

субъективного ощущения одышки, а не обусловлена содержанием CO_2 и O_2 в альвеолярном воздухе и в крови. Если у больного с функциональной эмфиземой обнаружено изменение кривой дыхания и максимальной минутной емкости, то улучшение его состояния и его работоспособности будет выражаться в улучшении кривой дыхания и максимальной минутной емкости и наоборот. Такое же соответствие имеется также между работоспособностью и цифрами альвеолярного CO_2 и O_2 , так что в случаях, где альвеолярное CO_2 и O_2 изменено, дальнейшее определение содержания их служит хорошим опорным пунктом для оценки состояния больного. С другой стороны, даже при неработоспособности могут оказаться совершенно нормальными цифры CO_2 и O_2 .

При оценке степени инвалидности, которая обусловлена функциональной эмфиземой, определение кривой дыхания или максимальной минутной емкости является вспомогательным средством, которым мы не должны пренебрегать.

О сифилитических заболеваниях внутренних органов ¹⁾.

Проф. Р. А. Лурия.

Уже одно то, что я имею высокую честь выступать здесь, в стариннейшем очаге медицинской науки, в Утрехте, в Вашем высокоуважаемом Обществе по вопросу о сифилитических заболеваниях внутренних органов, свидетельствует о большом интересе и значительной актуальности проблемы висцерального сифилиса. Три хронические инфекции являются причиной большого ряда поражений внутренних органов—туберкулез, малярия и сифилис—и из них действительно особенного внимания заслуживает сифилис, так как именно о нем врач чаще всего забывает, а между тем во время распознать сифилитическое заболевание внутренних органов означает нередко не только спасти больного, но также испытать и величайшее наслаждение врачебного творчества и радость выполнения высокого долга врача.

Большой интерес к висцеральному сифилису совпал с эпохой, когда в цивилизованных странах несомненно уменьшается общее число сифилитических заболеваний и резко изменились как клиническая картина сифилиса, так и господствующие взгляды на методы лечения его. По данным Jadassohn'a в 1925 году свежий сифилис уменьшился на 75—80% в Бельгии, Швеции и Голландии, на 60% в Финляндии, на 40—50%—в Англии, на 30%—в Чехословакии и в Венгрии и т. д. В нашей стране—в Советском Союзе—уже вскоре после Революции Народным Комиссариатом Здравоохранения стала проводиться очень широкая борьба с венерическими болезнями. Вендиспансеры даже в самых глухих местах Союза; широкая и совершенно бесплатная лечебная помощь венерическим больным; огромная санитарно-просветительная работа, проникающая глубоко в самую гущу населения и ведущаяся на сотне языков среди многочисленных национальностей Союза; новое законодательство, обязывающее заболевшего лечиться и заставляющее при вступле-

¹⁾ Доклад, сделанный 19 октября 1929 года в Утрехте (Голландия) в Нидерландском обществе патологов.

нии в брак заявлять о своей бывшей венерической болезни; судебная ответственность за заведомое заражение венерической болезнью другого лица—вот важнейшие меры общественной профилактики, которые привели к уменьшению сифилиса в нашем Союзе. По В. М. Броннеру в городах в 1913 г. на 10 тыс. населения насчитывалось 180,37 больных сифилисом, в 1926 году—120,32. За три года по данным 43 городских диспансеров число заразных форм сифилиса с 26,3 упало до 18,57 на 10 т. населения. В Москве в 1913 году насчитывалось 1.259 случаев первичного сифилиса, в 1926 году при *вдвое увеличившемся* населении было только 1.116 случаев. В Ленинграде на 10 т. населения в 1913 г. было 170 сл. свежего сифилиса, в 1927 году только 67 случаев. В армии в 1913 г. на 1.000 солдат 12,8 сл. свежего сифилиса, в 1928 году—6,6. Если так благополучно обстоит дело в городах, то мы не можем еще особенно похвалиться положением вещей в деревне; так в 1913 г. на 10 т. населения на селе мы имели 53,72, в 1925 г.—57,32 и 1926 г.—56,85 случаев сифилиса.

Если констатируется уменьшение заболеваемости сифилисом в цивилизованных странах, то трудно, конечно, сказать, насколько это касается колониальных стран и едва-ли в отношении этих отсталых народов мы можем быть настроены особенно оптимистически. Поэтому уменьшение заболеваемости сифилисом ни в каком случае не лишает висцеральный сифилис того интереса, который он возбуждает за последние годы во всех странах.

Анкета, проведенная среди 120 выдающихся сифилидологов в Германии, считает недоказанным, что энергичное и раннее лечение сифилиса сальварсаном увеличило число аортитов и относит это увеличение за счет лучшей диагностики и большего внимания, обращаемого на заболевание сосудистой системы у сифилитиков. Как бы то ни было, со всех сторон отмечается, что сифилис изменил свою физиономию и что, если в глухой советской деревне, в тропических странах и в колониях врачи видят еще много сифилиса кожи, слизистых оболочек и костей в тяжелых и безобразных его формах, то в цивилизованной Европе сифилис ведет себя значительно приличнее, редко поражает кожу и скрывается иногда очень глубоко в нервной системе и во внутренних органах (Finger). Я разрешу себе не останавливаться на весьма сложном и очень спорном вопросе о причинах этого изменения клинической физиономии сифилиса, которое подчеркивают крупнейшие сифилидологи всех стран, не буду говорить о значении защитных свойств кожи для иммунизации внутренних органов от заболевания сифилисом, о так называемой Esophylaxie Hoffmann'a, не стану разбирать вопроса о том, можно или нельзя обвинять сальварсан и вообще слишком раннее и энергичное лечение в том, что сифилис стал не кожной, а нервной и внутренней болезнью. Все это завело бы нас слишком далеко за пределы намеченной темы. Я ограничусь только указанием, что, несмотря на уменьшение свежих заболеваний сифилисом, именно то обстоятельство, что он принял более приличный вид: стал болезнью скрытой внутри организма, и заставляет терапевтов особенно фиксировать свое внимание на клинике висцерального сифилиса.

