

Из сифилитического отдела (зав. проф. И. Д. Перкель) Дерматовенерологического института им. Глазаче (дир. проф. М. Г. Хорошин). Одесса.

Лечение мягкого шанкра раствором медного купороса посредством гальванополюса.

Ст. асс. Я. П. Фельдман.

Просматривая всю доступную нам литературу, мы нашли только две работы о действии медного купороса на лечение мягкого шанкра. Yersild, который на конгрессе в г. Страсбурге в 1928 г. докладывал о лечении мягкого шанкра, применил это лечение на группе 6-ых в 18 человек; из них 17 6-ых получали прекрасный результат; излечение мягкого шанкра наступило в очень короткий срок, причем ни разу при таком лечении не было у 6-ых бубонов. Автор считает этот метод даже профилактическим в отношении возникновения бубонов при мягком шанкре.

Другая работа русского автора — Кугушева, который применил лечение мягкого шанкра посредством гальванополюса на группе больных в 18 человек и получил хорошие результаты, добившись излечения в срок от 4—25 дней.

Мотивом для применения медного купороса при лечении мягкого шанкра послужили следующие соображения:

1) Раствор медного купороса является прекрасным электролитом.

2) Препараты меди всегда служили хорошим средством при лечении м. ш. (Штенцель, Алмквист, Павлов, Крейбих).

Техника гальванополюса очень проста. Источником электрической энергии может служить городской ток, проходящий через пультостат или распределительную доску, а на селе и в армии можно пользоваться и обыкновенной гальванической батареей. Весь сеанс длится от 10—30 мин., в зависимости от переносимости.

Для мужчин мы брали эмалированную кружку, наполненную 1% раствором медного купороса, опускали туда медную пластинку, соединенную с положительным полюсом, а катод, покрытый мокрой ватой, мы прикладывали либо к поясничной части позвоночника, либо к ягодице. В эту кружку опускали 6-ой орган. Для женщин мы брали ванну, в которую 6-ая погружала свой таз, и, таким образом, ее половые органы приходили в соприкосновение с раствором медного купороса. Под влиянием тока наступает разложение медного купороса. Ионы меди, заряженные положительно, стремятся к катоду всевозможными путями и гораздо легче и скорее проникают в тело через изъязвленные места, даже очень маленькие, незримые невооруженным глазом. Эта особенность является очень ценной при фимозе и отеке полового органа, когда язвы мягкого шанкра падают в скрытых местах. После сеанса все изъязвленные места принимают зелено-серый вид; после 1—3 сеансов язвочки очищаются, делаются безболезненными и покрываются гравуляциями, после чего начинается эпителизация. Лечение мы проводим в большинстве случаев ежедневно и только при плохой переносимости, а это было очень редко, или же в связи с работой 6-ого, когда он не мог придти ежедневно, мы назначали сеанс через день. Пропуски в лечении несколько влияли на течение болезни и процесс заживления немного затягивался.

Всех больных, мужчин и женщин, леченных в институте раствором меди купороса посредством понтотореза, было свыше 70 человек, но мы отобрали лишь 53 истории болезни только таких б-ых, которые довели лечение до конца и не применяли в это время других методов терапии и где клинический диагноз мягкого шанкра был несомненным и подтвержден находждением в язвах стрептококка *Дюкре*.

Из 53 б-ых было 42 (79,3%) мужчин и 11 (20,7%) женщин.

При лечении понтоторезом мы наблюдали быстрое исчезновение стрептококка *Дюкре* из язв. Так, в 49 случаях (92,3%) они исчезли в течение 2—5 дней (исследования производились многократно в большинстве случаев), в 3-х случаях (5,7%)—в течение 5—8 дней и только в одном случае (2%)—через 10 дней.

Такие же благоприятные результаты были получены и Алмквистом.

Быстрое исчезновение *Дюкре* способствовало скорому прекращению деструктивного процесса, однако, заживление язвы затягивалось дольше, чем это можно было ожидать по быстрому исчезновению *Дюкре*.

Так, излечение в течение 10 дней мы наблюдали у 15-ти больных (28,3%), в течение 20 дней у 30-ти б-ых (56,6%), в течение одного месяца у 5 больных (9,4%); в течение 6 недель у 2 человек (3,76%); в течение 2 месяцев у 1-го б-го (1,9%). Наименьшая продолжительность лечения была 5 дней (после 9-ти дневного заболевания); наибольшая—2 месяца (после 3-х недельного заболевания).

