

Въ память Осипа Осиповича Мочутковскаго.

ТРУДЫ

Общества Одесских Братьей

1908 г.

—♦♦—
ВЫПУСКЪ V.

2012

ОДЕССА.

Типографія «Техникъ», Успенская ул., № 56.
1908.

Въ память Осипа Осиповича Мочутковскаго.

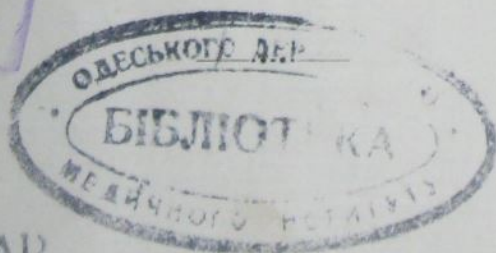
ТРУДЫ

Общества Одесскихъ Врачей

1908 г.

ВЫПУСКЪ V.

1952 г.



ИНВЕНТАР
№ 30111

1972

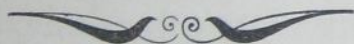
ОДЕССА

Типографія «Техникъ», Успенская ул., № 56.
1908.

ИНВЕНТАР
№ 1328

СОДЕРЖАНІЕ.

	Стр.
1. Д-ръ И. Я. Винокуровъ . Второй международный съѣздъ „Gouttes de lait“ въ Брюсселѣ съ 12 по 16 сентября н. с. 1907 г.	5
2. Д-ръ И. Я. Винокуровъ . Скарлатина и серотерапія . .	25
3. Д-ръ Л. Б. Биликъ . Къ вопросу о леченіи скарлатины сывороткой	35



Второй международный съезд „Gouttes de lait“ въ Брюсселѣ
съ 12 по 16 сентября н. с. 1907 г.

Докладъ делегата Общества Одесскихъ Врачей.

Д-ра Мед. М. Я. Вихокурова.

(Читанъ въ засѣданіи Общества 10 ноября 1907 г.)

Считаю своимъ пріятнымъ долгомъ благодарить Общество Одесскихъ врачей за честь, предоставленную мнѣ Правленіемъ — быть делегатомъ его на 2-мъ Международномъ Конгрессѣ „Gouttes de lait“ въ Брюсселѣ въ сентябрѣ этого года.

Съ 12 по 16 сентября состоялся въ Брюсселѣ вышеназванный съездъ, привлекшій со всѣхъ странъ свѣта свыше 600 врачей, гигиенистовъ и филантроповъ, интересующихся вопросами дѣтской гигиены и, главнымъ образомъ, вопросомъ о кормленіи въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.

Прежде чѣмъ, однако, перейти къ изложенію содержанія представленныхъ работъ и вопросовъ, подлежавшихъ обсужденію и вообще къ характеристикѣ значенія даннаго съезда и ему подобныхъ, считаю нужнымъ выяснить, хотя бы въ общихъ чертахъ смыслъ страннаго на первый взглядъ названія — „капля молока“, „Goutte de lait“. У насъ въ Россіи общество весьма мало знакомо съ подобными учрежденіями, и даже представители медицины далеко не всѣ ясно понимаютъ значеніе „gouttes de lait“.

Громадная смертность въ дѣтскомъ возрастѣ, особенно поражающая въ первые мѣсяцы жизни, не могла не обратить вниманія врачей и гигиенистовъ на столь печальное явленіе. Общій прогрессъ медицины, какъ будто мало коснулся той части населенія, которая менѣе всего въ состояніи бороться за свое существованіе. Процентъ рождаемости во всѣхъ государствахъ значительно превышалъ процентъ смертности, и заботы о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ весьма мало касались общества вообще. Наступилъ, наконецъ, угрожающій моментъ для Франціи, гдѣ рождаемость стала замѣтно понижаться, а смертность продолжала держаться въ прежнихъ предѣлахъ, и, какъ повсюду, смертность въ дѣтскомъ возрастѣ играла первенствующую роль. Такъ напр. статистическія данныя для 1900 г., собранныя Vertillon'омъ,

даютъ слѣдующія цифры—853285 смертей—и лишь 827297 рожденій—т. е. смертность превышала рождаемость на 25988 случаевъ. Положеніе поистинѣ критическое. И вотъ съ цѣлю поднять процентъ рождаемости во Франціи стали назначать преміи—поощренія, *prix d'encouragement* для матерей. Но и эта мѣра не привела къ желанной цѣли.

Въ 1892 году покойный проф. Budin основываетъ въ Парижѣ первую консультацію по вопросу о питаніи и объ уходѣ за дѣтьми грудного возраста „*Consultation de nourissons*“. На Съѣздѣ по Гигиенѣ въ Брюсселѣ въ сентябрѣ 1903 г. проф. Budin въ своемъ отчетѣ о десятилѣтней дѣятельности консультаціи (*Rapport sur les règles à suivre dans l'alimentation du premier âge*)—даетъ вполне ясное представленіе объ идеѣ, которая побудила его основать учрежденіе, давшее и дающее столь блестящіе результаты въ Западной Европѣ въ смыслѣ борьбы съ дѣтской смертностью.

Budin говоритъ: «во время моего завѣдыванія родильнымъ отдѣленіемъ въ больницѣ *Charité*—при опросѣ матерей, ужь разъ побывавшихъ въ моемъ отдѣленіи, объ участи тѣхъ дѣтей, которыя узрѣли свѣтъ въ нашихъ палатахъ, очень и очень часто получался одинъ отвѣтъ: „онъ умеръ“. И далѣе онъ прибавляетъ: «все эти матери по выходѣ изъ родильнаго отдѣленія не получали никакого медицинскаго совѣта по отношенію къ новорожденному». А между тѣмъ, вѣдь всякая мать полна добрыхъ желаній по отношенію къ своему ребенку, но, къ сожалѣнію, полное невѣжество и весьма часто нищета лишаютъ ее возможности вырастить будущаго полезнаго члена общества. Такимъ образомъ первый шагъ долженъ былъ быть направленнымъ къ тому, чтобы матери получали точныя указанія, какъ и чѣмъ слѣдуетъ кормить и этотъ первый шагъ былъ сдѣланъ проф. Budin'омъ 15 лѣтъ тому назадъ. Budin въ послѣдней своей работѣ, напечатанной въ *Revue philanthropique* въ январьской книжкѣ за 1902 г. подъ заглавіемъ: „*Des moyens de combattre la mortalité infantile*“ подчеркиваетъ, что консультаціи являются лишь одной изъ мѣръ борьбы съ дѣтской смертностью, при чемъ совѣты, главнымъ образомъ, направлены къ тому, чтобы каждая мать сама кормила грудью своего ребенка, а, гдѣ это абсолютно невозможно по той или другой серьезной причинѣ, снабжать коровимъ молокомъ доброкачественнымъ и

въ количествѣ точно опредѣленномъ. Въ 1894 г. Д-ръ Dufour изъ города Fécamp въ Бретани, самостоятельно, не будучи знакомъ съ существовавшимъ уже учрежденіемъ Budin'a, устраиваетъ въ своемъ городѣ консультацію, подобную тому, какъ это сдѣлалъ Budin въ Парижѣ и даетъ названіе своему учрежденію „Goutte de lait“. Цѣль послѣдняго типа учрежденія также предназначена была, главнымъ образомъ, для болѣе энергичной борьбы, съ огромною смертною среди дѣтей гор. Fécamp'a, вскармливаемыхъ искусственно, особенно въ бѣдномъ классѣ населенія. Помимо выдачи здороваго, обезвреженнаго молока—Goutte de lait стала, по весьма удачному выраженію д-ра Henri de Rothschild—врача и филантропа—настоящей школой для матерей.

Идеи Budin'a и Dufour'a имѣли одну общую цѣль — удержать ребенка по возможности у груди матери, въ худшемъ же случаѣ (faute de mieux) снабжать подобныхъ дѣтей доброкачественнымъ коровьимъ молокомъ и притомъ обезпложеннымъ.

Мало того—въ то же время бѣдная мать получала возможность разумно вскармливать своего ребенка, благодаря постоянному медицинскому надзору и при каждомъ своемъ повѣщеніи „Gouttes de lait“ получала соотвѣтственныя наставленія—устныя и письменныя и даже матеріальную поддержку.

Прошло 15 лѣтъ и вся Франція покрылась стѣію подобныхъ поистинѣ высоко гуманныхъ учреждений. Въ одномъ Парижѣ имѣется свыше 30 подобныхъ консультацій и Gouttes de lait. Благодаря цѣлому ряду филантропическихъ обществъ и отдѣльнымъ лицамъ снабженіе дѣтскаго населенія Парижа доброкачественнымъ и стерилизованнымъ молокомъ поставлено образцово.—Во всѣхъ участкахъ (arrondissements—а такихъ въ Парижѣ 20) имѣются отдѣленія разныхъ Oeuvres philanthropiques du lait. Въ кварталахъ, гдѣ рабочее и бѣдное населеніе преобладаетъ—подобныхъ отдѣленій, конечно, больше.

Цѣль учрежденія филантропическаго дѣла молока обусловливается стремленіемъ снабжать рабочій классъ вполне доброкачественнымъ молокомъ—во первыхъ по цѣнѣ наиболѣе дешевой, и во вторыхъ—даромъ бѣдному люду, который совсѣмъ не въ состояніи платить. Во всей Франціи насчитываютъ въ настоящее время свыше 130. подобныхъ консультацій, значительное число коихъ съ выдачей молока.

Примѣру Франціи послѣдовали вскорѣ и другія страны, гдѣ дѣтская смертность въ раннемъ возрастѣ также довольно велика.

Въ Бельгii—первая консультація была основана въ Брюсселѣ въ 1897 г. д-рами Lust'омъ и Keiffer'омъ и тамъ число этихъ учрежденій съ каждымъ годомъ увеличивается.

Считаю вполне уместнымъ между прочимъ прибавить, что, благодаря энергii и труду д-ра Lust'a изъ Брюсселя, организація II конгресса Gouttes de lait была образцовая.

Затѣмъ мы встрѣчаемъ эти учрежденія въ Италии — во Флоренціи подъ руководствомъ проф. Pestalozzi; въ Испании, — гдѣ въ Мадридѣ, благодаря энергii д-ра Ulesia, устроена образцовая консультація съ выдачей молока и т. д.

Повторяю—эти два типа—консультаціи и „капля молока“ (gouttes de lait) ставятъ своимъ девизомъ — каждая мать должна кормить своего ребенка грудью. Идеи Budin'a и Dufour'a встрѣтили, какъ я ужъ выше упомянулъ, въ средѣ дѣтскихъ врачей и акушеровъ, завѣдующихъ родильными отдѣленіями, цѣлый рядъ приверженцевъ, но были и въ настоящее время еще встрѣчаются врачи, усматривающіе въ устройствѣ gouttes de lait пропаганду искусственнаго вскармливанія, не считаясь съ точнымъ и опредѣленнымъ выраженіемъ Dufour'a—перваго учредителя „капли молока“—faute de mieux. Этимъ Dufour ясно опредѣляетъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ ребенокъ лишень материнскаго молока все таки коровье молоко за неимѣніемъ лучшаго является единственнымъ соотвѣтствующимъ питательнымъ средствомъ, требующимъ, однако, гораздо большаго надзора, чѣмъ материнское молоко.

Наконецъ, ни Budin, ни Dufour никогда не считали свои учрежденія *единственнымъ* средствомъ въ борьбѣ съ дѣтской смертностью, хотя могущественнымъ они останутся даже при улучшеніи имущественнаго и соціального положенія бѣднаго и рабочаго класса населенія.

