

Какое-либо чтение лекции о противозачаточных средствах, или их широкую пропаганду в отделении мы считаем вредным. Соответствующие указания больной мы даем строго индивидуально, с глазу на глаз, обыкновенно за один-два дня до выписки.

Что же касается тех больных, которые отрицают вмешательство, но судя по всему вызывали аборт искусственно, то им мы рекомендуем контрацептивы в зависимости от особенностей случая. Всем им дается указание в случае беременности сразу же обратиться в консультацию для беременных.

Больной мы указываем, что после аборта половой жизнью нельзя жить не менее 3-х недель и что контрацептивы следует начать применять до первого сношения.

Мы этим достигаем нескольких целей. С одной стороны, больная обращается в консультацию в ближайшие дни после аборта, когда наблюдается главная масса послеабортных заболеваний; во вторых она научается рационально применять контрацептивы и если даже и забеременеет, то можно рассчитывать, что она обратится в консультацию и в крайнем случае прибегнет к не столь опасному легальному аборту. Наконец, роль консультации сводится, конечно, не к одной только рекомендации контрацептивов и выдаче разрешений на аборт, а к общей массе социально-профилактических мероприятий (совет социальной помощи, юридическая и материальная помощь и т. д.), которые в известном количестве случаев дадут возможность беременной женщине вообще не прибегать к аборту.

В такой совместной работе родильных отделений и консультаций для женщин лежит залог успешной борьбы как с подпольным, так и легальным абортом.

Из клиники кожно-венерических болезней Казанского государственного медицинского института.

К вопросу о борьбе с волчанкой в Татарской Республике.

Доц. П. М. Батунина и асс. Н. Н. Чумакова.

Посвящается памяти дорогого учителя проф. М. С. Пильнова.

Волчанка (*lupus vulgaris*) в настоящее время широко привлекает внимание дерматологов по многим причинам, из которых необходимо отметить общественно-социальное значение вопроса, частоту поражения и последствия его, а также чрезвычайно хроническое течение болезни, упорство и неблагоприятность этого страдания в отношении терапии.

Капиталистический строй оставил нашей Республике весьма тяжелое наследство в виде социальных болезней — туберкулеза, венеризма, проституции, алкоголизма и высокой детской смертности по деревням. Советская медицина, родившаяся вместе с Октябрем, для борьбы с этим наследием выдвинула на первый план мероприятия социально-общественного порядка, широкое предупреждение болезней, оздоровление труда и быта, охрану матмлада и т. д.

В Советском союзе созданы для борьбы с волчанкой и туберкулезом кожи специальные учреждения. Так, напр., при Тубинституте в Москве имеется прекрасно оборудованный люпозорий с трудовой колонией, имеется колония для больных волчанкой в окрестностях Ленинграда и т. д. Конечно, этих учреждений еще недостаточно для проведения организованной и плановой борьбы с волчанкой. Необходимо создание целого ряда институтов по борьбе с кожным туберкулезом, оборудованных по последнему слову техники и науки.

В данный момент наше внимание привлекают мероприятия общественного порядка по борьбе с волчанкой и состояние этого вопроса в Татарской республике. А в этом отношении дело у нас обстоит далеко неблагоприятно! Прежде чем перейти к этому вопросу, вкратце остановимся на нашем собственном клиническом материале, обнимающем 749 случаев волчанки, а также попутно коснемся этиологии, степени распространенности и терапии этого заболевания.

Волчанка представляет собою одно из самых серьезных кожных страданий, являясь одной из разновидностей кожного туберкулеза. В этиологическом отношении важнейшее значение принадлежит эндогенным факторам. Установлено, что волчанка представляет собой заболевание вторичное, последовательное, развивающееся вследствие занесения туберкулезных палочек в кожу из первоначального источника туберкулезного страдания (напр., легких или др. органов) гематогенным или лимфогенным путем. При этом инфицировании кожи весьма существенную роль играет повышенная чувствительность кожи к туберкулезным палочкам, ее сенсбилизация. Конечно, нельзя упускать из виду и значения конституционального предрасположения. Так, туберкулез чаще бывает у людей с *status thymico-lymphaticus*. По наблюдениям Мгеброва, поражаются лица, „принадлежащие преимущественно к дигестивному типу конституции по Sigaud, субъекты респираторного (астенического) типа заболевают реже“. Из экзогенных причин (еще недостаточно изученных) укажем на травму (обычай прокалывания ушей грязной иглой, обряд обрезания с последующим высасыванием крови ртом и т. д.). Способствовать первичному проникновению в кожу туберкулезных палочек у детей, вероятно, могут такие кожные болезни, как экзема и импетиго.

