

Этиология заболевания до сих пор остается невыясненной. Полагают, что травматические повреждения роговицы и в особенности хроническое воспаление ее и конъюнктивы могут служить predisposing моментами к развитию папиллом, причем сосуды лимба, васкуляризирующие роговицу, могут доставлять материал для образования сосочков папилломы, а разрастание эпителия может быть следствием воспалительного процесса. Полеву, в собранной им статистике из 23 случаев папиллом роговицы, удалось установить следующие этиологические моменты: в 4 случаях—*rannus*, в 1—*keratitis superf.*; в 1—ожога; в 1—травма роговицы; в 1—*ectropium* после операции на щеке; в 1—трахома и в 1—наличие грануляций; а в остальных 13 случаях анамнестические указания отсутствовали или были неопределенны. В нашем случае predisposing моментом является, повидимому, только хронический конъюнктивит. Прогноз часто бывает неблагоприятный в виду склонности папиллом рецидивировать. Терапия сводится к тщательному удалению опухоли хирургическим путем с последующим применением лучистой энергии. В случаях часто рецидивирующих папиллом, угрожающих потерей зрения, может явиться неизбежной энуклеация глаза.

Литература: 1. Lauber. Beitrag zur Erkenntnis der Entstehung der Hornhautpapillome. Zeitschrift. f. A., 1906. — 2) Lagrange. Traité des tumeurs de l'œil. Paris, 1901 и arch. d'ophtalmol. 1899. — 3) Pascheff. La Clinique Ophthalmologique, 1904. — 4) К. Юдин. В. О. 1909 год. 5) Полев Л. Ueber die Papillome der Hornhaut. Würzburg, 1911 г. — 6) М. Н. Благовещенский В. О., 1914 г. 7) Birch-Hirschfeld. Zeitschr. f. A., 1915. — 8) Böhm. Zeitschr. f. A., 1921 г. — 9) Moissonier. Klin. Mon. f. A., 1908. — 10) Heilbrun. Arch. f. Ophthalm. 1910. — 11) Полев Л. Русск. Офт. журн., 1927 г., № 2.

Из Детской клиники Саратовского гос. университета (Директор—
проф. И. Н. Быстрин).

Картина крови по методу Sondern'a при пневмониях у детей.

Ординатор С. А. Кушнер.

Работ по изучению морфологии крови в настоящее время имеется много как в русской, так и иностранной литературе, причем главное внимание уделено состоянию белой крови, наиболее ярко реагирующей на все изменения, происходящие в больном организме.

В 1905 году американский хирург Sondern в своих работах указал, что для более ясного представления взаимоотношений между инфекцией и организмом необходимо производить не только исчисление общего количества лейкоцитов, но и исчисление процентного содержания нейтрофилов. „Увеличение числа полинуклеаров—есть показатель степени всасывания токсина, а высота лейкоцитоза есть указатель сопротивления организма этому всасыванию“,—говорит Sondern. Таким образом, чтобы составить себе ясное представление о болезни по Sondern'у, нужно сравнить кривые лейкоцитоза и нейтрофилеза. Отношение между общим числом лейкоцитоза и % числом нейтрофилеза дает точную картину состояния больного (тяжесть инфекции с одной стороны и сила сопротивляемости организма с другой). Sondern дает следующие положения:

1. Незначительное увеличение нейтрофилов указывает на легкую инфекцию, значительное увеличение—на тяжелую инфекцию.

2. Незначительный нейтрофилез и незначительный лейкоцитоз указывает на легкую инфекцию и достаточно хорошую сопротивляемость.

3. Незначительный нейтрофилез и высокий лейкоцитоз—легкую инфекцию с ясно выраженной сопротивляемостью.

4. Выраженный нейтрофилез и резко выраженный лейкоцитоз—тяжелую инфекцию и хорошую сопротивляемость.

5. Выраженный нейтрофилез и незначительный лейкоцитоз—тяжелую инфекцию и плохую сопротивляемость.

6. Выраженный нейтрофилез и отсутствие лейкоцитоза—тяжелую инфекцию и отсутствие сопротивляемости.

