

кальция было незначительно повышено—11,3—11,6 мг⁰/о, у остальных 3 больных—в пределах нормы 9,5—10,8 мг⁰/о.

У шести больных, страдающих маточным кровотечением на почве воспалительного процесса, количество кальция в крови было нормальное или несколько понижено—7,9—9,2 мг⁰/о. После лечения, у 2 больных количество кальция осталось пониженное—8,5—8,9 мг⁰/о (эффект лечения у них отрицательный), у остальных 4-х количество кальция в нормальных границах—9,4—11,1 мг⁰/о. По данным Пешарской, при эндометритах и параметритах количество кальция в крови понижено.

Количество магния у всех 12 больных, определенное до и после лечения, особыми резкими колебаниями не отличается. Цифры самые разнообразные—2,4—3,3 мг⁰/о—в пределах нормы. Установить какую-либо закономерность не представляется возможным.

Кальций применяется для лечения самых разнообразных процессов, и литература по этому вопросу имеется огромная. Из литературных данных известно, что введенный внутривенно кальций довольно быстро выделяется из организма—так обстоит с препаратом химического кальция. Сказать же что-нибудь определенное на основании небольшого количества исследований относительно органического кальция не представляется возможным. Нужно только отметить, что количество кальция в крови почти всегда возвращалось к норме в наших положительных в смысле лечения случаях, независимо от того, было ли оно до лечения повышено или понижено.

Представленный в данном сообщении сравнительно небольшой материал (31 случай) по лечению маточных кровотечений органическим кальцием не дает права делать какие-либо категорические выводы, однако полученные результаты—из 31 случая 23 положительных в смысле лечения—позволяют допускать, что при широкой апробации этого вида терапии маточных кровотечений, органический кальций займет не последнее место среди уже имеющегося арсенала лечебных средств.

На основании эффекта, полученного при лечении маточных кровотечений на почве персистирующего фолликула, надо полагать, что особенно показано его применение при всех заболеваниях, связанных с дисфункцией яичников.

Отдельно следует отметить, что комбинация органического кальция с другими средствами, во многих случаях, вошедших в данную работу, давала хороший лечебный эффект.

Из клиники кожных и венерических болезней Свердловского медицинского института.

О вегетирующей язвенной хронической стафилодермии.

Проф. С. Я. Голосовкер.

Стрептококк и стафилококк являются возбудителями ряда кожных заболеваний. В последние годы различные авторы остановили свое внимание на тех процессах, которые протекают под видом экзематозных поражений. Это дало нам право значительно сузить диагностику экземы. Стафилодермия кожи, располагаясь вокруг волосяных фолликулов, имеет следующие особенности: воспалительный инфильтрат выражен довольно резко, процесс имеет склонность к образованию пустул (импетинозная форма). Течение процесса в ряде случаев является хроническим.

В настоящей работе мы стремимся обратить внимание врачей на одну разновидность хронической стафилодермии, протекающей в виде вегетаций и образований язв. Мы наблюдали подобные случаи, главным образом, у мужчин (12 из 15 случаев). Возраст больных колебался от 20 до 30 лет—в 5 случаях, 30—40 лет—в 4 сл.; остальные случаи—старше 40 лет. У 4 больных длительность процесса до обращения в клинику была от 2 до 6 месяцев, у остальных—от 1 года до 9 лет. Каких-либо закономерностей в изменении картины крови не обнаружено: в нескольких случаях имелся лейкоцитоз (9000—14500), у 3—повышение количества эозинофилов (16%, 9%, 5%), у 3—повышение количества полинуклеаров (65%, 71,5%, 81%), с соответствующим уменьшением процента лимфоцитов (21%, 20,5%, 9%). У части больных (7 человек) наблюдалось повышение температуры (37,2—38,1°) в течение незначительного срока.

В течении клинической картины можно рассматривать несколько разновидностей процесса. В части случаев мы имели в начале заболевания типичную для стафилодермии клиническую картину—фоликулит и перифоликулит, фурункулы, импетигиозные очаги, сопровождающиеся ярко выраженными воспалительными явлениями. Но обратное развитие вышеуказанных элементов затягивается, на поверхности появляется вегетация, вскрытие происходит в ряде участков с образованием бугристых, флюктуирующих и распадающихся очагов. Рубцевание не дает гладкой поверхности, а образуется ряд перетяжек.