Что это практически необходимо,—говорят уже старые статистические данные Leredde (цит. по Hausteiny). Учитывая влияние сифи-

лиса на смертность населения, Leredde приводит парижскую статистику, где на 45.814 случаев—3.414 раз, т. е. в 7%, сифилис был причиной смерти вследствие заболевания внутренних органов, причем он был отмечен в $\frac{3}{4}$ случаев смерти от *angina pectoris*, в половине случаев от сосудистых заболеваний, в $\frac{1}{3}$ случаев от органических болезней сердца, в $\frac{1}{5}$ части смерть последовала от хронического нефрита и цирроза печени. Bayet для Брюсселя дает 11% смертности населения от висцерального сифилиса. Не меньший интерес представляет статистика средней продолжительности жизни у сифилитиков в сравнении с несифилитиками по данным страховых обществ. Так, статистика *Gothaer Lebensversicherungsgesellschaft* на основании материала за 44 года дает смертность у сифилитиков на 68% больше, чем у несифилитиков. По данным американских страховых обществ смертность среди застрахованных больных сифилисом по меньшей мере на 50% больше, чем у не инфицированных. Этих фактов совершенно достаточно для того, чтобы объяснить себе практический интерес, который представляют для врача заболевания сифилисом внутренних органов.

Но и с чисто клинической точки зрения необходимо сосредоточить внимание на этой главе внутренней патологии. Атипичность проявлений висцерального сифилиса до сих пор является главной причиной бесчисленной казуистики, все чаще и чаще появляющейся в литературе всех стран и всех специальностей; самое опубликование этой необозримой казуистики заболевания сифилисом самых различных органов является, ведь, ярким выражением прочно установившихся представлений о том, что висцеральный сифилис—игра природы, своего рода курьез, всегда достойный казуистического описания. Для таких взглядов на висцеральный сифилис имеются причины двух категорий. Первая из них исторического характера. Хотя висцеральный, и особенно врожденный сифилис, были хорошо известны уже врачам XV и XVI столетий (*Tosella, Vella, Cataneus*), а в XVII веке *Ulrich von Hutten* и *Paracelsus* описывали поражения внутренних органов сифилисом, но авторитет *Hunter'a* в XVIII веке был настолько велик, что учение его, о том, что сифилис является исключительно кожным заболеванием и не может поражать внутренних органов, безапелляционно господствовало до середины XIX века, до времен *Andral'a, Ricord'a* и *Fournier*. Но любопытнее всего то, что даже в течение последних 40 лет, когда было создано стройное учение о сифилисе нервной системы, висцеральный *lues* все еще остается в стадии собирания клинического материала, и только за самое последнее время этот исключительно богатый и интересный материал начинают систематизировать по отдельным органам и их системам (*H. Schlesinger, Grenet-Leven-Pelissier, Плетнев, Лурья* и др.). Поэтому исторически сложившееся убеждение о редкости висцерального сифилиса еще прочно у врачей, но значительно прочнее у населения.

Вторая причина некоторого пренебрежения к этой главе внутренней патологии чисто академического характера. Это—расхождение между наблюдениями клиники и патолого-анатомическими данными. В то время, как клинические наблюдения над висцеральным сифилисом увеличиваются с каждым днем во всех странах, патолого-анатомический материал в этом отношении очень скуден, и в патолого-анатомических институтах до сих

пор показывают препараты внутренних органов, пораженных lues'ом, как своего рода курьезы и уникамы. Я позволю себе продемонстрировать ряд препаратов, полученных на вскрытиях больных в клиниках Института для усовершенствования врачей и Казанского университета ¹⁾. (Демонстрация 20 препаратов).

Чему учат нас эти анатомические препараты? Вы видите, что при всем большом интересе, который представляют они, дело идет здесь уже об очень грубых, часто совершенно непоправимых анатомических изменениях органов—о гуммозных и склеротических процессах. Это пятый и последний акт трагедии сифилитика, судьба которого именно погому и трагична, что за небольшими исключениями диагнозы в этих случаях были поставлены только на патолого-анатомическом столе, а если и при жизни, то во всяком случае слишком поздно, т. е. тогда, когда были налицо уже не столько сифилитические, сколько необратимые постесифилитические изменения в органах. И в этом основная причина значительного расхождения тех ножиц, на одной ветви которых находятся анатомические, а на другой—клинические факты. И нетрудно предсказать, что чем раньше и точнее мы будем распознавать висцеральный сифилис, чем раньше и лучше будем лечить его, тем расхождение этих ножиц будет все больше и больше увеличиваться. Вот почему я не могу разделить взглядов тех авторов, которых необходимая и строгая критика казуистического материала приводит к требованию патолого-анатомических доказательств каждого случая висцерального сифилиса. Это требование почти равносильно полному отрицанию возможности прижизненного распознавания висцерального lues'a и ограничивает диагноз его только весьма узким кругом грубо анатомических изменений органов. С точки зрения современного патофизиологического мышления мы не можем идти по этому пути и должны поставить кроме *анатомической* еще *функциональную проблему* висцерального сифилиса, *проблему поведения органов* при сифилитической инфекции. Вот почему на патолого-анатомические находки и на препараты, полученные при резекции больных сифилисом органов, мы должны смотреть, как на важное доказательство того, что сифилитическая инфекция может поразить и поражает все органы и системы человеческого тела, но статистические данные из этих анатомических фактов мы должны все же учитывать весьма условно. Вот почему учение о висцеральном сифилисе нельзя строить только на базе патолого-анатомического материала.

Такое представление о висцеральном сифилисе совершенно соответствует и данным экспериментального изучения сифилитической инфекции, как хронической спирохэтемии, и современному учению об иммунитете при сифилисе, потому что сифилис как *morbis totius substantiae* поражает не только кожу и не главным образом кожу, но втягивает в процесс все внутренние органы и в первую очередь сосудистую систему их, где периваскулярно очень рано локализуется трипонэма. Не останавливаясь на этих данных, разрабатываемых экспериментально патологами и сифилидологами, обратимся к нашему ежедневному клиническому опыту

²⁾ Пользуюсь случаем выразить свою признательность проф. И. П. Васильеву за любезное разрешение пользоваться материалом Патолого-анатомического института Университета.

и посмотрим, что он говорит о значении висцерального сифилиса в клинике внутренних болезней. В высшей степени трудно сказать, какова частота висцерального сифилиса в отношении несифилитических заболеваний внутренних органов; это трудно потому, что частота положительной реакции Wassermann'a не совпадает с частотой поражения внутренних органов сифилисом, трудно и потому, что самое распознавание висцерального сифилиса далеко не всегда удается и, наконец, потому, что разные клиники неодинаково имеют в перспективе lues, особенно в далеком прошлом больных или их родителей. На 4.200 больных Schrumpf дает 414 случаев поражения сифилисом внутренних органов и нервной системы. Redlich и Steiner на 3.000 больных III отделения внутренних болезней Венской Allgemeiner Krankenhaus видели в 13,3% сифилис, причем у этих больных положительная RW была 10,23%, а в 27% была обнаружена положительная RW без клинических проявлений сифилиса. Я располагаю материалом в 280 случаев висцерального сифилиса, но не считаю возможным точно установить %о-ое отношение его ко всем больным моей клиники, так как в разные годы производился различно отбор больных клиники и диагноз висцерального сифилиса не всегда ставился у лиц с положительной RW и, наоборот, часто ставился, несмотря на отсутствие этой реакции. Вне всякого сомнения это количество больных не отражает всего материала клиники по висцеральному lues'у, а за последние годы, когда мы стали больше думать о сифилитической этиологии неясных случаев и применили результаты нашего опыта в распознавании его, количество случаев висцерального сифилиса стало заметно больше.

