

В 1931 г. нервный статус 6-ой таков.

В интеллектуальном отношении—дебильна. Речь замедленная, невнятная, смазанная, многих звуков не выговаривает. Легко, без видимого к тому повода впадает в состояние аффекта. Начинает вдруг плакать и долго не успокаивается, т. к. скучает и хочет домой. А между тем, когда мать посещает ее, вовсе не просится домой.

Черепномозговые нервы. Асимметрия лица: правая бровь выше левой, правая глазная щель шире левой, правое глазное яблоко выпуклее левого. Движения глазных яблок не ограничены во все стороны, но отмечается некоторое затруднение при фиксации глаз в крайнем отведении и приведении. Веки с трудом смыкают и долго удержать сомкнутыми не может. Реакция зрачков на свет и аккомодацию +. Не может нахмурить лоб, плохо надувает щеки. Хвостек (2) с обеих сторон. Язык долго высунутым держать не может. Тремор языка и век.

Верхние конечности. Атрофий резких не отмечается. Движения в плечевых и локтевых суставах возможны, но замедлены. Движения кистей ограничены. Адиадопокинез. Клавиатурные движения выполнить не удастся. Тонус перенный—временами повышен, временами гипотония.

Брюшные рефлексы живые.

Нижние конечности. Правое бедро тоньше левого. Поднятую ногу долго держать не может: нога падает вниз. В колене сгибает ногу, но долго удержать в этом положении не может. Движения стоп и пальцев резко ограничены. Тонус повышен. Коленные и ахилловы рефлексы высокие. Клонус. Бабинский + с обеих сторон. *Справа вызывается прикладыванием пальца попереk к стопе выраженный хватательный рефлекс стопы.*

Походка спастическая и отчасти атактическая.

Итак, если сравнить статус 6-ой в 1926 и в 1931 гг., то мы видим, что болезнь за это время значительно прогрессировала. Б-ая по умственному своему развитию не подходит даже для вспомогательной школы, и школьная характеристика сводится к тому, что б-ая должна быть изъята из школы, т. к. она сама ничему научиться не может и вредно влияет на других ребят своей крайней беспомощностью. Нервно-соматические явления свидетельствуют о том, что процесс распространяется на головной мозг, о чем между прочим свидетельствует и наличие ХРС справа.

Этот патологический рефлекс свидетельствует в данном случае о поражении пирамидных путей в их кортико-капсулярной части слева, т. е. о поражении головного мозга в его высших частях. Т. о., диагностическое значение ХРС там, где он имеется безусловно, значительно и отыскание этого рефлекса в каждом случае органического заболевания ЦНС показано, тем более, что для его вызывания не требуется ничего другого как тот же молоточек, ручка которого прикладывается к стопе б-го, или просто палец экспериментатора, заменяющий всякий другой инструмент.

Из кожно-венерологической клиники Казанского медицинского института
(Директор проф. И. Н. Олесов).

Опыт применения анилиновых красок при лечении пиодермии.

Проф. И. Н. Олесов, Г. Г. Кондратьев, Е. Г. Хуснутдинова.

Результаты экспериментального исследования бактерицидного действия анилиновых красок (а. к.), полученные в нашей клинике (К он д р а т ь е в), поставили перед нами задачу—проверить терапевтическое значение некоторых а/к при лечении пиодермии. Для клинической проверки мы выбрали ряд а. к., обладающих *in vitro* различной бактерицидностью: генциан-

виолет (г. в.), метилвиолет (м. в.) кристаллвиолет (к. в.) метиленовую синьку (м. с.), метиловую зелень (м. з.), везувин (в) и фуксин кислый (ф. к.), которые применялись в виде водных и спиртовых растворов (96°, 70°, 50°) 1—5% концентрации в форме смазываний, инъекций и примочек, и в отдельных случаях в чистом виде (присыпки).

Всего под нашим наблюдением было 190 больных: из них стационарных—57, амбулаторных—133 случая.

С точки зрения клиники и удобства описания—пидермические заболевания нами распределены на отдельные группы.

Поверхностные формы пидермии (различные формы импетиго)— всего 106 случаев.

Техника лечения: после предварительного удаления корок борным вазелином или салициловой 3% мазью, пораженные участки кожи густо смазывались водным или спиртовым раствором а. к. Смазывание производилось 3—4 раза в день ежедневно до выздоровления. Повязка не накладывалась. Большинство амбулаторных больных наблюдалось ежедневно, часть через день—два.