Т. А., 33 л., 9/VI 1935 г. (440). Больна 3 года. Процесс начался с развития фурункулов в области живота. В настоящее время в области туловища и конечностей имеется большое количество рубцов. В области ягодицы, крестца расположено несколько образований, размером 5—6 см, покрытых обильным количеством корочек, по снятии которых обнажается язвенная поверхность и вегетации. На нижних конечностях расположено большое количество распадающихся узлов с воспалительными явлениями вокруг них. На верхних конечностях—явления фоликулита.

Следующая разновидность располагается в виде единичных очагов, с излюбленной локализацией их на разгибательной поверхности кисти. Процесс в этих местах развивается вторично: развитию вегетаций и язв предшествует образование флегмоны. Приведу для примера типичный случай:

Больной Ш. В., 63 лет, поступил в клинику 23/1 36 г. (№ 90). В апреле 1935 г. на левом плече появилась опухоль, которая вскоре вскрылась с образованием язв. В мае появилась флегмона на левой кисти, и было сделано три разреза.

В настоящее время на тыльной поверхности левой кисти имеется инфильтрированный очаг, величиной 6×8 см. В центре очага наблюдается грануляционная ткань, по периферии края валикообразно возвышаются, покрыты обильным количеством корочек, по снятии которых обнаруживается язвенная поверхность. Посев отделяемого, взятого у краев язвенного очага, дал рост белого стафилококка.

В этом случае мы имеем развитие очага стафилодермии на участках, уже сенсibilизированных стрептококковой инфекцией. Клиническая картина очага по своей резкой ограниченности, по локализации напоминает собой бородавчатую форму волчанки. По периферии очага имеется ряд разражений, из глубины которых выделялось серозно-гнойное содержимое. В этом случае установлен лейкоцитоз (12,5 тыс.) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево: нейтрофилов 81%, палочкоядерных 5,5%, моноцитов 4,5%, лимфоцитов 9%. Последнее должно быть объяснено наличием у больного флегмоны в области левой стопы. Аналогичные случаи встре-

чаются у лиц, которые по роду своей профессии, вследствие травматизации кистей рук, страдают развитием в этих местах воспалительных процессов.

Так, у больного И. С. после травмы в области левой кисти появилась флегмона. Через 2 месяца на тыльной поверхности кисти появился, величиной в 3×4 см, инфильтрат с бородавчатыми разражениями, покрытыми серовато-желтого цвета корочками. Из глубины разражений выдавливалось гнойное содержимое. В этом случае процесс тоже развился у больного уже сенсibilизированного перенесенной флегмоной, и своеобразное течение процесса вызвано видоизмененной очаговой и общей реакцией.

В части случаев для своеобразной картины процесса значительную роль играет возраст больных. В этом отношении очень интересен следующий случай:

П. С., 74 лет (№ 65-а), больна 1 г. 6 мес. В области груди появилось много пузырей, которые быстро вскрылись и покрылись корочками. Через некоторое время на этих очагах появились узлы. К моменту осмотра, 16/XI 35 г., на левой грудной клетке, начиная с латеральной части 2-го ребра, вплоть захватывая грудную железу, расположился ряд узлов красноватого цвета, величиной от лесного ореха до волошского. Эти узлы слегка флюктуируют, распадаются, образуют на поверхности вегетации. Процесс распространяется по периферии, оставляя рубцы с перетяжками на месте бывших язв.

Третья разновидность процесса выступает в виде развития отдельных очагов красного цвета с синюшным оттенком, валикообразно поднимающихся над поверхностью кожи, имеющих наклонность сливаться между собой. Эти узлы выступают на 3—5 мм над поверхностью кожи, распадаются и образуют также разражения на поверхности. Локализация этой разновидности отмечалась нами в области лица.

