

ных с миллиардными некротическими угрями на голове. Заболевание характеризуется появлением на волосистой части головы небольших, величиной с булавочную головку, пузырьков или пузырьков-пустул, некоторые покрыты корочкой с волосом в центре. Дерматоз имеет хроническое течение. Возраст больных колебался от 14 до 17 лет. 8 больных из 35 имели явления сибиреи. Среди больных только 5 женщин. Зуд испытывали не все больные. Гистологическое изучение биопсированных угрей показало, что миллиардные некротические угри по своему гистологическому строению не отличаются от некротических угрей. Вероятным патогенным агентом является стафилококк. А. Д.

Gartwinkel. *Лейкемия кожи и эриродермия.* (Arch. f. Dermat. u. Syph. т. 175, № 5, 1917).

На основании изучения литературы, обнимающей 222 случая, и собственных наблюдений над лейкемией кожи, автор приходит к заключению, что в 4,5% всех случаев имеет место первичная лейкемия кожи; в половине всех случаев лейкемия кожи сопровождается одностороннее заболевание внутренних органов. В статье дано описание и разбор случая перифрической, генерализированной лейкемической эриродермии кожи. Кожа с ее особыми видами реакций может являться исходным пунктом лимфатической лейкемии. Эриродермия как лимфатическая лейкемия кожи является своего рода защитной реакцией против неизвестных ядов. А. Д.

Заседания медицинских обществ.

Хирургическое общество.

Заседание 17/X 38 г.

Демонстрации.

1. Асс. П. В. Назаров. Случай обширной резекции кишечника по поводу узлообразования.

Докладчик демонстрирует больного С-ва, 31 г., оперированного (проф. Г. М. Новиков) в к-ке неотложной хирургии по поводу узлообразования. Операция произведена под местной инфильтрационной анестезией по Вишневскому. Удалено 432 см тонких и 75 см толстых кишок (сигма), кишки гангренозные.

В первые дни после операции в кале непереваренные куски пищи. Стул жидкий, до 7 раз в сутки. В дальнейшем стул 4 раза, оформленный. Выписан в хорошем состоянии. В настоящее время (через 7 месяцев после операции) больной работоспособен. Благоприятный успех после операции докладчик объясняет примененным методом обезболивания и соответствующим ведением послеоперационного периода (трансфузия крови, диета).

2. Асс. Л. С. Любимова. К казуистике содержимого грыжевого мешка при ущемлениях.

Докладчик на материале клиники неотложной хирургии ГИДУВ (директор проф. Г. М. Новиков) имела два случая ущемления слепой кишки вместе с отростком и петлей подвздошной кишки в левосторонней паховой грыже. Первый случай касался ребенка 1½ лет, второй — мужчины, 35 лет. Оба случая закончились выздоровлением. Докладчик привела литературные данные вопроса. Механогенез подобных перемещений слепой кишки связан с врожденной аномалией развития — наличием mesent. ileocolica communis.

В обоих случаях имела место весьма мобильная слепая кишка с общей брыжейкой с тонкой кишкой.

3. Асс. В. М. Осиповский. К методике костно-пластической фиксации переломов надколенника.

Докладчик анатомо-хирургически, экспериментально и клинически разработал методику костно-пластической фиксации переломов надколенника. В качестве материала используется аутопластическая изолированная кожная лигатура по принципу Боголюбова. Техника операции: местная инфильтр. анестезия по Вишневскому, разрез 10—12 см типа Textor'a, обнажение фрагментов. Из края раны вырезается кожная полоска шириною в 0,5—0,8 см и длиной 10—12 см. Острым ножом удаляется подкожная жировая клетчатка, кожная по-

лоска помещается на 3—5 мин. в 70—90° спирт, после чего скручивается по длине, и лигатура готова к употреблению. Шилом или фрезом Дуаэна в отломках делается интрапателлярный канал, через который проводится кожная лигатура. Отломки сближаются и лигатура завязывается. Швы на мягкие ткани и боковой разгибательный аппарат. Кожные швы. Конечность укладывается в шину. Ранняя механотерапия и физиотерапевтические процедуры.

Указанным способом докладчик успешно фиксировал переломы надколенника у 6 б-ных.

Демонстрируется б-ной Я-в, 43 л., через 1 год 2 мес. после операции. Функция конечности восстановилась полностью. Данные рентгенографии указывают на хорошую консолидацию отломков.

По поводу демонстраций задан ряд вопросов. В прениях приняли участие проф. В. А. Гусынин, Ю. А. Ратнер, Г. М. Новиков, С. М. Алексеев, Л. И. Шулуто, доц. В. Н. Помосов, д-р Никифорова и А. С. Муромцев.

Доклад.

1. Проф. Г. М. Новиков. Новокаиновый блок при травмах черепа. Строго установленным экспериментальным и клиническим фактом является свойство быстро устранения новокаиновым блоком отека тканей независимо от вызвавшей его причины (воспаление, травма, отравление, токсикозы и пр.). Это даже дало повод проф. Вишневному высказать предположение о единстве патогенетического механизма всех встречающихся в клинике форм отека. В условиях мирного времени и особенно в условиях военного — полевого травматизма хирург часто имеет больных с явлениями коммоционально-контузионного синдрома, возникающего при травмах черепа. Базируясь на том, что основным патологоанатомическим субстратом при этом заболевании является высокое внутричерепное давление, возникающее в силу отека мозга, докладчик предлагает всем больным с закрытой травмой черепа производить поясничный новокаиновый блок (60—100 см³). Через 1/2—1 час в состоянии больного наступает резкое улучшение: быстро проходят головные боли и состояние оглушенности б-го, исчезает рвота и замедление пульса, резко снижается венозное давление, находившийся до того в полубессознательном состоянии б-ной быстро приходит в себя и указывает, что после „укола“ он почувствовал резкое улучшение. Через клинику прошло 37 больных, и почти во всех случаях новокаиновый блок дал быстрое излечение без применения какой-либо другой терапии. Блок имеет также и дифференциально-диагностическое значение, позволяя своевременно распознавать внутричерепные кровотечения: при последнем он не дает никакого улучшения. Блок целесообразно производить не сразу после повреждения, а через 12—15 часов.

По поводу доклада высказались проф. Ю. А. Ратнер, доц. В. Н. Помосов, д-р А. С. Муромцев, отметившие большую практическую ценность новокаинового блока Вишневого, как метода лечения коммоционально-контузионных состояний при травмах черепа.

Председатель проф. С. М. Алексеев (резюме). При травмах черепа мы не имеем хороших методов лечения. Патологоанатомическая картина коммоционально-контузионных состояний изучена мало. Преобладают явления отека. Новокаиновый блок Вишневого „снимает“ отек и тем самым уничтожает и сопутствующие явления.

Предложение проф. Г. М. Новикова использовать новокаиновый блок с лечебной целью при травмах черепа является новшеством в хирургии. Необходимо продолжать дальнейшие наблюдения.

Секретарь д-р В. М. Осиповский.