

сгруппированы в маленькие кучки. Сама строма рака обычно не видна, поэтому и является иногда „трудность дифференцировать рак от саркомы“ (Dudgeon).

Саркоматозные клетки, как правило, располагаются одна около другой, давая картину клеток, собранных как бы в рамку и наклеенных на мазок-препарат. Эти кучки саркоматозных клеток или „plaques“, как называет их Dudgeon, иногда бывают отделены друг от друга значительным (под микроскопом) пространством.

Соскобы-мазки, приготовляемые нами из материала, полученного при аутопсиях, не дают никакой диагностической картины вследствие аутолиза тканей. То же самое говорят в своей работе Dudgeon and Patrick.

Резюмируя все вышесказанное можно отметить, что метод соскоба-мазка, являясь методом фиксации в полном смысле этого слова, демонстративно и подчас даже красиво показывает злокачественные и другие клетки, хорошо выявляя их структурные особенности. Он вполне пригоден, как показали наши наблюдения, для быстрой микроскопической диагностики, технически прост, удобно выполняем, требует не более 10 минут для приготовления, включая и окрашивание.

Затрачиваемый материал крайне ничтожен, аппаратура несложна, портативна и может быть, при спешке и надобности, помещена вместе с микроскопом на окне операционной. Всем этим он резко выделяется из ряда других методов и может и должен занять свое место в наших скромных хирургических лабораториях, где всегда необходим быстрый ответ при минимуме потраченного на приготовление времени, а по простоте своей техники он будет являться находкой.

Но считаем необходимым вторично подчеркнуть, что к микроскопической картине соскоба-мазка надо привыкнуть, надо уметь отличать клетки и по виду, и по характеру расположения самих клеток и их ядер, и по окраске ядер. Тогда только можно верно дифференцировать, а это удастся только путем опыта и навыка. Да и к технике приготовления препаратов-мазков тоже необходимо привыкнуть,—чем больше их делать, тем быстрее и лучше они получаются.

*Литература:* 1) E. H. Shaw. The Lancet, 1910 и 1923.—2) L. Dudgeon and R. Jewesbury. The Journal of Hygiene, 1924.—3) L. Dudgeon and Patrick. The British Journal of Surgery, № 56, 1927.—4) E. Chrysoteller. Klin. Woch., № 10, 1928.—5) Проф. Криницкий. Нов. хир. арх., № 50, 1927.—6) Проф. Н. Н. Петров. «Общее учение об опухолях», 1924.—7) Д-р Черваков. Белорус. мед. журнал, 1928.

---

Из Фак. терап. клиники Одесского мед. ин-та. (Дир. проф. Л. Б. Бухштаб).

## Лямблиоз желчных путей<sup>1)</sup>.

**Е. С. Гликсберг.**

Вопрос о лямблиозе известен в литературе давно и заключается в паразитировании особых простейших из группы Flagellata. Впервые они были описаны Lambl'em в 1859 г. и названы *cercomonas*. Grassi

<sup>1)</sup> Доложено в Одесском терапевтическом обществе 3 марта 1928 г.

впоследствии описал их, как *Megastoma intestinalis* и это название встречается в литературе до настоящего времени. Blanchard, в честь впервые открывшего их, дал этому простейшему название *Lamblia intestinalis*. Во французской и английской литературе он фигурирует под названием *Giardia intestinalis*.

Лямблия обычно населяет верхние отделы тонких кишек, где живет в свободном состоянии в виде грушевидных образований с углублением на передней поверхности, двумя ядрами и четырьмя парами бичей. Эти образования хорошо видны при окраске по Giemsa. В толстых кишках они встречаются в виде более стойких образований, цист, особенно обнаруживаемых во время поносов в свежем кале. Число выделенных в сутки лямблий и цист достигает 14—18 миллиардов (Moritz). Исиновский путем промывания отрезка тонких кишек кролика, болеющего лямблиозом, и последующего подсчета лямблий в промывных водах, обнаружил 37.625.000 лямблий (1 миллион на 1 кв. см. кишки). У человека аналогичного подсчета пока не сделано.