Несколько слов о связи волчанки с другими туберкулезными поражениями. Блиндер по этому поводу приводит в своей работе весьма интересные факты. Так, у люпозных женщин туберкулезные изменения легких обнаружены в 78%, если же к этому прибавить случаи поражения костей и желез, при отсутствии изменений со стороны легких, — то получается цифра в 80%. У мужчин туберкулезные изменения легких обнаружены в 84,5%; у больных с туберкулезом кожи и туберкулидами — туберкулезные поражения легких обнаружены в 92,3% случаев. Такие цифры получены при наличии 64,5% крестьян! Возраст, в котором началось заболевание висцеральным туберкулезом, таков: до 5 лет заболевание началось в 30% случаев, между 6—10 годами в 30% и между 10—15 годами также в 30%. Остальные 10% заболевают в возрасте от 15 до 20 лет.

Таким образом, заболевание висцеральным туберкулезом у волчаночных больных наблюдается исключительно в раннем возрасте, до 15 лет в 90% всех случаев. Бременер на основании наблюдения боль-

шого числа люповых больных в своей работе по этому поводу говорит, что кожный туберкулез представляет собой не местное туберкулезное поражение, а кожное проявление общетуберкулезной инфекции и что кожные проявления туберкулеза являются выражением вторичного и третичного стадия туберкулеза и стоят в связи с более или менее выраженным состоянием общего иммунитета и аллергии кожи.

Волчанка является болезнью пролетарской, болезнью, поражающей рабочих и главным образом—крестьян, т. е. наименее культурные слои населения, совершенно не соблюдающих гигиенических правил в своей жизни, не следящих за собой, живущих весьма скученно и грязно. В нашем материале из 749 случаев волчанки на долю крестьян приходится 71,6% и на городских жителей 28,4%.

Люповые больные, лечившиеся в нашей клинике, в большей своей массе жители Татарской республики и соседних национальных республик и областей, а именно: жителей Татарской республики—45%, Р.С.Ф.С.Р.—44,2%, Чувшесублики—3,4%, Башресублики—3%, Вотобласти и Мариобласти по 2%, Украины—0,26% и Грузии—0,14%. Таким образом, на жителей Татарской республики (при сравнении их цифр с цифрами жителей остальных национальных республик и областей: 55% на общее число жителей национ. республик и 45% на Татарскую республику) приходится всего 81% люповых больных. Следовательно, Казань является естественным географическим центром волчаночных больных, стекающихся сюда для лечения из соседних национальных республик и областей, расположенных на востоке европейской части нашего Союза. Это обстоятельство является чрезвычайно важным для выработки мероприятий общественного характера по борьбе с истинно социальной болезнью—волчанкой.

По национальности: русских—80%, татар—10%, чуваш—5,2%, мордвы—1,2% и украинцев и немцев—по 0,8%, поляков и литовцев—по 0,28%, евреев, грузин и белоруссов—по 0,14%, т. е. больных наименее всего имеется—20%.

Довольно интересным для характеристики волчанки является распределение больных по образованию: неграмотные (45,15%) и малограмотные (12,1%) составляют наибольшее число—57,25%, грамотные—39,15% и лиц со средним и высшим образованием очень незначительная часть—3,6% (со средним образованием—3,3% и с высшим образованием—0,3%). Как и туберкулез, волчанка встречается преимущественно в молодом возрасте. По Бремеру в 70% заболевание начинается в возрасте до 10 лет, по Берсону 72% заболеваний приходится на возраст до 15 лет и по Мгеброву этот же возраст дает 65% заболеваний. По нашим данным на возраст до 15 лет падает 70% заболеваний волчанкой, а именно: на возраст до 5 лет—15%, от 6 до 10 лет—25% и от 11 до 15 лет—30%. В более старшем возрасте заболевание встречается реже.

