

Вообще же надо сказать, что при наличии опухолей малой кривизны и ее опущений, она пальпируется чаще, чем при одном только гастроптозе. Итак, малую кривизну можно пальпировать двумя способами: специальным методом, предложенным для этой цели проф. Гаусманом, и еще лучше по способу пальпации большой кривизны. Последним способом, как было уже указано, прощупываются одновременно большая и малая кривизна, дающие одно и то же ощущение соскальзывания со ступеньки.

Спрашивается, как же тогда решить вопрос—чем обусловливается найденная ступенька? Если она образована малой кривизной, то обычно ниже удается найти вторую ступеньку, образованную большой кривизной. Или же дают исследуемому выпить стакан воды и рукой производят пальпаторную перкуссию по Образцову—получается шум плеска в желудке. Если шум плеска начинается на границе найденной ступеньки и продолжается книзу от нее, а вверх нет, то значит ступенька соответствует малой кривизне. В тех же случаях, когда шум плеска обнаруживается выше ступеньки, а ниже нет, это служит подтверждением того, что ступенька обусловлена большой кривизной. Невольно возникает вопрос, стоит ли применять пальпацию для диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта и тратить время на ее изучение, в то время как имеется очень ценный и весьма демонстративный метод исследования рентгеновскими лучами. Только тот, кто владеет методом пальпации и многою занимался, не раз мог убедиться в своей повседневной практике, насколько она является таким же ценным методом, как и исследование рентгеновскими лучами, а в некоторых случаях и превосходящим их.

*Литература:* 1) Ф. О. Гаусман. «Основы метод. прощуп. желудочно-кишечн. тракта», изд. 1912 г. и немецкое 2-ое издание Каггега.—2) В. П. Образцов. Сборник «К физическим исследов. желуд.-кишечн. канала и сердца», 1915 г.—3) Н. Д. Стражеско. «Основы физическ. диагностики брюшн. полости», 1924 г.—4) И. М. Флекель. Русск. кл., № 12, 1925 г.—5) Schilling. Arch. f. Verd., 1919, N. 2.—6) Б. Трусеевич. «Клиническое значение пальпации желуд.-киш. тракта». Доклад на заседании конференции врачей Ессент. поликл. 20 авг. 1928 г.—7) Бударин. Врачебная газета, 1927 г.—8) Л. Штейнберг. Журн. для изуч. ран. дет. возр., 1927 г. 5. № 1.—9) Б. Трусеевич. Юго-Вост. вест. здравоохран., 24 г., № 3-4.—10) Он же. Врач. газ., 1928 г., № 22.

Из Пензенской окружной малярийной станции (Зав. станц. М. А. Сюзюмов).

### Реакция Cosfa при малярии.

Врача-ординатора Е. В. Сидоровой.

Каждому практическому врачу, особенно в обстановке амбулаторного приема, известны затруднения, связанные с диагностикой хронической малярии с ее многообразными, порой чрезвычайно запутанными клиническими проявлениями, часто с недостаточно ясным анамнезом самого больного. Это еще в большей степени относится к случаям так называемых скрытых форм малярии, где объективные проявления настолько неясно выражены, что становятся недоступными нашим методам исследования и требуют продолжительного наблюдения для установления малярийной природы заболевания.

Классические проявления малярийной инфекции, а именно: наличие паразита в крови, достаточно характерная температурная кривая, увеличенная селезенка, наличие отчетливого анамнеза во многих случаях не имеет места в клинике хронической малярии, по некоторым данным в 30% и более % (Невядомский, Андреевский, Соболев, Демьянов и др.).

„В последнюю малярийную эпидемию нам нередко приходилось убеждаться, что амбулаторные и больничные врачи ставят диагноз хронической малярии у таких больных, у которых другая болезнь“, пишет авторитетный маляриолог профессор Н. Е. Кушев. Ряд авторов (Рубель, Топорков, Бревдо и др.) энергично выступают против диагностического увлечения особенно скрытыми формами малярии, в частности предостерегая от диагностики малярии в случаях „субфебрильных температур“ и критически оценивая комплекс жалоб, свойственных, так называемым малярикам. Вышеуказанные затруднения особенно имеют место в малярийном очаге, где a priori можно предположить значительное количество хронической малярии и латентных форм малярийной интоксикации.

