

Вирус усиливает свою смертоносность во время эпидемии и, повидимому, поражает предпочтительно слизистые оболочки или же нервный аппарат, нарушая равновесие между симпатической и парасимпатической системами.

Вторжение вторичных патогенных микроорганизмов облегчается теми потрясениями и повреждениями, какие претерпевают, наряду с нервной системой, и процессы обмена, которые регулируют оздоровительно-защитные механизмы. Глубоким нарушением равновесия между автономной и симпатической нервными системами можно объяснить многие клинические симптомы инфлюэнцы.

Явная связь между полиомиелитом, цереброспинальным менингитом, энцефалитом и инфлюэнцей может быть объяснена тем, что заболевания эти подготавливают друг другу почву.

В тех случаях, когда за эпидемией инфлюэнцы следует эпидемия цереброспинальной лихорадки, частота цереброспинальных менингитов превышает в 10 раз нормальные количества их.

Связь между полиомиелитом и инфлюэнцей подчеркнута была еще в 1911 году.

Инфлюэнца всегда налицо в виде спорадических заболеваний, протекающих обычно в мягкой форме, но болезнь эта обладает тенденцией к тому, чтобы принять эпидемический характер через очень частые интервалы. Когда заболевания разворачиваются в эпидемию, преобладает как будто один клинический облик, но все же встречаются и такие явления, когда в течение одной и той же эпидемии значительных размеров в одном и том же доме все члены семьи заболевают в течение нескольких дней, причем у каждого больного может обнаружиться разная картина заболевания. Помимо постоянно встречающихся спорадических заболеваний (простудная инфлюэнца) легкой формы и помимо частых более серьезных, но не слишком суровых вспышек эпидемии, инфлюэнца время от времени повышает свою вирулентность и распространяется со скоростью сообщения между странами. Раз какая-нибудь населенная местность подверглась заражению, то дальнейшее рассеяние инфекции на данной территории происходит обыкновенно с большой быстротой, и в течение 3—4 месяцев каждое восприимчивое лицо переболеет.

Инфлюэнца—не в пример многим другим инфекциям—не оставляет после себя длительного иммунитета, но все же сохраняется известная невосприимчивость, предохраняющая от вторичного заболевания на протяжении одной и той же эпидемии.

Мы еще очень мало знаем о сущности этиологии инфлюэнцы, что неизмеримо затрудняет борьбу. Можно твердо полагать, что медицинская наука овладеет ключом, открывающим эффективные способы профилактики и борьбы с эпидемической инфлюэнцей.

Научная конференция Казанского туберкулезного института по антивирусу Мазура (29—31 мая 1936 г.).

Н. И. Былегжанин.

В процессе своих многолетних исследований над проблемой возбудителя туберкулеза д-р Мазур получил атуберкулиновый антивирус. Изучение свойств этого антивируса и практическое его применение с лечебной целью на клиническом материале за последние 2—3 года продвинулось настолько вперед, что настало время подвергнуть широкому и компетентному обсуждению все материалы по данному вопросу, имеющему достаточно большой практический и теоретический интерес. С этой целью и была проведена научная конференция Казан. туб. ин-та 29—31 мая с. г.

В работах конференции приняли участие директор Центр. туб. ин-та в Москве проф. В. С. Хольцман, завед. соц. отделом этого института доц. С. Е. Незлин, врачи туберкулезных учреждений Татарской республики и Маробласти, а также широкая врачебная общественность гор. Казани в лице профессоров и доцентов Медич. ин-та и Ин-та усоверш. врачей и врачей других медицинских учреждений. В общем, можно отметить, что конференция встретила большой отклик и работа ее прошла при горячем участии большого количества врачей различных специальностей. Председателем конференции был избран проф. В. С. Хольцман.

Конференция открылась основным докладом Б. Л. Мазура „О синих палочках и атуберкулиновом анти вирусе“. В этом докладе были изложены теоретические предпосылки получения атуберкулинового анти-вируса.

Свое сообщение докладчик начал с анализа современного положения наших знаний о ВК. Целый ряд фактов, особенно подробно изученных Кальметом, говорит за то, что не всегда ток животного организма может развиваться в результате заражения красной палочкой Коха.

В самом деле, в практике докладчика есть, напр., случай заболевания паховых лимфатических узлов, соединенный с элифантиазом мошонки, с многими признаками, говорящими за туберкулезную природу страдания. Но самые тщательные и добросовестные поиски ВК в патологическом материале (биопсированные железки, казеозные массы и пр.) при помощи различных методов не дали положительных результатов. Прививка патологического материала от больного морским свинкам вызвала у последних заболевание туберкулезом, но палочки в пораженных органах животных обнаружены были начиная только со 2 и 3 пассажа.

Все эти факты невольно вызывают вопрос, является ли красная палочка Коха единственным возбудителем туберкулеза? Другими словами, можно ли провести знак равенства между ВК и возбудителем туберкулеза? В настоящее время, по мнению Б. Л. Мазура, на этот вопрос с достаточным основанием следует дать один ответ: туберкулезная палочка и возбудитель туберкулеза не всегда одно и то же.

