

гих инфекционных заболеваний, так как палеопатология, вероятно, сможет дать в дальнейшем ценные указания относительно их возникновения и развития.

В заключение я позволю себе отметить, что собранный в музеях нашего Союза огромный и ценнейший палеонтологический материал, насколько мне известно, до сих пор не был подвергнут специальному палеопатологическому исследованию. Проведение такой работы, безусловно, будет иметь значение с точки зрения отмеченных выше положений.

Библиография: Moodie. „The Antiquity of Disease“. 1923.—Williams, H. „Human Paleopathology“. Arch. of Path., V. 7, № 5. 1929.—Ruffer, M. „Studies in the Paleopathology of Egypt“. 1921.—Palès, Z. „Paléopathologie et Pathologie comparative“ 1931 г. Paris.—Sack, A. „Altägyptische Mumificand im Lichte der Pathologie“. Münch. Med. Wochenschr., № 9. 1927.

Из Глазной клиники Института для усоверш. врачей в Казани (Директор проф. В. Е. Адамюк).

О весеннем катарре.

Ассист. А. А. Щегловой.

Случаи весеннего катарра часто ошибочно трактуются и лечатся как трахома, почему мы и считаем небезинтересным сообщить о наблюдавшемся нами случае и кратко осветить современное состояние вопроса о весеннем катарре.

Б. Р., учащийся, 14 лет, татарин, обратился в клинику с жалобами на то, что у него два года тому назад заболели глаза, причем состояние их ухудшается весной. Больной отмечает светобоязнь, слезотечение, жжение. Он лечился в Чистополе, но улучшения не замечал, поэтому приехал в Казань.

Общее состояние его удовлетворительно. Кожные покровы бледны. Лимфатические железы несколько увеличены. Небольшая светобоязнь и слезотечение. Веки нормальны. Конъюнктивга нижних век несколько гиперемирована; при выворачивании верхних век видны на мало измененной конъюнктиве хряща плоские, плотные, возвышающиеся над поверхностью сосочки, доходящие только до края хряща, не переходящие на верхнюю переходную складку, которая только гиперемирована и слегка отечна; ви зерен, ви сосочков на ней нет. Конъюнктивга хряща имеет вид булыжной мостовой, цвет ее молочно-голубоватый. Конъюнктивга глазных ябллок отклонений от нормы не представляет. Отделяемого нет. При соскобе конъюнктивга хряща и при выворачивании ничего не выдавливается и конъюнктивга не кровоточит. В остальном глаза без изменения. Родные его здровы.

Больной был принят в стационарное отделение. Из исследований, которые удалось сделать, это—ринологическое, рентгеновский снимок, посев и эксцизию конъюнктивга хряща. Ринологи нашли у больного слизистую носа в атрофирующей стадии, близкой к атрофии. Больной, отказавшись от всех дальнейших исследований, уехал почти в том же состоянии, что и приехал.

Характерный вид конъюнктивга хряща верхних век обоих глаз, ее бледно-голубой цвет, вид булыжной мостовой, изменения, не переходящие за край хряща, неизменная конъюнктивга переходных складок верхних век и конъюнктивга нижних, плотные, не кровоточащие и не выдавливающиеся возвышения, обострения весной позволили нам постановить диагноз весеннего катарра, его тарсальной формы.

Как часто он встречается? По русским данным: в Москве проф. Крюков на 100000 больных видел 3 случая, в б. Петербургской глазной лечебнице на 191000 за 10 лет— 1 случай, по Кубли и 2 случая на 20690 ч., в Брест-Литовске Казас за 4 года видел 6 случаев и собрал в русской литературе 110 случаев до 1906 года, Оречкин 150 до 1910 г., который, кроме собр. Казасом, насчитал ряд спорадических случаев, причем большинство на юге России; в Киевской глазной клинике на 38763 больных отмечено 16 случаев. Неесе на 21500—5 слу-

чаев, в Харькове за 3 года на 28402 б.—25 случаев, до 0,05%, в Херсоне по Оречкину 0,10%, в горах Карачая проф. Очаповский нашел 8 случаев, а в Одессе даже 80 случаев, отмеченных разными авторами (Вальтер, Рабинович, Диканская) без отношения к общему числу больных. В других странах: в Болгарии за 7 лет Pascheff собрал 93 случая, в Турции Grantas—92 на 12500 (0,73%), в Тунисе по Guénod 0,70%, в Италии до 1%; в Бонне Saemisch—0,10%, в Бреславле до 0,30%, в Берлине—проф. Hirschberg на 7000 больных видел 1 случай, да и тот возбуждал сомнения. В Казанской универс. клинике мне удалось насчитать за 4 года на 24483 больн.—2 случая, при чем один сомнительный (меньше 0,01%) и за последние годы—2 случая. В Глазг. клинике института для усовершенствования врачей за 5 лет на 25392 чел.—1 случай и наш второй.

