

для наблюдения за питанием, санитарном состоянии жилищ, уничтожением в них мух и грязи и правильностью ухода за детьми. Необходимыми мерами по оздоровлению детей являются: устройство летних детских площадок и зеленых очагов в городах, в деревне устройство полевых яслей и питательных и агитационных пунктов, а равно и создание летних отрядов по профилактике летних поносов. Необходимо проведение широкой врачебной помощи на дому с целью своевременной госпитализации заболевших детей. В деревнях с этой целью требуется создание временной летней сети больниц специально для детей, страдающих поносом.

Перестройка быта на новых социалистических началах, бурный рост строительства и коллективизации сельского хозяйства настойчиво требуют широкого внедрения в жизнь общественного питания. Выдающаяся роль общественного питания в деле раскрепощения матери от ее мелких домашних забот и привлечения ее на путь общественной жизни заставляет особенно строго заботиться о рациональном питании детей раннего возраста. В специальных учреждениях для детей (яслях, деточагах и т. п.) питание должно проводиться не по шаблону, а по строго индивидуальному уклону, соответственно возрасту и состоянию ребенка, с обязательной госпитализацией детей, страдающих расстройствами питания. Только таким путем может быть проводима с успехом профилактика детских поносов.

---

Из Кожно-венерической клиники Казанского государственного медицинского института.

## К вопросу о профессиональном сифилисе.

Проф. И. Н. Олесов.

Профессор А. П. Иордан в своей работе: „Профессиональный сифилис акушерок“ (Р. В. Д., 1925 г., № 2) цитирует работу Trüba, где автор приводит 407 случаев твердых шанкров у врачей, полученных ими при исполнении служебных обязанностей. По существующим статистикам профессиональным сифилисом прежде всего заболевают хирурги, затем гинекологи и венерологи (К. А. Карышева, Р. В. Д., 1925 г., № 7).

Существующие до сих пор описания заражений врачей профессиональным сифилисом касались случаев, где у больных имелись активные явления на коже и слизистых. В последнее время мы встречаем наблюдения, когда врачи заражались сифилисом от больных, у которых его не подозревали.

Если раньше для того, чтобы избежать профессионального заражения сифилисом было достаточно прежде всего знакомства с проявлениями этой болезни на коже и слизистых, то теперь становится необходимым уметь правильно распознавать и скрытые формы этой болезни.

Для иллюстрации того, насколько это необходимо, приведу 5 известных мне случаев, где инфицирование произошло при операции от больных, не имеющих активных проявлений болезни ни на коже, ни на слизистых.

*Случай 1.* Больная Л. А., 17 л., в качестве практикантки на сестру милосердия, работает в хирургическом отделении К-ой городской больницы. 12-го июня во время операции — удаление секвестра при тbc остеомиалите (?) врач случайно концом ножа, которым оперировал, нанес ей царапину на внутренней поверхности hypothenar. Приблизительно через один месяц на месте царапины появилась язва, спустя еще некоторое время припухли на этой же руке железы сначала локтевые, затем подмышечные и скоро начали выпадать волосы. Врачи заподозрили сифилис, произвели исследование крови по Вассерману. Реакция оказалась резко положительной. Начали специфическое лечение. 26 октября, когда больная прибыла в кожную клинику I МГУ, то на левой руке с внутренней стороны hypothenar на месте язвы оставался след в виде пигментированного шелушащегося и резко ограниченного довольно плотного инфильтрата. Железы подмышечные слева были резко увеличены, плотно эластической консистенции. Имелось и некоторое увеличение и шейных желез, остальные же лимфатические железы уклонений от нормы не представляли. Внутренние органы, нервная система уклонений от нормы не представляли; т<sup>9</sup> в норме; RW резко положительна.

Оперированный больной был сифилитик по второму году. Активных явлений сифилиса у него ни на коже, ни на слизистой не было.

*Случай 2.* Больной, врач, 33 лет. Около 20 сентября на ладонной стороне верхней фаланги указательного пальца левой руки появилась поверхностная язвачка. Она была безболезненна, не вызвала никаких неприятных объективных ощущений. Под влиянием лечения индифферентными мазями она очень медленно подживала. Вообще больной очень мало обращал на нее внимания и продолжал свою обычную врачебную работу. В последних числах сентября, читая на акушерских курсах лекцию по анатомии, больной, желая показать, где у человека расположена ключица, коснулся рукой своей ключицы и здесь обнаружил в надключичной ямке величиной с куриное яйцо плотную, почти безболезненную опухоль. Когда, по окончании лекции, он пришел домой и тщательно себя обследовал, то обнаружил пакет резко увеличенных лимфатических желез в подмышковой впадине. Через 2 дня у больного развился кашель и появились сильные боли в области груди. Рентген обнаружил резкое увеличение лимфатических желез средостения. После этого больной тотчас же направился в Москву в хирургическую клинику.