Поражение чаще всего локализуется в области лица (80% по данным Московского люповозория, по нашим данным в 78,5%), причем процесс обычно начинается со слизистой оболочки полости носа, откуда болезнь постепенно переходит на крылья и спинку носа, на верхнюю губу, глотку, гортань, глаза и т. д. Блиндер указывает, что слизистая полости носа поражается в 77,4% (наша цифра составляет—75%). Это обстоятельство Мгебров объясняет бытовыми условиями крестьянской жизни,

обычаем спать вместе, вповалку, благодаря чему туберкулезные бактерии легко могут попадать в нос и вызывать там поражение. В некоторых случаях болезненный процесс проявляется поражением наружного слухового прохода и ушных раковин. Вообще же болезнь может локализоваться на любом участке тела. Все же волчанка имеет излюбленные места, а именно лицо, а также область шеи и конечностей. Клинических разновидностей вульгарной волчанки мы здесь касаться не будем. Поражая открытые части тела и, особенно, область лица и головы—волчанка, постепенно распространяясь, может приводить к большим разрушениям и обезображиваниям (разрушение носа, губ, щек, глаз).

Больной по мере развития волчаночного процесса и связанных с ним обезображиваний начинает действовать весьма неприятно на окружающих, старающихся всячески избегать с ним общения. По мере прогрессирования болезни такие больные становятся в тягость и своим родственникам. Вполне понятно, что это действует весьма отрицательно на психику больного, у него развивается чувство отчужденности, подавленность, мнительность, резко падает трудоспособность. Если же сюда прибавить нарушение функции тех или иных органов, развивающихся в результате болезни, и связанную с этим частичную утрату трудоспособности или полную инвалидность, то станет весьма понятным весь трагизм положения волчаночного больного. Такие больные с далеко зашедшими формами болезни, обезображиванием лица и другими значительными разрушениями встречаются не только в глухих деревнях, где зачастую нет по близости медицинской помощи, но также встречаются и в больших городах и университетских центрах, как, напр., у нас в Казани. Некоторая часть подобных больных, злоупотребляя своим положением, не желая лечиться, вовсе не обращаясь в клинику или весьма редко и неаккуратно. Памятаю же, что волчанка наиболее поражает лиц детского возраста, имеющих к тому же туберкулез внутренних органов—вопрос организованной и планомерной борьбы с этим злом является весьма актуальным в условиях Татарской Республики, тем более что своевременно и правильно проводимое лечение, предпринятое в начале болезни, несомненно, может привести к более или менее полному излечению болезни.

Для лечения волчанки предложено весьма большое количество средств. Это обилие средств является выражением ненадежности и безуспешности терапии, с одной стороны, и с другой—большим разнообразием клинической картины волчанки.

Упорство болезни и часто безуспешность лечения волчанки обуславливаются большой склонностью процесса давать рецидивы, зависящие большей частью от сущности болезни, от гистологических особенностей, присущих патолого-анатомической картине кожи, и именно: от глубокого расположения люповых узелков, располагающихся иногда в подкожной клетчатке.

В прежнее время в терапии волчанки весьма большое внимание уделялось местной терапии процесса, из методов же общего лечения применяли только общеукрепляющие средства. В настоящее время придается весьма большое значение не только местному, но и общему лечению волчанки. Так, установлено, напр., весьма благоприятное тера-

печетическое воздействие на волчанку солнечных ванн, а также хорошие успехи от общих облучений искусственным светом.

Методы лечения волчанки можно классифицировать следующим образом:

1. *Общее воздействие на организм:* а) обще укрепляющее лечение, б) диетическое лечение, в) солнцелечение, г) химиотерапия, д) климатическое лечение, е) гигиенические мероприятия.

2. *Биологический метод:* Туберкулин.

3. *Хирургическое лечение:* а) полное вырезывание пораженной ткани, б) прижигания Раquelin'ом или гальванокаутером, в) выскабливание ложечкой, г) множественные скарификации, д) комбинация последних двух (Shütz), е) каутеризация горячим воздухом по Holländer'у, ж) электролиз, з) углекислота.

4. *Физические методы лечения:* а) финзентерапия, б) ртутная лампа (Kromayer, Bach) в) рентгенотерапия, г) радий, мезоторий, д) форестизация, е) токи д'Арсонваля.

5. *Химические средства:* ac. arsenicosum, ac. pyrogall., resorcin, ac. lacticum chrysarobin, arg. nitric., liq. ferri sesquichlor., cuprum, sulfuricum и acetic., ac. salicylicum, jodi puri+kali jodati aa 1 часть+glycerini 2 части и мн. др.

