

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

Проблемы современной терапии сифилиса.

Приват-доцента С. Я. Голосовкера.

Анализируя современное состояние лечения сифилиса, приходится отметить громадное количество препаратов, предложенных и введенных в терапию этого заболевания: ртуть, иод, мышьяк и различные его дериваты, бисмут, который насчитывает уже сотни патентованных препаратов, наконец, теллур, кадмий, цинк, сурьма и т. д. Если к означенному прибавить ряд смешанных препаратов, то выявится еще более вышукло тот хаотический арсенал противосифилитических средств, среди которых практический врач блуждает и в конце концов вырабатывает свой «шаблон» терапии.

Различны также способы введения этих лекарственных веществ, дозировка и весь план лечения. Мы не ошибемся, если скажем, что каждая клиника выработала свою схему лечения: 1) перманентный способ лечения—Almkvist, 2) атакующий—Milian, 3) ударный—Scholz, 4) одномоментный способ введения Hg и As—Linsler, 5) хронически-переменяющееся лечение—Neisser-Fournier, Поспелов, 7) чисто-сальварсанное лечение—Wechselmann, Spiethoff, Lesser, 7) малярия-сальварсанное лечение—Finger, Kyrle, 8) Tripelkurs—Goubeau а) стоварсол—Oppenheim, 10) индивидуализированное лечение—Rosenthal, 11) abortивное лечение, 12) Therapia sterilisans magna—Balzer и т. д.

Это обилие препаратов и методов лечения, незаконченные споры относительно того, когда следует начать и закончить лечение сифилиса, еще более запутывают мысль практического врача и создают настроение «laissez faire, laissez passer», которое вредит действительной борьбе с сифилисом, как с социальным бедствием.

Остановимся на трех моментах, имеющих решающее значение в терапии сифилиса: 1)—судьба спирохэт в организме; 2)—правильно ли то, что современная терапия ухудшает течение сифилиса? 3)—каковы критерии излечимости этого заболевания?

Два явления определяют сущность всякого процесса: причина, вызвавшая заболевание, и реакция организма. Результат взаимодействия этих двух явлений предопределяет исход заболевания. Сифилис общее заболевание всего организма; в этом в настоящее время никто не сомневается. Finger по этому поводу говорит, что сифилис проявляется в различных симптомах, поэтому обязанность всякого врача в каждом не особенно ясном случае думать о сифилисе. Опытный клиницист XIX-го века Ricord написал на склоне своих лет: «меня часто упрекали в том, что я всюду ищу сифилис, я же себя теперь упрекаю в том, что не всегда умел его распознавать».

Диссеминация сифилитического процесса идет весьма быстро. При опытах на кроликах Kolle обнаруживает спирохэты в близлежащих лимфатических железах уже через 30 минут, а у морских свинок—через 5 минут. Ряду авторов удалось получить уже в период первой инкубации положительные результаты с прививкой крови и экстрактов внутренних органов животных. Следовательно, сифилис можно рассматривать уже с начала инфекции как спирохэтоз с той только особенностью, что спирохэты, как тканевой микроб, быстро оставляют кровяное русло, застревают в тканях, вызывая здесь ряд характерных реакций. И дальнейшая судьба сифилитика зависит от силы и качества этих реакций, Schindler указывает, что «всегда сифилис заканчивается так, как предreshает расовая и индивидуальная конституция». Мы знаем ряд случаев, где, несмотря на недостаточное лечение, у больных в течение всей их жизни не было проявлений сифилитической инфекции и они давали здоровое потомство. Возможны случаи самоизлечимости сифилиса. С другой стороны, в ряде наблюдений отмечаются тяжелые проявления сифилиса кожи и костей, внутренних органов, центральной нервной системы и т. д., несмотря на то, что было проведено достаточное лечение.

Различное течение болезненного процесса зависит от двух причин: 1) спирохеты, вызвавшие заболевание, представляют собой разнородные штаммы, 2) реакция организма протекает неодинаково.

