

жойм должны быть поручены проверка вновь разработанных простейших методов серодиагностики сифилиса. Центральным дермато-венерологическим институтам необходимо взять на себя разработку методики и приготовление полноценных антигенов для серодиагностики гонорей, этого отстающего серологического участка.

Прошедший съезд является важной датой в истории советской дермато-венерологической организации. На нем были выявлены все недочеты проделанной работы и намечены пути, идя по которым, мы сможем к следующему съезду, намеченному в 1941 году в Баку, прийти с большими достижениями и с рапортом о выполнении венорганизациями принятых на съезде обязательств. Прошедший съезд выявил успехи советской научной дермато-венерологии. Это дало повод одному из старейших русских дерматологов, проф. А. А. Боголепову заявить с трибуны съезда, что в Союзе нашем выросла школа прекрасных микологов, а работы наши в области аллергии кожи поднимают советскую дерматологию на очень большую высоту.

Рефераты.

а) Хирургия.

Pettinari. *Первичный туберкулез мышц.* Surg., Gyn. a. Obst., 1936, октябрь, № 4) Мышечная ткань весьма устойчива к заражению туберкулезной палочкой. В 1924 г. Culotta собрал по литературному материалу 64 случая так называемого „первичного туберкулеза мышц.“

Автор сообщает в деталях случай первичного туберкулеза мышц у женщины 50-летнего возраста. За 2 месяца до поступления в госпиталь больная заметила маленькую опухоль на задней поверхности правого бедра. Опухоль не причиняла никакой боли, но пораженное бедро стало тяжелее и уставало гораздо скорее левого. Перед этим был легкий подъем температуры. Осмотр обнаружил на задней поверхности правого бедра умеренное цианотическое поле, размерами 8×10 см, на котором кожа была немного отечна, но свободна от подкожной ткани. Пальпация же обнаружила субапоневротическую опухоль в задних мышцах бедра. Опухоль круглая, гладкая, однообразная, величиною с лимон, с неопределенными в глубине границами.

В паховой области было много маленьких, гладких безболезненных лимфатических узлов. Рентгеноанализ не обнаружил патолого-анатомических изменений

в кости, но в легких нашел увеличение hilus'a с некоторой кальцификацией лимфатических узлов. Лейкоцитоз 8 300. RW резко положительная. Антилюетическое лечение не оказало влияния на болезненный очаг.

Опухоль и прилегающая часть мышц были удалены. При разрезе опухоли обнаружена полость, наполненная казеозным гноем и хорошо инкапсулированная фиброзной тканью. Биологическая проба указала на туберкулезный процесс. Гистологическое исследование обнаружило структурный распад границ на зоне воспаления соединительной ткани и инфильтрат клеток. Соединительная ткань образована фиброзной тканью и отделена болезненным процессом от мышечных фибрилл. В этой зоне обнаружены гигантские клетки. Мышечные фибриллы близ фокуса были заметно изменены: частью атрофированы, частью разрушены. Вдали от воспалительного процесса мышечные фибриллы были нормальны. Через 10 месяцев бедро было здорово. В подобных случаях показано хирургическое лечение.

В. П. Горбатов.

Crossan. Консервативное лечение острых гематогенных остеомиелитов (Surg. Gyn. a. Obst. 1936, окт. № 4). Из 117 случаев острого гематогенного остеомиелита гной был найден 12 раз в кости, а в костном мозгу и в субпериостальном пространстве 24 раза. В 39 случаях костный мозг подвергался исследованию и был свободен отгноя. В остальных 42 случаях кость не вскрывалась. Из 117 случаев гной под периостом был в 105.

В 4 случаях, при которых операция была произведена в первые 48 часов после начала симптомов острого остеомиелита, гной был найден в субпериостальном пространстве, а не в костном мозгу. В двух случаях смерть наступила при ранней операции.

Автор обращает особое внимание на тот факт, что сопротивляемость организма уменьшается от боли, бессонницы, дегидратации и грубой, небрежной транспортировки больного в госпиталь, шока инфекционного и шока от операции. Ранняя операция угрожает диссеминацией инфекции, что может привести к ложному диагнозу.

Автор советует следующее: 1) операция откладывается до тех пор, пока состояние больного улучшится под влиянием покоя, трансфузий и вливаний; 2) не оперировать до тех пор, пока не разовьется местное сопротивление ткани; самым лучшим временем для операции является вторая неделя болезни; 3) при первом вмешательстве следует ограничиться разрезом, а не делать декомпрессию.