Уже патолого-анатомические препараты, которые мы видели здесь, свидетельствуют о том, что все внутренние органы могут поражаться сифилисом, однако и наш клинический материал полностью подтверждает единодушное мнение всех занимавшихся систематизацией казуистики висцерального lues'a, что различные системы и органы не одинаково часто заболевают сифилисом. Если не говорить о поражениях нервной системы, которые в нашей стране редко попадают в клинику внутренних болезней, то на первом плане стоят также и у нас болезни органов кровообращения, главным образом сосудов, следующее место занимает печень. Мы видели поражения и самых различных других органов, но в значительно меньшем числе, видели ряд эндокринных заболеваний и болезней обмена веществ, где можно было только предположительно говорить о локализации сифилитического заболевания, видели, наконец, случаи сифилитической лихорадки, где не могли вообще притти к заключению о локализации висцерального сифилиса. Эти наши данные совпадают полностью с статистикой других авторов, расходящихся между собой только в том отношении, что, ставя на первое место поражения кардиоваскулярной системы и на второе заболевание печени, они приводят совершенно различный, хотя всегда небольшой процент для заболевания сифилисом остальных органов. Так, например, Schrumpf вовсе не видел заболевания желудка и кишок среди своего материала висцерального сифилиса.

Соответствует ли это истинному положению вещей в организме больного человека? Несомненно, да, если иметь в виду исключительно грубые патолого-анатомические изменения и *поздний* висцеральный си-

филлис, так как о нем только, — о гуммозных и склерогуммозных формах сифилиса главным образом, — идет до сих пор речь и в клинике внутренних болезней и конечно на секционном столе. Но и с этим ограничением необходимо осторожно отнестись к статистике локализации висцерального сифилиса в различных органах. Когда идет речь о висцеральном *lues'e*, внимание врача всегда фиксируется на органе, наиболее измененном (аортит, аневризма аорты, гумма печени, гумма желудка), и статистически учитываются господствующие изменения. Между тем несомненный факт, имеющий чрезвычайную важность для клиники и особенно для диагноза висцерального сифилиса, это большее или меньшее, но одновременное поражение различных систем и органов, комбинированное заболевание их сифилисом, его плюривисцеральность. Уже *á priori*, учитывая результаты экспериментального сифилиса как генерализированной спирохэтемии, развивающейся вскоре после прививки животному *virus'a*, особенно в случаях „немой“ инфекции, можно говорить о сифилисе, как о болезни *totius substantiae*. Однако не менее убедительно свидетельствуют об этом и патолого-анатомические данные. Любопытно, например, что Chiari, отмечая большую редкость чисто сифилитических заболеваний желудка, указывает на особенную частоту других поражений его, зависящую у сифилитиков от сосудистых расстройств специфического, однако, происхождения в других органах и кровоизлияний, как выражения частого при сифилисе геморрагического диатеза. Т. о. Chiari подчеркивает влияние сифилиса на желудок и тогда, когда он сам не поражен сифилисом — *sensu strictiori*. С другой стороны, в литературе висцерального сифилиса имеются бесчисленные примеры множественного поражения органов сифилитической инфекцией. Так, Nonné на вскрытиях больных *tabes dorsalis* все чаще и чаще отмечает аортиты, гуммы печени, орхиты и т. е.

Клинические наблюдения дают особенно убедительные данные о плюривисцеральности сифилиса. Мы все хорошо знаем, как часто сочетаются сифилитические заболевания аорты с *neurolues'om* и *tabes dorsalis*. Многочисленные статистические исследования в этом направлении (Frisch, Kessler, Alzheimer, Straub, Попов и др.) показали, что по меньшей мере в $\frac{1}{3}$ случаев *neurolues'a* и в $\frac{1}{2}$ случаев *tabes dorsalis* имеется одновременное сифилитическое поражение аорты. По Плетневу в 40% сифилиса сердечно-сосудистой системы имеются поражения сифилисом и других органов. На нашем материале мы в 48 случаях сифилитического заболевания сердца и сосудов видели 26 раз поражение нервной системы, в 21 сл. комбинированное заболевание аорты и печени, в 3-х сл. — комбинированное заболевание аорты и эндокринного аппарата и в 3-х — одновременное поражение аорты и почек. Я не говорю уже об одновременном поражении аорты, печени и нервной системы или аорты, нервной системы и почек. Еще чаще мы имели комбинацию различных форм висцерального сифилиса с симптомами со стороны зрачков, на чем я подробнее остановлюсь ниже. И совершенно прав Плетнев, когда говорит, что локализованные сифилитические изменения органов в позднем периоде останутся, но количество таких моновисцеральных поражений будет уменьшаться, давая дорогу *плюривисцеральным*. Во всяком случае и данные экспериментального сифилиса, и патолого-анатомические исследования, и клинические наблюдения приводят нас к заключению, что висцеральный *lues* надо считать плюри-

висцеральным заболеванием, почему статистика заболеваний отдельных органов и систем может иметь только условное значение. Schrumpf, статистику которого о заболеваемости различных органов сифилисом мы привели выше, сам настоятельно подчеркивает частоту множественных локализаций висцерального сифилиса и особенно сочетание аоррита с поражением других органов сифилисом.

Эта *плуривисцеральность* сифилитических поражений внутренних органов становится еще более очевидной, если принимать во внимание не только грубо анатомические, но и функциональные изменения при сифилитической инфекции. Мы имеем многочисленные факты, говорящие за наличие сифилитических поражений внутренних органов в *ранние* периоды инфекции. Случаи миллиарных гумм печени во вторичной стадии сифилиса (Hausmann), сифилитических эрозий желудка, своего рода висцеральной розеола (Will), наличие специфических высыпаний на слизистой бронхов при бронхоскопии (Meuer) свидетельствуют о морфологических изменениях органов во вторичной стадии сифилиса. Субъективные изменения со стороны сердца и сосудов (Grossmann, Amelung-Sternberg), icterus syphiliticus praecox (Ricord, Chauffard, Fournier, I. Neumann и др.), бронхиты во время вторичной розеола, плевриты сухие и жидкие (Lancereaux, Talamon, H. Schlesinger и др.), альбуминурия и острый сифилитический нефрит (Dieulafoy, Munk и др.) с достаточной ясностью говорят, что висцеральный сифилис, понимаемый и описываемый до сих пор как грубое анатомическое изменение органа, свойственное гуммозным и склеротическим процессам, далеко не исчерпывает всей клинической картины сифилиса внутренних органов. Поздние сифилитические поражения этих органов составляют только последние акты длинной трагедии больного, и надо полагать, что если патолого-анатомы получают препараты только небольшой части случаев висцерального сифилиса, то описываемые так часто *поздние* формы висцерального сифилиса тоже далеко не соответствуют частоте поражений внутренних органов в течение сифилитической инфекции.