Так как спирохеты не меняются в течение всей болезни, то рецидивы приходится объяснять падением количества антител. Организм, очевидно, вырабатывает во время свежих высыпаний антитела, которые приводят к гибели спирохет. Когда организм достиг этого, количество антител уменьшается. В это время оставшиеся спирохеты размножаются и дают рецидив. Совершенно темным является вопрос, почему в одних случаях сифилис протекает латентно, в других — выступают клинические рецидивы. Finger считает, что происходит видоизменение реактивной ткани, последняя перестает быть удовлетворительной почвой для развития спирохет, наступает фаза иммунитета.

Если наличие клинических явлений приводит к развитию антител, играющих колоссальную роль в борьбе с инфекцией, несмотря на то, что характер этих антител совершенно неизвестен, то ясно, что на дальнейшую судьбу сифилитического процесса они оказывают благотворное влияние. При изучении судьбы серологических реакций и изменений ликвора у сифилитиков, целительные свойства «*vis medicatrix naturae*» выступают весьма выукло. Реакция Вассермана является положительной во вторичном периоде сифилиса почти в 100%, а в третичном в 40—60%. Спинно-мозговая жидкость дает во вторичном периоде (плеоцитоз, Pandy, Nonne-Apelt и другие реакции) изменения в 80—90%, а через 4—5 лет после начала инфекции % положительных реакций доходит до 30—40%, между тем как нейролюэс встречается только в 10—15%. Таким образом необходимо отметить, что организм не остается безучастным к инфекции. Это относится также к реакции организма при введении специфических средств. Совершенно невероятно, говорит Finger, чтобы ртуть действовала паразитотропно, она находится в организме в разведении 1:1 миллион. Еще невероятнее, чтобы специфические средства действовали без участия организма. Если бы Hg, Bi, Neo действовали паразитотропно, то сначала исчезали бы спирохеты, потом инфильтраты, между тем отмечается обратное, иначе мы не имели бы рецидивов. Мы знаем также, что чем старше сифилис, тем меньше шансов добиться результатов излечения. Это разное действие специфических средств в различные периоды сифилиса объясняется не изменением спирохет, а степенью иммуно-биологических процессов в организме. В свежих формах сифилиса, благодаря происходящим в инфильтратах активным жизненным процессам, происходит распад клеток, образование токсальбуминов, избирательное скопление в очагах Hg, Bi, As. Следует предположить, что действие противосифилитических средств состоит в побуждении организма к выработке антител и, в случаях активного сифилиса, благодаря наличию инфильтрата, они обнаруживают особое заметное действие.

В последнее время все чаще раздаются голоса о том, что современная терапия значительно ухудшает прогноз сифилиса. Gennepich указывает, что специфическая терапия мешает развитию иммуно-биологических процессов и ведет к металюэсу. Finger отмечает, что явления кожного сифилиса в последнее время встречаются все реже: так, до применения хронически-перемежающихся курсов лечения третичный сифилис составлял 80%, а после — 20%, а со времени введения в терапию неосальварсана количество вторичных свежих и рецидивных форм тоже понизилось. «Сифилис, говорит Finger, потерял характер кожного заболевания и право лечиться в кожной клинике». Willmanns находит значительное увеличение нейролюэса. Последний развивается вследствие токсического процесса, который благодаря изменению крови и ликвора уничтожает ткань, либо спирохеты непосредственно производят эти разрушения. Но оба эти явления, по мнению автора, зависят от недостаточной продукции сифилитических антител в период вторичных высыпаний. Многие клиницисты отмечают, что сифилис, протекающий без явлений со стороны кожи, имеет большую склонность к поражению нервной системы. Willmanns на основании сравнительного изучения распространения сифилиса приходит к заключению: «всюду, где сифилис сохранил свой первоначальный характер с обилием явлений со стороны кожи, костей и слизистых оболочек, металюэс относится к величайшим редкостям, там, где сифилис приближается к отличаемым у нас (европейским) формам, увеличивается количество сухотки спинного мозга, прогрессивного паралича и сифилиса сосудистой системы». Автор анализирует течение сифилиса под влиянием различных

методов лечения у цивилизованных и нецивилизованных народов и приводит отмеченное уже рядом авторов явление, что у лиц, прошедших специфическую терапию, значительно сокращается инкубационный период металлоэса. Leyden, Schuster, Finger, Gärtner, Hertheimer, Nonne и другие показывают, что интервал между инфекцией и металлоэсом тем короче, чем лучше была проведена терапия. Gennepich обнаружил менинго-рецидивы у нелеченных в 48%, у леченных ртутью—38%, сальварсаном—60%. Некоторые авторы называют Neo—«немецким ядом», ибо все надежды на профилактику нейролюэса оказались ложными. По Marburg'у интервал между инфекцией и нейролюэсом после лечения Neo—5½ лет, после Hg—16,6 лет.

