

на 36 часов, улучшает самочувствие, понижает температуру, уменьшает одышку и частоту пульса; критическое падение температуры сменяется или лизисом или кризис не сопровождается коллапсом.

2) Лечение сывороткой безопасно и легко доступно, применять следует свежую и крепкую антидифтерийную сыворотку,

3) Средняя доза для взрослых 5000—6000 I. Е. при вторичной инъекции 4000—3000 I. Е, сыворотку следует применять тотчас же по установке диагноза, чем раньше применять сыворотку, тем эффект положительнее.

К вопросу о сущности и лечении гнилостного бронхита.

Д-р В. И. Камакин (г. Каинск).

Вучении о гнилостном бронхите (*Bronchitis putrida*) в течение полстолетия почти ничего не изменилось, ни в этиологическом, ни в клиническом, ни в терапевтическом отношениях. Это можно видеть, просматривая самые популярныя руководства по частной патологии, начиная с Нимейера, Швальбе, Меринга, Дъеляфа, и кончая учебником Н. Я. Чистовича, 27-м изданием Штрюмпеля и статьей Арутинова в Б. М. Э.

Попрежнему гнилостный бронхит рассматривается, как хроническое вторичное, неизвестного происхождения заболевание, с неопределенным, большей частью безнадежным, в смысле выздоровления, прогнозом. Эта форма бронхита описывается отдельно и, независимо от зловонного насморка, озоны, как самостоятельное заболевание.

Такой взгляд установился вследствие того, что чистая обособленная форма пугридного бронхита встречается не очень часто; трудно бывает рано установить начало его развития после острого бронхита, да и попадает он под наблюдение специалиста очень поздно—уже как хроническое затянувшееся заболевание без склонности к выздоровлению, вследствие развившихся уже глубоких изменений и серьезных осложнений. Этому взгляду немало способствует и вкоренившаяся шаблонность во мнениях относительно терапии гнилостного бронхита и ничтожной ее успешности в очень редких случаях.

Как редко встречаются заболевания пугридным бронхитом подтверждается тем, что мне за 5 лет работы в Каинской гсрамбулатории встретились всего три случая пугридного бронхита, несмотря на очень большое количество материала, проходящего через наши руки.

Эти три случая представляют глубокий научный и практический интерес. Их удалось наблюдать почти от начала до конца, проследить за их течением, и получить благоприятный успех в смысле полного выздоровления. Их *juvantibus* уже можно было судить о патогенезе гнилостного бронхита и расширить представление об истинной причине этого страдания. Мы испытали новые пути к лечению в самой начальной стадии развития этой болезни.

1-й случай. П.Ф.Г., 37 лет от роду, житель г. Каинска, лечился на дому. Заболел с 4-го июня 1929 года якобы гриппом: очень сильный кашель с повышением температуры до 38°, 38,5°. Кашель был так силен, что пришлось давать наркотические; самочувствие все время прогрессивно ухудшалось, усиливалась интоксикация с общей подавленностью. Приблизительно через 2 недели после

начала у больного появилась резкая боль, колотье в левом боку, обнаружилось незначительное притупление перкуторного звука в нижней доле легкого величиною меньше ладони; больной стал замечать противный запах из рта, запах обнаружился в дальнейшем и при кашле и, вообще, при выдыхании. К концу июня стала выделяться зловонная, с гнилостным приторным запахом, обильная жидкая мокрота; больной потерял всякий аппетит и начал худеть. 2-го июня на консилиуме мною было предложено впрыскивание антидифтерийной сыворотки, и тогда же было введено под кожу больному 5000 единиц антитоксина.

Других мотивов для такого терапевтического вмешательства в этот момент, кроме протеинотерапии, не было. На другой день самочувствие больного резко улучшилось, температура пала до $37,2^{\circ}$ утром, $37,5^{\circ}$ вечером. На третий день температура оказалась нормальной и появилась мокрота в значительно большем количестве. Через 5 дней прекратилась боль в левом боку, исчез фокус оплотнения в легком, а количество мокроты изо дня в день стало уменьшаться. Кашель начал ослабевать, а зловонный запах постепенно при дыхании исчезать, появился аппетит, и силы больного начали прибывать.

Через десять дней после применения серотерапии больного нельзя было узнать, насколько он оправился: появился румянец, больной стал прибывать в весе, заметно пополнился, хотя общая слабость его еще не оставляла.

При исследовании мокроты туберкулезных бактерий в ней не было обнаружено, при чем в момент наибольшего выделения мокроты, последняя сверху была несколько пениста, очень водяниста с ничтожным на дне беловато-желтоватым осадком.