Я имѣлъ возможность въ послѣднюю свою поѣздку за границу познакомиться въ Парижѣ и въ Брюсселѣ съ организаціей и функціонированіемъ этихъ учрежденій довольно детально, но не считаю возможнымъ долѣе останавливаться на этомъ вопросѣ, которому я намѣренъ посвятить отдѣльный докладъ.

Въ октябрѣ 1905 года въ Парижѣ состоялся первый международный съездъ „gouttes de lait“ по инициативѣ д-ровъ Dufour'a и Variot.

Заключенія и пожеланія этого съезда сводятся къ слѣдующему: собравшіеся врачи и гигиенисты, принимая во вниманіе, что всегда будутъ матери, которыя не въ состояніи кормить грудью и при томъ таковыя весьма часто принадлежать къ бѣднѣйшему классу населенія, предлагаютъ:

1) чтобы общественныя управленія принимали всѣ зависящія отъ нихъ полезныя мѣры для уменьшенія числа матерей, неспособныхъ кормить;

2) чтобы „капли молока“ нашли самое широкое распространеніе при содѣйствіи тѣхъ же общественныхъ управленій;

3) чтобы „капли молока“ какъ учрежденія гигиенической профилактики для дѣтей грудного возраста, находились подъ руководствомъ врачей;

4) чтобы общественныя управленія всѣми мѣрами способствовали популяризаціи дѣтской гигиены;

5) чтобы во всѣхъ странахъ выработаны были строгія узаконенія о надзорѣ за молокомъ, предназначаемымъ для дѣтей грудного возраста.

Въ смыслѣ этихъ заключеній или пожеланій и была составлена программа II-го международного съезда въ Брюсселѣ.

Организація его представляла по отношенію къ другимъ подобнымъ съездамъ ту особенность, что работы, представленныя по тѣмъ или другимъ программнымъ вопросамъ были разосланы всѣмъ членамъ съезда задолго до открытія его и, такимъ образомъ, предварительное ознакомленіе съ содержаніемъ ихъ дало возможность сдѣлать значительное сбереженіе времени и засѣданія были посвящены исключительно дебатамъ по поводу представленныхъ работъ.

Въ первомъ же собраніи членовъ съезда подлежалъ обсужденію общій вопросъ о томъ, слѣдуетъ-ли расширить программу работъ съезда и включить всѣ учрежденія и вопросы, имѣющіе какое либо отношеніе къ покровительству — попеченію о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и, такимъ образомъ, измѣнить окончательно названіе и назначеніе будущихъ съездовъ, а также и международного союза попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ (Union internationale des oeuvres

de protection de l'enfance du premier âge), учрежденнаго послѣ перваго съѣзда въ Парижѣ въ смыслѣ этого расширенія.

По данному вопросу докладчиками явились профессора: Johannessen изъ Христианіи, Escherich изъ Вѣны, Concetti изъ Рима, Martinez Vargaz изъ Барцелоны, Mc. Cleary изъ Лондона, Д-ръ Saint Philippe изъ Бордо. Всѣ признають въ своихъ работахъ, что роль „gouttes de lait“ и consultations de nourrissons въ борьбѣ съ дѣтской смертностью неоспоримо и велико; въ пользу ихъ никто въ настоящее время ужь не сомнѣвается. Оба учрежденія преслѣдуютъ одну общую цѣль—дать физиологическое и правильное питаніе дѣтямъ грудного возраста, снабжая постоянно матерей совѣтами по вопросамъ дѣтской гигиены, поощряя всѣми способами кормленіе грудью, раздавая доброкачественное коровье молоко при отсутствіи грудного кормленія или недостаточности послѣдняго. Разъ эти два типа учреждений имѣютъ одно общее направленіе—этимъ самымъ программа съѣзда ужь нѣсколько расширилась, но не настолько, чтобы она могла долго питать цѣлый рядъ послѣдующихъ съѣздовъ. Борьба съ дѣтской смертностью, даже въ раннемъ возрастѣ, не можетъ ограничиваться лишь однимъ вопросомъ о кормленіи, напротивъ, она должна считаться со всѣми обстоятельствами или факторами, которые такъ или иначе вліяютъ на положеніе ребенка.

Задача будущихъ съѣздовъ, по мнѣнію Johannessen'a не должна ограничиваться лишь вопросами по гигиенѣ, физиологій и патологій дѣтей грудного возраста.

Существующія узаконенія или новыя, желательныя въ отношеніи вообще попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, должны подлежать обсужденію на подобныхъ съѣздахъ.

Escherich говоритъ, что указанные съѣзды должны удѣлять не мало вниманія цѣлому классу дѣтей, дающихъ громадный процентъ смертности, гдѣ матери въ силу необходимости вынуждены отдавать своихъ дѣтей чужимъ на вскармливаніе, а между тѣмъ по отношенію къ подобнымъ дѣтямъ отмѣчается почти во всѣхъ странахъ полное отсутствіе какихъ бы то ни было реальныхъ узаконеній, стоящихъ на стражѣ ихъ интересовъ.

Concetti поэтому и подчеркиваетъ въ своемъ докладѣ, что эти спеціальныя сѣзды должны заниматься и вопросами о рациональномъ устройствѣ приютовъ, яслей, даровыхъ столовыхъ, (oeuvre de refectoirs—Rome) даровыхъ ресторановъ (Restaurants gratuits-Collet—Paris) и даже матеріальной помощи для матерей, кормящихъ грудью. Заботы о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, продолжаетъ Concetti должна начаться еще далеко до появленія ребенка на свѣтъ. Отсюда новые вопросы, касающіеся жизни внутриматочной, періода пуэрперія, общество материнской взаимопомощи и пр. и пр.

Такимъ образомъ первоначальное назначеніе Gouttes de lait—популяризація разумной дѣтской гігіены всѣми доступными мѣрами, выдвинуло несомнѣнное убѣжденіе въ томъ, что учрежденіе это, завоевавшее себѣ во всей Западной Европѣ полное право гражданства, замѣтно понизивъ дѣтскую смертность, является лишь однимъ изъ средствъ попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, средствомъ правда могучимъ, но далеко не единственнымъ.

Далѣе попеченіе о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ должно быть научно поставлено и находиться въ рукахъ врачей, а не быть только дѣломъ филантропическимъ и благотворительнымъ.

Въ этомъ смыслѣ и постановлено было на первомъ же общемъ собраніи назвать будущіе сѣзды — *международными конгрессами попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ* съ прибавленіемъ первоначальнаго девиза „капля молока“ — *congrès international pour la Protection de l'Enfance du premier âge (gouttes de lait)*.

Выраженіе „gouttes de lait“ рѣшено сохранить, какъ добавленіе къ вышеприведенному заглавію, чтобы помнить о томъ громадномъ прогрессѣ, коимъ дѣтская гігіена обязана этимъ новымъ учрежденіямъ, которыя собственно и создали этотъ спеціальныи сѣздъ.

Реферлируемый мною Сѣздъ состоялъ изъ двухъ секцій: первая касалась соціальныхъ и филантропическихъ вопросовъ, ко второй же отнесены были научныя задачи дѣтской гігіены.

Въ каждой изъ нихъ разобраны чрезвычайно интересныя работы, давшія богатый матеріалъ для всесторонняго обмѣна мыслей.

Число работ весьма обширно, и, не желая злоупотреблять вниманіемъ почтеннаго Общества, ограничусь разборомъ лишь наиболее выдающихся, исходящихъ отъ авторитетовъ педиатровъ и гигиенистовъ. Далеко не всѣ вопросы нашли окончательное свое рѣшеніе на этомъ съѣздѣ, многіе изъ нихъ включены въ программу будущаго III-ьяго международнаго съезда, который соберется черезъ три года въ Берлинѣ.

Первымъ программнымъ вопросомъ былъ слѣдующій: *могутъ ли считаться существующія учрежденія попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и специально gouttes de lait достаточнымъ орудіемъ въ борьбѣ противъ туберкулеза и могутъ ли они способствовать рѣшенію задачи туберкулезной профилактики.*

Comby изъ Парижа полагаетъ, что профилактическая роль Gouttes de lait по отношенію къ туберкулезу никогда не можетъ быть существенно важной и по слѣдующимъ соображеніямъ. Работы Behring'a, Vallée, Calmette и др. устанавливаютъ, что туберкулезъ передается черезъ пищеварительный трактъ, а не путемъ дыханія. Особенно категорическимъ является въ этомъ отношеніи проф. Behring. Всѣ, конечно, согласны, что молоко, какъ и мясо туберкулезныхъ коровъ способны внести въ человѣческой организмъ коховскія бациллы, но путемъ для проникновенія ихъ весьма рѣдко слѣзаетъ пищеварительный каналъ, а роль инфицированнаго молока настолько незначительная, что съ нею приходится лишь весьма мало считаться въ вопросѣ о дѣтскомъ туберкулезѣ. Marfan и Lereboullet во Франціи, Fraenkel и Baginsky въ Германіи того же мнѣнія. По мнѣнію же Comby особенно нужно считаться съ человѣческимъ туберкулезомъ, обильно распространяющимся повсюду заразу. Черезъ легкія— путемъ дыханія засохшей и размельченной мокроты становится ребенокъ туберкулезнымъ.

Многочисленныя наблюденія, провѣренныя клинически и анатомически, даютъ право Comby утверждать, что грудныхъ туберкулезныхъ дѣтей встрѣчаютъ исключительно въ туберкулезныхъ семьяхъ, въ домахъ, обитаемыхъ туберкулезными.

Клиническія наблюденія показали и показываютъ изо дня въ день, что семейная зараза проявляетъ всегда свое дѣйствіе, инфекция же туберкулезнымъ молокомъ почти никогда. Слѣдовательно профилактическая роль gouttes de lait сводится къ

весьма малому по отношенію къ дѣтскому туберкулезу. Gouttes de lait проявили свое вліяніе на уменьшеніе смертности отъ заболѣваній желудочно-кишечнаго тракта, но смертность отъ туберкулеза осталась на прежней высотѣ. Чѣмъ больше ребенокъ приходитъ въ общеніе съ лицами его окружающими, чѣмъ больше онъ удаляется отъ колыбели—относительной изоляціи ранняго дѣтства, тѣмъ болѣе онъ подвергается опасности заразиться туберкулезомъ.

Если бы молоко было главной причиной дѣтскаго туберкулеза, то таковой и чаще встрѣчался бы въ періодѣ кормленія молокомъ, а между тѣмъ въ этомъ возрастѣ менѣе всего онъ наблюдается.

Профилактика должна быть направлена не столько противъ рогатаго скота, сколько противъ туберкулезнаго человѣка, заражающаго непосредственно окружающихъ его дѣтей. Gouttes de lait стерилизаціей коровьяго молока противодѣйствуютъ вредоносности туберкулезнаго яда и этимъ приносятъ несомнѣнную пользу, но вопроса о профилактикѣ въ обширномъ смыслѣ этого слова не рѣшаютъ.