Одновременно с этим все же нельзя не отметить факта, что большинство больных металлоэсом вовсе не лечилось (при tabes dorsalis: Neisser—57%, Eulenberг—87% и друг., при р. р. Junius и Arnd—56,4% и т. д.), что сифилис в самом начале заболевания поражает центральную нервную систему. Означенное подтверждает и исследование ликвора: ¼ часть lues cerebro-spinalis заболевает в раннем периоде сифилиса, ½—в первые три года после инфекции.

Willmanns приписывает изменение сифилиса, главным образом, тому, что под влиянием «противосифилитического лечения—долгого спутника цивилизации» с течением времени изменились биологические свойства возбудителя. Мы находим среди невропатологов и венерологов большое число исследователей, значительно видоизменяющих весь план лечения. Так, Reuse советует начинать лечение через 3 месяца после появления склероза, дабы не мешать развитию иммуно-биологических процессов. С этой же целью Buschke-Langet исключают применение Neo при вторичных и свежих явлениях сифилиса.

Я считал нужным привести все означенные мнения, ибо, если современная терапия привела к тому, что сифилис начал поражать наиболее важные для организма системы, нейролюэс все учащается, тогда незачем лечить больного. Не лучше ли предоставить болезнь своему естественному течению и этим, возможно предотвратить наиболее грозные явления металлоэса?

В мои задачи не входит освещение проблемы нейролюэса, я касаюсь только небольшой части недоуменных споров, насколько виновата наша терапия, которую мы проводим в изменении форм сифилиса.

Иммуно-биологические процессы развиты у больных с нейролюэсом. Так, при вспрыскивании в яички больных р. р. культур спирохет, последние на 2-ой день уже исчезали (Schranke-Ruett). Ряд проблем, касающихся возникновения нейролюэса, следует считать неразрешенными. Неизвестны причины поражения эктодермы при сифилисе ч.н.с., пути внедрения туда спирохет. Не разрешает проблемы и учение о двух вирусах—дерматотропном и нейротропном (Sazegas, Levaditi, Marie), последнее учение опровергается рядом исследователей (Финкельштейн). «Речь идет», говорит Schranke, «о чрезвычайно сложном, еще недостаточно изученном процессе. Непонятно, почему без сомнения имеющийся антитела при р. р. не в состоянии уничтожить спирохет, лежащих в эктодермальной ткани мозга, в то время как спирохеты в других тканях, кровяном русле хорошо поддаются воздействию. Правильно ли учение Obersteiner'a о «paralyticus natus», играет ли здесь роль наследственность, ряд конституциональных факторов...—все это в настоящее время разрешить нельзя». Во всяком случае, мнение Willmanns'a следует считать недоказанным. Для ясности приведу заключительные слова Schranke в одном из его докладов: «Если со мной случится несчастье и я заражусь сифилисом при своих экспериментальных работах, я немедленно буду подвергать себя комбинированному ртутно-сальварсанному лечению, ибо считаю, что не вследствие, а несмотря на Hg-Salv. терапию мы имеем metalues».

Немецкое дерматологическое общество провело анкету о влиянии терапии на возникновение метасифилиса и сифилиса аорты. Только некоторые авторы из числа 120 сифилидологов и невропатологов советуют несколько ограничить терапию сифилиса во вторичном периоде (исключить Neo), основываясь на увеличении р. р. и сифилитических аортитов. На основании анкеты приходится отметить: 1) нет никаких точных данных, указывающих на увеличение р. р. среди цивилизованных народов, 2) данные о появлении р. р. среди нецивилизованных народов вследствие введения в терапию Neo—неверны, 3) современная терапия не увеличила количества аортитов; 4) очень видные психиатры и невропатологи указывают, что нейролюэс, нейрорецидивы являются частым результатом недостаточной сальварсанной тера-

нии; 5) накапливается громадный клинический материал, указывающий, что достаточная терапия бисмутом, ртутью, Нео приводит к излечению сифилитического процесса.

