

применил перевязку труб (кэтутом и шелком) у 13 кроличих; перевязанные трубы резецировались через различное время от 1 дня до 1 года,—и перевязанные их участки исследовались микроскопически на сериях срезов. Из 26 исследованных труб в 19 получилась полная облитерация трубных каналов, в 6—сужение просвета их, и в одном случае трубный канал оказался не представляющим значительных изменений.

Доклад, сопровождавшийся демонстрацией микроскопических препаратов, вызвал несколько вопросов и замечаний со стороны д-ров Б. С. Тарло и П. В. Маненкова.

Д-р И. В. Данилов сообщил об одном случае *выворота трубы при трубном аборте*. Аборт в этом случае, как оказалось при операции, сопровождался значительным кровотечением в брюшную полость. В литературе д-ру Д. удалось найти сведения лишь об одном подобном случае. В заключение доклада д-р Д. демонстрировал удаленную в этом случае беременную трубу и микроскопические препараты из ее стенки.

По окончании научной части заседания были произведены выборы бюро секции на предстоящий год. Председателем секции было единогласно выбран проф. В. С. Груздев, его заместителем—проф. И. Ф. Козлов, секретарями—д-ра Б. С. Тарло и И. В. Данилов.

## Научная конференция Гос. центрального института О. З. Д. и П Наркомздрава.

25 марта 1931 г.

Е. Г. Гранат демонстрировал девочку 9 лет по поводу *злокачественной опухоли средостения*. Опухоль быстро растет, дала прорастание в бронхи, имеются симптомы сдавления. Общее состояние ребенка плохое, отечность лица, шея. Появился плеврит. Гистологическое исследование опухоли (биопсия), произведенное проф. В. Г. Штефко, дало ангио-эпителиому. Этой опухоли, как указал проф. В. Г. Штефко, уже в силу ее природы, свойственно переходить в саркому. Больная подвергается рентгенотерапии. За последнее время отмечается некоторое улучшение общего состояния. Проф. А. А. Кисель отметил исключительную редкость демонстрированного случая. Улучшение общего состояния за последний период возможно отнести за счет откаченной из полости плевры жидкости, но возможно и влияние рентгена.

В. Г. Штефко. «*Капилляроскопия и ее значение в детском возрасте*». В основном доклад сводился к следующему: волосные сосуды представляют собой важнейший отдел сосудистой системы, почему изучение этого отдела имеет большое значение. Изучение показывает, что та или иная форма капилляров не является случайной, а стоит в связи с общими конституциональными особенностями организма. Общие исследования по развитию капилляров дали возможность опыта построения определенной генетической схемы формы капилляров. Эта схема, будучи нанесена на карточку, даст нам возможность быстро регистрировать и разбираться в весьма многообразной картине капилляров. Наблюдения показывают, что длинные тонкие капилляры, с узким просветом, свойственны астеническому типу; большие широкие с слабыми изгибами—мускульным типам; промежуточные формы капилляров дает торакальная группа. У лимфатиков и у абдоминального типа наблюдается гипопластический тип капилляров—короткие с более разреженным расположением. Далее имеется ряд аномальных форм капилляров. Так, в местах эндемического зоба встречается большой % архикапиллярных структур и других форм неполноценного развития капилляров. На дифференцировку капилляров по мнению Ш. щитовидная железа имеет большое влияние. Можно отметить некоторую корреляцию между степенью интеллектуального развития ребенка и формой капилляров. Среди отстающих школьников значительно большее количество архийформ. Ряд экзогенных факторов также оказывает влияние на форму капилляров.

Проф. А. А. Кисель, резюмируя обмен мнений по докладу, отметил, что поставленный докладчиком вопрос, несомненно, представляет интерес—капилляры должны, без сомнения, отражать общее состояние организма. Каждая болезнь вызывает только ей свойственные изменения. Вероятно такие изменения возможно найти и в капиллярах. В педиатрии отношение к капилляроскопии пока сдержанное, но работы в этом направлении должны продолжаться и, несомненно, приведут

к определенному результату и весьма ценным выводам. Но следует помнить, что кашиллароскопия делает только первые шаги. Секретарь Е. Ф. Сидельникова.

