

довании по поводу хронич. гастрита. Что успех анализа рельефа зависит от тщательной и точной техники исследования не нуждается в особом подчеркивании. Однако, как это в самое последнее время подчеркнул ветеран рентгенодиагностики желудка Ридер, не следует ограничиться одним лишь рельефом, а дополнить исследование желудка обычным способом. Рельеф и силуэт должны дополнять друг друга и нередко силуэт выявляет то, чего не дает рельеф. Вопросы перистальтики, моторной функции при опорожнении, форма желудка при сдвигах или сращениях очень часто наилучшим образом разрешается на силуэте. Вот поэтому утверждаем, что рельеф есть лишь часть общего рентгенологического исследования, а последнее является одним звеном в общем ходе клинического обследования больного, ибо не всякий гастрит находит свое выражение на рельефе и не всякое увеличение складок есть выражение гастрита. Тургор, тонус, дисфункция и характер секреции влияют на форму рельефа. Зернистость (если не вызвана слизью)—патогномичный признак гастрита. Еще более верный признак—неподатливость и упругость складок. Что касается язвы желудка, то необходимо знать, что не всякая язва дает нишу и не всякое углубление округлой формы есть ниша. Повторные наблюдения и исследования должны являться правилом всякого рентгенологического обследования больного. Рамки настоящей работы не позволяют подробно останавливаться на всем нашем материале. Подробное изложение вопроса о рельефе, а также детальное описание всех наших случаев с обращением внимания на столь важную для клиники диагностику гастрита последует в другом месте.

Из клиники кожных и венерических болезней Государственного института для усов. врачей им. В. И. Ленина в Казани. (Завед. прив.-доцент С. Я. Голо сов кер. Консультант проф. М. С. Пильнов).

Скрытая малярия и дерматозы ¹⁾.

Старшего ассистента Я. Д. Печникова.

Различные экзантемы, появляющиеся в связи с приступами малярии, уже неоднократно описаны как в русской, так и иностранной литературе. Можно считать вполне доказанным, что малярийная инфекция имеет свое место среди чрезвычайно разносторонних этиологических факторов кожных заболеваний. Настоящее сообщение касается значения малярийной инфекции в ее скрытой форме при различных дерматозах.

Проф. Лурья определяет разницу в состояниях явной и скрытой малярии лишь разницей в компенсации защитного аппарата организма по отношению к инфекции. Проф. Голубов считает, что на 1 случай типичной острой малярии приходится наблюдать чуть ли не 10 случаев скрытой малярии. Последний автор считает, что на мысль о существовании скрытой малярии у бывших маляриков должны наводить беспричинные появления *herpes labialis*, причем этот *herpes* может развиваться как при нормальной, так и при незамечаемой субъективно больным по-

¹⁾ Доложено в Кожно-венерической секции Казанского общества врачей 1 апреля 1930 года.

вышенной t^0 , а также различные чувства разбитости, недомогания, познабливания. В одной из своих работ (Малярийные заболевания мочеполовых органов у мужчин) нам пришлось отметить, что к всеобъемлющей способности малярийной инфекции поражать любой орган, любую ткань — надо отнести и выделенную нами совершенно определенную группу малярийных заболеваний мочеполовых органов. А *prigigi* вполне уместно предполагать, что кожа, отражающая на себе проявления острой малярии (малярийные экзантемы), может и в скрытом периоде малярии находиться под влиянием этой инфекции наряду с другими органами и системами.

Нижеприведенные примеры, взятые нами из общей группы 24 случаев, бывших под нашим наблюдением, демонстрируют значение скрытой малярии в дерматологии.

1) Красноармеец Г., 23 лет. В анамнезе сыпной тиф—9 лет назад, малярия 6 лет назад. Не курит, не пьет. В ноябре 1929 года появился язвенный стоматит. Язвочки величиною от просяного зерна до гривенника, с несколько углубленным, покрытым сероватым налетом дном, расположены на слизистой нижней губы, внутренней поверхности нижней челюсти, на боковых краях языка, на слизистой глотки. Небольшое познабливание, потливость. T^0 —нормальна. Исследования отделяемого язвочек на присутствие палочек Кош'а, бледной спирохеты, стрептобацилла Дусгеу'а—отрицательны. В крови—плазмодий не обнаружено. RW—отрицательная. Гемограмма—без особых отклонений от нормы. При осмотре терапевтами—признаков заболеваний внутренних органов нет. Местное лечение—полоскания, смазывания, прижигания—ни к чему не привели. В течение 3-х месяцев язвочки все больше увеличивались. Двукратное вливание Novo-salvarsan'a—безрезультатно. 26 февраля больному назначены инъекции хинина. Через 1½ недели язвочки начали увядать и через 2 недели исчезли. Вместе с исчезновением язвочек у больного наступило общее улучшение состояния, прекратились познабливания, потливость.