Эта анкета сконцентрировала в себе весь мировой опыт в лечении сифилиса. Она напечатана в виде воззвания к врачам, где указано, что «врачи имеют право, это—их обязанность, лечить сифилис возможно раньше сальварсаном, бисмутом и ртутью и в течение всего раннего периода сифилиса. Это приводит по нашему опыту и убеждению—гласит воззвание—к лучшим результатам по отношению к исцелению больного и к борьбе с сифилисом как с народным бедствием».

Поэтому нужно считать законченными споры относительно того, что современная терапия задерживает развитие иммуно-биологических процессов, и задача каждого врача вместо туманных ожиданий самоисцеления сифилиса, вместо того, чтобы быть «сторожем смерти», активно придти организму на помощь в борьбе с инфекцией.

Наиболее трудно ответить на последний поставленный нами вопрос о критерии излечимости сифилиса. Delbanco называет вопросы об излечимости сифилиса вопросами совести, на которые ответить в настоящее время нет возможности. Schindler резко и категорически высказывается, что мы никогда не можем указать, что сифилис излечен, и приводит французскую поговорку «Avec la verole il faut rester garçon». Hutmann находит, что «врач не должен, следуя по ответам пробирки, судить относительно того, когда следует закончить лечение». В действительности ни клиника, ни серологические реакции, ни состояние спинно-мозговой жидкости не предрешают и не облегчают разрешения вопроса излечимости. Клиника нам часто в этом отказывает: мы знаем ряд случаев, когда гумозные явления наступают через 20—30—40 лет после начала инфекции. Сифилитический процесс во внутренних органах порой трудно диагностировать. Нейролюэс наступает через десятки лет после видимого благополучия организма. Вопрос о здоровом потомстве имеет не решающее, а относительное значение, для этого надо проследить всю жизнь больного и его потомства.

Установить момент полного освобождения организма от спирохэт очень трудно. Следует ли к этому стремиться? Мы можем предположить, что под излечением нужно понимать не полное освобождение организма от возбудителей инфекции, а установление такого состояния, чтобы спирохэты не вредили бы жизненным функциям организма. До тех пор, пока явления иммунитета при сифилисе не будут полностью изучены, пока не будет четко разработан ряд экспериментальных проблем (как реинфекция, суперинфекция и друг.), все споры относительно излечимости сифилиса не будут решены.

В отношении серологических реакций необходимо указать, что они не идут параллельно и не соответствуют состоянию сифилитического процесса в организме. Реакцию Wassermann'a и другие серологические осадочные реакции следует рассматривать как один из симптомов заболевания, который следует трактовать различно в различные периоды сифилиса. При позднем сифилисе кожи с ограниченными очагами этот симптом появляется в 30—40%, при висцеральном—в 20%. Еще не разрешен вопрос относительно того, как рассматривать серопозитивные случаи после длительной упорной терапии. Так, Neisser указывает, что нашей задачей является полностью излечить сифилис, и каждый оставшийся очаг спирохэт (на что указывает положительная RW) таит в себе, независимо от того, где он локализуется, опасность рецидива. Nonne не лечит люэс без клинических явлений, если имеется только одна серопозитивная реакция. Точно также не имеет решающего значения и состояние спинно-мозговой жидкости. Однако Nast рассматривает положительные результаты как liquor-lues, Gennepich—как монорецидив в ц.н.с. С другой стороны, ликвор может самопроизвольно перейти из положительной в отрицательную реакцию, состояние его не всегда соответствует степени поражения ц.н.с. Таким образом и здесь верных, опорных пунктов, указывающих на результаты проведенной терапии, не имеется.

И все же, несмотря на все приведенные выше указания, сифилис прекрасно уступает терапии, это подтверждается и значительным понижением заболеваемости. «Теперь уже целое событие, говорит Neussk, если в клинику поступает больной с обширными манифестными явлениями сифилиса. Во многих местах, даже в больших клиниках и больницах, очень трудно продемонстрировать заразные формы сифилиса».