Тогда, естественно, возникает вопрос об отношении друг к другу этих двух начал. Возможно, что ВК является одной из стадий развития туберкулезного возбудителя, который для нас невидим при помощи обычных наших способов. Это может быть одна и единственная стадия развития возбудителя, или же его промежуточная или конечная стадия. Д-р Мазур склонен сделать и такое допущение, что ток палочка, может быть, является защитной формой существования возбудителя, наподобие спор тех или других бактерий. Но если туберкулезная палочка, как защитная форма возбудителя и похожа на спору, то одновременно она и принципиально отлична от нее способностью к размножению. Как бы то ни было, а признание существования возбудителя туберкулеза, отличного от Коховской палочки, заставляет нас необходимым образом искать конкретные факты, вскрывающие истинную природу взаимоотношений между ними.

С этой точки зрения особый интерес приобретает проблема существования некислоупорной разновидности Коховской палочки, т. е. синей палочки. Еще сам Кох, подметив неспособность красной палочки ра-

створяться в соках организма, объяснил это явление наличием кислотоупорной оболочки у микроба и попытался получить некислоустойчивую разновидность палочки. При этом ему удавалось лишать красную палочку ее жировосковой оболочки, но лишь ценою смерти палочки. К глубокому разочарованию Коха такая мертвая палочка, кроме того, теряла и антигенные свойства.

Но может быть существует возможность получить живую синюю туберкулезную палочку из красной, воздействуя на последнюю тем или другим способом в течение ее жизненного цикла? Можно предполагать, что вряд ли такая постановка вопроса могла найти оправдание у Коха, если иметь в виду его учение о мономорфизме бактерий. Но д-р Мазур поставил перед собой такой вопрос, считая, что принципиально теперь нельзя отрицать возможность перехода красной палочки в синюю и наоборот, если принять во внимание свойство изменчивости, присущее бактериям в высокой степени.

Для получения синей палочки из красной Коховской, Мазур использовал сильно щелочные картофельно-глицериновые среды Кумбари, несколько видоизменив вторую из них. На первой среде обычно вырастает смешанная культура из красных и синих палочек. Из этой культуры делают пересев на вторую среду Кумбари, на которой тоже вырастает смешанная культура. Необходимо дальше разделить эти разновидности палочек, чтобы получить чистую культуру синих палочек. Обычно в дальнейшем для этой цели культуру пересевают на среды, содержащие пептон. При этом не всегда удается получить чистую культуру синих палочек, последние имеют склонность быстро переходить опять в красные палочки. Оказалось, как подметил Мазур, для получения чистых культур нужно и дальше пересевать палочки на среды без пептона, например на картофельно-глицериновую воду. Только тогда удается получить чистую культуру синих палочек.

Только длительное изучение этих культур позволило открыть интересный факт, что переход синих палочек в красные происходит лишь на протяжении первых 6 генераций, а начиная с 7 пересева, синие палочки остаются уже неизменными, закрепляя за собой свойство некислоустойчивости. Интересно при этом еще отметить, что переход синих палочек в красные имеет свою закономерность, подмеченную д-ром Мазуром, а именно: вначале образуется красная палочка, дающая культуры типа гомогенного штамма Арлуэна, а из таких палочек при последующем культивировании уже и образуется типичная красная Коховская палочка.

Эти данные имеют, прежде всего, принципиальную важность, так как демонстрируется возможность получения красных палочек не из себе подобных, а из синих.

Но получив чистую культуру синих палочек, д-р Мазур, естественно, вынужден был поставить перед собою вопрос, не являются ли его культуры случайным загрязнением, так как до 7-ой генерации критерием для определения истинной природы синих палочек всегда служит их способность переходить в типичные красные, начиная же с 7-ой генерации эта способность утрачивалась. В поисках разрешения этого вопроса д-р Мазур встал на путь, предложенный Безредка. С этою целью он приготовил антивирус из синих палочек и испытал на них рост си-

них палочек из генераций, которые еще способны переходить в красные. Оказалось, что эти синие палочки на такой среде не растут, другие же микробы, например стафилококки, прекрасно могут быть культивированы на антивирусе синих палочек. Естественно было дальше испытать рост на антивирусе истинных Коховских палочек. Роста они не дали. Таким образом, было добыто очень солидное доказательство родства чистых культур синих и туберкулезных красных палочек.

Этот принципиальной важности факт привел д-ра Мазура к мысли исследовать—не содержится ли в антивирусе синих палочек туберкулин. Введение антивируса туберкулезным морским свинкам показало его полную безвредность. Таким образом, д-р Мазур получил атуберкулиновый антивирус из синих палочек, преследуя при этом теоретические цели, а не практические. Но, конечно, имея в руках такой препарат, слишком соблазнительно было испытать его лечебные свойства. Полная безвредность антивируса для туберкулезных морских свинок давала основание предполагать, что и у человека он не вызовет тяжелых последствий при местном лечении открытых форм туберкулезных лимфаденитов. Личные наблюдения д-ра Мазура, проведенные на достаточно большом материале, подтвердили его предположения. Тогда-то антивирус синих палочек и был передан для целей его терапевтического испытания при различных туберкулезных заболеваниях глаз, кожи и костей, в отношении которых возможно его местное применение.

