

Чтобы ближе подойти к пониманию сущности кожных реакций на чужеродную сыворотку resp. протеины, мы поставили опыты с пассивной передачей кожной чувствительности на нормальных субъектах и на животных.

По аналогии с экспериментальными данными на животных о местной анафилаксии и кожную чувствительность человека к повторному введению чужеродной сыворотки можно рассматривать, как местное проявление анафилаксии, т. е. как реакцию антиген антитело. Следовательно, а priori рассуждая, можно было надеяться пассивным путем передать эту чувствительность.

Мы взяли сыворотку от 5-ти лиц, положительно кожно реагирующих. Титр преципитинов в сыворотках колебался от 1:100 до 1:1000. С этими сыворотками мы поставили опыты пассивной передачи чувствительности на десяти морских свинках (300—350,0 весом) как по методу Prausnitz-Küstner'a, так и путем инъекций I. p. (2,0—3,0 к. с.). Мы получили неясные результаты. Только 2 свинки из 10 дали слабые реакции на последующую интракутанную инъекцию антигена (нормальной сыворотки лошади). Острый опыт анафилаксии, поставленный на свинках, получивших сыворотку лиц, положительно кожно-реагирующих, выпал отрицательно.

В опытах на людях из четырех в одном случае нам определенно удалось передать пассивным путем кожную чувствительность к лошадиной сыворотке субъекту, до тех пор отрицательно реагировавшему на нее.

Наши наблюдения не дают нам права категорически высказаться, мы считаем, что они должны быть продолжены, но все же, резюмируя полученные нами данные, мы приходим к следующему:

1) Кожные пробы с чужеродной сывороткой имеют относительную диагностическую ценность в определении возможного наступления сывороточной болезни.

2) Резко положительное выпадение кожной пробы, в особенности быстрое появление ее, свидетельствует о сверхчувствительности субъекта к чужеродной сыворотке и заставляет быть очень осторожным с дозированием лечебной сыворотки и обуславливает необходимость фракционированного введения ее.

3) Сенсibilизация внутрикожным способом в большем % ведет к появлению кожной чувствительности к чужеродной сыворотке, чем сенсibilизация другим путем (внутримышечным и проч.).

Из Терапевтической клиники Гос. ин-та для усов. врачей им. В. И. Ленина.
(Директор проф. Р. А. Лурия).

Сифилитические аортиты по материалам терапевтической клиники.

Прив.-доц. Л. И. Виленского и ассистента Л. М. Рахлина.

Несмотря на то, что диагностика люэтических заболеваний аорты в последнее время значительно уточнилась, несмотря на полисимптомность этой болезни, тем не менее и в настоящее время есть очень много нерешенных вопросов в отношении симптоматологии, клинического течения и их терапии.

Если справедливо изречение Ricord'a: „Сифилис, стареясь, принимает благообразный вид“, то тем более это относится к люэтическим аортитам в начальной стадии их развития. „Если распознавание сифилиса кожи и слизистых оболочек или невролюэса не представляет обычно больших затруднений, то это далеко еще нельзя сказать про диагноз висцеральных сифилитических заболеваний“ (Р. А. Лурия).

Из 11213 больных, прошедших через терапевтическую клинику Института за 9 лет, было 375 больных с висцеральным сифилисом и из них больше 100 с заболеванием аорты. Большинство больных нами обследовалось лично, с частью же больных мы ознакомились по историям болезни.

Больные по характеру заболевания аорты распределялись следующим образом: 1) неосложненный аортит—65, 2) сифилитическая недостаточность аорты—25 и 3) аневризма аорты—10 По полу: мужчин—72, женщин—28. Большая частота сифилитических аортитов у мужчин отмечается всеми авторами, так, по Hubert'у мужчин $\frac{2}{3}$, женщин— $\frac{1}{3}$, Douglas, Summers и Wallace говорят о пропорции—4:1. Fouquet приводит соотношение 9:1; Плетнев 2,8:1; Langer 2,5:1. Такое большое число заболеваний у мужчин объясняется, повидимому, тем, что мужчины занимаются больше физическим и умственным трудом, подвергаясь больше тревожениям жизни, вследствие Kampf im Dasein, а также значительным употреблением алкоголя и никотина, действие которого суммируется к среднему возрасту.