Гистопатологические изменения в коже были изучены в 4 случаях. При подостром течении процесса, инфильтрат занимал весь сосочковый слой и глубокие отделы дермы и состоял преимущественно из полинуклеаров, лимфоцитов и небольшого количества гистиоцитов, сосуды расширены и наполнены эритроцитами, эндотелий и адвентиция сосудов разрыхлены, и имеется незначительная пролиферация гистиоцитов. В эпителиальном слое явления разбухания сосочков, акантоз, внедрение полинуклеаров. Все эти явления характерны для всякого остро протекающего воспалительного процесса. В дальнейшем мы наблюдали во всех отделах дермы, вокруг сосудов, потовых и сальных желез волосяных фолликулов очаговые скопления инфильтрата. Инфильтрат состоит из гистиоцитов, лимфоцитов и единичных полинуклеаров.

Весьма важно установить патогенез этих своеобразных форм хронической вегетирующей стафилодермии. В русской литературе до сих пор уделяется мало внимания вышеописанным формам. Отдельные демонстрации случаев шли под различной диагностикой: *Pyodermitis chronica ulcergosa* (Бронштейн), случай глубокой пиодермии (Гржебин), хронической вегетирующей язвенно-гуммозной пиодермии (Импшенецкий и Перель); хронический ползучий язвенный пиодермит (Крайчик); *Pyodermia chronica serpigiosa* (Кузнец); *Pyodermia vegetans* (Черногубов и Гуделис) и т. д. Во всех этих сообщениях превалирует указание на наличие пиодермии, т. е. отмечается этиология заболевания (вулгарная форма), но нет точного выявления превалирования того или другого вида микробов.

В наших случаях диагностика стафилодермии устанавливается не только на основании бактериоскопического и бактериологического исследования, но и по клинической картине: наличие флюктуирующих узлов, дающих вегетацию на поверхности, распадающихся, расположенных в виде единичных либо множественных очагов.

Лечение хронической стафилодермии проводится применением рассасывающих мазей (серная, ихтиоловая и т. д.), антивируса по Безредка, освещением горным солнцем, впрыскиванием стафилококковой вакцины, рентгенотерапией (при единичных очагах). При флюктуирующих узлах мы рекомендуем вскрытие их хирургическим путем с последующей дезинфицирующей и рассасывающей и общей (горным солнцем) терапией.

Из РЛО клиник Казанского мед. и-та и И-та усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина.

О значении верхних дыхательных путей для организма.

Проф. В. К. Трутнев.

За последние десятилетия проблема носового дыхания привлекает к себе внимание широкого круга исследователей. Литература обогатилась значительным материалом как клинического, так и экспериментального характера. Интерес к вопросу о значении верхнего отрезка дыхательных путей с каждым годом усиливается. К этому отделу проявляют интерес не только ринологи и физиологи, но также и представители других медицинских дисциплин. Нужно согласиться, что едва ли найдется другой отдел в человеческом организме, который несет столь разнообразные и ответственные функции, как нос. Поэтому совершенно естественно, что патологическое состояние верхнего отрезка дыхательных путей влечет за собой обилие последовательных явлений со стороны самых разнообразных отделов человеческого организма.

Основная задача верхних дыхательных путей — дыхательная. Воздух, поступающий в организм во время акта дыхания, является газообразной частью пищи человеческого организма и нуждается в тщательной предварительной обработке. Эта обработка абсолютно необходима, так как в противном случае воздушная струя, устремляющаяся в легкие в необработанном виде, неизбежно повлечет за собой раздражение и повреждения нежной легочной ткани. Анатомическая структура верхних дыхательных путей такова, что она обеспечивает возложенные на них задачи. Богато васкуляризованная слизистая оболочка носа способствует приближению температуры вдыхаемого воздуха к температуре человеческого тела. Еще в 1886 г. *A s c h e n b r a n d* экспериментальным путем доказал значение носа в согревании воздуха. Несколько позже работой *K a u s e g a* и *B l o c k a* это положение было подтверждено и уточнено. Эти авторы подметили, что вдыхаемый нами воздух нагревается *minimum* до 30°. Процесс согревания увеличивается при разнице температуры по сравнению с температурой тела. Чем меньше температура вдыхаемого воздуха, тем больше его согревание. Можно думать, что такие же