

Б, 34 лет, бухгалтер ФТИ, не имеющий в анамнезе, других заболеваний, кроме брюшного тифа и в данное время совершенно здоровый. Реакция дала отрицательный результат—количество лейкоцитов до охлаждения 6400, после—5950—450 (7%).

Случай, где при ревматизме суставов и сердца в острой форме реакция дала резко положительный результат, показан на следующем примере.

Больная Кол-а, 22 лет, поступила в клиническое отделение ФТИ 9/IV 1934 г. с жалобами на сильные боли в суставах рук и ног и припухание суставов. Больна два месяца. Заболела сразу на работе с температурой 39°. Реакция Б и Я: количество лейкоцитов до охлаждения 9800, после охлаждения 6400 — 3400 или 34,7% (резко положительная).

Выводы: 1. Реакция Б и Я, по данным нашей работы, дает при ревматических заболеваниях сердца и суставов в 82% случаев положительный результат, а при неревматических заболеваниях—у туберкулезных больных и у здоровых дает только от 10 до 20%. Отрицательный результат реакции у ревматиков в 18%, у других же групп от 80 до 90%.

2. В реакции Б и Я главным показателем служит падение количества лейкоцитов. Другие компоненты, как РОЭ, кровяное давление, эозинофилы, не являются показателями, с которыми можно было бы считаться при учете результатов.

3. Указанные данные позволяют заключить, что биологическая реакция Б и Я должна занять место в ряду методов для дифференциальной диагностики ревматических заболеваний суставов и сердца.

4. Доступность и простота этой реакции придает ей практическое значение в клинической и поликлинической практике.

Из факультетской терапевтической клиники (зав. проф. А. Н. Гехтман) и кафедры рентгенологии (зав. проф. И. Г. Шлифер) Харьковского 2-го мединститута (директор З. С. Ткаченко).

Рентгенотерапия 12-перстной кишки.

А. И. Брук и Ш. И. Либерман.

До сих пор проблема патогенеза и терапии язв остается открытой. Ни один из применяемых методов лечения язвенной болезни не является радикальным. Но среди существующих методов лечения рентгенотерапия начинает занимать видное место. Рентгеновский метод подкупает своей простотой, он требует всего несколько сеансов, каждый продолжительностью в несколько минут. Он возможен и в амбулаторной обстановке и, следовательно, не отрывает больного от производства. До сих пор не решен вопрос: является ли рентгеновский метод причин-

ным или только симптоматическим. Неменов, Гасуль, Багдасаров, Копельман, Ленк, Гольцкнехт и др. считают этот метод лечения относительно каузальным.

По вопросу о механизме действия рентгеновых лучей нет единодушия. Такая разноречивость объясняется полиэтиопатогенезом язвенной болезни. С точки зрения неврогенной теории Бергмана, механизм действия рентгеновых лучей находит объяснение в перестройке вегетативной нервной системы, в изменении ее тонуса в сторону амфотонии и нормотонии. По мнению Ленка, рентгеновский эффект обусловлен во многих случаях устранением спазма. Исходя из теории Баллинта и Зимницкого, некоторые авторы объясняют влияние рентгеновых лучей воздействием на кислотно-щелочное равновесие. В настоящее время Сперанским выдвинута теория о значении центральной нервной системы в дистрофических изменениях организма. С точки зрения этой теории для уничтожения дистрофических процессов в желудке необходимо переключение нервной системы.

В литературе имеется уже достаточный материал относительно эффективности этого способа лечения, которая выявлена в отношении язв желудка, особенно малой его кривизны. Поэтому нас особенно интересовала эффективность рентгенотерапии язв 12-перстной кишки. С этой целью мы подбирали почти исключительно случаи язв 12-перстной кишки с нишами.

Всеми авторами (Неменов, Гасуль, Югенбург, Ольховская, Ленк) отмечено, что рентгеновы лучи дают быстрое улучшение субъективных жалоб. Этими же авторами признано и анальгетическое действие рентгеновых лучей. Гасуль приводит случай Страуса, когда у больного с язвой желудка, протекавшей с частыми гастралгиями, после рентгеновского облучения незаметно для больного наступило прободение.

