

ботка Нб печенью, костным мозгом, селезенкой и др. органами в желчные пигменты и гемосидерин и, наконец, выделение излишков Нб через почки с мочей. Несомненно, что под влиянием охлаждения вообще и конституциональной слабости вазомоторов в особенности происходит изменение коллоидов крови, а затем уже та последовательность изменений, которая схематически указана выше.

В зависимости от момента исследований крови картина последней бывает различна (лимфоцитоз, лимфопения, эритропения и т. д.). Почти всегда наблюдаются у подобного рода больных симптомы вторичной анемии. Этиология пароксизмальной гемоглобинурии темна, но большинство авторов указывает на следующие инфекции как причину болезни: приобретенный и конгенитальный сифилис, малярия, септические процессы, скарлатина, рожа, тиф, ожоги, переливания крови, отравление ядами и т. д. У нашей больной не исключается септический процесс и нейтролюэ. При пароксизмальной гемоглобинурии реакция Вассермана в 90% положительна, но ввиду происходящих изменений в крови ее значение ограничено, хотя усиленная терапия КJ дает иногда эффект. Как говорит профессор Аринкин, „самой лучшей терапией является профилактика“, о чем знают и сами больные.

Согласно литературным данным собрано всего 207 случаев данной клинической формы; наблюдение профессора Аринкина 208-ое, а наше 209-ое.

Из Инфекционной клиники Казанского гос. университета. (Директор проф. Б. А. Вольтер).

О диагностической ценности кожной реакции при брюшном тифе.

Ординатора В. Н. Шаровской.

Объективные методы диагностики брюшного тифа, которые имеет в своем распоряжении в настоящее время клиника, далеки еще от полного совершенства и даже самые лучшие из них имеют известные дефекты. Так, широко распространенная реакция Widal'я, отличаясь простотой техники и несложностью средств для проведения ее, получается положительной обычно только с начала второй половины второй недели заболевания. Методика высева возбудителя из крови дает при безукоризненной технике проведения до 90% положительных ответов уже в начале первой недели болезни, однако требует дальнейшей биологической дифференцировки материала на цветных питательных средах или путем агглютинации специфической агглютинирующей сывороткой. Все это возможно, разумеется, лишь при соответствующей обстановке, благодаря чему способ гемокультуры не может пока получить особенно широкого распространения в больничной и участковой практике, и не удивительно, что мы имеем целый ряд попыток найти простые биологические методы объективной диагностики брюшного тифа, могущие дать достаточно точные ответы, начиная с первых дней заболевания при максимальной простоте выполнения и минимальной затрате средств. Исходной точкой всех

этих исследований были реакции иммунитета тканей при названном заболевании.

Так, уже в 1907 г. Chantemesse предложил для брюшного тифа свою офтальмореакцию с особо-приготовленным экстрактом из палочек Эберта, а затем Link и Aazer вводили в скарифицированную кожу эмульсию из указанных микробов. Однако ни реакция Chantemesse'a, ни способы Link'a и Aazer'a не нашли распространения, так как получались положительными и у здоровых людей (Розенталь).

В 1923 г. Kendrik получил на большом материале (360 случаев) весьма ободряющие результаты. Он вводил внутрикожно эмульсию убитых палочек брюшного тифа и наблюдал у больных покраснение и инфильтрацию на месте впрыскивания. Этого никогда не отмечалось при других заболеваниях и у здоровых лиц (358 чел.)—реакция всегда была отрицательной. Не менее удачные данные получили Costa, Boyer и Giraud при внутрикожном введении фильтрата бульонных культур тифозных палочек, причем результаты были положительными у тифозных и паратифозных больных и у бациллоносителей.

У нас в Союзе в клинический обиход кожная реакция была введена впервые д-ром Глуховым, который независимо от упомянутых выше исследователей применял внутрикожно особо им приготовленный препарат из палочек Эберта, содержащий эндотоксин и остатки микробных тел—*этоксин* по его номенклатуре. Автор получил при этом блестящие результаты. Реакция выпадала положительной уже в первые дни заболевания у тифозных и паратифозных больных, а также у бациллоносителей, но никогда не наблюдалась у здоровых или больных другими инфекционными болезнями. Интенсивность реакции была обратно-пропорциональна тяжести инфекции и таким образом по степени ее можно было судить в известной мере о прогнозе.

Выводы Глухова получили полное подтверждение в наблюдениях Алисова и Морозкина, а также Зеленина, причем первые авторы нашли кожную реакцию не уступающей в чувствительности и точности реакции Widal'a, stem только преимуществом, что она появляется уже в первые дни заболевания.

На XI Съезде бактериологов д-р Глухов совместно с Преображенской, Садовским и Родиным снова подтвердили свои наблюдения, а д-р Гринберг, хотя и полностью примкнул к данным Глухова, однако ограничился более скромным выводом, что кути-реакция может рассматриваться только как подсобный способ к серологическому и бактериологическому методам. Но на этом же Съезде целый ряд оппонентов (проф. Станишевская, Гусельникова, Орлов и Георгиевский) указали, на основании своих наблюдений, на появление реакции и при других заболеваниях, т. е. на ее неспецифичность, а также на невозможность при помощи ее определять бациллоносительство. Наконец, в настоящее время мы имеем работу Лацинника, Резниковой и Куперштейн, пришедших к выводу, что кожная реакция не может ни в коей мере считаться дифференциально-диагностической, т. к. получается положительной в высоком % и при других самых разнообразных инфекциях.

