

ния AS оставалась все время высокой (39,1—38,8) и наблюдался жидкий стул. На 16-й день сывороточная сыпь приняла геморрагический характер и ребенок скончался при нарастающей сердечной слабости.

в) Боря Н., 16 лет, поступил на 2-й день болезни со скарлатиной средней тяжести, с типичной равномерно расселянной по всему телу сыпью, с фолликулярной ангиной, с резко выраженными явлениями интоксикации. Введено 100 к. с. AS серии № 10 внутримышечно. На 10-й день болезни появились боли в суставах, на 11-й — urticaria и отек верхних конечностей. На 15-й день носовое кровотечение, боли в животе, рвота, задержанный стул (при аутопсии — кровоизлияния в брыжжейку). На 16-й день — белок и кровь в моче, икота; сыпь стала геморрагической. На отечной коже конечностей видны сплошные кровоизлияния. На 21-й день появились кровоизлияния в слизистую десен, в дальнейшем некроз и нома. На 2-й день болезни больной умер.

Приведенные случаи лишний раз подчеркивают необходимость пользования очищенными от белка и концентрированными сыворотками и на путь приготовления таких сыворонок должны встать институты нашего Союза.

### *В ы в о д ы.*

1. Имея в виду отрицательное побочное действие от применения лечебных сыворонок, необходимо пользоваться очищенными от белка и концентрированными сыворотками.

2. Антискарлатинозная сыворотка должна применяться не во всех случаях заболеваний скарлатиной, а лишь в тех случаях, когда имеется интоксикация.

3. После 3-го дня от начала заболевания, особенно при септических формах эффект от применения AS незначителен.

4. При сывороточном лечении скарлатины, в особенности при раннем применении сыворотки, % осложнений значительно снижается.

5. Несмотря на наличие антитоксической сыворотки нельзя считать окончательно решенной проблему специфического лечения скарлатины.

6. Заболеваемость скарлатиной среди татарского населения ниже, чем среди русского населения.

7. Для большей эффективности активной иммунизации против скарлатины необходимо широко охватить ею детей наиболее раннего возраста, а также прививочную кампанию проводить в более короткий срок.

---

Из клиники детских болезней Казанского государственного мединститута  
(Директор проф. В. К. Меньшиков).

## **Дизентерия по материалам детской клиники Мединститута за период с 1931 по 1933 включительно.**

Асс. Р. А. Дивеева и Г. Я. Бабинская.

Несмотря на то, что смертность детей от желудочно-кишечных заболеваний, по последним статистическим данным, занимает уже не первое место среди других детских заболеваний, все-же летние поносы, в особенности дизентерию, можно считать бичом детского населения.

Поэтому мы считаем не лишним поделиться данными, полученными по материалам нашей клиники за последние три года.

При постановке диагноза мы руководствовались чисто клинической картиной болезни.

Бактериологические исследования производились в небольшом проценте случаев; при чем выяснилось, что этиологически дизентерия являлась далеко не однородной.

Через наше отделение за три года прошло 120 больных, из них до 6 мес 5 чел., от 6—12 мес.—20 чел., от одного года до двух—43 чел., с 2 до 5—27 чел., с 5—10—18 чел., и свыше—7 чел.

Из таблицы видно, что максимум заболеваний падает на возраст от 1 г. до 2-х лет.

В 1933 году, по сравнению с предыдущими годами, возросло число заболеваний и среди детей старшего возраста.

По социальному положению больные относились к следующим группам: детей учащихся было 3,3%, военнослужащих 6,6%, детей из детдома 10%, колх и безраб. по 2,5%. Детей рабочих 42%, детей служащих 33%.

По национальности—татар было 2% больных, русских 72%, нацмен 1%.

По полу—мальчиков 50% и девочек 50%.

Максимум заболеваний падал на летний период—июль, август. В зимние месяцы мы имели единичные случаи, с мая же кривая заболеваний давала подъем, достигая максимума в июле, а затем медленно снижалась к ноябрю м-цу. Январь дал 2 заб., в феврале не было, в марте 1 случай, в апреле не было, в мае 2 сл., в июне 20, июле 43 сл., августе 33, сентябре 10, октябре 9 случаев. Что касается дня поступления больных в стационар, то большинство из них поступало сравнительно поздно, так, 40 чел. поступили до 5 дня, 30 чел. с 5 по 10-е и остальные 50 больных были приняты в стационар после 10-го дня заболевания.

Начало заболевания было острое, внезапное и только у 14 детей раннего возраста предшествовала диспепсия. Некоторые дети до дизентерии перенесли следующие инфекции: корь, коклюш, воспаление легких.