Относительно способов заражения лямблиями существуют разногласия. В виду того, что аналогичное заболевание встречается у мышей, крыс, кошек, собак, многие авторы придают большое значение пероральному заражению материалом, содержащим цисты, например пище, зараженной крысами. Играет роль, особенно в заражении детей, домашняя пыль, содержащая цисты, и питьевая вода. Американские авторы (MacLoun a. Sahorsky), на основании отрицательных результатов экспериментальных исследований, приходят к заключению, что лямблиоз у человека человеческого происхождения.

Старые авторы (Cohnheim, Zabel) находили лямблии в желудочном содержимом; чаще их находили при энтероколитах в кале, особенно у детей (Jaksch) и солдат во время войны. В основе целого ряда эпидемий характера холероподобных и дизентерийных заболеваний (Fantam, Luger) признавали лямблиоз. Степень заражения лямблиозом среди населения недостаточно учтена, особенно в России, и роль этих простейших в клинике еще сравнительно мало выяснена. По данным английской статистики на 8.029 человек число инфицированных —  $6\frac{1}{2}\%$  (Boeck и Stiles); на 3146 исследований Dobell'я 9,3% положительных результатов. Число заражений у детей значительно превышает таковое у взрослых: дети 39,8%, взрослые 3,6%. Эти данные представляют только приблизительную картину заражения, т. к. основаны на исследованиях кала. В дуоденальном содержимом лямблии находили раньше только на трупах (Moritz и Hölze). С открытием дуоденального зонда, нахождение лямблий учащается и становится более очевидной роль этих простейших при заболеваниях двенадцатиперстной кишки и желчных путей. Беляев (Томск), ведший свои наблюдения с 1922 г., описывает 12 случаев дуоденита, в основе которых он ставит найденные им в дуоденальном соке лямблии. Кузнецова в 1924 г. на VII Съезде терапевтов в Москве доложила о 12 положительных результатах нахождения лямблий (на 46 зондирований). Распространение лямблиоза по родам заболеваний, по мнению Кузнецовой, резко бросается в глаза: из 12 положительных случаев 3 приходятся на энтероколиты, 9 на ангиохолиты. Целый ряд немецких авторов (Lederer, Korkes u. Luger, Loeber, Wezler, Westphal, Winkler и др.) приводит

также ряд заболеваний желчных путей—катарральные желтухи, холециститы, ангиохолиты, при которых найдены в массовом числе лямблии.

Можно ли связывать эти явления и вообще придавать какое-либо патогенетическое значение этим простейшим? Старые авторы, особенно зоологи, отрицали их патогенное значение, считая их невинными сапрофитами. Их действительно иногда находят у совершенно здоровых людей. В организме ослабленном, у туберкулезных и раковых больных, у лиц, перенесших желудочно-кишечные заболевания, они находят себе лучшую среду. Работы Moritz'a, Шевякова, Grassi выяснили, что лямблии не находятся в подвижном состоянии в кишечнике, а присасываются своей перистой к эпителию кишки, питаясь осмотическим путем. Это доказывает их паразитирование и их патогенность. Большинство авторов, особенно в последнее время, отмечает определенное патогенетическое значение этих простейших. Паразитируя на кишечнике, они выключают целые отделы его и нарушают всасываемость его (Schmidt, Winkler), у детей вызывают задержку роста и развития, что заставляет особенно американских и английских педиатров фиксировать внимание на этих простейших. Высказываются предположения о роли их при пернициозной анемии (Savolin) и нервных заболеваниях (Barrow).

Частота нахождения лямблий при заболеваниях желчных путей, а также эффект терапии в этих случаях, склоняют всех авторов (Grassi, Luger, Fellenreich и Saatke и др.) к мнению, что роль лямблий при этих заболеваниях несомненна.

Описываемый нами вкратце случай представляет интерес, благодаря клинической картине и течению заболевания, в связи с возможностью в этом случае постоянного исследования дуоденальным зондом.