7. Нарастающий нейтрофилез и убывающий лейкоцитоз—нарастающую тяжесть инфекции и уменьшающуюся сопротивляемость.

8. Убывающий нейтрофилез и убывающий лейкоцитоз—улучшение.

Работы Sondern'a и его последователей касаются, главным образом, изменения крови взрослых. Сравнительно меньше разработан этот вопрос в детском возрасте, что и побудило нас приступить к настоящей работе, учитывая, конечно, различный возрастной нормальный состав крови. Материалом для настоящей работы послужили данные стационарного отделения Детской клиники, полученные мной при исследовании крови по методу Sondern'a у детей с различного рода пневмониями.

Всего обследовано 53 ребенка, причем по возрасту они распределялись следующим образом: 0—12 месяцев—21 ребенок, от 1 г.—5 л.—28; старше 5-ти лет—4. Сделано около 200 исследований крови. Кровь исследовалась, как правило, при поступлении больного в клинику и несколько раз в течение болезни, причем показателем для исследования крови служило изменение общего состояния больного в сторону улучшения или ухудшения, главным образом колебания температурной кривой. Все суждения о взаимодействии сил организма и инфекции определялись на основании положений линии нейтрофилов и лейкоцитов на скале и их взаимоотношений. Что касается возрастных различий состава крови, то за норму взяты данные Гундобина.

Весь обследованный материал разбит на три группы: 1. Случаи легкие—без осложнений—28 детей, 2) случаи с осложнениями затяжного характера—20 детей и 3) случаи с летальным исходом—5.

Рассмотрим первую группу: случай с девочкой 6 мес., Ниной С., поступившей под наше наблюдение 14/1 на 8-й день заболевания. Крепкий, упитанный ребенок со здоровой наследственностью. В легких явления левосторонней бронхо-пневмонии: состояние довольно тяжелое. Кровь—52% нейтрофилов и 14000 лейкоцитов. На таблице ¹⁾ мы видим довольно значительное расхождение линий, причем кривая нейтрофилеза выше лейкоцитоза; по Sondern'у имеем сравнительно тяжелую инфекцию и плохую сопротивляемость, на 5-й день пребывания в клинике параллельно с разрешением пневмонических фокусов и улучшением общего состояния—происходит перекрест линий в сторону лейкоцитоза, как бы перелом к улучшению и в позднейшем вплоть до полного выздо-

¹⁾ По техническим причинам таблицы опущены. *Ред.*

рождения больного—кривая лейкоцитоза лежит выше кривой нейтрофилеза—организм сравнительно легко победил инфекцию.

Второй случай из этой группы—ребенок Боря Л., 8½ мес., поступил 10/IV с явлениями двухсторонней бронхо-пневмонии. Дистрофичный, вялый ребенок; в анамнезе имеются указания на частые гриппозные заболевания и склонность к диспепсиям. Клинически—обильные крепитирующие хрипы в обоих легких; высокая T°; одышка. Кровь: лейкоцитов 12.400 нейтрофилов—48%. Рассуждая по *Sondern'y*, имеем слабую инфекцию и недостаточную сопротивляемость организма этой инфекции,—кривая нейтрофилеза лежит выше кривой лейкоцитоза. В дальнейшем, по мере улучшения общего состояния, падения T°—происходит нарастание лейкоцитов до 16.000 и незначительное падение нейтрофилов до 42%. Картина крови вполне совпадает с клиническими данными. Начальному, более тяжелому периоду соответствует более высокое положение нейтрофилов на шкале; в дальнейшем кривые сближаются—нарастает сопротивляемость организма, слабеет инфекция. Но все же, несмотря на хорошее состояние ребенка, малую интоксикацию, кривая нейтрофилеза стоит выше кривой лейкоцитоза.

Сравнение этих двух случаев ярко показывает, какое огромное значение имеет состояние питания ребенка на течение одной и той же инфекции. Здоровый, крепкий организм сравнительно легко справился с инфекцией и линии на шкале быстро приняли нормальное соотношение, тогда как сопротивляемость атрофичного, к тому же ослабленного постоянными инфекциями ребенка резко понижена и даже при начавшемся выздоровлении мы еще видим довольно значительное расхождение линий на шкале.

