

Koch'a (2—4 в поле зрения) и эластические волеяна. Притупление перкуторного звука в надключичной и подключичной ямке слева, хрипы сухие и влажные мелко-пузырчатые, выдох удлинненный, пульс учащенный (90), но арыв, удовл. капилл. и мидрил. Алемия. Чувствительность бодрее, аппетит хороший. Наклейки принял, как забаву, и охотно их долаз сам, иногда при мне, очень аккуратно. После 30 нахлещ по 0,5—2,0 гваякола температура стала резко повышаться выше 37,0, но отдельные скачки бывали выше, чем жардо, 33,5—39,3; с обильными ночными потами. Второй курс препарата тоже без обескураживающих результатов: температура стала чаще давать крутые скачки вверх и вниз (35,0—39,6), кашель усилился. Через одну неделю после второго курса началось кровохарканье, которое тянулось почти целую неделю; с большим трудом удалось остановить его. Общее состояние резко ухудшилось, больной подвизаться уже не мог с постели: ноги стали инконтинентными, инфильтрация легких увеличилась как на правой, так и на левой стороне, особенно слева. Симптоматическое лечение—временное улучшение. Еще через 10—12 дней определяются небольшие лимфатические полости на 2 пальца выше правого соска, резкая боль при дыхании и кашле в той же месте; еще через 2 дня ясный шум трения плевры. Мупиль, компрессы, парсотиса—временное улучшение. На 6^ю ежедневные ласт ринитиса при умеренных ластах; слизь прогрессивно нарастает. Через месяц начались поносы, не поддававшиеся в течение 12 дней никаким мерам; затем, повторное кровохарканье в умеренном количестве. Временно улучшение и *exitus letalis* через месяц (7 месяцев итоге от начала первого курса нахлещ).

Б-ой П., 30 лет, болен 1½ года, в семье туберкулеза нет; упорное настроение. Лихорадит ежедневно; вечерами 6^ю еще выше 37,5—38,0. Рассеянные участки инфильтрации вдоль позвоночника с обеих сторон. Резкий притупление-гипнандический оттопок на левой верхушке; сухой кашель; хрипы субкрепитирующие и свистающие; жесткий здох и удлинненный выдох; влажная бледная кожа, пониженный витание, аппетит хорош. Препараты 30 нахлещ от 5 капель до 1,2. Состояние ухудшилось: температура стала давать большие скачки, пот, кашель, хрипы увеличились. Морота уменьшилась. Питание и вес упали. Наклейки Koch'a в мокроте стало больше. Сила уменьшилась; большой оконательно слез в постель (раньше он совершал небольшие прогулки, выходил лежать в сад). Наклейки и уже не повторял. Больной погиб через 1½ месяца после курса, при запущенном раке болезни.

Сообщив эти наблюдения моим побуждено то обстоятельство, что в литературе последних лет мне не попадались сообщения об отрицательных результатах лечения туберкулеза легких теми способами. Кривизна его со стороны Штернберга, Шарнаевского, Раджовича, Брасовского и других отмечает только или несостоятельность его, или случайные побочные действия гваякола: коллапс и др. Размышляя мой всеобщий опыт лечения сложными по технике и доступности способом, а также от заключения, что мои больные погубно именно это средство; ибо едва ли неизбежный конец можно было бы предотвратить в столь тяжелых случаях и другими средствами. Но я должен констатировать, что мне не удалось получить ободряющих результатов. Если отбросить первые два случая далеко зашедшего туберкулеза, с явными признаками большой разрушенной тканей и истощения организма, то и остальные 4 случая, избранные более или менее согласно с указаниями Г. М. Малкова, достаточны, мне кажется, чтобы заставить врача быть глубоко осторожным. На меня она произвела такое впечатление: гваякол под солнцем не может излечиться, через 2—3 ч. он весь всасывается и, повидимому, является для туберкулеза фокусом не безразличным средством; он его возбуждает и в большом числе случаев Малкова в сторону регрессивного развития, в неболезнь же чаще моих случаев — в обратную сторону. Подобно туберкулезу, гваякол может вызвать рево на туберкулезный очаг и в поджелудочном, и в отрицательном направлении. Регулировать это его действие мы пока не в силах. Нужно более детальное дальнейшее изучение механизма его действия и, когда этот механизм будет нам ясен, тогда только можно будет рекомендовать безопасное применение гваякола для широкого применения. Оставить же в презабрени гваякола для широкого применения. Оставить же в презабрени гваякола для широкого применения. Оставить же в презабрени гваякола для широкого применения. Оставить же в презабрени гваякола для широкого применения.