В. П. Горбатов

Voelcker. Новый способ лечения гидроаденитов подмышечной впадины. (Bruns. Beitr. 1936, 163, 3, 435—436). А. рекомендует лечение гидроаденитов подмышечной впадины на абдукционной шине с укладыванием на нее руки, отведенной под прямым углом от другой клетки; при наличии абсцессов, последние вскрывают небольшими разрезами, причем перевязка на рану не накладывается. Осмотр больного производится ежедневно, образовавшиеся корки снимаются пинцетом, после чего кожа подмышечной впадины смазывается мазью или припудривается. При этом способе кожного сокращения продолжительность лечения и уменьшается возможность рецидивов заболевания. Иногда под влиянием действия воздуха наблюдается полное обратное развитие воспалительного инфильтрата и необходимость в разрезе отпадает.

Б. Иванов.

Kurtz, Benett и Schapiro. Электрокардиограмма при хирургическом обезболивании. (J. Amer. Med. Assoc. 1936, 106, 6). Аа. изучали электрокардиограммы 109 больных во время 113 хирургических операций с различными способами обезбоживания. В качестве анестезирующих средств применялись: циклопропан, эфир, прокаин, этилен, веселящий газ, хлороформ, vinylalther и трибром-этанол. Электрокардиографическое исследование производилось перед операцией, после пробуждения и через 10 часов после вмешательства. Наиболее важными отклонениями от нормы были: синусовая аритмия, экстрасистолы и низкие кривые. Резкое нарушение сердечной деятельности отмечено в 4 сл; в 2 сл. развился полный сердечный блок. Аритмии наблюдались чаще при больном, чем при здоровом сердце, и притом реже всего при употреблении прокаина и чаще всего при хлороформном наркозе. Полное отсутствие каких-либо расстройств со стороны сердца в результате обезбоживания наблюдалось только в 21% сл. Связи между глубиной наркоза или характером вмешательства и появлением аритмии аа. не отмечают. Кривые в большинстве случаев были временно изменены, как в отношении амплитуды комплекса QRS,

T—волны, так и в отношении ST—сегмента и интервала PR. У многих больных электрокардиограммы, произведенные через 10 час. после операции, еще отличались от результатов исследования до вмешательства. **Б. Иванов**

Rapp и Terpenberg. Аппендицит с инфильтратом (Zbl. Chir. 1936, 37, 2184—2187). Операция в случаях аппендицита с инфильтратом технически трудна и сопряжена с опасностью побочных повреждений, общей инфекции, последующего некроза сальника и образования калового свища и сращений. Лечение должно быть здесь строго консервативным: больной укладывается в постель в положении по Fowle'у до полного затихания всех явлений местного перитонита. Идеальным успокаивающим боли средством является пузырь со льдом, при условии отсутствия давления и распределения его на достаточно большой поверхности. Чтобы избежать обморожений кожи живота, последняя предварительно смазывается вазелином и между пузырем и брюшной стенкой кладется сложенное в 4 раза полотенце; по мере привыкания больного полотенце может складываться в 3 или 2 раза и, наконец, укладывается в один слой. Перед закрыванием наполненного пузыря, из него удаляется вода и воздух; пузырь применяется до полной ликвидации острых воспалительных явлений; в дальнейшем, при полном отсутствии лихорадки, показано применение тепла. В первые дни заболевания больному совершенно запрещают пить и есть, вводя необходимое количество жидкости в виде соленого раствора; в дальнейшем—осторожная жидкая диета (подслащенный чай, чай с молоком, чистое молоко, супы), затем жидкая кашцеобразная и, наконец, молочно-животная пища. Для устранения гипохлоремии, имеющейся при всяком воспалительном процессе в брюшной полости назначают подкожные впрыскивания 1000—2000 см³ физиологического раствора, который затем вводится в виде капельных клизм или заменяется внутривенным вливанием 10% раствора NaCl. Главным фактором консервативного лечения аппендицита с инфильтратом является вакцинотерапия; обычно производится 10—15 впрыскиваний при небольших и спустя 6—8 недель еще такое же количество впрыскиваний—при более крупных и старых инфильтратах. Кроме того а. назначает больным 2—3 стол. ложки в день Ol. Paraffini, имеющего значение „внутренней“ мажевой повязки; масло распределяется по слизистой оболочке кишечника и, действуя чисто механически, регулирует стул. При таком лечении почти всегда спустя 3—6 мес. при операции находят свободный отросток; а. считает, что консервативный способ лечения случаев аппендицита с инфильтратами дает возможность избежать опасности, связанные с оперативным вмешательством. **Б. Иванов.**

Hilgenfeldt. Пиелография при вдохе и выдохе (Deutsche Ztschr. f. Chir. 247. H. 7/8, 1936. S 411—460). Автор производил пиелографию при сильном вдохе и выдохе в лежачем положении больного на одной или двух пластинках. Таким путем автор изучал смещаемость почки при различных заболеваниях. Дыхательная пиелография помогает: 1) в диагностике камней почечной лоханки и мочеточников, особенно при дифференцировании их с теньями другого происхождения (флеболиты, обызвестленные лимфатические железы и пр.), 2) в определении местоположения инородных тел, 3) при дифференцировании воспалительных заболеваний почки (паранефриты, карбункул почки, пиелонефрит и т. д.), 4) при воспалительных процессах соседних органов (панкреатит, аппендицит и пр.).