2) Большой П., ответработник, общественник. В анамнезе 10 лет назад гоноррея. 3 года назад—малярия. В течение 9 месяцев страдает нестерпимым распространяемым зудом, вызвавшим вторичную распространенную экзему. T^0 —нормальна. Головные боли, познабливания; селезенка увеличена. Больной ходит из одного больничного учреждения в другое, обращается в учреждения различной специальности. Ни наружные средства, ни внутренние вливания кальция, брома, ни внутренние средства—ни к чему не приводят. Больной доходит до тяжелого психического состояния, лишается работоспособности. Заподозрив у больного возможность влияния малярийной инфекции, мы предложили больному принимать хинин внутрь, оставив все остальные наружные и внутренние средства. В течение уже первых 7-ми дней приема хинина—резкое улучшение зуда, общего самочувствия. Через 2 недели зуд совершенно исчез. В дальнейшем мы наблюдали больного в течение 4-х месяцев—зуд исчез совершенно.

3) Большой Н., служащий института. В анамнезе малярия. Страдает в течение 5-ти лет периодически появляющимися герпетическими высыпаниями на *truncus penis*. Высыпания, вначале герпетического характера, после лопания пузырьков дают изъязвления неглубокие, несколько серпигинозирующие, обычно вяло заживающие под влиянием наружных средств в срок 1—1½—2 месяца. Иногда одновременно появляются такие же высыпания на лице. Высыпания всегда сопровождаются познабливанием, потливостью, общей разбитостью; t^0 или немного повышена, или нормальна. Селезенка увеличена. Плазмодий в крови не найден. Больной заметил, что высыпания появляются после бани, выпивки, ходьбы по солнцу. Последние 2 года больной находится под нашим наблюдением. Последние 2 приступа были проведены с назначением хинина, оборвавшего течение процесса в 1—2 недели с общим улучшением всего состояния.

4) Большой Д., директор завода, 41 года. В анамнезе сыпной тиф, гоноррея, малярия. На внутреннем листке крайней плоти появилась язва с затвердевшими краями; появилась мало болезненная двухсторонняя опухоль паховых желез. Один из местных врачей—венерологов принял язву за твердый шанкр и назначил специфическое лечение. Больной, не имевший соитус'а с посторонними женщинами, недоумевал, обратился ко мне. При осмотре язва и опухоль желез паховых дейст-

вительно могла дать повод к подозрению твердого шанкра. Однако повторные исследования на присутствие бледных спирохэт отделяемого язвы, сока желез, были отрицательны. RW впоследствии—также повторно отрицательная. Местное лечение в течение 2-х месяцев не приводило к результатам. Между тем у больного бывали познабливания, головные боли, иногда небольшие повышения t^0 , потливость, общее недомогание. Селезенка увеличена. Плазмодий в крови не обнаружено. С назначением хинина все местные явления стали быстро исчезать: язва зажила в 2 недели, лимфаденит исчез. Через 2 месяца больной вновь явился с язвой по соседству с рубцом на месте первой язвы, вновь паховой лимфаденит. Язва появилась у больного через сутки после бани; вновь озноб, плохое самочувствие. Хинизация привела быстро к заживлению язвы. Через 4 месяца после сильной выпивки опять язва на том же месте с быстрым последующим заживлением при приеме хинина. После этого течение 1 года больной систематически принимает хинин и за все время язва не появляется.

5) Больной А., техник, 55 лет. Личная карточка № 1223—1930 г. В течение 6 месяцев *eczema erythematosum squamosum* верхних конечностей, шеи, груди. Безрезультатность различных видов наружной и внутренней терапии. В анамнезе—малярия. Легкие явления недомогания, потливость, t^0 нормальная. Селезенка увеличена. В крови плазмодий нет. Купирование кожного процесса за 2 недели при приеме хинина внутрь.

Во всех вышеприведенных случаях связь высыпаний на коже и слизистых оболочках с малярийной инфекцией устанавливалась по следующим основаниям. Безрезультатность различных способов лечения, длительно предварительно применявшихся, отсутствие учитываемых других этиологических факторов, наличие в анамнезе малярии, параллелизм между местными явлениями и общими, хотя бы и незначительными, нарушениями состояния больного (иногда небольшое повышение t^0 , познабливания, потливость, сонливость, недомогание, головные боли); периодическая повторяемость высыпаний после моментов, провоцирующих малярию (баня, выпивка, пребывание на солнце); но самое важное—на основании быстрого, купирующего действия хинина. Выявляемая в этих случаях этиологическая связь кожных высыпаний с малярийной инфекцией в ее скрытом периоде тем самым доказывает определенную действенность этого скрытого периода и подчеркивает, что малярия, будучи „обезьяной всех болезней“, и на коже может отмечать свои замаскированные знаки.