6. *Разные другие способы лечения.*

Общеукрепляющее лечение. С этой целью употребляют—рыбий жир с креозотом или водом, железо, фосфор, хинин, ихтиол при одновременном хорошем питании. Лечение это введено рядом авторов, считавших причиной волчанки скорфулез (Fuchs, Plumbe, Raue, Devergie, Weber и т. д.). Оно оказывает известную поддержку организму, но самостоятельного значения не имеет.

Диетическое лечение. В последнее время этому способу оказывается большое внимание и им начинают широко пользоваться при лечении туберкулеза кожи во многих люпозориях. Укажем на метод Gerson'a и Sauerbruch'a, состоящий в том, что из пищевого рациона выводится поваренная соль, вместо которой употребляют минералоген,—вещество, состоящее из солей кальция, стронция, магнезии и т. д. При этом лечении взамен мяса вводится молоко, яйца, сыр и т. д. с большим количеством витаминов (свежие фрукты, овощи). Питание производится 7 раз в сутки и разовое количество вводимой пищи невелико. Способ этот действует быстро, дает по указанию некоторых авторов хорошие результаты (люпозорий Jesionek'a).

Солнцелечение. Гелиотерапией в мезицие пользовались с древних времен (Гиппократ, Celsus, Antyllus). В средние века о ней забыли и только с конца XVIII и начала XIX века в литературе появились сообщения о пользе употребления солнечного света с лечебными целями (Neuberg, Loretti, Vilette, Rickli, Lübel, Debergeier). При туберкулезных заболеваниях применяли свет Ollier, Ponscet, Leriche, de-Querivain, Escherich, Eiselsberg, Bardenheuer, Winternitz, Jerusalem, Дитерихс, Трегубов, Бом, Истомин, Финкельштейн и др., так напр., по Bernhard'у в 433 сл. туберкулезного поражения лимфатических желез излечение получено в 381 случае, улучшение в 52; из 232 сл. туберкулеза костей выздоровление в 211 случаях, улучшение в 4; из 139 случаев туберкулеза суставов выздоровело 127, улучшение в 11 случаях.

Вопросу гелиотерапии волчанки посвящены труды Tederling, Rost, Jesionek'a, François, Перчихина, Киселя, Бременера. Перчихин по этому поводу говорит следующее: „необходимо отметить исключительно благоприятные результаты, получаемые от гелиоте-

рапии в случаях волчанки; одного длительного курса иногда бывает достаточно, чтобы получить прекрасные косметические рубцы. Прекрасные результаты от применения гелиотерапии при волчанке получаются, впрочем, не только в Крыму, но и на северном солнце“. Кисель наблюдал излечение волчанки в 15 из 22 случаев, причем в некоторой части не наступало рецидива в течение 3 лет. Этот автор отмечает, что на „месте заживающих язв образуются очень хорошие, мягкие, довольно гладкие рубцы“. По мнению Бременера при умелой технике и дозировке, умелом индивидуализировании—гелиотерапия является лучшим методом лечения кожного туберкулеза, Мгебров же считает такой взгляд явным преувеличением значения общей терапии светом; последнее, однако, по его мнению, значительно укорачивает срок лечения волчанки, если одновременно применяется и местная терапия. „Опыт успешного лечения солнцем в различных широтах и климатах—позволяет прийти к выводу“, что для лечения солнцем пригодна любая местность, всякая широта, особенно же успешна гелиотерапия в горах и на солнечных побережьях“ (Перчихин).

Сущность гелиотерапии, по мнению некоторых авторов, состоит в том, что благодаря загару, воспринимаемому пигментными клетками, происходит переход лучистой энергии в другую, полезную для организма энергию. Мгебров объясняет это влияние разрушающим свойством этой энергии на клетки: под влиянием облучения внутри клеток происходит распад, образуются преципитаты. Продукты распада, всасываясь, активируют другие, не подвергшиеся распаду клетки, повышая в них физиологические и ферментативные процессы. „Таким образом“, говорит Мгебров, „лечение лучистой энергией является одной из разновидностей протейновой терапии и подчиняется закону Arndt-Shultze: большие дозы угнетают, малые возбуждают. Вот почему лечение лучистой энергией должно проводиться чрезвычайно умело“. Под влиянием лечения солнцем туберкулезная ткань разрушается, количество эритроцитов и гемоглобина увеличивается, увеличенные железы постепенно уменьшаются, больной крепнет, прибавляется вес, улучшается общее самочувствие и состояние больного.

