

V.

Глава о моче менее разработана. Вышеуказанная „реакция“ мочи около 6,0 является лишь средней. На самом деле у здоровых субъектов рН колеблется в течение дня от 6,2 до 7,2, в течение ночи — от 5,2 до 5,75. Следовательно, ночью моча сильно кислая, тогда как днем — почти нейтральная. После еды в течение 2—3-х часов моча становится щелочнее. О влиянии диеты мы уже говорили в главе о крови; то же относится и к моче. Повышенная мышечная деятельность повышает кислотность мочи.

В заключение остается сказать, что вопрос о концентрации водородных ионов в настоящее время находится в самом разгаре разработки, и мы в праве ждать от него еще очень много интересного в разных областях биологии и медицины.

ЛИТЕРАТУРА.

1) Скадовский. Природа, 1917, № 7—8.—2) Он же. Труды Биологич. Лаборат. проф. Н. Кольцова при Унив. Шаньявского, 1915.—3) Gamble. Lancet, 1922, № 5152.—4) Tusting Cocking. The Chemical Age, Jan. 28, 1922.—5) Hill. Nature, v. 111, № 2787, 1923.—6) Lancet, 1923, № 5125.—7) Sørensen. Ergebnisse der Physiologie, 1912.—8) Spiro. Verh. d. Ges. deut. Naturforscher u. Ärzte, 87, 1922.—9) Ascher. Schweizer. med. Woch., 1922, № 1—2.—10) Staehelin. Ibidem.—11) Weil. Klin. Woch., 1922.

II Всесоюзный С'езд по борьбе с малярией в Москве.

А. Шварцмана.

С 14 по 19 января с. г. в Москве происходил II С'езд по борьбе с малярией. С'ехалось до 170 делегатов. Открыл С'езд Наркомздрав З. П. Соловьев. С приветствием и пожеланием успеха С'езду выступил Наркомздрав Н. А. Семашко. С'езд провел все время в пленарных заседаниях, почему много докладов пришлось сократить. Все заслушанное можно разделить на доклады: 1) общественного характера и 2) чисто-научные.

В докладе о распространении малярии в России д-р Добрейцер указал на сильное развитие малярии в 1923 году, когда за первые 10 мес. заболело до 4.887.000 человек,—в то время, как до войны заболевало ежегодно $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ миллиона человек в год.

Исследуя годовую кривую с 1890 г., д-р. Добрейцер указал на 2 под'ема кривой,—в 1904 г. и в 1912—13 г.г.,—и высказал предположение о периодичности малярийных эпидемий. В 1923 году эпидемия малярии значительно распространилась в стране, идя с юга на север. До войны сильнее всего поражен был малярией Кавказ, а в 1923 г.—Нижнее и Среднее Поволжье, где заболеваемость равнялась 76—129 на 1000 населения. Исследование помесечной кривой малярии до войны давало весенне-летний под'ем, в 1922 г.—осенний под'ем, а в 1923 г.—вновь весенний под'ем. Осеннего под'ема в 1923 г. почти не наблюдалось. Это, по мнению д-ра Д., является до известной степени благоприятным признаком для прогноза эпидемии в 1924 году. Кроме распространения самой малярии, по всей России наблюдались заболевания тропической малярией там, где ее раньше не было. То же относится к распространению *апорфелеса*: он обнаружен и на крайнем Севере, и на высоте 4.000 футов над уровнем моря (в Дагестане). Малярия нанесла и наносит громадный ущерб всему народному хозяйству (в промышленности, в сельском хозяйстве, на транспорте). Население потеряло вследствие малярии не менее 100 миллионов рабочих дней. Поэтому НКЗ обратил особое внимание на борьбу с малярией и организовал вновь 3 тропических института, 4 протозойных отделения при бактериологических институтах и 103 малярийных станции. В 1924 году предполагается открыть еще 60 станций. Докладчик признал крайне важным привлечь к борьбе с малярией не только хозорганы и профессиональные союзы, но и страховые кассы на местах. В заключение он указал на важное значение зимней противомаларийной кампании, так как, по его словам, „один зимний малярик опаснее 100 летних“.

В докладе д-ра Шевелева о малярии в красной армии и во флоте была показана зависимость эпидемии прежде всего от состояния кадров пополнения, а затем от условий военной жизни (учеба, маневры, лагеря). Благодаря принятым мерам (профилактическая хинизация), количество первичных заболеваний малярией в 1923 г. было меньше, чем в 1922 г.

