

В заключение было заслушано краткое сообщение проф. А. А. Киселя — «Книга Люмьера о туберкулезе (A. Lumiere. «Tuberkulose. Contagion, Hérédité» 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 семью 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.

При локализованной форме д. достаточно впрыснуть и 5000, прибавляя при прогрессировании. При крупе впрыскиваем меньше, чем при токсической дифтерии. Крупозные больные погибают не от дифтерии, а от осложнений (пнеймония). Метод лечения не играет большой роли в смертности.

Н. И. Лебедева. % смертности очень заманчивый; объясняется характером материала. В дифтерийных отделениях детских больниц смертность значительно выше. Формы болезни на материале докладчика были не очень тяжелые (это видно из среднего числа един. антитоксина). Новое в методе лечения—это более длительное введение сыворотки.

И. В. Фридман также считает, что смертность не зависит от нового метода. Круп, повидимому, был не тяжелый, т. к. только в $\frac{1}{3}$ случаев потребовал интубации. Из таблиц докладчика нельзя усмотреть указанного им влияния лечения на более раннее исчезновение палочек.

А. А. Кисель. Метод состоит в систематическом (без перерывов) лечении умеренными дозами при продолжительном применении. Материал, повидимому, большей частью состоит из легких случаев: в $\frac{1}{2}$ случаев лечение ограничилось 1—2 инъекциями. Материал подобранный—маленьких детей мало.

А. И. Хроцкий. Я борюсь с разделением на прогрессивные и регрессивные явления д. «Сбивание» картины (до улучшения)—недостаточно. Бактерии существуют и продолжают выделять токсин. Необходимо систематически вводить антитоксин до исчезновения явлений, которые можно считать за дифтерийные.

А. А. Кисель. Доклад представляет значительный интерес. В методе—ясная идея—систематическое и настойчивое лечение сывороткой независимо от кажущихся улучшений, ибо наша оценка далеко не всегда соответствует действительному состоянию болезни. Можно привести аналогию с лечением малярии и lues'a. Наиболее энергичное лечение проводится в межприступный период. Этим достигается добивание врага в момент его ослабления. Прделанный докладчиком опыт очень интересен, но материал слишком мал, желательно провести наблюдения в большем масштабе.

И. А. А. Кисель. О последнем всесоюзном малярийном съезде. Докладчик освещает главнейшие вопросы, затронутые на съезде.

О распространении малярии: отмечено резкое снижение малярии за последние $4\frac{1}{2}$ —5 лет.

О направлении деятельности малярийных станций. Увлечение лечением отнимает все силы у работников. Центр тяжести борьбы с малярией—в проведении широких профилактических мер. Как научный орган, тропический ин-тут не в состоянии планировать всей работы. Необходимо создание особого центрального органа для проведения кампании, нужно выработать определенные показатели достижений.

О хинине. Хинина мало, будет еще меньше, необходимо рациональное его расходование (не давать без специфических показаний).

Острая или хроническая болезнь—малярия? Вопрос, имеющий большое значение в смысле ликвидации болезни.

М.—хроническая болезнь, с отдельными очень острыми вспышками. Лечить нужно не только в момент проявлений болезни, но и тогда, когда она как будто спит.

О причине рецидивов. Обычно считается, что гаметы являются причиной рецидивов. В докладе д-ра Ф. М. Го поркова приведены доказательства в пользу шитогонии (бесполой путь)—как источника рецидивов.

О плазмохине—вполне одобрительные отзывы. Очень желательны дальнейшие наблюдения.

Секретарь Б. Г. Ширвиндт.

Хроника.

39) Председателем Краевой медицинской ассоциации в Казани избран проф. И. С. Алуф.

40) 10 июня в Харькове состоялось торжественное заседание хирургических секций Ученого Совета НКЗ Украины и Харьковского мед. О-ва по случаю 16-летия существования первого советского хирургического журнала „Новый хирургический Архив“ с докладом отв. редактора и основателя журнала проф. Гальперна. Редакция „Каз. мед. журн.“ приветствует юбиляра и желает ему еще долгие годы служить на пользу советской хирургии.