Собирая анамнез, мы интересовались вопросом питания детей. Все дети в возрасте до года получали женское молоко, по словам матерей, большинство кормилось регулярно через известные промежутки времени. Прикорм вводился своевременно.

Среди детей старше года—26 чел. получали хорошее питание, 62 ребенка удовлетворительное и 32 чел. неудовлетворительное, как в качественном, так и в количественном отношениях. Весь материал по тяжести течения болезни мы распределили на группы случаев—легких, средних и тяжелых.

При этом мы имели в виду следующие моменты: общее состояние, состояние питания, явления со стороны желудочно-кишечного тракта, участие сердечной сосудистой системы, степень интоксикации, течение болезни и осложнения.

Тяжелую форму можно отметить в 76 случ., или в 63%, среднюю в 39 случ. или в 33% и легкую в 4 случ. или 4%. На тяжесть заболевания оказывал влияние возраст—так, тяжелые формы чаще мы наблюдали у детей до 5 лет, после 5 лет преобладали средние и легкие формы.

Кроме возраста на тяжесть заболевания имело влияние и состояние питания ребенка, а именно, по нашим материалам тяж. форма наблюдалась у детей с пониженным питанием. Из 120 детей у 26 состояние питания было хорошее, у 57 пониженное и у 37 резко пониженное. Пониженное состояние питания наблюдалось у детей, главным образом в возрасте от 1 года до 2-х лет, этот возраст и дал нам, главным образом, тяжел. формы течения болезни. По течению болезни отмечаются острые случаи с длительностью до 3—4 недель и хронические больше м-ца; больных с хроническим течением дизентерии было 20 чел., остальные 100 дали острое течение.

Мы имели возможность наблюдать среди наших б-ных случаев самого разнообразного течения, начиная от легких и до токсических форм.

Тяжелые формы сопровождалась явлениями интоксикации, сонливостью, вялостью, иногда с помрачением сознания. В легких случаях наблюдали некоторую вялость, и то не всегда. Температурная кривая характерных особенностей не представляет, и не отражает тяжести заболеваний, у 50 больных температур была нормальная, у остальных была повышена и появлялась часто в связи с осложнениями.

Из явлений желудочно-кишечного тракта можно отметить рвоту в 25% в раннем возрасте и у тяжело больных. Часто наблюдалось отсутствие аппетита, в особенности в разгаре болезни. Старшие дети жаловались на боли в животе, частота стула соответствовала в большинстве случаев тяжести заболевания. Стул у 20 б-ных наблюдали от 5 до 10 в сутки, у 30 от 10—20 и у остальных 70 б-ных свыше 20 раз, иной раз доходя до 100 в сутки.

В отдельных случаях на ряду с тяжелой интоксикацией приходилось наблюдать стул не чаще 5 и 10 раз в сутки. В легкой и средней форме стул состоял из каловых масс с примесью крови и слизи, при тяжелых из кровянистой слизи без каловых масс, позднее с примесью гноя.

В легких и средних случаях явления со стороны сердечно-сосудистого аппарата были слабо выражены или совсем отсутствовали. В тяжелых случаях, сопровождались учащенным мягким пульсом и глухостью сердечных тонов.

Пять больных поступили к нам на 3—4 неделе, с запущенной формой дизентерии с безбелковыми отеками. Из осложнений можно отметить воспаление легких в 11 случ., выпадение прямой кишки в 3 случ., афтозным стоматит в 3 сл. и пиурию в одном случае.

Кровь исследовалась у большинства б-ных, причем она не представляла ничего специфического для данной инфекции.

В разгаре болезни мы наблюдали небольшой лейкоцитоз, сдвиг влево, а в периоде выздоровления—неб. лимфоцитоз.

Лечение больных было преимущественно диететическое. Все дети грудного возраста получали женское молоко, при недостатке жен. молока добавляли молочную смесь соответствующего разведения 1:1 или 2:1 с 5% сахара, добавляя сюда известковую воду, в некоторых случаях давали рисовый отвар с творогом и 5% сахара. Творог начинали давать после 6 м-цев.

Дети старше года получали отвар с творогом, который давали только первые дни. с улучшением общего состояния вскоре же переходили на молочную смесь с творогом. У 9 б-ных с первых же дней применяли молочную смесь соответ. разведения с творогом—5% сахара.

По мере улучшения общего состояния вводили каши, сначала рисовую, а затем манную, постепенно прибавляли кисель, сухари, картофельное пюре, мясо, яйца, а затем переводили на общий стол. Многие дети в течение болезни получали витамины в виде яблочного пюре.

