

з аков (Москва) высказались за применение терапии продуктами расщепления эндокринных желез, а проф. Сердюков (Москва)—за применение фолликулярного гормона (фолликулина).

Из области оперативной гинекологии укажем доклады Атабекова (Москва) и Попандопуло (Харьков) *о лечении мочеполовых свищей*, доклад проф. Тимофеева *о применении местной анестезии при гинекологических чревосечениях* и экспериментальное исследование д-ра Чертока (Киев) *о значении перитонизации раневых поверхностей малого таза при операциях*.

Из работ бактериологического характера интересны исследования проф. Илькевича, Синева и Зайцева (Москва), которые показали, что в зимние месяцы в влохиях родильниц стрептококк находится в 26%, летом—в 19%. У детей зимой чаще находится стрептококк в носоглотке, который часто и бывает истинной причиной гибели «слабых» детей. Указанную разницу в частоте нахождения стрептококка авторы объясняют недостаточностью ультрафиолетовых лучей зимой. В известном соответствии с наблюдениями Илькевича стоят данные санитарно-гигиенического обследования Акушерской клиники Киевского Клинического института, произведенного д-рами Ширманом, Верхоглядом и Перкельяном и показавшего ухудшение в зимние месяцы.

Вечером 26 мая съезд закончился административным заседанием, на котором вынесен протест против Шахтинских вредителей. Местом следующего съезда, который предложено собрать не ранее, как через два года, избрана Москва. Программные вопросы остались не намеченными.—предложено лишь включить в качестве таковых вопросы охраны материнства и младенчества в самом широком смысле слова.

Установившаяся на впечатлениях, которые остались от съезда, прежде всего следует отметить большой интерес к съезду, выразившийся в значительном количестве съехавшихся. Всего было зарегистрировано 947 действительных членов и 312 гостей, причем из этого числа 537 чел. падает на Р.С.Ф.С.Р. и 722—на Украину. Что касается организации съезда, то со стороны Организационного бюро было сделано все для радужной встречи собравшихся. Нельзя того же сказать относительно организации самой работы съезда. Как и на предыдущих съездах, главным недостатком настоящего съезда было слишком большое количество докладов. Всего заслушано 100 докладов. Еще большее количество их заслушано не было. Часть этих докладов была представлена на выставке в виде т. н. «немых» докладов с помощью рисунков, таблиц, диаграмм, препаратов и т. п. Такая масса докладов повела к тому, что время докладчиков было крайне урезано, а количество желавших выступить в прениях—ограничено. Предполагавшаяся в начале при организации съезда попытка ограничить количество докладов путем отбора их в местных аппробационных комиссиях, видимо, не могла быть осуществлена<sup>1)</sup>.

## Заседания медицинских обществ.

### Общество врачей при Казанском университете.

#### *Педиатрическая секция.*

Заседание 19/V.

Д-р. З. С. Казанская: *Случай гипофизарного ожирения* (с демонстрацией больного). Докладчица, кратко упомянув о различных формах ожирения, подробно остановилась на клиническом проявлении гипофизарного ожирения, иллюстрируя свое изложение демонстрацией больного ребенка 2½ лет.—В прениях по докладу приняли участие проф. В. К. Меньшиков и Е. М. Лепский, д-ра Г. Б. Масник, В. И. Зуев, Ю. В. Макаров, М. Н. Лукьянчикова и пр.-доц. В. Н. Воробьев.

<sup>1)</sup> Вообще ни на одном съезде не сказался так ярко уродливый характер, который приняли наши съезды, как на Киевском. Мы едва ли ошибемся, если скажем, что огромное большинство съехавшихся не вынесли со съезда почти ничего. Очевидно, настоятельно необходимо ввести в дело съездов какие-то коррективы,—иначе дело это будет в конце дискредитировано.