В Киеве за 5 лет мы видели 5 случаев (около 0,05), одного из них я наблюдала в течение некоторого времени; мужчина 22 лет, техник, страдавший в течение 6 лет лимбальной формой весеннего катарра, обострявшегося каждую весну.

Почти все авторы указывают на зависимость заболевания от времени года, некоторые же наблюдали болезнь и независимо от времени года. В первые годы болезнь достигает наивысшего напряжения, потом постепенно ослабевают как субъективные, так и объективные явления. Заболевание тянется 4—6 лет, редко меньше, часто дольше (даже до 20 лет), но проходит не оставляя следа.

По статистике большинство заболеваний наблюдается у мужчин (Axenfeld, Dubineau и др.), у Grantas'a из 92 чел.—82 мужчины, у Рабиновича из 70—56 мужчин, у Диканской из 14—12 мужчин, у проф. Очаповского из 8—7 мальчиков, у Казаса все 6, у Оречкина все 4 мужчины. По моим наблюдениям в Киеве из 5—4 мужчины. Заболевание обычно двустороннее, но отмечены и односторонние случаи (Ерусалимик, Томкевич). Субъективные признаки: зуд, слезотечение, слезотечение. Зуду, напр., Chailloux придает первенствующее значение, хотя бывали случаи, когда зуд бывал незначителен. Объективные данные: цвет соединительной оболочки блеклый, бледно-голубой. Мостовидные разращения преимущественно располагаются на конъюнктиве верхнего века, никогда не переходя границы хряща. Конъюнктива нижнего века или совсем, или незначительно изменена. Разращения на лимбе имеют бледный, желатинообразный вид, характер и величина различны.

Chibret считает весенний катар смягченной формой трахомы. Axenfeld, Guénod, Meyerhof и др. находят, что могут быть смешанные формы весеннего катарра и трахомы, причем Meyerhof отмечает особенное упорство этой формы болезни, роговичные осложнения при ней и трудность лечения.

Этиология весеннего катарра не выяснена. Одни авторы считают причиной его солнечный свет *in toto* (Schieck, Pascheff); другие—тепловые лучи (Fromaget, Grantas), третьи—химич. действие ультра-фиолетовых лучей (Kreibach и др.). Некоторые авторы считают болезнь бактериального происхождения (Sulzer, Parisotti), хотя ничего определенного бактериоскопически не найдено. Parisotti и Fortunati находили blastomycetes, Erdmann образования, похожие на трахомные тельца. Pascheff нашел особые бактерии, образующие маленькие колонии. Axenfeld не высказывается ни за, ни против бактериального происхождения. Многие авторы думают, что существует предрасположение к этой болезни, так как весенний катар наблюдается у лиц бледных, плохо упитанных, с увеличенными лимфатическими железами (Graefe, Horner, Wetsch и Michel и др.). Schleich находил у больных лимфадитоз и уменьшение количества гемоглобина, поэтому развитие болезни ставит в зависимость от расстройств питания, Axenfeld, исследуя кровь больных, находил ее зимой нормальной, весной количество лимфоцитов было увеличено. Angelucci находил у своих больных изменение сосудистой системы, ваготонию, Terzon—артритизм. David—рахит, Connetoux заболевание носа и, называя болезнь „cons nasalis“; Arthur Brinton ставит ее в связь с хроническим ринитом и гипертрофией миндалин и предлагает называть его „cons tonsillaus“. Oreste—с сифилисом, Pascheff—с золотухой, Sourdille, Lapessonne считают, что туберкулез играет ту роль, что всякий конъюнктив, в особенности фликтенулезный, может принять форму весеннего катарра.

Предсказание благоприятное, если не считать продолжительности болезни. По окончании заболевания конъюнктива приходит к норме, хотя Крюков и Saemisch видели и рубцы.