Calmette и Potelet въ представленныхъ работахъ также останавливаются на чрезмѣрномъ страхѣ, который существуетъ по отношенію къ молоку туберкулезныхъ коровъ. Дѣйствительно число послѣднихъ въ нѣкоторыхъ странахъ довольно велико и достигаетъ 45%. Молоко, однако, содержитъ лишь въ тѣхъ случаяхъ обильное количество бациллъ, гдѣ имѣется главнымъ образомъ заболѣваніе вымени (mamite tuberculeuse). Послѣднее же заболѣваніе встрѣчается лишь въ 4% всѣхъ случаевъ заболѣваній туберкулезнаго характера. Для зараженія же человѣческаго организма отъ молока необходимо постоянное и обильное поступленіе коховскихъ бацилл (que l'infection fût abondante et répétée), что въ дѣйствительности крайне и крайне рѣдко бываетъ, такъ какъ больное молоко смѣшивается въ большихъ размѣрахъ съ продуктами другихъ коровъ прежде, чѣмъ оно доходитъ до потребителя.

Число Коховскихъ бациллъ въ такомъ смѣшанномъ молокѣ оказывается всегда крайне незначительнымъ. Главную же и исключительную роль—играетъ передача человѣческаго туберкулеза.—Въ Германіи по изслѣдованіямъ Kaiserliches Gesundheitsamt въ Берлинѣ оказывается, что на семейное

зараженіе приходится 65% всѣхъ случаевъ туберкулеза, на счетъ же коровьяго молока 35%. Чтобы однако рѣшить, на сколько *gouttes de lait* могутъ играть профилактическую роль въ борьбѣ съ туберкулезомъ, особенно по отношенію къ зараженію коровьимъ молокомъ, Calmette предлагаетъ использовать въ самыхъ широкихъ размѣрахъ предложенную имъ глазную реакцію на туберкулинъ — (*Ophthalmoréaction*). Понятное дѣло, если данный ребенокъ, вскармливаемый коровьимъ молокомъ нестерилизованнымъ, и родители коего вполне здоровые люди, дасть въ возрастѣ 3-хъ или 6-ти мѣсяцевъ — положительную реакцію, то этимъ самымъ рѣшится вопросъ въ смыслѣ зараженія коровьимъ молокомъ. Въ то же время ясно выступить роль *gouttes de lait*, снабжающія дѣтей стерилизованнымъ и вполне доброкачественнымъ молокомъ — роль учрежденія, предохраняющаго здоровыхъ дѣтей здоровыхъ же родителей отъ возможности заразиться туберкулезомъ.

Систематическое проведеніе предлагаемыхъ Calmette'омъ изслѣдованій на всѣхъ безъ исключенія дѣтяхъ, посѣщающихъ *gouttes de lait* дасть возможность уловить моментъ поступленія туберкулезнаго яда въ организмъ ребенка и, своевременно принятыя мѣры дадутъ право *gouttes de lait* считаться однимъ изъ могучихъ средствъ въ борьбѣ съ дѣтскимъ туберкулезомъ.

Проф. Schlossmann изъ Düsseldorf'a находитъ, что *Gouttes de lait* могутъ предупреждать туберкулезъ у дѣтей лишь при условіи постоянной пропаганды въ пользу кормленія грудью и широкаго ознакомленія матерей со строгими требованіями дѣтской гигиены. Если подобнымъ образомъ вскармливаемые дѣти и заболѣваютъ почему бы то ни было туберкулезомъ, то резистентность ихъ значительно выше искусственно вскармливаемыхъ дѣтей.

Д-ръ Lefèvre изъ Gembloux, въ довольно обстоятельной работѣ о туберкулезѣ вообще въ дѣтскомъ возрастѣ приходитъ къ заключенію, что *gouttes de lait*, какъ учрежденія попеченія о дѣтскомъ возрастѣ въ состояніи осуществить въ извѣстныхъ предѣлахъ профилактику по отношенію къ семейной заразѣ, пищевой и, наконецъ, профилактику въ смыслѣ воспримчивости къ туберкулезному яду.

Воспитываниѣмъ (обучениѣмъ) массы населенія gouttes de lait имѣютъ возможность постоянно указывать всѣ средства, коими можно избѣгнуть заразы.

Schroetter изъ Вѣны высказываетъ пожеланіе, чтобы g. d. l. и впредь продолжали развиваться, дабы стать такимъ образомъ центромъ всѣхъ мѣропріятій, касающихся попеченія о новорожденныхъ. Онъ считаетъ ихъ первостепеннымъ средствомъ въ борьбѣ съ дѣтскимъ туберкулезомъ—съ этой великой соціальной болѣзью, вліяя на уменьшеніе заболѣваемости и смертности.

Наконецъ д-ръ Clement Ferreira, председатель антитуберкулезной Лиги въ Бразиліи въ своемъ докладѣ признаетъ за Gouttes de lait широкое высоко благодѣтельное поле въ борьбѣ съ дѣтскимъ туберкулезомъ.

Необходимо, говоритъ онъ, всѣми мѣрами способствовать размноженію gouttes de lait и Consultations de nourrissons, все болѣе и болѣе расширяя область ихъ благотворной дѣятельности. Долгъ общественныхъ властей и отдѣльныхъ общинъ оказывать самую широкую реальную помощь столь высоко гуманнымъ учрежденіямъ.

Съѣздъ послѣ цѣлаго ряда дебатовъ принимаетъ весьма осторожную резолюцію по данному вопросу и заключаетъ, что gouttes de lait въ борьбѣ съ туберкулезомъ въ дѣтскомъ возрастѣ должны быть разсматриваемы лишь, какъ первый шагъ въ разрѣшеніи вопроса о профилактикѣ его.

Второй вопросъ первой Секціи: *критическое изложеніе существующихъ въ разныхъ странахъ узаконеній, касающихся контроля надъ производствомъ и продажей молока—главнымъ образомъ, по отношенію къ молоку, которое предназначается для дѣтей грудного возраста.* Докладовъ по этому вопросу было 15 изъ разныхъ государствъ Европы и Америки, въ томъ числѣ и докладъ Оттокара Карловича Адеркаса—Директора канцеляріи главнаго Управленія Вѣдомства Императрицы Маріи—единственная, между прочимъ, русская работа на 2-омъ международномъ съѣздѣ попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.

Изъ анализа представленныхъ работъ по данному вопросу главный докладчикъ René Henry приходитъ къ выводу, что, въ смыслѣ существующихъ законоположеній по отношенію къ молоку—государства и отдѣльные города, которые что либо и

сдѣлали въ этомъ направленіи, воздвигли лишь «памятники благихъ намѣреній» (des monuments de bonnes intentions). Установленные законы не примѣняются потому, что они слишкомъ сложны и требуютъ громаднaго надзора. Послѣдній сопряженъ со значительными матеріальными затратами, а министерства финансовъ не оказываются особенно щедрыми въ этомъ отношеніи. Даже въ Германіи, восклицаетъ докладчикъ, законы эти не примѣняются. Рядомъ съ существующими узаконеніями, заканчиваетъ докладчикъ, выработаемъ другія, строгое примѣненіе коихъ обойдется дешевле.

Предсѣдатель секціи предлагаетъ, согласно указаніямъ, имѣющимся въ работахъ Dufour'a изъ Франціи, Keller'a изъ Германіи и Lundahl'a изъ Даніи слѣдующую формулировку: Съѣздъ констатируетъ, что существующія законоположенія относительно молока не достаточно сообразованы съ потребностью народнаго здравія и между прочимъ весьма недостаточно примѣняются, а потому предлагаетъ: 1) въ деревняхъ официальные представители и свободныя ассоціаціи должны получать поставщиковъ молока въ смыслѣ гигиеническихъ требованій его производства съ выдачей даже премій съ цѣлью поощренія; 2) въ городахъ, какъ и въ деревняхъ, желающіе доставлять молоко для дѣтей грудного возраста должны испрашивать на то особаго разрѣшенія у властей. Послѣднія предварительно однако должны убѣдиться въ удовлетворительномъ устройствѣ всѣхъ приспособленій, откуда будетъ получаться данное молоко. Въ случаѣ нарушенія этихъ специальныхъ законовъ виновные подвергаются строгому наказанію. Принято секціей также предложеніе д-ра Vaudin'a изъ Парижа—пользоваться въ широкихъ размѣрахъ индиго карминомъ съ цѣлью обнаруженія недоброкачества молока. Если окрасить данную порцію молока помощью индиго—кармина, то обезцвѣчиваніе наступаетъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ болѣе оно содержитъ микроорганизмовъ. Примѣненіе этой пробы доступно для каждаго потребителя молока и весьма легко выполнимо. Въ ожиданіи, пока общественныя управленія серьезно и энергично возьмутся за дѣло, публика имѣетъ возможность уже установить свой санитарный надзоръ за продуктомъ, отъ коего такъ часто зависитъ здоровье и жизнь ребенка.

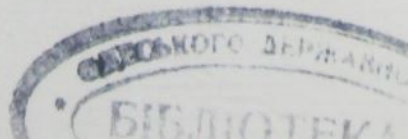
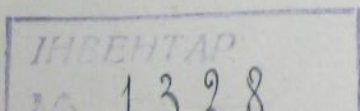
Третій весьма важный вопросъ той же первой секціи—*описаніе учреждений и общество въ разныхъ стра-*





















нахъ для борьбы съ дѣтскою смертноcтью былъ раз-
смотрѣнъ въ 25 докладахъ, изъ коихъ многіе представляютъ
полнѣйшія монографіи. Особенно слѣдуетъ отмѣтить работы:
Crasset изъ Франціи, Pezzeti изъ Италіи, Marchandise изъ
Бельгіи, Deutsh изъ Венгріи и Spolverini изъ Рима. Много
цѣннаго матеріала собрано по этому вопросу и разборъ его
можетъ быть лишь предметомъ отдѣльнаго сообщенія. Главный
докладчикъ д-ръ Marchandise предлагаетъ Съезду идею ор-
ганизаціи Національныхъ Союзовъ — федераціи, — которые бы
дали возможность всѣмъ этимъ гуманнымъ учрежденіямъ под-
держивать другъ друга и этимъ создать одно неразрывное
цѣлое, имѣющее одно общее стремленіе вести наиболѣе успѣш-
ную борьбу съ дѣтскою гекатомбой вообще и въ частности
противъ безпощаднаго истребленія дѣтей ранняго возраста, от-
мѣчаемаго еще во многихъ странахъ, помимо великаго прогресса
нашихъ дней.

Печальную дѣйствительность даннаго положенія мы на-
ходимъ въ представленныхъ работахъ по третьему и послѣд-
нему вопросу первой секціи: „точные статистическія дан-
ныя дѣтскою смертноcти въ первомъ году жизни во
всѣхъ странахъ“.

Для наглядной иллюстраціи собраннаго матеріала, я по-
старался изобразить его на прилагаемой діаграммѣ. Д-ръ
Dietrich (Германія) представилъ крайне интересныя цифры,
которыя приводятъ его къ заключенію, что дѣтская
смертноcть въ Германіи очень велика и что первые пять лѣтъ
XX вѣка дали мало утѣшительнаго въ этомъ отношеніи. Дру-
гія государства, позволю себѣ прибавить, — отъ Германіи не
отстаютъ. Въ Швейцаріи и въ Италіи смертноcть за послѣднія
годы даже увеличилась. Главной причиной являются заболѣ-
ванія пищеваpительныхъ путей $\frac{2}{3}$ всѣхъ смертныхъ случаевъ.
— Смертноcть дѣтей, вскармливаемыхъ коровимъ молокомъ
вдвое больше смертноcти дѣтей, вскармливаемыхъ грудью.

