

вскрытии одного больного, погибшего от уремии, обнаружилась полная двусторонняя закупорка мочевого тракта уrolитами (в терминальном конце мочеточника). Имелись признаки свежей острой дилатации верхнего отрезка мочевых путей и петехиальные кровоизлияния на всем протяжении мочеточников и лоханок. Авторы полагают, что в данном случае гематурия явилась следствием непосредственной травмы, наносимой острыми камнями, а также ретроградным давлением, исходящим с места закупорки. Авторы полагают, что если бы диагноз был поставлен в самом начале, как только появилась анурия, если бы была сделана цистоскопия и предпринято надлежащее оперативное вмешательство, то жизнь больного могла бы быть спасена.

Наблюдения авторов не подтверждают указаний Гросс и Коопера, установивших, что в эксперименте на животных сульфипридиновые камни могут быть получены только при кислой моче. Случаи авторов показали, что гематурия может наступить как при кислой, так и при щелочной реакции мочи. В случаях № 1—2 и 4 вместе с сульфипридином давалась сода, и моча стала щелочной. В случае № 5 гематурия вначале появилась при щелочной моче, а при повторном курсе сульфипридинового лечения дала рецидив при кислой реакции. По сравнению со взрослыми дети оказались гораздо более предрасположенными к образованию уrolитов.

В. Дембская.

б) Инфекционные болезни.

Siegel M. и Goldberger E. Влияние коклюша на туберкулезный процесс. Amer. Journ. of Dis. of childr. 1939 г. vol. 57, № 3.

Главная причина неблагоприятного влияния коклюша на туберкулез заключается по мнению большинства авторов, в изменении реактивности организма к туберкулезу. Немаловажная роль приписывается общему ослаблению организма, развивающемуся в результате коклюша. Важным фактором активации туберкулезного процесса считается также возможность бронхогенного распространения туберкулеза при коклюше. Авторы имели возможность проследить влияние коклюша на туберкулезный процесс на 25 детей в возрасте от 1 года до 5 лет, страдающих различными формами туберкулеза. Дети находились в госпитале для туберкулезных больных в течение нескольких месяцев до появления коклюша, так что форма туберкулезного процесса была у всех точно установлена. После коклюша больные находились под наблюдением около 16—19 месяцев.

Установлено, что ухудшение туберкулезного процесса произошло только в 4 случаях, из них в 2 случаях спустя 4 месяца после выздоровления от коклюша. В 2 случаях костного туберкулеза болезнь, прогрессирующая и до заражения коклюшем, продолжала прогрессировать и в дальнейшем. Насколько здесь сказалось влияние коклюша—сказать трудно. В остальных случаях неблагоприятного влияния коклюша на туберкулезный процесс выявить не удалось.

Благоприятное течение туберкулеза (фиброзные процессы, процессы рассасывания), наблюдавшееся до заражения коклюшем, продолжалось и после перенесенного коклюша даже в одном случае, где был диссеминированный туберкулез легких с каверной. Не увеличилось, а наоборот, уменьшилось число больных, выделяющих ВК, а также детей, дающих ускоренную реакцию оседания эритроцитов. Хотя на данном материале авторы не выявили специфического влияния коклюша на туберкулезный процесс, они все же не считают возможным полностью отрицать его вредное влияние. По их мнению коклюш может активировать туберкулез, способствуя бронхогенной диссеминации заразного материала во время приступа спазматического кашля, сопровождаемого глубоким вздохом. Этот момент, как полагают авторы, играет большую роль, чем изменения в состоянии аллергии к туберкулезу при коклюше.

В. Печникова.

Grosin M. Кожная реакция для определения восприимчивости к дифтерии. Amer. Journ. of Dis. of childr. 1939 г. v. 57 № 3.

Метод кожной реакции для определения восприимчивости к дифтерии был предложен Reh (1934). Отличается этот метод от общеизвестной реакции Шика тем, что токсин здесь вводится не внутрикожно, а путем скарификации кожи, как при р. Пирке. Преимущества кожного метода: 1) простота техники, 2) не требуется много инструментария, 3) он отнимает меньше времени, 4) менее травмирует нервных пациентов, 5) реже получаются псевдореакции.