Гелиотерапию необходимо проводить весьма осторожно и умело под контролем врача—на специальных площадках, вначале освещая лишь отдельные части тела в течение нескольких минут (5 м.) и постепенно переходя к освещению всего тела, увеличивая сеансы освещения до 2—2½ часов. Гелиотерапию необходимо широко рекомендовать при лечении волчанки кожи; лучше всего ее комбинировать с местным лечением.

Химиотерапия может служить лишь подсобным методом к местному и общему лечению. Так, предложены внутривенные вливания *aurumkalium cyanatum* в дозе 0,01—0,05 на 50 куб. см. воды, через 2—3 дня. Всего 10—12 вливаний. Это лечение должно проводиться с большой осторожностью, так как наблюдались смертельные исходы, да и оно часто не дает положительных результатов. Кроме этого предложены также и другие препараты—*crysalgan*, *tryphal*, *aurumkantan*, препараты цианистых меди и калия, внутривенные вливания хлористого кальция (Кричевский и Попов) и неосальварсана; последние два препарата дают в некоторых случаях положительные результаты. Из других средств оказывают эффект—инъекции каломеля (Fournier), иодистый калий.

Климатическое лечение. Климат гор, побережье Средиземного и Черного моря (Крым—Ялта, Солнцедар, Евпатория и т. д.), где лечение солнцем может быть проводимо в течение 7—8 месяцев в году. Лечение это уместно в сочетании с местной терапией.

Гигиенические мероприятия имеют весьма большое терапевтическое и профилактическое значение. Содержание в чистоте всего тела и пораженных участков предохраняет от внедрения вторичной инфекции в виде гноеродных бактерий (стафилококков и стрептококков), предупреждает развитие различных осложнений, способствует более быстрому заживлению язв и т. д.

Лечение туберкулином было проводимо после сообщения Коха многими авторами (Lassar, Doutrelepont, Morris и др.). Все авторы согласны в том, что этим способом можно достигнуть улучшения, но выздоровления никогда. Инъекции туберкулина производятся 2 раза в неделю, начиная с небольших доз и постепенно увеличивая их, напр. 1/500, 1/300, 1/200, 1/100, 1/75, 1/50 mg.

Полное вырезывание пораженной ткани (Lang, Forret, Reiner и др.) является самым радикальным средством из *хирургических вмешательств*. В прежнее время удалялись лишь небольшие фокусы поражения, Lang'ом же разработан способ оперативного удаления значительных участков болезни с последующей трансплантацией по Thiersch'у, Lang, оперируя 85 больных, о 27 случаях сообщить ничего не мог, т. к. потерял больных из виду; из 58 сл. у 19 наступил рецидив, а 39 человек остались свободны от рецидива. Методу экстирпации вышеуказанными авторами отдается преимущество перед всеми способами лечения по быстроте, радикальности и хорошим косметическим результатам. Прижигание пакеденом и гальванокаутером дает хорошие результаты при единичных узелках (напр., при рецидиве волчанки в виде изолированных узелков), при гипертрофической форме волчанки и при поражении слизистой оболочки, особенно рта. Выскабливание острой ложечкой (Volkman) с последующим применением прижигающих средств—дает грубые, гипертрофические рубцы и применимо на закрытых участках тела. Метод скарификаций (Vidal-Brosq), имеющий целью нарушить кровообращение в пораженных участках кожи и тем вызвать гибель волчаночной ткани—имеет малое применение в виду опасности развития общего милиарного туберкулеза. Каутеризация горячим воздухом по Holländer'у применима на закрытых участках, чрезвычайно болезненна, дает удовлетворительные рубцы. Электролиз очень пригоден для разрушения мелких волчаночных очагов. Иглу, соединенную с отрицательным полюсом (2—3 М. А.), вкалывают в ткань и в несколько сеансов постепенно разрушают пораженные места. Способ болезнен, дает хороший косметический результат. Лечение углекислотой, в виду поверхностного действия ее, многими авторами при волчанке не рекомендуется; оно пригодно в случаях очень поверхностного расположения узелков.

