

Заседания медицинских обществ.

Общество венерологов и дерматологов ТАССР.

Заседание 1/X 1938 г.

Демонстрация больных.

1. Проф. Я. Д. Печников. *Случай совместного развития экземы и ишиаса малярийного происхождения.*

Б-ая Б., 29 лет, с 1934 года имела 3 приступа синхронических заболеваний правостороннего ишиаса и экземы. Появление, развитие и окончание заболеваний каждый раз в течение 3—4 месяцев было всегда синхроническим и сопровождалось повышением температуры, ознобами. В 1934 году у больной была найдена малярия. От последнего приступа больная безуспешно лечилась мазями и физиотерапевтическими методами в течение 2 месяцев. При поступлении в клинику — мокнущая экзема лица, щек, груди и правосторонний ишиас, температура 39,7. Прием хинина оборвал течение всего симптомокомплекса в 2—3 дня. Помещенная 22/IX в клинику, больная 1/X уже демонстрировалась на лекции врачам без явлений экземы и ишиаса с прекрасным самочувствием (аутореферат).

2. Д-р М. Н. Ашанин. *Макуло-анестетическая форма проказы.*

Прения: проф. Б. Л. Мазур ознакомил с методами лечения проказы своим антигеном и теоретическим обоснованием его.

Д-р И. С. Бейрах. Демонстрации случаев проказы, леченных антигеном проф. Мазура, производят большое впечатление. То, что нам сегодня сообщили о продолжающемся улучшении проявлений болезни у ранее демонстрированного больного, и этот случай — показывают, что можно было бы поставить вопрос о более широком наблюдении над лечением проказы антигеном проф. Мазура.

Проф. Б. Л. Мазур. Для того, чтобы поставить этот вопрос перед НКЗ СССР, необходимы еще дополнительные наблюдения.

Проф. Я. Д. Печников. Этот метод лечения проказы должен быть поставлен в более широком масштабе. Лечение проказы имеет очень большое социальное значение. Предложенный проф. Мазуром метод имеет и интересное теоретическое обоснование.

3. Д-р В. Е. Зайцев. *Распространенный поверхностный узловатый сифилид.* Больной Ш., 54 лет, явления сифилиса больной заметил 3 года тому назад на левой ягодице, год тому назад в области левой лопатки и полгода — в области крестца. Больной до поступления в клинику антилюетического лечения не принимал. Интерес случая заключается в обширной площади поражения (до 0,75 метра) и в непрерывности активных явлений 3 года (аутореферат).

В прениях выступали: д-ра Юринов, Ашанин и проф. Печников.

Доклады: 4. Д-р И. С. Бейрах. Отчет об Украинском съезде урологов.

5. Д-р Б. С. Биккенин. Отчет о Всесоюзной конференции по вопросу о лечении гонореи стрептоцидом.

Председатель проф. Печников.

Секретарь Биккенин.

Заседание 14/X 1938 г.

Демонстрация больных.

1. Д-р М. И. Миркин. *Экзема при вакцинации.* У больной П-ч, 9 л., впервые в 1936 г. на лице и волосистой части головы появилась экзема, которая исчезла к весне 1937 г. В конце лета 1938 г. рецидив экземы с локализацией на ушных раковинах и волосистой части головы. В конце сентября, когда у больной экзематозный процесс был почти ликвидирован, была введена профилактическая противоскарлатинозная вакцина. Через 3—4 дня у б-ной появилось высыпание на руках, груди, спине. В дальнейшем экзематозный процесс увеличился и охватил значительную часть туловища и конечностей.

Случай интересен тем, что ответ на специфическую противоскарлатинозную вакцинацию у данной больной проявляется не в форме специфической скарлатинозной экземы, а в форме экземы. Последний тип высыпания надо понимать

стандартной ответной кожной реакцией у данной больной на различные раздражители и в данном случае, как ответ на противоскарлатинозную вакцинацию (аутореферат).

2. Д-р И. М. Лифшиц. *Случай ишиаса и дизгидроза*. Больной Ю, болел в 1934 г. и 1936 г. воспалением седалищного нерва справа—лечился диатермией. В августе с. г. на правой стопе появились дизгидротические элементы. 13/IX б-му начали применять продольную диатермию на правую ногу (1 электр. на крестец, II электр. на заднюю поверхность нижней трети правой голени). После первых же двух сеансов получилось резкое обострение процесса, выразившееся в появлении новых пузырьков и отека правой стопы. В последующем быстрое исчезновение всех элементов дизгидроза. Местное лечение не применялось. В данном случае усматривается тесная связь перенесенного ишиаса с появлением дизгидроза на той же стороне (аутореферат).

3. Проф. Я. Д. Печников. *Acne rosacea и малярия*. Б-ной К, 39 лет, страдал аспе rosacea с распространением на лбу, носе и щеках.

