

## в) Дерматология

Higoumpakis G. *Об этиологии, патогенезе и лечении псориаза*. Derm. Wochenschr., Bd 110, № 15, 1940.

Автор является сторонником теории инфекционной этиологии псориаза. В начале статьи он приводит литературные данные и собственные наблюдения, говорящие в пользу этой теории. 8 морским свинкам-самцам в яичко и 3 самкам внутрибрюшинно привито было по 1 см<sup>3</sup> кровяной сывотки псориатика. Через 2 недели погибли 3 самки и 1 самец. Через 3—4 недели после прививки у 4 из оставшихся в живых свинок на коже появились рассеянные розоватые, слегка инфильтрированные пятнышки, покрытые легко отпадающими чешуйками. При поскобливании обнаруживался симптом стеаринового пятна. Одновременно болезненность и припухание суставов. По истечении 2 недель после высыпания все эти животные погибли. Гистологическая картина очагов поражения на коже соответствует псориазу.

Для лечения псориаза автор предлагает применять различные средства с выраженными бактериотропными свойствами (As, Hg, Bi, Au), салициловый натр), гл. обр. интравенозно и комбинируя с другими местными и общими способами лечения.

Употребление других известных антипсориазных средств при этом отнюдь не исключается. В общем больных с псориазом нужно лечить систематически, в течение длительного времени с интервалами в лечении, подобно тому, как это делается при других хронических инфекциях (сифилис, туберкулез). Лечение должно преследовать ясную цель — уничтожение неизвестного вируса, который по своей дерматоэпителiotропности, говорит автор, подобен вирусу оспы.

Т. М. Юринов.

Rachold. *О лечении кожных болезней стафилококковым токсоидом*. Derm. Wochenschr. Bd. 110. № 6 1940

Впервые стафилококковый токсоид, или по французской терминологии анатоксин, был изготовлен Рамоном во Франции при помощи воздействия формола и тепла на стафилококковый токсин. Этот препарат оказался не ядовитым, но обладающим антигенными свойствами и поэтому за последние годы получил распространение в ряде стран Европы и Америки для лечения стафилококковых заболеваний. Автор испытал это средство у 74 больных с различными стафилококковыми поражениями кожи и пришел к выводу, что наилучший результат достигается при лечении фурункулеза, гидраденитов, множественных абсцессов, а также поверхностных форм пиодермии. При вульгарном сикозе, Dermatitis papillaris capillitii, folliculitis abscedens et suffodiens улучшения совсем или почти нет.

Методика лечения: подкожные впрыскивания токсоида, начиная с 0,1 до максимальной дозы в 2,0, с 1—7-дневными промежутками, в зависимости от реакции. Часто наблюдается значительная общая реакция, но сила реакции, говорит а., идет параллельно с терапевтическим эффектом. Осложнений никаких не было.

Т. М. Юринов.

Linser. *Влияние пронтозила и улирона на красную волчанку*. Arch. f. Dermat., Bd. 180, S. 98, 1940.

Автор применил на одной группе больных красной волчанкой пронтозил в небольших дозах (по 1/4 таблетки 3 раза в день) — всего 100 таблеток и получил излечение. В течение года рецидивов не наблюдалось. Другой группе таких же больных был назначен улирон в малых дозах. Больные, у которых процесс длился годами, под влиянием улирона выздоровели. Всего под наблюдением автора был 21 больной, леченный пронтозилом и улироном. У 16 человек все явления красной волчанки прошли. Лучший эффект наблюдался у больных с поверхностными, а также эритематозными формами волчанки. Автор считает, что сульфопрепараты должны назначаться в малых дозах, но в течение длительного периода, при обязательном контроле за состоянием крови.

А. Д.

## г) Хирургия

Stuck, Max Well a. Monsalvo. *Кристаллический сульфаниламид при осложненных переломах*. Texas State Med. J. T, 36, VII, 1940.

Авторы применяли кристаллический сульфаниламид в 26 случаях, осложненных переломах. 21 пациент имели свежие переломы и попали под наблюдение вскоре после полученной травмы. У пятерых был старый осложненный перелом с хроническим остеомиелитом, длившимся в течение нескольких месяцев. Первичное сращение было получено у 22 при помощи хирургической операции. Остеомиелит развился в 2 свежих случаях (один с дислокацией мышцека, другой с мацерированным загрязненным переломом большеберцовой кости). В двух случаях с хроническим остеомиелитом не наступило излечения. В противоположность общепринятой методике раны зашивались без дренажа, и, тем не менее, ни в одном из свежих случаев не разви-

лась газовая гангрена. Местному применению сульфаниламида должна предшествовать тщательная очистка раны и *debridement*.