Обращает еще на себя внимание случай с мальчиком Валей Б., 2-х лет, поступившем в Клинику 7/IV в тяжелом состоянии, T°—40°, резкая одышка, цианоз; в легких справа между лопаткой и позвоночником на уровне четвертого грудного позвонка—резкая бронхофония; под углом лопатки—бронхиальное дыхание. Исследование крови: лейкоцитов 10.608, нейтрофилов—68%. Кривая нейтрофилеза значительно выше на шкале кривой лейкоцитоза—по *Sondern'y*, следовательно, имеем тяжелую инфекцию и слабую сопротивляемость организма этой инфекции. 10/IV: дыхание стало несколько легче; появились крепитирующие хрипы по *axillar'ным* линиям;—общее состояние попрежнему тяжелое. Кровь—нарастание лейкоцитов до 16.792, падение нейтрофилов до 56%. Инфекция в организме еще сильна, но резко выступают защитные силы организма, видна борьба его и сопротивляемость этой тяжелой инфекции. 14/IV: процентное содержание нейтрофилов вновь возрастает до 62%—сила инфекции не слабеет; количество лейкоцитов несколько увеличивается—23.188—сопротивляемость возрастает, кривые сближаются.

16/IV: клинически—обильные крепитирующие хрипы, вялость, сонливость, падение T°; со стороны крови нарастание лейкоцитоза, резкое падение нейтрофилеза до 46%, линии дали перекрест, причем линия лейкоцитов над линией нейтрофилов,—по *Sondern'y* победа организма над инфекцией; в дальнейшем—по мере улучшения общего состояния и нарастания сил организма—кривая лейкоцитоза оставалась выше кривой нейтрофилеза.

Вторая, довольно многочисленная группа пневмоний затяжного характера, дает резко выраженный нейтрофилез и лейкоцитоз—тяжелую

инфекцию и хорошую сопротивляемость. Колебания улучшений или ухудшений общего состояния отражаются тотчас же на кривых крови, но в общем следует отметить малую склонность кривых к падению, что указывает на затяжный характер болезни.

Для иллюстрации приведем случай с девочкой 7-ми месяцев, поступившей под наше наблюдение 1/III 26 г. Пастозный, рыхлый ребенок. Пульс аритмичный, едва уловимый. Тоны сердца глухи. Общее состояние тяжелое,—ребенок все время стонет. В легких—обильные крепитирующие хрипы, бронхиальное дыхание.

Кровь: лейкоцитов 12.180, нейтрофилов 84%—огромное расхождение линий на шкале; тяжелая инфекция, плохая сопротивляемость. В дальнейшем—под влиянием протеинотерапии—улучшение общего состояния ребенка,—некоторая тенденция линий к сближению; на таблице—падение нейтрофилов до 66% и значительное повышение лейкоцитов до 18.000; с появлением нового фокуса в легких—вновь усиливающееся расхождение линий—нарастает инфекция—80% нейтрофилов, но растет и сопротивляемость—19.000 лейкоцитов; в дальнейшем, несмотря на улучшение общего состояния ребенка, кривая нейтрофилизма оставалась все время выше кривой лейкоцитоза—отсюда силы инфекции падают, но силы организма восстанавливаются очень медленно.

Не менее характерен случай пневмонии, осложнившийся гнойным отитом. В разгаре болезни—сравнительно высокий нейтрофилез—56% и незначительный лейкоцитоз—11.408; через сутки после введения грудного молока количество лейкоцитов увеличилось до 16.000, кривая нейтрофилов упала до 47%, клинически—сознание прояснилось, ребенок стал кушать.

15/IV—Т° поднялась до 38,4°—явления в легких незначительны, общее самочувствие удовлетворительное, но присоединяется гнойный отит, и кровь тотчас же реагирует увеличением количества нейтрофилов до 60% при почти прежнем числе лейкоцитов; ослабевший организм, обремененный новым заболеванием, повидимому, плохо с ним справляется,—течение становится вялым, затяжным, давая колебания в сторону улучшения или ухудшения, причем клинические данные вполне совпадают с данными крови.