Яблочная диета применялась у нас с 1931 года. Было проведено на яблочной диете 14 человек, преимущественно детей старшего возраста, начиная с 1 года до 14 лет.

Эффект был хороший, даже и у тяжело больных, обычно после яблочной диеты уже на 2—3 день улучшилось общее состояние, ребенок становился живее, появлялся аппетит, стул делался реже и более оформленным, исчезала кровь и слизь. После яблочной диеты давали первые 2 дня рисовый отвар или молочную смесь с творогом, а затем переводили на общий стол. Как правило, через 7 дней после яблочной диеты ребенок настолько поправлялся, что мог быть выписанным домой. Для иллюстрации мы приводим историю болезни.

Больной Лева С., 3 г. 9 мес., поступил в клинику 7 октября 1933 г., родился в срок, кормился грудью матери до 5 м-цев, с 5 м-цев начали прикармливать кашей, киселем и молочной смесью. Перенес болезни: грипп 3-х м-цев, понос 8-ми м-цев, коклюш и воспаление легких 2 лет 6 м-цев. В настоящее время ребенок получает общий стол, качественно не вполне удовлетворительный. Заболел 6 дней тому назад внезапно. Появился учащенный стул 12—13 раз в сутки. На 5-й день мать заметила в испражнениях примесь крови. У ребенка имеются тенезмы и жалобы на боль в животе.

С этими жалобами на 6-й день болезни поступил в наше отделение. При приеме общее состояние удовлетворительное, ребенок несколько пастозный, кожа и слизистые бледноваты. Состояние питания несколько понижено. Вес 10.900, лимфатич. железы прощупываются всюду, мелкие подвижные безболезненные. Живот несколько вздут, при пальпации болезнен. Язык обложен. Стул 12 раз со слизью и кровью. Ребенку в день поступления дали ст л. ложку касторки и на следующий день 8-го октября с утра назначили яблочную диету по 750,0 на день продолжительностью на два дня. 9/X состояние хорошее, темп. норм., аппетит плохой, стул 3 раза жидкий со слизью и кровью. 10/X состояние хорошее, аппетит хороший, стул нормальный, вес стоит на одном уровне. С 5 дня 13/X после поступления ребенок начал прибывать в весе, стал получать кисель, кашу, сухари, мясо и 14/X выписался домой.

Об эффекте наших диететических мероприятий при дизентерии показывает приводимая таблица № 1.

Результаты применения различной диеты при дизентерии

	Возраст. больн.						Частота стула				Исход б-ни					
	0-6	6-12	1-2	2-5	5-10	Свыше	Общ. кол.	до 5	5-10	10-20	Свыше	Уд.	Хор.	Тяж.	См.	См. %
Жен. м. . . . .	6	4	2	—	—	—	12	2	2	1	7	3	2	3	5	40%
Жен. м. и отв. с твор. . . . .	6	4	—	—	—	—	10	—	1	2	2	—	—	4	6	60
Жен. м. молочная смесь . . . . .	2	2	2	—	—	—	4	1	6	—	—	—	1	2	1	25
Рис. отв. и твор. . . . .	2	10	28	19	2	1	62	22	16	9	15	12	19	2	29	47
Молоч. смесь и твор. . . . .	5	2	1	—	—	—	9	3	3	—	3	3	3	—	—	—
Смесь . . . . .	1	4	1	—	—	—	9	1	3	—	5	1	4	—	4	44
Ябл. диета . . . . .	1	3	6	3	1	—	14	1	3	3	7	4	9	1	—	—

Из таблицы № 1 видно, что наибольший эффект дает яблочная диета, второе место по результату дает молочная смесь створогом. Кроме диет. мероприятий в некоторых случаях применяли симптоматическую лекарственную терапию.

Теперь необходимо сказать об исходе заболевания. В среднем % смертности по нашему материалу равняется 38%. При чем при легком и среднем течении болезни % смертности равен 10%, при тяжелом 54% (таблица № 2).

Смертность от дизентерии по возрасту.

Возраст б-го.	День поступл.			Течение б-ни			Исход						
	общ. кол.	До 3 дн.	3-5	5-10	Свыше	Легк.	Ср.	Тяж.	Хор.	Удов.	Тяж. сост.	Смерть	Смерть в %
0-6 м. . . . .	5	—	2	—	3	—	3	2	1	1	—	3	60
6-12 м. . . . .	20	1	4	5	10	2	5	13	4	4	4	8	40
1-2 г. . . . .	43	6	5	12	20	1	15	27	13	11	5	14	35
2-5 . . . . .	27	8	3	7	9	1	7	19	7	4	3	13	50
5-10 . . . . .	18	1	7	5	5	1	6	11	8	1	2	7	40
Свыше . . . . .	7	3	—	1	3	—	3	4	5	2	—	—	общ. смерт.
Общ. к-во . . . . .	120	19	21	30	50	5	39	76	38	23	14	45	38

Смертность зависит как от возраста, так и от дня поступления б-го в стационар (таблица № 3).