Многочисленные попытки лечения—мазевые, физиотерапевтические не привели к результатам. В анамнезе имеется малярия, выражающаяся приступами 2—3 раза в год и постоянными головными болями. Больной других жалоб не имеет; при исследованиях внутренних органов, нервной системы, кроме увеличения селезенки, изменений нет. В июле 1936 г. больной К. явился в клинику ГИДУВ и был продемонстрирован на лекции врачам. Вскоре наружное лечение было оставлено. Больному предложено лечение акрихином+плазмоцидом. После первых приемов акрихина обострение малярии, температура 40,1° с резким покраснением высыпаний. Больной был помещен в инфекционную больницу, где констатирована малярия. В дальнейшем лечение попеременно акрихином, плазмоцидом и хинином, под влиянием которых исчезли головные боли, исчезла и сыпь (аутореферат).

4. Д-р А. С. Лылова. *Случай лейкемии*. Больной—кузнец. В анамнезе в 1918 г. испанка, в 1919 г. тиф, в 1923 г. малярия, в 1937 г. туберкулез. Считает себя больным в течение 7 с половиной лет. В начале болезни отмечал сильный зуд всей кожи, затем появился отек лица, который постепенно перешел на все тело. Первые 2 месяца лечился амбулаторно, остальное время провел в стационарном лечении в ряде лечебных учреждений, где точного диагноза установлено не было; некоторые рассматривали как дерматит, другие—как рожу. Лечился вливаниями хлористого кальция и мазями, улучшения не было.

Поражение занимает всю кожу лица, туловища и конечностей. Кожа имеет синевато-красный цвет и отекает. Лимфатические железы увеличены. На коже местами видны кровоизлияния. Субъективно—зуд.

Внутренние органы: селезенка не прощупывается, печень плотная, увеличена—на два пальца выходит из подреберья. В легких имеются бывшие очаги туберкулеза (А--I). Лабораторные исследования: полости, заполненные лимфоидными элементами, в эпидермисе; в корнуме очаги инфильтратов, состоящие из лимфоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток, местами на периферии лимфоидного инфильтрата скопление фибробластов.

Исследование крови:

Дата	Эр.	Лейк.	Нб.	Лимф.	Пал.	Сегм.	Мон.	Эоз.
17/IX	4400000	89300	77%	92,0	1,5	5,5	1,0	—
29/IX	4350000	139000	75%	93,0	2,0	4,5	0,5	—
		158000						
21/X	4320000	158000	73%	93,0	2,5	3,5	0,5	0,5

Реакция Пирке отрицательная: реакция Вассермана отрицательная (аутореферат).

5. Д-р А. Г. Хайретдинов. *Случай дистрофической формы наследственного буллезного эпидермолиза*.

Больной Г., 16 лет, русский. У матери было 14 детей, в живых трое. Мать, отец и остальные члены семьи здоровые (причину смерти остальных 11 детей не знает).

Перенесенные болезни—ветрянка, дизентерия.

Анамнез настоящего заболевания: болеет с 2-х месячного возраста. Сначала на ногах и руках появились пузыри, похожие на пузыри от ожога. Вскоре такие же пузыри стали появляться и на остальных участках кожи. Пузыри главным образом появлялись на тех местах, которыми чаще всего больному приходилось соприкасаться (руки, ноги, ягодица). Так продолжается до настоящего момента—одни пузыри появляются или с прозрачным содержимым или содержимое пузыря бывает с примесью крови, другие иногда без лечения проходят, оставив после себя поверхностный рубец или пигментацию. В течение 16 лет у больного сильно атрофировалась кожа, главным образом на руках и ногах.

25/IX. Моча—в норме, РВ—отрицательная. Исследование крови: Нб—68%, э—4670000, л. 10250.

Лейкоцитарная формула: с—49%, пал. 4%, лимф. 30,5%; мон. 5,5%, эоз. 10%, баз.—0,5, форма раздражения 0,5%.

Исследование содержимого пузыря: лейкоциты, незначительное количество эритроцитов, эозинофилы. Микробной флоры нет (аутореферат).

Доклады: 1. Д-р И. М. Лифшиц. *Малярия и фурункулез.*

На основании литературных данных и собственных наблюдений (8 случаев, из которых приведены 4 истории болезни) автор показывает в целом ряде случаев связь малярийной инфекции со многими кожными заболеваниями, в частности, с фурункулезом. Наличие активной малярии, прямая зависимость высыпаний от вспышек малярии, быстрое действие антималярийных средств на кожные процессы, бесплодность обычных местных терапевтических воздействий—убеждают в возможности такой связи.

При разрешении терапевтических задач необходимо учитывать факторы, изменяющие реактивность организма. Одним из распространенных таких факторов является малярия.

Антималярийное лечение в этих случаях очень часто дает благоприятное решение терапевтических задач (аутореферат).

Председатель проф. И. Олесов.

Секретарь Биккенин.