При лечении сифилиса мы преследуем те же цели, как при всякой другой инфекции: сохранить функции органов и сделать инфекцию нечувствительной для организма. Прав Уиллс, который указывает: «что будет позже, когда пройдет большая часть жизни этих людей, возможно самая полноценная, и они в конце концов погибнут, практически не имеет значения. Важно сознание, что мы благодаря рациональной терапии можем создать во всем мире для многих миллионов людей сносное и в большинстве случаев здоровое существование, свободное от угнетающего стыда и позорящих проявлений».

При проведении всей нашей терапии мы ставим своей целью применение специфических средств, стимулирующих иммуно-биологические процессы, применение всего того, что может усилить организм в борьбе с инфекцией: здесь нам приходится соединить иногда взаимно-противоположные моменты: специфическую терапию, приводящую к исчезновению клинических явлений и, возможно, к уменьшению количества антител, и неспецифическую терапию, стремящуюся к выработке таковых.

Указания некоторых исследователей, что не следует трогать покоя спирохэт «*quieta non movetur*» не верны, ибо времена симптоматического лечения сифилиса ушли безвозвратно. Мы должны лечить болезнь и в скрытые периоды, чтобы предотвратить угрожающие симптомы рецидивов процесса в наиболее важных для жизненных функций органах.

Все так называемые специфические средства—бисмут, ртуть, неосальварсан—не действуют непосредственно на спирохэты, да и разведение препарата в организме слишком недостаточно для спирохэтоцидности. В основном препарате Neo—существует резкое расхождение между действием на спирохэты *in vivo* и *in vitro*. Одно это ясно указывает, что As приобретает свои спирохэтоцидные свойства в самом организме и при содействии последнего. Некоторые считают, что Neo, Hg, Bi, действуют различно,—а именно, Neo приписывают паразитотропное действие, Hg и Bi приводят к рассасыванию инфильтратов. В общем действие Hg до сих пор не вполне ясно. Hg уменьшает липидный обмен (Wassermann); Virgel—Hg освобождает липазу, которая содействует гибели спирохэт, Finger—Hg играет роль в образовании антител и содействует резорбции; Hg, как и другие соли тяжелых металлов, является катализатором, усиливающим обмен веществ. Аналогично действуют препараты Bi, которые в последнее время почти вытеснили Hg. Что касается подистого лечения, то последнее оказывает свое благоприятное действие при висцеральном люэсе и всех третичных проявлениях.

Стремление найти удобно применимый метод лечения заставило исследователей искать препараты, доступные для приема *per os*. Из мышьяковистых препаратов этому требованию удовлетворяет Ossarsol. При врожденном сифилисе, при активных формах сифилиса Ossarsol приводит к быстрому исчезновению заразных явлений.

Существует обычный пробел в терапии сифилиса: со времени открытия препаратов Neo некоторые врачи, при невозможности применения Neo за отсутствием препарата или потому что врач не владеет техникой вливаний, вовсе не лечат больного. А между тем арсенал противосифилитических средств большой. Следует лечить сифилис всеми доступными методами. По отношению к Hg—речь идет о впрыскиваниях, втираниях, приеме *per os*. Все это возможно проводить в любом медучастке. При невозможности проведения лечения Neo следует расширить применение Ossarsol'я. Наконец, подистые препараты, отдельно или в комбинации с Hg, должны широко применяться в нашей обычной терапии сифилиса. Таким образом, никакой врач не должен сложить своего оружия в борьбе с болезненным процессом, пользуясь всем арсеналом доступных терапевтических средств.

Все специфические средства являются лечебными ядами и мы должны давать их в таком количестве, чтобы не подорвать сил организма. Поэтому следует употреблять не максимальные дозы лекарственных веществ, а те количества, которые организм в состоянии перенести. Risk указывает, «что всякие схемы лечения нужно забросить, они дают повод к уверенности, которая не оправдывается: как всякая терапия, так и терапия сифилиса—искусство». Нужно всегда помнить старую поговорку: следует лечить не сифилис, а сифилитика и индивидуализировать лечение, считаясь с конституцией больного.

