

7. При профилактическом лечении радием, если имеется после лечения большое увеличение переходных форм, моноцитов и показатель окраски больше единицы, то предсказание неблагоприятное.

8. Рак матки уменьшает количество гемоглобина, а радий увеличивает.

9. Радий мало изменяет количество красных кровяных шариков.

10. Радий увеличивает количество белых кровяных шариков.

Из Клиники болезней носа, горла и ушей Казанского гос. медицинского ин-та.
(Директор профессор В. К. Трутнев).

К вопросу о лечении пергенолем хронических гнойных отитов и мастоидитов, осложненных присутствием *Vac. Vincenti* в симбиозе со спирохетой.

Ассистента клиники **З. И. Вольфсона.**

За последнее время ушная клиника Казанского университета обратила особое внимание на поражение ушей, сопровождающееся возбудителем *P. Vincenti*. На поставленный нами совместно с проф. В. К. Трутневым вопрос: надо ли выделить поражение сосцевидного отростка веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой в самостоятельную форму „Винцентовского мастоидита“?—был дан положительный ответ. В основной работе по этому вопросу (Mntschr. f. Ohren. 5, N. 63, 1929) мы указали, что по своим отличительным признакам Винцентовский мастоидит не только имеет право на самостоятельное существование, но ему следует придать значение отдельной нозологической единицы. Весь симптомокомплекс Винцентовского мастоидита складывается из 4-х периодов а) начало и развитие болезненного процесса, в) объективные данные при исследовании больных, с) находки во время операции и d) послеоперационное лечение.

А. Начало и развитие болезненного процесса. 1) В анамнезе большинство наших больных указало, что после какой-нибудь инфекции, а иногда и травмы появилось гноеотечение из уха. Болезнь развивалась не бурно, исподволь. Можно предполагать, что вначале у больных имелось обычное неосложненное воспаление среднего уха, и только впоследствии, когда отит осложняется присутствием Винц. палочки, болезнь принимает своеобразное течение и иногда приводит к Винцентовскому мастоидиту.

2) Как правило, Винцентовский мастоидит, раз появившись, обладает крайне упорным течением болезни. Процесс тянется годами.

3) Обращает на себя внимание, что болезнь протекает при нерезкой общей реакции организма и сравнительно удовлетворительном общем состоянии больных; также не отмечается резких температурных колебаний, если нет особых осложнений. Больные часто отмечают общую вя-

лость и удрученность вследствие непрекращающегося болезненного процесса.

4) Всякий В. мастоидит сопровождается упорным гноетечением. Цвет выделений часто желтовато-коричневый. Иногда выделения кровянистого характера, но без склонности к свертыванию.

5) Запах выделений гнилостный, вонючий, распространяющийся в запущенных случаях далеко вокруг больного.

6) У детей часто образуется нарыв на сосцевидном отростке, который самопроизвольно вскрывается и оставляет после себя долго незаживающий свищ, а у взрослых послеоперационный свищ сосцевидного отростка держится годами открытым.

7) Из свища выделения того же характера и запаха, как и из слухового прохода.

8) Больные отмечают боль в соответствующем ухе и часто головные боли.

9) Резкое понижение слуха на соответствующее ухо.

10) В анамнезе большинства больных имеется указание, что у них была произведена операция в сосцевидном отростке.

В. Объективные данные при исследовании больного. 1) При осмотре больного ушная раковина и окружающие участки кожи испачканы засохшим гноем, вытекающим в обильном количестве из слухового прохода.

2) Цвет секрета от желтоватого до кровянистого.

3) Запах секрета, взятого из глубины свища или из слухового прохода, отвратительный, резкий. Характер запаха не поддается описанию, но он безусловно своеобразен и легко запоминается.

4) По очистке слухового прохода почти всегда обнаруживаются полипы в среднем ухе, а иногда полипы выполняют весь слуховой проход. Полипозная слизистая часть кровоточит и придает секрету кровянистый характер.

5) Стенки слухового прохода нередко инфильтрированы.

6) Часто встречается послеоперационный свищ сосцевидного отростка. Из свища секрет того же цвета и запаха, как и из слухового прохода. При зондировании зонд упирается в глубине свища на плотную кость.

7) T^0 больных в большинстве случаев нормальная.

8) Только при глубокой пальпации больные иногда отмечают болезненность сосцевидного отростка, и этот симптом часто неявно выражен.

9) При исследовании секрета во всех случаях обнаруживается в преобладающем количестве веретенообразная палочка Vincent'a в симбиозе со спирохетой.