Больная П., 29 лет, поступила в клинику 26/I с жалобами на боли в верхней части живота, особенно в правом подреберьи и рвоту по утрам. Больна 7 лет с тех пор, как стала ощущать боли в правом подреберьи постоянного характера, усиливающиеся приступами и отдающие в правую лопатку. Иногда боли локализируются в левом подреберьи. Боли ухудшаются после приема пищи, после физической работы и волнений, особенно беспокоят больную ночью. В течение последнего года страдает ежедневными тошнотами и крайне мучительными рвотами по утрам: рвота слизью, небольшими количествами, без содержания пищевых масс. В моменты усиления болей, в период ухудшения своего состояния, отмечала повышенную температуру. Общее состояние больной значительно пострадало: ощущает общую слабость, понижение трудоспособности физической и умственной, угнетенное настроение, плохой сон, ослабление памяти, сердцебиения. Стул временами задержан, иногда беспричинные поносы. Мочеотделение нормально. Менструрует нормально. Замужем. Имела 5 беременностей, из них 3 аборта: два искусственных, один самопроизвольный. Дети здоровы. В детстве б-ная развивалась правильно. Перенесла корь, дифтерию, ангину, сыпной тиф. 3 года тому назад по поводу указанных болей подверглась аппендэктомии. Отец умер от рака желудка. Мать здорова. Сестра страдает туберкулезом. Тетка б-ной умерла от рака верхней челюсти. Условия жизни всегда хорошие. Родилась в Николаеве, жила все время в Одессе и в окрестностях города. В голодные годы употребляла плохую питьевую воду.

Б-ная правильного телосложения, пониженного питания. Рост 156 см., вес 61,2 кило. Index B. L. 78. Вид б-ной несколько угнетенный. Со стороны психической сферы, речи, голоса изменений не отмечается. Температура 37,3°. На коже в обильном количестве имеются *maculi pigmentosi*. Видимые слизистые бледны. Желтухи на коже и слизистых не отмечается. Подкожная клетчатка развита слабо. Лимфатические железы несколько увеличены. Щитовидная железа хорошо прощупывается. Грудная клетка астенического строения. Границы сердца перкуторно и рентгенологически нормальны. Тоны сердца ясны, на верхушке сердца выслушивается непостоянный систолический шум. Ритм сердца правильный. П. 82 в 1'.

Правая верхушка легких дает небольшое притупление перкуторного тона и стоит несколько ниже левой. На остальном протяжении легких перкуторный звук нормальный. При аускультации всюду везикулярное дыхание, на правой верхушке удлиненный выдох. Живот западает в верхней части, более выпячен в средней. Над Пупартовой связкой заживший послеоперационный рубец. При перкуссии над животом тимпанич. звук. При пальпации живот мягок, в верхней части болезнен. Печень прощупывается на 2½ см., болезненная, умеренно плотная, гладкой поверхности. Резкая болезненность в месте расположения желчного пузыря. Селезенка не прощупывается. Временами пальпируется pylorus. Отрезки кишек и желудка без особых изменений. Со стороны нервной системы отмечается повышение вазомоторной и рефлекторной возбудимости. Выраженная дыхательная аритмия. Симптом Aschner'a положительный. Симпт. Czermak'a и Erbel'a отрицательны. Проба с пилокарпином положительна (++). Проба с адреналином слабая. Кальций в в крови по de Waard'y 12.4 мгр. %. Калий в крови по Kramer'y 31.95 мгр. %. Таким образом, у больной отмечается выраженная ваготония. Кровь: Hb—62%, E—3820000, L—6200 FJ—0.8. Лейкоцитарная формула: Bas 1%, Eos—от 1% до 4.5% (при повт. исследов.) j—0.5%, St—13%, S—49%, Ly—32%, Mo 4.5%. Со стороны эритроц. отмечается незначительный анизцитоз. Плазмодии малярии не найдены. Реакция Wassermann'a отрицательна. Лейкоцидадь слабо положительна. Реакция сыворотки крови по H. v. den Bergh'y непрямая. Билирубин в крови по Meulengracht'y 2½ единицы. Исследование мочи каких-либо изменений не дало. Исследование диагност. в моче по методу Wolgemuth'a дало ее увеличение, временного характера, до 512 единиц. Исследование желудочного сока толстым зондом: общая кисл. 50, свободная же 34, связ. 8.