Что касается оценки различных препаратов, то наиболее сильным является Neo, Bi, за ними следуют ртуть и под. Вместе с тем глубоко справедливо выражение Ripnè: «Удивительное дело с этим сифилисом. Я начинаю думать, что все лекарственные вещества действуют при сифилисе. Мы являемся свидетелями по-

бедоносного шествия бисмута, имеются попытки ввести в терапию сифилиса соли теллура, кадмия, сурьмы, цинка и целого ряда других препаратов. Все это имеет свои положительные и отрицательные стороны. Химическая индустрия идет впереди наших медицинских знаний: выбрасывается на рынок ряд новых средств, между тем как мы не уяснили себе действия старых препаратов. Мы жестоко иногда расплачиваемся в погоне за «модой». Так, Франция в увлечении препаратами бисмута исключила Neo из терапии сифилиса и жестоко поплатилась за это рядом свежих и рецидивных форм. Поэтому понятен тот консерватизм врачебной среды в применении новых средств и методов. С другой стороны, изучение новых препаратов указывает, что медицинская мысль ищет все новых и новых путей. Это привело к гениальному открытию Ehrlich'a (Neo), работам Sazegac и Levaditi мы обязаны введению Bi и других препаратов».

Второй задачей лечения сифилиса—является создание условий для видоизменения биологического состояния организма, чтобы это повлияло на течение процесса. Отмечено, что перенесенная лихорадка видоизменяет течение процесса, приводит к исчезновению клинических явлений, но сама по себе к излечению не приводит. Поэтому Kyrle задался целью испытать, насколько лихорадка может благоприятно подействовать на терапию сифилиса. Эти опыты должны были подтвердить учение Finger'a о важности собственных сил организма в борьбе с инфекцией. Введенная малярия-сальварсанная терапия представляет собою наиболее яркие и ценные страницы в лечении сифилиса. Матушко и Рознер приводят данные проведенной в клинике Finger'a и Kyrle терапии: 1) при давности инфекции не больше 2-х лет—лечение малярией и Neo привело в 99,1% к стойкой серонегативной реакции; ликвор становится отрицательным в 100%; 2) в более старых случаях сифилиса в 61% положительные серореакции переходят в отрицательные, ослабление реакций—в 21%; положительный ликвор переходит в отрицательный в 57%, ослабление реакции—в 43%. В нашей клинике мы проводим лечение раннего сифилиса прививкой возвратного тифа с предшествующим и последующим применением Neo. Наш материал, около 100 случаев, слишком мал, чтобы сделать какие-нибудь окончательные выводы, но все же по характеру t^0 , количеству дней, проведенных с t^0 —этот метод значительно уступает малярийной терапии.

История неспецифической терапии сифилиса имеет следующие периоды. Одесский врач Розенблюм предложил в 1892 г. лечить психозы, в том числе и р. р., прививкой возвратного тифа, но широкого распространения тогда этот метод не получил. Wagner-Jauregg предложил в 1890 г.—проводить инъекции молока, вакцин, в 1900—специфическую и неспецифическую терапию проводить одновременно (Hg, туберкулин); в 1917—Malaria и Neo. По отношению к лечению раннего сифилиса Kyrle применял в 1917—18 гг. Arthigon, тифозную вакцину. 1919—1922 гг. Mirion (препарат иода), с 1923 г.—Neo и малярию.

Для объяснения сущности благоприятного действия лихорадочной терапии на сифилитический прогноз имеется много предположений и теорий, но ни одна из них не может полностью осветить этого вопроса. Hoff и Silberstein указывают, что при малярии увеличивается количество бактерiotропинов после стрептококковой и стафилококковой инфекции. Если подействовать спинно-мозговой жидкостью и лейкоцитами от больных, леченных малярией, на спирохеты, то последние становятся неподвижными. Müller находит, что под влиянием малярии, аналогично протеиновой терапии, происходит расширение сосудов в болезненном очаге, благодаря чему лекарственные вещества быстрее достигают цели. Schilling приписывает малярии роль неспецифической терапии: происходит перестройка организма. Weygandt, Kirschbaum и другие предполагают наличие групповых реакций: под влиянием малярии образуются антитела не только против плазмодий, но и против спирохет. Таким образом—лихорадка, вызывающая распад эритроцитов, плазмодий, действует как раздражитель; неспецифическое действие в духе антивакции протоплазмы (по Weicher'y), причем по мнению некоторых авторов может произойти раздражение всех клеток организма или происходит элективное действие на те клетки и системы, которые находятся в болезненном состоянии. Сюда следует прибавить мнение Plaut и Steiner'a относительно «Überlagerung der Immunität», перезарядки организма под влиянием перенесенной инфекции.

