

Таким образом из 46 детей заболело 8 (17,4%). Почти во всех случаях корью заболевших протекала легко. инкубационный период удлинялся до 16—17 дней. продромальный был выражен неясно. Сыпь часто была скудной.

Если мы сравним I и II группу, то I группа при меньших дозах дала лучший результат, чем II. Вероятно это можно объяснить тем, что сыворотка серии № 1 была получена после 2-хкратной иммунизации. Баар также отмечает, что сыворотка, полученная после 2-хкратной иммунизации, дает лучший эффект.

Из наших, правда небольших, наблюдений можно сделать заключение, что реактивированная сыворотка, введенная до 5 дня инкубации в количестве 10—15 куб., предохраняет от заболевания корью.

Введенная в меньших дозах большею частью дает ослабленные формы кори.

Хотя получение реактивированной сыворотки более сложно, чем сыворотки взрослых, в соответствующей обстановке, особенно где имеются сывороточные станции, реактивированная сыворотка должна занять надлежащее место, так как это даст возможность иметь в значительном количестве профилактическую ценную сыворотку.

К этому следует добавить, что Интернациональный съезд в Стокгольме в 1930 году реактивированную сыворотку по своему действию поставил между сывороткой реконвалесцентов и взрослых.

---

Из Всеукраинского Государственного института венерологии и дерматологии (директор проф. А. Н. Федоровский), отдела сифилидологии (зав. проф. Л. М. Маркус).

## Применение бисовероля в терапии сифилиса<sup>1)</sup>.

Б. Б. Гефт.

Из выпущенных нашей химической промышленностью патентованных висмутовых препаратов биохиноль пользуется в настоящее время наибольшей распространенностью. Однако эффективность биохиноля не в полной мере удовлетворяет клиницистов и наряду с блестящими отзывами об этом препарате (Брычев), имеются сдержанная (Голшмид) и резко отрицательная оценка его (Мронговиче).

Проф. Измаильский, занимаясь исследованиями в области химиотерапии препаратов висмута, изготовил препарат висмутовой соли, моновисмут-винной кислоты—Ві 126—, выпущенный в продажу в виде масляной суспензии под названием Bismoverol с содержанием около 67% Ві-металла; в 1,0 суспензии содержится 0,05 Ві.

Мы поставили себе задачей проверить действие этого препарата на материале отдела сифилидологии Всеукраинского Государственного института венерологии и дерматологии.

Под нашим наблюдением было всего 91 больной, леченных бисоверолем как амбулаторно, так и стационарно. Подавляющее число больных получило по одному курсу лечения, часть же больных получила 2 и даже

<sup>1)</sup> Доложено в Дерм-венерсекции X. М. О-ва 11/XI 1933 г.

3 курса лечения. Часть больных (52) проводилась нами на одном бисмовероле, часть же (39) на смешанном лечении—бисмовероль и новосальварсан.

Для сравнительной оценки изучаемого нами препарата бисмовероля, с наиболее распространенным биохинолем, нами были отобраны и изучены истории болезни больных, леченных как одним биохинолем, так и биохинолем + новосальварсан, и подошедших по своему возрасту, по клиническим проявлениям болезни к больным, проведенным нами на бисмовероле. Таких больных оказалось 70. В дальнейшем изложении мы и будем проводить сравнительные для обоих препаратов данные.

Лечение бисмоверолем мы проводили по приложенной к препарату инструкции. Для первых 2—3 инъекций мы давали по 0,5 суспензии, в дальнейшем мы переходили к дозе в 1,0 через день—всего 20 инъекций на курс, т. е. Vi-металла вводилось 0,9.

Подавляющее большинство наших больных до лечения бисмоверолем никакого другого специфического лечения не получало. За редким исключением наши больные хорошо переносили лечение бисмоверолем. Общее состояние их улучшалось; улучшался аппетит; вес нарастал у многих больных к концу курса довольно значительно (от 2 до 5 кило). Только у 3-х больных мы могли отметить в начале лечения общее недомогание, а у одного—ломоту в ногах после первых 3-х инъекций. Боли на месте инъекций наблюдались нами у 8 человек, инфильтраты у 5 больных (5,5<sup>0</sup>/о); инфильтраты под припарками, горячими сидячими ванночками рассасывались в несколько дней.

Из побочных явлений при лечении бисмоверолем мы наблюдали бисмутовую кайму в 21 случае (23<sup>0</sup>/о), чаще у верхних резцов, реже у нижних: в 7 случаях после 8 инъекций; в 6 случаях после 9 инъекций; в 3-х после 10 инъекций и в 5 случаях после 14 инъекций; появление каймы однако не препятствовало дальнейшему лечению. Ни в одном случае мы не имели стоматита или гингивита.