Д-р. А. Г. Суворов: *Определение концентрации водородных ионов в крови у детей при различных заболеваниях.* Определение производилось электрометрически хингидронным методом. Кровь набиралась из вены, sinus longitudinalis, или из укола в пятку под каплей *ol. vaselini sterilis*. Для взятия ее докладчик пользовался 2-граммовым Лиерговским шприцем, в цилиндре которого, приблизительно на середине, к проделанному отверстию была припаяна стеклянная трубочка со впаиванной платиновой проволокой, гальваноэластически покрытой золотом. Предварительно шприц промывался хромовой смесью, водой и раствором 0,4% NaCl. Перед самым взятием крови в припаянную часть стеклянной палочкой вносилось небольшое количество хингидрона и всасывалось 0,2—0,3 раствора 0,4% NaCl. Трубочка с хингидроном совершенно заполнялась раствором, после чего нижняя часть шприца промывалась еще несколько раз с целью удалить приставшие кристаллы хингидрона, и затем через иглу, предварительно промытую 0,4% раствором Na citrici, набиралась кровь. По взятии 0,3—0,4 ее в шприц втягивалось некоторое количество того же раствора NaCl так, чтобы получилось разведение 1:5, и в кончик шприца всасывалось незначительно количество агарового студня с KCl, причем получалась, таким путем, герметическая закупорка. После того кровь тщательно смешивалась, путем взбалтывания с раствором и хингидроном, шприц сейчас же включался в цепь, определялась электродвижущая сила, и выводилось значение Ph при 18°C. Определение было произведено у 20 детей, среди которых был 1 здоровый ребенок, 5 рахитиков, 4—с тяжелой атрофией, 1—с хроническим энтероколитом, 5—с тетанией, 1—с интоксикацией, 3—с острым нефрозо-нефритом и 1—с микседемой. При этом оказалось, что дети атрофики, рахитики, с интоксикацией, нефрозо-нефритом, энтероколитом и микседемой дают показатель меньше нормы, т. е. уклон в сторону ацидоза, большие же с тетанией дают явную картину алкалоза.—В прениях по докладу приняли участие профф. В. К. Меньшиков и Е. М. Лепский и прив.-доц. В. Н. Воробьев.

Проф. В. К. Меньшиков: *О скарлатиноподобных заболеваниях.* Во время эпидемий скарлатины перед врачами нередко встает вопрос, имеет ли он у больного заболевание скарлатиной, требующее строгой больничной изоляции, или же здесь существует скарлатиноподобное заболевание, где, наоборот, необходимо оберегать больного от общения со скарлатинными больными. Наиболее часто приходится дифференцировать скарлатину от скарлатинозной краснухи Филатова („четвертая болезнь“ *Dukes'a*, а и *Scarlatinella Hochsinger'a*). Болезнь по своим симптомам мало отличается от самой легкой скарлатины; ничтожная краснота зева и отсутствие характерного скарлатинозного языка обращают здесь внимание наблюдателя. Во многих случаях при ней не бывает ни жабы, ни лихорадки, и сыпь держится всего лишь несколько часов. Болезнь длится 2—3 дня и не сопровождается шелушением, хотя последнее, по мнению некоторых авторов, и возможно. В Казанской университетской детской клинике за последний год пришлось наблюдать несколько случаев такой скарлатинозной краснухи. В скарлатинозный барак клиники было принято несколько больных с симптомами типичной, но чрезвычайно легкой скарлатины. Диагноз был взят под сомнение в виду отсутствия у больных феномена погашения и обнаружения в крови резко выраженной лейкопении, а также в виду отсутствия характерного малинового языка. Последовательное заболевание этих больных скарлатиной во время пребывания их в клинике (спустя 10—16 дней) оправдало предположения докладчика. Исследование картины крови, по мнению проф. М., может также явиться решающим в смысле постановки точного диагноза. В скарлатинозном бараке, куда случайно попадали больные со скарлатинозной краснухой, у некоторых больных скарлатиной спустя две—три недели было отмечено появление типичной скарлатинозной сыпи, сопровождавшейся небольшими подъемом <sup>10</sup>. Казалось, здесь имел место рецидив скарлатины, но резкая лейкопения, быстрое угасание сыпи и улучшение общего состояния больных не оставляли сомнений в том, что дело здесь шло не о рецидиве скарлатины, а о новом заболевании скарлатинозной краснухой. Проф. Молчанов склонен считать скарлатинозную краснуху разновидностью обыкновенной краснухи, докладчик же думает, что ее следует выделить в особую форму заболевания. К этому его побуждает то обстоятельство, что им наблюдалась скарлатинозная краснуха, в то время, когда он совершенно не видал заболеваний обыкновенной краснухой. Поводом к смешению со скарлатиной может служить также заболевание детей инфекционной эритемой („пятая болезнь“, *erythema infectiosum, exanthema variabile*). Эта болезнь характеризуется появлением сыпи на лице и разгибательных поверхностях конечностей, тогда как на туловище сыпь бывает слабо выражена. Появ-