Брюгель и Шульце-Берге видят причину благоприятного действия рентгеновых лучей в понижении желудочной секреции, что способствует заживлению язв. Угнетающее действие рентгеновых лучей на желудочную секрецию отмечают и другие клиницисты (Коттмайер, Багдасаров, Копельман). Однако в некоторых случаях Югенбург наблюдала даже нарастание секреции. Турель указывает, что у лиц с повышенной кислотностью он наблюдал после облучения снижение ее, а у лиц с пониженной кислотностью—через стадию повышения—он получал нормальную кислотность. Далее, Югенбург, Можарова, Гуревич наблюдали случаи, когда под влиянием рентгеновых лучей в короткий срок желудок приобретал почти нормальную форму, положение, контуры и нормальное опорожнение. Гасуль и Голозко указывают на исчезновение спазма под влиянием рентгеновых лучей. Страус считает, что терапевтические дозы рентгеновых лучей не вызывают морфологических изменений слизистой желудка. Ленк отмечает, что ниши исчезают на 14—20-й день после облучения и объясняет это уменьшением или исчезновением язвенного вала у входа в нишу. Голозко наблюдал исчезание ниши через 14 дней после 4 сеансов рентгенотерапии. Гольст,

Шаль и Неговский указывают, что рентгенотерапия не дает полного анатомического изменения, и только в 2-х случаях они наблюдали исчезновение ниши.

Если в отношении эффективности субъективных ощущений сейчас нет никаких разногласий, если все авторы отмечают быстрое исчезновение болей и всех диспептических явлений, то в отношении длительности этого эффекта вопрос далеко еще не освещен в литературе. Большинство авторов не имеет длительного наблюдения, что мешает им высказаться по этому вопросу.

Из известной нам литературы длительное наблюдение (до 10 лет) мы встречаем в единичных случаях у Ленка и у Югенбург—на большом материале. У других авторов срок наблюдения весьма небольшой (от 1 до 1½ лет). По мнению Иоффе и Зальцмана рентгенотерапия дает улучшение субъективных ощущений на срок до 6 месяцев, в редких случаях до 2—3 лет. Горина, Фасс и Федорова наблюдали рецидивы через 5, 10, 12 месяцев. На стабильный эффект рентгенотерапии указывает Гукосьян, Поппе и Голонзко.

Наш материал охватывает 66 больных¹⁾, из них 64 мужч. и 2 женщины. Возраст наших больных колеблется от 18 до 62 лет. Наибольшее количество больных падает на возраст от 20 до 40 лет. По социальному положению 49 рабочих и 17 служащих. Большинство наших больных с обильным количеством рецидивов и многолетним страданием.

Каждый больной по поступлении в клинику в течение 2—3 дней подвергался тщательному клиническому обследованию: исследовалась моча, кровь, кал на реакцию Вебера и Грегерсена, желудочный сок и производилось рентгеновское исследование желудочно-кишечного тракта. Желудочный сок брался в большинстве случаев толстым зондом после пробного завтрака Боас-Эвальда. Рентгенологически мы подробнейшим образом фиксировали внимание на тонусе, рельефе слизистой, форме, контурах желудка, смещаемости эвакуации, моторной функции и т. д. После рентгеновского облучения вновь исследовали желудочный сок и больной повторно подвергался рентгеновскому исследованию (большинство больных имеет рентгенограммы до и после облучения). Все наши больные находились, во время пребывания в клинике, на щадящей диете. Всякое медикаментозное лечение нами исключалось.

Лечение рентгеном в большинстве случаев давалось двумя сериями, по 3—4 сеанса каждая, с перерывом 10—12 дней, затем после месячного перерыва проводилась 3-я серия.

Лечение применялось по двум способам: 1) два поля спереди на область желудка и 12-перстной кишки и одно поле сзади на область желудка. 160 к. в. напряжения на вторичной цепи. Сила тока 4 мА. Тубус 9×12, фокусное расстояние—30 см,

¹⁾ Часть больных была предоставлена в наше распоряжение заведующим I терапевтич. отделением д-ром А. А. Кнабе, которому за это приносим нашу благодарность.

