

потому, что этому препятствуют наши инстинкты и не потому, что того или иного положения не переваривает наш желудок или какой-нибудь подкорковый узел, а потому, что в коре, в анатомическом субстрате нашей сочетательно-рефлекторной деятельности, еще не образовалась та „оптимальная возбудимость“, при которой новая идея или новое положение могло бы быть легко „осознанным“ и принятым в качестве нового звена в нашу сложную психическую цепь. Только лишь в области *сознания* возможно размыкание дуги старого условного рефлекса, лежащего нередко в основе патогенеза отдельного психоневроза. Излечить последний—значит разорвать дугу условного рефлекса, лежащего в основе психоневроза, и разорвать ее в том месте, где она сомкнулась, т. е. в области *сознания* больного. Вот почему психологическое „воспоминание“ в процессе психоанализа, знаменующее собой восстановление когда-то имевшей место доминанты, со всеми ее соматическими и кортикальными компонентами приводя одновременно и к замене одних кортикальных (психических) компонентов другими. Вот почему у гомосексуала психоанализ вытесняет представление о мужчине или о мальчике, заменяя это представление образом женщины. Осознание гомосексуалом сущности его заболевания не только освобождает его от его невротической установки на среду, но способствует и тому, что меняется его нравственный облик и поведение, характер которого он уже больше не связывает с висевшим над ним мечом „тяжелой наследственности“ и пугалом „внутренней секреции“.

Из Дерматологической клиники Казанского университета (Директор—проф. М. С. Пильнов).

Опыт применения аутовакцинотерапии в дерматологии¹⁾.

Приват-доцент **Н. Н. Яснитский** и ординатор **А. И. Дмитриев**.

Лечение обширной группы кожных болезней, развивающихся в результате инфекции кожи и ее придаточных образований гноеродными микроорганизмами, всегда являлось неблагоприятной и трудно разрешимой задачей дерматологии. Разнообразие и неодинаковая вирулентность флоры, глубокая иногда локализация болезненного процесса, различная интенсивность воспалительных явлений—все это в значительной мере затрудняет выбор надлежащих лечебных мероприятий. Общеупотребительные методы местной терапии, направленной к уничтожению патогенной флоры, в большинстве случаев не достигают цели, проявляя сравнительно поверхностное действие, в то время как глубокие фокусы процесса при этом обычно или остаются вне сферы влияния лекарственных средств, или подвергаются ему в незначительной мере. Этим до некоторой степени объясняется хроническое течение и склонность к рецидивированию многих инфекционных дерматозов (фурункулез, угри). Ввиду ненадежности, а подчас и полной безуспешности, большинства обычных методов местной терапии (медикаментозной и физиотерапии) вполне естественной и за-

¹⁾ Доложено на заседании венерологической секции О-ва врачей 11 апреля 1929 г.

служивающей серьезного внимания является мысль использовать для лечебных целей новейшие достижения в области учения об иммунитете организма против инфекции. Нашедший себе научное обоснование в работах Wright'a и его школы метод активной иммунизации организма, после детальной разработки Sauerbeck'ом основных принципов его применения, получил широкое распространение в различных областях медицины, в частности в дерматологии.

В настоящей статье мы не ставим себе целью представить в свете современных знаний учение о вакцинотерапии, наша задача более скромная: мы имеем ввиду поделиться результатами своих наблюдений над терапевтическим действием аутовакцины при некоторых дерматозах. Наши наблюдения были проведены на больных амбулатории и стационара дерматологической клиники и отчасти на больных железнодорожной поликлиники и обнимают собой 100 случаев, по роду заболеваний распределяющимися следующим образом: угри—52 случая, фурункулез—38 сл., сикоз—3 сл. пиодермит—6 сл., скрофулодерма—1 случай.

Имеющиеся в литературе указания (Engmann, Lanteri, Gilchrist и др.) на лучший терапевтический эффект при применении аутогенной вакцины побудили нас провести свои наблюдения над действием аутовакцины¹⁾. Для приготовления вакцины мы пользовались выращенной из гноя пустул суточной культурой на простом и сахарном агаре. Крепость вакцины определялась по стандарту Wright'a (при условии сосчитывания 200 полей зрения; стандарт приготавлился заново через каждые 1½—2 месяца). Непременным условием ее годности мы считали стерильность при отсеве в пробирки на сахарный бульон и контроле на проращивание при 37° в течение 48 часов.