При применении же биохиноля мы могли чаще отметить жалобы больных на боли на месте инъекции; инфильтраты мы наблюдали в 10 случаях, что на 70 больных составляет 14,3<sup>0</sup>/о. Бисмутовая кайма при лечении биохинолем наблюдалась нами в 9 случаях и гингивиты в 2 случаях, т. е. всего в 11 случаях (15,7<sup>0</sup>/о) мы имели осложнения в полости рта.

Что касается влияния на почки, то мы при лечении бисмоверолем могли отметить раздражение почек в 11 случаях (12<sup>0</sup>/о); в 5 случаях были обнаружены следы белка, в 2 случаях мы имели 0,04<sup>0</sup>/оо, в 4 случаях эпителиальные цилиндры. С другой стороны мы в одном случае наблюдали уменьшение содержания белка в моче с 0,53<sup>0</sup>/о, до 0,11<sup>0</sup>/о. Бисмутовых клеток нам ни разу не пришлось наблюдать при лечении бисмоверолем. На 70 случаев, леченных биохинолем, мы получили раздражение почек в 17 случаях (24,3<sup>0</sup>/о); в 11 случаях—белок в моче и в 6 случаях—эпителиальные цилиндры.

Если сравнить данные о раздражении почек, полученные нами при применении биохиноля, с нашими данными для бисмовероля, то ясно обрисовывается меньшая токсичность бисмовероля в сравнении с биохинолем.

В нижеследующей таблице представлен наш материал по диагнозам и по методу лечения.

Диагноз	Lues I	Lues II recens.	Lues II recidiv	L. lat. ран.	L. lat. поздн.	Lues III act.	Lues III lat.	L. cer. spin.	Tabes dors.	L. viscerum	Arthro-lues	Всего
Бисмовероль (биохиноль) . . . .	1 (1)	6 (0)	4 (0)	4 (1)	7 (3)	19 (9)	4 (3)	— (1)	3 (4)	3 (2)	1	52 (24)
Бисмовероль (биохиноль) + новосальварсан . . .	16 (12)	7 (7)	2 (6)	2 (1)	2 (2)	1 (12)	2 (0)	3 (3)	1 (2)	—	2 (1)	39 (46)

В твердом шанкре и в мокнущем папулах спирохеты уже после 1-й инъекции становились мало-подвижными, но в каждом поле зрения можно было их видеть не больше 1—2 экземпляров. Спирохеты исчезали после 3—4 инъекций на 4—5 день после введения 0,2—0,25 Vi-металла.

*Люэс I (17 случаев).* Мы только один случай вели исключительно на бисмовероле, причем шанкр поджил после 6 инъекций, склероз рассосался после 12 инъекций, паховые железы уменьшились почти вдвое после 10 и исчезли после 15 инъекций бисмовероля. В 4 случаях мы начали лечение с применения бисмовероля и только после эпителизации шанкра, наступившей после 4—6 инъекций, мы прибавляли новосальварсан. В остальных 12 случаях первичного сифилиса, проводившихся с самого начала на смешанном висмут-сальварсанном лечении, мы получили такие результаты: шанкр в зависимости от величины распада эпителизовались после 3—4 инъекций + 1—2 вливания новосальварсана (0,15 + 0,3).

Шанкры подживали после 4—5 инъекций и 1—2 влива ий. Склероз рассасывался после 8—9 инъекций + 3—4 вливания новосальварсана. Паховые железы рассасывались обычно после 10—12 инъекций + 5—6 вливаний новосальварсана; хотя мы наблюдали и более раннее рассасывание желез: после 8 инъекций + 4 вливан. на 16—17 день лечения. В I случае люэс 1, леченном биохинолем, шанкр поджил после 7 инъекций, паховые железы исчезли к концу курса. Из 12 случаев люэс 1, леченных смешанно—в 5 случаях заживление шанкра наступило после 4 инъекций + 2 вливания и в 7 случ. потребовалось 5—8 инъекций и 3—4 вливания новосальварсана, так что в случаях первичного сифилиса бисмовероль оказался более активно действующим препаратом, чем биохиноль.

*Сифилис свежий* (14 случ.): розеола и лентиккулярные папулы исчезали при чисто бисмовероловом лечении на 7—11 день после 5—7 инъекций. В одном случае потребовалось 10 инъекций для всасывания папулезных элементов. В одном случае лихеноидного сифилиса уже после 5 инъекций элементы рассосались в значительной степени. В другом случае, где на ряду с розеолезной сыпью имела место специфическая нейралгия тройничного нерва, с повышением температуры, боли и сыпь исчезли после 4-х инъекций на 5 день после начала лечения.