Наилучшие результаты дает лечение волчанки по способу Finzen'a. Лечение концентрированными лучами короткой волны (по старой терминологии—химическими) обязано своим введением N. K. Finzen'у, сообщившему об этом в декабре 1896 г. Применение этих лучей основано на бактерицидном действии света, проникающем вглубь тканей, и вызываемой затем воспалительной реакцией (в виде фотодерматита с оте-

ностью, экссудацией, образованием пузырей и корок). Для этой цели Finzen сконструировал аппарат с источником света—дуговой лампой (50—60 А. при 45—50 в.). Свет этого аппарата проходит через систему линз из горного хрусталя, концентрируется и одновременно охлаждается пропускаемой внутри аппарата холодной водой. Для большого успеха лечения ткани анемизируют (т. к. кровь задерживает химические лучи) применением особых давителей (компрессоров). Продолжительность сеансов—1 час на участке кожи в 1—1½ см. диаметром.

Вопросу о лечении волчанки по способу Finzen'a посвящена масса работ (Porrer, Ланг, Цехановский, Sarason, Macleod, Веньяминов, Петерсон, Серапин, Mackenzie, Müller, Schüler, Kümmel, Sequeira, Leredde, Morris и Dore, Глебковский, Forchhammer, Бургсдорф, Пильнов и др.) Приведем лишь некоторые данные. Sarason отмечает выдающиеся результаты лечения волчанки по сп. Finzen'a как по успешности лечения, так и по косметическим результатам (из 246 сл. излечено 146 без рецидива у одних по истечении года и у отдельных больных после 3 лет). Finzen в 1900 г. сообщил, что из 553 больных lupus vulgaris у 362 человек лечение было закончено и больные находились под наблюдением 1—2 года. Forchhammer отмечает благоприятное влияние света на волчанку в 85% сл., А. Huber указывает о полном излечении волчанки в 65%, Finzen и Forchhammer—в результате своих наблюдений видели положительное влияние света на волчанку в 94%.

Метод светолечения, конечно, является наилучшим из предложенных до сих пор способов лечения волчанки как по своей безболезненности и безвредности для организма, так и потому, что он разрушает исключительно больную ткань и щадит здоровую, давая очень хорошие косметические результаты. Из 749 случаев, леченных светом в кожной клинике нашего Мединститута, получено полное излечение в 35,5% сл., улучшение в 28,5%, т. е. благоприятное влияние света на lupus vulgaris выразилось в 64% всех случаев; в 32% процесс остался без перемен, в 2% наступило ухудшение и остальные 2% курсы не закончили. Лечение светом производилось обычно на открытых частях (главным образом, лицо) и продолжалось месяцы и годы. Такой слабый результат светолечения lupus vulgaris необходимо объяснить недостаточностью и неудовлетворительностью одного лишь местного лечения болезни. В условиях Татреспублики необходимо проведение целого ряда общественных мероприятий для правильной и организованной борьбы с волчанкой и туберкулезом кожи вообще.

Лечение кварцевыми лампами (Бах, Есионек, Кромайер) дает излечение в 30%. Короткие лучи этих ламп (главная масса с длиной волны 300—150 м.) действуют весьма поверхностно, задерживаясь в эпидермисе. Применение кварцевых ламп имеет по сравнению с Финзеном преимущество в дешевизне.

Рентгенотерапия на люповые узелки не действует, оставляя их без изменения. Способ этот, являясь предварительным этапом к финзенотерапии, удобно применять для разрушения инфильтратов и заживления язв при язвенных, гипертрофических и вегетирующих формах волчанки. Радий и мезоторий дают хорошие результаты при поражении слизистых оболочек рта, носа и т. д. Вообще же применение этих средств

весьма ограничено. Форестизация аппаратами для диатермии широко применяется Мгебровым для уничтожения бугорков и опухолевидных разражений. дает более грубые, чем при лечении светом, рубцы и болезненна. Лечение токами д'Арсонваля показано при гипертрофических и коллоидных рубцах, давая быстрое рассасывание процесса и ускоряя рубцевание. Из медикаментозных средств употребляют следующие: *ac. arsenicosi* 5—10%, *ac. pyrogall.* 10—30%, *resorcini* 10—30%, ляпис, *ac. lactici*, *chrysarobin* 5—10%, *cuprum sulfur.* и *aceticum* 10—20%, *ac. salicylici* 10—20%, *ac. carbolic*, *kali caustici*, хлорист. цинк, серная кислота, иодоформ, сулема, кантаридин; на слизист. оболочки—*argen. nitr.* 20%, *liq. ferri sesquichl.*, *ac. lactici*, хромовая кислота.