Ахенфельд, Weissmann обратили внимание на присутствие зоинофилов в конъюнктивальном секрете при весеннем катарре, как признак, имеющий большое значение для диагностики: выраженная зоинофилия говорит за весенний катарр и против трахомы, хотя и при трахоме некоторые находили зоинофилы. Migashita отметил, что при конъюнктивах бактериопозитивных заметно увеличение полинуклеаров, при инфекционных бактерионегативных—лимфоцитов, при раздражении растительными веществами—зоинофилов. Он же отметил, что при трахоме, *conjunctivae follicularis*, *Entschlussesblennorrhoe* появляются большие мононуклеары и переходные формы; при конъюнктивитах, вызванных ультра-фиолетовыми лучами, весеннем катарре—зоинофилы (Ogushi, Msyima). Другие не находили зоинофилов в секрете, но отмечали их в крови (Herbert, Schmidt-Rimpler). Ахенфельд считает, что в крови они бывают редко, и большинство авторов считают зоинофилию чисто местной.

Патолого-гистологическая картина по описаниям разных авторов (Ржаницина, Reymond'a, Ахенфельд'a, Horner'a, Uthhoff'a, Чистякова, Hoffmann'a и др.): гипертрофия и гиперплазия эпителия конъюнктивы и ее стромы, эпителий утолщен, доходя до огромных размеров, прорастает вглубь стромы в виде тяжей; на вершине сосочков он тонок, одноядерный; клетки слизистой перерождены, строма инфильтрирована лимфоцитами и плазматическими клетками. Соединительная ткань разрастена, гиалинизирована. Подконъюнктивальная ткань подвержена склерозированию. Пр. Schiesk находил разрастание эластических волокон подконъюнктивальной ткани, и окраска на эластические волокна, по его мнению, является дифференциально диагностическим признаком для отличия от трахомы. Goldzicher находил в субэпителиальном слое эластические волокна, но не приписывает им особого значения. При весеннем катарре эластические волокна находили многие авторы. Ржаницин, Reiss находили изменения сосудов, Чистяков—нет.

Ахенфельд считает, что в основе процесса лежит изменение соединительной ткани конъюнктивы, потом разрастание эпителия. В регрессивной стадии разрастание эпителия уменьшается, в строме появляется большое количество плазматических клеток, а соединительная ткань частично гиалиново перерождается. В процессе принимают участие все элементы конъюнктивы. Ахенфельд рассматривает процесс, как хроническое воспаление конъюнктивы, на что указывает нахождение плазматических клеток.

В общем, в описании пат.-гистологической картины все авторы сходятся, но о месте первичной локализации процесса мнения расходятся. Большинство авторов (Ахенфельд, Schiesk, Terson, Ржаницин и др.) находят, что первичные изменения происходят в строме соединительной оболочки, эпителий же вытягивается вторично, другие: Naab, Uthhoff и др. считают, что первично—размножения эпителия, и как сопутствующее явление—изменения стромы.

Ржаницин объясняет эти разногласия тем, что исследования производились в различных стадиях болезни, одни в период затишья, другие обострения, и кусочки для исследования берут с разных мест конъюнктивы.

Hoffmann приходит к выводу, что в неясных клинических случаях трудно ожидать выяснения и от патол.-гистологического исследования.

Dinulescu и Nestianu на основании 11 исследований считают, что и в случаях весеннего катарра при микроскопическом исследовании имеется диффузная лимфоцитарная инфильтрация конъюнктивы без склонности к образованию фолликулов, что является дифференциально-диагностическим признаком, говорящим против трахомы. Коерре при наблюдении лимбальной формы весен. катарра в щелевую лампу наблюдал вращение в роговицу новых сосудов или в виде эпителиальных тяжей, или наполненных кровью с утолщением стенок и считает, что первичным является заболевание сосудов, их разрастание и утолщение стенок. Изменения эпителия, по его мнению, вторичны.

Для лечения весеннего катарра применяют $\text{zinci sulf. } \frac{1}{3}\%$ + $\text{cocaini pur. } 1\%$ + $\text{adrenalini } 1:1000$, против зуда слабый раствор уксусной кислоты ($\text{Ac. acetic. glaci. gtt. I, aq. dest. } 15.0$). Применяют $\text{argent. nitr. } \frac{1}{4}\%$, всякие мази и желтую мазь без особого успеха. Применяли холод и тепло, общее лечение—железо, мышьяк, гидро и климатотерапию, рентген, массаж. Goldzicher—гальванокаустик, Gallemaerts—электролиз, Chevallereau—прижигание, Topischeff—молочную кислоту. Защитные очки с желтыми, красными и др. стеклами вплоть до черной повязки. Серно-кислый хинин, как вещество, поглощающее

ультра-фиолетовые лучи. Проф. Шимановский, др. Томкевич применяли способ Kreibich-Dimmer'a - дающей повязки или черной бумажкой по Wolfberg'u с хорошим результатом. Предлагали комбинированную эксцизию хряща, хорошие результаты которой отмечает Hoffmann. Хороший успех видели от лечения радием Dariek, Soria Escudero, Robinson, лечивший 24 случая весеннего катарра радием, Scot, Franklin, Riggins, Quick и др.