Подобная сложность дифференциального диагноза в случаях хронической малярии невольно должна была увлечь мысль исследователей, в частности маляриологов, на путь разработки более точных методов диагностики. Здесь имели место применение провокации, как метода, облегчающего улавливание паразита в крови в латентных случаях, рентгеноскопии селезенки, пунктации селезенки, трепанации костей и т. д.

Наибольшее внимание было удалено методам лабораторной диагностики по вполне понятным причинам, так как ареной малярийного процесса является кровь—среда вполне доступная для учета ее изменений. Гемограмма Schilling'a, давшая в руки несложный и доступный метод учета изменений белой крови, встретила широкое сочувствие клиники. Многочисленные авторы пытались найти известную закономерность в этих изменениях в частности и при малярии. У нас в Союзе Брайловский, Стадомский, Руднев, Муратова и др. указывали на характерные изменения белой крови при малярии, формулированные ими в форме сдвига влево в нейтрофильном ряде, моноцитоза и лимфоцитоза. Дальнейшие проверочные работы установили, что лейкоцитарная формула не есть явление строго постоянное в характеристике отдельных инфекций. Некоторые авторы указывали, что, благодаря построению этой формулы на % отношениях, она не дает ясного представления об изменениях белой крови (Штеффко, Машковский и др.). Частичные разочарования в диагностической ценности лейкоцитарной формулы, все же не остановили дальнейших попыток изучения крови при малярии и направили мысль исследователей на оценку химико-биологических изменений в крови путем постановки целого ряда реакций. Были проверены: р. Wassermann'a, р. агглютинации, реакция оседания эритроцитов, осмотическая стойкость эритроцитов, специфическая реакция отклонения комплемента по типу R. W. (Горовиц-Власова, Савченко, Баранов и др.). В последнее время все чаще стали проникать в клинику серологические осадочные реакции, которым принято отводить роль показателя степени болезненного процесса, связанного с клеточным распадом и интоксикацией. При всех этого рода процессах происходит нарушение равновесия между

основными белковыми группами, причем нарушение это идет в направлении образования грубо-дисперсного глобулина за счет альбумина. Само собой понятно, что, улавливая степень этого изменения, мы можем дать оценку природы и активности болезненного процесса как в отношении диагностики, так и в смысле контроля успешности лечения и прогноза заболевания. Серологические осадочные реакции нашли себе в настоящее время место в диагностике сифилиса, рака, туберкулеза и др. заболеваний. Опыт применения этих реакций к клинике малярии вполне понятен, так как при этой инфекции русло крови является тем местом, где происходит нарушение белкового равновесия и разыгрывается болезненный процесс.

При выборе реакций мы остановились на реакции Costa или новокайн-формалиновой пробе. Автор, предлагая эту реакцию, считал возможным с помощью ее диагностировать существование в организме скрытых инфекций, как например: сифилис, туберкулез, малярию и при излечении установить степень выздоровления. В доступной нам литературе о реакции удалось найти очень немногое. Рубинштейн и Шварц, Раевский, Григорьева и другие проверяли эту реакцию при целом ряде хронических инфекций (туберкулез, проказа, малярия). Vagell (цитировано по Рубинштейну и Шварцу) проверил эту реакцию в 50 случаях легочного туберкулеза и на основании своих наблюдений приходит к заключению, что р. Costa неспецифична, но может служить хорошим контролем при лечении туберкулеза. Реакция Costa привлекает к себе тем, что техника ее очень проста и она может быть применена даже в условиях участковых амбулаторий и больниц. Получение материала не сопряжено с неприятными для больного процедурами, а простота и быстрота выполнимости очень важное преимущество всякого биохимического метода.