Таким образом, наряду с наблюдениями, полными положительных данных, имеется полное отрицание за кути-реакцией какого-либо клини-

ческого значения, Все это демонстративно свидетельствует, что этот вопрос пока еще находится в стадии накопления фактических данных.

Указанное обстоятельство и побудило нас поделиться результатами наблюдений, правда скромных числом, проведенных в нашей клинике за период второй половины 29 года.

Для кожной реакции мы применяли препарат этоксина, полученный клиникой непосредственно от д-ра Глухова, за что спешим принести ему нашу искреннюю благодарность. Этоксин в количестве 0,1 к. с. вводился внутривенно и такая же доза его, но разрушенного нагреванием после подщелачивания препарата едким натром, вводилась в кожу другой руки в качестве контроля. Препарат для контрольной реакции был получен также непосредственно от д-ра Глухова. Результаты реакции отмечались через 24—48 час. по степени гиперемии и инфильтрата на месте введения, по обычной для кожных реакций схеме Цингера.

Всего нами было обследовано 62 больных. Диагностика их была подтверждена гемокультурой или исследованием испражнений и реакцией Gruber—Widal'я. Касаясь хода кути-реакции необходимо отметить, что она протекала во времени у больных следующим образом.

I неделя	II нед.	III нед.	IV нед.	V нед.	VI—VII нед.
2 случая оба+	85%+	85%+	65%+	50%+	50%+

Таким образом мы видим, что, получаясь в большинстве случаев в начале заболевания положительной, реакция имеет в дальнейшие сроки тенденцию к снижению % положительных ответов.

Что касается интенсивности ее, то сказать что-либо определенное относительно связи между степенью гиперемии и инфильтрата и сроком заболевания нам не представляется возможным. Иной раз первые недели заболевания давали более слабую местную реакцию, чем последние, иной раз результаты были обратными. То же самое можно сказать о связи реакции с тяжестью клинической картины. В 5 случаях, кончившихся exitus'ом, кути-реакция, поставленная за 2—1 день до смерти, в 3-х случаях выпала отрицательной, в 2-х же резко положительной. Наконец, для выяснения специфичности реакции мы поставили ее при тех заболеваниях, которые своей клинической картиной являются сходными с брюшным тифом и заставляют проводить дифференциальную диагностику с этим последним. Отметим, что в 20 случаях сыпного тифа кожная реакция получалась положительной 6 раз, т. е. в 30%, равно как и отдельные случаи гриппа, пневмонии и экссудативного плеврита давали иногда положительную реакцию на этоксин. Однако, во всех этих случаях местная реакция кожи была значительно менее выражена, чем при брюшном тифе.

В заключение необходимо отметить, что в 9,3% поставленных реакций мы наблюдали такую же реакцию и с контролем (псевдореакцию).

Касаясь теперь трактования полученных нами результатов, первое, что приходится отметить—это то, что кути-реакция в настоящее время не может считаться строго специфичной. Если взять наши данные, где

в 30% сыпного тифа она получилась положительной, и сопоставить их с указаниями других авторов—Станишевской, Гусельниковой, Георгиевского, Лацинника, Резниковой и Куперштейн относительно других инфекций, то станет вполне понятным, что острой специфичности ее говорить трудно. В самом деле, у Георгиевского реакция была положительной при дизентерии в 39%, а при скарлатине в острый период даже в 72%.

Учитывая то обстоятельство, что кути реакция получается особенно отчетливо у лиц, так или иначе вошедших в контакт с брюшно-тифозным антигеном, и не получается у совершенно здоровых, повидимому, можно говорить об ее аллергическом характере. На это указывают и наблюдения о переходе ее из отрицательной в положительную после иммунизации как *per os*, так и подкожно (Гринберг), а также сохранения ее и в поздние периоды заболевания (до 50—60%). Нам думается, что между этой реакцией и реакцией на введение внутрикожно скарлатинозных стрептококков (Fankoni, Аристовский и Агафонов) в некотором отношении можно провести известную параллель. Что касается разногласий, полученных отдельными авторами, то нам думается, что здесь очень большое значение имеет тщательная стандартизация препарата, и сбивчивость получаемых данных зависит от разницы в отдельных сериях его. Это отметил и Орлов, который, применяя различные серии этоксина, получал различные результаты у одних и тех же лиц.

Таким образом, то обстоятельство, что в руках одних исследователей реакция была отчетливо специфической, тогда как в других наблюдениях получались совершенно обратные результаты, зависит, по нашему, от разницы в свойствах примененного препарата. И поэтому первое, что необходимо, это провести точную его стандартизацию с широкой массовой проверкой, без чего, конечно, введение его в обиход клиники пока еще преждевременно. Однако, совершенно отметить значение кути-реакции как дифференциально-диагностического метода, как это делают Лацинник, Резникова и Куперштейн, не имеет за собой достаточно веских оснований. Работы Costa, Boyer и Giraud, Kendrick'a, Глухова, Алисова и Морозкина, Зеленкина, а также и наши, по своим результатам свидетельствуют о том, что мысль работает в правильном направлении, и можно полагать, что при установлении соответствующего стандарта препарата мы получим в клинике достаточно хороший и специфичный метод (простой по технике и средствам), дополнительный к серологическому и бактериологическому способам или даже до известной степени заменяющий их там, где применение этих последних почему-либо невозможно.