По возрасту больные разделялись следующим образом: 13 л.—1 сл., от 20 до 30—13, от 31 до 40—21, от 41 до 50—50 и от 51 до 60—15. У Stadler'a на 187 вскрытий сифилитических поражений аорты до 30 лет был только 1 случай, у нас—14. Наибольший % заболеваний у Stadler'a также падает на возраст от 31 до 50 лет.

В нижеследующей таблице сопоставлены случаи люэтических аортитов по анамнестическим данным и RW.

Число случаев	Сифилис, отмечен в анамнезе (в %/о/о)	Без указаний на предшеств. сифилис (в %/о/о)	RW+ в крови во всех случ. (в %/о/о)	RW+ в крови. Сифилис в анамнезе (в %/о/о)	RW+ в крови, отрицателн. анамнезе (в %/о/о)
100	40	60	40	30	35

Эта таблица показывает, что RW была положительна только в 40%/. По Nicola и Gaté RW отрицательна в первичном периоде в 40%/. всех случаев, во вторичном в 10%/, в третичном в 20%/. Плетнев отмечает положительную RW в 60%/. Таким образом мы видим, что RW при установленном сифилисе аорты бывает гораздо чаще отрицательной, чем можно ожидать. Отрицательный результат RW не может говорить против предположения об аортите. В 60%/. наших случаев больные отрицали сифилис в анамнезе. Как подчеркивается проф. Р. А. Лурия (сифилис и желудок, Монография. Москва, 1928 г., стр. 156—157) при висцеральном сифилисе анамнез больных имеет только условное значение для диагноза. В положительном случае, когда больной дает указания на бывшую у него сифилитическую инфекцию, это должно, конечно, быть принято к сведению и в расчет при постановке диагноза, отсутствие же

сифилиса в анамнезе ни в коем случае не должно служить доказательством против диагноза люэтического заболевания внутренних органов. Из 40 случаев висцерального сифилиса в 29 случаях Nothe не имел сифилиса в анамнезе. Исходным пунктом для распознавания люэтической этиологии заболевания аорты служит не только анамнез, положительная RW, но многогранность клинической картины, зависящей от одновременного заболевания нескольких внутренних органов (Kretshmer. Цит. по Лурья). Так, из 100 случаев заболеваний аорты мы одновременно имели поражение других органов в 38 случаях, т. е. в 38% (нервная система, печень, почки, желудок и легкие). Далее обращалось внимание на изолированные зрачковые симптомы (Р. А. Лурья), т. е. на изменения со стороны зрачков, не сопровождающиеся видимыми другими явлениями со стороны центральной нервной системы.

Анизокория, вялость зрачковой реакции (Pupillenstarre), выцветание радужной оболочки, потеря его рисунка, симптом Argyll-Robertson'a — вот те мелкие симптомы которые часто служат канвой для диагноза висцерального сифилиса и на которые тщательно обращает внимание клиника Института. Действительно, изолированные зрачковые симптомы нередко служили для нас симптомом для выяснения сифилитической природы заболевания, так как они заставляли подумать о висцеральном сифилисе. Ценность этих маленьких симптомов для диагноза висцерального сифилиса подчеркивается целым рядом исследований (Гаусман, Лурья, Nonne, Schlesinger и др.). Если в своей монографии Р. А. Лурья указывает, что „не столько со стороны кожи, видимых слизистых оболочек и кожи, сколько со стороны зрачков, современный врач найдет симптомы, которые заставят его подумать о сифилисе желудка“, то эта же мысль одинаково справедлива по отношению к lues'у аорты, тем более, что заболевания аорты относятся к числу тех болезней среднего возраста, субъективные симптомы которых часто ведут больного к врачу, объективно же они могут протекать без всяких клинических данных, вот почему столь важно пользоваться мелкими зрачковыми симптомами.