Исследование тонким зондом (по Зимницкому): тип секреции гиперсекреторный астенический: через 45 м. кислотность св. 70, общая 80. Рентгенокопия желудка не обнаружила каких-либо изменений со стороны его. Болезненность прощупывается несколько кверху от 12-перстной кишки в проекции нижнего края печени. Исследование дуоденальным зондом производилось многократно, вначале с диагностической, потом с лечебной целью. Пузырный рефлекс обычно наступал через от 30 м. до 2-х часов под влиянием вливаний 40 куб. MgSO<sub>4</sub> 33%. При исследовании количества билирубина в желчи А—25 ед., в ж. В—200 ед., в ж. С—60 ед. Общий вид желчи обращал на себя внимание. В желчи А, а особенно много в желчи С, отмечались нежные хлопья, в виде завитков, слизистого характера на вид, так назыв. „Lamblienfloeken“. При микроскопическом исследовании желчи обнаружено массовое скопление лямблий, расположенных местами в беспорядке, местами же по ходу нитей „Lamblienfloeken“ в одном характерном направлении. Наряду с лямблиями в желчи С в наибольшем количестве, и в значительно меньшем количестве в желчи А и В, отмечались скопления лейкоцитов. Из других элементов, обнаруживаемых при микроскопическом исследовании, следует отметить клетки плоского эпителия, изредка цилиндрического; помимо этого, находились эритроциты, желчных цилиндров, кристаллов холестерина в отдельных исследованиях. При посеве желчи обнаружены колоподобные бактерии. При исследовании кала обнаружены яйца Trichocephalus dispar, плохо переваренные мышечные волокна, растительная клетчатка.

За время пребывания б-ной в клинике можно отметить несколько моментов, которые дополнили клиническую картину данного заболевания: 7/II у б-ной внезапно усилились боли в области печени, появился озноб, температура повысилась до 38.2°. При этом число лейкоцитов: 9.000. Со стороны лейкоцитарной формулы резкое отклонение влево. Положительный признак Mussy справа. 24/II у б-ной наступили беспричинные поносы. При исследовании кала в это время были обнаружены отсутствовавшие ранее цисты лямблий и единичные неподвижные лямблии. При дальнейших исследованиях кала цисты были найдены в большом количестве.

Клиническая картина данного случая не отвечает заболеванию одного органа. Многообразие жалоб, объективных симптомов, лабораторных изменений говорят за комбинированное поражение. Приступы болей в правом подреберьи, протекающие с повышенной температурой, положительный rhgenicus-симптом, характерные изменения в пузырной и печеночной желчи говорят за воспалительный процесс в желчных путях. Беспрерывные тошноты, рвоты слизистого характера по утрам, изменения в дуоденальной желчи трактуют о поражении верхних отделов тон-

ких кишек, о гастродуодените с возникающим временами энтеритом в виде поносов. Боли в надпупочной области у б-ной, частая иррадиация влево, плохая перевариваемость мяса, обнаруженная в кале, и повышенные диастазы в моче говорят за воспалительный процесс в поджелудочной железе преходящего характера. Таким образом, у б-ной ангиохолит, холецистит с сопровождающим дуоденитом и панкреатитом.

В результате обзора литературного материала и нашего случая, можно отметить общность некоторых симптомов, которые могут натолкнуть мысль клинициста на лямблиоз. Это—атипичность явлений, рвоты слизистого характера, смена запоров с поносами. Придают значение понижению желудочной кислотности и эозинофилии. В нашем случае интересными моментами является, наоборот, повышенная кислотность, также высокое расположение процесса (преимущественное обнаружение лямблий в ж. С) и обнаруженное вовлечение поджелудочной железы, о чем упоминает в литературе Wezler.

Какова патогенетическая роль лямблий при заболеваниях желчных путей и в нашем случае? В ряде случаев (Loeber, Winkler) были находимы в стерильной желчи многочисленные лямблии. Эти авторы поэтому склонны считать лямблии причиной заболевания. Другие авторы (Кузнецова) в некоторых случаях находили наряду с лямблиями и *b. coli*, *b. paratyphi*. В этих случаях патогенетическое значение лямблий также имеет место. Они являются первичным моментом, фиксирующим инфекцию, облегчающим явления застоя; или же, как думают некоторые авторы (Leuckart, Grassi, Luger), они обнаруживают наклонность внедряться в болезненно измененные первично органы и усиливают, усложняют клиническую картину, становясь более патогенными, чем обычно. Интересно мнение Westphal'я, основанное на ряде наблюдений и опытов: он считает, что лямблиоз повышает возбудимость мускулатуры желчного пузыря и протоков, в особенности сфинктера Одди, усиливает его наклонность к спазму и этим обуславливает явления желчной колики, как проявления невроза желчного пузыря. Им описан случай обнаружения многочисленных лямблий в желчном пузыре, где на операции анатомических изменений не было найдено. Повышение возбудимости желчного пузыря может происходить и при нахождении лямблий вне желчного пузыря, в области 12-перстной кишки.