П. взял месячный очередной отпуск. По окончании отпуска больной возвратился совершенно выздоровевшим, окрепшим и трудоспособным.

2-й случай. Л.А.С., 27 лет от роду, житель соседнего с г. Каинском села Мошнине, заболел во второй половине мая 1930 г., простудившись во время командировки. Было лихорадочное состояние, очень сильный мучительный кашель, колотье в правом боку. Лечившие врачи, по словам больного, определяли у него туберкулез и абсцесс легкого.

30 июля больной прибыл в Каинск. Я нашел у него явления гнилостного бронхита с резким исхуданием и малокровием, сильнейшей одышкой и почти непрерывным кашлем. Л., по его желанию, был немедленно помещен в больницу, где пролежал 5 дней, и был выписан с диагнозом туберкулез легких (III) без лабораторного бактериологического исследования мокроты. Температура у больного была очень незначительно повышена за все время и не поднималась выше 38° . Больной выписан из больницы в очень тяжелом состоянии с анемичными явлениями, резкой общей слабостью, интоксикацией и очень частым пульсом.

8-го августа больному, явившемуся в амбулаторию в таком состоянии, как и в первом случае, была впрыснута антидифтерийная сыворотка в количестве 5000 единиц антитоксина.

15-го августа больной повторно, согласно указанию, явился в амбулаторию. За это время явлений сывороточной болезни у него не было вовсе, сразу изменилось к лучшему состояние самочувствия, постепенно стал утихать кашель и исчезать зловонная мокрота и дыхание; тогда же больному была впрыснута вторая порция той же валентности антидифтерийной сыворотки. Еще через неделю больной поправился, окреп, со стороны легких все явления исчезли.

При лабораторной проверке, перед началом серотерапии, бактерий Коха в мокроте больного не было найдено.

3-й случай относится к женщине П.А.П.; 31 года, жительнице г. Каинска, заболевшей 22 апреля 1932 года и лечившейся только амбулаторно.

27-го апреля больная впервые обратилась в амбулаторию с жалобами на колотье в боку и явлениями сухого плеврита, нерезко выраженными. Через 6 дней, 3-го мая, у нее был обнаружен гнилостный бронхит с обильной зловонной мокротой и мучительным кашлем, резкое малокровие с землистым оттенком цвета кожи, похудание, плохое самочувствие, явления интоксикации с резким учащением пульса и субфебрильной температурой тела. Больной тогда же была впрыснута антидифтерийная сыворотка 3000 единиц антитоксина.

10-го мая у больной запах при дыхании почти исчез, кашель резко уменьшился, мокрота оказалась в умеренном количестве слизистого характера, самочувствие было хорошее, хотя и при значительном малокровии, пульс 80 в 1 минуту, хорошего наполнения, температура тела $36,2^{\circ}$ утром. При лабораторном исследовании бацилл Коха в мокроте не было обнаружено. Больной впрыснута

дополнительно в мышцы ягодицы еще такая же порция антидифтерийной сыворотки.

16-го мая оказалось, что симптомов сывороточной болезни у больной не проявлялось вовсе, кашель исчез, выделение мокроты прекратилось, и совершенно исчез гнилостный запах при дыхании, который так пугал нашу больную, исчезла и плевритическая боль в боку. Самочувствие у ней очень хорошее; больная весела, жизнерадостна, сон и аппетит—хорошие, малокровие уменьшается.

27-го мая больная заметно поправляется, значительно прибавила в весе, на щеках расцвет румянец, как и до болезни. Со стороны органов грудной клетки все в норме.

У всех трех наших больных при обследовании не было обнаружено воспалительных или гнилостных процессов ни во рту, ни в глотке, ни в носу, ни в носоглотке; все явления были строго локализованы в бронхах; при чем в первом случае были симптомы очаговой бронхопневмонии с раздражением плевры, во втором случае раздражение плевры без ясно выраженного пневмонического фокуса, повидимому, с явлениями временной закупорки бронха, а в третьем случае процесс первоначально обнаружился только явлениями плевродинии.

Первый больной болел около 2-х месяцев, а с отпуском почти 3 месяца. Второй проболел приблизительно столько же времени, но как более молодой и с более крепким телосложением и хорошим физическим развитием поправился значительно скорее, и наконец в третьем случае больная перенесла свое заболевание почти на ногах. За то у нее специфическая терапия была применена очень рано—через 10 дней от начала заболевания, точнее при первых признаках развивающегося гнилостного процесса в бронхах; тогда как в первом случае серотерапия была применена только через месяц, а во втором больше, чем через два месяца после начала заболевания.

