

ции. Он же в 1927 году приводит уже 31 случай подобных опухолей. Смертность у него 10%. Tudor Edwards говорит, что подобные опухоли редки и для диагностики советует производить pneumothorax следующей рентгенографией. Автор оперировал 7 случаев, причем один окончился летально. Автор в некоторых случаях советует оперировать двухмоментно.

Divis и Sike обнародовали в 1928 году один случай внутригрудной опухоли у женщины, 42 лет, с исходом в выздоровление. В статье Спасокукоцкого „Вопросы легочной хирургии“, в кн. 15—16 Н. Х. А., приведен случай эндотелиомы плевры, окончившийся после операции выздоровлением. Из описания этого случая видно, что опухоль была внеплевральная, сидела на ребрах задне-боковой стенки грудной клетки и, видимо, по словам Спасокукоцкого, выросла из внутригрудной фасции.

Хорошо тем хирургам, у которых благоустроенное отделение, и имеется аппарат для пневмопрессии. В Уфимской больнице приходится страдать от недостатка всего. Подобным бедным хирургам и приходится применять способ, если не ошибаюсь, Witzel'я—наполнять всю плевральную полость физиологическим раствором и только тогда зашивать рану наглухо. Можно затем, если у кого есть аппарат Potain'a, этот раствор выкачать и легкие растянутся.

При подобных операциях я предлагаю во время отсасывания жидкости давать больному дышать углекислотой, как мы теперь делаем при всяком общем наркозе. При применении углекислоты больные начинают усиленно и глубоко дышать и я думаю, что спавшееся легкое по удалении жидкости из плевральной полости расправится. Из своего опыта с ранениями грудной клетки я вынес впечатление, что пневмоторакс не страшен. Мне приходилось во многих случаях при ранениях вскрывать грудную полость и затем, пользуясь вливанием физиол. раствора соли, зашивать наглухо и больные великолепно выздоравливают. В 4 случаях опухолей грудной стенки, при удалении их вместе с ребрами, пришлось произвести pneumothorax и исход был благоприятный. В 2 случаях запущенного рецидива рака грудной железы пришлось удалять по 5—6 ребер с плеврой и резецировать приращенные легкие. Зашитое легкое пришивалось в ране к мышцам. Обе больные выписались с зажившими ранами. Надо только оперировать увереннее и быстрее. На некоторых врачей вид раны при подобных операциях производит тревожное впечатление—видны сердце, большие сосуды, легкие, но у больных обыкновенно дыхание и пульс не представляют серьезных изменений и операции проходят спокойно.

---

Из Уфимск. Бакинститута. (Директор д-р Крыжановский).

## К вопросу о скарлатине.

Е. И. Спесивцева.

Проделанная нами работа не является массовым наблюдением, базирующимся на статистических данных, а представляет тип ориентировочного опыта, проведенного в определенных условиях. Нами была по-

ставлена реакция Dick'a и с ее помощью прослежен эффект вакцинации в очагах скарлатины. Обследованный материал не велик, так как в настоящее время большой вспышки скарлатины в Уфе не имеется. Наблюдения охватывают, главным образом, детей школ и детсадов от 3—15 лет. В 28 г. в этих дет. учреждениях появились случаи скарлатины; число их не было значительно, но некоторые из них были со смертельным исходом в кратчайший (3 дн.) срок. При наличии таких условий и отсутствии специальных отрядов постановка р. Dick'a до вакцинации могла быть произведена только в дет. учреждениях малого типа. В школах же с числом учащихся более 200—300 человек, где производство р. Dick'a потребовало бы много времени и тем затянуло бы вакцинацию, мы решили поставить р. Dick'a одновременно с последней, тем более, что базироваться на положительной р. Dick'a при вакцинации детей этот раз не предполагалось. В школах и дет. садах вакцинация проводилась у детей, родители которых изъявили согласие.

Постановка, по возможности, у всех вакцинированных р. Dick'a была, по нашему мнению, необходима, как для изучения ее самой, так и для учета результата вакцинации.

Таким образом у большинства обследованных нами детей р. Dick'a была произведена в один день с введением первой дозы вакцины, что дало возможность на другой день сопоставить ее с реакцией от вакцинации.