Ранняя форма аортита, как известно, подкрадывается совершенно незаметно без всяких субъективных явлений, диагноз в таких случаях очень труден и нередко просматривается. При перкуссии нет никаких данных и только появляющийся рано металлический тон (klingenden Ton) во II межреберья справа у края грудины наводит на мысль об аортите. Что касается симптома Халатова, описанного им в 1922 г. и заключающегося в том, что в определенном пункте у нижнего угла правой лопатки в 7-м межреберья выслушиваются оба тона сердца с поразительной отчетливостью, как будто они исходят из очень близкого по соседству места, то значение его уменьшается тем, что у лиц с крупным сложением, особенно у женщин, он наблюдается часто, несмотря на отсутствие каких-либо данных, указывающих на заболевание аорты. Мы не могли также подтвердить симптом Zask'a (эритема кожи полулунной формы в области восходящей аорты), редко наблюдался также симптом Фауга (смещение вверх правой подключичной артерии). Симптом Сиротинина-Куковерова наблюдался в 75% случаев. Гипертрофия левого желудочка была очень незначительна и левая граница сердца доходила обычно до I. mam. s., в других случаях была в

пределах нормы. Кровяное давление было обычно нормальное, только при изменении со стороны почек отмечалось его повышение. В этом отношении наши данные расходятся со взглядами Gallavardin'a, Vaquez, Etienne, которые находят повышение кровяного давления у сифилитиков.

При *ins. v. aort. luic.* нами наблюдался симптомокомплекс, который давал возможность в большем числе случаев дифференцировать недостаточность аортальных клапанов люэтической этиологии от эндокардитической. В прогнوپоложность свежнему вишнево-яблочному цвету лиц эндокардитиков, люэтикам присущи в одних случаях бледный цвет лица, в других—серо-желтая дряблая кожа; при эндокардите редко аортальный порок клапанов бывает изолированный, при люэсе аорты, как правило, порок изолирован. Среди наших больных только в 7 случаях аортит был осложнен другими пороками сердца. При *ins. v. sem. aortae* эндокардитической этиологии уже очень скоро после развития порока развивается резкая гипертрофия левого желудочка, который смещается влево вниз, может достигнуть до *l. av. ant.* и выявляется в виде *choc en dôme Bard'a*; при *ins. v. aortae luica* левый желудочек, как правило, остается умеренно гипертрофированным, что отмечают также Schlesinger, Romberg, Гаусман и др. Причина этого лежит, повидимому, в различных патолого-анатомических изменениях клапанов. В то время как при эндокардите процесс поражает края клапанов и ведет часто к их склеиванию и к стенозу, люэс ползет со стенок аорты на основание клапанов; склеивания краев не бывает, нет также и стеноза, вследствие чего степень недостаточности клапанов менее значительна и обратный ток крови не велик. Таким образом, отсутствуют условия для развития первичной дилатации и вторичной гипертрофии левого желудочка. Возможно, что причина лежит в расстройстве нервных рефлекторных механизмов, и гипертрофия сердца не развивается вследствие извращения передачи раздражения (Schlesinger).

В 20 случаях из 25 минимальное кровяное давление не было ниже 60 мм. ртутн., между тем как при недостаточности полулунных клапанов аорты эндокардитической этиологии минимальное кровяное давление обыкновенно доходит до 30 мм, и ниже; *pulsus celer* был слабо выражен или совершенно отсутствовал, как пальпаторно, так и сфигмографически. Острый зубец на сфигмограмме был всегда „смазан“. Слабо выраженная *celeritas* вызывается, повидимому, теми же причинами, которые ведут к незначительной гипертрофии левого желудочка. Таким образом, в согласии с проф. Гаусманом (Врачебное дело, 1926 г., №№ 21—23) мы отмечаем, что люэтическая недостаточность аортальных клапанов в большем % случаев отличается от ревматической: 1) слабо выраженной гипертрофией левого желудочка, 2) отсутствием *choc en dôme Bard'a* и 3) неотчетливо выраженным *pul. celer*. Комплекс этот столь патогномичен, что по его симптомам можно в отдельных случаях выяснить этиологию заболевания.