Во время лечения мы не наблюдали у наших больных появления бубонов. В двух же случаях, где больные явились к нам с опухшими и болезненными паховыми железами, нам не удалось оборвать дальнейшего развития бубонов. У женщин течение болезни при лечении понтоторезом протекало почти так же, как и у мужчин. Что касается влияния возраста на течение болезни, то быстрее всего наступало излечение в возрасте от 21—30 лет (в течение 10 дней—32,3%), затем несколько медленнее в возрасте от 16—20 лет (в течение 10 дней—39,4%) и значительно медленнее в возрасте от 31—50 лет (в течение 10 дней—12,5%).

По профессии наши больные состояли из рабочих—40 человек и служащих, учащихся, домашних хозяек и проч.—13 человек.

В 1-й группе больных излечение наступило: до 10 дней—в 35% случаев; до 20 дней—в 60%; до 30 дней—в 1%.

Во 2-й группе больных излечение наступило: до 10 дней—7,7% случаев; до 20 дней—23,1%; до 30 дней и свыше—69,2%.

Таким образом, по нашим материалам мы могли констатировать, что у рабочих излечение наступало значительно быстрее (в 95% в течение 20 дней), чем у лиц других профессий (в 30,8% в течение 20 дней).

По времени заболевания наши б-ые приступили к лечению понтоторезом: через 1—7 дней после появления язвы—26 чел., через 8—14 дней—13 чел., через 15—21 дней—11 чел., срок не установлен у 3-х человек.

У больных, начавших свое лечение через 1—7 дней от начала заболевания, излечение наступило в течение 10 дней в 23% случаев, от 8—14 дней—в 46%, от 15—21 дней в 18,2% случаев.

Таким образом, мы видим, что при раннем лечении больных понтоторезом до 7 дней от начала заболевания мы получили почти столь же

быстрое излечение, как и при более позднем (от 15—21 дня от начала заболевания).

Из 15 б-ых, лечившихся коечно, быстрое излечение — до 10 дней — было у 7 человек, т. е. в 46,6%. Из 38 б-ых, лечившихся амбулаторно, быстрое излечение — до 10 дней — было у 8 б-ых — 21%.

Если мы сравним результаты лечения мягкого шанкра нонтофорезом с теми данными, которые получены Сянани и Шапиро по материалам института за 10 лет, то мы увидим следующее: у 216 б-ых, лечившихся консервативным способом, т. е. мазями, ванночками и присыпками, излечение наступило в течение одного месяца у 75 человек (34%); в течение 1½ месяцев у 41 чел. (19%); в течение 2 месяцев — у 48 чел. (22,2%); в течение 3 месяцев — у 41 чел. (19%); свыше 3 месяцев — 11 человек (5%).

Лечившихся Алт туберкулином было 44 чел. У 14 из них (31,9%) наступило излечение в 10—18 дней; в 15 случаях (34%) — свыше 28 дней.

При лечении мягкого шанкра внутривенными вливаниями стрепто-бациллярной вакцины Николь и Дюран получили на материале в 25 случаев среднюю продолжительность лечения 12,4 дня (у некоторых авторов этот метод дал худшие результаты).

Но так как при данном способе лечения наблюдается чрезвычайно бурная реакция, то поэтому он не может быть широко использован.

Сравнивая же результаты всех прочих методов лечения мягкого шанкра, мы могли убедиться, что метод лечения нонтофорезом дает наиболее благоприятные результаты; в то время, как б-ые, лечившиеся последним методом, выздоровели в течение 20 дней в 85%, при лекарственном методе лечения (Сянани и Шапиро) излечение наступило в течение срока до 1-го месяца лишь в 34,7% случаев, а при лечении Алт-туберкулином излечение наступило в 31,9% до 18—20 дней и в 34% до 28 дней.

В заключение приводим здесь краткие выдержки нескольких историй болезни.

1) История бол. № 6121Д, 6-ой В, рабочий, 30 лет. Болен 10 дней, не лечился. На тыльной поверхности полового органа имеется болезненная язва, круглой формы, с подрытыми краями и гнойным дном: паховые железы не увеличены, Дюкре (+). Было проведено 7 сеансов лечения 1% раствором меди, купороса посредством нонтофореза, продолжительностью в 10—15 минут, силой тока в 20—25 ма.

Дюкре (—) после 2-го сеанса.

Болезненность исчезла после 1-го сеанса. Полное выздоровление наступило после 7-го сеанса. Лечение продолжалось 15 дней.