Крупные клиницисты Finger и Kyrle указывают, что малярийно-сальварсановая терапия превосходит все те методы лечения, которые мы знали до сих пор. Kyrle пишет, что «каждый сифилидолог, который распознал преимуще-

ство малярийной терапии ни к каким другим способам лечения обращаться не будет». Для нас этот способ лечения имеет значение, главным образом, для профилактики нейролюэса. Но для полной уверенности означенного требуются еще длительные наблюдения.

Так как означенный метод может применяться только в клинической и больничной обстановке, то, вполне понятно, широкого применения иметь не может. Поэтому в целях включения в терапию ряда неспецифических факторов в целях перезарядки организма нужно искать и более доступных методов. Müller в течение курса лечения производит несколько инъекций молока. Проводятся впрыскивания Saprovitana, представляющего собою смесь из непатогенных животных микроорганизмов (сапрофитов), безвредных для организма, Salomon предлагает проводить втирания зеленого мыла, Hoffmann—эзофилактические втирания с раздражающими кожу веществами. Buscke, Freymann—освещения лампой Баха. Мы можем использовать физические методы лечения, имеющие целью побудить организм к реактивной деятельности, перевести аналлергетическое состояние в стремление организма к самоизлечению. Уже в 1500 году Гринбек предложил при лечении сифилиса потогонные средства, Пинтер указывает на применение в то время теплых ванн. Следовало бы расширить в наше время применение гидротерапии. Сюда следует прибавить массаж, спорт, диетическое, климатическое лечение, курортное лечение, ванны, целебные воды. «Цель физической терапии, по мнению Hoffmann'a, перевести организм в такое состояние, чтобы он активировал каждый болезненный очаг и старался обезвредить и при этом путем специфической терапии уничтожить возбудителя в этих очагах». Имеются попытки лечения сифилиса активной иммунизацией. Применяют для означенной цели Luetin и Organ-luetin (Volk и Spitzer). Bergel на основании своего учения о мезентериальных липазах—впрыскивает эмульсию означенных желез.

В первичный период лучшим видом лечения является abortивный метод, проведенный, главным образом, Neo в количестве 6—7,0 в комбинации с бисмутом в продолжение 2—3 курсов. Этот вид лечения дает в 90—100% полностью излечение. Из 46 виднейших венерологов мира только 13,5% относятся скептически к возможности abortивного лечения. Мы можем констатировать на основании 300 случаев abortивного лечения, проведенных в Диспансере и Клинике, что сильная сальварсанизация предохраняет от будущих рецидивов и дает в течение ряда лет отрицательные серологические реакции.

По отношению к вторичным формам—ранним и поздним—следует предпочитать комбинированную терапию в виде ряда курсов в течение продолжительного времени. Milian указывает, что лучше сделать 9 бесполезных курсов, чем не сделать одного нужного. Fabre считает, что лучше подольше лечить сифилис, чем, признав слишком легко безусловность радикального выздоровления и, оставив всякое лечение, рисковать подвергнуть больного опасности тяжелых последствий.

Лучшим видом лечения в серопозитивных случаях скрытого периода, трудно поддающихся обычной терапии и во всех поздних периодах сифилиса—это проведение лихорадочно-сальварсановой терапии. Следует предпочесть Malaria-Neo, так как количество приступов значительно больше, чем при Recurrens'e. Все это следует дополнить некоторыми видами физической терапии—в широком смысле этого слова.

Наконец, мы должны помнить, что нет шаблона в терапии сифилиса. Следует проводить индивидуальное лечение. В зависимости от конституциональных особенностей, в зависимости от того, задеты ли внутренние органы, те или иные органы чувств, нервная система—лечение в каждом отдельном случае должно быть видоизменено.

