

ваньями были в один день. Количество сыворотки соответственно равнялось—3, 5, 5 и 6 куб. см. pro injektionem. Только один кролик, получавший инъекции сыворотки от беременной коровы, на следующий день после 3-ей инъекции дал повышенные температуры до 38,7 градуса и в этот день плохо ел. Остальные кролики в течение опыта оставались бодрыми и охотно ели.

Получавшие сыворотку от беременной коровы разрешились в срок—одна 7-ю, а другая 6-ю плодами; после же инъекций сыворотки от небеременной коровы одна кроличиха родила 9 плодов, а другая 7. Через день у кроличихи с 9 плодами два погибло. Плоды развивались нормально и были обоего пола.

Резюмируя наши исследования мы, по отношению к 22-м бывшим в основном опыте кроликам, можем сделать следующие выводы.

1) Интравенозное введение сыворотки некастрированных самцов (бычьей или кроличьей) обнаружило у всех 22-х опытных беременных кроличих действие на беременность. При ранних сроках беременности (приблизительно до 16 дней) инъекции обычно вызывали прекращение беременности с исчезновением (рассасыванием) содержимого плодовых камер. При сроках беременности позже 18 дней от таких же доз введенной сыворотки также можно было наблюдать отсутствие в уменьшенных плодовых камерах плодов, плодной жидкости и последа (рассасывание), но нередко, особенно при очень поздних сроках беременности, уже после одной—двух инъекций сыворотки, наступал аборт или роды, при чем часть плодов рождалась мертвыми, часть живыми.

2. В отдельных опытах при разных сроках беременности, инъекции сыворотки влекли за собою также прерывание беременности, но не во всех камерах, причем оставшиеся и развивающиеся плоды оказывались мужского пола.

3. В случаях поздней беременности, когда после инъекции сыворотки наступали преждевременные или срочные роды, часть плодов, как живых, так и мертвых, при микроскопическом исследовании половых желез давала ясную картину мужской половой железы, половые же железы другой части плодов, как мертвых, так и живых, микроскопически были настолько изменены, что не представлялось возможным даже специалисту-эмбриологу сделать какое либо заключение о поле плодов.

Из Клиники детских болезней Казанского университета. (Директор проф. В. К. Меньшиков).

Посвящается проф. И. Г. Савченко.

Лечение скарлатины антитоксической сывороткой¹⁾.

Д-ра А. А. Беляева.

(С 3 диаграммами).

Более 30 лет прошло с тех пор, как Магмогек впервые применил для лечения скарлатины поливалентную сыворотку, полученную им путем иммунизации лошадей стрептококками, встречающимися при этой болезни. За это время медицинский мир стал свидетелем различных

¹⁾ Доложено в Педиатрической секции Об-ва врачей 6/II 28 г.

способов приготовления сывороток для лечения скарлатины (Aranson, Palmirski, Власьевский, Moser, Савченко, Dick и Dick, Dochez). Бактерицидная сыворотка Moser'a явилась, однако, объектом наибольшего наблюдения и оставила значительный след в литературе вопроса о серотерапии скарлатины. Можно назвать работы самого Moser'a, Pospischill'я, Escherich'a, Vokay, Heubner'a, Эгиза и Лангового, Сперанского, Меньшикова, Ключарева, Федынского и др. авторов, наблюдавших действие этой сыворотки на больных. Неодинаковые результаты ее применения, зависевшие, по всей вероятности, от различной, неучтенной и неизвестной тогда „токсигенности“ стрептококков, употреблявшихся при иммунизации лошадей, значительно ослабили интерес к этому методу лечения. С 1910 г. литературные указания относительно сыворотки Moser'a прерываются (Виленкина), встречаясь позднее лишь в виде единичных сообщений (Виленкина, Эдельман, Zikowsky, Kraus).

В новейшее время американские авторы братья Dick'и указали на роль токсина гэмолитического стрептококка при заболевании скарлатиной и приготовили антитоксическую сыворотку для лечения этой болезни. Однако, по выражению проф. F. Meyer'a, учение Dick'ов является лишь „новой переработкой старого учения новыми методами“. Еще задолго до появления в свет работ братьев Dick'ов в 1905 г. проф. И. Г. Савченко обратил внимание на присутствие токсина в бульоне с асцитической жидкостью при разводке стрептококков, выделенных в тяжелых случаях скарлатины. Приготовленная им сыворотка двойного действия была испытана В. К. Меньшиковым у 20 больных, причем дала более яркие результаты, чем сыворотка Moser'a. В 1912 г. другой ученик проф. Савченко, проф. Здравосмыслов получил также деятельную антитоксическую сыворотку.