Приводим несколько выдержек из историй болезни.

Случай 1-ый Больной М., 39 лет, история болезни № 1002. Диагноз: *Aortitis luica. Ins. v. aortae. Epilepsia.* Заболел лues'ом 20 лет от роду. Лечился несистематически. В последние несколько лет страдал болями в области сердца при физическом напряжении и сердцебиением, а также припадками эпилептического характера с прикусыванием языка. Курит много, злоупотребляет алкоголем. Объем

тивно: слабая реакция зрачков на свет, анизокория. При исследовании сердечно-сосудистой системы обнаружено следующее: левая граница абсолютной тупости сердца по l. m. sin., правая по l. st. sin., верхняя с 4 ребра. На грудине тупость, на верхушке диастолический шум, который усиливается к основанию и слышен у левого края грудины в 3 и 4 межреберья. Пульс 75 в 1', ритмичный. Кровяное давление $\frac{120}{55}$ мм. ртут. Рентгеноскопия: гипертрофия левого желудочка. Конфигурация сердца—аортальная. RW++.

Случай 2-ой. Больной К., 44 лет. История болезни № 52. Диагноз: Ins. v. s. aortae. Aortitis luica. 30 лет от роду перенес lues. Принял несколько курсов ртутных инъекций. Поступил в клинику по поводу постоянной одышки, сердцебиения. Не курит, злоупотребляет алкоголем. Границы абсол. тупости сердца: левая по l. m. sin., правая несколько вправо от l. st. sin., верхняя с 4 ребра. На грудине тупость, заходящая за грудь влево и вправо. На верхушке слышен небольшой систолический шум и диастолический шум, оба шума усиливаются по направлению к основанию. Пульс среднего наполнения, слабо выраженный puls. celer. Кровяное давление 145/50 мм. ртут. Рентгеноскопия: aorta lata, hypertrophia v. sin. RW++++.

Случай 3-й. Больной Ч., история болезни № 71. Диагноз: Aortitis luica, ins. v. s. aortae. Жалобы на одышку при физическом напряжении, стеснение в груди, сердцебиение. Курит с 16 лет. Алкоголем злоупотребляет в значительном количестве. Lues negatur. Границы сердца: левая по l. m. s., правая на 1 см. вправо от l. st. s., верхняя с 4 ребра. Небольшое притупление на man. sterni; систолический шум на верхушке, на основании сердца слышен систолический шум, II тон и диастолический шум. Пульс ритмичный, среднего наполнения. Кровяное давление 110/60 мм. ртут. Рентгеноскопия: диффузное расширение аорты, гипертрофия и расширение левого желудочка. RW и SG++++.

Случай 4-ый. Больная Ж., 22 лет. Поступила по поводу ноющих болей за грудной, одышки и сердцебиения. Lues negatur. Больная хорошего питания, на груди striae venosae, на рукоятке грудины притупление перкуторного звука, сердечный толчок в 5-ом межреберья. Границы абсолютной сердечной тупости: верхняя с 4 ребра, правая по l. st. s., левая по l. m. s. II-ой тон аорты с металлическим акцентом; на аорте—систолический шум. Положительные симптомы Сиротина и а-Кукера и Халатова. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Вышеуказанный симптомокомплекс, несмотря на отрицательные данные анамнеза, заставил заподозрить у больной сифилитический аортит. Рентгеноскопия констатировала расширение аорты (aorta lata luica). RW дала **положительный** результат. Специфическое комбинированное лечение быстро избавило больную от беспокоивших ее болей и одышки.