фильтры 0,5 Си и 1 мм Al; 2 поля спереди и два сзади на область позвоночника от D₄—L₃. В 51 случае применялась методика № 1, 14 больным применялась методика № 2.

Анализируя наш материал, мы можем констатировать, что в подавляющем большинстве случаев больными отмечалось субъективное улучшение, очень быстро, иногда после 1—2 сеансов, прекращались боли или резко ослабевали по своей интенсивности, исчезала отрыжка, изжога, запоры и другие диспептические явления. После наступавшего улучшения, некоторые из наших больных по собственному желанию выписывались и продолжали лечение амбулаторно. Большинство же больных оставалось на стационарном лечении до окончания 2-й серии.

Для иллюстрации приводим кратко некоторые истории болезни.

Больной Л. (ист. бол. № 32), 21 года, поступил в клинику 10/III 1936 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, рвоты, отрыжку и запоры. Боли острого характера, наступают через 1 $\frac{1}{4}$ —2 часа после еды. Болен с 1932 г., тогда же наблюдалась кровавая рвота. 3-й рецидив. Объективно: изменений особых нет. Желудочный сок: общая к. 54, свободная HCl—0,11. Рентгеноскопия от 15/III: Bulbus duodeni резко деформирован, по задней его стенке выпячивание, стойко выполненное в продолжение всего исследования (ниша). Значительная болевая чувствительность соответственно Bulbus'y. Подвижность Bulbus'a при пальпации ограничена. Диагноз: *Ulcus duodeni ef periduodenitis*. Больной получил 4 сеанса рентгенотерапии по методике № 2. Общее состояние улучшилось, все субъективные жалобы, кроме отрыжек, прошли. Повторное исследование желудочного сока: о. к.—60, своб. HCl—0,15. Контрольное рентгеновское исследование 30/VI 36 г.: по сравнению с предыдущим исследованием—без изменений.

Больной П. (ист. бол. № 42), 62 лет, швейцар, поступил в клинику 23/I 1936 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, кислые отрыжки, запоры и тошноты. Болен 15 лет. В анамнезе частые рецидивы. Объективно: болезненность в эпигастральной области и справа от средней линии; здесь же *defense musculaire*; желудочный сок: о. к.—92, своб. HCl—0,26. Рентгенологически (от 26/XI) эвакуация после выжимания, перистальтика глубокая, смещаемость ослабленная, рельеф слизистой усилен, ниша в области *Pylorus'a*, там же болезненность. После 9 сеансов рентгенотерапии по методике № 1 больной выписался в прекрасном состоянии. Повторное исследование желудочного сока: о. к.—80, своб. HCl—0,22. Рентгеноскопически от 29/VI никаких изменений (ниша остается).

Больной М. (ист. бол. № 34), 30 лет, нормировщик, поступил 6/I 1936 г. с жалобами на режущие боли в подложечной области, наступающей через 1 $\frac{1}{2}$ —2 часа после еды, боли ночные и „голодные“, тошноты, рвоты и плохой аппетит. Болен 6 лет. Объективно: *defense* в пилородуоденальной зоне. Жел. сок: о. к.—76, своб. HCl—0,2. Рентгенологически от 12/I 1936 года: до приема контрастной массы в желудке *liquor*.

Каудальный отдел расширен. Перистальтика умеренная. Болевая чувствительность в пара-пилорической зоне. Эвакуация ускоренная, Bulbus duodeni увеличен, деформирован. В области наружного *recessus'a* дивертикулообразное выпячивание, величиною в большую горошину; здесь же значительная болевая чувствительность. Через 2 $\frac{1}{2}$ часа желудок пуст. Остаточное пятно соответственно Bulbus'y. Диагноз: *Ulcus duodeni*. После 7 сеансов (методика № 1) больной выписался в прекрасном состоянии. Повторное исследование жел. сока: о. к.—74, своб. HCl—0,18. Рентгенологически от 30/VI: форма из обычной стала в виде полулуния, смещаемость вялая, моторная функция ухудшилась (через 3 часа в желудке незначительный остаток), ниша остается.