Относительно действия антитоксической сыворотки Dick'ов в литературе накопилось уже значительное число наблюдений (Park, Zoeller, Chodzko, Preisich, Jodorovith, Friedemann и Deicher, Dabrowski и Sabocińska, Castex, Mariano и Gonzalez, Woody, Scott, Lenthe, Gordon, Husler, Эгиз, Агафонов, Лунин, Штейн, Котов и Котляренко, Розенблюм, Сапиро, Данилевич в сотрудничестве с Гороховниковой, Никитиным и Песис). При этом почти все авторы признают за сывороткой неоспоримое антитоксическое действие, выявляющееся в первые же 1—3 дня вслед за ее введением. Действие это выражается в понижении t° на 2—3 $^{\circ}$, замедлении пульса, улучшении общего состояния больных, побледнении сыпи и уменьшении воспалительных явлений в зева. Park, впрочем, отмечает, что в небольшом проценте случаев эффекта от сыворотки не бывает. Munk и de Korte вообще не видели ясных результатов от нее. В отношении действия сыворотки на осложнения скарлатины взгляды авторов также расходятся: в то время, как Dick'и, Friedemann и Deicher, Gordon, Штейн, Данилевич указывают, что сыворотка уменьшает процент и ослабляет тяжесть осложнений,—Эгиз, Розенблюм, Husler и отчасти Агафонов не находят возможным говорить о прямом действии сыворотки на них. Кроме того Friedemann и Deicher думают, что на существующие уже осложнения сыворотка не влияет совсем. Слабо действует она и на

детей до 3 лет (Эгиз, Данилевич). Эгиз и Лунин находят большое сходство в действии сывороток Moser'a и антитоксической. Первый из них, кроме того, видит преимущество сыворотки Dick'ов в возможности применения меньшей дозы (50 к. с.). Розенблюм считает необходимым проверку целесообразности применения сыворотки после 4-го дня болезни. Многие авторы отмечают существующую эмпиричность дозировки ее и заявляют о необходимости выработать более совершенные методы, определяющие, с одной стороны, ее терапевтическую силу, с другой—позволяющие очистить сыворотку от протеинов, вызывающих у больных явления анафилактики.

Таким образом здесь возникает ряд вопросов, которые могут быть разрешены лишь при дальнейшем накоплении наблюдений, углублении наших исследований и уточнении способов приготовления сыворотки. Все эти обстоятельства и указанные выше разногласия в литературе побудили нас поделиться своими впечатлениями от применения с лечебными целями антитоксической сыворотки в Детской клинике Казанского университета. Наш материал касается 37 чел., пользовавшихся сывороткой Казанского микробиологического института (проф. В. М. Аристовский), а именно, серии № 1—3 чел., № 2—2, № 3—7, № 4b—2, № 5a—2, № 5b—4, № 9—1, № 11—6, № 13—2, № 15a—2, № 15b—1, № 16b—3, № 21a—1, неизв.—1, и 10 чел., у которых была применена сыворотка Института эксп. мед.,—серии № 25—4, № 30—5 и неизв.—1. Сыворотка вводилась внутримышечно или внутривенно и внутримышечно в количестве 30—100 к. с. Иногда производилась повторная инъекция 30—60 к. с. Предметом нашего изучения были больные, леченные казанской сывороткой; препарат Института эксп. мед. имелся не в достаточном количестве, и инъекции его в некоторых случаях были произведены подкожно.

Инъекции казанской сыворотки были произведены в следующие дни болезни (таб. 1):

Таб. 1.

Дни болезни	1	2	3	4	5	7	9	10	12	22	23	Всего
Число случаев	4	7	15	4	1	1	1	1	1	1	1	37

Как видно из этой таблицы, большая часть лечилась в первые 4 дня болезни. Лишь в 1 случае пришлось ввести сыворотку на 5-й день. Остальные больные подвергались лечению главным образом по поводу осложнений. По возрасту и полу наши больные распределялись следующим образом (таб. 2):

Таб. 2.

Пол	Возр.	1—3 л.	3—8 л.	8—15 л.	Старше 15 л.	Всего
Муж.		3	8	4	—	15
Жен.		5	12	4	1	22
Всего		8	20	8	1	37

Переходя к характеристике наших больных, скажем, что в основу деления их по тяжести заболевания мы приняли отчасти классификацию Moser'a, хотя и вносящую некоторый субъективизм в определение прогноза болезни, но зато дающую возможность разбить больных по объективным признакам, каковыми в первые дни являются: степень интоксикации, t^0 , состояние пульса, характер сыпи и род ангины. Я позволил себе некоторые случаи поставить, так сказать, на границе между разными группами, приняв обозначение напр. II—III, имея в виду, помимо первичных кардинальных симптомов, еще конституцию организма. Здесь нужно упомянуть, что лечены сывороткой были большею частью тяжелые случаи. Больных с легким прогнозом (I и I—II) мы не лечили сывороткой за исключением одного (1), подвергнувшегося лечению по поводу нефрита на 15-й день болезни.

Ниже приводится таблица результатов серотерапии (таб. 3):

Таб. 3.

