

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, Писпшиль 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

Рязанского филиала МОКИ, мы наблюдали 14 рецидивов скарлатины или 0,76%. При этом мы отмечали как рецидивы, только те случаи, которые имели полную картину первого острого периода скарлатины, т. е. мы считали рецидивом такое состояние в течении скарлатины, когда после первого острого лихорадочного периода, в то время, когда уже исчезли сыпь, ангина, интоксикация и t° пришла к норме, когда больной находился в состоянии относительного благополучия, вновь внезапно появлялись все симптомы первого периода: сыпь, ангина, подъем t° , иногда интоксикация и в дальнейшем, в некоторых случаях, осложнения (лимфаденит, отит, нефрозо-нефрит и др.), связанные с этой вторичной вспышкой первичного периода.

Некоторые же авторы, как, напр., Колпакова, вводят в свою статистику рецидивов и те случаи, которые проявляются только новым повышением t° и новым поражением зева ангиной без сыпи на теле.

Из приведенного статистического материала видно, что рецидивы скарлатины—явление сравнительно редкое, и процент их в среднем колеблется в пределах 1—2%. Правда, в литературе мы встречаем и более высокие цифры, напр., Демон—5,4%, а Лихтенштейн указывает, что процент рецидивов у него в 1929 г. чрезмерно возрос и дошел до 10%. Но эти сообщения являются единичными.

Рецидивы скарлатины чаще всего наблюдаются, как показывают литературные данные, на 3-ей и 4-ой неделе болезни; но они могут быть в любом периоде заболевания, и имеются указания на более поздние сроки, 5-ая, 6-ая неделя и позже, и на весьма ранние, 1-ая и 2-ая неделя болезни.

При появлении ранних рецидивов, на 1-ой или 2-ой неделе, в особенности, если первый период скарлатины протекал в легкой форме, естественно, возникает вопрос, не была ли в данном случае ошибка в диагнозе и больной, попав в скарлатинозное отделение, инфицировался и дал не рецидив, а настоящую скарлатину. Не отрицая возможности подобных ошибок вообще, мы должны, опираясь на литературные данные и собственные наблюдения, отметить несомненное существование и ранних рецидивов в раннем периоде скарлатины, на 1-ой и 2-ой неделе. Я приведу здесь выдержку из статьи проф. Молчанова „О скарлатиноподобных заболеваниях“ (Кл. мед., 1924, № 15—16), имеющую отношение к поставленному вопросу. Проф. Молчанов пишет: „Большой интерес представляют больные, у которых во время пребывания в клинике вновь появилась картина, но уже настоящей скарлатины: высокая t° , точечная сыпь, резкая ангина, даже с некрозами... Появлялось такое заболевание в одних случаях на 3-й, 4-й и даже 5-ой неделе пребывания в клинике, в других гораздо раньше, на 1-ой или 2-ой неделе. Если первые случаи с полным правом можно считать рецидивами скарлатины, то как рассматривать вторые случаи с ранним появлением вторичной скарлатины. Самым простым и естественным является предположение, что в этих случаях была ошибка в диагнозе, т. е. что первое заболевание было не скарлатина, а четвертая болезнь... Однако, опыт последних лет показал, что рецидивы скарлатины, не только поздние, но и ранние, приходилось наблюдать и у таких больных, которые в отношении диагноза скарлатины не представляли никаких сомнений (типичная ангина, малиновый язык и проч.)“.

Наши случаи по времени появления рецидивов распределяются следующим образом: на 2-ой неделе (на 9-ый день болезни)—1 случай, на 3-й неделе (на 15, 16, 18, 18, 19 и 21 день)—6 сл., на 4-ой неделе (на 22, 23 и 24-й день)—3 сл., на 5-ой неделе (на 29 и 35 день)—2 сл., на 6-ой неделе (на 41 день)—1 сл., на 7-ой неделе (на 49-й день)—1 сл.

Таким образом, и на нашем материале рецидивы чаще всего наблюдались на 3-й, 4-й и 5-й неделе и значительно реже (единичные случаи) на 2-й неделе (ранние рецидивы) и на 6-й и 7-й неделе (поздние рецидивы).

По возрасту наш материал дал следующее распределение: до 1 года—1 случай, от 1 до 2 л.—2 сл., от 2 до 5 л.—6 сл., от 5 до 8 л.—3 сл., от 8 до 10 л.—2 сл.

Наблюдения показывают, что рецидивы скарлатины могут быть во всех возрастах, но, главным образом, они бывают в раннем детском возрасте, до 5-ти лет. Это понятно, так как на этот возраст падает наибольший процент заболеваний скарлатиной. Имеются указания, что рецидивы скарлатины могут повторяться в течении заболевания. Так, Лихтенштейн отмечает на своем большом материале 6 случаев двойного рецидива скарлатины.