Из приведенных выдержек из историй болезни видно, что люетическая недостаточность аортальных клапанов характеризуется вполне определенным синдромом, резко очерченным и дающим возможность практическому врачу диагностировать люэс и назначить соответствующую терапию.

Если прежде считалось, что при этой болезни смерть неизбежна в течение 3—5 лет со времени появления первых субъективных признаков, а если болезнь дошла до аневризмы, то больной не может прожить больше двух лет, то теперь, при новом способе лечения и улучшения ранней диагностики, дело изменилось. Если Broadbent в конце XIX ст. рекомендовал больному, заболевшему аневризмой аорты, лечь в постель и не покидать ее неделями, то больные Schottmüller'a с аневризмой аорты проделали всю германскую войну, оставаясь клинически здоровыми. Теперь уже признано, что аортальный люэтик может освободиться от всех болезненных симптомов и процесс его может остановиться. Schlesinger делит всех люэтиков на две группы: доброкачественные и злокачественные. Первые не поддаются специфической терапии, вторая же группа больных получает значительное улучшение. Причина этого

лежит в том, что противосифилитические средства влияют не прямым путем на *virus*, но стимулируют естественные защитные силы организма и не действуют уже там, где организм не обладает сам достаточными защитными средствами.

В терапии люэтических аортитов в настоящее время имеются два основные метода лечения. Schottmüller, Romberg, Moritz являются приверженцами энергичного и непрерывного проведения терапии. При твердо установленном диагнозе Schottmüller назначает сначала мужчине 0,45, а женщине—0,3 neosalvarsan'a и таким образом продолжает вливания каждые 7—8 дней, вводя в течение целого курса 5,0—8,0 неосальварсана. Кроме того 1—2 раза в неделю производит инъекцию каломеля или 0,05—0,1 Hg. Salic., которая может быть заменена novasurol'ом. После окончания сальварсано-терапии дается иодистый калий в течение одного-двух месяцев. В первые три года он проделывает по меньшей мере два курса лечения. Grassman, Schrumpf, Groedel, Hubert, Braun и др. являются приверженцами малых доз неосальварсана. Они начинают лечение с 0,1 неосальварсана и доходят до 0,45.

Мы проводим лечение в зависимости от состояния иммуно-биологических сил больного. Нами применялись ртуть, иод, сальварсан и висмут в виде Bijochinol'a. Обыкновенно начинали лечение с ртути или висмута, а затем производили вливание неосальварсана в дозе 0,1—0,3—0,45. Одновременно с этим внутрь давался KJ или NaJ. На основании наших наблюдений мы можем подтвердить те же данные, которые мы опубликовали в предыдущей работе на небольшом еще тогда материале (Л. И. Вилевский, Каз. мед. журнал, 1925 г. № 4), что у больных наступает резкое улучшение.

У больных с начинающимся аортитом исчезают боли в области грудины, irradiирующие в спину и левую руку, и припадки *anginae pectoris* становятся реже. У больных с тяжелой цилиндрической аневризмой исчезают явления сдавления шейных вен и возвратного нерва и сглаживаются явления недостаточности сердечной деятельности. Больные с расширением аорты и с последующей недостаточностью аортальных клапанов, страдавшие одышкой и отеками, которые были совершенно нетрудоспособными, ведя полупостельный режим, после лечения настолько поправились, что в состоянии были приняться за работу.

Из Терапевтической клиники Института для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Зав. доц. Р. И. Лепская).

О гиперемиях легких.

М. Мастбаума и М. Винникова.

Под гиперемией легких следует понимать скопление ненормального количества крови в сосудах легочной паренхимы. Проводя аналогию с кожей, мы могли бы сказать, что гиперемия легких то же самое, что эритема кожи. Если учесть богатство нервно-сосудистой системой легочной ткани, то следует ожидать, что гиперемия легких—часто встречающееся явление. Это верно. На самом деле, все патологические процессы в лег-