Колич. случ.	Прогноз	Дни инъекц.	Колич. сыв. в куб. с.	Серии №№	Улучшение.	Относит. улучш.	Без перем.	В дальнейшем течении:			
								выздоровл.		выпис. с ослож.	mors.
								без осл.	с осл.		
5	II	2—3	50—100	1, 5b, 11, 13	1	4	—	3	2	—	—
9	II—III	1—4	50—100	1, 3, 5a, 5b, 9, 11, 15b, 21a	2	7	—	5	3	1	—
9	III	1—5	30—100	1, 2, 3, 4b, 5a, 11, 13, 16b	1	7	1	6	3	—	—
6	III—IV	1—3—4	50—110	2, 3, 15a, 16b	1	4	1	3	2	1	—
2	IV	2—3—6	80—160	11	—	—	2	—	—	—	2
31	—	—	—	—	5	22	4	17	10	2	2
%	—	—	—	—	16,1	71	12,9	54,8	32,3	6,45	6,45
Всего	—	—	—	—	87,1			38,75			

В отношении результатов лечения мы разделили наши случаи на 3 категории: случаи улучшения, относительного улучшения и безрезультатные. Об улучшении мы говорим, когда t^0 приходила к норме большею частью критически через $1\frac{1}{2}$ —1 сутки после инъекции, в дальнейшем же, если и повышалась, то незначительно и от вторичных причин (сывороточные явления, лимфадениты). Сыпь в этой группе исчезала значительно раньше срока (на 2-й—4-й д. после введения сыворотки), а ангина бледнела и приобретала доброкачественное течение. Все это сопровождалось улучшением общего состояния и пульса, появлением аппетита и интереса к окружающему. Пример:

Г. В. (III—IV), $3\frac{1}{2}$ л., поступила на 2-й день болезни в коматозно-бредовом состоянии с похолодевшими конечностями при t^0 39,1 $^{\circ}$. Пульс очень частый, нитевидный. Сыпь цианотична. Краснота в зеве. Лакунарная ангина. По временам клонические судороги. Инъекция 70 к. с. сыворотки сер. № 2 в мышцы. В 6 ч. веч. t^0 39,6 $^{\circ}$, состояние то же, к ночи судороги прекратились. На 3-й день t^0 упала

на $2,3^{\circ}$ ($37,4^{\circ}$), общее состояние и пульс удовлетворительны, сыпь резко побледнела, ангина не столь яркая. На 4-й день состояние больной вполне удовлетворительное, t° $36,7^{\circ}$, сыпь исчезла. Налеты исчезли на 6-й день. В дальнейшем выздоровление на 34-й день без осложнений.

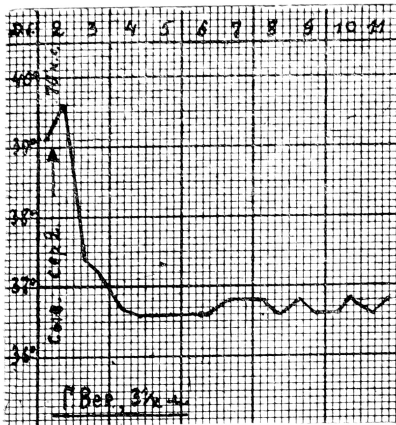


Рис. 1.

вместе с временным падением t° бред, возбуждение и кома исчезали, появлялся аппетит, сон становился более спокойным. Пример:

Г. Лидия (III—IV), 14 л., поступила на 3-й д. при t° 39° в коматозном состоянии. Пульс едва прощупывается, дикротичен. Сыпь выражена слабо. Фибринозная ангина. 12 ч. Введ. 100 к. с. сыв. сер. 16б в мышцы. К вечеру 38° 8. Пульс полнее, но частит. 4-й д. 37° 3 - 38° 8. Пульс—удовл., ритмичный. Больная отвечает на вопросы. Сыпь еще заметна. Увелич. шейных желез, болезн. В зеве резкая гиперемия и налеты. T° литически достигла нормы к 12 д. Сыпь исчезла к 6 д. На 27-й д. присоединилась малярия. Вып. на 40-й д.

В случаях безрезультатного лечения нельзя было отметить значительного падения t° (снижение лишь на $0,5^{\circ}$ — 1°) и замедления

пульса. Сыпь выступала еще ярче, или приобретала цианотичный характер, в дальнейшем отцветала лишь к 7-му—8-му дню болезни и позже. А иногда, хотя сыпь бледнела раньше, но общее состояние больных ухудшалось, и ангина из лакунарной, напр., переходила в некротическую. Если в этих случаях и наступало улучшение, то оно появлялось уже на 2-й неделе, т. е., когда скарлатина и без серотерапии может пойти на улучшение. Одним словом, прямого действия сыворотки мы в этих случаях не видели. Для иллюстрации приведем следующий пример:

И. Алексей (III—IV), 6 л., поступил на 4-й день в бредовом состоянии. T° $39,5^{\circ}$, пульс частый, слабый, геморрагическая сыпь на конечностях, гиперемия склер, фолликулярная ангина. Введено 50 к. с. сыворотки сер. № 15а. К вечеру t° $39,5^{\circ}$.