При постановке реакций мы пользовались следующей методикой: в пробирку наливается при помощи градуированной пипетки 1 $\frac{1}{2}$  кб. см. 2% новокaina, приготовленного на физиологическом растворе 0,9% во избежание гемолиза, а затем прибавляется 3 капли 5% лимоннокислого натра и 3 капли крови больного, полученные путем укола пальца, предварительно очищенного эфиром или спиртом. После этого пробирка несколько раз переворачивается для смешения жидкостей и подвергается центрофугированию с умеренной быстротой в течение 4—5 минут, для оседания эритроцитов на дно, пока не получится над слоем эритроцитов прозрачной жидкости. После центрофугирования в пробирку прибавляется 1 капля чистого формалина. Формалин при этом производит полную денатурацию выпавших глобулинов, а новокайн, повидимому, играет при этом роль сенсибилизатора. При продолжительной реакции должно образоваться над слоем эритроцитов в первые 15 минут серовато-белое облачко в виде кольца, которое от продолжительности стояния сгущается в хлопья. При наших опытах решающее для нас значение имел времязаметный характер образования кольца над слоем эритроцитов. Мы определяем реакцию как резко положительную при появлении кольца в первые 5 минут, ясно положит. при флокуляции от 5—10 м. и слабо положит. от 10—15 мин. Результат реакции считался отрицательным, если в первые 15 мин. кольцо не появлялось. О сущности этой реакции большинство авторов высказывает осторожно. Bagliani (цитир. по Рубинштейну и Шварцу)

считает, что она зависит от кровяной плазмы, но невполне ясно, от какой именно ее составной части. По его мнению реакция Costa не находится в зависимости от содержания фибриногена в крови. Те же неясности в объяснении механизма реакции мы находим и у других авторов.

Целью наших наблюдений было выяснить: как часто эта реакция получается положительной при малярии, специфична ли она, находится ли в зависимости от степени активности процесса, как долго вообще она держится положительной в зависимости от лечения, а также выпадает ли она при других заболеваниях, в частности у беременных и относительно здоровых людей.

Всего поставлена реакция у 542-х больных, с общим количеством 741 исследование.

Собранный материал представляет две группы: в первую—входят больные исключительно малярии, которых было 453 чел. с общим количеством 652 реакции, а во вторую группу входят больные другими инфекциями в количестве 79 человек и 10 человек относительно здоровых людей.

Малярийных больных мы подразделили на группу с паразитами в крови, распределив их по виду паразита, а также на группу без паразитов в крови. Группа без паразитов в крови включает больных хроников без температурной реакции 58 человек и рецидивистов с повышенной температурой и характерной клинической картиной 159 чел.

Первая группа больных дает нам следующие результаты:

Таблица 1 с паразитами в крови:

| Форма малярии        | Колич-<br>ство | Результат реакции |       |        |       |                 |               |                   |
|----------------------|----------------|-------------------|-------|--------|-------|-----------------|---------------|-------------------|
|                      |                | поло-<br>жит.     | 0/0/0 | отриц. | 0/0/0 | резко<br>полож. | Поло-<br>жит. | Слабо<br>положит. |
| Маляр. 3-х дн. . . . | 210            | 176               | 83,8  | 34     | 16,0  | 53              | 58            | 65                |
| " тропический . . .  | 22             | 21                | 95,8  | 1      | 4,2   | 3               | 6             | 12                |
| " 4-х дн. . . .      | 4              | 3                 | 75,0  | 1      | 25    | 2               | 1             | —                 |
| Итого . . .          | 236            | 200               | 84,8  | 36     | 15,2  | 58              | 65            | 77                |

Из этой таблицы видно, что при малярии с паразитами в крови в 84,8% реакция получилась положительная и только в 34 случаях или 15,2% реакция отрицательная. Получение отрицательного результата у 27 больных (11,4%) можно объяснить влиянием хинина, который был принят этими больными до постановки у них реакции Costa.

Учтя это обстоятельство, мы определяем на основании нашего материала, что в острой стадии малярийного заболевания, при наличии паразитов, реакция в подавляющем большинстве случаев выпадает положительной.