Из 952-го Сводного Полевого Запасного Госпитала.

Эфемерная розеола при возвратном тифе *

Я. Г. Эттингера и И. X. Гальбрайха (Витебск).

Общезвестно громадное диагностическое значение экзантемы при сыпном тифе и розеолах при брюшном тифе. Что же касается возвратного тифа, то данные в литературе¹⁾ о явлениях со стороны кожи, если не считать крайне редко наблюдаемых в тяжелых случаях кожных кровоизлияний, чрезвычайно скудны и неопределенны²⁾.

*) Доложено на 5-м Всероссийском съезде бактериологов и эпидемиологов в Москве.

1) У Шиллинга («Инфекционные болезни» Крауза и Бругш) встречается указание без всякого детального описания, что при возвратном тифе наблюдается розеола.

2) О розеолах, как и о других кожных явлениях при возвратном тифе, упоминают еще: Prof. H. Eichhorst (Spéciale Path. et Therapie innerer Krankheiten), Prof. L. Lichtheim (Die deutsche Klinik. Bd. II, 1903, стр. 564), проф. Л. В. Попов (Вопросы тиф. СПб. 1869, стр. 59) и др.

Наши наблюдения в 952-м Сводном Полевом Запасном Госпитале (бывшем Терапевтическом Красного Креста лит. А.) над возвратно-тифозными больными обнаружили чрезвычайно типичный и специфичный для возвратного тифа феномен со стороны кожи, который позволяет совершенно определенно, без исследования крови, поставить диагноз возвратного тифа. Феномен этот состоит в появлении у больных возвратным тифом, обычно в конце приступа, за 1—2—3 дня до кризиса, чрезвычайно своеобразной розеола. Что является характерным для розеола, наблюдаемой при возвратном тифе? Самым типичным для возвратно-тифозной розеола, помимо ее величины и формы, о которой речь будет дальше, является ее чрезвычайно долговечность, ее эфемерность.

Уже в начале наших наблюдений мы заметили, что розеола, виденная нами в начале утреннего обхода больных, к концу обхода бесследно исчезала. Дальнейшие наблюдения с несомненностью установили, что все фазы развития, вся жизнь такой розеола измеряется десятками минут. При изучении рекуррентной розеола, мы прибегали к обведению химическим карандашом отдельных ее элементов, что значительно облегчало ее изучение.

Для иллюстрации приводим пример такого наблюдения. В 12 ч. 45 м. мы обвели химическим карандашом на коже спины круг диаметром в 3 сантиметра, в центре которого находилась одна арко-расная розеола величиною в булавочную головку. Когда через 8 минут мы вновь осмотрели это место, обведенное карандашом, в круге нами обнаружены 2 розеола: первоначальная, за это время несколько побледневшая, и новая величиною в булавочную головку — бледно-розовая розеола на расстоянии 1 сантиметра от первой недалеко от периферии круга, и появившаяся в течение этих 8 минут. При дальнейшем наблюдении этих двух розеола оказалось, что первая центральная исчезла в 1 час 10 мин., а вторая, появившаяся после 12 час. 45 мин., к 1 часу 30 минутам бесследно исчезла. Исчезновение происходило путем постепенного побледнения розеола на глазах, при чем контуры, бывшие в фазисе расцвета совершенно резкими, превращались как бы параллельно, постепенно сглаживались и расплывались. Многочисленные подсчеты наблюдений показали, что жизнь отдельной розеола продолжается от 20 до 50 минут.

Переходим теперь к более подробному описанию рекуррентной розеола, ее величины, формы, распространения, что даст нам возможность, в громадном большинстве случаев, с совершенной определенностью отличить ее от сыпнотифозной и брюшнотифозной розеола даже при моментальном взгляде на нее в состоянии ее статичности, если можно так выразиться, не прибегая к наблюдению ее динамики, на что требуется некоторое время.