Во всех остальных случаях этой группы кривая нейтрофилизма оставалась выше кривой лейкоцитоза при высоком положении линий на шкале.

При высокой Т°, тяжелом общем состоянии—отмечается повышение как лейкоцитоза, так и нейтрофилизма, причем чем выше нейтрофилез, хотя бы и при высоком лейкоцитозе, тем опасней состояние ребенка.

Совершенно особо в этой группе стоит случай с мальчиком Ризой Х.—11 мес., где клинические данные не вполне соответствовали картине крови. Вначале картина крови вполне аналогична предыдущему случаю, т. е. улучшению состояния соответствует повышение лейкоцитов и снижение нейтрофилов. В дальнейшем общее состояние ребенка улучшается, сознание проясняется, явления в легких стихают, между тем как картина крови принимает угрожающий характер—90% нейтрофилов при 11.000 лейкоцитоз.

Клинические данные говорят за улучшение,—кровь за плохой прогноз. Прогноз по картине крови оказался правильным—больной вскоре умер. Тяжелую картину крови приходится объяснить наличием мельчайших фокусов в легких, которые клинически не определялись.

Обращает на себя внимание еще группа пневмоний специфического туберкулезного характера. Все наблюдаемые нами случаи туберкулезных

пневмоний имели вялое, затяжное течение, причем со стороны крови, как правило, мы имеем в начальной стадии невысокий лейкоцитоз и увеличенный лимфоцитоз, кривая нейтрофилов близка к норме. При обострениях—на кривых выявляются колебания линий лейкоцитоза и нейтрофилеза; общий лейкоцитоз повышается, лимфоцитоз—тоже, кривая нейтрофилеза также идет выше, но даже в тяжелых случаях редко превышает лейкоцитоз и быстро спадает соответственно улучшению местного процесса и общего состояния, и только в случаях летального исхода—кривая нейтрофилов лежит высоко на шкале; таким образом нейтрофилез, повидимому, и здесь характеризует токсичность туберкулеза и активность процесса.

Основываясь на нашем материале, приходим к заключению, что метод Sonder'n'a применим при пневмониях специфического характера только частично, большее значение в прогностическом отношении приходится придавать здесь высоте лимфоцитоза, что находит себе подтверждение и в литературных данных, где имеются определенные указания на то, что лимфатическая функция детского организма тесно связана с реактивной способностью его по отношению к туберкулезной инфекции.

Таким образом, на основании нашего, правда, очень небольшого материала,шний раз приходим к заключению, что метод Sonder'n'a является ценным дополнением к клиническому исследованию. С помощью метода Sonder'n'a можно ясно представить состояние больного в каждый взятый момент заболевания, силу его сопротивляемости и силу инфекции. Метод ценен также и в отношении прогноза.

Из Детской клиники Гос. института для усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина в Казани. (Зав.—профессор Е. М. Лепский).

Экспериментальное испытание противорахитического действия Jecorol'a.

Д-ров С. А. Егеревой и Э. Е. Михлиной.

(С 1 рис.).

До открытия Гульдшинским значения ультрафиолетовых лучей в защите и лечении организма от рахита, наиболее надежным средством при последнем давно считался рыбий жир.

Благодаря блестящим открытиям последних лет (обнаружение Мс. Collum'ом антирахитического витастерина в животных жирах, получение Windaus'ом, Hess'ом, Rosenheim'ом и Webster'ом противорахитического фактора из эргостерина) терапия рахита стала более успешной, но тресковый жир не потерял своего значения. Недостача его на рынке заставляет, однако, интересоваться и препаратами, его заменяющими.

Татмедторгом выпущен в продажу препарат „Jecorol“, рекомендуемый для замены рыбьего жира.

Согласно надписи он „содержит в себе составные части рыбьего жира, не обладает противным вкусом, не обнаруживает побочных явлений (наблюдаемых при употреблении рыбьего жира), прекрасно сохраняется при любой температуре и поэтому охотно принимается как взрослыми, так и детьми“.

Об экспериментальном испытании противорахитического действия Jecorol'a в литературе нам не удалось найти указаний, и мы, по предло-