Остановлюсь на более новых взглядах на весенний катарр и способы его лечения. Louis Lehrfeld отмечает сходство между симптомами весеннего катарра и некоторыми болезнями: сенной лихорадкой, крапивницей, некоторыми видами экземы, erythema multiforme, некоторыми пищевыми идиосинক্রазиями. Общими признаками являются: сильный зуд, вазомоторные расстройства, лимфодитоз, эозинофилия, периодичность приступов, преимущественная поражаемость детского и молодого возраста, гиперплазия пораженных тканей с круглоклеточной инфильтрацией их, поэтому он рассматривает весенний катарр как аллергическую реакцию глаза по отношению к протеинам. В своих 5 случаях он исследовал кожную реакцию (вроде Pirquet) на плоды и растительные вещества, встречающиеся весной (земляника, бобы, горох, томаты, различные травы) и на продукты животного происхождения (волосы кошки, собаки), и получил положительные результаты на эту реакцию и благотворное влияние прививок на процесс в глазу (правда, временный). Весенний катарр он называет urticaria ophthalmica или allergie conjunctivitis.

K r i s k m a n n считает, что весенний катарр представляет аллергическую реакцию на раздражение, по большей частью льяло. Lemoine, как и другие авторы, считает весенний катарр, как и фликтены, анафилактическим проявлением при нарушении внутренней секреции и видел хороший эффект от ордино-терапии в комбинации с Са. Addario la Ferla ставит в заслугу Angelucci то, что он отметил частоту ваготоников среди больных весенним катарром; он рассматривает недостаточность вазоконстрикторов, как следствие расстройства симпатической системы. Возможно, что ваготония является следствием эндогенной интоксикации (продукты распада белков). Он отмечает у больных явление гиперфункции надпочечников и другие расстройства желез внутренней секреции. Он видит причину анафилаксии в нарушении вагосимпатического равновесия, а глазные изменения считает аллергией; лечение предлагает причинное: адреналин, который повышает ваготонус или Surgenosi serono - глицерияновую вытяжку надпочечников (детям 3—5 капель после еды, взрослым—15), аутосеротерапию. Он наблюдал 5 случаев с хорошим результатом.

Tessier тоже предлагает лечение адреналином. Он приводит 18 случаев, леченных субконъюнктивальными инъекциями адреналина, начиная с 0,2 до 0,8, курс 10—14 раствора 1:1000, через день, попеременно, то в один, то в другой глаз. Благотворное его действие он объясняет сосудосуживающим действием препарата. Он рекомендует как субконъюнктивальные, так и ретробульбарные инъекции несильными небольшими дозами адреналина, а не однократные большие дозы, не дающие стойкого излечения.

W o o d видел хорошие результаты при лечении весеннего катарра Са (10 кв. аффенила—внутривенно 3 р. в неделю), так как он наблюдал при весеннем катарре недостаток Са в крови. Лучше Са комбинировать с вытяжкой из околотитовидной железы.

Наш больной получал zinci sulf. 1/2 0/0 + сос. м. 1 0/0 + adren. и примочки слабый уксусной кислоты. К сожалению, других способов лечения не удалось провести, так как больной не хотел лечиться и уехал.

Нам удалось сделать мазок и посев из кон. отделяемого, но ничего патологического не найдено. В соскобе с конъюнктивального хряща верхн. века и переходной складки при окраске по Giemsa найдены в небольшом количестве эозинофилы; тельца П р о в а ч е к а не найдены. Сделана была эксцизия конъюнктивы с небольшим кусочком хряща; вырезанный кусочек был залит в парафин, сделаны срезы и окрашены по Van-Gieson'y, Haemat. + eosin., на эластические волокна по U p n a - T a e n z e r 'y, и на плазматические клетки по U p n a - P a r r e n h e i m 'y. Патолого-гистологическая картина получилась следующая: в конъюнктиве видно много сосочков, эпителий над ним сильно истончен, доходя до одного слоя; в промежутках между сосочками сильно утолщается и состоит из многих слоев клеток, которые целыми тяжами направляются в подлежащую ткань, образуя в ней

гнездные скопления. Под эпителием сильное развитие соединительной ткани, которая местами гиалиново перерождена. Имеются сосуды, вокруг которых наблюдается скопление клеток. В сосочках, в претарсальной соединительной ткани и вокруг сосудов сильно выраженная клеточная инфильтрация, среди которой много плазматических клеток. Эластических волокон немного. Около сосудов встречаются эозинофилы. В хряще отмечается около мейбомиевых телец небольшое скопление плазматических клеток. Патол.-гистологическая картина в нашем случае говорит за весенний катарр. Мы считаем наш случай весенним катарром как по клинической картине, так и по пат.-гистологической.