Величина рекуррентной розеола, в громадном большинстве случаев, равна величине булавочной головки и несколько больше. Наблюдается ука нели от указанной величины как в одну, так и в другую сторону. Встречаются экземпляры величиною в точку. С другой стороны, некоторые экземпляры достигают величины просыпанного и даже чечевицевого зерна. Рекуррентная розеола, таким образом, в большинстве случаев, есть розеола мелкая, значительно уступающая по своей величине сыпной и брюшнотифозной розеолам. По форме рекуррентная розеола представляет собою совершенно круглое геометрически правильное образование, проведенное как бы параллелью с резко очерченными контурами. Так как каждая отдельная розеола в фазисе ее расцвета. В периферии же побледневшая контуры ее сглаживаются и расплываются. Считаем необходимым добавить, что в редких случаях, вследствие слияния отдельных элементов, появляются пятна несколько большей величины и неправильной формы. Слияние отдельных розеола мы наблюдали почти исключительно на локтях, при чем во всех случаях образование сливных розеола из отдельных круглых элементов было совершенно ясно. Всякая отдельная круглая розеола, кроме величины и формы, составляет ее абсолютная плоскость. Брюшнотифозная розеола представляет в виде плотного жесткого возвышения (ларулы)¹⁾. В большинстве случаев, возвышение розеола над поверхностью кожи видно даже на глаз. Что касается сыпнотифозной розеола, то наблюдения последней эпидемии показали, что описания ее, как абсолютной плоской, не соответствует действительности. Особенно в начале высыпания мы почти во всех случаях, наряду с плоскими элементами, находим также, которые автентично прощупываются пальцем, легко проводятся, скользкими по коже. Часто возвышающийся характер сыпнотифозной розеола виден даже на глаз. Рекуррентная же розеола всегда на ощупь абсолютно плоская. Палец, скользкий по ней, никогда не прощупывает ее.

Что касается окрашивания рекуррентной розеола, то оно бывает весьма различно. В зависимости от индивидуальных особенностей и фазы развития каждого отдельного элемента характерны всевозможные розового и красного цвета. В большинстве случаев, мы у одного и того же индивидуума в одно и то же время наряду с единичными ярко окрашенными элементами находим более многочисленные бледные окрашенные, иногда еще видимы глазами. В таких случаях обычно останавливаются на себе внимание более яркие экземпляры и уже, присматриваясь к ним, начинают замечать бледные элементы, среди которых некоторые с расплывчатыми контурами. Отличие бледных розеола от несильных контурированных проявляется иногда в виде скорее истончающейся краешки. Наши наблюдения над развитием отдельных розеола (при помощи указыва-

1) Розеола при брюшном тифе бывают как папулезные, так и макулезные. Ред.

ного метода обследования отдельных элементов химически и вырабатаном) показали, что далеко не все розеолезные прыщики развиваются до типичной инвазивной стадии на коже, многие элементы, а может быть и большинство в отношении скрапирования аборталлы, т. е. пачинки не успевают достигнуть лишь весьма слабой инвазивности скрапирования.

Число розеол в каждом отдельном случае весьма различно. Часто наблюдаются лишь единичные розеолезные прыщики в виде их мелких размеров не сразу трескаются в язву. Путь возникновения сыпи отсюда может быть в виде прыщиков в виде их прыщавости в таких случаях прыщавости. С другой стороны, мы нередко наблюдаем в случаях с чрезвычайно густой и обильной сыпью, когда число розеол достигало сотнями. Характерно в таких случаях неравномерное распределение сыпи, расположенное ее группами. Рядом с участками кожи, покрытыми густой сыпью, имеются большие участки, совершенно свободные от нее.

Наличие сыпи в местах рецидивной сыпи — сыпь, безвредная по своей природе и жизни, разбросанная по поверхности ладоней и тыльной поверхности кисти. На лице, голенях и бедрах мы ее вовсе не наблюдаем. Невозможно раз в не видела на тыльной поверхности кисти.

Появляется рецидивная сыпь обычно в виде прыщавости. Из 40 наблюдений, зарегистрированных в историках болезни, в 8-ми случаях она появилась на четвертый день и наступила, в 12-ти случаях — на пятый, в 15-ти случаях — на шестой день, в 3-х случаях — на седьмой день приступа. Прыщавость в 14-ти случаях в 12—18 часов до начала, в 9-и случаях — за сутки, в 10-ти случаях — за полтора суток, в 1-ом случае — за двое суток, в 4-х случаях — за 2½ суток, в 2-х случаях — за 3 суток, в 1-ом случае — за 3½ суток. Большинство наблюдений (33 из 40) эти прыщавости в первую очередь припухают, что объясняется тем, что рецидивная сыпь излучается и фиксируется в историках болезни и прыщавостями сортируются прыщавости, вторые прыщавости наблюдаются прыщавости, большей частью, во время первого приступа.