2) Ист. болезни № 6813Д Б. Р., каменщик, 19 лет. Болен 7 дней. На уздечке имеется болезненная язвочка, с подрытыми краями и гнойным дном. Паховые железы не увеличены, Дюкре (+). Было проделано 5 сеансов продолжительностью 12—20 минут. Сила тока 15—20 ма. Болезненность исчезла после 1-го сеанса. Дюкре (—) после 2-го сеанса. Больной выздоровел после 5-ти сеансов через 10 дней от начала лечения.

3) История болезни № 6141Д. В. М., сапожник, 34 лет. Болен 6 дней. В борозде головки имеется болезненная язвочка с подрытыми гнойными краями и гнойным дном. Паховые железы не увеличены. Дюкре (+). Всего сделано 7 сеансов продолжительностью в 15—20 минут. Сила тока 15—25 ма. Болезненность исчезла после 1-го сеанса. Дюкре (—) после 2-го сеанса. Больной выздоровел после 7 сеансов через 12 дней.

4) Ист. болезни № 5616 Д. Больной К. Слесарь, 20 лет; болен 3 недели. По краю препуция имеется язва круглой формы, резко болезненная с подрытыми краями. Паховые железы слегка увеличены до голубиного яйца и болезненны. Дюкре (+).

После 2-го сеанса Дюкре (—). Всего было сделано 3 сеанса в течение 9 дней (сила тока 20—25 ма, продолжительность в 10—15 минут), после чего 6-ой выздоровел.

Выводы.

- 1) Лечение мягкого шанкра медным купоросом посредством ионтофореза дает, в сравнении с другими методами, наиболее благоприятные результаты.
- 2) Метод этот не дает никаких побочных явлений.
- 3) Является профилактическим в отношении возникновения осложнений.
- 4) Метод этот может быть применен как в городской, так и в сельской обстановке, а также и в армии.

Литература: Делерм-Лякерьер. Ионтоэлектротерапия (Киев, 1927 г. Перевод с французского издания д-ра Палеев). 2) Бродерзон Б. Н. ионтофорез. Изд. гос. ин-та для усовершенствования врачей. Ленинград, 1927 г. 3) Yersild M. O. „Traitement local du chancre mou par jontophorese du cuivre“ Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, № 7, 1928 г. 4. Кугушев И. А. Лечение ионтофорезом мягкого шанкра. Каз. мед. журнал, 1930 г., № 7.

Из Инфекционной клиники Рязанского филиала МОКИ (зав. филиалом Б. Н. Широков, зав. клиникой В. К. Подобанский).

Рецидивы скарлатины.

В. К. Подобанский.

Имеется ряд опубликованных работ, посвященных описанию клинической картины рецидивов скарлатины и объяснению патогенеза их.

В последние годы этому вопросу уделено было сугубое внимание и он был предметом всестороннего освещения и обсуждения на Русско-немецком конгрессе по скарлатине в Кенигсберге в 1928 г.

Рецидивы скарлатины—явление нечастое, и даже на большом больничном материале приходится наблюдать их довольно редко.

Я не стану перечислять всю статистику по данному вопросу, отмечу лишь некоторых авторов из доступной мне литературы.

Около 60 лет тому назад Ромер описал 40 случаев рецидивов скарлатины, собранных им в медицинской периодической печати. Несколько позже, в 1895 г., Газе сообщает о 15 рецидивах скарлатины, которые он мог собрать на больничном материале за 9 лет работы в б. Елизаветинской детской больнице в Ленинграде, и описывает их клиническую картину. Колпакова на 1039 скарлатинозных больных отмечает 26 рецидивов или 2,5%. Шенне, по данным больницы имени Раухфуса в Ленинграде за 1911 г., отмечает на 610 больных 11 рецидивов или 1,8%. Штерн и Рубель, по материалам той же больницы за период 1925—1928 г.г., отмечают на 6152 больных 129 рецидивов или 2,1%. Румянцев и Шейнкман в клинике дет. болезней при Киевском мед. институте в 1924—1925 г.г. наблюдали на 1953-х больных 17 рецидивов или 0,9%. В иностранной литературе мы встречаем приблизительно такие же процентные соотношения у большинства авторов. Так, Писпихиль определяет этот процент в 1,7%, Гейбнер и Шотмюллер в 1%, Лихтенштейн в 0,87%, Фолькенгейм у детей до 5 лет—0,8%.

На материале в 1830 скарлатинозных больных, прошедших под нашим наблюдением за 5 лет (с 1/IX 1929 г. по 1/IX 1934 г.) через инфекционное отделение Рязанской гор. больницы и инфекционной клиники