На Украине и в других районах Союза заболеваемость малярией в 1923 г., как было констатировано в многочисленных докладах, на много превысила заболеваемость 1922 г.

В докладе о заболеваниях малярией в детских учреждениях Московской губ. д-р Дьяков указал, что в некоторых домах малярийных детей—до 80% всех детей, и что главной причиной этого явления служит пребывание детей летом в колониях. Это было доказано исследованием количества носителей плазмодиев среди детей до отъезда и после возвращения их из колоний.

Д-р Шингарева указала на частые случаи комбинации малярии с туберкулезом у детей. Из 218 детей-маляриков 150 были больны одновременно туберкулезом. Диагноз туберкулеза при малярии очень затруднителен, причем железистый туберкулез часто симулирует малярию. Только исследование крови на паразитов и на лейкоцитарную формулу дает ключ к выяснению диагноза. Лечение таких больных весьма упорно. Автор предлагает для борьбы с малярией, как с социальной болезнью, учреждения диспансерного типа.

Доклады о профилактических мероприятиях против малярии касались главным образом двух основных мер: профилактической хинизации и гидротехнических работ.

О профилактической хинизации в красной армии докладывал д-р Савельев. Хинизация проводилась в разных частях армии разными методами. Результаты выразились в резком уменьшении заболеваемости в армии осенью 1923 года.

На железных дорогах Закавказья (доклад д-ра Федорова), благодаря профилактической хинизации, в наиболее пораженных малярией участках получилось резкое уменьшение заболеваемости малярией сравнительно с менее пораженными, но не хинизированными участками. Авторы считают профилактическую хинизацию прекрасным средством, но применять ее следует только в тех районах, где гидротехнические работы почему-либо невозможны. Профилактическая хинизация требует затраты больших количеств хинина.

Интересный доклад о теории хинной профилактики малярии сделал д-р Мошковский. Ввиду вылета комаров после захода солнца и ввиду того, что введенный хинин циркулирует в крови всего несколько часов, д-р М. советует давать хинин по 0,25 за $\frac{3}{4}$ часа до захода солнца. В этом же докладе автор обращает внимание на скрытые приступы малярии, предвестники обычных приступов, а именно, за несколько дней до лихорадочного приступа у больного иногда наблюдается незначительное повышение to и учащение пульса и дыхания; в это же время в толстой капле можно уже обнаружить плазмодиев.

Что касается гидротехнических работ, то на Съезде был представлен Наркомздравом план гидротехнических работ в Союзном масштабе, согласованный с планом НКЗема (доклад инж. Иванецкого). Кроме того, были описаны оро-гидротехнические работы, произведенные в Азербейджане и друг. районах. Наконец, инж. Арканов представил доклад об искусственном подземном орошении садов и полей по американскому способу и способу Корнева. Оба последних способа гораздо дороже обычных, но зато с санитарной точки зрения весьма ценны.

По биологии комара, особенно *anopheles'a*, было заслушано 3 доклада. Выводы авторов,—что количество скота играет несомненную роль в развитии малярии, и что нефтевание дает хорошие результаты только в водоемах временных, постоянные же водоемы нуждаются в дренажных и мелиоративных работах.

Вторая часть Съезда, посвященная клинике малярии, привлекла особенное внимание и всего Съезда, и врачей Москвы.

Доклад д-ра Ляховецкого (отца) о ряде случаев наблюдавшегося автором перехода одного вида плазмодиев в другой, ввиду его малой доказательности, не встретил сочувствия на Съезде.

Доклады о морфологии крови при малярии (Шингаревой, Страдомского и Золотаревой) подтвердили наблюдавшийся всеми исследователями при малярии сдвиг влево лейкоцитарной формулы, моноцитов и лимфоцитов. Цветной показатель при тяжелой малярии вначале больше 1, а затем, под влиянием лечения, равняется 1 или даже меньше. Необходимо, по заявлению

д-ра Страдомского, при вычислении гемоглобина принимать во внимание не только величину эритроцитов, которая при малярии бывает уменьшена, но и цвет самой плазмы крови.

Реакция Wasserman'a у маляриков (доклады Де-Жоржа и Ляховецкого-сына) давала положительный результат в 47% случаев. У д-ра Ляховецкого все положительные реакции наблюдались только до августа, после же августа все реакции были отрицательными. Лечение хинином переводит положительную реакцию в отрицательную, и на этом основании д-р Де-Жорж предлагает RW для дифференциальной диагностики малярии и сифилиса. В прениях по поводу этих докладов некоторые указывали, что они ни разу не получали при малярии положительной RW, а д-р Штибер указал на серологическую реакцию на малярию по способу проф. Горовиц-Власовой с малярийным антигеном, каковую реакцию он считает специфичной. Указывалось также в прениях на то, что сифилис весьма сильно распространен в России, где 10% подкидышей (как и в Лондоне) дают положительную RW.