18-го апреля 1931 г.

Проф. А. А. Кисель «О хронических артритях у детей». Классификация хронических артритов у детей совершенно не разработана, поэтому докладчик предлагает свой подход, который состоит в том, чтобы прежде всего выделить те артриты, которые уже сложились в совершенно определенную клиническую форму. Прежде всего докл. поставил вопрос, бывают ли у детей хронические артриты ревматического происхождения, и приходит к заключению, что в практическом отношении выгоднее всего настаивать на том положении, что хронические артриты у детей развиваются на почве различных болезней (сифилис, туберкулез, гонорея и проч.), но для ревматизма характерно как раз обратное—исключительная легкость и летучесть поражения суставов. Докл. останавливается преимущественно на одной форме хронических артритов у детей, именно—на самостоятельных хронических артритах прогрессирующего характера. Эти артриты нередко описывались под названием ревматических, но это сплошное недоразумение. Клиника определенно говорит, что они не только не похожи на ревматические артриты, но являются как бы их антиподами. При этих артритах поражения суставов стойки, прогрессируют, сердце не принимает участия в страдании, болезнь нередко начинается рано—даже до 2-х лет. Живут эти больные долго, иногда до старости, являясь полными калеками. При хронических прогрессирующих артритах никогда не наблюдается ревматических узелков. Что касается происхождения этой болезни, то докл. склоняется к взгляду, что эти артриты инфекционного происхождения. Характерно, что эта болезнь развивается внезапно у до того здоровых детей и в начале может сопровождаться повышением температуры. Далее докл. останавливается на вопросе, бывает ли у детей обезображивающий артрит, и приходит к выводу, что обезображивающие артриты наблюдаются лишь у пожилых людей и стариков. Для этих артритов установлена специфическая патолого-анатомическая картина, которая при хронических артритах у детей никогда не наблюдается. Эти, так называемые, обезображивающие артриты у детей с резким увеличением и изменением формы суставов следует отнести к полиартритам инфекционного происхождения, как на это указывает и Ибрагим (Ibrahim).

Далее, докл. предлагает совершенно отказаться от термина «узловатый ревматизм», как вносящего путаницу. В заключении докл. коснулся вопроса об этиологии узловатой эритимы. В клинике докладчика этот вопрос разрабатывается очень давно. Эта болезнь в клиническом отношении не походит ни на ревматизм, ни на туберкулез. Это совершенно самостоятельная инфекция. Она никогда не повторяется, но может давать возвраты. Течет как сезонное заболевание, давая весенние и осенние подъемы, что как раз свойственно инфекционным заболеваниям.

Доклад проф. А. А. Киселя вызвал оживленный обмен мнений, где отмечена важность вопроса об артритах у детей, которые имеют не малое значение в детской патологии.

А. М. Кранцфельд и А. В. Лизгунова «Работа 73-й Союзной гельминтологической экспедиции в Узбекистане». Экспедиция изучала социально-бытовые условия жизни узбеков с санитарно-гигиенической точки зрения. Обследование выявило ряд факторов, способствующих распространению глистных заболеваний, напр. еда руками из общей посуды, арычное водоснабжение и т. д. Район, подвергшийся обследованию—это долина Заревная и горная местность Анелоса. Здесь среди населения (обследовано преимущественно детское население) найдено было 4 вида глист: *Hymenolepis nana*, *Tenia spec.*, *Trichoscephalus trichiuris*, *Ascaris lumbricoides*. Из 1018 обследованных—зараженных глистами 216 человек, т. е. 21,2%, следовательно общая зараженность, против ожидания, оказалась невысокой. По отдельным видам имелось следующее: 137 случ. *Hymenolepis nana*, 35 случ. *Tenia spec.*, 27 случ. *Trichoscephalus trichiuris* и 47 случ. *Ascaris lumbricoides*. Докладчики полагают, что невысокую пораженность глистами возможно объяснить влиянием климатических факторов—высокой температурой и отсутствием влаги, что затрудняет развитие яиц власоглава и аскариды, которые требуют определенных для того условий. Другие виды, как *Hymenolepis nana*, не требуют этих условий и потому оказались в значительном проценте. Малый процент остриц возможно объяснить особенностью одежды узбеков (закрытые

шаровары), которую они носят не снимая и на время сна, что препятствует заражению.