В группу хронической малярии отнесены больные с давней малярией, у которых в крови плязмодии не обнаружены, но имелось налицо

—увеличение селезенки и печени, часто неоспоримый анамнез и комплекс жалоб без наличия температурной реакции (так наз. межрецидивный период). К группе рецидивов мы отнесли больных, имеющих объективные признаки малярии при явлении температурного обострения. По нашим данным в случаях рецидива реакция получалась положительной гораздо чаще, чем при хронической малярии, где имелась, повидимому, своеобразная устойчивость белковых фракций крови, в связи с так называемостью инфекции (по Schilling'y).

Таблица II без паразитов в крови:

| Ф о р м а             | Колич. | Полож. | %/%  | Отрицат. | %/%  |
|-----------------------|--------|--------|------|----------|------|
| Хроническая . . . . . | 58     | 10     | 17,2 | 48       | 82,8 |
| Рецидивная . . . . .  | 159    | 125    | 78,3 | 34       | 21,3 |
| Итого . . . . .       | 217    | 135    | —    | 82       | —    |

Из этой таблицы видно, что у хронических маляриков реакция получается в значительном % отрицательная и только в 10 случаях или 17,2% положительная. Наоборот, в рецидивных случаях реакция получилась положительная у 125 человек, т. е. 78,3%, и только в 21,3% отрицательная. Это обстоятельство находит объяснение в том, что под влиянием обостряющих малярию моментов происходит нарушение равновесия белковой части плазмы крови с последующей положительной реакцией Costa.

По нашим впечатлениям сила или степень реакции получается параллельно активности процесса, т. е. чем острее или свежее протекает инфекция, тем реакция выпадает более резко, а по мере затихания процесса реакция слабеет и переходит в отрицательную. Одной из причин этого—является хинин. Хинная терапия приобрела права гражданства при лечении малярии. Многие авторы отмечают эффективность действия хинина как на клинические проявления малярии, так и на паразитов в смысле быстрого исчезновения их из периферической крови. Интересуясь этим вопросом, мы решили найти зависимость между реакцией и хинотерапией. Нашей целью было выяснить, как влияет на реакцию Costa способ введения хинина. Для этого мы применяли у наблюдавшихся нами больных хинин по двум методам: в первом случае подкожно вводили хинин в течение пяти дней, после чего делали перерыв на 5 дней, а затем, при хорошем самочувствии больного, назначали хинин по способу Nochth'a. Во втором случае хинин давался регос по Nochth'u.

Больные наблюдались от 1 недели до 3-х и больше месяцев. За это время у многих больных удалось поставить реакцию один раз у 314 чел., а в 139 случаях производилось исследование неоднократно, у некоторых до 7 и больше раз.

Результаты выражались в следующем:

Таблица III. Лечение инъекциями хинина.

| Диагноз       | Общее к-во<br>реакц. | Реакция Costa до вве-<br>дения хинина |          | Реакция Costa после<br>введения хинина |          |
|---------------|----------------------|---------------------------------------|----------|--|----------|
|               |                      | Полож.                                | Отрицат. | Полож.                                 | Отрицат. |
| Малария . . . | 59                   | 57                                    | 2        | 17                                     | 42       |

Табл. IV. Лечение хинином per os.

| Диагноз       | Количество | P. Costa до введения<br>хинина |          | P. Costa после введе-<br>ния хинина |          |
|---------------|------------|--------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|
|               |            | Полож.                         | Отрицат. | Полож.                              | Отрицат. |
| Малария . . . | 69         | 65                             | 4        | 33                                  | 36       |

Интересно отметить, что после введения хинина в организм малярика путем инъекций реакция быстро переходила в отрицательную (72%) тотчас же после курса инъекций, в то время как при обычной терапии (введ. хинина per os) реакция Costa держалась положительной более стойко. Например, были случаи, когда после продолжительной хинизации больного per os реакция удерживалась положительной в течение всего курса лечения с колебанием в степени, в то время как после инъекций сравнительно быстро переходила в отрицательную фазу.