Поэтому-то с точки зрения современного функционально-патологического мышления и своевременно поставить проблему о *поведении* внутренних органов под влиянием сифилитической инфекции. Ярким примером этого может служить исследование секреторной деятельности желудка в ранние стадии сифилитической инфекции. Наблюдения Neugebauer'a, Kleissel'я, Плавинского и наши собственные исследования единодушно показывают, что при сифилисе секреторная деятельность желудка изменяется уже в самые ранние стадии болезни. Neugebauer исследовал толстым зондом 200 сифилитиков во вторичной стадии и нашел в 62% пониженную кислотность; Kleissel на сравнительно небольшом материале изучал сифилитические гастриты вторичного периода и кроме понижения секреции нашел при этом алиментарную галактозурю, соответствующую функциональным поражениям печени в эти ранние периоды инфекции. Исследуя 100 сифилитиков без всяких особенных жалоб со стороны желудка нашим *комбинированным* методом исследования, т. е. тонким зондом с применением хромоскопии, мы нашли в 56% пониженную кислотность и в 17% anaciditas и только в 19% у этих больных neutralrot выделился нормально, т. е. раньше 20'. Но что всего более любопытно, после специфического лечения в 5 случаях ахилии появилась свободная HCl и

neutralrot, не выделявшийся ранее, стал выделяться в одном случае даже раньше нормы, через 12', т. е. вместо anaciditas мы получили hyperaciditas. Особенно замечателен случай, где мы имели возможность наблюдать секрецию у больного незадолго до поражения сифилисом, в первые недели после инфекции и после первого проделанного им курса специфического лечения, и видели, как резко понизилась секреция желудка во время инфекции и как восстановилась она после лечения (демонстрация кривой).

Оставляя здесь в стороне вопрос о том, имеем ли мы в ранний период сифилитической инфекции токсемический гастрит, или изменение секреции желудка происходит под влиянием ранних заболеваний вегетативной нервной системы, я на этом ярком примере хочу только показать, что, изучая в клинике проблему висцерального сифилиса, мы не должны довольствоваться грубыми анатомическими изменениями органов, а сделать попытку подметить изменение поведения органа, его функциональной деятельности в течение всей сифилитической инфекции. Конечно, мы далеки еще от того, чтобы улавливать эти тончайшие изменения функций органов под влиянием хронической инфекции, но именно в этом направлении должно идти создание учения о висцеральном сифилисе. Эта работа тем более плодотворна и благодарна, что она вследствие обратимости процесса, как учат наши наблюдения над изменением секреции желудка, может дать представление о состоянии органа под влиянием терапии и послужить указанием для разработки более рациональных методов лечения сифилиса. Ведь до сих пор мы говорили о рецидивах, имея в виду только проявления сифилиса на коже, слизистых оболочках и костях или в нервной системе и оставляли почти совсем без внимания рецидивы lues'a во внутренних органах.

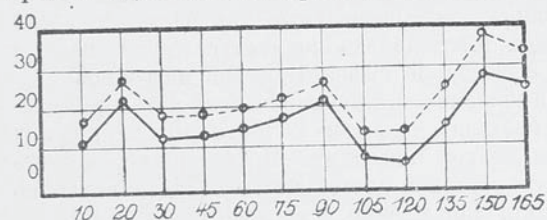


Рис. 2. Кривая секреции желудка у того же больного В. в первые недели после инфекции сифилисом; neutralrot выделялся через 14'.

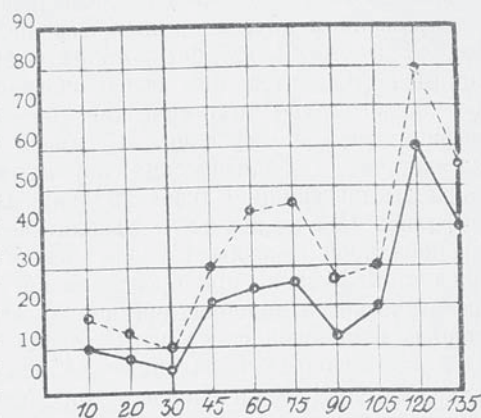


Рис. 1. Кривая секреции желудка у больного В. незадолго до заражения его сифилисом. — общая кислотность, свободная HCl.

Проблема поведения внутренних органов при висцеральном сифилисе ведет нас также к новой оценке клинической картины его. Мы хорошо знаем, что уже в ранних стадиях сифилиса имеются морфологические изменения щитовидной железы (Reimers, Полтавцев и др.), гипофиза, надпочечников; с другой стороны, в вегетативной системе как в ее ганглиозной части, так и в стволах n. vagi и n. sympathici уже в ранних

стадиях инфекции найдены весьма значительные морфологические изменения (Мотильницкий). Таким образом два важнейшие, тесно связанные между собою аппарата—эндокринный и вегетативный, руководящие функцией органов, изменяются уже в ранние стадии инфекции, а, следовательно, мы должны уже рано ожидать изменения поведения самых различных органов и их систем. Вот почему следует в клинике

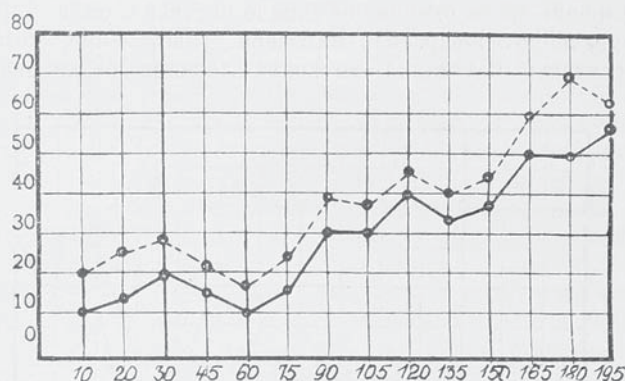


Рис. 3. Кривая секреции желудка у того же больного В. через 6 недель после специфического лечения; neutralrot выделился через 10'. (Собственные наблюдения)