По нашим наблюдениям, поставленная таким образом р. Dick'a хорошо была выражена через сутки и исчезала через двое. Дети с положительной р. Dick'a реагировали сильнее на введение вакцины, чем дети с отрицательной.

Кроме этого отступления от общего правила при производстве р. Dick'a, мы позволили себе применить увеличенную дозировку, то-есть вместо обычной 1 кожной дозы токсина, дававшей сравнительно бледные результаты, стали вводить 2 кож. д. в 0,1 кс. физиолог. раствора.

Токсин для р. Dick'a был приготовлен нами в Уфим. бак. институте по оригинальному способу Dick'a. Штамм гемолитического стрептококка Dick'a засеивался в плоские токсинные колбы на мясо-пептонный бульон (рН=7,4) с прибавлением 1/2% дефибринированной крови человека. Посев, при тщательном взбалтывании в первые три дня, выдерживался в течение 6 дней в термостате при 37°. Проверялся на стерильность. Затем, по добавлении 1/2% acid. carbol., токсин отстаивался в леднике 2 суток и, наконец, после фильтрования через бумагу, очищался по способу Hüntoon'a (добавлен. 20% NaCl и 1% ледян. уксус. кисл.). Профильтрованный вновь через бумагу, токсин подвергался диализу для освобождения от солей. Для диализа мы пользовались мембранами, приготовленными нами из коллодия и проверенными на цельность, пропускающую способность по отношению солей и непроницаемость белковых растворов. Диализ токсина продолжался до содержания NaCl=0,85%. По прекращении диализа токсин разводился физиолог. раствором. до двойного первоначального объема и фильтровался через свечу Chamberland'a. Приготовленный т. об. токсин содержал 5000 кож. доз. в 1 кс. Работоспособность его мы установили, проведя целый ряд параллельных реакций с токсином Инст. Мечникова и контролями из прогретых токсинов. В дальнейшем мы убедились, что приготовленный так. обр. токсин может работать без контроля.

Получая вначале несколько бледные реакции Dick'a с 1 кож. доз., мы, в дальнейшем, перепили, как сказано выше, на 2 кож. доз. в 0,1 физ. раств. Результаты стали получаться ярче и, судя по числу положительных р. Dick'a, возможно, удалось выловить большее число чувствительных к р. Dick'a лиц.

В нашем опыте было произведено всего 739 р. Dick'a. Из них 529 первичных и 210 повторных—(через  $1\frac{1}{2}$  года по вакцинации у тех же детей, имевших положительную р. D.).

Число проверенных первичных р. Dick'a оказалось несколько меньше—464, так как остальные дети, по тем или иным причинам не явились на осмотр.

Соотношение между возрастом детей и % положит. реакций видно из таблицы:

Возраст	Количество проверенных р. Dick'a	Число положительных р. Dick'a	% положительных р. Dick'a
3—5	30	18	60
5—10	286	130	45,5
10—15	148	62	42,0
3—15	464	210	49,1

Высокий % положительных р. Dick'a свойственен возрасту 3—5 л.; у нас к этому присоединяется еще то обстоятельство, что дети были из отдельных семей, приходявшие в дет сад лишь на несколько часов. Небольшая разница в % отношении между группой 5—10 и 10—15 л. объясняется тем, что большинство детей, как в той, так и др., были смежного возраста, т. е. 8—10 и 11—12 л., и только незначительная часть моложе и старше этого возраста, что естественно повлияло на результат.

Нам казалось небезынтересным сравнить полученную нами картину восприимчивости к скарлатине по р. Dick'a и действительной заболеваемостью скарлатиной в том же году у тех же возрастных групп по данным Сан. эпидем. отд. Баш. Н. К. З. Оказалось, что в 28 г. из 687 заболевших скарлатиной по г. Уфе—59% приходится на возраст 3—5 л.;

22% „ „ 5—10 „  
14% „ „ 10—15 „  
и лишь 5% „ „ старше 15.

Если сравнить эти данные с приведенной выше таблицей, то увидим, что в группе 3—5 л. % восприимчивости к скарлатине по р. Dick'a (60%), почти полностью совпадает с % (59%) заболеваемости у того же возраста. В старших группах показатель восприимчивости несколько больше, чем заболеваемости, но как тот, так и др. одинаково уменьшаются с возрастом.