Течение и продолжительность рецидивов бывают различные. Большинство авторов указывает на более легкое и более короткое течение рецидивов, по сравнению с первым острым периодом скарлатины. По мнению этих авторов, рецидивы в большинстве случаев протекают благоприятно, легко, не дают тяжелых осложнений и летальных исходов. К такому выводу приходят, на основании разбора большого материала, Колпакова, Штерн и Рубель, Лихтенштейн и др. Но в то же время имеются наблюдения, указывающие, что, наряду с легкими формами, встречаются, хотя и значительно реже, и тяжелые формы рецидивов, протекающие с тяжелыми осложнениями и заканчивающиеся иногда летально. Так, проф. Молчанов в названной выше статье говорит: „второе заболевание (рецидив) во большей части было легкое, но иногда протекало гораздо тяжелее, чем первое, а одна из таких больных погибла при явлениях септической скарлатины“. Румянцев и Шейнкман на 17 случаев рецидивов, наблюдавшихся в детской клинике Киевского медицинского института, отмечают, что 2 случая закончились летально. Газе, сообщая о 15 рецидивах, говорит, что в 3-х случаях было тяжелое течение и 4 закончились летально от различных осложнений. У Шеене на 11 рецидивов 2 протекали тяжело первого периода и один дал смертный исход. Некоторые авторы отмечают вторичное шелушение, связанное с рецидивом, и почти у всех авторов имеются указания на осложнения в некоторых случаях рецидивов, возникающие в зависимости от рецидива (неврозо-нефрит, отит, лимфаденит и др.). Все авторы согласны, что длительность рецидива почти всегда короче первого острого периода скарлатины, но иногда, редко, течение рецидива бывает продолжительнее первого периода болезни.

Все наши 14 случаев рецидивов скарлатины в первом лихорадочном периоде и в дальнейшем течении представляли ясную клиническую картину скарлатины и не вызвали никаких сомнений в диагнозе. Причем у нас была в 5-ти случаях легкая форма скарлатины и 9-ти — средней тяжести (классификация по Колтыгину).

Во всех 14 случаях рецидивов мы имели вновь появившуюся характерную скарлатинозную сыпь, катаральную ангину различной интенсивности и повышение t° от $37,5^{\circ}$ до 39° . В 11 случаях рецидивы протекали легко при минимальной интоксикации, при t° $37,5^{\circ}$ — $38,0^{\circ}$ и при длительности в 2—3 дня, (после 2-х—3-х дн. сыпь исчезала и t° приходила к норме); в 2-х случаях—течение было средней тяжести, сопровождалось умеренной интоксикацией, при t° $38,0^{\circ}$ — $39,0^{\circ}$, с длительностью до 5-ти

дней; и, наконец, в одном случае мы имели тяжелое течение рецидива, протекавшего значительно труднее первого лихорадочного периода, с интенсивно выраженной сыпью, с резко выраженной катаральной ангиной, большой интоксикацией, при $t^{\circ} 39,0^{\circ}$ и длительностью в 8 дней. Этот рецидив наблюдался в конце 5-й недели, появившись на 35-ый день scarlatina, и сопровождался осложнениями — нефрозо-нефритом, гнойным лимфаденитом шеи и гнойным отитом. В остальных 13 случаях осложнений, связанных с рецидивом, не было. В 2-х случаях после рецидива присоединилась ветряная оспа.

В 5-ти случаях рецидивы у нас наступили после предшествовавших осложнений (тяжелые лимфадениты, нефрозо-нефрит, гнойный отит), в одном — после присоединившейся к scarlatina кори и в одном — после присоединившейся ветряной оспы.

Все 14 случаев рецидивов окончились выздоровлением.

Патогенез рецидивов scarlatina, несмотря на то, что этому вопросу в последние годы уделено большое внимание, нельзя считать разрешенным.

Одни исследователи (Газе, Генох, Комби, Шлоссман) рассматривают рецидив scarlatina, как новую вспышку первоначальных симптомов болезни, вследствие усиления и размножения находящегося в организме еще не вполне заглобленного scarlatinozного вируса.

Другие (Поспишилль, Зейн, Шене, Раухфус, Колпакова и ряд английских авторов) рассматривают рецидив scarlatina, как новое заражение организма, происходящее от близкого контакта со вновь поступающими больными, находящимися в первом остром периоде scarlatina, или с имеющими гнойные осложнения. Они советуют поэтому отделять реконвалесцентов от новых больных, и Колпакова отмечает, что среди больных, пользовавшихся отдельными палатами, рецидивы не наблюдались.