О свойствах крови при малярии было представлено несколько интересных докладов. Д-р Эпштейн проводил ауто-гемотерапию у маляриков. Результаты получились неособенно блестящие: 60% улучшения, 20% ухудшения, 20% отсутствия реакции. Однократная дача хинина 0,5 резко улучшала состояние больного на 2—3 недели.

Из ферментов крови протеаза и оксидаза во время приступа малярии, по исследованиям Богословской, понижены, количество же каталазы во время приступа повышено. После лечения количество ферментов приходит к норме.

Интересный доклад об агглютинационной способности крови при малярии (д-ра Ляховецкого-сына) сводится к тому, что лица, принадлежащие, по Moss'у, к I и II группам по типу агглютинации крови, легче заболевают малярией и труднее излечимы, IV же группа заболевает труднее и излечивается гораздо легче. Автор поэтому предлагает, в зависимости от принадлежности малярии к той или иной группе, применять индивидуализированный метод лечения.

Амплитуда колебаний резистентности эритроцитов в гипотонических растворах хлористого натрия (д-р Бартолотти) при малярии всегда расширена, причем R-minim. во время лечения хинином падает, после лечения же увеличивается, а R-max.—наоборот.

Д-р Муратова видоизменила способ Parrenheit'a сульфитальной окраски крови, а именно, 1 каплю разведенного раствора Brilliantkresylbleu она на предметном стекле соединяет с 1 каплей крови. Паразиты получают лилового цвета, находятся в движении, заметно также движение пигмента в гаметах tertianae и tropicae. Строение эритроцитов и лейкоцитов весьма ясно. При малярии, особенно тяжелой, наблюдается метакромазия эритроцитов, что указывает на молодой возраст последних.

Из докладов о клинике малярии необходимо отметить доклад проф. Р. А. Лурья о клинических типах малярийных инфекций и их классификации. Предложенная автором классификация маля-

рийных заболеваний, основаная на иммунно-биологическом принципе, следующая: I) Инкубационные формы. II) Первичная малярийная инфекция. III) Компенсированные формы малярии. IV) Декомпенсированные формы: 1) лихорадочные: а) рецидивы, б) рудименты малярии, с) провокационные приступы; 2) аспиректические и 3) эпималярийные: а) лихорадочные и б) безлихорадочные. V) Терминальные формы: а) малярийное худосочие, б) парамаларийные заболевания. VI) Смешанные малярийные инфекции. VII) Комбинированные формы—сочетания малярии с другими инфекционными болезнями, острыми и хроническими. Доклад был заслушан с большим интересом, и большинство участников Съезда признало необходимость выработать точную терминологию и классификацию малярийных заболеваний.

Вопросы *смешанной инфекции* дали 3 доклада, в которых указывалось на частоту смешанных инфекций, в среднем в 13% всех случаев; указывалось также, что в крови больного со смешанной малярийной инфекцией наблюдаются не только разные паразиты, но и разные их генерации.

В прениях по докладу о врожденной малярии был сообщен д-ром Соловьиным первый случай *настоящей врожденной малярии*, строго проверенный.

Самый больной и вместе с тем самый животрепещущий для врачей вопрос о *лечении малярии*, как и можно было ожидать, не получил на Съезде окончательного разрешения. Предлагалась масса способов лечения, но все они давали от 25% до 40% рецидивов. Указывалось на необходимость поднять питание больного и на важность изучения действия хинина на организм больного и на паразита. Интересное сообщение сделала д-р Лукова *об изменениях вен при внутривенных вливаниях хинина*. Она экспериментировала на собаках, причем получила следующие результаты: *chininum muriaticum* в разведении от 20% до 1% при всех условиях давал индурацию стенки вены и тромбоз ее, часто на 10—15 сантим. выше места вливания; *chininum* же *bimuriaticum* в любом разведении от 1% до 25% ни разу не дал никаких изменений в венах.

В резолюции по лечению малярии Съезд признал необходимым лечение прерывистое и продолжительное.

Вобщем нужно сказать, что II Съезд по малярии имел большое и общественное, и научное значение и показал, что во всех городах и уголках России идет очень напряженная работа по изучению малярии, которая разрешит, может быть, вопрос о профилактике и лечении малярийной инфекции, если не сейчас, то в ближайшие годы.