Говоря о р. Dick'a, мы не можем не коснуться одного интересного момента, который нам пришлось наблюдать. В состав обследованных нами детей входили две большие группы школьников (8—10 л.) различных национальностей: русские и татаробашкиры. Производя р. Dick'a у тех и других, мы обратили внимание на особую бледность получаемых результатов у татаро-башкир. Смуглые от природы, дети были сильно загоревшими после летних каникул и мы полагали, что присутствие столь богатого пигмента в коже затемняет реакцию. Когда мы стали вводить 2 кож. доз. токс. реакции стали интенсивнее, но по подсчету % их (39%) оказался ниже % у той же возрастной группы русс. детей (46%). У детей младш. возр. 3—5 л. (татаро-башк.) % полож. р. Dick'a доходил до 60; правда, это были исключительно городские дети из отдельных семей, не слишком смуглые и посредственного здоровья.

Сравнивая статистические данные за 28 г. по г. Уфе о заболеваемости scarlatinae русс и татаро-башк., мы увидели, что зарегистрированных случаев scarlatinae у русских почти вдвое больше, чем у татаро-башкир (было принято во внимание соотношение народонаселения русских и тат.-башк. по г. Уфе).

Мы далеки от того, чтобы по затронутому нами вопросу делать какие-либо выводы, однако полагаем, что изучение на массовом материале вопроса о восприимчивости и заболеваемости scarlatinae татаро-башкир представляет известный научный интерес.

Прежде чем перейти к р. Dick'a у вакцинированных, придется остановиться на самой вакцинации. Как р. Dick'a, произведенная нами, так и вакцинация имеют постольку интерес, поскольку они проводились в разгар заболеваний, в очагах scarlatinae.

Вследствие отсутствия специальных отрядов нам пришлось как для изучения р. Dick'a, так и вакцинации установить контакт с врачами, имевшими дело с дет-учреждениями, где вспыхнула scarlatina. При нашем консультативном участии и совместном наблюдении школьно-сан. врачами Загуменной и Терегуловой, а также д-ром Л. Б. Вагнером было вакцинировано 875 человек. Из них у 529 были проверены нами р. Dick'a первично и 210 из них, реагировавших положительно, через  $1\frac{1}{2}$  года по вакцинации, — повторно. У остальных детей по независящим от нас обстоятельствам р. Dick'a не производилась. В каждой школе наряду с вакцинированными были дети, вакцинация которым была противопоказана или родители коих не дали на то согласие. Число их было сравнительно невелико. Возраст вакцинированных, как упоминалось, был от 3—15 лет. Вакцинация проводилась двукратная с промежутком до 7 дн. Вакцина была приготовлена поливалентная из токсигенных культур streptococcus: Dick'a, Dochez, Zingher'a и местных (scarlatinalных) в комбинации с токсином.

В 1 к.с. содержалось 5 м-ард. микр. до 2.000 к. д. токсина.

Дозировка от 5—10 л. начальная доза 0.2—0.3 к.с.; дет. моложе 5 лет — доза вдвое меньше; д. старше 10 л. — доза вдвое больше.

На вторую прививку доза, в зависимости от реакции, удваивалась. Реакция на введение вакцины была местная и общая.

Местная выражалась в покраснении кожи, припухлости, болезненности на месте укола: такая реакция наблюдалась почти у всех детей; реже наблюдалась локализованная на том же месте сыпь. Общая реак-



