

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

Argyll-Robertson'a и выцветании радужной оболочки глаз. Автор приводит целый ряд наблюдений из своей клиники, где имелись явления со стороны зрачков без всякого поражения центральной нервной системы; этим изолированным зрачковым симптомом автор придает особенное значение для распознавания висцерального сифилиса. Он видел этот зрачковый синдром при сифилитических поражениях аорты в ранних стадиях этой болезни, при сифилогенных поражениях желудка, чаще всего при *radiculitis syphilitica*, симулировавшем органическое заболевание желудка. Автор приводит случаи, где у больной было сделано 4 серьезных операций (аппендэктомия, *cholecystectomy*, резекция желудка и нефрэктомия), а исследование зрачков сразу заставило поставить вопрос о висцеральном сифилисе и специфическое лечение действительно избавило больную от болей. Приводится еще целый ряд случаев, где аномалия зрачков привела к диагнозу сифилиса легких, *diabetes mellitus*, *diabetes insipidus*, сифилитических нефропатий. Автор обращает внимание на то, что зрачковый синдром при висцеральном сифилисе очень стабилен и не исчезает даже после специфической терапии, наблюдались также случаи анизокории и Argyll-Robertson'a при врожденном *lues'e*. Теоретическое обоснование частого появления аномалий зрачков при висцеральном сифилисе очень различное. В то время как одни авторы считают симптом Argyll-Robertson'a патогномоничным симптомом *tabes dorsalis* и видят в нем только ранний моносимптом *tabes'a*, другие видят в аномалиях зрачков результат латентно протекающего во вторичной стадии сифилиса менингита. Автор склонен видеть в появлении зрачковых симптомов выражение раннего и латентного поражения вегетативной нервной системы — симпатических волокон и ганглий, например *ganglion ciliare* и основывает свое предположение на исследованиях Могильницкого, показавшего, что уже в ранних стадиях сифилитической инфекции имеются очевидные морфологические изменения вегетативной нервной системы.

Какой бы ни принимать патогенез зрачковых симптомов при висцеральном сифилисе, они практически имеют большое значение для распознавания сифилитических поражений внутренних органов уже по одному тому, что заставят врача подумать о возможности висцерального *lues'a*, а также потому, что наличие этих маленьких симптомов является доказательством плюривисцеральности процесса, что является весьма существенным признаком для поражения сифилисом внутренних органов. — Прения: проф. А. В. Фаворский и отделивший большой интерес доклада; стремление автора ввести неврологические методы в клинику внутренних болезней следует приветствовать. Оппонент отметил, что при проверке зрачковых реакций желательно проверять их в темной комнате с электрической лампочкой или свечей. Прив.-доц. Н. Н. Русецкий указал на сложность зрачковой иннервации (миотическая и мидриатическая рефлекторная дуги) и на влияние на ширину зрачка целого ряда моментов (*sensorium commune*, эмоция, кора большого мозга, поражение *striati*). Заболевание внутренних органов дают мидриаз. Для суждения о характере световой реакции имеют значение колебания зрачка в „состоянии покоя“ (*Pupillenruhe*, Löwenstein). Кроме того в прениях приняли участие профф. В. Е. Адамюк, Г. А. Клячкин, прив.-доц. Р. Я. Гасуль и др. Секретарь д-р Виленский.

## Деятельность Общества невропатологов и психиатров при Казанском гос. университете за 1928 г.

Деятельность Общества в 1928 г. выражалась устройством научных заседаний и помещением научных трудов членов Об-ва в периодических медицинских изданиях.

На 6 научных заседаниях Общества, из которых одно было посвящено памяти В. М. Бехтерева, были заслушаны следующие доклады и сообщения: 1) В. М. Бехтерев, как невропатолог (проф. А. В. Фаворский), 2) В. М. Бехтерев, как рефлексолог (проф. Т. Н. Юдин), 3) Роль конституции в течении хронического алкоголизма (Ксенократов), 4) Случай общего цистицерка с поражением мозга (Вылегжанин), 5) Случай хронического менинго-миелита нижнего отдела спинного мозга (Чураев), 6) Групповая принадлежность крови, телосложение и психозы (Кашеварова), 7) О нормальных сухожильных рефлексах (Русецкий), 8) Соматометрические профили телосложения у женщин (Ульянова), 9) Демонстрация микроскопических препаратов, относящихся к слу-