Фанкови, Фолькенгейм и Златогоров говорят, что рецидив scarlatina есть результат экзогенной суперинфекции, вследствие ослабления иммуно-биологической реакции организма у больного под влиянием тех или иных эндогенных или экзогенных причин, среди которых, как показывают наблюдения, могут быть предшествующие рецидиву осложнения или вторичные инфекции (корь, ветряная оспа и др.). Мы знаем, что реакция Дика в течении scarlatina не всегда переходит в отрицательную и остается положительной по наблюдениям некоторых авторов в 20—30%. А это значит, что не во всех случаях scarlatina вырабатывается стойкий иммунитет к концу первого лихорадочного периода болезни и в течении scarlatina могут наблюдаться периодически колебания в стойкости иммунитета (Фанкови). Лихтенштейн указывает, что у больных, давших рецидивы, р. Дика остается положительной более продолжительное время, чем у больных без рецидива, т. е. выработка иммунитета у них идет с замедлением.

Наконец, некоторые авторы (Шик, Эшерих и др.), на основании изучения изменений физико-химических свойств крови у scarlatinoзных больных (замедление свертывания, увеличение количества тромбоцитов) и на основании данных экспериментальных работ, склонны рассматривать рецидивы scarlatina, как проявление анафилактического состояния организма и, в подтверждение своего взгляда, указывают на то, что рецидивы scarlatina чаще всего наблюдаются на 3-й и 4-й неделе болезни, т. е. приходится на анафилактический период scarlatina.

На основании литературных данных и собственных наблюдений можно сделать следующие выводы:

1) Рецидивы scarlatina наблюдаются относительно редко, в среднем в 1,5% общего числа scarlatinoзных больных. На нашем материале этот процент был равен 0,76%.

2) Рецидивы scarlatina чаще всего наблюдаются на 3-й и 4-й неделе болезни, но могут быть и раньше, на 1-й и 2-й неделе, и позже, на 5-й, 6-й и 7-й неделе.

3) Рецидивы скарлатины чаще всего наблюдаются в раннем детском возрасте, до 5 л., но могут быть в любом возрасте.

4) Рецидивы скарлатины в большинстве случаев имеют легкое течение с продолжительностью в 2—3 дня, но иногда наблюдаются—тяжелое течение, осложнения, связанные с рецидивом, и летальные исходы.

5) Патогенез рецидива скарлатины до настоящего времени не вполне выяснен и нуждается в дальнейшей научной разработке.

Литература. 1. Т. А. Колпакова. О возвратах скарлатины. Вр. газ. 1924 г., № 1. 2. В. И. Молчанов. О скарлатинно-подобных заболеваниях. Клин. мед. 1927 г., № 15—16. 3. Н. Поляжук. Случай рецидивирующей формы скарлатины. Вр. дело 1931 г., № 23—24. 4. Ф. Д. Румянцев и В. И. Шейнман. Клиника скарлатины по данным последней эпидемии в Киеве. Клин. мед. 1928 г., № 22. 5. С. Л. Штерн и Е. М. Рубель. Рецидивы при скарлатине. Вр. газ. 1930 г., № 21. 6. Шене. О возвратах скарлатины. Русский врач. 1912 г., № 48. 7. Диктенштейн. Возвраты скарлатины Acta paediatrica 15. III 31. реф. Сов. вр. газ. 1932 г., № 14.

Из кафедры микробиологии Военно-медицинской академии РККА. (Нач. кафедры проф. В. М. Аристовский).

Трансформации *V. coli* в кишечнике и бактериофаг.

Прикоманд. врач Г. А. Знаменский. Отв. рук. работы И. Е. Минкевич.

С бесспорностью доказано, что кишечный бактериофаг является мощным агентом микробной изменчивости (Бордэ, Брейнль, Ходер, Зоненвейн, Маннгер, Куклова, Лейтнер, Гори, Ино, Грумбах и Димца, Клинебергер и др.). В основе изменений упреждающих от губительного действия фага бактерий лежит превращение их в лизорезистентные расы, на фоне которого разветвляется целая серия микробных вариаций в отношении морфологических, культурно-биохимических, серологических признаков и вирулентности. Особенно многочисленны и разносторонние исследования посвящены изменчивости под влиянием фага среди бактерий кишечного-тифозной группы, где ее проявления наиболее экзотичны. Объектом многих наблюдений была кишечная палочка.

Онисанные изменения *V. coli* под влиянием бактериофага, сводятся к следующим явлениям: возникновению лактозодефективных и слизистых рас, образованию причудливых колоний (Flutterformen Гильдемейстера), появлению агглютинативного роста на жидких средах, серологическим видоизменениям и накоплению R—форм, обладающих более высокой вирулентностью (до 15 раз по Деланей) по сравнению с исходными S—формами.

Рядом исследователей (Гильдемейстер и Бертлейн, Травинский, Минкевич, Блюменталь, Грумбах и Димца, Алексина, Коржневская, Никольский и Островская) отмечено, что при кишечных инфекционных заболеваниях, особенно в период реконвалесценции (в отличие от нормы) в стуле пациентов очень часто, нередко весьма обильно, появляются лактозодефективные варианты кишечной палочки, т. наз. бактерии раласої (паратифоподобные бактерии по терминологии Гильдемейстера и Бертлейна и Травинского), которые при поверхностном исследовании могут быть сме-