Придавая опсонинам первенствующее значение в процессе иммунизации, Wright считает единственно рациональным метод вакцинотерапии, основанный на определении опсонического индекса путем систематического исследования на протяжении всего курса лечения. Однако, известный субъективизм в оценке этого сложного лабораторного метода и непостоянство получаемых результатов даже в руках опытных исследователей (по Röhm'e в 15%, по Portner'y в 30% имеют место ошибки в результатах определения индекса) представляются настолько существенными, что большинство авторов считает вполне возможным отказаться от необходимости и обязательности его производства, ограничиваясь одним тщательно проводимыми клиническими наблюдениями над больными (Strübell, Bruck и др.). В своих наблюдениях, в соответствии с только что высказанными соображениями мы, не проводили определения индекса и при установлении дозы и частоты впрыскиваний вакцины руководствовались исключительно клиническими признаками реакции больного.

Угри. Все бывшие под нашим наблюдением случаи *acne vulgaris*, в зависимости от особенностей клинической картины, мы считаем целесообразным разбить на три группы. В первую вошли случаи, где осо-

¹⁾ Одним из нас (Н. Н. Яснитским) параллельно были проведены в железнодорожной поликлинике наблюдения над действием гетерогенной вакцины при угрях (7 случаев) и фурункулезе (11 случаев). На этом небольшом, правда, материале можно было убедиться в несомненном преимуществе аутовакцины над гетеровакциной в отношении терапевтического эффекта.

бенно резко были выражены симптомы себорреи (гиперсекреция желез, зияние их устьев, многочисленные comedones и milium), угревая же сыпь представлялась по преимуществу в форме немногочисленных воспалительных узелков с наклонностью их к образованию поверхностных пустул. В большинстве случаев воспалительные явления здесь были умеренны и, если беспокоили больных, то, главным образом, в косметическом отношении. Случаи второй группы, это—те чрезвычайно хронические, не поддающиеся почти совершенно местному лечению, обезображивающие лицо формы угрей, где наряду с многочисленными поверхностными пустулами в большем или меньшем количестве имелись глубоко лежащие в коже, плотные, мало наклонные к распадению узлы, в силу своей резкой болезненности беспокоящие больного (пустулезные и индурированные угри). Наконец, к третьей группе мы отнесли случаи т. н. аспергипустулоза, т. е. те формы, которые характеризуются обильным высыпанием пустул, то более поверхностных, то более глубоких, причем явления себорреи затухивались резко выраженным воспалительным состоянием кожи. Между указанными разновидностями клинической картины наблюдались многочисленные переходные формы и комбинации. Считая это подразделение чисто условным и схематичным, мы сочли все же необходимым придерживаться его в целях более точного учета получаемого терапевтического эффекта. За целесообразность такого деления высказываются также Wessern, Moris и Dore.

Группа первая—17 случаев. Возраст больных от 16 до 24 лет. Продолжительность болезни от 1 года до 5 лет, локализация—лицо, область грудины и верхняя часть спины. За небольшими исключениями большинство больных подвергалось ранее продолжительному местному лечению, но без видимых результатов. При посевах гноя пустул на простом и сахарном агаре во всех случаях был получен рост белого стафилококка. Вакцинация проводилась по следующей схеме: начальная доза—150 милл. Следующие впрыскивания через каждые три дня в дозах 250—500 милл. и выше до предельной дозы в 2½ миллиарда. Повторные введения вакцины производились лишь после исчезновения общей реакции, которая в подавляющем большинстве случаев была кратковременная и выражена слабо. Очаговая реакция, в форме усиления воспалительных явлений и высыпания новых пустул, наблюдалась не у всех больных. В 5 случаях после 9—15 впрыскиваний в течение 1½—2 месяцев было достигнуто выздоровление (под выздоровлением мы подразумеваем здесь прекращение высыпания новых пустулезных эфлоресценций, исчезновение старых; основной себоррейный процесс оставался без существенных изменений и требовал в дальнейшем применения местной терапии). У 10 больных после 12—20 впрыскиваний на протяжении 1½—2½ мес. наблюдалось значительное улучшение, выражавшееся в ослаблении воспалительных явлений и уменьшении числа пустул (в отдельных случаях до единичных экземпляров). Наконец, в 2 случаях после 10 впрыскиваний, через месяц никаких изменений в картине болезни не произошло. Ввиду наличия выраженных симптомов себорреи и многочисленных комедонов большинству больных назначалось протирание кожи 1—2% салициловым или резорциновым спиртом, впоследствии втирания сулемы в мыльном спирте (0,1:40,0—30,0). У трех больных течение года при повторных посещениях рецидивов обнаружено не было.