Нам кажется (мы делаем только предположение), что это обстоятельство является косвенным доказательством тому, что дробное введение хинина в незначительных дозах, в частности путем дачи per os, не в состоянии быстро восстановить равновесие организма.

Приведем некоторые истории болезни:

1-й случай.—Больная П. 30 лет. Malaria tertiana, до лечения р. Costa положительная ++ 10 мин., после приема хинина per os в течение 4-х дней приступы прекратились, но отмечает головные боли, слабость. Повторная реакция получилась слабо положит. + 15 м., после 8 дней хинизации реакция резко положит. 5 мин., а после 5 уколов, самочувствие значительно улучшилось и реакция получилась отрицательная.

2-й случай.—Больная К. 35 лет. Malar. tropica, селезенка увеличена на 3 пальца, печень на два пальца, реакция слабо положительная + 15 мин.; в течение 5-ти дневной хинизации per os улучшений нет. Приступы продолжались, а после 5 уколов самочувствие больной хорошее, приступы прекратились, реакция отрицательная.

3-й случай.—Больная Г. Malar. tert., реакция положит. + + 10 мин., после 5 инъекций самочувствие хорошее, реакция отрицательная.

4-й случай.—Больная М. 20 лет. Malar. tert., реакция резко положительная 5 мин., после 5 уколов приступы продолжались, но в легкой степени и неправильной форме. Спустя 5 дней перерыва в лечении самочувствие больной хорошее, приступов нет и реакция отрицательная.

В случаях постановки реакции в первые 1-2 дня лечения, мы не получали никогда отрицательной фазы реакции: или она оставалась без изменений или переходила в более слабую степень. Повидимому, это зависело от непродолжительной хинизации больного, когда хинин не успел еще произ-

вести соответствующего изменения в крови. Что касается вопроса, как устойчива эта реакция в дальнейшем, особенно в отрицательной ее фазе у больных в период видимого выздоровления после хинизации, то в этом отношении наш материал не дает определенных выводов. Нам удалось поставить реакцию спустя год после первой пробы у 5 человек и у всех она получилась отрицательная, несмотря на то, что в одном случае малярия имелась в хронической форме с увеличенной селезенкой на  $\frac{1}{2}$  пальца, печенью на 1 палец и характерными жалобами больной. Четверо из них чувствовали себя хорошо в течение года и все не лечились. Зависимости реакции Costa от пола и возраста нам не удалось отметить.

В целях выявления специфичности реакции, мы поставили ее при целом ряде других заболеваний, причем в огромном большинстве случаев диагноз был поставлен на основании клинических данных.

Таблица V. Реакция Costa при других заболеваниях.

| Наименование заболеваний      | Число случаев | Результаты реакции |        |              |          |             |               |
|-------------------------------|---------------|--------------------|--------|--------------|----------|-------------|---------------|
|                               |               | Резко полож.       | Полож. | Слабо полож. | Отрицат. | Лихорадящие | Нелихорадящие |
| 1                             | 2             | 3                  | 4      | 5            | 6        | 7           | 8             |
| Брюшной тиф . . . . .         | 16            | —                  | —      | 1            | 15       | 12          | 4             |
| Корь . . . . .                | 3             | —                  | —      | —            | 3        | 2           | 1             |
| Рожа лица . . . . .           | 6             | 1                  | —      | —            | 5        | 1           | 5             |
| Грипп . . . . .               | 10            | 2                  | 1      | 1            | 6        | 7           | 3             |
| Нарок сердца . . . . .        | 3             | —                  | —      | —            | 3        | 1           | 2             |
| Сpondилит . . . . .           | 1             | —                  | 1      | —            | —        | —           | 1             |
| Воспален. желчн. пузыря . . . | 2             | —                  | —      | —            | 2        | —           | 2             |
| Менингит . . . . .            | 1             | —                  | —      | —            | 1        | —           | 1             |
| Воспаление почек . . . . .    | 4             | —                  | —      | 2            | 2        | 1           | 3             |
| Параметрит . . . . .          | 1             | 1                  | —      | —            | —        | —           | 1             |
| Ревматич. полиартр. . . . .   | 6             | —                  | —      | 2            | 4        | 2           | 4             |
| Гонорройн.monoартр. . . . .   | 2             | —                  | —      | —            | 2        | 1           | 1             |
| Паралич конечностей . . . . . | 2             | —                  | —      | —            | 2        | —           | 2             |
| Аппендицит . . . . .          | 2             | —                  | —      | —            | 2        | —           | 2             |
| Язва желудка . . . . .        | 2             | —                  | —      | —            | 2        | —           | 2             |
| Ишиас . . . . .               | 2             | —                  | —      | —            | 2        | —           | 2             |
| Послеродов. сепсис . . . . .  | 1             | 1                  | —      | —            | —        | —           | 1             |
| Беременность . . . . .        | 12            | —                  | —      | 3            | 9        | —           | 12            |
| Послеродовой п. . . . .       | 3             | —                  | —      | —            | 3        | —           | 3             |
| Относит. здоровые . . . . .   | 10            | —                  | —      | —            | 10       | —           | —             |
| Итого . . . . .               | 89            | 5                  | 2      | 9            | 73       | 27          | 52            |