Автор считает, что в затруднительных случаях дыхательная пиелография позволяет поставить или исключить диагноз почечного заболевания.

В. Маят.

Raas. Перфорации желудка и 12-перстной кишки после кормления контрастной массой при рентгеноскопии и их последствия. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd 247. H. 7/8. 1936). На основе изучения современной литературы и собственных случаев автор разбирает частоту, клиническое значение и генез перфораций язв желудка и 12-перстной кишки после кормления контрастной массой при рентгеноскопии. Для большинства случаев автор считает причиной перфорации не прямое действие контрастной массы, а косвенное. Кормление контрастной массой больных, привыкших к диете, дает слишком большую нагрузку желудку—моторная функция повышается, кратер язвы, имеющий менее стойкую стенку, натягивается при движениях круговой и продольной мускулатуры, причем стенка может надорваться. Внешние моменты (пальпация и пр.) играют в генезе перфорации при рентгеноскопии второстепенную роль.

Если у собаки произвести перфорацию 12-перстной кишки около привратника, последний спастически сокращается, причем перехода желудочного содержимого в 12-перстную кишку, а отсюда через перфорационное отверстие в брюшную полость, долго не наблюдается. Если наполнить желудок большим количеством контрастной массы при широко зияющем перфорационном отверстии передней стенки 12-перстной кишки в эксперименте на собаке, то в течение первого часа после перфорации перехода контрастной массы в свободную брюшную полость не наблюдается. Поэтому прогноз дуоденальной перфорации, получившейся после кормления контрастной массой значительно благоприятнее после своевременного зашивания отверстия, чем при желудочной перфорации. В эксперименте на животном можно доказать очень тяжелое действие контрастной массы при попадании ее в свободную брюшную полость. Из 10 собак, которым было введено в брюшную полость путем инъекции от 50 до 140 г сернокислого бария, предварительно простерилизованного, не выжила ни одна, смерть наступала самое позднее через 20 часов. Автор видит причину смерти в сильном действии сернокислого бария на брюшные органы и область чревного нерва. Микроскопическое исследование органов брюшной полости исключает резорбционное действие сернокислого бария. Автор не находил также и более позднего действия контрастной массы на паренхиматозные органы.

На основании своей работы автор дает следующие практические указания: 1) контрастная масса, попавшая при перфорации в брюшную полость, должна тщательно удаляться, 2) при перфорации желудочной язвы, когда в брюшную полость попадает большое количество сернокислого бария, нужно применять щадящие мероприятия, т. е. простое зашивание язвы, 3) в случаях с заболеваниями пищеварительного аппарата, при которых можно было бы опасаться перфорации и перехода контрастной массы в свободную брюшную полость, лучше совсем отказаться от исследования больного с дачей ему контрастной массы.

В. Майт.

Paas. Самодренирование гнойного медиастина при перфорации пищевода (Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. 247. Н. 7/8, 1936 г. S. 495—500). Автор описывает случай перфорации зубным протезом кардиальной части пищевода во время эзофагоскопии. На рентгене обнаружено затекание контрастной массы в средостение. Несмотря на последующий тяжелый гнойный медиастинит, эмфизему средостения, пневмоторакс, гнойный плеврит и плевро-пищеводный свищ, случай закончился выздоровлением после резекции ребра, дренажа Бюлау и гастростомии. Этот случай показывает, что перфорация пищевода с присоединившимся медиастинитом не всегда кончается летально при выжидательной терапии. Благоприятный исход гнойного медиастинита в данном случае определяется самостоятельным дренированием средостения путем широкого, расположенного у кардии, перфорационного отверстия.

В. Майт.

Soest. К лечению фурункулов лица. (Dtsch. Ztschr. f. Chir Bd. 247. Н. 7/8. 1936, S. 526). Автор разработал материал по фурункулам лица, прошедший через Кельнскую университетскую клинику в течение 9 лет. На 339 случаев смертность равнялась 2,9%. 7 больных погибло от гнойного флебита синуса, распространение которого шло по ходу v. angularis, v. ophthalmica; в 3 случаях процесс распространился по y. facialis anter и v. jugularis. Все умершие поступили в очень тяжелом состоянии, локализация процесса этих случаев—в 7—верхняя губа, в 2—нос, в 1 случае—нижняя губа. Вообще же по материалу автора фурункулы располагались в 42,5% на верхней губе, в 17,1% на носу, в 16,8% на щеке; в 8,6% на нижней губе, в 8,2% на подбородке, в 4% на лбу и в 2,8% в височной области. Клиника придерживается строго консервативного способа лечения, иногда делается прокол абсцедирующего фурункула для лучшего оттока гноя. Автор не наблюдал в течении процесса особой разницы от применения мазей, компрессов, влажных повязок и т. д. В 53 случаях была применена рентгенотерапия, которая вызвала размягчение, уменьшение напряжения и болезненности. Снег из углекислоты, примененный в 50 случ., вызвал быструю демаркацию и отторжение некротической ткани. В 14 случаях по поводу тромбоза была сделана перевязка v. angularis, после чего упала температура и улучшилось общее состояние. Первичный очаг лечился строго консервативно, несмотря на то, что 27,1% этих больных поступило в клинику с диагнозом „злокачественного“ фурункула. Автор, сравнивая цифры смертности (2,9), полученные на его материале при консервативном лечении, с цифрами