Период высыпания, т. е. время, в течение которого появляются кожные прыщавости, в громадном большинстве случаев колеблется между 24—48 часов, т. е. на второй день после появления рецидивной сыпи кожных прыщавостей ее не видно. Только в 5 случаях из 40 прыщавости, т. е. появление новых прыщавостей продолжалось более суток.

Как часто встречается эфемерная розеола?

В историках болезни ординаторов, отмечавших ее, она зарегистрирована приблизительно в 15% всех находившихся под их наблюдением случаев возвратного тифа. Она несомненно, встречается гораздо чаще, но, вследствие ее эфемерности и краткости периода высыпания, часто ускользает из под нашего наблюдения. Для того, чтобы действительно определить, как часто эфемерная розеола встречается при возвратном тифе, пришлось бы установить своего рода «дежурство врачей» для постоянного наблюдения за возвратно-тифозными больными, что, конечно, практически неосуществимо.

Эфемерная розеола строго специфична и патогномична для возвратного тифа. Во всех случаях, когда мы ее наблюдали, диагноз возвратного тифа был подтвержден исследованием крови. На основании эфемерной розеолы мы неоднократно переводили больных из сыпнотифозной в возвратно-тифозные палаты и ни разу не ошиблись. Исследование крови и дальнейшее клиническое течение во всех без исключения случаях подтверждало наш диагноз. С другой стороны, мы ни при одной другой инфекционной болезни, кроме возвратного тифа, эфемерной розеолы не наблюдали.

Рецидивная розеола уже по одной правильной круглой форме, малой величине и абсолютной плоскости чрезвычайно характерна, и для видения ее хотя несколько раз распознавание ее не представляет затруднений при одном взгляде на нее. В сомнительных случаях всегда выручает ее эфемерность. Мы в таких случаях обводим химически вырабатаном отдельные розеолезные прыщики или группы их. Через 20—30 мин., а иногда еще раньше, картина прыщавости совершенно меняется: некоторые розеолезные прыщавости за это время совершенно исчезают, другие претерпевают резкие изменения в интенсивности окрашивания, за это время могут появиться и новые розеолезные прыщавости. Подобная капризность не наблюдается ни при одной острой экзантеме. Эфемерная розеола, как патогномичный для возвратного тифа клинический симптом, имеет большое значение при распознавании возвратного тифа в тех случаях, когда, вследствие отсутствия микроскопа, исследование крови не представляется возможным. Но не менее важно знакомство с эфемерной розеолой для отличия ее от сыпнотифозной розеолы. Мы неоднократно наблюдали случаи как в госпитальной, так и в негоспитальной обстановке, когда, на основании эфемерной розеолы, можно диагностировался сыпной тиф.

Что касается патологического процесса, лежащего в основе эфемерной розеолы, то, в отличие от сыпнотифозной и брышнотифозной розеолы, в основе которых, как известно, лежат процессы воспалительные, мы считаем рецидивную розеолу явлением вазомоторным. Против воспалительного характера процесса говорит эфемерность явления. Уже в начале наших наблюдений мы обнаружили чрезвычайно частое совпадение появления эфемерной розеолы и экзантемы сыпнотифозной сыпи.

рохот, т. е. собранные в брови сыпи в брови, достигают иногда значительных размеров. Невозбежная в таких случаях закупорка мелких сосудов кучками сыпи и последующий спазм сосудов, вероятно, при этом моментом появления эфемерной розеолы, которую мы склонны рассматривать как местное, скоро проходящее повышение тонуса или парез стенок мелких сосудов, вызванный действием токсичных сыпнотифозных ядов, находящихся в состоянии сыпнотифоза. Окончательные явления процесса, лежащего в основе эфемерной розеолы, возможно, конечно, только на основании гистологических исследований путем биопсии.

О сыпях при возвратном тифе.

С. К. Росenthal.