Въ большихъ городахъ послѣдній способъ вскармливанія
все менѣе и менѣе практикуется и въ этомъ д-ръ Д. вполне
справедливо усматриваетъ главную причину высокой смертно-
сти интересующаго насъ возраста. Д-ръ Wilmart, директоръ
гигіеническаго бюро въ Брюсселѣ извѣстный статистикъ — до-
казываетъ съ приведеніемъ точныхъ цифръ, что gouttes de
lait въ замѣтной степени способствовали пониженію дѣтскою



Россія		240
Австрія		226
Венгрія		216
Германія		183
Испанія		180
Италія		175
Пруссія		172
Бельгія		146
Нидерланды		140
Швейцарія		138
Франція		135
Англія		133
Греція		132
Голландія		130
Соед. Шт.		128
Данія		114
Шотландія		113
Ирландія		100
Швеція		86
Норвегія		75

На 1000 живорожденныхъ въ 1902 г. умерло до одного года.

смертности въ Бельгiи. Основными причинами громадной дѣтской смертности во всѣхъ докладахъ выставлены помимо способа кормленія—нищета и невѣжество.

Въ борьбѣ съ послѣдними условіями врачи и гигиенисты оказываются, къ сожалѣнію, безпомощными.

Что касается, наконецъ, вообще составленія статическихъ данныхъ, д-ръ Dietrich предлагаетъ въ интересахъ однообразной и правильной системы выполненія данной задачи, избрать международную комиссію для выработки проекта, который долженъ быть представленъ слѣдующему Съѣзду.

Въ *программу второй секціи* вошли вопросы: а) о пищевомъ раціонѣ при кормленіи грудью, или коровьимъ молокомъ, б) о пищевареніи у грудныхъ дѣтей, с) о различныхъ сортахъ молока, употребляемыхъ для дѣтей грудного возраста и о показаніяхъ для ихъ примѣненія, d) о практическихъ и быстрыхъ методахъ анализа всѣхъ сортовъ молока, и e) объ оффиціальномъ и частномъ обученіи ухода за дѣтьми грудного возраста (*puériculture*) и общедоступность основъ дѣтской гигиены въ различныхъ странахъ.

Точное вычисленіе разового количества молока (раціона), въ коемъ нуждается грудной ребенокъ—по настоящее время еще не можетъ быть обставлено строго математически.

Калориметрическія вычисленія имѣютъ лишь относительное значеніе, точно также какъ и вычисленія, основанныя на опредѣленномъ вѣсѣ данного ребенка.

При опредѣленіи раціона необходимо имѣть въ виду, по докладу д-ровъ Michel'я и Perret, что трата энергіи происходитъ независимо отъ вѣса тѣла или отъ возраста, а пропорціональна величинѣ поверхности тѣла. Цѣлый рядъ изслѣдованій показали авторамъ крайне интересной и оригинальной работы, что удѣльная поверхность тѣла (отношеніе общей поверхности тѣла къ вѣсу $\frac{S}{P}$) — обратно пропорціонально возрасту ребенка. Въ зависимости отъ ея величины и должно находиться количество питательныхъ единицъ для каждаго данного случая. Трата энергіи и часть пищевого средства, служащая для поддерживанія организма (*pour l'entretien*), тѣмъ болѣе, чѣмъ ребенокъ моложе.

Для правильного развитія и роста организма ребенка питательное вещество должно заключать, какъ извѣстно, одну

часть, имѣющую своимъ назначеніемъ выработку пластиче-скаго матеріала, а другую—для поддерживанія функціональ-ной способности исполнѣ развившихся органовъ. Такимъ обра-зомъ изслѣдованія Michel'я и Perret подтверждаютъ исполнѣ установленное положеніе относительно того, что ребенокъ въ первомъ году жизни нуждается въ значительно большемъ ко-личествѣ тепловыхъ единицъ на килограммъ вѣса, чѣмъ взрослый. Въ цѣломъ рядѣ таблицъ представлены авторами теоретическія выкладки, основанныя на измѣреніи поверхности тѣла съ цѣлью опредѣленія необходимаго раціона для ребенка грудного возраста.

Проф. Siegert изъ Кельна въ своемъ докладѣ высказы-ваетъ крайне оригинальную мысль по тому же вопросу. Преж-де всего онъ не считается съ емкостью желудка ребенка, а затѣмъ доказываетъ, что грудной ребенокъ съ 4-мя или 5-ью приемами пищи (грудь матери или коровье молоко) въ 24 ч. самъ регулируетъ свой пищевой раціонъ. Опасенія при этомъ способѣ кормленія въ смыслѣ недостаточности пищи или, на-противъ, излишка неосновательны. Устанавливая промежутки въ 4 часа, Siegert руководится продолжительностью кишеч-наго пищеваренія, которое требуетъ отъ 3¹/₂—4 часовъ, и прибавляетъ: „кишечникъ не долженъ и не можетъ работать безъ отдыха“. При кормленіи коровьимъ молокомъ Siegert обращаетъ вниманіе на абсолютную необходимость разбавле-нія молока, по крайней мѣрѣ, въ первые мѣсяцы, при чемъ устанавливаетъ, на основаніи своихъ опытовъ, что ребенокъ въ первые 6 мѣсяцевъ требуетъ 90 — 100 калорій на кило вѣса и 80 — 90 въ послѣдніе шесть мѣсяцевъ пер-ваго года. Предложеніе Siegerta о 4-хъ часовыхъ промежут-кахъ не встрѣтило поддержки въ средѣ членовъ съѣзда и противъ него выступили особенно французскіе педиатры.— Трехъ часовой промежутокъ былъ принятъ всѣми, какъ на-иболѣе соотвѣтствующій потребностямъ грудного возраста. Ра-бота д-ровъ Leven'a и Perret изъ Парижа на основаніи ра-діоскопіи желудка у дѣтей грудного возраста—подтверждаетъ принятое съѣздомъ положеніе, что кормленіе должно произво-диться черезъ каждые три часа, помимо способа вскармлива-нія. Радіоскопіей желудка можно пользоваться съ цѣлью уре-гулированія приемовъ молока въ патологическихъ случаяхъ, гдѣ кормленіе черезъ 3 часа не даетъ удовлетворительныхъ

результатовъ. Радиоскопія въ подобныхъ случаяхъ можетъ указать причину неуспѣха въ каждомъ такомъ отдѣльномъ случаѣ.

Помощью лучей Рентгена удалось д-ру Lesage'у изъ Парижа констатировать, что положеніе желудка у дѣтей уже въ первые дни жизни не вертикальное, какъ это описано даже въ классическихъ руководствахъ, а горизонтальное. Работа Lesage'a о пищеварительныхъ железахъ (*Les glandes digestives*) представляетъ интересъ еще въ томъ отношеніи, что радиоскопія дала возможность установить, что въ теченіе всей продолжительности желудочнаго пищеваренія — желудокъ сохраняетъ все свое содержимое, которое по истеченіи опредѣленнаго времени (отъ 2¹/₂ — 3 часовъ) сразу поступаетъ въ слѣдующій отдѣлъ пищеварительнаго тракта. — Результаты наблюденій Lesage'a вполне подтверждаютъ работу д-ровъ Leven'a и Barret'a по данному же вопросу, которая появилась въ прошломъ 1906 г. въ „*Presse médicale*“.

Послѣдніе годы въ медицинскихъ журналахъ стали появляться отдѣльныя работы по вопросу объ употребленіи сырого молока для вскармливанія грудныхъ дѣтей и вскорѣ предложеніе это нашло извѣстный контингентъ приверженцевъ среди врачей, а затѣмъ, конечно, и среди матерей. Однако работы съѣзда — д-ра N. Triboulet изъ Парижа и проф. N. Finkelstein изъ Берлина даютъ довольно опредѣленный — отрицательный отвѣтъ.

Д-ръ N. Triboulet считаетъ сырое молоко, какъ „живой продуктъ“ болѣе лечебнымъ средствомъ при диспепсіяхъ, рахитизмѣ, Барловой болѣзни и прочихъ цынготныхъ явленіяхъ, чѣмъ средствомъ для вскармливанія дѣтей и то при условіи абсолютной чистоты въ смыслѣ носителя всевозможныхъ инфекціонныхъ началъ.

Трудность его сохраненія имѣетъ также немаловажное значеніе. При настоящемъ же состояніи молочнаго дѣла въ большинствѣ государствъ этотъ „живой продуктъ“ весьма и весьма опасенъ для здоровья дѣтей слабого грудного возраста. Проф. Finkelstein, обладающій большимъ опытомъ, заключаетъ свой докладъ слѣдующими положеніями: на основаніи изслѣдованій, произведенныхъ до сихъ поръ, доказано, что животныя разныхъ видовъ, вскармленные молокомъ не своего вида и въ частности коровьимъ молокомъ, успѣшнѣе

развиваются отъ употребленія вареннаго молока, чѣмъ сырого. Что же касается дѣтей грудного возраста, то большинство опубликованныхъ наблюдений съ цѣлью доказать преимущество сырого коровьяго или козьяго молока не выдерживаютъ строгой критики. Напротивъ наблюденія Czerny изъ Бреслава, Finkelstein'a и, наконецъ, наблюденія изъ Стокгольмскаго воспитательнаго дома, доказываютъ что нѣтъ никакой разницы между варенымъ и сырымъ молокомъ—можно даже сказать, что преимущества на сторонѣ перваго—т. е. вареннаго молока. Говорятъ, что барловская болѣзнь встрѣчается лишь у дѣтей, вскармливаемыхъ стерилизованнымъ или варенымъ молокомъ. Но вѣдь условія, способствующія появленію данной болѣзни, слишкомъ сложны, чтобы возможно было признать стерилизацію или кипяченіе единственной ея причиной. Вскормливаніе сырымъ молокомъ не уменьшаетъ дѣтской смертности.

Мы не знаемъ въ настоящее время другого способа, чтобы спасти нашихъ дѣтей, кромѣ вскармливаніе грудью.

Не стану останавливаться на разсмотрѣніи цѣлаго ряда представленныхъ докладовъ, касающихся всевозможныхъ видоизмѣненій коровьяго молока. Новаго въ нихъ весьма мало. Одно лишь несомнѣнно, что всѣ эти видоизмѣненія, преслѣдуя возможность приблизиться по составу своему въ томъ или другомъ отношеніи къ составу женскаго молока, носятъ въ большинствѣ случаевъ характеръ рекламы и во всякомъ случаѣ продолжительное пользованіе подобными видами молока, какъ молоко Gaertner'a, Bachhauss'a, Lahmann'a, гомогенное молоко Variot и друг. Съѣздомъ признано невозможнымъ, помимо высокой цѣны каждаго изъ этихъ продуктовъ.

Гораздо труднѣе рѣшается вопросъ по отношенію къ фальсификаціямъ коровьяго молока. Д-ръ Schoofs изъ Лиежа замѣчаетъ, что слишкомъ поверхностный анализъ этого продукта можетъ упустить изъ виду присутствіе вредныхъ элементовъ, въ частности средствъ—консервирующихъ. Химикъ долженъ все предвидѣть, а гигиенистъ долженъ быть вооруженъ противъ всевозможныхъ видовъ фальсификацій. Но помимо поддѣлокъ необходимо постоянно имѣть въ виду возможность загрязненія молока патогенными микроорганизмами—съ весьма печальными послѣдствіями для потребителя.

Наука наша стремится все болѣе и болѣе выйти изъ области эмпиризма и каждое новое положеніе ея является строго обоснованнымъ—путемъ точныхъ клиническихъ и лабораторныхъ изслѣдованій. Замѣна старыхъ,—отжившихъ понятій новыми совершается не безъ борьбы.