Следующим этапом в работе Мазура было изучение вопроса, нет ли самостоятельно существующей в природе неокислотоупорной синей разновидности туберкулезной палочки. Исследуя в этом направлении мокроту туберкулезных больных, ему удалось выделить у двух больных штаммы синих палочек, которые по своим свойствам оказались совершенно тождественными со штаммами синих палочек, полученными раньше. Они также не сразу приобрели способность расти на средах с пептоном, в течение первых 6 генераций имели тенденцию перейти в красные и не росли на антивирусе из синих палочек. По мнению д-ра Мазура факт самостоятельного существования в природе таких палочек имеет исключительную важность. Не исключена вероятность, что для заражения туберкулезом, например от больного, вовсе нет необходимости заполучить от него порцию красных палочек. Эту же роль могут выполнить синие палочки, попав в здоровый организм и при некоторых, нам еще неизвестных условиях, перейдя в красные. Поскольку синие палочки растут много быстрее красных, то можно ожидать, что в некоторых случаях, при благоприятных условиях для микроба может произойти быстрое наводнение организма специфической инфекцией, которая доколе была безвредной. В соответствии с этим совершенно иной может быть эпидемиология и профилактика туберкулеза.

В процессе своих исследований Мазур выявил еще несколько важных особенностей, свойственных синим штаммам.

Случайное наблюдение позволило подметить, что они относятся к группе термофильных бактерий. При этом выращивание их при температуре 50—55° всегда приводит к переходу синих палочек в нитчатую бактерию. Этот факт по-новому заставляет подойти к вопросу о филогенезе тбк палочки.

Далее, исследуя свойства туберкулезного гноя, Мазур выявил, что он обладает способностью растворять синие палочки или их разновидности—нитчатые бактерии. Оказалось при этом, что всякого рода другие синие палочки и нитчатые бактерии, не связанные генетически с красной палочкой, этим гноем не растворяются.

В конечном итоге, благодаря всем этим исследованиям, мы имеем к настоящему времени целый ряд важных отличительных признаков, с помощью которых мы можем совершенно точно отличить те группы синих палочек, которые филогенетически связаны с ВК, будут ли они получены искусственно, в лабораторных условиях, или открыты свободно существующими в природе.

В заключительной части своего доклада д-р Мазур высказал еще некоторые из своих соображений о синих палочках в связи с проблемой диссоциации ВК. Известно, что из красной палочки в процессе диссоциации могут образоваться разновидности S, R, O и Ch, которые составляют вместе с палочкой как бы замкнутый круг (цикл) постоянных возможных превращений с возвратом к исходным формам. По мнению Мазура, на самом деле в процессе этих превращений нет развития по замкнутому кругу. Вероятнее всего это явление разворачивается по спирали таким образом, что каждая новая ступень приносит с собою и новые качественные отличия. В свете этого представления не исключается возможность получения из красной или синей палочки таких разновидностей, которые обладали бы положительными для нас свойствами и не имели бы отрицательных свойств ВК. Такое открытие могло бы совершенно по-новому поставить проблему активной биологической борьбы с туберкулезом.

После доклада Мазура были сделаны сообщения клиницистов о результатах лечебного применения атуберкулинового антивируса. Соответствующие материалы представили: д-р А. Н. Кокушина (Казанский туб. ин-тут), проф. В. Е. Адамюк (Глазная к-ка Мед. ин-та), доц. А. С. Вейс (Трахоматозный ин-тут), проф. И. Н. Олесов (Кожно-венерологическая к-ка Мед. ин-та) и доц. А. И. Шулуток (Тат. ортопедический ин-тут).

Д-р Кокушина сообщила о результатах амбулаторного лечения антивирусом больных с экстраторакальным туберкулезом. Всего за три года подверглось лечению 82 человека, из них с туберкулезом кожи: скрофулодерма—22 сл., волчанка—2 сл., с туберкулезом наружных лимфатических узлов—47 сл., с туберкулезом грудины, ребер и скуловой кости—11 сл. Половину из всех леченных составляли женщины.

Детей от 3 до 14 лет было 40 человек, подростков от 15 до 17 лет—11 чел. и взрослых от 19 до 29 лет—31 человек. Продолжительность заболевания: у 16 больных—меньше трех месяцев, у 15—три—шесть месяцев; у 9—семь—двенадцать месяцев; у 21—один—два года и у 21 больного—три года и больше. С открытым процессом (самопроизвольное скрывшиеся свищи) обратилось 66 человек.

В 16 случаях перед лечением сделан хирургический разрез (доц. Ю. А. Ратнер) нагноившихся лимфатических узлов и холодных абсцессов.

До и после лечения больные фотографировались, по несколько раз ставилась реакция оседания, систематически измерялась температура. Рентгеноскопия грудной клетки во всех случаях не выявила отклонений от нормы.

Метод лечения. На рану ежедневно накладывался компресс из стерильной марли, смоченной антивирусом, компрессная клеенка и вата. При глубокой ране вкладывалась стерильная турунда, пропитанная антивирусом. При наличии корок на рану накладывалась 2% антивирусная мазь на вазелине с примесью ланолина.

Этой же мазью покрывалась рубцующаяся поверхность ранки, после ее очищения от гнойного отделяемого.