Известно, что при возвратном тифе встречаются нередко высыпания розеолезного или петехиального характера. На это обстоятельство было впервые обращено внимание в середине прошлого столетия английскими и немскими авторами. В Англии розеолезные сыпи встречались, по видимому, реже, чем в Германии. Murchinson сам их не видел, но приводит из литературы 5 наблюдений: Cornack's, Sognott's, Watson's, Robertson's и Douglas's. Последний наблюдатель на 6-й день болезни обильное бледно-розовое высыпание, исчезающее при давлении и отличающееся от сыпнотифозной экзантемы. Virchow и Dümmler описывают обильные высыпания розового и бледно-розового цвета, появляющиеся на 2—3-й день болезни. Сыпь держалась от 24—48 часов и, по исчезновении ее, была опухолевидной. Вследствие розеолезных сыпей наблюдали Ziegler (многочисленные маленькие красные пятнышки, не переходящие в петехии), Eichsen, Litten (2 раза на 448 случаев многочисленные пятна медного цвета, величиной в обыкновенную розеолу, появляющиеся на груди и животе и быстро исчезающие), Loewenthal (9 раз на 555 случаев, частью, три 1-м — частью, при 2-м приступе. Немногочисленные розеолезные, державшиеся 2—4 дня и 4 раза кореллоподобные высыпания) и Eggebrecht (4 раза на 201 случае). В последнее время о розеолезной сыпи на груди и предплечьях упоминает Марциновский. Что касается петехиальной сыпи, то Murchinson видел нередко маленькие петехии, отличающиеся как от сыпнотифозных, так и от укусов блох. Ziegler наблюдал 3 раза на 160 случаев петехии различной величины, а также упоминает работу Lingon's, описавшего синевато-красные петехии, вроде укусов блох. Loewenthal на 555 случаев видел петехии 3 раза; Litten — 2 раза на 448 случаев и Eggebrecht — 60,5% случаев во время лейкемической экзантемы. За 2 года работы в Харьк. Николаевской б-це (1919—20 г.) я наблюдал высыпания розеол и петехий при возвратном тифе 6 раз.

Вполне сознавая, что 6-ти случаев недостаточно для историчающего описания, а все же решаюсь сообщить результаты своих наблюдений по двум причинам: во-первых, однородность и своеобразность высыпаний кажет право считать их, несмотря на немногочисленность вышеназванных случаев характерными для возвратного тифа и, во-вторых, по изменившимся условиям работы, я не могу рассчитывать на дальнейшее накопление соответствующего материала.

Из 6-ти случаев розеолезная сыпь наблюдалась 4 раза, а петехиальная — 2 раза. Что касается первой, то она появлялась в различные сроки: 2 раза на 2—3-й день болезни, 1 раз — на 6-ой, за сутки до начала и 1 раз на 2-го дня 2-го приступа, причем 1-ый приступ прошел без сыпи.

Помимо разновременного появления, сыпь имела много общих черт. Высыпания занимали преимущественно грудь, живот, бока, спину и конечности, за исключением кистей рук и стоп. На шею и лицо розеолезные высыпания не наблюдались. Высыпания развивались очень быстро и в первый же день появления достигали максимума с тем, чтобы через 1—2 суток так же быстро и бесследно исчезнуть. Во всех случаях экзантема состояла из мелких, беспорядочно разбросанных пятен розового или бледно-красного цвета, совершенно не перелазящих в петехии и легко исчезающих при давлении. Количество розеол было в 3-х случаях большим; 1 раз (во 2-м приступе) их было много. Форма пятнышек округлая, часто даже круглая. Элементы пятнышек не зачесались. Они производили впечатление лежащих весьма поверхностно и к ним вполне подходило, по примеру Коцки, сравнение с брызгами розовой краски на коже. Каких-либо субъективных расстройств сыпь не причиняла. Надо отметить, что по некоторым признакам (цвет, форма, поверхность) возвратно-тифозная розеола вполне может быть принята за сыпнотифозную. Это обстоятельство не так уже удивительно, если вспомнить о сходстве возбудителей обеих болезней. Интересно, что Litten, Loewenthal и Чудновский видели по одному случаю укусовой сыпи при возвратном тифе.

Приведенное описание, частью, находится в согласии с литературными данными, частью, их дополняет. При отличительном распознавании надо иметь в виду, что характерные