Но если бы мы руководствовались в нашей терапии только вышеуказанными принципами, мы не достигли бы основного решения всей социально-профилактической проблемы сифилиса. Мы стремимся излечить больного и обезопасить окружающую среду от возможности инфекции. Основной нашей задачей должны являться широкие профилактические мероприятия, в том числе длительное наблюдение над больным, выявление источников инфекции, контроль за лечением и т. д. все то, что входит в понятие диспансерного обслуживания больных. Все это должен знать, обо всем этом должен помнить всякий практический врач. Учитель многих поколений врачей Fouquier указывает: «Берегитесь! Сифилис более опасный враг, нежели вы думаете. Он не ограничивается тем рядом столь многочисленных и страшных зол, которые приписывают ему до сих пор. Современные

наблюдения показывают, что кроме них он таит в себе другие опасности, еще более серьезные и угрожающие. Профилактика сифилиса представляет общественный интерес и заслуживает большего внимания, чем ему уделялось до сих пор».

Большую роль играет возможно ранняя терапия — отсюда важность лечения и борьбы с сифилисом на каждом участке здравоохранения. И только тогда, когда большинство врачей вполне усвоит важность всех этих задач — сифилис — эта «чума XX-го века» делается достоянием прошлого.

Из кафедры социальной гигиены Государственного Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани.

Задачи здравоохранения на участке в связи с социалистической реконструкцией сельского хозяйства.

Т. Д. Эпштейна.

Громадные изменения, происходящие на фоне ожесточенной классовой борьбы в экономике и социально-классовых отношениях коллективизирующейся деревни, ставят совершенно по новому задачи здравоохранения на селе.

Вопросы охраны здоровья трудящегося крестьянского населения всегда были в центре внимания Советского государства. Постоянные заботы о повышении уровня социального здоровья крестьянства получили свое отражение в обширном законодательстве о сети лечебных и профилактических учреждений на селе, в многочисленных мероприятиях по обеспечению села врачами, в укреплении из года в год материальной базы участковой медицины и улучшении материального и правового положения сельского медицинского персонала. Тем не менее, несмотря на несомненные достижения в деле приближения медицинской помощи к крестьянскому населению, в особенности по сравнению с дореволюционным временем, здравоохранение на селе в количественном и качественном отношении резко отстает от потребностей населения, колоссально растущих соответственно с темпами социалистической переделки сельского хозяйства. Достаточно указать, что в 1930 г. врачебный участок все еще приходится на 30.600 крестьянского населения, а коечный показатель выражается всего в 0,55 койки на 1000 человек крестьян¹⁾, из чего уже становится ясной крайняя недостаточность сельской сети. Распределение сети в стране, в значительной своей части доставшееся по наследству от земского периода, хотя и испытало ряд коррективов за время после октябрьской революции (построение сети в районах с наименьшим населением, в очагах коллективизации сельского хозяйства и т. д.), все же крайне слабо отражает новые условия экономического районирования страны и далеко не отвечает задачам обслуживания социалистического сектора деревни. Темпы строительства участковой сельской сети резко отстают от бурно развивающихся процессов перестройки сельского хозяйства и создают разрыв между ростом здравоохранения в городе и деревне. В работе участковой сельской сети господствовала до сих пор установка старой земской медицины на уравнивательность медицинской помощи населению, без различия его социально-классовых признаков. Отсутствие четкой классовой линии приводило фактически к пользованию в широких размерах медицинской помощью на селе зажиточной частью крестьянства, имеющей для этого и свободное время, и транспортные средства, и в то же время оставляло без достаточного удовлетворения потребности наиболее социально ценных слоев крестьянства — батраков, значительной массы середняков, сельско-хозяйственных работников и бедняков.

Эти дефекты в организации здравоохранения получили свою исчерпывающую оценку в известном постановлении ЦК ВКП(б). «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян», ставшем поворотным моментом в реконструкции самой советской медицины. Исходя из необходимости «коренным образом перестроить всю практическую работу в области здравоохранения, более четко отражая в ней

¹⁾ См. статью Г. Боровских. Коренного перелома нет. «На фронте здравоохранения», 1930 г. № 13—14.