Случаями относительного улучшения мы считали те, когда t° в ближайшие сутки после вприскивания снижалась на $1,5$ — 2° , но лишь временно (на $1/2$ —2 дня), а затем снова повышалась вследствие присоединения тех или иных осложнений, или медленно спадала в течение 1— $1\frac{1}{2}$ нед. Одновременно с понижением t° пульс становился полнее и ритмичнее, сыпь угасала постепенно к концу 1-й недели или несколько раньше, ангина держалась 2—3 дня в той же степени, как и до инъекции, в общем же состоянии больного замечался перелом к лучшему:

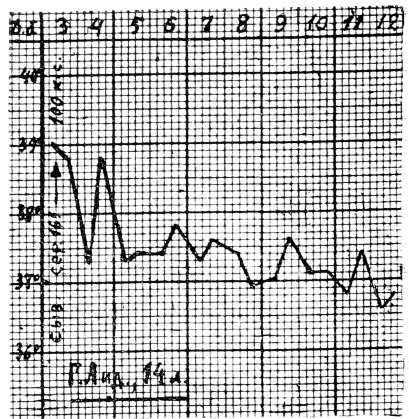


Рис. 2.

ребенок беспокоен, мечется. На 5-й день t^0 $38,5^0-38,6^0$, пульс полнее, частый; сыпь и ангина те же. На 6-й день t^0 $38,6^0-38,8^0$, пульс частый, беспокойство, раздражительность, сыпь держится, но потеряла геморрагический характер. В зеве появился некроз. На 7-й день t^0 $38,3-39,5^0$, пульс частый, удовлетворительного наполнения. состояние тяжелое, головная боль, сыпь увядает, ангина в той же мере. На 8-й день t^0 $38,8-39,6^0$, общее состояние лучше, сыпь исчезла, резкая гиперемия слизистой рта, на подбородке отечность кожи, болезненность. На 9-й день t^0 $38,6-40^0$, боль в горле, помимо некроза появились желтовато-грязного цвета некрозы, замечается увеличение шейных желез. В дальнейшем с 13-го дня белок в моче. Снижение t^0 к 12-му дню и быстрое повышение до $40,4^0-40,6^0$. На 25-й день t^0 пришла к норме. В этом случае осложнения, следовавшие друг за другом, затушевали благоприятное действие сыворотки.

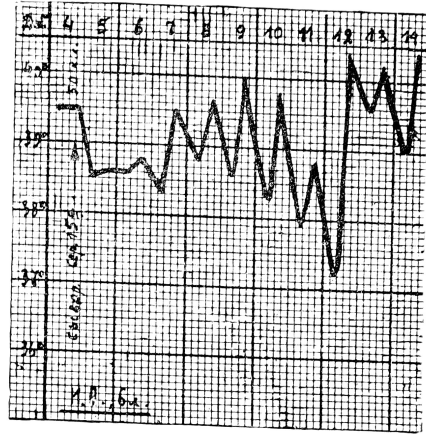


Рис. 3.

Следует отметить, что при инъекциях сыворотки t^0 , почти как правило, давала сначала повышение на $1,5^0-2^0$ в первую половину суток, следующих за вырыскиванием, а в дальнейшем уже определялся тот или иной результат. Одновременно с этим в состоянии больных иногда происходило ухудшение.

Из таб. 3 видно, что в 87,1% всех случаев нами был получен от сыворотки хороший или относительно хороший результат, в остальных же 12,9% успех был или вовсе незаметен, или был настолько слаб, что не позволял отнести его к непосредственному влиянию серотерапии. Надо оговориться, впрочем, что в последних случаях мы имели, во-первых, тяжелые формы скарлатины, дававшие уже в первые дни осложнения, могшие отчасти затушевывать результат лечения, во-вторых, сюда относятся дети младшего возраста, относительно слабого действия сыворотки на которых указали Эгиз и Данилевич.

Понужно приведем результаты лечения сывороткой Института эксп. медицины (таб. 4).

Таб. 4.

Количество случаев	Прогноз	Дни инъекции	Колич. сыворот. в в. с.	№№ сорий	Улучшение	Относит. улучш.	Безперемен	В дальнейшем.		
								выздоров.		могс
								без осл.	с осл.	
1	II	3	50	25	—	1	—	1	—	—
1	II—III	3	50	30	—	1	—	1	—	—
4	III	1—4	45—100	25,30	—	1	3	2	2	—
3	III—IV	2—4	45—50	25,30	—	3	—	—	2	1
9	—	—	—	—	—	6	3	4	4	1

Здесь можно видеть тоже некоторый $\%$ случаев, не давших результата. В общем можно сказать, что первый хороший эффект наблюдался нами преимущественно там, где мы имели явления интоксикации; но в некоторых случаях удалось подметить действие сыворотки и на такие симптомы болезни, которые должны быть отнесены к септическим (некротическая ангина, сыпь).