Завидная роль выпала въ этомъ отношеніи на долю врачей и гигиенистовъ. Неустанная работа ихъ, воодушевленная одной общей гуманной идеей—попеченія о человѣческомъ существѣ съ момента его появленія на свѣтъ, направлена прежде всего къ предохраненію и укрѣпленію молодого неустойчиваго организма ребенка.

Популяризація дѣтской гигиены въ самыхъ широкихъ размѣрахъ при постоянномъ содѣйствіи гигиенистовъ и врачей—педиатровъ, попеченіе о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ при содѣйствіи филантропіи является лучшимъ показателемъ культуры данной страны.

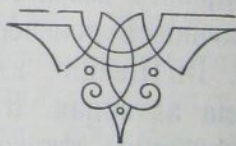
Д-ръ Maurice Francis въ послѣднемъ засѣданіи Съезда представилъ намъ резюме цѣлаго ряда работъ по вопросу объ офиціальномъ и частномъ обученіи ухода за дѣтьми грудного возраста и о популяризаціи дѣтской гигиены въ различныхъ государствахъ. Во Франціи консультаціи Budin'a явились первыми школами для матерей, конференціи, публичныя чтенія и университеты дополняютъ то, что создано частной инициативой. Общества „взаимопомощи матерей“ (*Mutualité maternelle*) считается поистинѣ однимъ изъ важнѣйшихъ учрежденій. Въ Германіи помимо цѣлаго ряда высоко гуманныхъ учрежденій, заботящихся объ участи малолѣтнихъ, существуютъ дѣтскіе приюты, при коихъ учреждены теоретическіе и практическіе курсы ухода за ребенкомъ и посѣщаются они молодыми матерями и дѣвками старшаго возраста. Въ Италіи изданы даже особые законы, касающіеся попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и о роженицахъ. Въ Швеціи, въ Швейцаріи борьба съ дѣтской смертностью весьма активная. Въ Бельгіи также весьма много сдѣлано для популяризаціи дѣтской гигиены. Особого вниманія заслуживаютъ гуманныя учрежденія—„*Assistance Maternelle*“—помощь матерямъ и „*Ligue nationale Belge pour la Protection de l'Enfance du premier âge*“—Бельгійская національная лига попеченія о раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.

Въ нѣкоторыхъ работахъ—д-ра Rosenhaupt'a изъ Франкфурта д-ра Deutsch изъ Будапешта, проф. Iohannessen'a изъ Христіаніи, указано между прочимъ, что для болѣе успѣшной работы на пользу ранняго дѣтскаго возраста, необходима болѣе широкая гигиеническая подготовка для врачей, акушерокъ и для лицъ, посвящающихъ себя уходу за дѣтьми.

Вопросъ о популяризаціи дѣтской гигиены и о мѣрахъ борьбы съ дѣтской смертностью далъ лично мнѣ возможность обратить вниманіе Съѣзда на одно весьма важное обстоятельство, которое не было затронуто ни кѣмъ изъ докладчиковъ.

Всѣ наши мѣропріятія въ борьбѣ съ дѣтской смертностью не даютъ желаемыхъ результатовъ именно тамъ, гдѣ, главнымъ образомъ, эта смертность такъ велика—въ народной массѣ.

Послѣднія грѣшитъ противъ требованій гигиены помимо другихъ условій ея жизни, еще, главнымъ образомъ, вслѣдствіе невѣжества. Пропаганда научныхъ принциповъ гигиены не можетъ дать существенныхъ результатовъ въ той средѣ, куда еще не проникло просвѣщеніе. Изъ сказаннаго мною формулировано было слѣдующее положеніе: «общедоступное распространеніе основъ дѣтской гигиены возможно лишь при условіи доступности нашихъ совѣтовъ массѣ. Исходнымъ пунктомъ всѣхъ мѣропріятіи, направленныхъ къ борьбѣ съ дѣтской смертностью должно быть *общее и обязательное обученіе*». Предложеніе это заслушано было въ общемъ заключительномъ Собраніи Съѣзда и принято, какъ одно изъ постановленій II-го международнаго конгресса «Gouttes de lait».



Скарлатина и Серотерапія.

(Характеристика скарлатинозной эпидеміи 1906 г. въ Одессѣ.)

Д-ра Мед. И. Я. Вихокурова.

Скарлатина все болѣе и болѣе сроднилась съ нашимъ городомъ, при чемъ промежутки сравнительно тихіе, когда заболѣваемость держится въ предѣлахъ нормы, общей для большихъ городовъ, повидимому становятся болѣе короткими. Последняя эпидемія отмѣчена у насъ лишь три года тому назадъ — въ 1903 году. За послѣдніе 15 лѣтъ эпидеміи скарлатины наблюдались въ Одессѣ—въ 1882, 1886, 1890, 1894, 1896—1900, 1903.

Въ настоящемъ-же 1906 году съ августа скарлатина снова находитъ благопріятную почву среди дѣтскаго населенія и, какъ всегда и повсюду, прежде всего въ бѣдномъ классѣ.

Въ сентябрѣ заболѣванія становятся настолько частыми, что врачи находятъ своевременнымъ заговорить о возможности возникновенія новой эпидеміи и о необходимости заблаговременно принять соотвѣтственные мѣры.

Опасенія, какъ показываютъ статистическія данныя санитарнаго бюро, не были напрасными,—экстенсивность болѣзни несомнѣнно существуетъ и захватила она постепенно всѣ части города.

Городская больница со своимъ скарлатинознымъ отдѣленіемъ при настоящихъ условіяхъ его состоянія, къ сожалѣнію, лишена возможности вести серьезную борьбу съ этой страшной болѣзью дѣтскаго возраста. Недостаточно приспособленное, *единственное* на весь городъ скарлатинозное отдѣленіе городской больницы на первыхъ же порахъ развитія эпидеміи быстро переполняется, а за отсутствіемъ спеціальнаго отдѣленія для выздоравливающихъ, по настоянію родителей, вынуждены

выписывать больныхъ дѣтей, правда, въ періодъ выздоровленія, но въ стадіи еще заразительномъ для другихъ (на 5-ой и 6-ой недѣлѣ болѣзни).

Если, наконецъ, принять во вниманіе (факты, отмѣченные въ застѣданіяхъ Петропавловскаго санитарнаго попечительства) еще общеизвѣстное положеніе, что не мало родителей скрываютъ болѣзнь своихъ дѣтей, а другіе отказываются отдавать заболѣвшихъ въ больницу, то станетъ вполне понятнымъ, что скарлатинозный ядъ, нашедшій въ данное время года благоприятную почву для своего развитія,—въ тоже время прежде всего находить весьма и весьма подходящія условія для перваго фазиса своего проявленія—въ смыслѣ распространенія или *экстенсивности*. Такова и *главная особенность настоящей эпидеміи*.

На основаніи изученія пережитыхъ нами эпидемій — 1896, 1900, и 1903 г. мы вправѣ, однако, думать, что число заболѣваній должно уменьшиться впродолженіе ноября и декабря.

Въ смыслѣ *интенсивности* заболѣванія, пока на основаніи имѣющагося матеріала,—больничнаго и городского, мы можемъ причислить настоящую эпидемію къ эпидеміямъ не столь тяжкимъ, какъ по характеру, такъ и по осложненіямъ.—Главной особенностью настоящей эпидеміи слѣдуетъ считать сравнительно незначительный процентъ злокачественныхъ формъ.

Случаи такъ наз. молніеносной формы скарлатины, отмѣченные въ послѣднюю эпидемію 1903 г., наблюдались пока рѣдко. Точно также и аномальныхъ формъ въ видѣ *scarlatina frusta* въ настоящую эпидемію намъ не пришлось встрѣтить. Относительно одного изъ кардинальныхъ признаковъ скарлатины—пораженія слизистой оболочки зѣва мы должны признать настоящую эпидемію довольно доброкачественной: заболѣванія зѣва въ большинствѣ случаевъ ограничивались фоликулярнымъ характеромъ.—Правда, наблюдались отдѣльные случаи, осложненные дифтеритомъ зѣва въ первые же дни заболѣваній, но подобныхъ случаевъ было немного даже и въ городской больницѣ. Сыпь въ большинствѣ случаевъ отличалась особенной интенсивностью, но безъ фіолетоваго или синеватаго оттѣнка, свойственнаго опаснымъ формамъ. Температура и шелушеніе особенныхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ.

Въ зависимости отъ характера занимаемой насъ болѣзни находятся и обычно наблюдаемыя осложненія.—Прежде всего долженъ указать, что заболѣванія почекъ наблюдаются несомнѣнно рѣже, чѣмъ въ прошлой эпидеміи, и въ данномъ осложненіи легко усматривается до извѣстной степени доброкачественность переживаемой эпидеміи.

Еще рѣзче выступаетъ это въ незначительномъ числѣ осложненій со стороны уха. Зато заболѣванія лимфатическихъ железъ наблюдаются въ значительномъ большинствѣ случаевъ, при чемъ долженъ указать на нѣкоторую особенность: неоднократно приходилось констатировать набуханіе железъ въ подкрыльцевой впадинѣ, а иногда въ пахахъ, а, главное, замѣтное увеличеніе шейныхъ железъ вдоль задняго края *m. sterno-cl. mastoidei*, появляющееся въ первые же дни заболѣванія безъ склонности, однако, къ нагноенію. Припуханіемъ этихъ железъ, сравнительно доброкачественнымъ, можно себѣ объяснить наблюдаемое иногда затяжное лихорадочное теченіе. — Вышеизложеннымъ исчерпываются собственно тѣ особенности, коими можно охарактеризовать эпидемію настоящаго года, если только характеръ ея не измѣнится къ худшему въ ближайшіе мѣсяцы.

Серотерапія скарлатины и послѣ предложенной сыворотки д-ромъ Moser'омъ изъ Вѣны продолжаетъ оставаться въ стадіи изученія. Прошло съ тѣхъ поръ четыре года. Клиническія наблюденія сывороточнаго лѣченія скарлатины за этотъ періодъ времени значительно увеличились, главнымъ образомъ, по отношенію къ тому средству, которое дала намъ клиника профес. Escherich'a и институтъ Prof. Paltauf'a. По способу Moser'a стали готовить эту сыворотку и у насъ въ Россіи. Одесская бактериологическая станція дала возможность пользоваться и своею сывороткою мѣстнаго приготовленія.

Уважаемый товарищъ д-ръ Л. Б. Биликъ изложилъ Вамъ рядъ своихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ сыворотки Од. бакт. станціи, приготовляемой по способу Мозера. Лично я располагаю 4 наблюденіями надъ примѣненіемъ сыворотки Од. бакт. станціи, изъ коихъ въ двухъ случаяхъ получился отрицательный результатъ. Цѣль же моего сообщенія познакомить Васъ на основаніи литературныхъ данныхъ съ результатами, полученными сывороткой Moser'a, и со взглядами тѣхъ авторовъ, коимъ пришлось наблюдать ея дѣйствіе.

Въ октябрѣ 1903 и въ мартѣ 1904 я имѣлъ честь докладывать Вамъ о Moser'овской сывороткѣ—о способѣ приготовления ея и дозировкѣ, а также свои результаты примѣненія ея въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины. Долженъ сказать, что за эти четыре года Moser не далъ намъ пока никакого способа опредѣленія силы сыворотки. Несомнѣнно и то, что въ этомъ направленіи институтъ проф. Paltauf'a продолжаетъ изученіе поливалентной сыворотки Moser'a. И у насъ въ Россіи на съѣздѣ представителей университетскихъ и общественныхъ лабораторій, бывшемъ въ Москвѣ въ февралѣ 1905 г., нѣсколько институтовъ согласились вести опыты по общему плану, направленному къ отысканію удовлетворительнаго метода лабораторнаго опредѣленія силы противоскарлатинной сыворотки.

