

поддувание, вопреки настойчивым советам авторитетных фтизиатров, и ни разу не имели основания упрекнуть себя за консерватизм в этом вопросе.

Больные на период пребывания газа в полости плевры укладывались в постель. После рассасывания воздуха они отдыхали от 2 до 4 недель (в домашних или санаторных условиях), после чего приступали к своей обычной работе, продолжая оставаться под нашим рентгеновским контролем.

Рецидивы пневмоторакса мы имели только в третьем случае. Остальные больные чувствуют себя совершенно здоровыми и находятся под нашим наблюдением в течение ряда лет.

Выводы. 1. Случаи спонтанного пневмоторакса у клинически здоровых людей не являются казуистической редкостью.

2. Рентгенодиагностика является исключительно ценным, доминирующим методом выявления спонтанного пневмоторакса нетуберкулезного происхождения.

3. Рентгеновские лучи дают возможность констатировать не только факт наличия пневмоторакса, но и достаточно оснований для суждения как о характере его патогенеза, так и о целесообразной терапии.

4. Ряд факторов, как-то: наличие ограниченного участка неполноценной легочной ткани (эмфизематозной, атрофической, кистовидной), субплевральное его расположение, наличие там же плевральных спаек и физическое напряжение—могут в совокупности обусловить появление спонтанного пневмоторакса.

5. Если исключена туберкулезная этиология, безусловно не рекомендуется искусственный пневмоторакс.

6. Больному необходим покой на период пребывания воздуха в полости плевры.

7. Больных следует держать под клинико-рентгенологическим контролем.

8. Проблема спонтанного пневмоторакса еще недостаточно исследована и нуждается в дальнейшем изучении.

Из Московского клинического института инфекционных болезней
(директор А. Д. Вишневский).

К вопросу о течении пневмоний у больных скарлатиной.

А. М. Каусман.

Пневмония является не особенно частым, но весьма серьезным осложнением скарлатины. Частота этого осложнения колеблется, по авторам последних лет, в пределах от $3\frac{1}{2}$ до 10% (Эгиз, Румянцев, Ширвиндт, Соколова, Пригожин и Гучинский и др.). Летальность при скарлатине, осложненной пневмонией, указывается в пределах от 50 до 70% (Pradelle, Hutinel, Ширвиндт, Соколова и Маркова, Соколова, Пригожин и Гучинский). Процент нахождения пневмоний при вскрытии трупов больных, умерших от скарлатины, доходит до 61 (Савримович и Цинзерлинг).

Настоящее сообщение представляет собою результат разработки 157 случаев пневмонии у больных скарлатиной, которые прошли через Красно-

Советскую больницу за 1931, 32 и 33 годы. По отношению к прошедшим за эти годы случаям чистой скарлатины это составляет 2,3%. Этот процент ниже, чем у указанных выше авторов, что, повидимому, объясняется наличием в наших скарлатинных отделениях значительного числа подростков и взрослых больных. Из указанных 157 больных умерли 75. Таким образом у наших больных летальность составляла 47,6%.

Летальность в зависимости от возраста больных представлена на таблице 1.

Таблица 1.

Возраст больных	Всех случаев	Умерло	Летальность в %
1—3 г.	29	18	62
3—5 л.	58	27	46,5
5—10 л.	60	26	43
10—20 л.	6	1	16,6
20—40 л.	4	3	75

Больных мужского пола было 82, из них умерло 38 (46,3%), женского пола было 75, умерло 37 (50%).

Из указанных 157 больных только у 11 пневмония была крупозного типа; в остальных же 146 случаях имела бронхопневмония, причем в 70 она была двусторонней, чаще всего обеих нижних долей. Односторонние чаще локализовались в левом легком (43 сл.), преимущественно в нижней его доле, реже в правом (33 случ.).

Исход пневмонии в нагноение легочной ткани имел место у 24 больных (15,2%). Гнойное поражение плевры в виде гнойного или фибринозно-гнойного плеврита сопутствовали пневмонии тоже в 24 случаях (15,2%).

Что касается зависимости пневмоний от времени года, то наибольшее их число приходилось на месяцы с января по апрель, наименьшее—на август.

При разработке материала мы старались выявить взаимоотношение пневмонии с характерными для скарлатины гнойными осложнениями.