Одновременно мы отметили влияние сыворотки на состав крови. Вопрос этот давно уже интересовал разных авторов: уже сам Moser при испытании своей сыворотки обратил внимание на вызываемое ею колебание $\%$ лейкоцитов; позднее такое влияние сыворотки Moser'a изучали Pirquet и Schick, Ключарев, Виленкина. Вопрос этот тем более интересен, что при скарлатине вообще наблюдается резкое изменение белой крови (Schilling, Fanconi, Ясный и Розловский, Teissier, Лебедева и Ростовцева, Зильберштейн, Петрова). Применяя антитоксическую сыворотку, Mironesco и Farcas подметили, что лейкоцитоз в первые же сутки после инъекции резко падает. Штейн, помимо этого, наблюдал уменьшение числа нейтрофилов за счет увеличения лимфоцитоза и появление или увеличение $\%$ эозинофилов. Исследовав кровь у 15 леченных сывороткою больных, можем отчасти подтвердить указанное выше, но с оговоркой, что лейкоцитоз в первые сутки уменьшался у нас не столь резко, нейтрофилез понижался на 3—47%, эозинофилия в некоторых случаях достигала 10—21%. В случаях безрезультатного лечения отмечалось увеличение числа лейкоцитов (на 2—12 тыс.), уменьшение числа нейтрофилов (на 10—41%) и увеличение—эозинофилов (на 1—9%). Последние два явления, думается нам, могут рассматриваться, как благоприятный признак в смысле дальнейшего хода заболевания. В единичных случаях при понижении лейкоцитоза нами было замечено небольшое увеличение нейтрофилеза (на 1,5—3,5%) и уменьшение $\%$ эозинофилов. Во всех случаях, за малыми исключениями, отмечено взаимодействие в колебании $\%$ лимфоцитов и нейтрофилов. Общее впечатление наше таково, что сыворотка большей частью благоприятно действует на состав крови, но для категорического ответа нужны дальнейшие наблюдения.

Давая положительный ответ на вопрос о зависимости результатов лечения скарлатины от времени введения сыворотки, мы должны, однако, указать, что почти все наши больные, давшие определенное улучшение, начали лечение на 3-й день болезни, из подвергавшихся же инъекциям на первый день все получили относительное улучшение. Конечно, главную роль здесь играл характер осложнений. Действует ли сыворотка на них? По этому вопросу нет единого решения. Большинство авторов для ответа прибегает к статистическим данным, сравнивая $\%$ осложнений у леченных и нелеченных сывороткой; но иногда оказывается, что контрольные случаи принадлежат к легким формам скарлатины, и тогда может получиться то, что мы отмечаем, напр., у Эгиза: $\%$ осложнений у леченных значительно больше.

Если сравнивать осложнения по годам, предшествовавшим появлению антитоксической сыворотки, то, ведь, год от года может значительно отличаться по силе и характеру эпидемии. Мы прибегали к сравнению количества осложнений, наблюдавшихся при сывороточном лечении, с цифрами за 1923—28 г., относящимися к нелеченным, причем в число

последних попали как легкие случаи, так и случаи средней тяжести (II и III), оставшиеся нелеченными с целью контроля и по другим причинам. Добавив сюда 7 больных, леченных нами по поводу уже вторичных осложнений, т. е. таких больных, которые по существу могут быть названы нелеченными, мы получили следующие итоги (таб. 5):

Табл. 5.

	Всего случаев	Без осложн.		С осложн.		Mors	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нелеченные за 23—28 г.г. . .	106	56	52,8	48	45,3	2	1,9
Нелеченные за 25—28 г.г. . .	66	34	51,5	31	47	1	1,5
Леченные за 25—28 г.г. ¹⁾ . .	40	21	52,5	16	40	3	7,5

Таким образом, мы видим, что среди леченных было несколько меньше осложненных случаев, особенно, если взять параллельный материал за 25—28 г.г. и учесть случаи смерти в результате осложнений. Если же учесть, что среди леченных были большею частью случаи значительной тяжести (таб. 3 и 4), где иногда отмечалось по 2—3 осложнения, то % осложненных случаев при серотерапии нужно считать еще более низким.

Укажем дальше, какие осложнения имели место у наших больных (таб. 6).

Таб. 6.

Осложнения	Число случаев	Осложнения	Число случаев
Ангина некротическая . . .	2	Пневмония	2
Аденит без нагноения . . .	3	Плеврит	1
„ с нагноением . . .	1	Нефрит	7
Аденофлегмона	1	Артрит	1
Отит гнойный	4	Септикопиемия	2
Миокардит	3		

Всего 27 осложнений у 18 больных

По нашему впечатлению осложнения при раннем лечении сывороткой протекают гораздо доброкачественнее. Так, напр., одно время среди нелеченных мы видели отиты, осложненные мастоидитом, тогда как даже очень значительные по тяжести отиты у леченных протекали без таких осложнений. Одновременно мы не отмечали при лечении сывороткой и тяжелых нефритов; раз появившиеся белок и другие патологические элементы мочи в течение 3—10 дней обыкновенно исчезали.

Zoeller сообщил о хорошем результате, полученном при лечении сывороткою скарлатины, сопровождавшейся альбуминурией,—белок исчез

¹⁾ Сюда включены и 9 случаев, пользованных сывороткой Института эксп. мед.