Активность ея опредѣляется на основаніи результатовъ дѣйствія на больномъ организмѣ. Количество сыворотки, необходимое для каждаго, равняется отъ 100—200 грам. И всѣ авторы, о которыхъ будетъ рѣчь ниже пользовались вышеупомянутыми дозами.

Если серотерапія вообще встрѣчаетъ не мало горячихъ противниковъ, не смотря на то, что она успѣла приобрести полныя права гражданства въ нашей наукѣ, то леченіе скарлатины сывороткой Moser'a еще долго будетъ считаться мало научно обоснованнымъ и сомнительнымъ уже въ силу того, что во первыхъ до сихъ поръ не установленъ настоящій возбудитель болѣзни, а во вторыхъ въ виду отсутствія математической, установленной лабораторно силы сыворотки и въ третьихъ, наконецъ, большія дозы ея особенно смущаютъ. Если исходить изъ всѣхъ этихъ положеній и не пользоваться сывороточнымъ методомъ леченія то, пожалуй, еще долго придется намъ врачамъ оставаться лишь въ качествѣ бездѣятельныхъ зрителей у постели тяжелыхъ скарлатинозныхъ больныхъ.

Д-ръ Канель изъ Москвы въ статьѣ своей „о критеріяхъ серотерапіи», помѣщенной въ Практическомъ Врачѣ за прошлый 1905 г., между прочимъ вполне основательно замѣчаетъ, что сыворотка такое же средство, какъ многія другія, нашедшія себѣ мѣсто въ терапіи. Она не въ состояніи совершенно исключить возможность смертельнаго исхода отъ той или иной болѣзни. Она представляетъ собой противовѣсъ яду, циркулирующему въ крови больного, но она не въ силахъ измѣнить окружающихъ условій жизни, она не можетъ вычеркнуть изъ

жизни человѣка прежнія заболѣванія, истощившія организмъ, она не въ состояннн замѣнить органы, отказавшіеся служить, другими новыми.

Тѣмъ болѣе страннымъ должно казаться довольно рѣзкое осужденіе сыворотки Moser'a въ устахъ такого опытнаго клинициста, какъ Huebner, на томъ основаннн, что она въ единичныхъ случаяхъ не предотвращаетъ летальнаго исхода.

Еще менѣе состоятельными являются возраженія тѣхъ, которые прибѣгаютъ къ статистическимъ даннымъ для рѣшенія вопроса о дѣйствительности той или другой сыворотки, въ особенности, если принять во вниманіе, что спеціально медицинская статистика зависитъ отъ самыхъ разнообразныхъ и неодинаковыхъ условій.

Baginsky, по поводу дифтеритной сыворотки, говоритъ: я вовсе не имѣю въ виду вступать въ споръ по поводу цѣнности сыворотки, основываясь на собранныхъ различными авторами статистическихъ данныхъ.

Рѣшающій голосъ остается лишь за клиническимъ наблюденіемъ отдѣльныхъ случаевъ и рядъ хорошо прослѣженныхъ случаевъ даетъ возможность составить опредѣленное мнѣніе относительно сывороточнаго лѣченія.

Въ настоящее время мы обладаемъ цѣлымъ рядомъ новыхъ сыворотокъ—антиревматической, противодизентерійной и др., при чемъ для сужденія о дѣйстви нѣкоторыхъ изъ нихъ мы къ статистическимъ даннымъ и не обращаемся, а устанавливаемъ дѣйствительность ихъ на основанн клиническихъ данныхъ. Если данная сыворотка, какъ говоритъ д-ръ Канель въ цитированной мною выше статьѣ, напр. Moser'овская даетъ критическое паденіе t. (въ теченіе двухъ дней, большей частью), нервныя явленія проходятъ, улучшается самочувствіе и, наконецъ, обычныя при скарлатинѣ, осложненія наблюдаются рѣже, то мы можемъ сказать, что сыворотка Moser'a оказываетъ благопріятное дѣйствіе. Всѣ авторы, опубликовавшіе свои наблюденія надъ дѣйствіемъ сыворотки, вполне подтверждаютъ высказанное Мозеромъ весьма важное положеніе, что сыворотка должна быть примѣнена *возможно раньше и въ достаточномъ количествѣ*. Лишь при условнн строгаго выполненія даннаго указанія возможно болѣе или менѣе правильная оцѣнка дѣйствія сыворотки. Далѣе, если для дифтеритной сыворотки, въ которой бактериологія имѣетъ

ужь возможность опредѣлить количество единицъ антитоксина, необходимъ постоянный контроль и испытаніе, то тѣмъ болѣе для сыворотки, активность коей опредѣляется чисто эмпирическимъ путемъ.

И въ данномъ случаѣ я имѣю въ виду одно весьма важное обстоятельство. Дѣло въ томъ, что не всѣ иммунизированные или инъецированные лошади даютъ одинаковой силы сыворотку, и по отношенію къ поливалентной сывороткѣ Мозера обстоятельство это необходимо имѣть особенно въ виду. Мозеръ сталъ получать лишь тогда замѣтные результаты отъ дѣйствія сыворотки, когда изъ 15-ти лошадей одна стала давать настолько дѣйствительную сыворотку, что и 50 гр. достаточно было для полученія замѣтнаго клиническаго результата. Последнее обстоятельство я долженъ особенно подчеркнуть; съ нимъ необходимо считаться, питая полнѣйшее довѣріе къ тѣмъ учрежденіямъ, которыя завѣдуютъ приготовленіемъ сыворотки. Все сказанное мною въ достаточной степени указываетъ на то, что успѣхъ серотерапіи вообще и, въ частности, сывороточнаго леченія скарлатины зависитъ отъ цѣлаго ряда весьма сложныхъ факторовъ и не мало времени уйдетъ, пока всѣ признаютъ серотерапію, какъ методъ леченія.

Послѣ работъ Moser'a, Escherichv'а Pospischill'я, Vokaу, Стефанскаго и моей—съ 1903 г. по настоящее время мнѣ удалось собрать въ литературѣ по данному вопросу 25 работъ. Въ общемъ сыворотка Мозера была примѣнена свыше 880 разъ. Случаи всѣми авторами выбирались наиболѣе тяжелые. Изъ выше упомянутаго числа авторовъ лишь пять: Heubner, Garlipp изъ клиники же Heubner'a 9 случ. Ganghofner 8 случ. Quest 10—изъ клиники Czerny въ Бреславлѣ и Mendelshon 4—изъ клиники Багинскаго относятся болѣе или менѣе скептически къ дѣйствию сыворотки. Всѣхъ наблюденій у этихъ авторовъ приведено всего 35. Къ этой группѣ авторовъ, скептически относящихся къ сывороткѣ Мозера, слѣдуетъ причислить и д-ра Стефанскаго изъ Одессы, у котораго было лишь три наблюденія.

Garlipp между прочимъ впрыскивалъ лишь 150 гр. какъ наибольшую дозу, тогда какъ въ вѣнской клиникѣ въ тяжелыхъ случаяхъ впрыскиваютъ не менѣе 200 гр. Ganghofner же склоненъ приписать неуспѣхъ примѣненія Moser'овской сыворотки тому обстоятельству, что она, быть можетъ,

на этотъ разъ не обладала достаточной крѣпостью. Quest— на основаніи своихъ наблюденій (ихъ всего 10)— воздерживается отъ окончательнаго вывода. Онъ еще не убѣжденъ въ пользѣ Moser'овской сыворотки, однако рекомендуетъ примѣненіе ея въ отчаянныхъ случаяхъ. Такимъ образомъ, мы видимъ, что даже тѣ, у коихъ результаты оказались мало убѣдительными, не относятся вполне отрицательно къ сывороткѣ, предложенной Moser'омъ, за исключеніемъ проф. Neubner'a. Если же обратимся къ другой группѣ авторовъ, среди коихъ мы встрѣчаемъ значительное число русскихъ врачей, то констатируемъ прежде всего, что число клиническихъ наблюденій у нихъ довольно значительно. Последнее обстоятельство объясняется, быть можетъ, тѣмъ, что вообще въ Россіи у насъ скарлатина даетъ довольно обильный матеріалъ для наблюденій своимъ частымъ эпидемическимъ характеромъ. D-г. Giboux въ своей диссертации въ 1902 г. о скарлатинѣ въ Парижѣ отмѣчаетъ, что за послѣдніе 37 лѣтъ въ этомъ всемірномъ городѣ были отмѣчены всего лишь три эпидеміи, при чемъ послѣдняя была 16 лѣтъ тому назадъ. У насъ оно нѣсколько иначе. Д-ръ Bela Schik говоритъ по поводу теченія скарлатины въ Россіи, что никто на Западѣ не наблюдалъ такихъ тяжелыхъ эпидемій скарлатины, какія бывають въ Россіи. Въ частности въ Одессѣ за періодъ времени съ 1882—1906—24 года—отмѣчены 8 эпидемій.

Наибольшій и детально разработанный матеріалъ (400 случаевъ) дали намъ врачи Эгизъ и Ланговой изъ Московской городской Морозовской дѣтской больницы и изъ городской дѣтской больницы Св. Владиміра. Считаю однако своимъ долгомъ перечислить имена и другихъ русскихъ товарищей—Колли, 12 с., Сперанскій 3—Павловскій и Сахаровъ 4, Самгинъ 1, Серебренникова Глинская 32, Гулулянцъ—5, Ясный и Мицкевичъ 26,—Мельниковъ 10.

Не стану утомлять вниманіе Ваше приведеніемъ мнѣній и результатовъ каждаго изъ выше указанныхъ авторовъ въ отдѣльности. Выводы каждаго и всѣхъ вмѣстѣ по моему съ достаточной полнотой имѣють свое отраженіе въ обширной и обстоятельной работѣ почтенныхъ товарищей д-ровъ Эгиза и Лангового, напечатанной въ Медицинскомъ Обзорѣніи за этотъ годъ въ №№ 13 и 15. Работа вполне заслуживаетъ

нашего вниманія, а потому позволю себѣ познакомить васъ хотя бы въ общихъ чертахъ съ содержаніемъ ея.

Авторы для полученія опредѣленныхъ вполне сравнимаемыхъ цифръ смертности воспользовались матеріаломъ Московской дѣтской больницы Св. Владиміра за 3 года—досывороточнаго леченія—1900, 1901, 1903 г.

Придерживаясь группировки, предложенной Moser'омъ—на легкіе, средніе, тяжелые и безнадежные случаи и, выдѣливъ легкіе, которымъ и Moser не предлагаетъ впрыскивать сыворотку, получимъ процентъ смертности для послѣднихъ трехъ группъ. 47, 4⁰/₀. Изъ 400 больныхъ, подвергнутыхъ лѣченію сывороткой Moser'a въ 1904 и 1905 г.—374 случ. чистой скарлатины и 26 со смѣшанными формами. Сыворотка впрыскивалась по возможности не позже 4 дня.

До сыворотки.

- IV. 71—100⁰/₀.
- III. 148—70, 4⁰/₀.
- II. 222—23,9⁰/₀.
- I. 559—1,9⁰/₀.

Послѣ сыворотки.

