

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 см<sup>3</sup> 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.