у больного к 6-му дню. Тоогоод опубликовал быстрое излечение сывороткой эндокардита и миокардита при скарлатине. Это навело нас на мысль испытать действие сыворотки при развившихся уже осложнениях у нелеченных до того сывороткой больных. Для этой цели нам послужили 7 больных, из которых 6 были пользуетмы сывороткой Казанского института и 1 — сывороткой Института эксп. медицины. Результаты лечения были таковы:

I. В случае с септикопиемией сыворотка не дала улучшения; правда, в течение 3 дней t^0 здесь пала с $40,1^0$ до $37,1^0$, но затем вновь приобрела характер септической. Общее состояние также не улучшилось, и больная скончалась на 40-й день.

II. Улучшение от сыворотки мы получили в случае с уремией, на котором остановимся подробнее. Больная Е. З., 7 л., поступила на 19-й день после начала заболевания скарлатиной с головными болями, тошнотой, аммиачным запахом изо рта, незначительными отеками на лице. Левая граница сердца расширена до соска, тоны глухи, пульс напряжен. Назначена сахаристая диета. На 20-й день состояние то же, мочи 650 к. с., уд. в. 1015, в ней $1,5^0_{00}$ белка, эритроциты, много лейкоцитов, почечной эпителий, гиалиновые и зернистые цилиндры, t^0 $36,6^0$ — $36,6^0$. На 21-й день головные боли усилились, рвота, мочи 450 к. с., уд. в. 1015, белка 3^0_{00} , t^0 $36,6^0$ — $36,6^0$. На 22-й день головная боль, беспокойство, частая рвота, затемненное сознание, мочится мало, большею частью под себя, в моче кристаллы мочевой кислоты, мочекислога аммония и щавелево-кислой извести. С 3 ч. дня клонические судороги с промежутками в 1—2 ч., сопровождающиеся рвотой и коматозным состоянием, пульс 70, слабый, иногда нитевидный, зрачки расширены, слабо реагируют на свет. С утра до 2 ч. ночи больная не мочилась; из вены извлечено 125 к. с. крови: хлорал-гидрат в клизме; t^0 $36,6^0$ — $38,4^0$. На 23-й день ночью и утром беспокойство, возбуждение со рвотой и судорогами; мочилась немного под себя, сознание затемнено, зрачки расширены, почти не реагируют на свет, амблиопия. при исследовании глазного дна — застойный сосок; t^0 $37,8^0$, пульс напряжен. В 2 ч. дня введено 35 к. с. сыворотки в вену и 60 к. с. в мышцы, после чего к 4 ч. дня состояние стало значительно лучше; больная отвечает на вопросы, сама поворачивается в постели; рвота; мочилась 5 раз под себя. К вечеру собрано 200 к. с. мочи, уд. в. 1025, белка 13^0_{00} , судороги прекратились, t^0 $38,1^0$. На 24-й день состояние лучше, ночь спала, t^0 37^0 . Рвота и головная боль слабее. К вечеру значительное улучшение, — судорог не было, амблиопия, диурез 450 к. с., уд. в. 1020, белку 7^0_{00} , t^0 $37,4^0$. На следующий день t^0 нормальна. В дальнейшем амблиопия исчезла к 26-му дню, и судороги больше не повторялись. К 30-му дню исчезла и рвота, диурез повысился до 600—950 к. с., содержание белка уменьшилось до $\frac{1}{2}^0_{00}$. Выписана на 62-й день со следами белка. Здесь обращает на себя внимание довольно быстрое купирование после введения сыворотки уремических припадков, повышение диуреза и быстрое улучшение общего состояния с постепенным улучшением других симптомов.

III. Следующий случай скарлатинозного нефрита с 1^0_{00} белка и кровью в моче (на 22-й день болезни) через день после инъекции сыворотки дал значительное улучшение в состоянии больного, падение t^0 до нормы и исчезновение белка из мочи. Диурез к 27-му дню повысился с 450 до 720 к. с., уд. в. 1020—1008.

IV. Дальнейший случай нефрозо-нефрита на почве скарлатины (19-й день) кончился при лечении сывороткой безрезультатно, — у больной, находившейся под наблюдением в течение месяца после выписки, в моче оставались еще следы белка.

V. Не дал значительного результата и случай лечения отита на 7-й день болезни, за исключением падения t^0 на 2^0 к 9-му дню и улучшения общего состояния (сын исчезла до поступления). Больной выписался на 45-й день с относительным улучшением здоровья, но незначительное гноетечение из ушей у него еще продолжалось.

VI и VII. Последние два случая были использованы сывороткой по поводу вторично возникшего некротического воспаления в зеве после легкого сравнительно заболевания вначале (Moser II), протекавшего в обоих случаях с повышением t^0 до 39^0 — $39,5^0$ и тяжелым общим состоянием. Инъекция сыворотки в одном случае дала падение t^0 на 1^0 через день и дальнейшее постепенное снижение в течение 4 дней. В другом случае t^0 в одни сутки пала на $1,7^0$. Ангина и общее самочувствие у обоих больных улучшились вскоре (через 2—3 дня).