- IV. 78—умерло 46 (20 до истеченія сутокъ).
56,4⁰/₀
- III. 201—умерло 30—(2—до истеченія сутокъ).
14,9⁰/₀—14⁰/₀.
- II. 95—1 умеръ—11⁰/₀.

Изъ 26 б. со смѣшанной инфекціей ум. 10—38,4⁰/₀ за вычетомъ умершихъ въ первыя сутки 34,6⁰/₀.

Смертность смѣшанныхъ случаевъ безъ сывороточнаго лѣченія за предыдущіе года равна 70⁰/₀.

Съ предохранительной цѣлью сыворотка Moser'a была впрыснута въ 23 случаяхъ, при чемъ одна часть больныхъ не заболѣвала, а другая—крайне легкой формой.

Количество сыворотки 25—50 гр., смотря по возрасту. По данному вопросу авторы, однако, воздерживаются отъ какихъ бы то ни было выводовъ вслѣдствіе ограниченнаго числа наблюденій. Проявленіе дѣйствія сыворотки помимо рѣзкаго паденія % смертности аналогично у всѣхъ авторовъ, какъ я ужъ выше упомянулъ, и мнѣ остается лишь привести *in toto* выводы д-ровъ Эгиза и Лангового, которые показываютъ, что

сыворотка Moser'a на ряду съ цѣлымъ рядомъ другихъ, предложенныхъ для лѣченія тяжелой формы скарлатины является громаднымъ терапевтическимъ средствомъ, благотворное вліяніе коего на теченіе этой болѣзни несомнѣнно.

Буйвидъ и Пальмирскій каждый въ отдѣльности нѣсколько видоизмѣнили Мозеровскій методъ приготовленія сыворотки, и цѣлый рядъ наблюденій—Пальмирскаго и Шебровскаго, Малиновскаго, Каміенскаго, Волинскаго, Рабека, Брудзильскаго и др. далъ довольно благопріятные результаты.

Выводы эти слѣдующіе:

1) При леченіи тяжелыхъ случаевъ скарлатины сывороткой Moser'a % смертность уменьшается съ 47,4% до 16,1%.

2) Сыворотка обладаетъ преимущественно антитоксическимъ дѣйствіемъ.

3) Вліяніе ея на осложненія скарлатины незначительное.

4) Сыворотку слѣдуетъ впрыскивать въ теченіе первыхъ 3-хъ дней болѣзни, и въ крайнемъ случаѣ на 4-ый день.

5) Т. падаетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ раньше сыворотка впрыснута; въ случаяхъ чистыхъ падаетъ быстрее, чѣмъ въ осложненныхъ.

6) Пока нѣтъ способа дозировать сыворотку, слѣдуетъ впрыскивать заразъ 200 гр., дѣлая исключеніе для дѣтей младшаго возраста, которымъ достаточно впрыснуть 150—100 гр.

7) Индивидуальность лошади имѣетъ большое вліяніе на силу сыворотки, вслѣдствіе чего попадаются серіи болѣе или менѣе дѣйствительныя.

8) Въ случаяхъ смѣшанной скарлатинной и дифтеритной инфекціи при одновременномъ впрыскываніи Мозеровской и антидифт. сыворотокъ также можно было отмѣтить значительный эффектъ, хотя и менѣе рѣзкій, чѣмъ при чистой скарлатинѣ.

9) Предохранительныя впрыскиванія, сдѣланныя на небольшомъ матеріалѣ, подтверждаетъ выводы Мозера.

10) Частота сывороточныхъ осложнений и тяжесть ихъ, вслѣдствіе большого количества сыворотки, является отрицательной ея стороной. Послѣдній пунктъ и является однимъ изъ главныхъ обвиненій противъ сывороточнаго леченія скарлатины со стороны противниковъ ея.

Однако авторы „сывороточной болѣзни“ Von-Pirquet и д-ръ Schick, подробнѣе другихъ изучившіе дѣйствіе малыхъ и боль-

шихъ дозъ сыворотки, говорятъ, что ни одинъ изъ симптомовъ не въ состоянїи повлечь за собой длительное разстройство здоровья.

И далѣе они прибавляютъ—«мы никогда не видѣли смертельнаго исхода, причиной котораго могла-бы считаться сыворотка“.

Закончу словами недавно лишь умершаго выдающагося врача и статистика U. Kögösy изъ Будапешта: „Если до введенія новаго метода леченія (въ данномъ случаѣ сывороточнаго) изъ 1000 больныхъ умирало 500, а послѣ введенія только 400, мы будемъ говорить о благодѣянїи для человѣчества, хотя 40 процентовъ заболѣвающихъ все еще гибнетъ отъ даннаго недуга“.

Къ вопросу о леченіи скарлатины сывороткой

(изъ инфекціоннаго отдѣленія Одесской Городской Больницы)

д-ра Л. Б. Билика.

Прошло 4 года съ тѣхъ поръ, какъ Мозеръ ¹⁾ сдѣлалъ въ Карлсбадѣ (1902) первое сообщеніе объ успѣшномъ примѣненіи своей сыворотки при скарлатинѣ. Болѣзнь эта, какъ извѣстно, по числу уносимыхъ ежегодно жертвъ должна считаться одной изъ самыхъ серіозныхъ инфекціонныхъ болѣзней дѣтскаго возраста. Весьма понятенъ по этому тотъ интересъ, который обнаружился во всѣхъ больницахъ Россіи и Западной Европы къ скарлатинѣ и ея лѣченію, такъ какъ въ этой сывороткѣ предполагали найти такое-же могучее средство противъ скарлатины, какъ въ антидифтерійной противъ дифтеріи. Это и вызвало цѣлый рядъ работъ, посвященныхъ провѣркѣ этого новаго средства. Но въ виду разногласія въ полученныхъ результатахъ серотерапія скарлатины не можетъ еще получить тѣхъ правъ гражданства, которыми уже пользуется и недавно добытая антидизентерійная сыворотка, цѣлебное дѣйствіе которой было провѣрено съ положительными результатами д-ромъ Стефанскимъ ²⁾ на цѣломъ рядѣ больныхъ въ Одесской Городской Больницѣ.

Неуспѣхъ, наблюдавшійся въ клиникахъ западно-европейскихъ клиницистовъ (Baginsky, Czerny, Ganghofner, Neubner), заставляетъ повидимому относиться скептически къ примѣненію этой сыворотки у постели больного.

При такихъ обстоятельствахъ я и позволяю себѣ сдѣлать предметомъ моего сообщенія тѣ результаты, которые я получилъ при лѣченіи скарлатины сывороткой, приготовленной Одесской Бактеріологической Станціей. Правда, мой матеріалъ небольшой— всего 10 больныхъ—и было-бы слишкомъ преждевременнымъ дѣлать окончательные статистическіе выводы относительно дѣйствительности сыворотки. Но если говорить о произведенномъ

впечатлѣніи на меня и на товарищѣй по больницѣ, то оно далеко не говоритъ въ пользу успѣшности ея примѣненія у постели больного.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію собственныхъ наблюденій, я долженъ коснуться нѣкоторыхъ литературныхъ данныхъ.

Изъ русскихъ работъ особенный интересъ представляетъ работа московскихъ врачей—Эгиза и Ланговаго ³⁾, такъ какъ по количеству лѣченныхъ сывороткой (около 400) она является до сихъ поръ самой значительной.

Остановимся сначала на процентѣ смертности, который можетъ въ данномъ случаѣ служить критеріемъ для сужденія о дѣйствительности сыворотки. Если отдѣлить изъ общаго числа больныхъ (374) умершихъ до истеченія сутокъ (22) и больныхъ съ прогнозомъ II (95), то получимъ, что изъ 257 умерло 54, т. е. 21⁰/₀. Больные-же съ прогнозомъ IV не смотря на своевременное примѣненіе въ большемъ количествѣ сыворотки умирали въ 50%. Аутопсія показала, что изъ 26 умершихъ (IV) 17 погибло при явленіяхъ септицеміи; не мало погибло при явленіяхъ септицеміи и среди больныхъ съ прогнозомъ III (изъ 28 — 14). На такую частоту септицемического исхода у дѣтей лѣченныхъ сывороткой обращаетъ вниманіе и Heubner ⁴⁾. Даже критическое паденіе температуры, приписываемое авторами сывороткѣ, не спасало больныхъ отъ послѣдующей септицеміи. Отсюда легко заключить, какъ мало можно придавать значенія одному только факту паденія температуры. Всякій, кто наблюдалъ много скарлатинозныхъ больныхъ, знаетъ, какъ трудна въ началѣ заболѣванія, подчасъ, постановка прогноза, зависящая въ большей или меньшей мѣрѣ отъ субъективности врача. Не даромъ такой опытный клиницистъ, какъ Филатовъ ⁵⁾, совѣтуетъ съ предсказаніемъ всегда повременить по крайней мѣрѣ до 4-го дня, такъ какъ и низкая t⁰ въ первый день болѣзни не гарантируетъ легкаго теченія болѣзни въ будущемъ, а съ другой стороны t⁰ даже въ 40,5 не доказываетъ еще тяжести заболѣванія.

Перехожу теперь къ разбору вліянія сыворотки на t⁰. Въ цитируемой работѣ, къ сожалѣнію, представлено очень мало температурныхъ кривыхъ, чтобы можно было судить, на сколько продолжительно было первое паденіе, за которымъ наблюдается вторичный подъемъ—довольно продолжительный, о чемъ говорятъ сами авторы. Изъ приложенныхъ таблицъ, правда, видно, что въ случаяхъ съ прогнозомъ IV паденіе t⁰ на 2—3⁰ наблюдалось въ

50%, съ прогнозомъ III въ 33%, а съ прогнозомъ II—въ 50%, а между тѣмъ можно было ожидать, что въ легкихъ случаяхъ дѣйствіе сыворотки на t^0 скажется особенно рельефно. У больныхъ съ обширными некротическими пораженіями зѣва критическое паденіе ни разу не наблюдалось. Сами авторы отмѣчаютъ такіе случаи, когда не смотря на своевременное и обильное примѣненіе сыворотки t^0 оставалась высокой.

Многіе авторы (въ томъ числѣ между прочимъ Филатовъ ⁶⁾, Neubner ⁷⁾, v. Pirquet ⁸⁾ считаютъ критическое паденіе t^0 при скарлатинѣ довольно рѣдкимъ. Но лично я, работая въ теченіе послѣднихъ 4-хъ лѣтъ въ скарлатинозномъ отдѣленіи Одесской Городской Больницы (въ 1903—1155; 1904—1233; 1905—757 и 1905—894 больныхъ), нерѣдко наблюдалъ критическое паденіе t^0 безъ примѣненія сыворотки, чему примѣромъ можетъ служить рядъ слѣдующихъ кривыхъ *). О томъ-же свойствѣ t^0 падать *критически* внѣ зависимости отъ специфическаго воздѣйствія сыворотки говоритъ и Баранниковъ ⁹⁾ въ одной изъ своихъ послѣднихъ работъ.