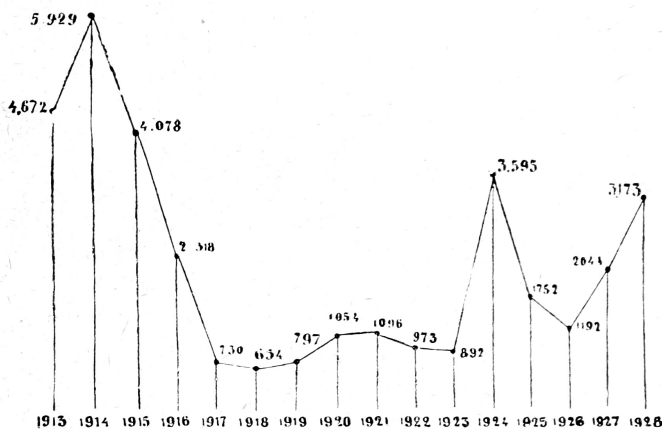
пия, в виду невозможности точной проверки температуры, м. быть учтена только приблизительно. По данным, которые имелись у нас от врачей и личным наблюдениям, при указанной дозировке и индивидуализировании — резких реакций не получалось. Все же были случаи, правда немногочисленные, когда появлялась рвота, боль в горле и сыпь на груди и животе; однако, все эти явления были скоропроходящи.

Осложнений при вакцинации не наблюдалось.

Вакцинированные дети все время находились под наблюдением.

Ближайшая проверка р. Dick'a нас менее интересовала, поэтому мы решили ее произвести не ранее, как через  $1\frac{1}{2}$  года, когда можно ожидать, в некоторых случаях, ослабление иммунитета.

Через 6 и на 7-мес. из 210 дет., реагировавших положительно—48 (т. е. 23%) имели ту же реакцию. Это нам показало, что двухкратная прививка или не во всех случаях вакцинирует, или дает недостаточной продолжительности иммунитет.



Что касается заболеваний скарлатиной у вакцинированных и невакцинированных, то они появлялись в следующем порядке. В ближайшее время по вакцинации, т. е. на 2 и 3 день, заболели в оч. легкой форме двое вакцинированных с положит. р. Dick'a. Далее, в различные, но не очень отдаленные сроки, переболели три невакцинированных, из которых у 2 оказалась р. D. полож. (у 3-го р. D. не производилась). Таким образом, из 5 заболевших—4, а м. б. и пять, имели р. Dick'a положит, а те из них, которые были вакцинированы, заболели до образования иммунитета.

В отдаленный период по вакцинации в одном очаге появились вновь заболевания скарлатиной.

Она наблюдалась на 7—8 месяце по вакцинации, главным образом среди младш. групп, вновь вступивших в школу невакцинированных детей; заболели также двое невакцинированных из старых школьников и один вакцинированный, у которого скарлатина прошла крайне легко. На ослабление сопротивляемости на 7—8 мес. по вакцинации уже указывается в литературе; чаще всего это совпадает с ростом эпидемии скарлатины в данной местности. В нашем случае это как раз имело место в зимние месяцы и совпало с ростом эпидемической волны.

Необходимо также отметить, что в одном детсаде с детьми в возрасте от 3—8 лет, т. е. наиболее восприимчивом, где до вакцинации был случай молниеносной скарлатины со смертельным исходом, вакцинация была произведена вскоре после этого случая и повторена через 7 месяцев; кроме того были вакцинированы вновь вступившие. Здесь со времени вакцинации было только одно заболевание скарлатиной—у невакцинированного с положит. р. Dick'a и гемолитическим стрептококком в зеве; в дальнейшем заболевания скарлатиной не возобновлялись совершенно.

Этот опыт показал полезность (даже в очаге скарлатины) своевременной вакцинации и особенно ревакцинации в возрасте до 8 л.

В том же дет саду нами было произведено, после случая скарлатины, обследование зева детей (50 случаев) на присутствие гемолитического стрептококка. Гемолитический стрептококк был обнаружен в 20% случаев, главным образом в возрасте 7—8 лет. В возрасте же 3—5 лет гемолитический стрептококк не был нами обнаружен; у большинства детей этого возраста оказался *strept. viridans* и *anhemolyticus*.

Выделенные у носителей гемолитические стрептококки были изучены параллельно со штаммами скарлатинных стрептококков, выделенных из случаев, поступивших в заразную больницу в 28 году, а также гемолитическими стрептококками другого происхождения, выделенными в том же году из случаев септич. ск., рожи, гинекологическ. и др., к ним были присоединены *str. viridans*, выделенные у детей 3—5 л., и для контроля взяты штаммы Dick'a, Dochez и Zingher'a. Всего было изучено 50 штаммов: 20—скарлатинных; 10—гемолитическ. стрепт. бациллоносит.; 10 *str. viridans* и 10 стр. друг. происхождения.