Таким образом почти в трети случаев были достигнуты вполне удовлетворительные результаты от применения аутовакцинации; результаты, превосходящие получаемые при помощи обычных методов местной терапии.

Группа вторая—21 больной, в возрасте от 20—28 лет, продолжительность болезни колеблется от 2—8 лет; локализация процесса—лицо, верхняя часть спины, реже грудь. Большинство больных подвергалось ранее без заметного улучшения длительному местному лечению. При посеве гноя из пустул (поверхностных и глубоких) получен рост белого стафилококка в 19 случаях, белого и золотистого стафилококка—в 1 случ., белого стафилококка и грамотрицательной палочки—в 1 сл. Начальная доза вакцины 150—300 миллионов, последующие впрыскивания

через каждые три дня в дозах 300—500 миллионов и выше до предельной дозы в $2\frac{1}{2}$ миллиарда (в 3 случаях даже до 6 миллиардов). Общая реакция наблюдалась в половине всех случаев, как леченных малыми дозами, так и высокими, и была умеренной силы; очаговая—наступала уже после первых впрыскиваний и выражалась в довольно резком усилении воспалительных явлений и высыпании новых пустул, которые, как правило, были недолговечны и скоро подсыхали. У 13 больных после 14—20 впрыскиваний в течение $1\frac{1}{2}$ —3 месяцев наступило полное выздоровление (исчезновение пустулезной сыпи и глубоких индурированных фокусов), у 8-ми больных после 8—18 впрыскиваний в продолжении 1—2 месяцев было достигнуто значительное улучшение процесса. Под влиянием вакцинации уже после первых 3—4 впрыскиваний происходит уменьшение воспалительных явлений, быстрое подсыхание поверхностных пустул и медленное рассасывание глубоких индурированных очагов. В случаях, окончившихся выздоровлением, кожа на месте бывшего процесса оставалась испещренной многочисленными втянутыми рубчиками, вначале пигментированными, а впоследствии цвета нормальной кожи. При наличии у больных резко выраженных воспалительных явлений назначалась слабая (3—5%) ихтиоловая паста, позднее—паровые ванночки, салициловый или резорциновый спирт, сулема в мыльном спирте.

Полученные результаты от применения аутовакциноотерапии при этой разновидности угрей, трудно вообще поддающихся местному лечению, нельзя не признать вполне удовлетворительными.

Группа третья—14 случаев. Больные в возрасте от 18 до 22 лет; давность процесса от 7 месяцев до 5 лет (в одном случае—9 лет). Локализация—преимущественно лицо, реже грудь и спина. Предшествующее местное лечение или было совершенно безуспешным, или давало временное, нестойкое улучшение. Посев гноя из пустул дал рост белого стафилококка в 12 случаях, белого и золотистого—в 1 сл., золотистого—в 1 случае (некротические угри). Начальная доза вакцины 200—250 миллионов, последующие через каждые три дня—300—500 и выше до предельной в $2\frac{1}{2}$ —3 миллиарда (в 1 случае 6 миллиардов). Общая реакция, умеренной силы, наблюдалась у незначительной части больных, очаговая в ряде случаев была резко выраженной и заключалась в значительном обострении процесса, длившемся в среднем 3—5 дней. В 10 случаях после 9—23 впрыскиваний в продолжении 1—3 месяцев наступило полное прекращение высыпания пустул, уменьшение воспалительных явлений, в 4—значительное улучшение. Необходимо отметить, что эффект от лечения не отличается стойкостью, и в ряде случаев, спустя несколько месяцев, появлялись рецидивы, выражавшиеся новым высыпанием пустул, правда, в очень незначительном количестве. Местное лечение по общим правилам было в состоянии у этих больных купировать рецидивы в сравнительно короткий срок. Большинство больных одновременно с вакцинацией подвергалось и местной терапии, которая, по нашему мнению, являлась особенно необходимой, так как интенсивность воспалительных явлений требовала энергичного воздействия.

