

на теле, так и на ладонной стороне обеих кистей и предплечий несколько возвышались над поверхностью кожи и прощупывались в виде ветвистых тяжей; цвет кожи нормальный.

В это время больная находилась у себя дома (выписалась из клиники 5—III. 29) при довольно низкой температуре в квартире. По ее словам, руки у нее постоянно мерзли, так как одеваться с рукавами она не привыкла, а держать их под одеялом не могла. После применения теплых ручных ванн и укутывания рук больная почувствовала значительное улучшение и к 12—IV эти явления почти совершенно прошли. Осталась только легкая болезненность в концевых фалангах пальцев. Объективно: прежних тяжей нет, но вены выражены весьма четко, чего раньше, по словам больной, не было. Проба на автоагглютинацию, сделанная 12—IV оказалась отрицательной. В это время у больной: Нб 62%, Ег. 4.120.000. Определение кровяной группы у больной при помощи штандартных сывороток дало отчетливый результат: больная принадлежала к группе А (II).

Таким образом в нашем случае автоагглютинации, наблюдавшейся при тяжелой анемии, происхождение которой у 6-ой, по заключению проф. Н. А. Куршак ова, тесно связано с эндокринной областью, следует отметить в качестве особенностей следующее. 1) Феномен автоагглютинации исчезал только при $t^{0}39^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$. 2) Титр сыворотки в отношении к эритроцитам той же крови равнялся 1:50. 3) Тромбоз периферических вен рук по всей вероятности в данном случае связан с процессом скучивания эритроцитов, обусловленным более низкой температурой в тканях верхних конечностей. Этот местный „феномен *in vivo*“ легко поддавался тепловому лечению.

Литература: 1) Рубашкин. Кровяные группы, 1929; 2) Еланский. Переливание крови. 1926; 3) Шамов и Еланский. Нов. хир. архив, 1923, № 11; 4) Levine. *Ergebn. der inn. Medizin und Kinderheil.* В. 38, 1928; 5) Райгородский. Врачебное дело, 1929, № 2; 6) Вышегородцева. Врачебное дело, 1926, № 10/11.

Из III Советской больницы Брянского Губздрава (Завед. д-р В. Ф. Шурберт).

О диагностическом значении посева крови на дистиллированную воду при брюшном тифе.

Д-ра А. Ф. Билибина.

Нет надобности доказывать важность возможно раннего распознавания тифозных заболеваний. Самым важным методом, отвечающим этой потребности, является посев крови. Тогда как другими способами (реакцией Widal'я и посевом испражнений) поставить диагноз в первые дни болезни почти нельзя, посев крови при брюшном тифе в первые 7 дней, а при паратифах в первые 3—4 дня, дает почти 100% положительных результатов.

Самым простым и удобным способом посева крови до сих пор считается способ Conradi, состоящий в том, что полученная из вены кровь (обычно 2—3 к. с.) смешивается с двойным количеством стерильной бычьей желчи и ставится в термостат на 10—16 час. После этого делают пересевы на другие среды.

Будучи очень простым и легко выполнимым в бактериологической лаборатории, этот способ в обычной больничной обстановке может иногда представлять большие затруднения (напр., отсутствие той же желчи), а поэтому естественны попытки искать еще более простой способ. В этом

отношении нам показался весьма заманчивым для практического использования способ *Gildemeister'a*. Об этом способе *Schotmüller* в своей статье о тифе буквально пишет следующее: „Кровь в количестве 2—3 к. с. разбавляется двойным или тройным количеством стерилизованной перегнанной воды. Нахождение бактерий, таким образом, упрощается и становится возможным для каждого врача. Необходимые 2—3 к. см. крови добываются уколом мякоти пальца. Смесь воды с кровью нужно держать 1—2 дня в теплом месте. Желателен, хотя и не безусловно необходим, термостат. Если через 1—2 дня в смеси воды с кровью находят подвижные палочки, то можно точно поставить диагноз. Действительно, при загрязнении кровяных разводов в них никогда не встречаются подвижные палочки“.

Если это так, — и в воде, смешанной с кровью, происходит размножение бактерий *Eberth'a*, и нахождение в этой смеси подвижных палочек решает диагноз тифа или паратифа, то этот способ *Gildemeister'a* не заставляет желать ничего более лучшего и может равняться по простоте таким исследованиям крови, как, напр., нахождение плазмодий малярии и спирохет возвратного тифа.

Из русских авторов о таком способе сообщал *Клодницкий*, который у 100 исследованных им тифозных больных палочку *Eberth'a* выделил у 73, и *Сятецкий*, выделивший ее в 28 случаях из 29 исследованных больных. Кроме того несколько измененным способом пользовался *Самсонов*, а именно, беря 15—20 к. с. крови и засевая ее на 200—250 к. с. простой стерилизованной воды. Последний способ, по мнению *Самсонова*, дает еще более лучшие результаты и особенно пригоден в более поздний период болезни.