В нашей клинике наичаще употребляются соли меди, *ac. salicylicum*, *resorcin*, *argent. nitr.*, *liq. ferri sesquichlorati*, *jodi puri*+*kali jodati* аа 1 ч.+*glycerini* 2 ч., дающие хороший терапевтический эффект. На слизистых оболочках рекомендуется также метод Pfannenstiel'я: внутрь 1—3 гр. КJ, на слизистые—несколько раз в день прикладывать ватный тампон, смоченный 3% *Hydrogen. hyperoxyd.*; при этом способе на слизистой получается выделение чистого иода, который и действует бактериоубивающе.

На изъязвленные участки применяют также лечение по способу Martenstein'a: поваренная соль консистенции каши наносится на сложенную марлю, сверху ее кладется вата и повязка и прикладывается к изъязвленным участкам на 1—2 дня. Участки поражения предварительно смазываются повоякаином. С целью распада люозных очагов применяется *kaliun hypermang.* в форме мелко истолченного порошка или согревающих компрессов 5% раствора до получения хороших грануляций.

Способ „шпигования“ по Unn'a состоит в том, что тонко заостренные и пропитанные *liq. stibii chlorat.* или сулемово-карболовым спиртом (1:4:20) палочки втыкаются в люозные узелки и оставляются там на 2 суток, после чего удаляются. Дрейв советует лечение соляной кислотой: после предварительного замораживания хлористым этилом или свежей угольной кислотой, пораженные участки протираются ватными тампонами, смоченными кислотой до превращения больной ткани в сероватую массу, затем на пораженные участки насыпают какой-либо дезинфицирующий порошок. Недели через 2—3 струп отпадает. Местная терапия вообще преследует следующие задачи: „разрушение узелков, рассасывание инфильтрата, заживление язв, возбуждение здоровой ткани к регенеративной деятельности и способствование замещению разрушенной ткани нежными и мягкими рубцами“ (Мгебров).

Рассматривая результаты лечения волчаночных больных в нашей клинике, где, как мы видели выше, получено путем светолечения по способу Finsep'a излечение в 35,5% случаев—мы должны объяснить этот весьма слабый терапевтический эффект главным образом неудовлетворительностью постановки вопроса борьбы с кожным туберкулезом в Татарской республике. Несомненно, что одна лишь местная терапия волчанки, одно светолечение, приводимое нашей клиникой Казанского Мединститута, является далеко недостаточным.

Если капиталистический строй буржуазной России ставил во главу угла исключительно только одно лечение больных, не обращая вни-

мания на общее состояние организма больного, то в нашем Советском союзе такую постановку вопроса мы должны признать неправильной.

Туберкулез кожи, в частности волчанка, являясь непосредственным спутником общетуберкулезной инфекции организма, представляет собою настолько серьезного врага, что совершенно невозможно, чтобы наше государство и советская общественность могли пройти мимо этого вопроса. Если за границей кое-где налажен учет волчаночных больных, ведется централизованная борьба государственными мероприятиями, как напр., в Дании, где имеется Финзеновский институт, то у нас в Татарской республике в этом отношении ничего не сделано. В Германии, напр., Nietner насчитывает около 30.000 волчаночных больных, в Австрии до войны насчитывалось 19.000, в Дании 1300. В нашем Союзе статистические данные, насчитывающие десятки тысяч больных, далеко не полны и не охватывают еще всех больных.

Волчанка при умелом и правильном лечении излечима. И больные, и государство заинтересованы в том, чтобы лечение волчанки производилось наиболее правильно и рационально, что возможно лишь в хорошо оборудованных специальных лечебно-профилактических учреждениях. „В нашей стране нет и не может быть сомнения, что борьба с волчанкой должна быть централизованной и проводится за счет государства. Особой заботой должно быть недопущение гражданской инвалидности волчаночного больного“ (Мгебров).

Органы здравоохранения и общественные организации Татарской республики и соседних нацреспублик и областей еще недостаточно уделили внимания вопросу борьбы с кожным туберкулезом.

В Татарской республике, у нас в Казани—имеется светолечебный кабинет при Мединституте, проводящий лечение волчаночных больных по способу Finzen'a, а в Подлужной и др. улицах живут без призора 300 чел. волчаночных больных. Допустимо ли это?

В качестве организационных мероприятий по борьбе с туберкулезом кожи и волчанкой в Татарской республике необходимо создание (в окрестностях Казани) при Мединституте:

1) вполне оборудованного люпозория с соответствующей аппаратурой и квалифицированным медперсоналом,

2) кожно-туберкулезного диспансера с солнечной площадкой, стационарным отделением, лабораторией и трудовой колонией.