Последовательное лечение остающейся *in statu quo* себорреи проводилось по общим правилам.

Таким образом на нашем материале, обнимающем разнообразнейшие клинические формы угрей, мы получили несомненные доказательства благоприятного влияния аутовакциноотерапии на данное заболевание. Едва ли существует другой метод лечения, который давал бы на протяжении сравнительно небольшого промежутка времени столь ободряющие результаты: из 52 больных у 28 наступило выздоровление, у 22—улучшение и только у 2-х картина болезни осталась без существенных изменений. Применявшейся одновременно местной терапии мы не склонны приписывать большого влияния на течение болезненного процесса, так как, во 1-х, она заключалась в назначении слабо действующих веществ и, в сущности, сводилась к поддержанию кожи в чистом состоянии, а, во 2-х, в ряде случаев (5 окончившихся выздоровлением и 7—улучшением) никакой местной терапии вообще не проводилось. Кроме того клинический опыт учит, что чрезвычайно трудно, а подчас и невозможно, достигнуть даже в течение большого промежутка времени столько бла-

гоприятных результатов при применении исключительно местного лечения.

Обращаясь к литературным данным, мы видим, что вполне удовлетворительный эффект от вакцинотерапии при различных клинических формах угрей наблюдали Gilchrist, Bab, Lepp, Scherber, Smiley и др., причем Bab отмечает, что вакцинация является наиболее показанной в тех случаях, где процесс выражается высыпанием многочисленных поверхностных гнойничков (*acne pustulosa*), он указывает также на необходимость проводить комбинированное лечение (вакцинотерапия, рентгенизация, медикаментозное местное лечение). Scherber видит в этом методе крупное достижение, дающее несомненный терапевтический эффект, особенно в тех упорных случаях, где все обычные способы лечения остаются безрезультатными. Более осторожно высказывается Sellei, получивший выздоровление лишь в одном из восьми случаев.

Таким образом аутовакцинотерапия является одним из наиболее действительных методов лечения угрей, в особенности той разновидности их, которая носит название *acne pustulosa et indurata*.

Фурункулез. Все случаи фурункулеза, леченного нами вакцинацией, мы подразделяем на три группы: 1) фурункулез хронический, 2) острый и 3) фурункулез, протекающий одновременно с пиодермитом, преимущественно хроническим.

Группа первая—20 случаев. Давность процесса колеблется от 3-х месяцев до 4-лет (последние случаи клинически характеризуются частыми рецидивами немногочисленных фурункулов, трудно поддающихся лечению). При посевах гноя из пустул неизменно получался рост золотистого стафилококка. Вакцина вводилась, начиная с дозы в 300—500 миллионов с последующим повышением на 200—300 миллионов до предельной в $2\frac{1}{2}$ —3 миллиарда. Впрыскивания производились через каждые 3 дня. Несмотря на применение сравнительно высоких доз, общая реакция наблюдалась лишь у небольшой части наших больных и была относительно слабой; более частой является очаговая реакция, выражавшаяся усилением воспалительных явлений на месте фурункула и появлением в окружности новых пустул, быстро подсыхающих. Уже после первых впрыскиваний фурункулы быстро подвергались обратному развитию; как правило, вновь появившиеся принимали abortивное течение и почти никогда не представляли картины вполне развитых форм. Все 20 случаев, где мы применяли вакцинацию, окончились выздоровлением после 5—15 впрыскиваний в продолжении 3-х недель— $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев. К концу этого времени исчезали и более застарелые, упорные формы, годами беспокоившие и истощавшие больных; случаи с длительностью не более 1 года заканчивались выздоровлением обычно в более короткий срок (не более 3—4 недель).