Результаты лечения: приблизительно 60% всех больных дали полное выздоровление и 25%—значительное улучшение. Оставили лечение до срока с незначительным улучшением 9 больных (11%). Ухудшение болезни в двух случаях волчанки у детей.

Срок лечения зависел от формы заболевания, локализации процесса и условий жизни больного. Наиболее быстрое заживление отмечалось у детей. Лечение рубцующейся скрофулодермы и изолированного нагноения одной группы желез продолжалось от двух до восьми недель. Множественное нагноение нескольких групп желез, особенно с казеозным распадом, а также туберкулез грудины, ребер и скуловой кости имели затяжное течение и залечивались после 3—11 месяцев систематического амбулаторного применения антивируса. Для исхода лечения имел значение и режим больных: те больные, которые освобождались от работы в остром периоде заболевания или помещались временно в санаторные условия, давали лучший результат лечения.

На основании своего опыта д-р Кокушина пришла к выводу, что атуберкулиновый антивирус оказывает заживляющее действие на открытые свищи при туберкулезе лимфатических узлов, мелких и плоских костей и скрофулодерме. Средний срок лечения для рубцующейся скрофулодермы и изолированного пакета вскрывшихся шейных лимфатических узлов—полтора месяца. Скорее заживает рана после хирургического разреза нагноившейся железы, чем свищ, самопроизвольно вскрывшийся. Требуют длительного лечения множественные поражения лимфатических узлов, особенно с казеозным распадом и открытый туберкулез костей (средний срок лечения—6 месяцев).

В заключение докладчица продемонстрировала на конференции 10 больных, излеченных антивирусом М а з у р а.

Проф. А д а м ю к сообщил о применении антивируса из синих палочек в офтальмологической практике. Он особо подчеркнул важность для глазных врачей атуберкулинового характера этого антивируса, так как применение старого туберкулина Коха или других туберкулиновых препаратов не удовлетворяет их вследствие тех опасных обострений, которые возникают как раз под влиянием туберкулина.

В Глазной клинике имелась возможность наблюдать влияние антивируса на собственно туберкулезные повреждения глаз и конъюнктивы и особенно на аллергические так наз. скрофулезные заболевания глаза. Докладчик привел пример поразительного улучшения от применения антивируса в виде компрессов в тяжелом, двухлетней давности, случае туберкулеза век и конъюнктивы. Были продемонстрированы фотографии больной до лечения и в конце лечения.

При скрофулезных поражениях глаз (кератоконъюнктивиты, фликтены, фасцикулярные кератиты и даже некоторые глубокие формы их) антивирус применялся в виде мази. Для этого антивирус смешивался с ланолином и вазелином аа. В настоящее время испытываются и более слабые концентрации.

В обычных случаях по скорости действия антивирус не уступал знаменитой желтой ртутной мази, но при этом он выгодно отличался от нее отсутствием раздражения, которое нередко сопровождает ее применение. Очень важно отметить, что хорошие результаты получены были в случаях, при которых обычная терапия, даже в сочетании с протейновой, не давала результатов.

Число наблюдений клиники—около 60. Неудач был не более чем в 10%. В дальнейшем при таких случаях будут применяться все известные нам методы общего воздействия на организм. До сих пор наблюдения проводились по возможности чисто. Допускалось лишь введение атропина там, где требовалось устранить реакцию со стороны радужки. В дальнейшем необходимо разработать дозировку для применения антивируса в виде инъекций для испытания его в отношении туберкулезных поражений глубоких отделов глазного яблока. Единичные инъекции антивируса в слабых разведениях (например 1:20 по 0,2 с интервалами в 5 дней) давали сдвиг в ходе болезни, усиливая влияние местного применения антивируса.

После доклада проф. А д а м ю к продемонстрировал соответствующих больных.

Такого же рода результаты получил доц. В е й с из Трахоматозного института. Он испробовал антивирус для лечения золотушных кератоконъюнктивитов и убедился, что этот препарат во многих случаях ведет к положительным результатам.

За 5 месяцев под наблюдением было 34 больных, у которых процесс в большинстве случаев отличался тяжелым течением с частыми рецидивами в виде соудастых кератитов, язв, инфильтратов и фликтен. Полное излечение (восстановление роговичной ткани, исчезновение воспалительных явлений, законченное рубцевание кожных покровов) с резким повышением остроты зрения можно было отметить у 18 больных.

В 7 случаях было достигнуто частичное улучшение, однако, группу эту нельзя считать законченной в смысле наблюдения, так как 4 больных прекратили свое лечение, не дождавшись окончательных результатов, а 3 больных продолжают свое лечение. Отсутствие эффекта отмечено в 9 случаях.

Несколько из своих больных д-р Вейс продемонстрировал перед конференцией. Вот краткие истории болезни двух его больных:

1. Больной Я., 32 лет, болен с 1927 г. Диагноз: золотушный кератоконъюнктивит, язвы на роговице обоих глаз. Острота зрения — счет пальцев перед глазами. После 5 недель лечения антивирусом наступило полное выздоровление, если не считать мало заметные поверхностные помутнения роговиц. Острота зрения улучшилась до 0,3. Срок наблюдения—4 месяца.