Böhner'a (21,5%), полученными при оперативном лечении фурункула лица, подчеркивает преимущество консервативного лечения. В. Майт.

Sobernheim и Mündel. *Стерилизация инструментов в кипящем растворе соды и формалина.* (Schweiz. Med. Wschr. 1936, 47, 1191—1192). Аа. указывают, что при кипячении инструментов в воде с прибавлением соды и формалина (1,5% раствора соды с прибавкой к нему 0,6% формальдегида), стерилизация их оказывается гораздо более надежной и достигается быстрее. Обычно достаточно пятиминутного кипячения (считая с момента закипания воды), но из практических соображений и во избежание всяких случайностей рекомендуется увеличить продолжительность кипячения до 10 мин., при этом инструменты кладутся в холодную воду. Лабораторные исследования показывают, что при указанном способе стерилизации даже длительное воздействие стерилизующего раствора не оказывает никакого вредного действия на инструменты. Пары формалина становятся чувствительными только при очень больших количествах жидкости (10 литров и больше). Б. Иванов.

б) Иммунология.

Rivers. *Вирусы и обуславливаемые ими заболевания.* (I. Am. med. Ass. V. 107, № 3, 1936). Вирусами принято называть такие болезнетворные агенты, которые не растут на искусственных неживых средах, не видны ни при каком увеличении и проходят через фильтры. К числу болезней, вызываемых вирусами, относятся: корь, свинка, herpes labialis, натуральная и ветряная оспа, бешенство, пситтакоз, насморк, инфлюэнца, энцефалит типа Сен-Луи, японский тип В энцефалита, эпидемический энцефалит или болезнь Экономо, лимфоцитный хориоменингит, полиомиелит, ингиальная лимфогранулема, рьяльно-копытная болезнь, австралийская Х болезнь, лихорадка Рифтваллей, желтая лихорадка, папатачи—лихорадка, денге—лихорадка, бородавки, кентагиозный моллюск. Не только человек, но и низшие животные, насекомые, растения и даже бактерии могут болеть от внедрения вируса. Весьма возможно, что еще многие из невыясненных заразных болезней придется отнести на их счет.

Тот факт, что вирусы проходят через поры фарфоровых и диатомных фильтров, дал возможность отделить их от бактерий. Однако этим путем не удалось еще определить относительную величину различных вирусов. Чтобы подойти к решению этого вопроса Эльфорд предложил готовить коллоидные перепонки с различным образом градуированной величиной пор. При их помощи удалось доказать, что величина различных вирусов не одинакова, но что размеры инфицирующей единицы каждого данного вируса отличаются большим постоянством. Некоторые вирусы, например, вакцины, отличаются сравнительно большим размером и достигают диаметра в 125—175 миллимикрон, другие же, например, вирус полиомиелита и рьяльно-копытной болезни, чрезвычайно малы, не превосходят 8—15 миллимикрон и равняются приблизительно величине некоторых протеиновых молекул.

Тот факт, что вирусы не культивируются на искусственных средах при отсутствии живого субстрата и что многие из них не превосходят величины протеиновой молекулы, привел некоторых исследователей к той мысли, что источником вируса могут являться клетки самого заболевшего организма. Наиболее интересна в этом направлении работа Стэнли, которому регулярно удавалось получать большие количества кристаллического протенина из растений, инфицированных табакомозаичным вирусом, и этот протенин оказался способным вызывать мозаичскую болезнь у инфицированных им свежих растений. Стэнли полагает, что этот вирус не есть живой организм, а аутокаталитическая субстанция, возникающая в протенинах самого растения.

С другой стороны, есть такие вирусы, величина которых соответствует минимальным живым существам. В инфекционном материале, выделенном из коровьей, натуральной и птичьей оспы, пситтакозе и экстремелии, удалось обнаружить при помощи ультрафиолетовых снимков и соответствующей протравы и окраски элементарные тельца круглой и овальной формы. При вакцинации были получены значительные количества элементарных телец в относительно чистом виде. Химический анализ показал, что они состоят из воды, белков, жиров, углеводов.