висцерального сифилиса отличать не только ранние гумозные и метасифилитические-склеротические формы, как это делают обыкновенно до сих пор, но в высшей степени практично и целесообразно рассматривать сифилитические и сифилогенные заболевания, относя к первым заболевание самого органа с морфологическими специфическими для сифилиса изменениями его—*syphilis sensu strictiori*, а ко вторым те функциональные патологические процессы, которые происходят либо под влиянием сифилитической токсемии, либо меняют поведение органа вследствие сифилитического заболевания другой отдаленной системы, например, эндокринной или нервной (центральной, периферической или вегетативной). Такое представление о сифилитических и сифилогенных заболеваниях

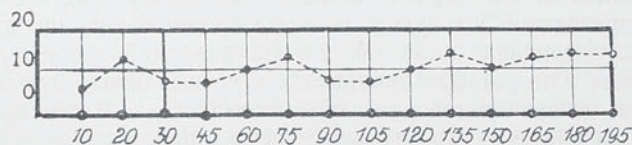


Рис. 4. Больная К. Lues III. Секреция желудка до лечения, neutralrot не выделился.

дало мне возможность, систематизируя свои личные наблюдения и богатый литературный материал, дать совершенно новую классификацию *Gastrolues'a* и обратить внимание на практически особенно важные нейролюэтические формы его, мало еще знакомые врачам. (Подробно о *Gastrolues'e* см. Р. А. Лурья—Сифилис и желудок, Москва, 1928 г. Госмедиздат и „*Syphilitische und Syphilogene Magenerkrankungen*“. Berlin. 1929. Verl. Karger).

Такое представление объясняет нам, например, почему у нашей больной К. с сифилитическим поражением печени и 8-месячной жел-

тухой полная ахилия с отсутствием выделения нейтральрота исчезли под влиянием специфической терапии, уступив место гиперацидному типу секреции с быстрым выделением neutralrot'a. В моей клинике был случай многомесячной метроррагии у больной А., не поддававшейся абсолютно никакой самой энергичной местной терапии до выпаривания матки включительно; у больной была обнаружена резко увеличенная печень и селезенка; подозрение на лейкемию не нашло подтверждения. Специфическое лечение немедленно прекратило маточное кровотечение, которое больше не возобновлялось; RW стала во время лечения резко положительной.

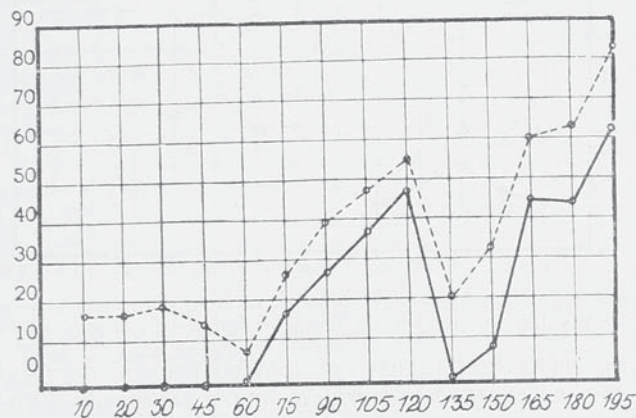


Рис. 5. Секреция желудка у той же больной С. после специфического лечения, neutralrot выделялся через 10'.

Едва ли многочисленные опытные гинекологи, у которых больная лечилась, просмотрели грубые морфологические изменения матки, и результат терапии говорит за сифилогенное заболевание полового аппарата, механизм которого остается неясным. У другой больной Ц. течение 17 месяцев наблюдалась лихорадка гектического типа, 8 месяцев больная лежала в клинике и мы тщетно ломали себе голову над причиной этой лихорадки, приведшей больную к последней степени истощения, больная категорически отрицала lues, но 2—3-х инъекций сальварсана было достаточно для того, чтобы купировать эту сифилитическую лихорадку. Мы не имеем основания говорить об анатомических изменениях какого-либо органа и считаем это случаем сифилогенного заболевания, может быть под влиянием процесса в теплорегулирующих центрах промежуточного мозга. Больная впоследствии созналась, что лечилась в нервной клинике Института под другой фамилией от нейролюэса.

Я мог бы привести еще целый большой ряд случаев из моего богатого материала висцерального сифилиса, иллюстрирующих необходимость различать в клинике сифилитические и сифилогенные заболевания и полагаю, что именно последние имеют большое практическое значение, так как они развиваются гораздо раньше и встречаются значительно чаще, чем гуммозные и склеротические поздние поражения органов. Внимательное исследование внутренних органов методами современной функциональной диагностики в свежих случаях сифилиса откроет эти заболевания,

знание которых существенно важно и для профилактики поздних, уже необратимых форм висцерального сифилиса.

Я не могу, конечно, останавливаться на многочисленных комбинациях заболеваний различных органов, которые мне приходится тем чаще видеть, чем больше я и мои сотрудники думаем о возможности висцерального сифилиса; это будет сделано нами в другом месте, и я хотел бы только заострить здесь вопрос о распознавании висцерального сифилиса и основных линиях диагностики его. „In dubio suspice luem“—говорили старые врачи; „la verolle vieillesse a la mine honnête“—учил Ricord, и „Die Syphilis ist der Affe unter den Krankheiten“ считает Siegmund. Все эти старые афоризмы полностью соответствуют и в настоящее время положению вещей в клинике висцерального сифилиса. Терапевты нередко приглашаются к больным со свежим сифилисом и во время вторичной его стадии. Внимание больного всецело занято его несчастьем, выражающемся в твердом шанкре или в сыпи, в лимфадените, и боязнью видимых проявлений сифилиса. Сифилис все еще считается кожной болезнью и лечится дерматологами, обычно мало интересующимися тем, что делается дальше кожи, ее придатков и видимых слизистых оболочек. До сих пор, например, при исследовании сифилитика во второй стадии внимательно исследуют рот и слизистую оболочку anі и ищут, нет-ли там папул и других высыпаний, но совершенно забывают о длинном пути между входными и выходными воротами пищеварительного аппарата. А то, что мы можем найти в этот период в органах пищеварения, так легко считается вульгарным заболеванием органов пищеварения.

И в более поздние периоды болезни именно *атипичность* висцеральных лues-тических заболеваний создала афоризмы старых врачей, делая картину болезни dubium и симуляция висцеральным сифилисом целого ряда заболеваний стяжала ему славу обезьяны среди болезней. Поэтому совершенно прав Finger, говоря, что многочисленные диагностические ошибки происходят не от того, что не знают сифилиса, а от того, что о нем не думают. (Zahlreiche diagnostische Irrthümer sind nicht dadurch bedingt, dass man die Syphilis nicht erkannt, sondern dadurch, dass man nicht an dieselbe gedacht hat). И в самом деле, подумать о возможности висцерального сифилиса у больного значит в целом ряде случаев решить и блестяще разрешить трудную диагностическую задачу.