Рекомендуется также профилактическое введение антитетанической и противогазовой сыворотки, хотя это последнее можно и опустить, ввиду того, что сульфаниламид в высокой местной концентрации предохраняет от развития газовой гангрены. Исходы из этих же соображений можно не прибегать и к профилактической рентгенизации, которая в прежнее время, как правило, применялась при всех осложненных переломах.

Gaultier. *Лечение ожогов инфракрасными лучами*. Presse Méd. ap. 47, № 8, 28/1-1939. 139.

Автор советует подвергать обожженного большого освещению инфракрасными лучами возможно раньше, уже в тот момент, когда производится очищение раны от некротизированных частей и обрывков эпидермиса. При этом быстро стихают болевые ощущения. Высыхание тканей происходит тем скорее, чем чаще повторяются сеансы облучения. Инфракрасные лучи хорошо действуют против шока, быстро прекращают серозную экссудацию и мешают резорбции серозной жидкости. Рубцевание происходит ускоренным темпом и гладко. Ткани представляются защищенными от внешнего воздуха образовавшейся коркой и не нуждаются в покрывающих перевязках. Автор полагает, что инфракрасное облучение следует предпочесть применению танина. Оно скорее прекращает боли и более успешно предотвращает шок.

*В. Дембская.*

Walter W. *Повреждения и стриктуры желчных ходов*. The Journ. Americ. Medic. Ass., n. 113, № 3, 15-VII-1939.

За последние 15 лет а. провел в клинике Mayo наблюдения над 80 больными, страдавшими стриктурами общего желчного протока. Наблюдения касались больных, у которых образовались обширные рубцовые сращения в области желчного пузыря и протоков с последующей желтухой. В 9 случаях стриктуры развились после воспалительных процессов и в 71 сл. в результате оперативных вмешательств: холецистэктомий, холецистэктомий и холедохостомий, холецистостомий. В некоторых случаях стриктуры желчного протока осложнились наружными желчными свищами.

По поводу стриктуры произведены следующие операции. 1) холедоходуоденостомия 27 сл. смерть в 3 сл., 2) гепатодуоденостомия — 22 сл., смерть в 8 сл., 3) холецистодуоденостомия 1 сл., смерть в 1 сл., 4) холецистогастростомия 1 сл., 5) гепатикогастростомия 2 сл. смерть в 2 сл., 6) операция наружного желчного свища 15 сл., смерть в 7 сл., 7) пластика желчного протока 12 сл. смерть в 4 сл. При наличии обширных спаек, делающих невозможным отыскать желчный проток, или при полной его облитерации автор произвел в 12 сл. пластическое восстановление *d. choledochus*. Техника операции такова: осторожно разделяя сращения, доходят до печени, вводят в него иглу со шприцем и отыскивают проколом расширенный внутрипеченочный проток. Игла оставляется *in situ*, как проводник. По игле делают надрез внутрипеченочного протока и в отверстие его вставляют конец катетера. Катетер фиксируется в таком положении до тех пор, пока не исчезнет желтуха и не улучшится функция печени.

После этого приступают к образованию анастомоза. Один конец небольшого отрезка катетера вставляется во внутрипеченочный проток, а другой конец, через произведенный разрез стенки 12-п.к., в просвет ее. Швами суживают рану стенки 12-п.к., одновременно пришивая ее к печени вокруг катетера.

На 12 таких операций автор имел 4 смертных случая: два — от печеночной недостаточности, одну — от кровотечения и одну от неизвестных причин (после выписки из стационара).

У одного больного наступил рецидив; у 7 отмечен положительный эффект при наблюдении от 3 до 5 лет.

Из 25 случаев со смертным исходом в 12 сл. смерть последовала от недостаточности печени, в 9 — от кровотечения и в 6 — от других осложнений.

15 чел. умерли в послеоперационном периоде в стационаре и 10 человек в различное время после выписки из госпиталя.

При острых холециститах а. рекомендует ограничиться холецистостомией, относя радикальную операцию на т. н. холодный период.

*В. Юров.*

Vogelstein F. *Осложненные переломы в детском возрасте*. Americ. Journ. of Surg. vol 39, № 2, 1938.

На основании большого опыта в лечении осложненных переломов у детей автор отдает преимущество консервативным методам. Лечение таких переломов следует индивидуализировать.

При повреждении одной из длинных костей конечности первая помощь больному заключается в наложении шины и вытяжении, за исключением тех случаев, когда один из концов кости высовывается из раны и может быть загрязнен; не меняя положения конечности, ее кладут на широкую шину, на рану накладывают повязку. В лечебном учреждении перелом исследуется рентгеновскими лучами. Больной телло