В истории болезни при поступлении больного в клинику 1-го октября 1926 г. отмечено: „Больной жалуется на боли и чувство стеснения в области груди, общую слабость, быструю утомляемость и кашель. Объективно обнаружено: резкая припухлость подмышковых и подключичных лимфатических желез слева. В области левой подключичной ямки лимфатическая железа достигает величины  $4 \times 5$  см., она плотно-эластической консистенции, не спаяна ни с кожей, ни с подлежащей тканью. Кожа над ней не изменена. В левой подмышковой впадине имеется пакет желез плотно-эластической консистенции не спаянных между собой, ни с подлежащей тканью. Самая большая железа достигает величины  $4 \times 3$  см.

Легкие, сердце, нервная система уклонений от нормы не представляют. Печень, селезенка видимых изменений не представляют.

Во время пребывания в клинике у больного опухли шейные лимфатические железы справа и слева. Припухание желез сопровождалось поднятием температуры до  $39^{\circ}$ . В остальные дни т<sup>9</sup> была нормальной.

На основании клинической картины и результатов гистологического исследования был поставлен диагноз болезни Hodgkin'a; соответственно этому и назначена терапия — лучами рентгена. 2/XI после первых двух сеансов припухли паховые лимфатические железы, шейные же, которые были освещены, стали резко уменьшаться в размерах. Затем было сделано еще 2 сеанса рентгеном и через 3 дня после последнего сеанса высыпала типичная сифилитическая розеола. Реакция Вассермана, которая была произведена в этот же день, дала резко положительный результат.

Случай весьма поучительный. Не делая из него выводов, мы лишь отметим, что когда 8/XI он явился на консультацию по поводу сыпи на теле, то на указательном пальце левой руки, на конечной фаланге с ее ладонной стороны имелся резко ограниченный синева-фиолетового цвета след от бывшей здесь, по указанию самого больного, язвы. В основании оставшегося здесь рубчика прощупывался плотный, резко ограниченный инфильтрат. По всем этим данным можно предполагать, что здесь был твердый шанкр, в настоящее время имеются его остатки. Лимфатические железы на этой руке по размерам значительно больше, чем на

правой. Описание их изменений приведено выше. Появление типичной розеолы и резко-положительная реакция Вассермана делают диагноз lues II tescens очевидным.

Заражение, по словам больного, могло произойти при операции по случаю остеомиелита у мальчика, которую он делал в конце августа. При этом больной отмечает, что он отчетливо помнит, что, делая операцию и ощупывая кость, он поранил тот палец, на котором затем развилась язва. Болен ли был сифилисом этот ребенок установить не удалось, т. к. он исчез из-под наблюдения. Учитывая приблизительные данные о времени возможного заражения и наличие твердого шанкра на указательном пальце именно левой руки, складывается впечатление, что действительно заражение произошло при операции.

3 и 4 случая подобных наблюдений принадлежат проф. Г. И. Мещерскому.

*Случай 3.* Больной — врач-хирург, 48 лет. Он обратился к проф. Мещерскому 7/ХI с целью консультации по поводу сыпи на теле. При осмотре у него констатирована типичная свежая, местами отцветающая, сифилитическая розеола, очень обильная, занимающая туловище и передне-внутренние стороны конечностей. На указательном пальце правой кисти, на лучевой стороне его конечной фаланги, окружая лучевую сторону ногтя, кожный покров багрово-застойно-красен, инфильтрирован, поверхность кожи выравнена, гладка, лоснится и слабо шелушится. Кожа на ощупь плотна и инфильтрована, как-бы припаяна к кости. Границы поражения расплывчаты. Локтевые железы (две) очень плотны, увеличены, туго подвижны, группа желез правой подмышечной впадины увеличена, уплотнена и вполне подвижна. Прощупываются железы затылочные и задне-шейные. Ногтевая пластинка частично отслоена, утолщена, мутна и темно окрашена, matrix ногтя нормальна.

Диагноз склероза конечной фаланги указательного пальца, специфического поражения и свежей розеолы не оставляет сомнений. Реакция Вассермана резко положительна.