В случаях леченных м. с., г. в., м. в., к. в., из 106—95 случаев дали благоприятный терапевтический эффект. Обычно, после первых же смазываний, на пораженных участках образуется сухая тонкая корочка, которая через несколько дней отпадает с оставлением небольшой красноты на коже. В отдельных случаях лечение затягивается, корка не отпадает и под ней наблюдалось образование гноя. В этих случаях пораженное место повторно смазывалось раствором а. к. и полное клиническое выздоровление обычно наступало в течение 7—9 дней. Остальные 11 случаев, главным образом, относятся к перифолликулитам с более или менее выраженной воспалительной реакцией кожи. Из них в 5 сл. клиническое излечение наступило в течение 2 недель, а в 5 сл. лечение этим методом не оказало заметного терапевтического действия.

Продолжительность лечения в каждом из описанных выше случаев зависела от ряда причин: от рода краски, от растворителя, степени разведения, от частоты ежедневных смазываний, биологических свойств организма и вирулентности возбудителя. Несмотря на многообразие причин, удалось установить, что, при применении спиртовых растворов и более высокой концентрации а. к., ликвидация процесса наступала в более короткий срок, чем при пользовании водными растворами; более частое смазывание (3—4 раза в день) также ускорило срок окончания болезненного процесса. При применении м. з. в. и ф. к., как в водных, так и в спиртовых растворах, мы не наблюдали таких благоприятных терапевтических результатов, как при пользовании первыми а. к. При этом, нужно иметь в виду, что у некоторых лиц с нежной кожей спирт вызывает раздражение, что значительно затягивает процесс излечения.

Глубокие формы пидермии (фурункулы, карбункулы)—38 случаев, гидраденит—2 сл. Из 38 сл. фурункулов и карбункулов м. с. применялось в 14 сл., г. в. в 12, м. в. в 5 и к. в. в 7 сл. При гидраденитах— м. с. 1 сл., м. в. в 1 сл. При фурункулах терапевтическое действие а. к. в каждом случае зависело от стадии болезненного процесса. В начальных стадиях развития фурункулов ежедневное смазывание (1—2 раза в день) спиртовыми растворами а. к. из 15 сл. в 9 сл. способствовало абортированию процесса. В этих случаях кожные воспалительные явления скоро ослабевали, боль стихала и в течение 3—5 дней процесс заканчивался излечением. В более поздних стадиях развития фурункула, при наличии уже значительного инфильтрата, а. к. не предотвращали их дальнейшее развитие. В случаях, когда фурункулы уже вскрылись, лечение смазыванием 1% водным раствором м. с. или др. а. к., значительно ускорило процесс обратного развития инфильтрата и эпителизацию.

При фурункулах и гидраденитах, помимо смазывания, мы применяли метод введения а. к. в толщу инфильтрата. Обычно 10% водный раствор м. с. или м. в. шприцем в кол. 0,5—2,0 к. с. вводили в самую толщу пораженного очага. Этот метод лечения фурункулов в большинстве случаев не давал желаемого результата, лишь в 2-х случаях гидраденита мы получили блестящий терапевтический эффект. Для иллюстрации приведем выдержку из одной истории болезни:

Больной 20 л., возчик, болен 13 дней. В правой подмышечной ямке твердый узел с голубиное яйцо, с резкой воспалительной окраской кожи. Флюктуации нет. Субъективно сильная боль. Б-ой бюллетенит. Лечение: в толщу узла в течение 3-х дней вводился 10% водного раствора м. с. в дозах 1/2 к. с., 1 к. с. и 1 1/2 к. с. На другой день после первой инъекции воспалительные явления уменьшились, на 4-й день после 3-й инъекции инфильтрат резко уменьшился, воспалительные явления на коже исчезли, боли прошли. На шестой день — на месте узла небольшой инфильтрат и больной приступил к работе.

Этот способ лечения гидраденитов, несомненно, заслуживает внимания и требует дальнейших наблюдений.

Хроническая пиодермия—9 случаев.