Диагностика весеннего катарра не всегда легка, и в литературе отмечен целый ряд случаев, демонстрированных в обществах как весенний катарр, которые большинство считали сомнительными. Многие авторы отмечают, что весенний катарр, его тарсальную форму, часто смешивают с трахомой.

Литература. 1) Натансон. В. Офт. 1900 г. и Ежедн. практ. медиц. № 47, 1899.—2) Ишрейт. В. Офт. 1903 г.—3) Ржаницын. В. Офт. 1905 г.—4) Он же. В. Офт. 1907 г.—5) В. Офт. 1905 г. Одесск. Офт. Общ.—6) Шимановский—В. Офт. 1917 г., Лурье, Бурцев, Дамский—там же.—7) Чистяков. В. Офт. 1909 г.—8) Оречкин. В. Офт. 1910 г.—9) Хорцев. В. Офт. 1911 г.—10) Axenfeld. Реф. В. Офт. 1908 г. Отч. XXIV с. фр. Оф. Общ.—11) Prof. Ch. Ogushi und Dr. Kyozo Magima. Graef. Arch. f. O. 1922.—12) Lorigus Lehrfeld. Реф. в Арх. Офт. Т. II, ч. 3, 26 г.—13) Addario la Ferla. Там же.—14) Tessier. Там же.—15) Wood. РОЖ, Т. IX, № 1, 29 г.—16) Ерусалимчик. Арх. Офт. Т. IV, ч. III—27 г.—17) Котляревская. Арх. Офт., Т. V, ч. I—27 г.—18) Hoffmann. Kl. M. f. A. Bd. 64, 287.—19) Krückmann. РОИЖ. 1930 г. I, XII, № 4.—20) Томкевич. РОИЖ 26 г.—21) Lemoine. Centralbl. f. O. Bd. 22, H. 10, 1929.—22) Soria Escudero, Mariano. Ibid.—23) Tonfscheff. Ibid. Bd. 22, H. 8.—24) Robinson G. Allen. Ibid. Bd. 22, H. 1/2.—25) Dinulescu und Nestianu. Ibid. Bd. 22, H. 11.—26) Очаповский. РОНС, 1923 г.—27) Коерпе. Реф. в РОСЖ'е, 1923 г.—28) Oreste. Ann. d'ocul. 1930.

Любекский процесс и его уроки.

М. А. Нимцовицкой.

В мае 1930 года в газетах и журналах появились краткие сообщения о Любекской катастрофе—массовой смерти детей после прививки по методу Calmett'a (кормлением BCG). 1½ года длилось следствие, 11-го октября 1931 года началось слушание дела: на скамье подсудимых проф. Deyscke, Dr. Alstaedt, проф. Klotz и лабораторная сестра Schütze, обвиняющиеся ¹⁾ в преступной небрежности, повлекшей за собой смерть и телесные повреждения.

Около четырех месяцев длился процесс и только 6 февраля 1932 года был вынесен приговор. Deyscke приговорен к двум годам тюремного заключения, Alstaedt к 1 г. 3 м., проф. Klotz и лаборантка Schütze от наказания освобождены. В виду большого интереса, который Любекский процесс представляет не только для Германии, но и для врачей и трудящихся СССР, мы считаем необходимым поделиться впечатлениями о процессе на основании докладов экспертов в берлинском медицинском о-ве и в союзе социалистических врачей, личной беседы с одним из экспертов и литературного и газетного материала.

В 1927 г. в Германии, как и в ряде других стран, обсуждался вопрос о введении прививок по Calmett'y. В заседании Reichsgesundheitsrat всеобщее введение прививок было отклонено большинством голосов. Некоторые исследователи рекомендовали их проводить у детей туберкулезных родителей, правда очень осторожно, выжидая результатов дальнейших экспериментальных исследований. Большинство ученых высказалось за то, что для того, чтобы рекомендовать при-

¹⁾ wegen Vergehens der fahrlässigen Tötung in Tateinheit mit fahrlässiger Körperverletzung.