При исследовании материала носоглотки и зева в наших случаях мы того же возбудителя не обнаружили. Повидимому, возбудитель может самостоятельно проникнуть на слизистую уха, без предварительной локализации в полости зева или носоглотки с обязательным прохождением через Евстахиеву трубу.

С. Находки во время операции. На поверхности кости мелкие свищи. Кость разрыхлена на большом протяжении, встречаются свободно лежащие костные секвестры. Нередко обнаженная dura mater или стенка sinus sigmoideus. В костной ране глубокие углубления и бухты по разным направлениям. Часто полипы выполняют клетки сосцевидного отростка, антрума и полость среднего уха. В сосцевидном отростке ихорозный гной,

при исследовании которого обнаруживается возбудитель Vincent'a. При операциях нередко обнаруживаются холестеатомные массы.

D. Послеоперационное течение. При „Винцентовском мастоидите“ закрытое лечение раны не выдерживает критики. Биологически возбудитель Vincent'a—строгий анаэроб. Если бы у нас была уверенность, что оперативным путем мы удалили совершенно возбудителя из раны—тогда можно говорить о закрытом лечении раны. Но раз такой уверенности у нас нет, то при закрытом лечении раны, мы ставим возбудителя в более благоприятные условия размножения; через несколько дней после операции мы получаем нагноение швов и полное расхождение краев раны. Зашивая рану, мы еще больше закупориваем выходное отверстие раны и совершенно преграждаем доступ кислорода в рану, при первой же перевязке мы принуждены широко развести края раны. По нашим наблюдениям, при В. мастоидите допустима только наиболее рыхлая тампонада и открытое лечение раны. Последнее условие является *conditio sine qua non*, ибо этим путем мы рационально действуем на этиологический фактор болезни, создавая для возбудителя Vincent'a наименее выгодные в биологическом смысле условия существования.

В дальнейшем течении болезни обращает на себя внимание крайне вялое заживление раны.

Часто на стенках операционной полости образуются дифтериеподобные налеты, крепко спаянные с подлежащей тканью. Налеты в виде пленок серовато-грязного цвета. Края раны вяло гранулируют, отечны, с синюшным оттенком. Крупные сероватые грануляции иногда в виде бугорков располагаются по краям раны. Грануляции кровоточивы. Обильные ихорозные выделения, при исследовании которых обнаруживается возбудитель Vincent'a.

Крайне медленно, при самом тщательном уходе, суживается операционная полость, но свищ долго не закрывается. Наконец, если свищ закрылся, то выделения из слухового прохода продолжают. Проходит некоторое время, и больной опять появляется в клинике с открытым свищем. Больной оперируется повторно, но операционный эффект тот же.

Не при всяком случае „Винцентовского мастоидита“—резко выражены симптомы нами перечисленные. Вполне законно, если тот или другой второстепенный признак отсутствует в отдельном случае, но вся картина болезни настолько ясна и определена, что мы имеем право говорить о „Винцентовском мастоидите“, как об отдельной нозологической единице.

В нашей работе о „Винцентовских отитах“ мы обратили внимание на значение социального фактора при данном поражении ушей. По нашим наблюдениям, „Винцентовский отит и мастоидит“ встречается в громадном большинстве случаев у лиц мало обеспеченных, мало культурных, не считающихся с общими правилами гигиены! Такие больные годами индифферентно относятся к имеющемуся у них гнойному поражению ушей, обходятся без всякого лечения и ухода за своим ухом и появляются в нашей амбулатории только тогда, когда зловонный запах из уха делает их нетерпимыми в обществе. Часто процесс в запущенном виде встречается у детей неимущих классов. Мы не встретили „Винцентовского“ поражения ушей у человека, знакомого с общими правилами гигиены и следящего за туалетом своего больного уха.

Нет сомнения, что возбудитель Vincent'a играет чрезвычайно важную роль в *этиологии и патогенезе* болезненного процесса, и его присутствием обуславливается своеобразный характер течения болезни.

Мы не встретили возбудителя Vincent'a при остром воспалении ушей. По нашим наблюдениям возбудитель Vincent'a является вторичным инфектом. Вначале у больных имеется неосложненное воспаление среднего уха, а только впоследствии, когда отит осложняется присутствием возбудителя Vincent'a, болезнь принимает своеобразное течение. Вторичная инфекция возбудителем Vincent'a нуждается в особой почве, и эта почва наиболее благоприятная при запущенном гнойном хроническом отите, где имеющаяся разрыхленная ткань создает удобные условия для анаэробного существования указанного возбудителя.

Не менее интересным является вопрос о лечении „Винцентовской“ формы поражения ушей, тем более что в присутствии bac. Vincent'a болезнь принимает крайне затяжное течение и продолжается годами.