По времени присоединения пневмонии к скарлатине наш материал может быть разделен на 3 группы: 1) пневмонии, обнаруженные при поступлении больных в больницу (во всех случаях не позже 3 дня скарлатины), 2) пневмония, присоединившаяся в больнице к первичному периоду скарлатины, и 3) пневмонии, появившиеся по окончании первичного периода скарлатины, обычно не ранее 11—12 дня ее.

Случаев первой группы было 9, из которых умерли 5 (55½%). Пневмония во всех случаях была лобулярная. Четверо выздоровевших больных были в возрасте от 2 до 6 лет. У всех их на протяжении пневмонии не было никаких характерных для скарлатины гнойных осложнений. Температура на протяжении пневмонии держалась типа continua, иногда с умеренными ремиссиями. Длительность ее была 9—11 дней от начала скарлатины, падение во всех случаях литическое. Пять умерших больных были в возрасте от 1 до 6 лет, а в одном случае мужчина 25 лет. День смерти у этих больных был 3—6 от начала скарлатины. В 2 из этих

5 случаев пневмония была единственным осложнением: у девочки 2½ лет, умершей на 5-ый день скарлатины, и у мужчины 25 лет, скончавшегося на 6-ой день. У остальных 3 больных имелась некротическая ангина и гнойные поражения придаточных полостей носа: гаймориты и этмоидиты. В 2 случаях были, кроме того, гнойные отиты и в 2 гнойные лимфадениты.

Савримович описала 3 случая скарлатины с первичным аффектом в легких. В этих случаях, по описанию автора, имелась ясная скарлатинная сыпь при чистом зеве и миндалинах. Все случаи кончились летально на 5—7-ой день скарлатины, и у всех на вскрытии были обнаружены клиновидные некрозы в легких с прорывом гноя в плевру и изменения со стороны бронхопульмональных желез. Эти некрозы в легких автор считает эквивалентом некрозов в зеве. Мы среди наших больных не имели ни одного такого случая.

Пневмоний, присоединившихся в больнице к первичному периоду скарлатины, было 44, из которых кончились летально 29 (65%). Самый ранний день появления пневмонии был 4-ый, самый поздний 9-ый. Во всех случаях, за исключением одного, пневмония имела лобулярный характер.

У 9 из 15 выздоровевших больных пневмония была единственным осложнением скарлатины. В одном случае имелся простой артрит. Из остальных 5 больных у 2 имелись гнойные отиты, осложнившиеся мастоидитами, у 2—некротическая ангина и у одного некротическая ангина и гайморит. Возраст выздоровевших больных был от 1 г. 11 м. до 10 л. и один больной 19 лет.

Возраст 29 умерших больных был от 1 г. 4 м. до 8 лет. Ни в одном из летально окончившихся случаев пневмония не была единственным осложнением скарлатины. Так, в 26 случаях пневмонии предшествовала некротическая ангина, в 20—гнойные отиты, осложнившиеся 7 раз мастоидитом. Гнойные поражения придаточных полостей носа имелись у 16 больных. В 12 случаях имелись гнойные лимфадениты и в 2—гнойные артриты.

Характер температуры в благоприятно закончившихся случаях пневмонии был следующий. Поднятие температуры было по преимуществу постепенное (в 12 из 15 случаев), падение ее всегда литическое. Характер кривой был умеренно ремиттирующий, иногда волнообразный. Длительность лихорадки—9—17 дней, редко больше.

Вошедший в эту группу 1 случай крупозной пневмонии протекал совершенно типично и кончился кризисом на 7-ой день.

Что касается умерших больных, то только у 15 из 29 можно было отметить на температурной кривой подъем, соответствовавший началу пневмонии. В остальных случаях, где имелась высокая температура, обусловленная другими осложнениями, начало пневмонии не выделялось. В 9 из указанных 15 случаев начало пневмонии было внезапное с резким подъемом температуры. Смерть обычно наступала на 3—4-ый день пневмонии, редко позже, но не дальше 8-го дня.

Третью группу составляют 104 случая, в которых пневмония появилась по окончании первичного периода скарлатины. Из этих больных умерли 41 (39,4%). Из этой группы можно выделить 2 подгруппы ввиду некоторых особенностей в их течении—это а) пневмонии при скарлатин-

ном нефрите и б) пневмонии при позднем скарлатинном сепсисе. За вычетом этих двух подгрупп, о которых будет сказано отдельно, в этой группе остается 57 больных, из которых умерли 16 (28%). Возраст этих последних больных был от 1 г. 11 м. до 10 лет и один больной 21 года. Время появления пневмонии было от 11-го до 32-го дня скарлатины.