2. Мальчик Б., 6 лет, поступил в клинику с явлениями резко выраженного помутнения роговицы, паннусом левого глаза и обширным изъязвлением шейных и подчелюстных лимфатических узлов. Острота зрения = 0,005. После двухмесячного лечения антивирусом можно констатировать поверхностное помутнение роговицы при полном отсутствии воспалительных явлений. Острота зрения = 0,1. На месте изъязвления узлов—гладкие кожные рубцы. Срок наблюдения—3 месяца.

Не делая преждевременно окончательных выводов, д-р Вейс все же отметил, что в некоторых случаях антивирус оказался хорошим лечебным средством. Необходимы дальнейшие наблюдения для уточнения показаний к его применению, а также для выяснения различных непонятных еще моментов.

Подробное сообщение о лечении антивирусом различных форм кожного туберкулеза представил проф. О л е с о в. Всего под его наблюдением за год было 36 больных.

По роду болезни они распределялись следующим образом:

Tbc cutis luposa	6 сл.
„ colliquativa	9 сл.
„ ulcerosa	6 сл.
„ verrucosa	1 сл.
Lupus erythematodes	8 сл.
Tbc cut. papulo-necrotica	1 сл.
„ indurativa lupoides	1 сл.
Lupus pernio	1 сл.
Lichen nitidus	1 сл.
Parapsoriasis	2 сл.

Для лечения были применены следующие препараты:

- 1) метиловый экстракт из синих палочек, приготовленный по методу Negre и Voquet;
- 2) антивирус из синих палочек в виде согревающих компрессов или мази на вазелине. Применялись также и подкожные инъекции антивируса в разведении 1:20.

Результаты лечения: в 17 случаях получено полное излечение, из них: tbc cut. colliquativa—9 сл., tbc cut. ulcerosa—5 сл., tbc cut. papulonecrotica—1 сл., tbc indurativa lupoides—1 сл., parapsoriasis—1 сл.; резкое улучшение наблюдалось в 8 случаях: tbc cut. luposa—1 сл., tbc cut. colliquativa—3 сл., lichen nitidus—1 сл., lupus erythematodes—2 сл., parapsoriasis—1 сл.; улучшение отмечено в 12 случаях. В 2 сл. lupus erythematodes лечение было безрезультатно, а в 1 сл. вульгарной волчанки получилось даже ухудшение.

По мнению проф. О л е с о в а при оценке результатов лечения антивирусом кожного туберкулеза приходится быть осторожным с заключением. Нужно помнить, что поражения кожи типа tbc colliquativa вообще сравнительно легко поддаются лечению. Кроме того, благоприятные результаты антивирусного лечения сказываются нередко после довольно продолжительного промежутка времени (месяц и бо-

лее). Особенно блестящий терапевтический результат получился при parapsoriasis, lichen nitidus и tbc cutis.

В своем докладе проф. Олесов кратко остановился на вопросе о механизме лечебного действия антивируса. По его мнению, под влиянием лечения антивирусом изменяются реактивные способности организма в целом и кожи в частности. За это говорят следующие данные:

1. Под влиянием инъекций антивируса реакция Pirquet становится более выраженной: так, в 4 случаях красной волчанки р. Pirquet была отрицательной или слабopоложительной, но после 4—5 инъекций на местах, где была произведена р. Pirquet, появились папуло-пустулезные элементы, т. е. вспыхнула реакция на туберкулин Коха.

2. Под влиянием инъекций антивируса изменяется клеточная реакция в воспалительном очаге. При красной волчанке, например, было отмечено изменение характера инфильтрата после лечения антивирусом: мелкоклеточковые, лимфоидные элементы оказались замещенными в инфильтрате эпителиоидными клетками. А в одном случае были обнаружены даже гигантские клетки. Очевидно, здесь произошло изменение характера инфильтрата в сторону выявления свойственных туберкулезу кожи клеточных элементов. Кроме того, под влиянием этого метода лечения резко усиливается фибропластический процесс. Докладчик продемонстрировал многочисленные фотографии больных, а также микрофотографии гистологических препаратов из биопсированных до и после лечения кусочков кожи.

Проф. Олесов считает, что антивирус Мазура является, видимо, весьма ценным препаратом при лечении некоторых туберкулезных поражений кожи. Необходимо продолжить наблюдения с целью выявления наиболее целесообразной методики лечения и уточнения показаний и противопоказаний к его применению. Опыт годичной работы с антивирусом показал, что при осторожном применении он не дает никаких осложнений, вызывает у больных прибавление в весе и улучшает общее самочувствие.

О применении антивируса с лечебной целью у 19 костнотуберкулезных больных доложил доц. Шулуток.

Это были больные со следующими формами заболевания: 10 чел.—с поражением кости стопы, 4—с поражением вертела, 3—крестцово-подвздошного сочленения и во 1—с заболеванием грудины и нижней челюсти. 16 больных имели свищевые формы, 3—закрытые формы поражения. Давность процесса: от 1 до 5 лет—10 больных, от 5 до 10 лет—4 больных, от 10 до 20 лет—3 больных, свыше 30 лет—2 больных.

Срок лечения антивирусом: 8 больных—до 1 месяца, 6 больных—от 1 до 2 месяцев, 1 больной—до 3 месяцев и 4 больных—свыше 4 месяцев.