Какие же имеются основные точки опоры для диагноза висцерального сифилиса, кроме атипичности клинической картины? Мы переживаем эпоху стремления к точной лабораторной постановке диагноза болезни, и молодые поколения врачей, по крайней мере у нас,—находятся часто всецело во власти этой методики клинического диагноза. Конечно, наиболее доказательным и для диагноза висцерального сифилиса является нахождение в тканях больного органа бледной спирохеты. Но требование это имеет силу только для того, чтобы подтвердить вообще возможность наличия сифилитических поражений данного органа. Насколько мне известно, спирохету удалось, напр., при приобретенном сифилисе желудка у взрослых видеть только пять раз, и, разумеется, если предлагают только в таких случаях ставить несомненный диагноз, то здоровый скептицизм переходит здесь в отрицание клинических фактов. Ведь мы с большим успехом диагностируем туберкулез брюшины или почек и даже легких не имея в руках В. Kochi или малярию без наличия

в периферической крови плазмодий. Наконец, требование найти спирохету в органе относится ведь только к случаям, где пришлось хирургически вмешаться в течение висцерального сифилиса, а такие случаи представляют ничтожное меньшинство висцерального сифилиса.

В отношении RW я могу быть кратким и не ссылаться на статистические данные, а, резюмируя необъятную литературу висцерального lues'a и собственный опыт, могу формулировать свое отношение к ней следующим образом. Наличие RW не обозначает еще, что данное заболевание является сифилитическим поражением внутренних органов; не говоря уже о малярии, дающей, по моим данным, не менее, чем в 30% положительную RW, сифилитическая инфекция больного не исключает, конечно, наличия у него банальных заболеваний и здесь часто встречаются эти „гибридные“ формы. Еще меньшее значение имеет отрицательная RW; так же, как и другим авторам, мне пришлось не раз видеть появление положительной RW только уже в течение специфического лечения, когда диагноз висцерального lues'a ставился по совершенно другим основаниям. Наконец, в этом отношении одинаково интересны наблюдения Pick'a, где были представлены два препарата резецированных сифилитических язв желудка и тонкой кишки при отрицательной RW и случай Wile-Warthin'a, где в вырезанных кусочках желудка были обнаружены спирохеты, а RW получилась отрицательная. Это, конечно, ни в какой мере не уменьшает огромной важности для диагноза RW, особенно, если кроме крови исследовать ее в liquor'e, где при висцеральном сифилисе она бывает положительной значительно чаще, чем в крови. RW дает основание думать о висцеральном сифилисе и подтверждает его диагноз, поставленный на основании других данных, но сама по себе диагноза висцерального сифилиса еще не решает.

Примерно также обстоит дело с анамнезом у больных с висцеральным сифилисом. В целом большом ряде случаев, особенно у женщин, мы видели висцеральный сифилис при совершенно добросовестном отрицании инфекции; ведь еще Fournier говорил о 50% syphilis ignore у своих больных, Marschalko говорит о 57,4% женщин, не знавших о своем сифилисе. Учение о „немой“ инфекции и умножившиеся наблюдения о случаях несомненного сифилиса без определенной локализации первичного инфекта или с очень незначительной и нетипичной для шанкра эссадной дают отличное теоретическое обоснование этого факта. Разумеется, анамнез имеет еще более условное значение при syphilis hereditaria tarda. Вот почему для диагноза висцерального сифилиса огромное значение имели residua его на коже, слизистых оболочках и костях — характерные рубцы и периоститы.

Но именно изменение всей клинической картины сифилиса за последние два десятилетия как нельзя лучше подтверждается на факте почти полного исчезновения внешних кожных признаков его у цивилизованных народов. И если Finger говорит, что сифилис перестал быть кожной болезнью par excellence, то это имеет величайшее значение именно для диагноза висцеральных форм сифилиса. Ведь целый большой ряд поколений врачей со времен Hunter'a воспитан на идее сифилиса, как кожной болезни, и тысячи случаев висцерального сифилиса не были своевременно распознаны только потому, что кожа, слизистые оболочки и кости не давали основания подумать о сифилисе. Если анкета немецких

сифилидологов подчеркивает, что учение об эзофилаксии кожи является только теоретической предпосылкой для объяснения изменившейся клинической картины сифилиса, то все же неоспоримым является факт, что клиническая картина инфекции изменилась и что остатки внешних кожных проявлений сифилиса в клинике стали встречаться все реже и реже при несомненном наличии висцеральных поражений.

Диагноз висцерального сифилиса должен базироваться на критическом изучении всей клинической картины. Мы не должны искать типичных, патогномонических симптомов сифилиса внутренних органов и, повторяем, наиболее типичным для висцеральных проявлений сифилиса является именно *атипичность* клинической картины его. Диссоциация симптомов болезни, значительное расхождение их между собою, нехарактерное для обычных заболеваний, расхождение клинических, рентгенологических и лабораторных данных,—должно всегда возбуждать наше сомнение в сторону висцерального сифилиса, как я неоднократно убеждался на своем материале. Клиническая картина *ulcus duodeni* при полной ахилии; *tumor* того или другого органа брюшной полости при неожиданно хорошем аппетите и отсутствии исхудания; частые профузные желудочные кровотечения при хорошем общем состоянии; явления язвы желудка при рентгеновской картине опухоли его; немотивированные огромные колебания количества белка в моче, назависимые от диеты при нефрозе, низкое кровяное давление при артериосклерозе или сморщенной почке, полная рефрактерность случая сахарного диабета к инсулину; прекрасная выносливость больного желудка в отношении подкисляющих препаратов—вот несколько ярких примеров, приходящих мне на память из моего материала, когда я вспоминаю картину висцерального сифилиса. Их бесконечно много в литературе.