ление сыпи в виде отдельных красных пятен или папул, сливающихся между собою, и характерная локализация этой сыпи, щадящей губы, подбородок и хрящевую часть носа, допускают возможность заподозрить заболевание скарлатиной. Появление сыпи на конечностях сопровождается образованием больших полей, где отдельные пятна сливаются, но все же и здесь можно видеть отдельные участки нормальной кожи. Сыпь держится от 3 до 10 дней. Болезнь не сопровождается ни нарушением общего состояния больного, ни подъемом <sup>10</sup>. Характерно обратное развитие сыпи: увядание ее идет с центра пятен, выражаясь изменением цвета из красного в фиолетовый и желтобурый, причем периферия пятна остается еще яркокрасной. Все это создает впечатление исключительной полиморфности сыпи. Болезнь отмечена в Москве (Молчанов, Гольд) и в Киеве (Финкельштейн и Вильфанд). В Казани нам тоже встречались подобные случаи, причем болезнь представляла большое сходство с erythema exsudativum, но отсутствие высокой температуры и болей в конечностях, а также хорошее общее состояние больных—позволяли нам исключить упомянутую болезнь. По первому впечатлению можно заподозрить, наконец, скарлатину при заболевании, известном за последнее время под названием „шестой болезни“ (roseola infantum, exanthema subitum). Болезнь свойственна по преимуществу детям до двухлетнего возраста. Характеризуется она сильным подъемом температуры, до 40° и выше, длящимся в течение 3 дней, и критическим падением ее на 4-й день. Появление лихорадки иногда сопровождается нервными припадками, напоминающими менингит, судорогами и катарральными симптомами со стороны носоглотки и конъюнктивы, иногда наблюдается диспептический стул. Одновременно с падением <sup>10</sup> происходит высыпание мелко-пятнистой сыпи коревидного характера. Появляясь сначала на спине, сыпь эта быстро распространяется на затылок, виски и на все тело, лицо же остается почти свободным,—на нем сыпь, в виде отдельных пятен, бывает заметна лишь на висках и крыльях носа. Сыпь держится от 1 до 2 дней и затем без следа исчезает, шелушения не бывает. Поводом к смешению со скарлатиной является диффузная краснота на туловище в зависимости от слипания отдельных пятен, но все же и здесь можно бывает найти белые участки кожи. Характерна картина крови: лейкопения (3000) при одновременном лимфоцитозе; число полинуклеаров крайне низкое, среди них много палочкоядерных. Заболевание в России отмечено в Москве (Молчанов, Лебедева, Домбровская) и в Харькове (Браунштейн). В Казани мы могли видеть подобное заболевание в 2 случаях в клинике, причем оно нами принималось за грипп (лейкопения, имевшая место у наших больных, была свойственна именно гриппу). Большинство авторов считают „шестую болезнь“ самостоятельной формой. Относительно родства этой болезни с гриппом вопрос остается еще открытым. Поводом к докладу было желание выявить частоту указанных заболеваний в Казани. Вопрос о скарлатиноподобных заболеваниях является еще сравнительно новым; в частности описания „пятой“ и „шестой“ болезней появляются лишь за последние годы и мало знакомы широкому кругу врачей.—В прениях по докладу участвовали проф. Е. М. Лепский, д-ра В. П. Зубев, Ю. В. Макаров, Г. Б. Мясник, Тарнопольский, прив.-доц. В. Н. Воробьев и А. Ф. Агафонов.

Д-р З. П. Малкина: *Лечение коклюша инъекциями эфира в связи с реакцией белой крови и ферментативными процессами.* Автором применено лечение инъекциями эфира 32 коклюшных детей в возрасте от 2 мес. до 13 лет. У всех детей исследовалась кровь непосредственно перед инъекциями и через сутки после введения эфира. Во всех случаях определялись лейкоциты по формуле крови, а у 22 больных определялся также и липолитический титр крови. Лечение применялось детям с исключительно тяжелой формой коклюша, с количеством приступов от 20 до 40 в сутки, с частой рвотой, а также с осложнениями со стороны легких и с явлениями ларингоспазма. Эфир вводился внутримышечно, в ягодичную область, в количестве от 0,5 до 3 куб. сант. Лечение начиналось, за единственным исключением, в начале судорожного периода. Минимум инъекций был 3, максимум—7. Первым 7-ми детям проведено лечение инъекциями через день, остальным ежедневно. На основании проведенной работы докладчица пришла к следующим выводам: 1) применение эфира при коклюше дает чрезвычайно благоприятные результаты; 2) действие эфира сказывается в купировании процесса, которому придается abortивный характер; 3) введение эфира вызывает на высоте лейкоцитарной и лимфоцитарной реакции уменьшение лейкоцитов и лимфоцитов с одновременным образованием липолитических ферментов; 4) ферментативные процессы, в частности образование липолитического фермента, заслуживают в клинике