Изложенные факты для дерматолога важны потому, что подозрение в соответствующих случаях на связь некоторых высыпаний с малярией может быть плодотворным в смысле возможности найти рациональную и каузальную терапию. Особенное значение это должно иметь в местностях, отличающихся распространением малярийной эпидемии, как, например, у нас в Казани. Врачам всех специальностей, работающим в малярийных местностях, необходимо хорошо помнить указание проф. Голубова на то, что к старому афоризму „*in dubio suspice luem*“ надо прибавить „*atque malariam*“.

Ответить на вопрос, каков механизм влияния малярийной инфекции в описанных случаях кожных заболеваний, точно нельзя. Нам думается, что единственная возможность как-нибудь объяснить механизм—это прибегнуть к методу построения аналогий.

В дерматологии уже известно, что ряд банальных дерматозов может зависеть, например, от туберкулеза, сифилиса. Так, Milian в 80% случаев экземы считает зависимой от туберкулеза. Вросс, Jeanselme, Audry, Ravaut привлекли внимание к тесной связи различных обычных форм дерматозов с сифилисом. Все эти факты объясняются феноменом сенсibilизации организма. Введением в дерматологию учения о фе-

помене сенсibilизации французский дерматолог Ravaut указал новые пути в темной области изучения этиологии кожных заболеваний и дал новый принцип для терапии—принцип десенсibilизации. Примеры, сообщенные нами, являются определенной группой, пополняющей только что перечисленные литературные данные. Сенсibilизация малярийная наряду с сенсibilизацией туберкулезной и сифилитической должна занять свое место в этиологии кожных заболеваний.

Литература. 1) Ravaut, Milian, Brocq, Jeanselme, Audry цит. по Dracoulides.—2) Голубов. Врач. газ. 1929 г. № 3-4.—3) Лурья. Вестн. соврем. мед. 1925 г. № 3.—4) Печников. Урология. 1929 г. № 3.

Из кожно-венерической клиники Казанского гос. института для усов. врачей им. В. И. Ленина. (Врид. зав. кафедрой приват-доцент С. Я. Голосовкер).

Опыты применения гипосульфит-натрия в терапии кожных заболеваний¹⁾.

Ассистента А. М. Лейзеровского.

Повышенная чувствительность больного к тому или другому раздражителю служит часто причиной целого ряда кожных заболеваний. Означенная сверхчувствительность передается по наследству или является результатом искусственной подготовки организма (анафилаксия, сенсibilизация). Последняя зависит от целого ряда как внешних факторов, главным образом профессиональной деятельности больного, так и внутренних причин (нарушение обмена веществ или инфекционные заболевания). Наряду с применением наружных средств, действующих непосредственно на пораженный очаг, большое значение имеет общая терапия, усиливающая защитные силы организма и помогающая последнему побороть болезненный процесс. К таким методам лечения относится протеино-терапия (впрыскивание молока, раствора терпентина, ауто-гемо-терапия и т. д.), имеющая целью повысить стойкость и сопротивляемость организма (Weichardt).

Большую роль в дерматологии играет десенсibilизирующая терапия. Вливание хлористого кальция (CaCl_2) понижает раздражительность нервной системы, усиливает свертываемость крови, повышает фагоцитоз, улучшает обмен веществ (Лукомский) и влияет на вегетативную нервную систему (Sondek). Вливание бромистого натрия (NaBr), введенное в терапию в 1921 году Лебедевым, привлекло к себе внимание дерматологов. Этот метод дает положительные результаты при различных дерматозах, особенно в тех случаях, где требуется преимущественное влияние на нервную систему. Некоторые авторы предлагают одновременно применять внутривенные вливания бромистого натрия и хлористого кальция, но особенного распространения этот способ не получил.

Нами в качестве десенсibilизатора при различных дерматозах применялся *Natrium hyposulfurosum* s. *Natrium thiosulfuricum* ($\text{Na}_2\text{S}_2\text{O}_3$ —гипосульфит натрий) Ravaut в 1920 году применял этот препарат при

¹⁾ Доложено в Кожно-венерической секции Казанского об-ва врачей 9—V—30 года.