У 25 из 41 выздоровевшего больного совершенно не было осложнений, кроме пневмонии. У 3 больных имелись негнойные осложнения (2 артрита, 1 простой лимфаденит), у 13 же имелись гнойные осложнения, преимущественно отиты. У 40 больных пневмония была лобулярного характера, у одного крупозного.

Во всех 16 летальных случаях пневмония появилась на фоне ряда гнойных осложнений. Так, гнойный отит имелся в 13 случаях, причем в 6 он осложнился мастоидитом, 6 раз имелся гнойный лимфаденит, 10 раз некротическая ангина, 2 раза гнойные артриты. У 11 больных имелись гнойные поражения придаточных полостей носа. Из указанных 16 больных у 15 имелась лобулярная и у одного крупозная пневмония.

В 26 из 40 окончившихся выздоровлением случаев начало бронхопневмонии было постепенное с медленным нарастанием температуры. Падение последней было преимущественно литическое (35 случаев из 40). Кривая обычно была ремитирующего, а иногда интермитирующего типа. Интермитирующую температуру мы наблюдали как в легких, так и в тяжелых случаях благоприятно закончившихся пневмоний. Длительность пневмоний у больных этой группы была чаще всего 9—14 дней, реже 21 день, а иногда при присоединении отитов 25—28 дней.

В летальных случаях смерть обычно наступала на 2—5-ый день пневмонии. Лишь в 2 случаях она затянулась до 17—18 дней. Начало ее было большею частью внезапное, с резким подъемом температуры, характер кривой был обычно типа *continua*.

Летально окончившийся случай крупозной пневмонии после гнойного отита, мастоидита, этмоидита и гайморита осложнился серозным менингитом.

Переходим теперь к выделенной нами подгруппе пневмоний на фоне скарлатинного нефрита. Таких случаев мы имели 29, из которых кончились летально 7 (24%). Особенностью пневмоний этой подгруппы является частота лобарных форм, что было отмечено еще Rospischill'em и др. На нашем материале крупозных пневмоний было 8 из 29. Возраст больных был от одного года до 7 лет и 1 больная 20 лет.

У 17 из 22 выздоровевших больных не было никаких гнойных скарлатинных осложнений, у 4 имелись гнойные отиты, у одного гнойный лимфаденит.

У 4 из 7 умерших больных, кроме пневмонии и нефрита, имелся ряд гнойных осложнений, у 2 была только гнойная ангина. В одном летальном случае не было никаких гнойных осложнений. День присоединения пневмонии был 17—38-ой от начала скарлатины, чаще всего 21—28-ой день.

Начало бронхопневмонии у этих больных как выздоровевших, так и умерших было чаще внезапное с резким подъемом температуры, значительно реже постепенное. Падение температуры было у 12 из 16 выздоровевших больных постепенное. Кривая была большею частью типа *continua*. В летальных случаях продолжительность пневмонии до смерти была от 2 до 12 дней.

Что касается 8 крупозных пневмоний, то 6 из них окончились выздоровлением, а 2—летально.

Вторую выделенную нами подгруппу составляют 18 случаев пневмонии при резко выраженном скарлатинном сепсисе. Все они кончились летально, и во всех диагноз сепсиса был подтвержден на вскрытии. Возраст больных был от 2½ до 10 лет и 1 больная 36 лет. Во всех этих случаях бронхопневмония появилась на фоне многочисленных осложнений, вследствие чего было очень трудно, а иногда и невозможно ее распознать. Длительность ее до смерти там, где это можно было проследить, была 2—7 дней. Время присоединения этих пневмоний был 13—38-ой день скарлатины.

Подводя итоги нашим наблюдениям, мы можем констатировать что пневмонии, присоединившиеся к первичному периоду скарлатины, давали большую летальность, чем более поздние. Так, среди первых летальность была 55—65%, среди вторых—39%. Но наш материал дает еще резкую разницу в летальности в зависимости от того, сопутствовали ли пневмонии гнойные скарлатинные осложнения или нет. Из 59 случаев пневмонии, которые не комбинировались с гнойными скарлатинными осложнениями, умерли 3, т. е. 5%. Из 98 больных, у которых пневмония сочеталась с гнойными скарлатинными осложнениями, умерли 72, т. е. 73,4%.

