тромбоз задних вен таза. — Прения: — Проф. И. П. Васильев, Р. А. Лурья, прив.-доц. Р. И. Лепская.

2. Д-р Н. В. Бусыгин. *Гемоагглютинация при некоторых болезнях глаз*. Докладчик, обследуя группы крови у больных с катарактой, высказал предположение, что послеоперационное течение (extractio cataractae) лучше протекает у лиц, принадлежащих к IV группе (по Мессу). Трахомой больше болевают члены семьи, принадлежащие к II группе крови. Громадная заболеваемость трахомой (преимущественно детей) чувашского населения, по мнению докладчика, зависит от большой заболеваемости детей чуваш корью сравнительно с другими национальностями, под влиянием кори конъюнктивы детей становится более восприимчивой к трахоматозному virus'у. — Прения: — Д-ра Герасимов, Дерчинский, Коленко и С. Я. Голосовкер, который отметил, что подмен факторов социальных факторами биологическими не должен иметь места.

3. Д-р А. М. Миропольская. *Наблюдения над анизокорией у туберкулезно-нервных больных* (по данным Шафрановского кумысолечебного курорта, сезон 1928 г.). По данным докладчицы анизокория встречается у туберкулезно-нервных больных в 27% как компенсированного, так и субкомпенсированного туберкулеза, причем в далеко зашедших стадиях анизокория встречается чаще, чем в начальных стадиях. Анизокория у туберкулезно-нервных больных принадлежит к так называемым простым анизокориям, так как не сопровождается изменением зрачковых реакций. Приводя теории, объясняющие анизокорию у туберкулезных больных токсикоинтоксикационную, рефлекторную и анатомическую, докладчица, однако, подчеркивает последнюю. Решение вопроса о том, какой зрачек считать патологическим, возможно при помощи фармакологических реакций и измерения зрачков пупилоскопом.

4. Проф. Р. А. Лурья. *О диагностической ценности зрачковых симптомов при висцеральном сифилисе*. Своевременное и правильное распознавание висцерального сифилиса, столь важное для судьбы больного, наталкивается на весьма значительные препятствия. Сюда относятся: отсутствие сколько-нибудь типичных для висцерального lues'a клинических картин, относительное только значение анамнеза, особенно у женщин, непостоянство RW при сифилисе внутренних органов и отсутствие следов перенесенного lues'a на коже, слизистых оболочках и костях. Вот почему особенное значение для дифференциального диагноза сифилиса внутренних органов имеет одновременное наличие подозрительных на сифилис симптомов со стороны различных органов или их систем. Висцеральный сифилис чаще всего представляет собою плуривисцеральное заболевание. Наиболее часты сочетания сифилиса внутренних органов с сифилисом нервной системы. Это сочетание в значительной мере облегчает диагноз висцерального сифилиса.

Но кроме таких случаев, где диагноз органического заболевания нервной системы не представляет никаких сомнений, имеется ряд случаев, где дело идет об очень неясных, ускользающих от внимания врачей симптомах, которые часто надо тщательно искать, но если они обнаружены, то имеют большое значение для распознавания висцерального сифилиса. Речь идет об анизокории, симптоме