Из этой таблицы видно, что помимо малярии при целом ряде заболеваний реакция получалась положительная. Бросается в глаза большой

процент положительных результатов при острых инфекционных заболеваниях: один случай брюшного тифа, 4 случая гриппа, 1 случай рожистого воспаления лица и одновременно также в 2-х случаях воспаления почек. При других заболеваниях, кроме остро-инфекционных, реакция также выпадает положительной, но она не является столь постоянной. Реакция у беременных женщин в 3-х случаях из 12 дала слабо положит. результат. В послеродовом периоде реакция в 3-х случаях отрицательная. Что же касается здоровых, то у 10 человек реакция получилась отрицательная.

Резюмируя нашу работу, мы приходим к следующему выводу:

- 1) Реакция технически чрезвычайно проста и удобна для выполнения при всяких условиях врачебной работы.
- 2) При несомненно малярийных заболеваниях р. Costa часто (84,8%) положительна.
- 3) При немалярийных заболеваниях она выпадает положительной довольно часто (20%).
- 4) Реакция получается положительная почти у всех маляриков с паразитами в крови и довольно часто в рецидивных формах, тогда как у хроников редко, каковое обстоятельство ставит под сомнение специфичность реакции при малярии.
- 5) Применение реакции у малярика после приема хинина может дать неверный результат в смысле оценки степени реакции.
- 6) Хинное лечение влияет на устойчивость реакции и переводит ее в отрицательную фазу, особенно быстро после инъекции хинина.
- 7) Реакция Costa при малярии может служить одним из вспомогательных методов в диагностике и прогнозе малярии.

Из Факультетской хирургической клиники Северо-Кавказского Государственного университета (Директор проф. Н. И. Напалков).

#### Обработка операционного поля 5% спиртовым раствором никриновой кислоты.

Д-ра В. Г. Потапова.

Обработка операционного поля 5% спиртовым раствором никриновой кислоты всего только немногим более  $1\frac{1}{2}$  лет вошла в обиход Факультетской хирургической клиники, вытеснив применявшуюся до тех пор обработку иодной настойкой и целиком завоевав симпатии сотрудников. За указанный период времени было проведено немногим менее 1000 стационарных и крупных амбулаторных операций. За вычетом из этого числа случаев чисто гнойных, а также заведомо загрязненных (напр., ампутации при обширном размежевании тканей—трамвайные и железнодорожные травмы) мы получили цифру 741, т. е. общее количество таких операций, которые могли считаться, если не абсолютно, то хотя бы относительно чистыми. Мы считаем своим долгом говориться, что в связи с обслуживанием нашей клиникой неотложной хирургической помощи г. Ростова-на Дону, в указанное число включены в значительном количестве операции при заболеваниях именно такого неотложного харак-