Группа вторая.—15 случаев с давностью процесса от 2 недель до 3 месяцев. При посевах получен рост золотистого стафилококка. Вакцинация проводилась по той же схеме, что и в случаях первой группы, с той лишь разницей, что предельная доза не превышала $1\frac{1}{2}$ миллиардов. Выздоровление было получено во всех 15 случаях после 5—10 впрыскиваний в течение 2—5 недель.

Группа третья—3 случая. Процесс здесь характеризовался одновременным высыпанием фурункулов, фолликулитов и перифолликулитов. Вакцинация в тех же дозах дала прекрасный эффект в течение 2— $2\frac{1}{2}$ недель после 5—7 впрыскиваний.

Местная терапия фурункулеза проводилась в форме наложения повязки с слабо дезинфицирующими мазями.

Таким образом при помощи аутовакцинотерапии удастся достигнуть хороших результатов даже в чрезвычайно затяжных и упорно не поддающихся обычным методам лечения случаях.

Сикоз (не паразитарный)—3 случая. При посеве гноя из пустул получен рост золотистого стафилококка. Вакцинация в дозах от 500 мил-

лионов до 3 миллиардов в течение 3-х месяцев после 8—26 впрыскиваний дала в двух случаях выздоровление и в одном—временное улучшение с последующим наступлением рецидива.

Пиодермит—6 случаев. При посеве гноя из пустулы получен рост золотистого стафилококка и стрептококка. Вакцина в дозах от 200 миллионов до 1 миллиарда в течение 3—4 недель после 4—7 впрыскиваний дала полное излечение во всех случаях. Особенно демонстративен случай хронического рецидивирующего дерматита стопы, в продолжении года упорно не поддававшегося местному лечению. После 7 впрыскиваний наступило исчезновение высыпи, рецидивы более не появлялись (больной около года находится под наблюдением).

Скрофулодерма—1 случай. После 29 впрыскиваний на протяжении более 3-х месяцев при одновременном энергичном местном лечении можно было отметить весьма незначительное улучшение.

Полученные нами прекрасные результаты лечения фурункулеза аутовакциной в общем совпадают с наблюдениями Ravaut, Lerr, Бруннера, Bab, Sellei и др. Указанные авторы горячо рекомендуют этот метод лечения, как наиболее действительный, скорый и простой технически.

Мы считаем необходимым несколько подробнее остановиться на вопросе о рациональной дозировке вакцины. В этом отношении в настоящее время не достигнуто полного единогласия. Wessern, Wentgens, Engtmann, Бруннер и др., применяя малые дозы (не более 700 миллионов—1 миллиарда для предельной дозы), не видят необходимости назначения высоких доз и их преимущества в смысле получения лучшего терапевтического эффекта. Blazi, Lerr и др., напротив, вводя большие дозы (начальная в 500 миллионов, предельная—2 миллиарда) не наблюдали никаких побочных вредных влияний на организм, терапевтически же они оказывались более действительными, в особенности в случаях хронического течения болезни. Наши собственные наблюдения, проведенные, как с малыми, так и высокими дозами, позволяют нам присоединиться к последнему мнению. Мы неоднократно имели возможность убедиться в том, что большие дозы в общем легко переносятся больными, и оказывают несравненно более сильное влияние на течение болезненного процесса. Особенно рельефно проявлялось действие высоких доз при лечении запущенных, хронических форм индурированных угрей. Следует указать при этом на необходимость тщательного наблюдения за больными, не повторять впрыскиваний ранее, чем исчезнет реакция организма на предшествовавшее введение вакцины. При соблюдении этого неперемного условия предельные дозы даже в 3—6 миллиардов можно считать безопасными и вполне допустимыми. Само собой разумеется, что вакцинация должна проводиться в известной последовательности применяемых доз, начиная в среднем в 250—300 миллионов. Количество впрыскиваний в каждом отдельном случае определяется соответствующими изменениями клинической картины процесса.