При смешанном лечении свежие розеолезные и папулезные сыпи исчезали после 4—5 инъекций и 1—2 вливаний на 8—10 день лечения. Специфические ангины и папулы на слизистой полости рта исчезали в общем одновременно с явлениями на коже. В 5 случаях лues II recens, леченных нами смешанно биохинолем + новосальварсан, розеола и папулы исчезали после 1—2 вливаний и 4—5 инъекций.

*Сифилис II рецидивный* (6): папулы в полости рта и зева у апуса и на половых частях исчезали после 5—6 инъекций бисмовероля, и только в одном случае гипертрофированные папулы у апуса рассосались после 10 инъекций.

При смешанном лечении папулы во рту рассосались в одном случае после 4 инъекций и 1 вливания 0,3; в другом случае после 4 инъекций + 2 вливаний, причем имевшаяся лейкодерма оставалась до конца курса смешанного лечения. В 6 случаях лues II recidiva, леченных смешанно биохинолем + новосальварсан папулы исчезли после 5—6 инъекций + 2 вливан. новосальварсана.

*Сифилис III активный:* из 19 случаев мы имели в 12 язвенно-бугорковые серпигвирующие сифилиды; 1 случ. околоуставной узловатости, 1 сл. гуммы вагины; 2 случая—гуммозного поражения носа с прободением носовой перегородки, 1 случай язвы задней стенки глотки и 2 случая гуммозного лимфаденита. Язвенно-бугорковые сифилиды, локализованные на лице, на туловище и на верхних конечностях, хорошо и быстро поддавались лечению одним бисмоверолом: уже после 3—5 инъекций язвы очищались, после 5—7 заметно уменьшались и, смотря по обширности поражения, зарубцовывались после 8—12 инъекций. И только в 2 случаях чрезвычайно распространенного язвенно-бугоркового сифилида по всей груди и спине и в 1 случае поражения голени потребовалось 14, 15 и 18 инъекций бисмоверола для зарубцевания очагов поражения. В случае околоуставной узловатости узлы рассосались после 12 инъекций; изъязвленная гумма вагины зарубцевалась после 15 инъекций.

Изъязвленные гуммозные поражения желез зажили к концу курса. Язва на задней стенке глотки зажила после инъекции: В 9 случаях *lues III activa*, леченных биохинолом, мы получили заживление при язвенно-бугорковом сифилиде после 12—15 инъекций. Гуммозные язвы зарубцевались лишь к концу курса после 20 инъекций. При смешанном лечении заживление соответственно наступало после 10 инъекций + 4—5 вливаний на 3 день.

*Lues cerebro spinalis:* В 3 случаях *lues cerebro-spinalis*, леченных нами комбинированно бисмоверолом + ново, мы могли отметить клинически уменьшение головных болей уже после 5—6 инъекций + 2 вливания в одном случае. В одном случае хорошо поддались лечению явления гемипареза; уже после 12 инъекций и 4 вливаний больной стал полностью владеть пораженными конечностями. В 3 случаях *lues cerebro-spinalis*, леченных нами комбинированно биохинолом + ново, мы получили аналогичные результаты.

Все наши случаи табеса относятся к больным со стойкими старыми клиническими явлениями, которые оставались таковыми как в случаях, леченных одним бисмоверолом или биохинолом, так и в случаях, леченных комбинированно с ново.

*Lues viscerum:* мы наблюдали 2 случая интерстициального гепатита; лечение бисмоверолом дало уменьшение болей, улучшение самочувствия и заметное уменьшение печени.

В 1 случае гуммозный орхит совершенно рассосался к концу курса лечения. В случае же гуммозного орхита, леченном биохинолом, плотный инфильтрат, хотя и значительно меньший, оставался еще и через 6 месяцев после курса лечения.

Сравнивая полученные нами данные в отношении влияния обоих препаратов *Вi* на клинические проявления сифилиса, мы должны констатировать несколько большую активность бисмоверола, хотя и не резко выраженную. Вместе с тем мы не можем подтвердить отрицательной оценки *Мронговитусом* биохиноля в отношении его влияния на третичные формы сифилиса.

Влияние применения бисмоверола и биохиноля на *R.Wa* представлено нами в нижеследующей таблице (см. стр. 1143).

Анализируя данные этой таблицы, мы видим, что в 14 из 37 случаев, леченных одним бисмоверолом, мы получили переход из положительной *R.Wa* в отрицательную, что составляет 38%; если даже принять во внимание переход *R.Wa* в отрицательную только сразу после окончания курса, то и тогда получится довольно значительный процент (2 %).

При лечении биохинолом мы получили переход положительной *R.Wa* в отрицательную в 19%.

Еще более демонстративны результаты влияния смешанного лечения—бисмовероль + новосальварсан—на *R.Wa*: в 80% мы получили переход положительной *R.Wa* в отрицательную, а при смешанном лечении биохиноль + новосальварсан лишь в 25%.