При лечении свищевых форм докладчик вводил антивирус шприцем без иглы, добываясь проникновения антивируса через все свищевые каналы. Сверху накладывался смоченный в антивирусе марлевый компресс. В случаях, где предварительно производилась операция или же имелись полости, антивирус вливался в рану; рана выхло тампонировалась влажной марлей, а сверху накладывался смоченный в антивирусе компресс. Перевязки у этой группы больных производились через день.

Больным же, имевшим закрытые формы поражения, антивирус вводился шприцем, по возможности, поднадкостнично в очаг поражения, а также и в окружающие этот очаг мягкие ткани.

Докладчик у своих больных получил, благодаря антивирусу, в 3 случаях полное затихание процесса в сроки от 35 до 41 дня от начала лечения; в 12 случаях—явное улучшение, выразившееся в ликвидации болей, уменьшении гноеотделения, оздоровлении грануляций, частичном закрытии свищей. По отношению

к 4 случаям автор выводов не делает вследствие слишком малого срока наблюдения. Результаты лечения докладчик ярко иллюстрировал 18 рентгенограммами и фотоснимками до и после лечения, а также демонстрацией самих больных.

На основании своих наблюдений докладчик делится следующими впечатлениями:

1. Антивирус д-ра Мазура обогащает арсенал терапевтических средств при костном туберкулезе, ускоряя его клиническое излечение.

2. Действие антивируса имеет, повидимому, специфический характер.

3. Лучшие результаты от применения антивируса дают случаи изолированных костных очагов, предварительно подвергшиеся некрэтомии.

4. Старые процессы поддаются лечению антивирусом с большим трудом.

5. В детском возрасте эффект от лечения антивирусом получается сравнительно быстрее, нежели у взрослых. Форма и локализация поражения также имеют значение.

6. Представляется интересным вести дальнейшие наблюдения по линии применения антивируса при закрытых формах поражения, с ясно определяемыми очагами.

7. Наши случаи указывают на необходимость при открытом методе лечения применять 100% антивирус, в закрытых же случаях более целесообразно применение антивируса, разведенного до небольших концентраций.

8. С момента превращения раневой полости в поверхностную, гранулирующую язву, для быстрой эпителизации раневой поверхности, целесообразно применение антивируса в виде мази.

Превня по докладам открылись выступлением проф. М. О. Фридлянда (Тат. ин-тут ортопедии). Он отметил, что настоящая конференция является серьезным экзаменом для антивируса Мазура. В теоретических положениях автора привлекательна гипотеза, рассматривающая синюю палочку как далекого филогенетического родственника красной туберкулезной палочки, апатогенного, но, тем не менее, могущего служить антигеном для получения местного, а может быть и общего иммунитета у туберкулезного больного.

Но убедительными могут быть только клинические факты. И эти факты здесь представлены в результатах лечения антивирусом Мазура туберкулезных поражений различных тканей человеческого тела: кожи, желез, глаза, костей. Клинические демонстрации, фотографии, рентгенограммы, гистологические исследования и характер биологических реакций у подвергнутых лечению антивирусом больных не оставляют сомнения в положительном действии антивируса.

Не исключается возможность, что среди приведенных случаев имеются и такие, которые могли бы быть излечены в те же сроки и без антивируса. Но сумма этих случаев приводит к впечатлению ценности метода лечения антивирусом по следующим соображениям: а) средняя длительность сроков заживления в несколько раз меньше, чем при других методах; б) эффект несомненный и прочный; в) реакция костной ткани протекает не гипо-, а гиперпластически; г) метод оказывается эффективным даже там, где все другие методы оказались недействительными; д) метод действителен даже у больных с многолетними туберкулезными (до 22 лет) поражениями.

При всем этом необходимо отметить, что техника применения антивируса находится еще в начале своей разработки. При дальнейшем прогрессе в этом направлении эффективность антивируса обещает быть еще большей.

Все это заставляет признать, по мнению проф. Фридланда, что антивирус Мазура, как лечебное средство против туберкулезного поражения тканей, выдержал свой первый серьезный экзамен и заслуживает теперь более широкой проверки в клинических учреждениях нашего Союза.

Проф. Р. Я. Гасуль указал на два важных момента в докладе Мазура. Первый—это биологический факт существования туберкулезной палочки, так сказать, в „голом“ виде. В этом виде она пребывает лишь при определенных условиях и затем переходит в обычную Коховскую палочку. Второе—важен факт наличия туберкулезных поражений без обычной туберкулезной палочки.

Природа антивируса и его биологическое действие еще не изучены. Не проделан еще тот путь, который прошел Р. Кох со своим вирусом и его биологией. Но практика опередила теорию и антивирус стал лечебным средством. Проф. Гасуль указал, что ему редко приходилось видеть хорошие результаты лечения демонстрированных на конференции форм туберкулеза и особенно костного туберкулеза, на 33 день или даже на 3-м месяце, например, при употреблении туберкулиновых препаратов в виде мазей, компрессов или скарификаций по Ронддогфу. Представленные рентгенограммы показывают хорошую и быструю репарацию костного вещества после лечения антивирусом.

Проф. Гасуль высказал пожелание испробовать в дальнейшем антивирус при легочном туберкулезе.