Исход заболеваний в связи с днем поступления в клинику

День. поступл.	Исход				
	Удовлет.	Хороший	Тяж. сост.	Смерть	Смерть в %
До 3-х дней . . . . .	6	8	2	3	15,7%
С 3-х до 5 дн. . . . .	1	7	3	10	47,6%
С 5 до 10 д. . . . .	9	4	3	14	46,6
Свыше 10 д. . . . .	7	19	6	18	36
Общ. к-во . . . . .	23	38	14	45	

Из таблицы № 2 видно, что больший % смертности дает возраст с 1-5 лет, из таблицы № 3 видим, что своевременная госпитализация больных снижает смертность. По нашему материалу меньшую смертность дали дети, поступившие к нам до 3-го дня заболевания — 15%. Затем % смертности у поступивших от 3 до 10 дня резко повышается, доходя до 47%. У поступивших в стационар после 10-го дня % смертности несколько снижается. Это несоответствие между днем

госпитализации и % смертностью можно объяснить тем, что часть случаев протекала как легкая форма, почему и госпитализировалась поздно.

### *Выводы.*

В заключение мы позволим себе сделать следующие выводы:

- 1) Наичаще дезентерия встречается у детей в возрасте от года до 2-х лет.
- 2) Максимум заболевания падает на летний период.
- 3) Наиболее тяжелые формы наблюдаются в июле и августе у детей в возрасте до 5 лет.
- 4) Лучший эффект из диететических мероприятий дает яблочная диета.
- 5) Второе место по эффективности у старших детей занимает молочная смесь с творогом.
- 6) Большая смертность наблюдается у детей в возрасте до 5 лет и тем она выше, чем позже госпитализируется больной.

Наши результаты далеко неудовлетворительны.

Мы видим еще большой процент смертности среди больных. Дизентерия до сих пор остается большой угрозой для жизни детского населения. Проблема борьбы с летними детскими поносами является широкой общественной задачей сегодняшнего дня.

## **Связь кожных заболеваний с расстройствами внутренних органов.**

**Проф. А. П. Иордан.**

Настоящая дерматология или учение о кожно-венерических болезнях была основана только в 18 столетии английским врачом Уильямом (Willan), жившим с 1757 года до 1812 года. Он впервые разделяет кожные болезни по своим морфологическим признакам. Второй основоположник нашей специальной дисциплины был французский врач Базен (Bazein), живший с 1807 до 1883 года в Париже. В своем руководстве он говорит о болезнях кожи, вызванных наружными причинами и другими, зависящими от диатеза и конституциональных расстройств моментами; таким образом он уже ставил часть этих болезней в связь с внешними и отчасти с внутренними причинами. По этому автору диатезы характеризуются образованием одного болезненного продукта, который может находиться во всех органах, как, напр., при туберкулезе и карциноме. Конституциональные болезни характеризуются суммой весьма различных болезненных продуктов, которые могут влиять на все органы. Кроме того, Базен говорит об изменениях кожи, зависящих от расстройств внутренних органов, как, например, желтуха при желтой лихорадке, дальше гангрена при чуме, петехиальные сыпи при сыпном тифе. Однако, он причислял к этой группе, зависящей от расстройств внутренних органов, разные другие болезни кожи, как то: пузырьчатку, герпес и другие дерматозы, обстоятельство, которое в дальнейшем не подтвердилось. Поэтому идея третьего, выдающегося дерматолога прошлого века, венского профессора Гебра, предлагающего болезни кожи распределить по патолого-анатомическим данным, нашла больше приверженцев. Долгое время взгляд Гебра оставался господствующим, но в настоящее время, особенно у нас, совершенно справедливо болезни не рассматривают как комплекс симптомов, а видят причину в расстройстве общего состояния здоровья.

Естественно поэтому старание дерматологов *искать связь болезней кожи с расстройством обмена веществ*, так как в течение последних десятков лет исследования в этом направлении получили большое и вполне заслуженное распространение.

В качестве примера можно указать на исследования Гей, Рей и Эгеа (Gay, Rey и Egea), которые нашли у больных, страдающих кожным зудом и крапивницей то уменьшение, то увеличение сахара в крови. По другим (Corisa