Лечение хронической пиодермии а. к. в виде смазываний не давало значительного эффекта. Внутрикожное введение водных растворов а. к., по нашим первым впечатлениям, дает более успешный результат. В этом отношении чрезвычайно демонстративным представляется следующий случай хронической пиодермии: У больного на голенях многочисленные вегетирующие узлы от горошины до вишни и несколько больше. Гистологическое исследование, бактериоскопия и посевы подтвердили диагноз пиодермии. При введении 10% водного раствора м. с. в толщу узлов в течение 9 дней они дали обратное развитие процесса; на месте некоторых очагов осталась лишь пигментация, на месте других — незначительный инфильтрат. До этого времени больной в течение нескольких месяцев лечился различными методами и совершенно безуспешно.

Эктимы и вульгарные язвы, Всего 12 сл. Из них в 6 случаях применялась м. с., в 2-х сл. г. в., в 2-х сл. м. в. в виде 10% водного раствора. Метод лечения. Смазывание 3—4 раза в день. В 5-ти случаях, леченных м. с., получили положительный результат, в остальных случаях перешли к комбинированному лечению: краска, серно-дегтярная мазь и светолечение (лампа Солюна). В успешных случаях лечения, язвы в течение нескольких дней очищались от гноя, по периферии язв начиналась эпителизация и в течение 10—14 дней на месте язвы образовался рубец.

Дерматиты, осложненные пиодермией—всего 8 случаев.

В 4-х случаях дерматит имел почти универсальный характер, распространяясь на все тело, за исключением волосистой части головы, кистей и стоп и в 1 сл. дерматит был ограниченным. Методика лечения: вся пораженная поверхность кожи смазывалась водным раствором метиленовой синьки 2—3 раза в день. Во всех случаях наблюдался прекрасный терапевтический результат. После 2—3 дней смазывания явления дерматита начинали регрессировать и в течение 5—7 дней наступало выздоровление. Из них наиболее эффектен один случай распространенного импетигообразного дерматита, когда, в результате смазывания м. с. в течение 3-х дней, мокнутие прекратилось и кожа покрылась сухими тонкими чешуйчатыми наслоениями, воспалительные явления стихли. Через неделю больной выписался. При дерматитах а. к. предохраняют от вторичной инфекции, вызывают скорую эпителизацию пораженной ткани и уменьшают болезненные и неприятные субъективные ощущения.

Экзема, осложненная пиодермией, 12 случаев. 6 случаев подвергалось лечению 10% спиртовым раствором м. с. и 4 сл. г. в. Во всех случаях, под влиянием этого метода лечения, пустулки подсыхали, воспалительные явления уменьшались, корки скоро отпадали, оставляя след в виде пигментаций. В случаях хронической экземы, осложненной пиодермией, мокнутие прекращалось, но а. к. не оказывали влияния на

уменьшение инфильтрации пораженной ткани, применялось дополнительное лечение серно-дегтярной мазью и освещением лучами лампы Солюна.

7 случаев ожогов I и II степени и 2 случ. обморожения, осложненные пиодермией. При лечении водными и спиртовыми растворами м. с., г. в. и м. в. получили благоприятный терапевтический результат. Полное излечение наступало через 5—10 дней.

Таким образом, из наших наблюдений видно, что а. к., м. с., г. в. и др. при лечении ряда дерматозов (поверхностные формы пиодермии, дерматиты и др.) имеют большое терапевтическое значение. Это обстоятельство зависит от ряда ценных качеств, которые присущи а. к. Ряд а. к. оказывает сильное бактерицидное действие *in vitro* на пиогенных микробов, играющих большую роль в развитии пиодермии. Нужно отметить, что бактерицидное действие при пиогенных дерматозах в известной степени соответствует таковой *in vitro*. Так, наприм. г. з., м. в., к. в., являясь наиболее действительными *in vitro*, оказывают лучший терапевтический эффект при поверхностных формах пиодермии. Эта группа а. к. вызывает задержку в развитии микробной флоры и способствует ее уничтожению, что ведет к быстрому уменьшению продукции гноя и ускоряет процесс эпителизации. Слабо—или совсем не бактерицидные *in vitro* в., ф. к. и др. оказываются слабо—или совсем недействительными при клиническом их применении. Но все же, терапевтическое значение а. к. нельзя измерять задерживающим или бактерицидным влиянием на бактерий, которые они оказывают в пробирке, т. к. действие красок на коже человека происходит в чрезвычайно сложных условиях пораженной и нормальной ткани человеческого организма.