Кроме атипичной картины болезни и течения ее значительным подспорьем для диагноза висцерального сифилиса является его *плюри-висцеральность*, на чем я уже подробно именно поэтому и останавливался выше и почему в каждом подозрительном случае мы должны тщательно искать проявлений или следов перенесенного сифилиса в других внутренних органах и особенно в нервной системе. Это правило, как всякое другое клиническое правило, не имеет, конечно, силы абсолюта. Но насколько важно изучение больного под таким именно углом зрения, показывают мои наблюдения о зрачковом синдроме при висцеральном сифилисе. Мы все хорошо знаем, как часто сочетается висцеральный сифилис с прогрессирующим параличем, *tabes dorsalis* и нейролюэсом, когда явления со стороны зрачков бросаются в глаза врачу уже при первой встрече с больным и решают вопрос о метасифилисе нервной системы. Но в целом ряде случаев я видел совершенно *изолированные* симптомы со стороны зрачков без поражений центральной нервной системы и именно эти симптомы были нитью Ариадны, которая выводила меня на путь правильного диагноза. Я говорю об *anisocoria*, *Pupillenstarre*, феномене *Argyll-Robertson'a* выцветании радужек у больных висцеральным сифилисом. В другом месте я подробно остановился на диагностическом значении этих изолированных симптомов для диагноза висцерального сифилиса и на их теоретическом обосновании. (См. *Deutsche med. Woch.*, 1929 г., № 25 и Сборник памяти академика проф. Яновского). Здесь я позволю себе только привести два, три особенно ярких примера.

Больная З, поступила с жалобами на тяжелые и неопределенные боли в животе, которыми страдает 13 лет; по поводу этих болей она в течение последних двух лет была блестяще оперирована 4 раза, у нее сделаны appendectomy, cholecystectomy, резекция желудка и нефрэксия. Исследование зрачков дало моему ассистенту, д-ру Дайховскому, основание говорить о висцеральном сифилисе; у больной обнаружено: anisocoria и Argyll-Robertson правого зрачка. Лечение избавило больную от болей, зависевших от сифилитического радикулита.

У рабочего Н., присланного в клинику после трехлетнего хождения по больницам с диагнозом холецистопатии, хронической язвы duodeni с подозрением на симуляцию, неравенство зрачков дало основание думать о сифилитическом радикулите; в крови оказалась RW++++; специфическое лечение дало отличный результат и вернуло больному его трудоспособность. В другом случае у больного с диабетом и упорным фурункулезом, совершенно не поддававшемуся лечению инсулином, сужение левого зрачка с вялой реакцией на свет заставило моего ассистента д-ра Рахлина заподозрить люэтическое происхождение заболевания; RW оказалась +++++. Специфическое лечение избавило больного от фурункулеза и дало быструю аглюкозурию при 150 гр. хлеба. В другом случае один мой еще очень молодой ученик поставил диагноз сифилитического спондилита только на основании анизокории и выцветших радужек, несмотря на возражения очень опытного невропатолога; исследование крови дало RW++++, лечение — блестящий результат.

Что аортиты дают часто анизокорию — это давно известный факт, и может быть не всегда это обязательно сифилитические аортиты, но наличие симптома Argyll-Robertson'a всегда решает вопрос в пользу сифилиса. Интересно, что в литературе gastrolues'a, в казуистических описаниях его очень часто авторы отмечают явления со стороны зрачков, не подчеркивая важности этого синдрома, сюда относятся случаи Рудницкого, Гаусмана, Гальцевой, Straussa и мн. др.

Для получения этих „мелких“, но важных опорных пунктов для диагноза висцерального сифилиса необходимо *методическое исследование зрачков* в каждом случае хронического заболевания внутренних органов и именно тогда, когда нет решительно никаких данных для заболевания нервной системы. Я сам недавно просмотрел висцеральный lues у больной И., явившейся ко мне с неопределенными жалобами на боли в области сердца и на сердцебиение. Только когда вслед за больной явился ее муж, и его „ревматизм“, сочетаясь с резким миозом, не оставлял никаких сомнений в tabes'e, я уже вторично исследуя жену, нашел у нее вялость световой реакции; рентгеноскопия обнаружила типичный aortitis luica, в крови RW++. Я плохо в первый раз посмотрел глаза этой больной.

Изменения зрачков при висцеральном сифилисе представляют синдром очень стабильный и, как показывают наблюдения Fleckel'я, могут быть единственным симптомом при lues hereditaria tarda, являясь остатками сифилитического заболевания вегетативной нервной системы или мозговых оболочек в ранней стадии сифилиса или очень ранним моно-симптомом tabes'a, на десятки лет предшествующим типичной его картине. Таким образом, зрачковые симптомы являются ценным подтверждением *плюривисцеральности* сифилиса внутренних органов. И если в прежнее время сифилитическая инфекция, проделанная организмом, оставляла свою визитную карточку на его коже, видимых слизистых оболочках или костях, то теперь эта визитная карточка остается нередко на зрачках у больного и здесь надо искать при висцеральном lues'e residua сифилиса, имеющие существеннейшее значение для диагноза.

Кроме этих путей для распознавания висцерального сифилиса остается еще старинный путь диагноза ex juvantibus, занимающий видное

место в литературной казуистике сифилитических заболеваний. Какое значение имеет он в настоящее время? Мы видели, что и анамнез больного, и лабораторные исследования на спирохэту, и RW имеют только условное значение; поэтому при атипических картинах болезни, особенно при наличии плевровисцеральных симптомов, возбуждающих сомнение в наличии висцерального сифилиса, позволительно прибегнуть и к пробному диагностическому специфическому лечению. Однако, ретроспективно очень рискованно ставить диагноз только на основании результатов *ex juvantibus*. Мы не можем совсем отказаться от этой методики; ведь при других заболеваниях, например, хронических формах малярии, при так называемых эпималарийных заболеваниях, как например, *dysenteria malarica*, *bronchitis malarica*, *cholecystitis malarica*, носящих старое название *malaria larvata*, мы часто не находим в крови плазмодий, а только блестящие результаты терапии подтверждают ретроспективно наш диагноз, причем после энергичного лечения иногда появляются в крови гаметы, документируя этот эффектный диагноз. Совершенно тоже мы наблюдаем и при висцеральном сифилисе: блестящие результаты лечения укрепляют наше распознавание в запутанном случае, а появление положительной RW делает нашу рабочую гипотезу неоспоримым клиническим фактом. Итак, не патогномонические симптомы или типичные клинические картины, а тщательная критическая оценка всех данных исследования, диссоциация симптомов и атипичность течения болезни, наличие плевровисцеральности заболевания, мелких симптомов, *residua* инфекции (зрачки), анамнез личный и семейный, RW и, наконец, результаты пробного лечения—все это вместе дает основание в отдельном случае распознать висцеральный сифилис. И все же, прежде всего и главным образом, надо подумать о нем и методически считаться в клинике с этой возможностью совершенно так же, как мы постоянно учитываемся этиологически другие хронические инфекции—туберкулез и малярия.

