

брата, была введена лимфа, взятая у больного, и в смеси с стерильным 80% глицерином, в количестве 0,1, введена внутривенно в предплечье руки.

К вечеру температура у привитого поднялась до 38,5°, на другой день дошла до 38,8° и постепенно снизилась к концу вторых суток до нормы.

Несмотря на совместное пребывание больного и привитого в одной квартире, привитой ребенок не заболел. Трудно, при летучести вируса и заразительности ветрянки, приписать незаболевание случайности.

Выводы. 1. Разносторонние данные, полученные различными авторами по активной иммунизации против ветряной оспы, указывают на несовершенство всех предложенных методов иммунизации.

2. Наши данные иммунизации, по модифицированному способу Клинга, говорят о возможности иммунизации с положительным результатом.

Из детской клиники Казанского государственного ин-та для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор клиники заслуж. деятель науки проф. Е. М. Лепский).

К ЛЕЧЕНИЮ РАХИТА ТЮЛЕНЬИМ ЖИРОМ.

Э. Е. Михлина, М. Е. Лейзеровская, Н. Н. Милованова.

По вопросу о применении тюленьего жира для лечения рахита у детей появилось уже несколько работ в русской медицинской литературе. Так, в 1929 году Левит и Михлина в работе, вышедшей из нашей клиники, сообщили на основании наблюдений на 13 детях об удовлетворительных результатах применения этого жира. В 1935 году Е. М. Лепский и Г. С. Тямина опубликовали наблюдения, также говорящие об удовлетворительном действии тюленьего жира на детский рахит, несмотря на то, что при испытании на крысах содержание витамина Д оказалось в этом препарате невысокое.

В 1936 г. появилось сообщение на ту же тему В. Ф. Ведрашко, который приходит в общем к отрицательным результатам.

Так как все перечисленные работы выполнены на сравнительно небольшом материале и результаты к тому же получены неоднородные, вопрос о терапевтическом значении тюленьего жира нельзя считать решенным; он требует дальнейшего изучения. Считаем поэтому полезным сообщить здесь выполненные зимой 1935-36 года наблюдения над рахитиками, лечившимися жиром каспийского тюленя.

Согласно анализу, произведенному на заводе, где этот жир вырабатывается, он имеет следующий состав: удельный вес 0,928,

влага 0,05, кислотное число 1,65, иодное число 180, неомыляемых веществ 0,66. В петролейном жире растворяется.

Нами было взято под наблюдение 47 детей, посещающих консультацию, в возрасте 3—9 месяцев. Из них 4 были исключены из наблюдения в первые же дни по причине, о которой будет сказано ниже, а остальные 43 больных получали тюлений жир в течение 2 месяцев в среднем. За это время каждый из них выпил 350—400 г жира.

Учитывая результаты предыдущих наблюдений, говоривших о необходимости повысить дозу тюленьего жира по сравнению с тресковым, мы назначили каждому больному по 15 г жира в день; однако наши дети в действительности такого количества не получали; это объясняется тем, что под наблюдением находились исключительно амбулаторные больные, матери которых не точно выполняли назначения. Каждый ребенок выпил в течение 2 месяцев 350—400 г жира, что дает в среднем по 6—7 г в день, следовательно дети выпивали половину назначенной дозы.

Больные переносили тюлений жир довольно хорошо: из 47 только 4 дали легкую диспепсию и в первые же дни были исключены из наблюдения. У остальных 43 детей никаких побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта не отмечалось.

Для того, чтобы иметь сравнимые и легко регистрируемые объективные данные для суждения о наступающем изменении рахита, мы брали детей с выраженным *craniotabes*'ом, кроме того, у наших больных имелись и другие проявления цветущего рахита, как беспокойство, потливость, легкая возбудимость, плохой сон. Один больной ребенок был с ларингоспазмом.

Свои наблюдения мы проводили в зимнее время года: с января по апрель, когда солнце еще не могло играть роль лечебного фактора. Во все время лечения дети оставались в тех же условиях, на том же питании, как и до лечения; другие противорахитические мероприятия в это время не применялись.

Уже после первых 100—150 г выпитого жира отмечалось некоторое улучшение общего состояния.

По результатам, полученным к концу лечения, мы можем наших детей разбить на 3 группы. Первая группа, состоящая из 21 ребенка, дала следующее: *craniotabes* совершенно исчез, общее состояние заметно улучшилось, дети стали спокойнее, потливость исчезла, сон улучшился, наблюдавшийся у одного из них ларингоспазм исчез, улучшились статические функции. У 10 детей второй группы остался небольшой *craniotabes*, но другие симптомы рахита, как плохой сон, беспокойство, потливость, улучшились.

У последних 12 детей (третья группа) *craniotabes* остался почти без изменения, общие же симптомы, как и у предыдущей группы, улучшились. Дети 2-й и 3-й групп получали тюлений жир неаккуратно; кроме того, значительная часть этих детей перенесла во время испытания ряд инфекционных заболеваний; так, 9 детей болели гриппом, 4—пневмонией, у одного был коклюш и у 2-х—бронхит.