Д-р Н. А. Крамов (Уфа, Башкирия) в своем выступлении тоже признал практическую ценность антивирусной терапии. Он остановился на разборе своего материала по туберкулинотерапии по Сали. В его распоряжении было значительное количество случаев, при которых он не добился желаемого терапевтического успеха. Не было ли это обусловлено тем, что лечению подвергались больные не с типичной красной палочкой Коха, а с ее разновидностью—„синей“ палочкой или „коккоподобной“ палочкой. Работа Bezanson'a о 3 клинических формах тбк в зависимости от морфологической разновидности возбудителя (ультравирius, некасилоупорная и кислотоупорная палочка) дает основание для такого предположения. А если так, то, сделал вывод д-р Крамов, антивирус Мазура нужно испробовать и при легочном туберкулезе.

К положительному мнению о действии антивируса присоединился и проф. Катеров. По его мнению, после окончания первого этапа работы (экспериментально-клинические наблюдения) с антивирусом, теперь необходимо вынести наблюдения над действием антивируса на более широкую арену всесоюзного клинического опыта. Проф. Катеров тоже высказался за необходимость сделать попытку применения антивируса при легочном туберкулезе.

Д-р Никифоров (санаторий „Обсерватория“) сообщил о своем положительном опыте применения антивируса в случаях с железистым, железисто-костным и костным туберкулезом. Он считает, что наиболее

важно применение антивируса при поражениях позвоночника, тазобедренного и других суставов в форме подкожных инъекций.

Д-р Дезидерьев (Казань) остановился на перспективах лечения антивирусом железисто-костных форм туберкулеза в сельских местностях. По его мнению, к этой работе могут быть привлечены врачи педиатры, терапевты и хирурги при условии прохождения ими специального курса антивирусной терапии.

В выступлении д-ра Н. И. Вылегжанина (Казань) была сделана попытка проанализировать механизм действия антивируса на организм при лечении. Он указал, что антивирус, по всей вероятности, представляет собой сложный антиген, в состав которого входят и специфические продукты распада тел синих палочек и продукты их жизнедеятельности и взаимодействия с окружающей питательной средой. В соответствии с этим и воздействие такого антивируса на организм не будет простым.

И действительно, результаты терапевтического применения антивируса показывают, что больной организм, приходя в соприкосновение с антивирусом, реагирует на него не всегда одинаково. С этой стороны здесь можно отметить следующие формы реакции. Прежде всего, под влиянием антивируса местные тбк процессы желез, костей, кожи и глаз подвергаются в преобладающем числе случаев заживлению. Микроскопические исследования проф. Олесова определенно показывают, что в коже, в очагах воспалительного процесса, под влиянием антивируса происходит перестройка реакции соединительной ткани (активной мезенхимы) в сторону резкого оживления продуктивных процессов, приводящих в конечном итоге к рубцеванию. То же самое имеет место, наверно, и в железах, костях и конъюнктиве глаза, если судить по конечному результату, хотя гистологических исследований этих органов произведено и не было. Можно думать, что здесь происходит или местное влияние антивируса на воспалительный процесс в смысле создания специфического или неспецифического тканевого иммунитета, или же иммунизирующее влияние антивируса простирается отсюда на весь организм, а со стороны последнего уже и следует благотворное воздействие на местный процесс. Это действие антивируса имеет своим субстратом соединительную ткань (активную мезенхиму).

С другой стороны, нельзя пройти мимо факта перестройки тканевой реакции в случае красной волчанки, как это видно из сообщения проф. Олесова. В самом деле, здесь мы имеем перед собой такое изменение тканевой реакции, когда отчетливо выявились гистологические элементы, присущие тканям после того, как они оказываются уже сенсibilизированными специфическим туберкулезным вирусом. На такое же изменение аллергического состояния организма указывает факт появления или усиления р. Pirquet после нескольких инъекций антивируса. Очевидно, здесь мы имеем перед собою явление специфической сенсibilизации организма под влиянием антивируса.

И, наконец, чрезвычайно важно отметить, сказал д-р Вылегжанин, что подкожные инъекции очень небольших доз антивируса оказывают терапевтически благоприятное действие. Это особенно ясно выступает при различных аллергических поражениях глаз. Здесь перед нами, видимо, выступает десенсibilизирующее действие антивируса на организм.

Таким образом, под влиянием антивируса, в зависимости от конкретных условий каждого отдельного случая, в организме мы наблюдаем или возникновение состояния иммунитета или сенсибилизацию или же десенсибилизацию.

Все три процесса в своей сущности иммуно-биологически чрезвычайно тесно связаны, более того, можно думать, что они составляют различные стороны одного и того же единого и целостного процесса. Отсюда напрашивается важный с практической стороны вывод: применение антивируса не всегда и не во всех случаях будет равноценно.