коклюша большого внимания, так как отмечается закономерный параллелизм их с клиническим течением болезни, т. е. росту липолитических ферментов сопутствует клиническое улучшение; 5) параллельное исследование лейкоцитоза, лимфоцитоза и липолитических ферментов обнаруживает закономерное соотношение этих факторов, и потому изменения их в крови могут служить критерием не только для диагноза, но и для терапии и прогноза данного заболевания; 6) действие эфيرا при коклюше может быть сведено к усилению предсуществующего механизма, которым организм преодолевает инфекцию естественным путем.—Прения: профф. В. К. Меньшиков и Е. М. Лепский, д-ра Карпачевская, А. Г. Суворов, В. П. Зуев, пр.-доц. А. Ф. Агафонов и В. Н. Воробьев.

Заседание 28 V.

Д-р М. М. Левит: *Случай diabetes insipidus у 4-летней девочки* (с демонстрацией больной). В анамнезе больной корь, малярия, ветряная оспа, бронхит. В августе 1927 г. ребенок упал с качелей с высоты в  $1\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{4}$  метра. Падение на общем состоянии не отразилось. С ноября месяца 1927 г. у него появились резкая полидипсия и полиурия. RW отрицательна. Рентгеновский снимок костей черепа ничего патологического не обнаружил. Больная выпивает от  $4\frac{1}{2}$  до  $6\frac{1}{2}$  литров ежедневно, выделяя приблизительно такое же количество. Суточное выделение NaCl в моче равняется 3,5—6,0, в крови NaCl 0,52%. Гипофизарная терапия в виде впрывскиваний питуикрина, Г и Р, а также пересадка гипофиза собаки, который был вшит под кожу брюшной стенки живота ребенка, облегчения не принесли. Последнее обстоятельство наводит на мысль, что центр тяжести страдания лежит здесь не в поражении гипофиза,—причиной заболевания, возможно, послужила травма, при которой могло произойти поражение межоточного мозга—regio subthalamica, где в настоящее время допускается существование центров, управляющих водным и солевым обменом.—Прения: проф. Е. М. Лепский, пр.-доц. В. П. Воробьев и д-р В. П. Зуев.

Прив.-доц. А. Ф. Агафонов: *Об аллергических и анафилактических процессах при инфекционных заболеваниях*. Доклад будет полностью помещен в «Каз. мед. журнале». Прения: профф. В. К. Меньшиков и Е. М. Лепский, пр.-доц. В. Н. Воробьев, д-р Казановская.

Д-ра С. А. Егерова и Э. Е. Михлина: *Экспериментальное испытание противорахитического действия дельфиньего жира*. Докладчицами изучалось как профилактическое, так и лечебное действие дельфиньего жира. В профилактических опытах крысы вместе с рахитогенной пищей Parreth'scher-Sherman'a получали дельфиний жир и не заболели рахитом, тогда как у контрольных, не получавших дельфиньего жира, развился рахит. В лечебных опытах дельфиний жир давали после получения у крыс рахита, что устанавливали рентгеном, и получили очень хороший лечебный эффект. На основании исследования неорганического фосфора крови, рентгеновской, макроскопической и гистологической картины, а также пробы Mc Collum'a, докладчицы убедились, что дельфиний жир содержит много противорахитического фосфора, т. к. даже дозы в 0,01 pro die защищают, против рахита, а после дачи 0,04 в течение 8 дней происходит заметное излечение процесса.

Д-ра М. М. Левит и Э. Е. Михлина: *Клинические наблюдения над действием дельфиньего жира при рахите*. Наблюдения были произведены над 11 детьми в возрасте 3—7 месяцев с значительными явлениями рахита. До начала лечения у всех этих детей производилось исследование неорганического фосфора в крови и делались рентгеновские снимки костей запястья, после чего в течение 1—1 $\frac{1}{2}$  месяцев давался дельфиний жир без фосфора, по 1 чайной ложке, 2 раза в день. По окончании лечения исследования повторялись еще раз. Наблюдения показали, что дельфиний жир переносится детьми не хуже трескового; он устраняет гипофосфатэмию и ускоряет обызвествление костей, почему, надо полагать, и может найти при рахите такое же применение, как и тресковый жир.—В прениях по обоим докладам приняли участие д-ра Зуев, Карпачевская, Суворов и проф. Лепский.