Лечение таких больных требует от врача и больного исключительного терпения, а иногда и врач, и больной теряют всякую надежду на какой-либо успех.

В качестве примера приведу одну историю болезни, которая еще не вошла в число нами уже описанных ¹⁾.

Больная Т. Т. явилась первый раз в клинику 15/V 28 г. с жалобами на припухлость и красноту за левым ухом и сильные ломящие боли в области левого уха. По словам больной, припухлость, краснота и боли появились 2 недели тому назад после простуды. Пять лет тому назад после сыпного тифа заболели оба уха. Сначала открылось гноеотечение из правого уха, а затем из левого. С тех пор гноеотечение из обоих ушей не прекращалось. *Объективно. Правое ухо:* в слуховом проходе гной. Стенки слухового прохода инфильтрированы и суживают его просвет. Барабанная перепонка в большей части отсутствует. На слизистой среднего уха мелкие кровоточащие полипы и грануляции. *Левое ухо:* в слуховом проходе кровоточащий полип, заполняющий весь просвет его; барабанная перепонка не видна. Гной, смешанный с кровью, отвратительного запаха. *Сосцевидные отростки:* в области левого сосцевидного отростка разлитая краснота и припухлость, распространяющаяся далеко кзади и кверху. Пальпаторно—флюктуация и резкая болезненность. Правый сосцевидный отросток без изменений. *Слуховая функция:*

AD.	30"	0	0,3	256	³ / ₄ m.	2 m.	ad. c.
AS. ← W.	CM.	CA.	LS.	Li.	AP.	V.	v.
	25"	0	1,2	256	ad. c.	ad. c.	0

18/V 28 г. трепанация левого сосцевидного отростка. По разрезе мягких тканей и надкостницы показался ихорозный гной. Гною выделилось значительное количество. По удалении гноя обнаружен распад мягких тканей и больших размеров фистула сосцевидного отростка, соединяющаяся с *сум antro.* Сосцевидный отросток в значительной степени оказался размягченным. Детали его анатомического строения смыты. При удалении размягченных частей отростка обнажен *sinus sigmoideus.* Кровотечение значительное. Открытое лечение. Тугая повязка. В мазках из обоих ушей обнаружена bac. Vincent'a. RW—отрицательна. В дальнейшем ежедневные перевязки, иодоформные турунды. Послеоперационное лечение затянулось.

После выписки из клиники больная через день посещала амбулаторию. В послеоперационном периоде свищ за ухом временно закрывался, но на весьма короткий срок. Перевязки с иодоформом, риванолом, неосальварсаном, марганцево-кислым калием, перекисью водорода—успеха не дали.

Через 7¹/₂ месяцев, 31/I 29 г. больная вторично поступила в стационарное отделение клиники. В виду того, что свищ за ухом упорно держится, предложено

¹⁾ Случай доложен в Р.-Л.-О. секции общ-ва врачей при Казанском университете 20 ноября 1929 г.

воздействовать на рану кислородом в газообразном виде, чтобы аэрацией поставить возбудителя Vincent'a, строгого анаэроба, в неблагоприятные в биологическом смысле условия существования. Несколько раз рана газировалась из кислородной подушки в течение 10 минут. Такой способ введения кислорода не оказал заметного влияния на рану.

8/II 29 г. повторная операция. Удалены грануляции и полипы из среднего уха. Стенки костной раны выскоблены ложкой. В рану турунда, пропитанная неосальварсаном. В дальнейшем ежедневная перевязка. Рана гранулирует. Запах уменьшается.

20/II—больная выписана для амбулаторного лечения. Амбулаторно при перевязках применялся H_2O_2 и *kali hypermanganicum*. Свищ закрылся. Из обеих ушей ихорозный гной, смешанный с кровью.

Большая периодически посещала амбулаторию клиники, но выделения из ушей также обильны и того же характера; характерный запах выделений распространяется на значительном расстоянии от больной.

8/X 1930 г., после полугода лет безуспешного лечения, было предложено начать лечение препаратом, полученным из заграницы,—«pergenol'ем».

Оба уха промывались H_2O_2 . Слуховой проход тщательно обсушивался ватными тампонами, а затем инсуфлятором вдвухался порошок pergenol'я. Постепенно слизистая стала принимать нормальный характер; количество выделяемого уменьшилось настолько, что не было нужды в промываниях. Стали выясняться опознавательные пункты барабанной полости, и с большим удовлетворением мы могли отметить 29/X, через 3 недели после начала лечения pergenol'ем, что справа слизистая среднего уха суха и эпидермицируется, а слева имеется небольшая влажность. Еще через 2 недели мы могли отметить сухость слизистой также слева. При дальнейшем наблюдении слизистая средних ушей с обеих сторон стойко оставалась сухой и постепенно покрывалась эпителием.