На основании своих личных наблюдений и изучения литературных данных мы считаем возможным оценивать аутовакцинотерапию, как наиболее действительный в ряду других методов лечения пиогенных дерматозов, дающий прекрасные результаты при фурункулезе и вполне удовлетворительные при различных формах угрей. Ввиду простоты при-

мения, отсутствия вредных побочных влияний и доступности в условиях большинства благоустроенных больниц и диспансеров он может быть рекомендован широким кругам практических врачей. При невозможности приготовления аутовакцины, вполне пригодной (дающей, правда, несколько более слабый эффект) является продажная поливалентная стафилококковая вакцина.

Литература. 1) Engmann. l. of. cut. dis. 1910. XVII. № 11. Реф. М. ф. р. D. LIII.—2) Gilchrist. l. of. cut. dis. XI. 1910. Реф. Derm. Zeit. XVIII.—3) Strübell. M. m. W. 1907, D. m. W. 1909. № 6.—4) Bab. D. m. W. 1911. № 6.—5) Lepp. Sesti Arst. 1926. № 5. Реф. Ztbl. 13/14. XXI.—6) Scherber. W. kl. W. 1909, № 13.—7) Smiley l. am. m. ass. 27. IV. 1912. Реф. D. W. 1912. № 51 в.—8) Sellei. W. kl. W. 1909. № 43.—9) Ravaut. Ann. de D. et Syph. 1926. № 8/9.—10) Бруннер. Врач. газ. № 3—4. 1923.—11) Western. The br. l. of. D. l. 1910. Реф. M. f. p. D. 1910 L.—12) Wentgens. Diss. 1910. Реф. M. f. p. D. 1911. LIII.—13) Moris and Dore. The br. l. of. D. 1911. X. Реф. M. f. p. D. 1911. LIII.—14) Голшмид и Костромин. Рус. В. дер. 1926. № 2. т. IV]

ИЗ ПРАКТИКИ.

Из Патолого-анатомического кабинета гос. Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Заведующий—проф. К. Г. Боль),

Случай опухоли гипофиза типа Erdheim'a¹⁾.

Ассистента А. М. Клементьевой.

Б-ная П., 23 л., поступила в Терап. клинику Института 19. III. 27 с жалобами на тошноту, вне зависимости от приема пищи, головную боль, главным образом по утрам. За последнее время отмечает двоение в глазах. Больной считает себя 1 мес.

Б-ная среднего роста, правильного телосложения. Общее питание хорошее. Обращает на себя внимание неравномерное распределение подкожной жировой клетчатки. Большое отложение жира на плечах и бедрах представляет контраст с нормальным распределением на голенях и предплечьях. Со стороны костной, мышечной системы, сердца, легких, органов пищеварения ничего патологического не отмечено. Со стороны белой крови имеется увеличение количества эозинофилов до 5%. Исследование глазного дна: сосок увеличен в размерах и выдается над уровнем сетчатки. (Явление застойного соска в обоих глазах). V. os. dex.—0,7; v. os. sin.—0,9. Рентгенологическое исследование: разрыхление контура передней стенки турецкого седла, углубленное дно и раздвинутый уплотненный dorsum; deformatio, destructio rg. cipoïd. Больная скончалась при явлениях нарастающей сердечной слабости и асфиксии 5. IV. 27. Клин. диагноз: опухоль гипофиза.

Из данных протокола вскрытия (№ 629) приводим след. На основании мозга имеется кистовидное образование с тонкой просвечивающей оболочкой, ограниченное спереди перекрестом зрительных нервов, сзади Варолиевым мостом, с боков височными долями. Гипофиз, тесно спаянный с кистой, не увеличен.

Спереди к придатку примыкает костное образование в виде тутовой ягоды, величиной с мелкую горошину. Сквозь тонкую оболочку кисты просвечивает жидкое содержимое, окрашенное в буровато-зеленый цвет. Влево от гипофиза, спаянное с его костным придатком, отмечается утолщение оболочки кисты, которое идет в глубину мозга. После фиксации при фронтальном послойном разрезе отмечено след: непосредственно от костного придатка гипофиза в глубину мозга распространяется новообразование клиновидной формы 1×3 см. буровато-белого цвета, плотной, местами костной консистенции. В центральной части опухоли выделяется

¹⁾ Доложено на 104 Научн. собрании Института для ус. вр. 3. IV. 1928.