Наряду с таким прекрасным улучшением субъективных ощущений среди наших больных был небольшой процент (13 $\frac{1}{2}$ %) случаев, у которых не наступило улучшения, и боли остались и после облучения (ист. бол. № 4, 9, 21, 25).

Объяснение отсутствия эффективности после облучения у этих больных надо искать, повидимому, в застарелости этих случаев, давших стойкие, органические рубцовые изменения. Подобные предположения имеются и в литературе. Такого же мнения и Гасуль. Гукосьян, Поппе и Голонзко также в 3 застарелых случаях с большими деформациями никакого эффекта от рентгенотерапии не получили.

Во время лечения нам приходилось наблюдать у многих больных резкое обострение непосредственно после облучения, выражавшееся в общем недомогании, разбитости, головной боли, тошнотах, иногда рвотах, слюнотечении и отсутствии аппетита. Как видно из таблицы 1 явления общей реакции „рентгенкатора“ наблюдались у 13 больных, что составляет 20%. У некоторых больных эти явления выступали особенно ярко, как, например, у больных с ист. бол. № 19, 21, 38, у которых ни один сеанс рентгенооблучения не проходил без этих явлений. Югенбург, Перетц и Мостова указывают на то, что иногда явления общей реакции настолько резко выражены, что приходится даже прекращать лечение, что имело место и на нашем материале у больного К. (ист. б. 21). Ленк на своем обширном материале не наблюдал резких явлений общей реакции и считал, что если не наступило улучшения после 4-го сеанса, лечение рентгенотерапией должно быть прекращено. По его мнению, хорошо перенесенное первое облучение решает благоприятный исход дальнейшего лечения. Общая реакция почти всегда сопровождает облучение брюшной полости, значительно реже при освещении других частей тела. Возникает важный вопрос, есть ли прямая зависимость между общей реакцией и эффективностью лечения. Коттмайер считает, что пилор-спазм, обусловленный рентгенкатором, вызывает повышенную раздражимость секреторной функции и тем самым ухудшает условия для излечения. Наши наблюдения позволяют нам считать, что такая прямая зависимость существует. Действительно, больные с резко выраженными явлениями рентгенкатора не давали нам такого клинического выздоровления. У больных с рентгенкатором отмечалась повышенная кислотность, которая не только не уменьшалась после рентгенотерапии, но даже в некоторых случаях усиливалась.

Изучая желудочную секрецию наших больных, мы имели следующую картину при их поступлении: с повышенной кислотностью 66%, с пониженной—24%, с нормальной—10%. Динамика желудочной секреции у наблюдаемых нами больных такова: 50% без изменения желудочной секреции, в 36% кислотность снизилась, а в 14%—повысилась.

Врачу нередко приходится сталкиваться у язвенных больных с профузными и оккультными кровотечениями. Весьма интересно разрешить принципиально этот вопрос в смысле применения рентгенотерапии у таких больных.

Коттмайер отмечает не только исчезновение свежих кровотечений, но указывает на хороший терапевтический эффект от облучения рентгеновыми лучами при постоянных и длительных крово-

течениях. Ленк объясняет благоприятное действие рентгеновых лучей при кровотечениях воздействием на печень и селезенку. Шульце-Берге также видел прекрасные результаты рентгенотерапии при кровотечениях. По мнению Югенбург, рентгеновы лучи противопоказаны при повторных кровотечениях, повторных кровавых рвотах, так как вследствие гиперемии слизистой кровотечения может усиливаться. Югенбург рекомендует в таких случаях начинать облучение с малых доз, при условии отсутствия крови в кале.

Среди наших больных было несколько случаев со свежими профузными кровотечениями. Мы очень рано применили рентгенотерапию (6—8 сеансов) и получили положительный эффект. Наши наблюдения ведутся на протяжении 2 лет: все это время больные находятся в нашем поле зрения. У многих из них эффект после облучения был нестойкий.