3) В Казани необходима организация приемника-распределителя для больных кожным туберкулезом.

Может быть, создание этих учреждений возможно будет провести совместно с органами здравоохранения заинтересованных в этом вопросе соседних нацреспублик и областей (Башреспублика, Чувреспублика, Мари- и Вотобласти). Этим учреждениям необходимо проведение целого ряда общественных мероприятий в полном соответствии с основными принципами Советской медицины: 1) учет больных кожным туберкулезом и волчанкой, 2) организация санитарно-профилактической и санитарно-просветительной работы, 3) ранняя диагностика и лечение больных и 4) диспансеризация больных.

Только путем организованной, планомерной борьбы, путем общественных мероприятий возможна будет победа над кожным туберкулезом.

Литература: 1) Мгебров, Русский вестн. дермат. № 2, 1928 г., стр. 162.—2) Блиндер. Труды Одесского вен-инст. им. Главче. 1927 г., стр. 209.—3) Бременер. Сборник, посв. проф. Броннеру. 1926 г., стр. 185.—4) Берсон. Сов. врач. 1930 г., № 15—16, стр. 699.—5) М. С. Пильнов. К вопросу о лечении волчанки. Дисс. 1904.—6) Цит. по М. С. Пильнову, Richard Volk'y „Die Therapie der Hauttuberculose. 1924 и Маркузе „Luft- und Sonnenbäder“. 1907.—7) Дитерихс. Терап. обозр. 1913 и Крымск. курорты, 1922.—8) Трегубов Вр. дело, 1925.—9) Б. С. Бом. Кур. дело 1925.—10) Истомин. Вопр. туберк. 1926., № 4.—11) Финкельштейн. Вопр. Туб. 1925 г.—12) Кисель. Врач. дело, 1921 г.—13) Кричевский и Попов. Русск. вестн. дерм. № 4. 1925.—14) Paul Thimm. Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.—15) E. Lang. Wien. med. Woch. 1897 г.—16) C. Porrer. Derm. Zeitschr. Bd IV. 1897 г.—17) S. Reiner. Wien. med. Presse 1900 г.—18) Sarason. Berl. kl. Woch. № 13. 1899.—19) A. Huber. Wien. kl. Woch. № 20—27. 1902.

Психические изменения при abortивных формах энцефалита (психозэнцефалоз¹⁾).

Д-ра И. Б. Галант (Москва).

Общеизвестно, что эпид. энцефалит отличается чрезвычайным разнообразием и пестротой картин состояния, симптомокомплексов, синдромов и исходных состояний. При Э. Э. мы имеем всевозможные гиперкинетические, гипо- и акинетические формы, встречаем различного рода параличи—офтальмоплегическую форму, гемиплегическую форму с афазией и без нее, таламический и др. синдромы, молниеносную форму энцефалита, а среди исходных состояний описаны помимо всем известного паркинсонизма и родственных ему состояний различные постэнцефалитические спинно-мозговые заболевания, как-то амиотрофический боковой склероз, сирингомиелия, атипичный полиомиелит с нуклеарными параличами (Salus)²⁾ и т. д. И вот интересно отметить, что этому разнообразию в соматической сфере соответствует при энцефалите не менее большое разнообразие в психической сфере, а *психозэнцефалит*, как выражаются французы, обнимает всевозможные болезненные психические состояния, психоневрозы, психопатии, психозы, разные атипичные психотические состояния, разные виды слабоумия и т. д. Одним словом, нет почти ничего в психиатрии, что не встречается в той или другой форме как постэнцефалитическое состояние.

То что я сказал об э. э., относится до известной степени и к abortивным формам энцефалита. Правда, Маргулис и Модель описали всего только 7 форм аб. э. (окулоцефалическую, вестibuлярную, алгическую, периферическую и т. д.), однако, не подлежит сомнению, что имеется гораздо больше abortивных форм энцефалита, ибо в конце концов любая форма энцефалита может протекать abortивно, и совершенно правильно отметил однажды Маргулис, что строгой границы между abortивным и неabortивным энцефалитом провести нельзя, и существуют здесь всякого рода переходы.

¹⁾ Доклад на конференции врачей нервн. отд. б-цы им. Бабухина в Москве. 18 мая 1930 г.

²⁾ Salus, F. Ueber Enceph. epid. mit spinalen u. peripherischen Manifestationen. D. Z. f. Nrk Bd. 109 (1929).