В заключение прений выступил проф. М а с т б а у м. Он указал, что работы М а з у р а снова ставят перед клиницистами задачу изучения пребациллярных форм туберкулеза. Возможно, что целый ряд заболеваний с неясной этиологией (некоторые циррозы печени, бронхиты без палочек в мокроте и др.), в отношении которых давно существуют подозрения о связи их с туберкулезом, относятся как раз к таким формам. Теперь этот взгляд получает новое обоснование. Заслугой М а з у р а было получение *чистых культур* синих палочек и возвращение их обратно в красную разновидность. Мы имеем теперь достаточно оснований, как это убедительно показали доклады, сказать, что в наших руках имеется препарат специфически направленного действия. В дальнейшем перед коллективом Каз. туб. ин-та стоят две задачи: 1) Более широко распространить в Советском союзе применение антивируса. В настоящее время этот препарат вами отпущен в Башкирию и Казахстан. Помимо того, он в больших количествах отправлен в Москву и другие города Союза. 2) Сделать попытку применения антивируса при легочном тбк.

В заключительном слове д-р М а з у р согласился с необходимостью вынести применение антивируса в другие туберкулезные учреждения вне Казани. Ближайшей задачей является изучение применения антивируса при легочном туберкулезе. На многочисленные вопросы о механизме действия антивируса д-р М а з у р ответил, что в настоящее время он затрудняется дать свое определенное объяснение этому процессу. Здесь практика идет пока впереди теории и с этим положением пока приходится мириться.

Итог всем прениям был подведен председателем конференции проф. В. С. Х о л ь ц м а н о м. Он признал, что результаты лечения антивирусом имеют и теоретическую и практическую ценность. В отношении объяснения механизма действия антивируса проф. Х о л ь ц м а н согласился с мнением д-ра В ы л е г ж а н и н а, но отметил одновременно, что нельзя исключить и возможность непосредственного влияния антивируса на специфического возбудителя в пораженных тканях и органах. По его мнению, работы по антивирусу М а з у р а позволяют как раз опять поставить в порядок дня фтизиатрии изучение свойств и особенностей тбк палочки, так как до последнего времени слишком мало уделяли внимания этой стороне туберкулезной проблемы. С этой точки зрения антивирус приобретает огромное значение, так как позволяет подойти по-новому к изучению туберкулезного возбудителя. В настоящее время необходимо перейти к изучению действия антивируса на тбк паренхиматозных органов, сначала экспериментально, а затем и в условиях клинического наблюдения. Необходимо уже сейчас вынести лечение антивирусом

за пределы Казани, и в первую очередь снабдить им лечебные учреждения Москвы с их огромным клиническим материалом.

В заключение можно отметить, что представленные на конференцию материалы по терапевтическому применению антивируса позволяют положительно оценить результаты его действия при перечисленных формах тбк процессов.

Можно считать, что конференцией закончился первый этап изучения антивируса. Антивирус получил положительную оценку. И теперь, имея эту путевку, следует с большей смелостью внедрять антивирус в практику туберкулезных учреждений Союза. В этом итоге заключается огромная ценность прошедшей в Казани конференции.

Несколько заседаний конференции были посвящены и другим проблемам туберкулеза.

Проф. В. С. Хольцман сделал доклад о клинике лимфогенных форм туберкулеза, заслушанный с большим вниманием и вызвавший обширные прения. На этом же заседании состоялся доклад Мазура и Вылегжанина „Сывороточная аллергия и экспериментальный туберкулез“ (будет напечатан в скором времени).

С большим вниманием и интересом был выслушан обширный и содержательный доклад доц. Незлина „Вопросы психогигиены тбк больного“. Одно из заседаний конференции, проведенное под председательством доц. Незлина, было специально посвящено вопросам организации борьбы с тбк в Татарской республике. На нем были заслушаны доклады: д-ра П. В. Дезидерьева „Борьба с тбк в ТР“, д-ра Кокушиной „Организация мероприятий по борьбе с детским туберкулезом“ и сообщения д-ров Кудряшева, Айзенберг и Рыбкина об организации противотуберкулезной работы в Казани (на предприятиях, в общежитиях и в других местах)

Рефераты.

а) Хирургия.

Hass I. *О технике внесуставного артродеза бедра с помощью гвоздя из трохантера* (Zentralblatt für Chirurgie, № 9, 1936). Разбирая методы операций, фиксирующих тазобедренный сустав при туберкулезных кокситях, автор предлагает метод трохантер-завязки, предложенный впервые Каррисом и усовершенствованный им. Метод состоит в том, что с наружной поверхности бедра долотом сбивается часть трохантера, перемещается вверх и своим верхним освещенным концом вставляется под костно-поднадкостничную лоскут, выбитый из стенки подвздошной кости, и фиксируется швами к надкостнице ее. Проксимальный конец трансплантата укладывается в освещенное ложе бедра и фиксируется крепкими шелковыми нитками, проведенными через отверстие в корковом слое бедра по бокам от трансплантата. После этого рекомендуется 3—4-месячная гипсовая повязка от груди до кончиков пальцев ноги, затем кожаный тугор до колена на 1/2 года. Ходить разрешается после образования костной мозоли, что обычно, по автору, происходит на 3—4-м месяце. Сопутствующие контрактуры исправляются подкожными тенотомиями аддукторов и гребешковой мышцы и, одновременно с операцией, открытой подвертельной остеотомией. После такой операции наступает хороший анкилоз, и больные приобретают возможность безболезненно пользоваться конечностью. Детям операция противопоказана. Взрослым ее можно делать не ранее 2 лет от начала заболевания.

В. Юров.