М. с. являясь менее бактерицидной *in vitro*, чем др. а. к., может занимать среди них одно из первых мест в терапии дерматозов. Это объясняется также другими свойствами м. с. Помимо бактерицидного действия, а. к. обладают эпителизирующими свойствами, что подтверждено на практике в отношении м. с. (Романцев). Последнее способствует быстрому заживлению дефектов кожи (язвы, ожоги, ссадины и т. д.). Последнее подтверждается также и нашими наблюдениями при лечении ряда дерматозов. Затем а. к. обладают хорошей диффузионной способностью, которая, при прочих равных условиях, лучше выражена при применении растворов г. в., м. в., к. в. При чем диффузия красок в известной степени зависит от характера и локализации процесса. Лучшая всасываемость отмечается на более нежных участках тела, как кожа лица и др.

Краски, всасываясь в более глубокие части пораженных тканей, оказывают и там бактерицидное влияние на патогенные бактерии (напр. на стафилококки), но этого иногда не бывает. При наличии значительных отделений (гной, серум и др.) краски, повидимому, коагулируют белок, благодаря чему соответственно снижается их диффузионная способность и обезвреживающее действие. Это особенно заметно в тех случаях пиодермии, когда отмечается обильное отделение серум. Видимо, этим обстоятельством нужно объяснить те неблагоприятные в терапевтическом отношении случаи, которые наблюдаются в практике лечения.

Исследования Эрлиха и клиническая практика подтвердили наличие анальгезирующих свойств м. с. Кроме того, мы можем отметить, что а. к., м. с., г. в. и др. оказывают противовоспалительное, вяжущее и

высушивающее действие, что является одним из хороших свойств красок при лечении импетигинизированных дерматозов. Важно также, что а. к., при введении в организм в соответствующей дозировке, не повреждают ткани и не токсичны для организма. Подкожное введение довольно концентрированных а. к. мышам и кроликам совершенно не оказывает вредного влияния на этих животных.

В наших случаях, при местном применении а. к. на обширных поверхностях кожи, напр., при универсальных дерматитах, ожогах и др., а также при инъекции в толщу пораженной кожи, при наличии условий для быстрого всасывания, мы не наблюдали их вредного действия на общее состояние организма и на почки. Приводимые нами систематические исследования мочи не обнаруживали каких-либо патологических изменений.

Недостатком а. к. является то обстоятельство, что они легко пачкают руки медперсонала и белье, окрашивая в соответствующий цвет. Краска с рук смывается теплой водой, мылом и спиртом. Краски с больного, при выписке, при обширных дерматозах смываются теплой ванной с мылом или 1% соляно-кислым спиртом. Белье при стирке восстанавливает белизну, но при общей механической стирке оставляет соответствующий оттенок краски. Для избежания пачкания белья при ограниченных дерматозах, мы рекомендуем применять легкую сухую марлевую повязку в 2—3 слоя, или, при обширных поражениях кожи,—иметь специально предназначенный для этого комплект белья.

Выводы. При местном применении а. к. оказывают бактерицидное, противовоспалительное и вяжущее действие, ускоряют эпителизацию и совершенно безвредны для организма.

Наиболее действительными при лечении поверхностных форм пиодермии, дерматитов и др. являются м. с., г. в., м. в., к. в.

При пиодермии более скорый и лучший терапевтический эффект оказывают спиртовые растворы а. к.

Краски являются лучшим профилактическим средством, предотвращают диссеминацию процесса при пиодермии и вторичные инфекции при дерматитах, ожогах и др.

Открытый, безмазевый метод лечения а. к. пиодермии и других дерматозов в сравнении с другими методами лечения, имеет значительное преимущество, заключающееся в следующем: простая техника, правильная дозировка средств, дешевизна (наиболее дешевым средством является м. с.), экономичность (как правило не требуется перевязочных средств), доступность и удобство применения, независимо от локализации процесса и возраста больных, особенно у детей.

На основании наших экспериментальных исследований и клинического наблюдения, мы можем рекомендовать этот метод лечения а. к. как не уступающий, а в иных случаях и значительно превосходящий метод мазевоего лечения—при поверхностных формах пиодермии, дерматитах, ожогах и других дерматозах, имеющих склонность к импетигиназации.
