

3. Д-р Б а с ы р. *Работа сектора охраны материнства и детства здравобъединения в Ленинграде.*

Докладчики осветили во всех подробностях работу детского сектора Единого диспансера, с которой они ознакомились во время командировок в Москву и Ленинград, и продемонстрировали принятые там учетные карточки и формы отчетности.

4. Д-р Р а с с к а з о в а поделилась опытом работы Единого диспансера на Сталинградском тракторном заводе.

*Заседание 14 апреля 1932 г.*

1. Д-ра Е. П. Кревер и М. А. Акчурина. *Фосфор крови при тбс-неорганического фосфора в крови при различных формах тбс и при нетуберкулезных процессах в легких.* Они пришли к выводу, что при тяжелых формах тбс наблюдается значительная гипофосфатемия, тогда как при нетуберкулезных пневмониях количество фосфора, хотя и уменьшено, но не в столь резкой степени, как при тбс.

2. Д-р А. Н. Кокушина поделилась своими впечатлениями о I-й конференции курсов педиатров-туберкулезников, происходившей в Москве между 1—11 апреля т/г. при ЦТИ, остановившись, главным образом, на задачах туберкулезной организации и методах работы по борьбе с тбс детей и подростков в разрезе II-й пятилетки. *Прения:* Макаров, Лепский.

Председатель педиатрической секции проф. Е. Лепский.

Секретарь Ю. Макаров.

## Рефераты.

### *Внутренние болезни и туберкулез.*

38) Всякое инфекционное заболевание респираторного тракта (bronchitis tracheitis, laringitis, sinusitis) Wasson (Amer. M. A. v. 93, № 26) предлагает рассматривать, как проявление заболевания всего респираторного тракта—*bronchosinusitis*. Изучая патолого-анатомич. картину таких заболеваний в детском возрасте, а. отличает ее от изменений при тбк: резкое развитие соединит. ткани вокруг бронхов, артерий и вен при отсутствии резких изменений со стороны желез, в то время как при тбк—максимальное вовлечение желез с небольшим развитием соединит. ткани. Дети, страдающие bronchosinusit'ом дают определенную и рентгеноскопическую и клиническую картину: эти дети хорошо питаемы, раздражительны, имеют частые насморки, тонзилиты, с редкими повышениями Т.

*Н. Крамов.*

39) *Рентген. диагност. малых плевральных вытопов.* L. Rieger (J. of A. M. A., v. 96, № 2) считает, что все плевральные трансудаты и большинство экссудатов меняют свои границы в связи с переменной положения больного, только в случаях с большим количеством фибрина или плевральн. спаек нет подвижности. Малые плевриты, когда нет спаек, подвижны при перемене положения больного и легко открываются рентгеном, для чего а. рекомендует рентгеноскопировать—графировать положив больного на большую сторону, подложив подушки под голову и бедро. Приведенные а. рентгенограммы в стоячем и лежащем положении четко рисуют преимущества этой позиции, когда стоячее положение не давало картины выпота, а в данной позиции минимальные выпоты выступали четко.

*Н. Крамов.*

40) Haines описывает случай *стрептококкового перитонита, плеврита и энтеродидимита* (Amer. Med. J. v. 97, № 9). Ребенок 9 мес. был болен интормиттирующей Т, зубами в течение 3 недель и, повидимому, сильными болями в животе, рвот не было, но плохой аппетит. Живот значительно вздут, умеренная ригидность, чувствительность в прав. нижн. квадранте; левая половина scoti