Резюмируя прения по докладу, проф. А. А. Кисель указал, что малый процент инвазии возможно объясняется также и постоянным пребыванием детей на воздухе.

Секретарь Е. Сидельникова.

18 мая 1931 г.

Е. Е. Гранат демонстрировал мальчика 9 лет по поводу *панкардита*, развившегося на почве оч. тяжелой ревматической инфекции.

Н. А. Панов «О *треугольных базальных тенях в легких*». К числу находок на рентгеновской картине грудной клетки относятся «треугольные тени», которые своим основанием прилегают к диафрагме, верхушкой обращены к hilus'u, медиально граничат с позвоночником, а латерально ограничиваются косой линией, идущей от hilus'a к середине купола диафрагмы. Эти «треугольные тени» считаются рентгеновским выражением медиастинальных плевритов-экссудатов и шварт. За последнее время большое распространение получила бронхоэктатическая теория, которая доказывает, что в значительном проценте случаев причиной таких медиастинальных шварт являются бронхоэктазы. Докладчик демонстрировал снимки 7 случаев с «треугольными тенями» в легких. Из них в 4 случаях имелись клинически выраженные бронхоэктазии, в 3 случаях—туберкулез легких.

Из обмена мнениями выяснилось, что эти тени довольно стойки, могут существовать без значительных изменений ряд лет. Последнее обстоятельство, как указал проф. А. А. Кисель, заставляет сомневаться в связи этих теней с бронхоэктазиями, где с течением времени наблюдаются определенные изменения. Конференция пришла к выводу, что вопрос о генезе этих теней требует еще дальнейшего изучения.

О. П. Григорова «*Изоагглютинация у детей в связи с конституциональными особенностями и био-патологическими факторами*». Ознакомив с основными понятиями об изоагглютинационных группах крови и их значении для освещения вопросов онтогенеза, филогенеза и вопросов иммунитета, докладчица представила свои материалы по изучению изоагглютинационных групп среди московских детей. Оказалось, что расовый индекс, как у русских, так и у еврейских детей равен 1,5. Наблюдается только некоторая связь между нормальными типами конституции и кровяными группами: у мальчиков преобладание торакальных типов и астеников в группе В, мускульных типов в группе А и В; абдоминальных типов в гр. О и В. У девочек: торакальные в группе В, абдоминальные в группе АВ. Наблюдается совершенно определенная связь между кровяными группами и отклонениями роста и развития, причем и здесь имеются различия между мальчиками и девочками; у мальчиков эти отклонения связаны с А-качеством, у девочек с В-качеством. Патологические типы конституции у мальчиков встречаются главным образом в группе А, у девочек в группе АВ. *Distrophia adiposo-genitalis* встречается исключительно в гр. А. Существует связь между изоагглютинацией и темпераментом: так, у мальчиков в гр. В встречаются главным образом пизойдные типы, у девочек в гр. АВ значительное количество циклотимиков. Существует определенная связь между кровяными группами и инфекционными болезнями.

Наибольшую резистентностью по отношению к инфекционным заболеваниям обладает группа О (за исключением коклюша) и наименьшей—группа АВ. В заключение докладчица останавливается на значении определения кровяных групп для изучения конституции и при профотборе.

В прениях по докладу указывалось, что по вопросам кровяных групп следует еще провести ряд экспериментальных работ, которые помогли бы выяснить сущность вопроса; нельзя серологично строить абстрактно на антителах, надо брать в порядке изучения обмена веществ, надо попытаться расшатать эту конституциональную стойкость (Л. М. Модель). Проф. А. А. Кисель, отмечая интерес загнанных вопросов, указывает, что связывать те или иные кровяные группы с типами конституции пока трудно, т. к. пока что эти типы трактуются различно, напр.—астенический тип—одни считают его следствием туберкулеза, другие трактуют как самостоятельный тип. Сейчас связывать кровяные группы с конституциональными группами—это может сильно повредить делу изучения этого вопроса. Вопрос же мало изучен, требуются дальнейшие работы в этом направлении.