Выше уже указано, что, по наблюдениям многих авторов, сыворотка на первичные явления скарлатины действует хорошо лишь при раннем ее введении, смягчая появляющиеся затем осложнения. Friedemann, Штейн, Garrity думают, что раннее введение ее, купируя процесс, предупреждает осложнения. Данилевич отмечает хорошее влияние сыворотки на нефриты и меньшее—на некротические ангины и адениты; впрочем, из работы этого автора неясно, лечил ли он больных по поводу нефритов, или он делает это заключение на основании сравнительной статистики. Представляя наш небольшой материал, мы хотели бы отметить, что вопрос лечения скарлатинозных осложнений (особенно некротических ангин и нефритов) стоит того, чтобы продолжать наблюдения.

Нам остается сказать еще о явлениях, связанных с серотерапией. Обращая внимание на различные сорта и серии сывороток, применявшихся нами, мы не можем отдать предпочтения по силе действия какой-либо из двух сывороток, имевшихся в нашем распоряжении. Повидимому, сыворотка Института эксп. медицины действовала слабее, но, возможно, что этому способствовало ограниченное количество ее у нас и, в некоторых случаях, подкожное введение. Нам хочется указать на другую сторону действия сывороток, зависящую, быть может, от avidität'a их (Madsen, Агафонов) или других неизвестных причин. В 4 случаях мы получили очень бурные явления, развившиеся через 1—6 часов после впрыскивания. Пример:

К. Т., 9 л. (III), поступила в первый день болезни с t° 39° , головною болью, сонливостью, бредом. Сыпь выражена слабо, катарральная ангина. Введено в вену 35 к. с. и в мышцы 65 к. с. сыворотки Казанского института сер. № 3. Через 1 час после того потеря сознания, расширение и отсутствие реакции зрачков, рвота несколько раз, недержание кала; цианоза нет, дыхание частое, t° 37° , пульс 180, нитевидный. Через 3 часа полубессознательное состояние, гиперэстезия кожи, резкая ригидность мышц, особенно конечностей, гримасничанье, высовывание языка, поперхивание при попытке пить. В таком состоянии больная пробыла до 5 ч. у. второго дня. Затем постепенно все явления стали проходить и к 8-му часу она пришла в себя; t° $37,2^{\circ}$. К норме t° пришла на 9-й день, urticaria исчезла на 18-й день, дальше выздоровление без осложнений. До настоящего заболевания больная сыворотками не лечилась.

В других случаях мы видели крайнее возбуждение детей, сопровождавшееся криком, попыткой бежать и др., которое в одном случае длилось два дня. При инъекции 50 к. с. сыворотки Института эксп. медиц. в одном случае мы наблюдали явления коллапса.

Другой неприятной стороной применения сыворотки мы, подобно другим авторам, считаем сывороточную болезнь. Woodу с сывороткой Dick'ов-Doshez видел последнюю в 11%. Луниин с сывороткой Института эксп. мед. отметил 31% крапивницы, кореподобной сыпи и erythema multiforme. Данилевич—сначала 40%, а затем—24,6%, Штейн—45%. А. Ф. Агафонов с сер. № 1 сыворотки Казанского института имел лишь 27,7% легких сывороточных явлений. Нами сывороточная болезнь наблюдалась в 51,1% всех наших больных, причем Казанская сыворотка дала 48,6%. Иногда (12 сл.) она проявлялась в виде urticariae, выступавшей на 3-й—18-й день после инъекции, в других случаях (также 12) - в виде высыпания (на 5—15-й день) кореподобной сыпи, сопровождавшегося отеками лица и конечностей, болями и припуханием суставов, повышением t° до 39° — 40° . В одном случае, помимо этого, отмечались ригидность затылка и гиперэстезия

кожи при общем возбужденном состоянии. Из казанских сывороток серия № 5а дала наиболее тяжелое состояние больных. При употреблении позднейших серий мы уже не видели такого числа случаев и такой тяжести болезни. Из первых 20 больных, леченных сывороткой Казанского института (сер. №№ 1—5b), сывороточные явления получились в 65⁰/₀. у остальных 17 чел. (сер. №№ 9—21a) явления эти можно было отметить лишь в 23,5⁰/₀, притом в более легкой форме.

Заканчивая свое сообщение, делаем выводы:

1) Антитоксическая сыворотка при раннем применении у скарлатинозных больных дает большую часть улучшения или относительное улучшение, выражающееся в ослаблении интоксикации и первичных симптомов болезни (t⁰, ангина, сыпь), параллельно этому может измениться состав крови, быстро приближаясь к норме.

2) В некоторых случаях ясного эффекта от сыворотки не получается, но здесь, возможно, играет роль раннее появление осложнений.

3) По общему впечатлению можно говорить о действии сыворотки на осложнения—в смысле более благоприятного течения и уменьшения числа их, но для окончательного ответа необходимо по возможности произвести наблюдения с соответствующими контрольными случаями.

4) Вопрос о лечении скарлатинозных осложнений сывороткой в позднем периоде болезни стоит того, чтобы им заняться отдельно.

5) В некоторых случаях употребление сыворотки дает картину бурной реакции организма на введение, а в дальнейшем—ряд осложнений сывороточного порядка.