Относительно условий заражения больной объясняет следующее: в первых числах сентября мес. ему пришлось производить в госпитале операцию солдату, имевшему огнестрельный перелом бедренной кости. Ощупывая на дне раны концом третьего пальца костные осколки, он укололся об один из них внутренним концом третьей фаланги возле ногтя. Из минимальной ранки он с трудом выдавил мельчайшую капельку крови, после чего промыл палец слабым раствором сублимата и смазал водной настойкой. С вечера того же дня стал „развиваться“ вяло-протекающий, но весьма болезненный paratium, постепенно прогрессирующий, несмотря на горячие ванны Неделю через две сформировалось ничтожное нагноение возле ногтя, осложнившееся вскоре острым стволковым лимфангоитом предплечья и локтевым аденитом при повышенной температуре. Paratium был вскрыт и лечен присыпкой иodoформа. Поражение лимфатической системы постепенно разрешилось без нагноения. Место разреза, несмотря на надлежащий уход, упорно не заживало, а первая фаланга и часть второй оставались плотно отечными и красными. Лишь две недели назад „глубокая эрозия“ возле ногтя покрылась эпителием и инфильтрат стал убывать.

У оперированного солдата никаких наружных явлений сифилиса не было.

Со времени злополучной операции больной врач, в виду болезни пальца, врачебной работы не нес.

*Случай 4.* Больной врач-хирург, 41 года. Он обратился 28 июня с целью консультации к профессору Г. И. Мещерскому по поводу банального „полу-лунного“ шанкра эрозированного типа, окружающего свободный край ногтевой пластинки левого указательного пальца. В левой подмышечной впадине группа увеличенных и уплотненных подвижных лимфатических желез. В соке эрозии — бледные трепанемы „в небольшом количестве“. Реакция Вассермана отрицательна.

По словам больного шанкр существует около 10 дней и возник через 24 дня после того, как, производя в своем больничном отделении резекцию голеностопного сустава по поводу тяжелой травмы у 13-тилетнего мальчика, он случайно оцарапал конец левого указательного пальца об острый край большой берцовой кости. Реакция Вассермана у мальчика, по словам больного, была отрицательна, но общее физическое недоразвитие, плохие зубы и неправильное формирование костей черепа делало его подозрительным в смысле врожденного сифилиса.

*Случай 5.* Ко мне обратился врач с целью консультации по поводу сыпи на теле. При осмотре обнаружено: обильная, папулезная, сифилитическая сыпь; по-

лиаденит, причем наиболее крупными по размерам оказались локтевые и подмышечные железы левой руки, а на указательном пальце левой руки, на конечной фаланге по ладонной стороне возле левого края ногтевой пластинки в глубине кожи инфильтрат; кожа над ним темно-красного (фиолетового) цвета, слегка шелушится.

Клиническая картина типична: lues II recens. Реакция Вассермана резко положительна. Встал вопрос, где товарищ мог заразиться. По окончании курса лечения, товарищ уехал к себе в больницу на работу и затем сообщил следующее: „Просматривая истории болезней того времени, когда могло произойти заражение, я натолкнулся на случай, который, видимо и послужил источником моего заражения“. Далее приводится история болезни. Больному, от которого, видимо, произошло заражение, 42 года, трижды оперировался по поводу туберкулезного остеомиелита голени, причем дважды у видного московского хирурга. Последняя операция, вследствие образовавшихся рубцов и наличия секвестров, была сложна. В процессе операции товарищ поранил указательный палец левой руки, после чего смазал его t-gajdi. Дней через 20 (точно не помнит) на месте царапины возник „абсцесс“, так называет больной первичный эффект. Применял спиртовые согревающие процессы. Язва зажила, оставив след в виде плотного инфильтрата. Далее товарищ сообщает, что этот больной был им отыскан и оказалось, что в анамнезе у него плохо леченный сифилис, а RW резко положительна.

Эти случаи в смысле источника заражения, конечно, могут быть оспариваемы. Каждый сомневающийся может высказать предположение, что при операции была нанесена только травма, инфекция же проникла в более позднее время при соприкосновении с больным-люэтиком. Экспериментальная работа Neissera на острове Ява показывает, что костный мозг и яички, являясь хорошей средой для жизни бледной трепонемы, могут в течение долгого времени оставаться очагом, где может теплиться жизнь этой спирохеты. Эта работа заставляет нас высказать предположение, что в наших случаях вполне вероятно, что инфекция произошла во время операции.

В заключение должен сказать, что прав Вельяминов, который требует искать сифилис везде и всюду, хотя-бы казалось, что все этому противоречит. Прав L. Thomson, который свою работу: „Неподозреваемый сифилис“ (РВД, 1924 г., № 8, стр. 716) заканчивает так: „пусть сифилис будет опорным пунктом нашего диагноза, полярной звездой наших подозрений“. Если это требование мы введем в нашу повседневную практику, то, с одной стороны, уменьшим опасности заражения профессиональным сифилисом, с другой, люэтикам не будем назначать лечения, которое, если не причиняют им вреда, то во всяком случае и пользы не приносит.