Чем можно объяснить различие эффективности рентгенотерапии при язвах 12-перстной кишки и язвы желудка? В своей монографии проф. И. Г. Шлифер указывает на те специфические черты, которые присущи язвам 12-перстной кишки. Специфичность этих язв, имеющих совершенно одинаковый этиопатогенез, а, следовательно, одинаковую тенденцию к заживлению или прогрессированию, обусловлена, по его мнению, различием в величине, подвижности и толщине стенок этих органов. Это и служит причиной, что язвенный процесс гораздо резче будет выделяться на небольшой по объему тонкостенной и малоподвижной 12-перстной кишке, чем на значительно большем по размеру желудке. Возможно, этим объясняется, что анатомические изменения скорее исчезают в желудке, где они менее резко будут выделяться, тогда как самые незначительные изменения в duod. будут нами еще отчетливо обнаруживаться.

Изучая функциональные и органические взмещения желудка и 12-перстной кишки на нашем материале до и после рентгенотерапии, мы могли отметить, что эффективность лечения сказывается больше всего на уменьшении субъективных жалоб больного, и в первую очередь на уменьшении болей. Диспептические явления, как отрыжка, изжога, тошнота, рвота и др. проходили под влиянием рентгенотерапии. Отмечается также улучшение моторной функции. Что касается анатомических изменений, то во многих случаях в своей тенденции они оставались такими же, какими они были и до облучения.

Выводы: 1. Рентгенотерапия язвы 12-перстной кишки не во всех случаях дает анатомическое излечение.

2. Ниши при язвах 12-перстной кишки в большинстве наших случаев не исчезали.

3. В подавляющем большинстве случаев рентгенотерапия дает улучшение субъективных ощущений.

4. Среди всех консервативных и паллиативных методов лечения, рентгенотерапия, пожалуй, имеет право занять одно из видных мест.

5. Наш материал ставит под сомнение взгляд Шульце-Берге, который рекомендует применять рентгенотерапию у каждого язвенного больного. Грубые рубцовые изменения вряд ли могут поддаваться тем дозам рентгеновых лучей, которые обычно применяются при терапии.

Из кафедры рентгенологии и радиологии Гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. Я. Гасуль).

Рентгенотерапия хронического грипа.

П. Д. Яльцев и Д. Е. Потехин.

Вред, приносимый грипом даже в неэпидемическое время, складывается из невозвратных потерь—смерть или полная инвалидность,—потерь, возникающих от временной нетрудоспособности ведущих групп на производстве, и, наконец, от большой детской смертности.

Труднее учесть отдаленные последствия грипа, стоящие в связи с поражением сердечно-сосудистого аппарата и центральной нервной системы, понижающие в дальнейшем трудоспособность и влияющие на продолжительность жизни.

В силу этого вопросы профилактики и терапии грипа являются весьма актуальными.

Помимо общегигиенических мероприятий, в последнее время, с целью профилактики и отчасти терапии, применяют метод вдыхания хлора в небольших концентрациях. Испытывалась и неспецифическая вакцинация, путем подкожных инъекций различного количества убитых пневмококков, стрептококков, палочек инфлюэнцы, стафилококков и катарального микрококка; такова, напр., вакцина Лейшмана.

Терапевтический арсенал при грипе насчитывает еще большее количество предложенных средств. Однако специфических средств против грипа мы еще не имеем. Такие средства, как антипирин, аспирин, хинин—действуют симптоматически.

Дериваты хинина, напр. *optochinum basicum* и *euscipinum hydrochloricum* требуют очень строгой диеты и при том, в отношении оптохина, нельзя исключить с уверенностью вредное их влияние на зрение. От пневмококковых и стрептококковых сывороток, а также от внутривенных вливаний колларгола, электраргола, сальварсана и его легко растворимых соединений, большой пользы не получается. Скорость выздоровления и результаты применяющейся терапии в основном зависят от организма, характера гриппозной эпидемии, а также от осложнений на почве вторичной инфекции.

Наблюдения над гриппозными больными, направлявшимися на