Зная, что токсинообразование не есть специфическая особенность скарлатинного стрептококка, мы наши исследования направили на изучение гемолиза, изменения рН среды и разложения сахаров.

Главное внимание нами было обращено на степень гемолиза, производимого всеми гемолитическ. стрептококками. Для этого мы воспользовались способом E. Césari, L. Cotoni et J. Lavalle<sup>1)</sup> с некоторыми изменениями. Для производства реакции на степень гемолиза мы заготавливали суточные культуры стрептококка на Мартеновском бульоне с 1/4% лошад. сыворотки. Каждую культуру разливали по малым пробиркам в возрастающих количествах: 1, 3, 5, 10 и 20 капель.

Во все пробирки прибавлялось по 1 ст.<sup>3</sup>—5% эмульсии кровяных шар. барана в физиологич. растворе и содержание каждой пробирки доводили до 2 к.с. тем же стерильн. бульоном.

Все пробирки ставили в термостат при 37°. Результат читали через 1 и 2 часа. Проверенные т. образ. 40 гемолит. стрептококков показали, что сильно гемолизирующие штаммы (в 1—3 кап.) встречаются как среди стрептококк. скарлатины, так и др. инфекций, правда у первых, по нашим наблюдениям, чаще; стрептококки носителей оказались несколько менее гемолитичными (в 20, 10 и 5 кап.). Таким образом, скарлат. стрептококки по степени гемолиза мало отличаются от стрептококк. др. инфекций.

<sup>1)</sup> Annales de l'Institut Past., № 9, 27 года.

Изменение рН среды под влиянием суточного роста различных стрептококков как гемолитич., так и *viridans* изучалось на Мартеновском бульоне с 1/4% сыв. и рН=7.3. За сутки изменения рН были от 7,2—6,8. Специфичности в изменении рН среды скарлатинн. стрептококк. не обнаружено; также не видно было соотношения между степенью гемолитичности штаммов и изменением рН среды.

По отношению к сахарам стрептококки вели себя разнообразно: все штаммы разлагали декстрозу и левулезу; многие еще лактозу и мальтозу, некоторые, кроме того, сахарозу. Разницы в отношении разложения сахаров у скарлат. стрептококк. и др. не было найдено.

Таким образом, мы пришли к заключению, что данные, полученные нами, также указывают на отсутствие стойких типичных свойств у стрептококков вообще и у скарлатинных в частности.

*Выводы.* I. Реакция Dick'a еще до настоящего времени представляет большой научный интерес.

Она бесспорно является ценным методом при изучении современного вопроса вакцинации против скарлатины.

II. Вакцинация против скарлатины токсинами и комбиниров. вакцинами дает благоприятные результаты даже в очагах скарлатины, поэтому она должна стать одной из профилактических мер борьбы при условии интенсификации методов.

III. Ревакцинация безусловно желательна у детей до 8 лет. возраста, особенно в эпидемическое время.

IV. Скарлатинные стрептококки по своим био-химическим особенностям в настоящее время не могут быть выделены в особую группу.

---

## К вопросу о хроническом малокровии у детей школьного возраста \*).

С. М. Маркузе.

В настоящей работе поставлена цель ближе познакомиться с клинической картиной малокровия у хронически малокровных школьников и исследовать связь заболевания с некоторыми социально-бытовыми условиями детей. Для этого взяты были 2 русские школы I ступени, расположенные в одном районе города, но различные по социальному составу и бытовым условиям учащихся, с общим количеством ок. 300 детей, которые находились под нашим наблюдением в течение всего школьного периода (1—4 года). Из них были выбраны дети с ясно выраженной бледностью кожи и слизистых, наблюдавшейся не менее года, которые выделены в группу хронически-малокровных, а для сопоставления с ними взята равновеликая группа прочих детей, из которых выделена группа детей здоровых, обнаруживавших хороший цвет лица в течение всей школьной жизни.

У всех детей была исследована кровь на содержание гемоглобина и зернистых эритроцитов. Кроме того, было проведено поголовное обследо-

---

\*) Доложено 14/XII 28 г. во Врачебно-педологическом кружке и 3/VI 29 г. в Педиатрич. секции о-ва врачей.