В нашем случае несомненна инфекция желчных путей: имеется повышенная температура, соответствующие изменения крови, воспалительные изменения в желчи, обнаружены колиподобные бактерии. Не противоречит данным Westphal'я, что это заболевание развивается у лиц с вегетативным неврозом (ваготония у нашей больной). Является ли это первичным или вторично повышается у этих больных возбудимость—сказать трудно. Вопрос стоит так, что под влиянием размножения лямблий, с одной стороны, и известной восприимчивости организма—с другой—*лямблионоситель* делается *лямблиобольным*. Дальнейшие наблюдения заставят приблизиться к лучшему пониманию патогенеза этих простейших вообще и при заболеваниях желчных путей в частности.

В качестве лечебных мероприятий предлагают многочисленные методы, применяемые при амёбиазах и глистных заболеваниях. Результаты противоречивы. Вероятно, это зависит от времени последующего наблюдения. Westphal, несмотря на применение дуоденальных душей из



синьки, триафлавина, также хинина и слабительных, не получил полного исчезновения лямблий. Беляев после применения салварсана, эметина, хинина заключает о безуспешности лечения лямблиоза. Другие авторы оказались счастливее. Хорошие результаты получил ряд авторов от неосальварсана (Helsenreich u. Satke, Mariano, Dietel, Кузнецова и др.), от эметина (Savolin, Winkler), ртути (Gray), бисм. salicylicum (Mac-Loun a. Sahorsky). Помимо этого, рекомендуют еще trepasol, stovarsol, spirozid, бетанафтол, тетрачлоруглерод и др. В последнее время большой известностью пользуется в Германии Jatren 105. Интерес в лечебном отношении представляет также osarsol. В нашем случае последние препараты не применялись, т. к. их не было в нашем распоряжении.

Вначале 6-ной применялась неспецифическая терапия в виде припарок на печень, частых дуоденальных промываний сернокислой магнезией (всего сделано 22 промывания), минеральной воды, слабительных. 6-ная получала также хинин и бисм. salicyl. Через месяц после такого лечения у 6-ной исчезли совершенно лямблии при микроскопическом повторном исследовании желчи. Изменился также и макроскопический вид желчи: вместо нежных, коротких хлопьев, появились густые хлопья характера слизисто-гнойной мути. Увеличилось количество лейкоцитов, что отмечается в литературе как признак усиленной деятельности макрофагов в борьбе с лямблиями. Общее состояние 6-ной также значительно улучшилось—рвота совершенно прекратилась, боли стали незначительными, печень уменьшилась, 6-ная поправилась в весе, увеличились цифры гемоглобина.

Но исследование 6-ной дуоденальным зондом через 3 недели после первого эффекта обнаружило вновь наличие лямблий. 6-ная вновь поступила в клинику. Было применено лечение неосальварсаном с последующими дуоденальными промываниями. После 6 инъекций (дозы 0.15, 0.3, 0.45) лямблии и цисты вновь исчезли при повторном исследовании. Через 3—4 недели произведенные контрольные исследования вновь обнаружили лямблии. Общее самочувствие 6-ной остается хорошим и по настоящее время. Это терапевтическое влияние отмечается рядом авторов отмечается уменьшение числа и подвижности лямблий, но стойкость этих простейших и трудность терапевтического воздействия на них очевидна.

---

Из Факультетской терапевтической клиники Астраханского гос. медиц. ин-та.

## Лечение инфекционных колитов.

Профессора И. В. Мурашева.

Огромный интерес, уделяемый в настоящее время колитам вообще и лечению их в частности, побуждает меня поделиться методами, которыми я пользуюсь много лет и с большим успехом при лечении колитов инфекционного происхождения, куда относятся колиты, обусловленные инфекцией самого разнообразного характера: или попадающей в кишечник извне, как напр., *amoeba dysenteriae* Councilman et Laflaur, *s. entamoeba histolytica* Schaudinn, *bac. dysenteriae* Schiga-Kru-