В заключение было заслушано краткое сообщение проф. А. А. Киселя — «Книга Люмьера о туберкулезе (A. Lumiere. «Tuberkulose. Contagion, Hérité» Lyon). Главный интерес книги сосредоточен на вопросах о заражении и наследственности. Автор приводит очень много фактов, которые как бы опровергают очень распространенное мнение о том, что бацилло-выделители представляют очень большую опасность для окружающих. С другой стороны, он останавливается на том обстоятельстве, что нет возможности привести такие факты заражения извне, которые были бы для всех совершенно убедительны, т. е. таких наблюдений не имеется. После обстоятельного разбора фактов Люмьер приходит к выводу, что для здоровых людей тбс мало заразителен. Что касается наследственности туберкулеза, то автор приходит к определенному заключению, что заражение плода при тбс матери более чем вероятно и сомневаться в этом никак нельзя. Вопрос передачи тбс через семья отца считает мало освещенным. В книге приводится ряд фактов, которые не могут быть объяснены без признания факта внутриутробной передачи туберкулеза. При чтении этой книги получается впечатление, что А как бы сдерживает себя при толковании целого ряда новых фактов из учения о туберкулезе, как бы не решается выйти из под влияния тех взглядов, которые считались как бы обязательными. Но теперь наступает в этом отношении резкий поворот — учение о внутриутробной передаче туберкулеза становится все более и более приемлемым. В заключение проф. А. А. Кисель отмечает, что эту книгу желательно перевести на русский язык.

Секретарь Е. Ф. Сидельникова.

## Заседание Московского областного о-ва детских врачей от 4/V—31 г.

1. Проф. А. И. Хроцкий. *О рациональном методе лечения дифтерии.* Основные положения доклада следующие: сыворотку следует вводить в таких количествах, чтобы не только ослабить симптомы д., но и совершенно их уничтожить. Если несомненно то, что антитоксин не может восстановить элементы организма, уже разрушенные к моменту введения сыворотки, то, с другой стороны, в каждом отдельном случае мы не можем знать, зависят ли симптомы (гиперемия и отечность зева, хрипота голоса, явления миодегенерации сердца и т. п.) от непоправимых изменений, вызванных токсином, или же они указывают на продолжающееся отравление организма токсинами. Поэтому серотерапия должна проводиться так: при поступлении больного с проявлениями (хотя бы и легкими) д. ему должна быть введена сразу достаточная доза антитоксина (не меньше 10 тыс. единиц), если на следующий день у него имеются еще симптомы д. (налеты, отечность, хрипота, воспалительные железы и т. п.) впрыскивается опять 10 тыс. (в более тяжелых случаях по 20 тыс. утром и вечером). В тяжелых случаях приходится вводить до 140—160 т. и более за все время лечения. Ни в коем случае не следует прекращать введение сыворотки *лишь при улучшении* состояния, ее нужно вводить ежедневно *до исчезновения* всех симптомов д. Из приведенных докладчиком 248 случаев д. (из них 102 сл. средней тяжести и 59 тяжелых, среди них 18 сл. крупы) умерло 3, причем в 2-х из них был нарушен вышеописанный принцип лечения. Смертность при применении указанного докладчиком способа лечения — исчисляется им 0,4%. Сыворотка должна быть достаточно высокого титра (1000—1500 т. ед. в 1 куб. см.).

Докладчику был предложен ряд вопросов, касающихся уточнения материала, возрастных отношений, классификации, осложнений и др.

*Прения:* С. Н. Розанов отмечает прежде всего недостатки в классификации материала. Ничего нет удивительного, что получилась низкая смертность: детей до 5 лет, дающих наибольшую смертность, было лишь около 20%, тяжелых токсических случаев мало, миокардитов не было. Слишком мал материал для решения вопроса о методике лечения. Нового в методике ничего нет. Мы также проводим продолжительное лечение сывороткой, однако при наличии уже регрессивных явлений (некроза) заканчиваем введение антитоксина. При лечении осложнений, параличей — от сыворотки пользы не видели. Отмеченная докладчиком частота рецидивов (18 сл.) у нас не наблюдается. Появление их нельзя связывать с сывороточной болезнью, как на это указал докладчик.