Прибегнуть к специфическому лечению антидифтерийной сывороткой больных с гнилостным бронхитом нас заставило стремление не столько выяснить этиологию этого страдания *ex juvantibus*, что было бы крайне проблематично, сколько целый ряд клинико-патологических соображений:

1. Относительно недавнее начало заболевания у наших больных.
2. Неопределенность прогноза при гнилостном бронхите и невыясненность прямой начальной причины этого страдания, большая неуверенность и почти полная безнадежность обычного симптоматического лечения, обуславливаемая тем, что патологический материал попадает в руки исследователей очень поздно и со всевозможными осложнениями: пневмоническими фокусами, бронхоэктазиями, склонностью к гангрене легочной ткани.
3. Значительное увеличение заболеваемости дифтерией вообще (Данилевич, Колтыпин, Вейнберг, Феер) и в частности в нашей местности, даже среди взрослых людей, причем у них болезненные процессы проходят в большинстве случаев иначе, не так как у детей, а склонностью к более хроническому течению болезни.
4. Гнилостный процесс может иметь место в живом организме, до тех пор совершенно здорового человека, только при условии понижения жизнеспособности поверхностных тканей слизистой оболочки бронхов.
5. Тот факт, что наибольшая способность создавать на слизистых оболочках некробактериальные состояния их, первоначально поверхностных слоев, принадлежит преимущественно продуктам жизнедеятельности бактерий Лёффлера.

6. Личные наши наблюдения над затянувшимися дифтерийными процессами у детей и взрослых в носу и зеве в форме очагов воспалительной ограниченной гиперемии до и после применения противодифтерийного лечения сывороткой, при чем обычно имеются налицо зловонные отделения, а гнилостный запах из полости носа и глотки совершенно такой же, как и у описанных нами больных.

7. То, что нам самим лично пришлось за последние 5 лет перенести затяжного характера в начале нераспознавшую дифтерию два раза и испытать гнилостный распад в зеве и носоглотке с большой воспалительной отечностью мягкого неба; эти явления через 2—3 дня исчезли только после применения специфического антидифтерийного лечения.

В результате же антидифтерийного лечения при гнилостных бронхитах, давшего такой быстрый эффект и успех у наших трех больных, очевидно благодаря свежести заболевания и отсутствию опасных, при затянувшейся течения болезни, и далеко зашедших осложнений и разрушений, дает нам некоторое право высказываться за дифтерийную этиологию в начальном периоде наших случаев гнилостного бронхита.

Клиника профессиональных заболеваний Казанского медицинского института и Государ. института для усовершенствования врачей. (Заведующий доцент А. Я. Плещицер, консультант проф. З. И. Малкин.)

О выделении мышьяка легкими в клинике мышьяковых отравлений.

Доцент А. Я. Плещицер.

В прежних наших работах мы указывали на то значение, которое имеет в клинике профессиональных отравлений вопрос о выделении мышьяка легкими¹⁾. Примененная нами совместно с А. А. Преображенским методика определения малых концентраций мышьяка в выдыхаемом воздухе биологическим путем²⁾ в экспериментах на кроликах и у людей, получивших подкожные впрыскивания лечебных доз мышьяка, была нами проведена в двух случаях отравления мышьяком.

Б-ая Судова, 21 г., была доставлена в клинику 10 июня 1934 г. по поводу отравления мышьяком. Накануне в 9 часов вечера она приняла около грамма мышьяка. Вскоре у нее появилась рвота, которая продолжалась всю ночь и понос. Дома она принимала молоко, но каждый раз молоко вырывало обратно. Больная нормального телосложения, хорошо упитанная, жалуется на боли в животе, тошноту и рвоту. Больной было сделано промывание желудка, назначен *Antidotum arsenicici* внутривенные вливания глюкозы, клизмы с *Magnesiae ustale*. Начиная с третьего дня были назначены еще 2 раза в день клизмы с глюкозой по 500 см. изотонического раствора. Первые три дня больная чувствовала себя слабой; у нее наблюдалось учащение пульса, глухие сердечные тоны и частая рвота, которая прекратилась только к концу третьего дня. Стул был жидкий 5—6 раз в сутки. Начиная с 6-го дня больная стала чувствовать себя лучше; боли в животе исчезли, стул стал оформленный, тоны сердца стали ясней, пульс стал нормальным. На 10-й день больная выписалась.

Б-ая Мухова, 20 лет, приняла 15 июня с. г. порошок мышьяка, примерно, как порошок аспирина. Дома у нее была рвота, понос и боли в животе.

¹⁾ Результаты исследования здоровья рабочих мышьякового цеха Щелковского химкомбината—Сборник работ Каз. гос. мед. инст. 1933 г., № 7.

²⁾ Казанский медицинский журнал. 1932 г., № 7.