Отсутствие благоприятного результата в этой группе не гово-

рит о непригодности тюленьего жира в качестве средства против рахита. Известно, что различного рода инфекции и расстройства обмена препятствуют лечебному действию даже наиболее энергичных противорахитических средств. Так, например, проф. Дулицкий и Фридман в своей работе «Лечение рахита витаминолом» отмечают, что при применении витаминола у рахитиков, страдающих другими заболеваниями, они получали отрицательные результаты. Поэтому и упомянутая выше работа д-ра Ведрашко не может считаться убедительной. При ближайшем ознакомлении с материалом, который Ведрашко имел под своим наблюдением, приходится признать его выводы недостаточно обоснованными. Все дети как в клинике, так и в Доме младенца перенесли во время опыта ряд присоединившихся к рахиту заболеваний, как грипп, воспаление легких, ветряная оспа, отит и др.

Далее следует отметить, что при изучении действия какого-либо фактора на рахит необходимо брать детей, у которых имеются поддающиеся быстрому улучшению симптомы, напр., *scapulothoracics*. Между тем среди детей, послуживших Ведрашко материалом для заключения, имелось с *scapulothoracics* только двое; у большинства же были искривления конечностей, утолщение ребер, переломы костей и т. п. Ясно, что эти симптомы, скорее—последствия рахита—не могли исчезнуть за время лечения.

На основании наших наблюдений мы должны прийти к заключению, что тюлений жир несомненно оказывает лечебный эффект на неосложненный рахит. Если бы все дети выпивали всю назначенную им дозу, эффект несомненно был бы еще лучше. Что тюлений жир хорошо переносится детьми, даже во время лихорадочных заболеваний, признает и Ведрашко.

Следует еще остановиться на вопросе о несоответствии между результатами клинического и экспериментального испытания тюленьего жира. Жир, использованный для описанных выше клинических наблюдений, показал при испытании в опытах на крысах только от 5 до 25 единиц витамина Д в 1 см³. (Более подробное изложение экспериментальной части этой работы будет опубликовано в IV т. Трудов Казанского научно-исследовательского ин-та теоретической и клинической медицины).

В цитированной выше работе Е. М. Лепского и Тяминой сообщаются еще другие аналогичные наблюдения из литературы и приводятся соображения, которыми можно объяснить факт расхождения клинического результата с данными эксперимента (возможное наличие в жире неактивированного эргостерина, провитамина, который активизируется в теле ребенка, и другие возможности).

Г. фон Вендт сообщает, что равноценные по своему действию на крыс антирахитические дозы эргостерина и трескового жира оказываются совершенно неравноценными, если их применить на курах. Для получения одинакового эффекта приходится давать курам тридцатикратную и даже большую дозу эргостерина, чем трескового жира. Наоборот, зеленый корм, который на крыс оказывает лишь очень слабое антирахитическое действие, дает яс-

ный эффект в применении на курах. Автор полагает поэтому, что имеется три вида, а может быть и больше, витаминэв Д.

Эти факты приближают нас к пониманию того, почему тюлений жир, действуя слабо на крыс, оказывает хорошее действие на рахитических детей.

Во всяком случае, в тюленьем жире, который, к сожалению, все еще расходуется у нас главным образом на технические надобности, мы имеем препарат, который, будучи применен в достаточной дозе, может заменять дефицитный тресковый жир.

Литература. 1. В. Ф. Ведрашко, Сов. пед. № 8, 1936 г.—2. Г. фон Вендт, Вопросы питания № 4, 1936 г.—3. С. О. Дулицкий и Фридман, Совет. пед. № 7, 1936 г.—4. М. М. Левит и Э. Е. Михлина, Журн. по изучен. ран. воз., 1929 г., т. IX, № 9.—5. Е. М. Лепский, С. А. Егерева и Э. Е. Михлина, Ж. экспед. биол. и мед. № 27, 1928 г.—6. Е. М. Лепский и Г. С. Тямина, Сов. врач. газета, № 1, 1935 г.—7. Э. Е. Михлина, IV, т. Трудов Каз. научно-исслед. ин-та теорет. и клинич. медиц. (в печати).

Из Свердловского кожно-венерологического института (директор проф. С. Я. Голосовкер).

ЛЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА ОСАРСОЛОМ.

Р. М. Мариупольский.

Осарсол — препарат мышьяка, употребляемый *per os*, уже больше 10 лет тому назад введен в терапию сифилиса. В 1924 — 1927 гг., когда осарсол был испробован в некоторых клиниках, мнения авторов о терапевтическом и токсическом действии препарата были весьма разноречивы. Часть авторов склонялась к тому, что терапевтическое действие осарсола незначительно, а побочные явления осарсола не оправдывают введения его в повседневную практическую работу.

Несмотря на то, что наблюдения этих авторов были весьма немногочисленны, все-таки их выводы на много лет отодвинули внедрение осарсола в число противосифилитических средств.

Этому содействовал консерватизм врачебного мышления, осторожно и боязливо относящегося ко всяким новым методам лечения.

Но в настоящее время опыт применения осарсола как на стационарном, так и поликлиническом материале настолько обогатился, что полностью рассеял отрицательные выводы, которые в свое время были опубликованы. Но пользование осарсолом до сих пор недостаточно в участковой практике и в венучреждениях, оказывающих лечебную помощь в сельской обстановке, где этот препарат по удобству его применения должен сыграть выдающуюся роль в ликвидации сифилиса. Это привело к тому, что нарком здравоохранения Г. Н. Каминский в приказе за № 387 от