Метод проведения реакции ничем не отличается от проведения реакции Пирке при тбк. Две скарификации кожи производят на сгибательной поверхности предплечья в тех местах, где на кожу нанесен токсин дифтерии, в середине производится предварительная контрольная скарификация кожи без токсина. Для реакции употребляется токсин, содержащий 30 ед. в 1 куб. см, или 1200 минимальных летальных для свинки

доз. Для получения положительной реакции достаточно всасывания 1/50 части минимальной смертельной для свинки дозы токсина. Результаты реакции читаются через 48 часов. В случае положительной кожной пробы получается папула от 5 до 15 мм в диаметре. В центре папулы обычно наблюдается пустулка или корочка. Реакция достигает максимума через 2—4 дня, затем она увядает, и к 6—8 дню бесследно исчезает.

Авторы проделали кожную пробу на дифтерию на 100 детях самого различного возраста и сравнили результаты с одновременно проведенной реакцией Шика на тех же детях. В 92% получилось полное совпадение результатов. В одном случае кожная реакция дала отрицательный результат, в то время как реакция Шика была положительная. В других же 7 случаях кожная реакция была положительная при отрицательной или сомнительной реакции Шика. Из этих данных можно сделать вывод, что кожная проба является даже более чувствительным методом определения восприимчивости организма к дифтерии, чем р. Шика.

Реакция эта очень специфична. Токсин, смешанный с антитоксином, уже не дает положительной реакции. Отрицательная кожная реакция получается и в том случае, если испытуемому за 24 часа до проведения кожной пробы была введена антидифтерийная сыворотка в дозе 1500—3000 антитоксических единиц. Положительная кожная проба указывает на то, что в крови пациента содержится меньше 1/30 единицы дифтерийного антитоксина на 1 см³ и, следовательно, он является восприимчивым к дифтерии.

В. Печникова.

в) Хирургия.

Coley V. и Peterson R. *Первичные опухоли костей в детском возрасте.* Amer. Journ. of Surg. vol. 39. № 2, 1938.

Первичные злокачественные опухоли в костях встречаются чаще у детей, чем у взрослых. К злокачественным опухолям относятся: 1) остеогенные саркомы; 2) эндотелиомы (саркома Ewing'a); 3) липосаркомы. Из доброкачественных опухолей у детей различают: 1) костные кисты; 2) гигантоклеточные опухоли; 3) хондромы — остеомы; 4) множественные врожденные хондродисплазии.

Первым симптомом опухоли у детей являются боли в костях, более сильные по ночам, вначале не постоянные. Боли иногда опережают появление видимой опухоли на недели и даже месяцы. Некоторые виды опухоли располагаются по преимуществу в определенных излюбленных ими местах кости: остеогенная саркома — в метафизе, эндотелиома в диафизе, гигантоклеточные опухоли — вблизи сустава, костные кисты — в длиннике кости вблизи эпифизарной линии.

Для диагноза необходимы хорошие рентгенограммы в нескольких проекциях и желательны стереоскопические снимки. Диагноз подкрепляется исследованием крови и мочи. В некоторых случаях обязательна биопсия. Авторы лечили опухоли рентгенооблучением или оперативно — ампутацией или резекцией отдельных костей. После ампутации профилактически делались инфекции смешанного токсина Coley против метастазов в легких.

Из 65 случаев эндотелиома материал авторов в 95% относится к детям. Костные кисты чаще бывают в возрасте 6—18 лет. На месте кист нередко получают переломы, и диагноз часто ставится после перелома. Лечение кист рекомендуется хирургическое — каутеризацией.

Гигантоклеточные опухоли редко встречаются у детей до 18 лет.

Клиническая и рентгеновская картина при этом очень похожа на картину костей при кисте. Не рекомендуется при хирургическом вмешательстве проводить рентгенотерапию, так как это может обострить процесс и перевести опухоль из доброкачественной в злокачественную.

Из хрящевых опухолей у детей наиболее часто отмечена первичная злокачественная хондросаркома; реже встречается вторичная хондромиксосаркома из первичной хондромы. Хотя менее чем в 10% случаев первичная доброкачественная хондрома превращается в злокачественную, все же необходимо удалять первичные хондромы, предотвращая этим образование злокачественных опухолей.

Липосаркомы у детей бывают очень редко. Авторы наблюдали всего шесть таких случаев. Без гистологического исследования здесь диагноз невозможен. Эти опухоли хорошо поддаются рентгенотерапии, и ее следует начинать немедленно по установлении диагноза.

При лечении костных опухолей у детей особенно важна ранняя диагностика.

Хирург может проводить лечение этих заболеваний только при тесном сотрудничестве с опытным рентгенологом и гистологом.

Н. Герасимова.