Нашей задачей было, с одной стороны, проверить практическую ценность метода получения гемокультур по способу *Клодницкого* — *Gildemeister'a* (между прочим, указанный способ должен называться способом *Клодницкого*, так как последний опубликовал его на 3 года ранее *Gildemeister'a*), а с другой стороны, установить, действительно ли нахождение подвижных палочек в смеси крови с водой может решать вопрос о тифозном или паратифозном заболевании.

В своем задании мы придерживались оригинального метода *Клодницкого*, засевая 2—2,5 к. с. крови на 10 к. с. стерильной дистиллированной воды. После 20-часового стояния в термостате при 37° исследовалась всякая капля под микроскопом на предмет обнаружения подвижных палочек. Если их не было через 20 часов, мы смотрели через 44. Затем нами делался пересев обычно на среду *Дригальского* и в редких случаях прямо на агар. Подозрительные колонии испытывались агглютинирующей сывороткой. Агглютинирующиеся соответствующей сывороткой бактерии нами отмечались как положительный результат.

Всего проведено нами у безусловно тифозных и паратифозных больных 46 посевов крови. При этом число положительных результатов равняется 24, т. е. большей половине всех исследований. Что касается дня болезни, на который производились посевы, то большинство посевов (26 сл.) падало на II-ую неделю болезни, на I-ую неделю 9 сл. и на III и IV—11 сл. Мы не будем выводить % положительных результатов по неделям в виду маленьких цифр и напомним только, что классический метод посева на желчь *Conradi* на II-й неделе заболевания дает 60-65% положительных результатов.

Мы не задавались специальной целью проделать параллельно с посевом на воду также посевы на желчь, но все же таких параллельных исследований у нас набралось 19. И здесь, хотя эта цифра маленькая, процент совпадений является значительным, а именно из 19—16. Кроме того, в одном случае подвижные палочки были обнаружены при посеве на воду и не обнаружены на желчи. Таким образом, как видно из приведенных данных, нужно присоединиться к мнению Клодницкого и Сятецкого, что посев крови на воду дает удовлетворительные результаты и, повидному, мало чем отличается по результатам от посева на желчь. Поэтому и способ этот вполне можно рекомендовать для практического использования.

Идея этого способа берет свое начало от того давно известного факта, что палочка Eberth'a в отношении питательной среды весьма нетребовательна.

Что касается нахождения подвижных палочек в смеси крови с водой, то, по нашим наблюдениям, для диагноза это решающего значения не имеет, так как возможны загрязнения: мы имели два случая, где подвижные палочки были обнаружены, а пересевы бацилл Eberth'a не дали.

Литература: 1) Strotmüller. Руков. по вн. бол. Mohr и Stahelin, 1912;—2) Клодницкий. Русский врач, 1912;—3) Сятецкий. Врачебн. дело, 1924, № 12;—4) Самсонов. Мед. вестник Узбекистана, 1927, № 8.

Глистная инвазия у малярийных больных.

Д-ра Ф. Н. Пермякова (Казань).

Паразитические черви в свете современных учений рассматриваются не только как возбудители глистных болезней, весьма разнообразных по этиологии и клиническому течению, но в значительной мере и как первоисточник весьма частых инфекционных болезней, как инокуляторы микробной флоры, как фактор, действующий своими ядовитыми свойствами на организм, нарушая нормальную функцию органов и predisposing его к другим заболеваниям и к тяжелому течению болезней. При развитии большинства инфекционных болезней первая роль принадлежит глистам, а вторая бактериям; течение и смертельный исход болезни нужно рассматривать как результат комбинационной разрушительной работы тех и других. „Не следует находиться только под гипнозом микробов“ (Cadeak).

В современной гельминтологии накопилось чрезвычайно много фактов, которые в совершенно ином освещении вырисовывают перед нами детали патогенеза и течение не только глистных, но и других заболеваний. Медицина обогатилась целым рядом новых понятий, кои были ведомы прежде: „аскаридная пневмония“, „глистный фактор в эпидемиологии и эпизоотологии болезней“, „роль глист в этиологии новообразований“, „проникновение аскарид чрез неоврежденную кожу“, „переход глист чрез плаценту из организма матери в организм плода“, „гельминтологический анализ мокроты“, „глистный абсцесс“, глистный метрит“, „глистная эпилепсия“, „глистный полиневрит“—все эти понятия, говорит проф. Скрябин, являются для современного врача еще слишком чуж-