Мы старались выяснить, какие гнойные осложнения более ухудшают прогноз пневмонии: поражения зева, носоглотки и придаточных полостей носа, или более отдаленные. Из указанных 98 случаев, в которых имелись гнойные скарлатинные осложнения, они в 12 были только в зеве, носоглотке и придаточных полостях носа. Из этих 12 умерли 9 больных, т. е. 75%. Из остальных 86 случаев, в которых имелись гнойные отиты, мастоидиты, гнойные лимфадениты, флегмоны и т. д., умерли 63 чел. (73%). Как видно, разницы в летальности между обеими группами нет почти никакой.

Появление гнойных осложнений на фоне пневмонии всегда затягивало ее течение. В некоторых случаях, например, при появлении отита, пневмония, бывшая уже на пути к ликвидации, обострялась, снова появлялись в легких физикальные ее признаки, и процесс как бы начинался вновь. Особенным коварством в этом отношении отличались поражения придаточных полостей носа, так как они часто оставались нераспознанными при жизни. Наоборот, ликвидация гнойного очага, как, например, операция мастоидита, нередко способствовала быстрому разрешению пневмонии.

Исход пневмонии в нагноение легочной ткани мы имели в 24 случаях. По возрасту больные распределялись следующим образом: от 1 до 3 лет—4 случая, от 3 до 5 лет—12 случ., от 5 до 8 лет—6 случ., 10 лет—1 случ. и 36 л.—1 случ. Время возникновения гнойных пневмоний было следующее: от 5 до 10-го дня скарлатины—8 случаев, от 10 до 20-го дня—8 случ., от 20 до 38-го дня—8 случаев.

Надо отметить, что супуравивная пневмония ни разу не была единственным гнойным осложнением скарлатины. Во всех случаях были найдены другие типичные для скарлатины гнойные осложнения. В одном случае, в котором при жизни не отмечалось гнойных осложнений, на вскрытии были найдены двусторонний гнойный гайморит и этмоидит, у одного больного была гнойная ангина и у одного отит с мастоидитом. У всех остальных больных имелось по несколько гнойных осложнений.

Из 24 пневмоний, осложнившихся гнойными поражениями плевры, кончилось летально 19, т.е. 79%.

На основании нашего материала мы можем сделать следующие выводы:

1. Пневмония при скарлатине, не осложненной гнойными процессами, протекает относительно благоприятно.

2. Пневмонии в комбинации с гнойными скарлатинными осложнениями дали на нашем материале 73% летальности.

3. В борьбе с высокой смертностью от скарлатины, осложненной пневмонией, основным является предупреждение гнойных скарлатинных осложнений.

4. При появлении пневмонии у больного скарлатиной требуется тщательнейшее обследование его специалистами на присутствие скрытых гнойных очагов и принятие всех доступных мер для их ликвидации.

Из факультетской терапевтической клиники Казанского гос. медицинского института (директор проф. З. И. Малкин).

К лечению бронхиальной астмы.

Л. Б. Шалман.

Лечение острых приступов бронхиальной астмы в настоящее время не вызывает разногласий. Что касается систематического лечения бронхиальной астмы, то единогласного мнения по этому вопросу не имеется. Предлагаются разнообразные методы лечения. Связано это с различным пониманием патогенеза бронхиальной астмы. В последнее время выдвигается и закрепляется аллергическая теория бронхиальной астмы. Проф. Малкин¹⁾ подчеркивает, что сближение бронхиальной астмы в патогенетическом отношении с анафилаксией означает, что и при бронхиальной астме мы имеем в основе иммунобиологический процесс соединения антигена с антителом, происходящий в области мелких бронхов, что рефлекторно ведет к явлениям бронхоспазма, гиперемии слизистой, отделению слизистого секрета и развитию всего клинического симптомокомплекса бронхиальной астмы. Роль антигена при этом выполняет соответствующий аллерген. Алергическая теория бронхиальной астмы подходит к вопросу лечения астмы тремя методами: 1) устранением аллергена, вызывающего астму; 2) специфической десенсибилизацией и 3) неспецифической десенсибилизацией. Выполнение первых двух методов лечения сплошь и рядом затрудняется тем, что мы не знаем специфического аллергена. Storm van Leeuwen считает, что и специфическая десенсибилизация является по существу чаще всего не специфической, поскольку многие аллергены дают групповую реакцию. Для неспецифической десенсибилизации предлагается множество препаратов: молоко, казеин, пептон, туберкулин, кальций, диатермия, рент-

¹⁾ З. И. Малкин, О патогенезе и лечении бронхиальной астмы, Труды факульт. терапевт. к-ки, 1930, Казань.