Вопросы профилактики висцерального сифилиса, разумеется, совпадают с профилактикой распространения сифилиса в населении, т. е. сводятся, главным образом, к устранению социальных и экономических причин, ведущих к увеличению венерических болезней вообще. Мы оставляем опять в стороне интересный, но очень спорный вопрос о причинах, почему у нецивилизованных народов при большом распространении кожного, гуммозного сифилиса реже встречаются аортиты и другие формы висцерального сифилиса, об этом еще сильно расходятся мнения разных авторов. Но несомненно, что рост культуры с распространением правильных знаний о венерических болезнях и мерах личной профилактики является залогом уменьшения сифилиса, как это учит опыт нашей страны, где быстро упало число свежих случаев сифилиса непосредственно в связи с огромной социальной борьбой с венерическими болезнями. В отношении личной профилактики со всех сторон уже со времен Fouquier указывается на большое значение, которое имеет алкоголизм и никотинизм для появления висцеральных заболеваний, например сосудов и желудка. Разумеется еще большее значение имеет своевременное и правильное лечение, лучшим доказательством чему служит частота висцерального сифилиса у женщин, оставшихся в неведении о своей инфекции.

Мы не можем здесь подробно останавливаться на терапии висцерального сифилиса и отметим только основные линии поведения врача.

в этом вопросе. Господствующие с начала текущего столетия взгляды о том, что специфические средства против сифилиса, в том числе и сальварсан, действуют в организме не непосредственно на спирохету, а путем специфического раздражения защитных средств организма—это представление играет, на мой взгляд, наиболее существенную роль в терапии висцерального сифилиса. Было бы совершенно безрассудно лечить шаблонно сифилис, когда важнейшие органы, как эндокринная, нервная и сосудистая системы, принимают различное участие в процессе и различно реагируют не только на инфекцию, но и на иод, ртуть, мышьяк и висмут. Исходя из этих соображений, надо в случаях висцерального сифилиса особенно индивидуализировать лечение и всячески избегать в нем шаблона. Разумеется, мы будем особенно воздерживаться, напр., при сифилисе почек от ртути и при сифилисе печени от сальварсана, но и дозировка лечебных средств требует величайшей осторожности и внимания, главным образом потому, что мы далеко не всегда можем учесть вперед величину местной Herxheimer'овской реакции больного органа. Так, например, Leger и Bory, Gamston и друг. описали случаи смертельного желудочного кровотечения у больных с сифилитической язвой желудка, леченных сальварсаном; известно немало случаев внезапной смерти в результате лечения кардио-васкулярных сифилитических заболеваний сальварсаном (Reidel и Kemp и др.). Таким образом и выбор препарата, и дозировка его должны быть при висцеральном сифилисе гораздо более тщательно обдуманы в плане лечения, чем при кожном. И я хотел бы обратить внимание, что старые методы лечения—втирания ртутной мази, возрастающие дозы иода все еще имеют особенно большое значение при лечении висцерального сифилиса и заслуживают нередко предпочтения пред препаратами salvarsan'a. Отмечу еще, что старинное и очень хорошее средство—декокт Zittmann'a—давал мне иногда поразительно хороший результат при лечении некоторых форм висцерального сифилиса.

Естественно в настоящее время возникает вопрос о возможности лечения висцерального сифилиса пиогенным методом—прививками малярии и возвратного тифа. Уже одна постановка вопроса о лечении этими прививками принципиально сводит терапию сифилиса не на специфические медикаменты, действующие на спирохету, а на целесообразное участие защитных сил организма в борьбе с одной инфекцией с расчетом усиления их продукции правильной прививкой другой. Отсюда ясно, что именно здесь потребуются осторожность, когда дело идет о больных внутренних органах, так интимно связанных между собой *consensuum partium*. Наблюдения Jagic'a и Spengler'a, лечивших прививкой малярии сифилитический *mesoaortitis* и видевших при этом усиление ангинозных явлений и один смертельный случай, уже на небольшом материале свидетельствуют о большой ответственности этой терапии.

В нашем Институте производится изучение лечения сифилиса прививками лабораторно культивируемой спирохеты возвратного тифа штамма Аристовского. По наблюдениям моего ассистента д-ра Рахлина, тиф этот протекает обычно в легкой форме, значительно легче, чем эпидемический рекурренс и опасности для больного не представляет. На большом материале д-ра Вайнштейн и Голосовкер не видели ни разу осложнений у больных, леченных прививками лабораторной спирохеты рекур-

ренса. Finger подчеркивает профилактическое значение малярийно-сальварсанной терапии для появления металюзса. Будущее покажет, не лучше ли применять для этого прививки лабораторного рекурренса, который легче дозировать и вирулентность которого проще определить. Насколько возможно лечение висцерального сифилиса прививкой штамма Аристовского, мы пока не можем сказать, и это является задачей наших новых работ.

Разумеется, в противоположность кожному сифилису, при лечении висцерального мы должны наряду с той или иной специфической и неспецифической терапией прибегать и к назначениям, диктуемым заболеванием данного органа, наиболее пораженного сифилисом. Диететические, физиотерапевтические и бальнеологические методы лечения играют здесь особенно большую роль.

„Сифилис“, по известному выражению Ricord'a, „представляет собою потрясение всего организма“. Это касается также и психики больного, и Fournier приводит слова Diday: „Из всех видов тоски сифилитическая тоска часто ложится наиболее тяжелым бременем на душу сифилитиков“. Несомненно, это тяжелое и нравственное потрясение не может не отразиться и на течении сифилитической инфекции и должно быть тщательно учтено, особенно при лечении висцерального сифилиса. Психотерапевтическое воздействие на больного играет поэтому немалую роль в лечении висцерального сифилиса, успех которого является результатом гармонического участия в борьбе с инфекцией всего организма, как одного психофизического целого. И потому далеко небезразлично, будет ли больной нравственно подавлен диагнозом поражения его внутренних органов сифилисом и сложными терапевтическими мероприятиями, или ему будет врачом внушена бодряя мысль, что он должен быть счастлив, что во время обнаружено страдание, гораздо менее опасное, чем многие другие болезни и позволяющее применять с большим успехом величайшие достижения современной медицинской науки. Мы же врачи с этой же твердой, внушающей бодрость уверенностью в успех будем продолжать наши исследования по изучению раннего распознавания и лечения висцерального сифилиса.

Из Пропедевтической терапевтической клиники Воронежского гос. университета
(Директор проф. Н. А. Куршаков).

Сравнительные измерения кровяного давления по пальпаторному и звуковому методам в условиях динамической функциональной пробы сердечно-сосудистой системы¹⁾.

А. П. Прессман.

Если измерять кровяное давление на плечевой артерии по способу Короткова и пальпаторно на лучевой по Riva-Rocci то, как это было доказано рядом работ из клиники проф. М. В. Яновского,

¹⁾ Доложено в Научно-медицинском обществе при ВГУ 16/V 29 г.