Кроме данной больной, мы провели лечение pergenol'ем еще 9-ти случаев „Винцентовского“ поражения ушей, где основной процесс был также упорный, и там мы получали полный эффект в сравнительно короткий срок.

Препарат pergenol не новый. О нем подробно говорит Hasslaуer в своем руководстве издания 1913 года. Но мы к нему подошли на основании теоретических предпосылок.

Изучая систематически микрофлору уха, мы сумели отметить и выделить в особую группу хроническое поражение ушей, связанное с возбудителем P. Vincent'a. Присутствие указанного возбудителя влияет, главным образом, на течение болезни; процесс становится очень упорным и не поддается обычным методам лечения.

В силу того, что *vas. Vincent'a* является строгим анаэробом, мы еще в нашем предварительном сообщении высказались, что лечение должно быть направлено к тому, чтобы создать для возбудителя невозможные в биологическом смысле условия, т. е. поставить его в условия аэробии, и только направляя нашу мысль по этому пути, мы можем говорить о рациональном методе лечения „Винцентовских“ отитов и мастоидитов. С этой целью мы пробовали разные окислительные средства: *kali chloricum*, *kali hypermanganicum*, кислород в газообразном виде, но все эти средства могут освободить кислород только кратковременно и поэтому особенного эффекта от их применения мы не получили. Мы искали препарат, который бы выделял кислород *in statu nascendi* в течение многих часов. И в этом смысле нас вполне удовлетворит pergenol, который содержит 12% H_2O_2 и 22% тончайшей борной кислоты. По словам Hasslaуer'a, в присутствии борной кислоты 12% перекись водорода теряет свои раздражающие свойства.

Говоря о лечении рергенол'ем, я не упускаю из виду того обстоятельства, что на лечение болезни влияют кроме инфекта и другие факторы: конституция, общее состояние организма, социальные условия и др.

Целью настоящего сообщения является фиксировать внимание специалистов на простой и легко проводимый в любой обстановке способ лечения такого тяжелого страдания, каким является „Винцентовское“ поражение ушей.

Из Нервного отделения Института им. В. Обуха (Дир. Л. С. Боголепова).

Течение и прогноз при ртутной энцефалопатии по материалам динамического наблюдения.

Прив.-доц. А. Е. Кулькова.

Динамическое наблюдение над случаями ртутных отравлений представляет собой одно из ответвлений общего динамического наблюдения, предпринятого Институтом по целому ряду болезненных форм. В отношении нервных осложнений при отравлении ртутью оно приобретает особое значение в виду малой изученности нозографии этой формы в целом (энцефалопатии). Подвергая периодическому осмотру каждого больного, мы устанавливаем, как протекает данное заболевание, какие симптомы исчезают раньше и какие из них являются более стойкими в своем течении. Кроме того, динамическое наблюдение в отношении ртутных отравлений имеет большое профилактическое значение, т. к. оно дает нам руководящие указания в смысле выработки общих правил того, как должен вести себя больной с явлениями ртутной энцефалопатии.

Как уже отмечалось нами в предыдущих наших работах по ртутному отравлению¹⁾, случаи энцефалопатии дают хорошее течение и прогностически вполне благоприятны, если б-ные своевременно удаляются с вредного производства. Только далеко зашедшие формы в отношении изменений со стороны центральной нервной системы и детские случаи (как более восприимчивые к ртути) давали более тяжелое течение.

Динамическое наблюдение, предпринятое нами как в Москве, так и в Клинском уезде, в общем обнимает 13 случаев взрослых и детей. Опуская описание деталей работы б-ных, которое имеется в наших предыдущих статьях, мы коснемся только изменений в клинической картине за определенный период времени.

Б-ным с явлениями ртутной энцефалопатии, после того как они выходили из нашего отделения, мы рекомендовали полное оставление работы со ртутью, а так как большинство из них пило, то и бросать пить; в большинстве эти советы выполнялись.

Рассмотрим сначала случаи, касающиеся взрослых, приведя кратко их предыдущую историю болезни.

Случай 1-й. Больной К-ий, 47 лет, стеклодув, технический руководитель. Диагноз енцефалопатия меркурialis, болел 1½ года; 5 лет работает термометристом; 17 лет имел дело со ртутью. Объективно: картина резко выраженной энце-

¹⁾ Труды Ин-та Обуха. Вып. 19, 1928, Московск. мед. журнал, № 8, 1928, Русская клиника, 1930.