Д-р Р. Е. Резник: *Профилактическое и лечебное действие вакцины при коклюше*. При возникшей в Доме охраны матмлада эпидемии коклюша докладчица применяла, с целью профилактики и терапии, вакцину, приготовленную из палочек Bordet и Gengou. Отмечая профилактический и лечебный эффект этой вакцины в смысле уменьшения заболеваемости и ослабления тяжести течения инфекции, автор, однако, указывает, что, несмотря на раннее применение вакцины

с лечебной целью, купировать ею заболевание не удается.—Прения: д-р Малкина и проф. Е. М. Лепский.

Заседание 6/VI.

Д-р П. В. Нечаева: *Наблюдения над изменением картины крови под действием искусственного света.* Под наблюдением докладчицы находились 48 детей Детской клиники Университета, леченных искусственным светом У 25 из них лечение проводилось угольным дугowym фонарем и у 23—кварцевой лампой. По заболеваниям материал располагался так: spondilitis tbc.—3, peritonitis tbc.—6, rachitis—16, atrophia—6, adenitis tbc.—3, enteritis chr.—1, anaemia 4, Milchnähradenitis—2, pleuritis exud.—2, eclampsia—3, tetania—3, stropulus—1. В возрасте от 3 до 12 месяцев было 22 ребенка, от 1 до 12 лет—26 детей. По своему целебному действию оба вида лучистой энергии оказались равноценными. Наиболее благоприятные результаты были получены при лечении рахита, выпотных форм tbc перитонита, тетании в подостром периоде и tbc аденитах. По вопросу об изменении со стороны крови в зависимости от действия лучистой энергии докладчица приходит к следующим выводам: 1) ртутно-кварцевая лампа и угольный дуговой фонарь служат хорошими средствами при лечении многих заболеваний детского возраста; 2) при лечении ими отмечается увеличение количества Hb и эритроцитов, причем увеличение количества последних служит доказательством повышения защитительных сил организма под действием фото-химических лучей; 3) в лейкоцитарной формуле через несколько сеансов отмечаются нейтрофилез и сдвиг влево, в дальнейшем же количество нейтрофилов падает за счет увеличения лимфоцитов; 4) лимфоциты вначале количественно уменьшаются, в дальнейшем же процент их увеличивается; 5) увеличение количества эозинофилов под влиянием света протекает параллельно с клиническим улучшением в течениях болезней; 6) непосредственно после сеанса светолечения кровь реагирует быстрым лейкоцитозом (через 5—10 минут), причем, после незначительных колебаний, к концу 3-го часа лейкоцитоз остается еще повышенным; 7) непосредственно после сеанса в течение 3 часов качественного изменения в лейкоцитарной формуле не отмечалось, кроме некоторого увеличения числа эозинофилов.—В прениях по докладу участвовали д-ра Кокушина, Маркузон, Левицкий, профф. Меньшиков и Лепский и пр.-доц. Воробьев.

Д-р Р. А. Дивеева: *Количественное колебание ферментов крови (липазы, амилазы, каталазы) под влиянием искусственного света (дуговой и кварцевой лампы).* Докладчицей были произведены наблюдения над действием искусственного света на ферментативную энергию крови у детей с наличием рахита, спазмофильного диатеза, tbc, плеврита и перитонита. Исследование проведено преимущественно на стационарных больных Университетской детской клиники в определенные утренние часы—через 3 часа после первого кормления. Первое исследование крови делалось перед началом светолечения, дальнейшие через каждые 5 сеансов и последнее—по окончании курса лечения светом, причем кровь каждый раз добывалась для исследования перед сеансом освещения и через полчаса после такового. Сделанные наблюдения дают докладчице право заключить, что к концу курса светолечения, наряду с улучшением общей клинической картины, наблюдается повышение ферментативной способности крови. Что касается количественных колебаний ферментов крови непосредственно после сеанса светолечения, то через полчаса после освещения количество амилазы крови совершенно не изменялось, количество же липазы и каталазы в одних случаях не давало колебаний, в других отмечалось небольшое их нарастание.—Прения: д-р Маркузон, пр.-доц. Воробьев, профф. Меньшиков и Лепский.

Д-ра А. А. Беляев и И. А. Чекалин: *Кровяные группы у детей.* Доклад будет полностью напечатан в „Каз. мед. журнале“.—Прения: д-р Левицкий, профф. Лепский и Меньшиков.

### Гигиеническая секция.

Заседание 8/VI.

Проф. Милославский и д-ра Еникеев, Казанцев, Лось и Александров сообщили о работе XI Всесоюзного съезда бактериологов, эпидемиологов и санитарных врачей.

Проф. Милославский дал краткий отчет о работе II Совещания представителей профилактических кафедр в СССР. Секретарь Л. Лось.