6) Необходимо поэтому продолжать усовершенствовать препарат как со стороны его дозировки, так и в целях очищения сыворотки от протенов.

7) Применение разных серий сыворотки Каз. ин-та показало, что позднейшие выпуски дают значительно меньше сывороточных явлений у больных.

Литература: 1) Агафонов. Каз. мед. ж., 1926, № 11.—2) Вилленкина. Моск. мед. ж., 1925, № 5.—3) Woody. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 2.—4) Garrity. Реф. Вр. г., 1927, № 18.—5) Gordon. Реф. Ctbl. f. Bakt., 1927, Bd. 87, № 5/6.—6) Dabrowski и Sabocińska. Ztbl. f. K., Bd. 21, H. 10.—7) Данилевич, Гороховникова, Никитина и Песис. Ленингр. мед. ж., 1928, № 3.—8) Escherich и Schick. Scharlach, 1912.—9) Федынский. Мед. Обл., 1911.—10) Friedemann u. Deicher. D. m. W., 1928, № 21.—11) Husler. Реф. Ctbl. f. Bakt., 1927, Bd. 87, № 5/6.—12) Castex, Mariano u. Gonzalez. Ztbl. f. K., Bd. 21, H. 17.—13) Ключарев. Дисс., М., 1907.—14) Котов и Котляренко. Ж. микроб., т. V, в. 2, 1928.—15) Kraus. Реф. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—16) Лебедева и Ростовцева. Кл. мед., 1927, № 15—16.—17) Lenthe. D. m. W., 1927; реф. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—18) Лунин. D. m. W., 1927; реф. Ctbl. f. Bakt., Bd. 87, № 5/6.—19) Meyer. Научн. курс д. уч. вр., 1926, № 11.—20) Меньшиков. Р. врач., 1905, № 25.—21) Miropnesco и Farcas. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 2.—22) Moser. Jahrb. f. K., Bd. 57, H. 1.—23) Munk и de Korte. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 17.—24) Петрова. Педиатрия, 1928, т. XII, № 3.—25) Розенблюм. Кл. мед., 1927, № 15—16.—26) Савченко И. Г., проф. Р.

вр., 1905, № 25.—27) Санира. М. мед. ж., 1927, № 9.—28) Scott. Ztbl. f. K., Bd. 21, H. 18.—29) Сперанский. Мед. об., 1904, т. 62.—30) Teissier. Ztbl. f. K., Bd. 20, H. 2.—31) Toogood. Ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—32) Zikowsky. Ref. Ctbl. f. Bakt., Bd. 86, № 5/6.—33) Zoeller. Presse médic., 1927, № 25.—34) Schilling. Картины крови. ГИЗ.—35) Штейн. Вр. г., 1927, № 18.—36) Эгиз и Ланговой. Мед. об., 1906, т. 66.—37) Эгиз. Вр. д., 1926, № 17—18.—38) Эдельман. Педиатрия, 1928, т. XII, № 3.—39) Ясный и Розловский. Вр. д., 1927, № 20.—40) Зильберштейн. Педиатрия, 1928, т. XII, № 3.

Из клиники кожных и венерических болезней Гос. ин-та мед. знаний в Ленинграде (Завед. проф. А. К. Штейн).

К вопросу о первичных меланомах кожи.

А. Имшенецкий.

(С 3 рис.).

Установленные Bloch'ом данные, касающиеся нормального пигментобразования в коже, естественно, отразились на классификации пигментных опухолей. Существует, по его мнению, две системы меланобластов: базальные клетки эпителия кожи, возникшие из эктодермы, и клетки мезодермального происхождения, залегающие в нижних $\frac{2}{3}$ собственно кожи и находящиеся в монгольских и синих родимых пятнах. Допуская возможность возникновения меланом только из этих различных по своему происхождению клеток, Bloch, на основании их локализации, различает: 1) меланокарциномы — эпидермис, волосяной фолликул, обыкновенные родимые пятна, 2) меланосаркомы — монгольские и синие родимые пятна.

Однако, Borst, признавая существование меланоэпителиом, относит их к редким формам, так как, по его мнению, не часто удается проследить их связь с эпителием. Несмотря на изменчивость гистологической картины меланом, Dawson руководствуется при их классификации морфологическими признаками, что, повидимому, влечет за собой описание смешанных форм (Chauvenet et Dubreuilh, Friboes, Arzt).

Имеется стремление и объединять эти новообразования, так, Lubarsch называет их меланоцитобластомами. Все же преимущество классификации Bloch'a заключается в том, что она дает возможность установить происхождение элементов новообразования.

Вопрос о меланобластах мезодермального происхождения тесно связан с вопросом о так называемых монгольских пятнах. Их постоянное присутствие у японских и китайских детей послужило поводом к присвоению им такого названия. По данным Fiescher'a и Shen Shen Jü, исследовавших в этом направлении 110 китайских детей в возрасте до 12 лет, монгольские пятна, в половине случаев, бывают симметрично расположенными на коже нижней части крестца или верхней части ягодиц и колеблется в своей величине от размера горошины до ладони.