Для суждения о ценности бисмоверола, как и всякого другого препарата, в терапии сифилиса, важно выяснить судьбу введенного в организм *Вi*, бисмутового дею; важно иметь представление о всасываемости препарата, об его усвоении. Для последней цели можно пользоваться мето-

Д И А Г Н О З	Bismoverol (Bijochinol)				Bismoverol + Novosalvarsan (Bijochinol + Novosalvarsan)				Примечание	
	Число случаев	Рва стала отрицат.	Рва стала слабоположит.	Рва осталась без измененный	Число случаев	Стала отрицат.	Стала слабоположит.	Осталось без измененный		
								Положит.		Отрицат.
Lues I . . . . .	1 (1)	— (1)	—	1	—	8 (4)	—	— (5)	4 (3)	
Lues II recens . .	3 (—)	3 (—)	—	—	—	5 (5)	—	— (2)	—	
Lues II recid . . .	5 (—)	2	—	3	—	1 (1)	—	— (5)	—	
Lues II latens ран.	2 (1)	—	—	2 (1)	—	— (1)	—	—	—	
Lues II latens поздн.	5 (3)	2 (—)	—	3 (1)	— (2)	1 (—)	—	— (2)	—	
Lues III act . . . .	14 (9)	6 (—)	1	7 (9)	—	— (12)	—	— (12)	—	
Lues III lat . . . .	3 (3)	1 (—)	—	2 (1)	— (2)	2	—	—	—	
Lues cer-spin. . . .	— (1)	—	—	—	(1)	3 (2)	—	1 (2)	—	
Tabes dorsal. . . .	2 (4)	— (1)	1 (1)	1 (—)	— (2)	1	—	— (1)	— (1)	
L. viscerum . . . .	2 (1)	— (1)	—	2	—	—	—	—	—	
	37 (23)	14 (3) 330/0 (19%/0)	2 (1)	19 (12)	— (7)	25 (44)	—	1 (29)	4 (4)	
						20 (11) 80/0 (25%/0)				

дом исследования выделения  $\text{Bi}$  мочей и калом, методом чисто-химического определения наличия  $\text{Bi}$  в тканях и наконец методом рентгенографии и рентгеноскопии бисмутовых депо. Само собой разумеется, что только всестороннее исследование всеми упомянутыми методами можно получить наиболее точное представление об усвоении препарата. Мы в нашей работе попытались изучить затронутый вопрос, пользуясь лишь методом рентгенографии бисмутовых депо, как методом наиболее доступным, который, несмотря на целый ряд его недостатков, делающих его лишь относительно ценным, все же может нас ориентировать в этом вопросе.

Мы исследовали бисмутовое депо у 22 больных, леченных бисмоверолом. Во время лечения исследовано 8 больных; 4 больных получили до исследования по 2,0—5,0 бисмовероля и у 2-х из них были обнаружены тени малой интенсивности. 4 больных получили до исследования по 9,0—14,0 бисмовероля; у 3-х из них были обнаружены тени малой интенсивности в виде пятен, не резко ограниченных. Только в одном случае мы получили тень линейной формы.

После окончания курса лечения бисмоверолом было исследовано 14 больных, у 5 из них были обнаружены незначительной интенсивности пятнистые, брызговидные тени—в 1 случае через 4 месяца; в 2-х случаях через 5 месяцев; в 1 случае через 6 месяцев, в 1 случае—через 1 год. У 9 больных тени не были обнаружены: у одного б-ного через 2 месяца; у 2-х через 1 месяц, у одного через 4 мес.; у 3-х—через 5 мес. и у 2 через 6 месяцев. У 10 больных мы исследовали бисмутовое депо после лечения биохинолом. У 7 больных были обнаружены более резко ограниченные и довольно интенсивные тени: в 4 случаях через 2 недели, в 2 случаях—через 1 месяц, в 1 случае—через 1 год.

Полученных нами данных, конечно, недостаточно для определенных выводов о всасываемости обоих препаратов  $\text{Bi}$ ; наблюдения в этом направлении нами продолжаются, однако и эти предварительные данные позволяют нам присоединиться к выводу Смелова и Фельдмана о лучшей всасываемости бисмовероля в сравнении с биохинолом.

#### *Выводы.*

1. Бисмовероль является энергично действующим, легко переносимым противосифилитическим препаратом.
2. На клинические проявления сифилиса бисмовероль действует несколько более активно, чем биохиноль.
3. По воздействию на  $\text{RWa}$  бисмовероль значительно превосходит биохиноль.
4. Бисмовероль всасывается лучше биохиноля.
5. Бисмовероль заслуживает широкого применения в повседневной практике.