Всматриваясь въ таблицу осложненій въ той-же статьѣ московскихъ авторовъ, мы замѣчаемъ, что нѣкоторыя изъ нихъ (адениты, аденофлегмоны) рѣже обыкновеннаго наблюдаются, другія-же—въ особенности *нефриты*—отмѣчены чаще при сывороточномъ лѣченіи. Если допустить, какъ Эшерихъ ¹⁰⁾ думаетъ, что сыворотка Мозера обладаетъ антитоксическими свойствами, то примѣненіе ея должно было уменьшить число нефритовъ, осложняющихъ скарлатину, такъ какъ пораженіе почки при скарлатинѣ несомнѣнно токсическаго происхожденія. На самомъ-же дѣлѣ въ статистикѣ Эгиза и Ланговаго мы видимъ обратное. Невольно зараждается сомнѣніе, не есть-ли это вліяніе самой сыворотки. За то же самое говорятъ наблюденія Pirquet, подмѣтившаго раннюю альбуминурію послѣ впрыскиванія сыворотки. Возможно, что почка, подвергшаяся раннему раздраженію со стороны самой сыворотки, менѣе способна долго противодѣйствовать скарлатинозному яду. Это осложненіе, а также цѣлый симптомокомплексъ такъ назыв. сывороточной болѣзни (Serumkrankheit) подробно описанной Pirquet u Bella Schik ¹¹⁾—сыпи, лихорадка, припуханіе поверхностныхъ железъ, мышечныя и суставныя боли,

*) Продемонстрированы въ засѣданіи, гдѣ былъ сообщенъ весь докладъ.

отеки и даже колляпсъ--наблюдавшійся авторами въ 50,8%, зависитъ по всей вѣроятности отъ чрезмѣрнаго объема вводимой сыворотки (въ нѣкоторыхъ случаяхъ 400 куб. снт.), которую вообще далеко нельзя считать индифферентнымъ средствомъ.

Въ виду исчезновенія токсическихъ симптомовъ (улучшеніе общаго состоянія и прекращеніе бреда) авторы вмѣстѣ съ Мозеромъ и Эшерихомъ относятъ примѣняемую сыворотку къ числу антитоксическихъ, хотя по мнѣнію другихъ авторовъ это улучшеніе можетъ быть достигнуто примѣненіемъ нормальныхъ сыворотокъ и даже физиологическаго раствора, что наблюдалось при цѣломъ рядѣ такихъ тяжелыхъ инфекцій, какъ піэмія, септицемія, сапъ.

Сыворотка Мозера примѣнялась и въ Казанской клиникѣ, гдѣ Меньшиковъ ¹²⁾ подвергалъ лѣченію какъ легкіе, такъ и тяжелые (всего 28) случаи. Выводы его ничѣмъ не отличаются отъ выводовъ Эгиза. Отсутствие вліянія сыворотки на t⁰ Меньшиковъ старается объяснить наличностью палочки *гриппа*, которую онъ находилъ въ зѣвѣ на ряду съ стрептококкомъ. Не съ меньшимъ восторгомъ отзывается о благопріятномъ дѣйствіи сыворотки на scarlatinosныхъ больныхъ и д-ръ Винокуровъ ¹³⁾ (10 случаевъ), рекомендующій возможно широкое примѣненіе ея.

Болѣе сдержанные выводы дѣлають харьковскій профессоръ Троицкій ¹⁴⁾ и работавшіе отдѣльно харьковскіе врачи—Ясный и Мицкевичъ ¹⁵⁾. Послѣдніе авторы на основаніи своихъ наблюденій раздѣляютъ всѣ 24 случая на слѣдующія три категоріи: 1) случаи (9) съ отрицательнымъ результатомъ, окончившіеся летально, 2) случаи (7) съ сомнительнымъ результатомъ, гдѣ при отсутствіи яснаго дѣйствія сыворотки получилось выздоровленіе и 3) случаи (8) съ болѣе или менѣе благопріятнымъ дѣйствіемъ сыворотки. И эти авторы отмѣчаютъ полное безсиліе сыворотки въ осложненныхъ со стороны зѣва случаяхъ.

Послѣ составленія и прочтенія моей работы появилось сообщеніе изъ Московской Дѣтской Клиники, ассистентъ которой Молчановъ ¹⁶⁾ опубликовалъ свои наблюденія (38) надъ лѣченіемъ scarlatины по Мозеру.

Разбирая вліяніе сыворотки на отдѣльные симптомы scarlatины, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) паденіе t⁰, наблюдавшееся почти какъ правило въ первые два дня послѣ впрыскиванія, въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни оказалось непрочнымъ, только у 4-хъ изъ 26-ти выздоровѣвшихъ паденіе t⁰

было окончательное, 2) улучшение общаго состоянія не шло параллельно съ паденіемъ t^0 и было гораздо рѣже. Отмѣченное нами (см. ниже I случай) возбужденное состояніе съ галлюцинаціями и бредомъ послѣ впрыскиванія наблюдалось и Молчановымъ, 3) дѣйствіе сыворотки на мѣстный процессъ въ зѣвѣ слабое и даже скорѣе ничтожное, 4) сыворотка осложненія не предотвращаетъ и не вліяетъ повидимому на характеръ ихъ теченія, въ зависимости отъ чего лихорадочный періодъ и продолжительность всей болѣзни у лѣченныхъ сывороткой скарлатинозныхъ больныхъ не короче, чѣмъ у нелѣченныхъ. Въ виду этихъ соображеній Молчановъ отказывается смотрѣть на сыворотку Мозера какъ на специфическое лѣчебное средство при скарлатинѣ.

Къ числу русскихъ авторовъ, высказавшихъ свое скептическое отношеніе къ сывороткѣ, правда, на основаніи знакомства съ первыми опубликованными Мозеромъ исторіями болѣзни, а также на основаніи личныхъ, хотя и немногочисленныхъ наблюденій, слѣдуетъ отнести и Стефанскаго ¹⁷⁾.

Коснувшись, такимъ образомъ, главныхъ русскихъ работъ, перехожу теперь къ иностранной литературѣ (нѣмецкой) по этому вопросу. Во Франціи, повидимому, эта сыворотка мало возбудила интереса. Среди нѣмецкихъ авторовъ сыворотка Мозера нашла себѣ яраго защитника въ лицѣ проф. Вокау ¹⁸⁾. Между тѣмъ представители четырехъ клиникъ (Heubner и Vaginsky въ Берлинѣ, Czerny—въ Бреславлѣ и Ganghofner—въ Прагѣ) категорически отказываются отъ дальнѣйшихъ опытовъ, разочаровавшись въ благопріятномъ дѣйствіи сыворотки. Mendelsohn ¹⁹⁾, наприм., изъ клиники Багинскаго приводитъ, правда, всего 4 случая лѣченія сывороткой Мозера, и ни въ одномъ не сказалось дѣйствіе ея на t^0 . Проф. Багинскій ²⁰⁾ въ послѣднемъ изданіи своего учебника считаетъ возможнымъ на основаніи всѣхъ опубликованныхъ наблюденій сдѣлать по этому вопросу такой выводъ, что „до сихъ поръ не смотря на обширный рядъ опытовъ, не смотря на положительныя увѣренія Мозера, Поспишиля и Эшериха нельзя считать вопросъ разрѣшеннымъ въ положительномъ смыслѣ“. Quest ⁽²¹⁾ изъ Бреславльской дѣтской клиники) не смотря на раннее (не позже 2-го дня болѣзни) примѣненіе сыворотки, не смотря на большія количества (не менѣе 200 кб. ст.) ни разу не наблюдалъ ни улучшения общаго состоянія, ни ранняго поблѣдненія сыпи, ни улучшения со стороны зѣва, ни рѣзкаго паденія t^0 . Въ первомъ случаѣ t^0 пала на 1,8, во вто-

ромъ на 0,9 черезъ 24 часа, въ третьемъ и четвертомъ случаяхъ t^0 пала спустя 5 дней, а въ остальныхъ 5-ти случаяхъ t^0 оставалась все время высокой. „До сихъ поръ, говоритъ авторъ, польза Мозеровской сыворотки не можетъ считаться доказанной.

Тѣ-же отрицательные результаты наблюдалъ Ganghofner ²²⁾ (Прага), который получилъ отъ Мозера сыворотку для контроля ея дѣйствія. Bella Schik, одинъ изъ сотрудниковъ Мозера, въ одной изъ послѣднихъ работъ (Deutsche Med. Wochenschrift 1905 № 52) объясняетъ неуспѣхъ Ganghofner'a тѣмъ, что онъ пользовался сывороткой лошадей за № 2.5.14, между тѣмъ, какъ хорошіе результаты—*послѣ испытанія на больныхъ*—даетъ сыворотка отъ лошадей за № 1.8.12. Этотъ фактъ, далеко не говорящій въ пользу сыворотки, весьма важенъ, такъ какъ еще разъ подтверждаетъ, какъ трудно Мозеру получать дѣйствительную сыворотку. Оказывается, что не смотря на продолжительную иммунизацию большаго числа лошадей всего только три лошади могли служить серотерапіи скарлатины. И Габричевскій, сыворотку котораго примѣняли врачи Эгизъ и Ланговой, судить о достоинствахъ ея по клиническому эффекту. Попадались такія серіи кровопусканій, которыя въ однихъ случаяхъ давали положительные результаты, а въ другихъ—сомнительные, на примѣръ, сыворотка, полученная отъ 25-го кровопусканія у лошади за № 87 давала только положительные, а 20-е той-же 87 лошади чаще давало сомнительные результаты.

Изъ 4-хъ случаевъ примѣненія сыворотки лошади 117 (сер. 43) въ трехъ получились удачные результаты, сыворотка той-же лошади, полученная при 83-мъ кровопусканіи ни разу не давала положительныхъ результатовъ. Значитъ, объектомъ для испытанія и мѣриломъ качества сыворотки является *больной*, такъ какъ нѣтъ никакой возможности судить экспериментально о достоинствѣ сыворотки.

Считаю необходимымъ упомянуть еще работу Garlipp'a ²³⁾, вышедшую изъ клиники Neubner'a. Авторъ ея на основаніи своихъ наблюденій (10) категорически высказывается противъ примѣненія сыворотки. Малоцѣнные преимущества, говоритъ авторъ, (кратковременное мимолетное паденіе t^0 и иногда связанное съ нимъ нѣкоторое улучшение общаго состоянія), которыя можетъ дать примѣненіе сыворотки Мозера, достаются болному дорогой цѣной насыщенія огромнымъ количествомъ быть можетъ для него далеко не индифферентной сыворотки. Это су-

щественное неудобство заставляетъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ призадуматься, стоитъ-ли добиваться ничтожнаго эффекта цѣной большого вреда, который можетъ принести сыворотка. Neuberger²⁴⁾ такъ резюмируетъ въ своемъ учебникѣ взглядъ свой на сыворотку Мозера: «все то, что я видѣлъ въ этомъ отношеніи въ моей клиникѣ на столько мало говорило въ пользу ея дѣйствительности, что я счелъ нужнымъ прекратить дальнѣйшіе въ этомъ направленіи клиническіе опыты».

Итакъ таковы литературныя данныя. Ихъ противорѣчивость даетъ мнѣ право опубликовать свои немногочисленныя наблюденія.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію собственныхъ наблюденій, считаю необходимымъ ознакомить съ способомъ приготовления сыворотки, любезно сообщеннымъ мнѣ д-ромъ Стефанскимъ.

„Антистрептококковая сыворотка на Одесской Бактеріологической станціи готовилась по способу, предложенному Безрѣдка²⁵⁾, только нѣсколько видоизмѣненному въ томъ отношеніи, что культуры стрептококка вводились лошадямъ не въ вену, а подъ кожу.

Для иммунизации лошадей мы пользовались тремя культурами стрептококковъ; одной выдѣленной изъ крови сердца скарлатинознаго трупа, второй—изолированной изъ крови больной страдавшей послѣродовой септицеміей и одного стрептококка, патогеннаго для мышей, который служилъ для измѣренія силы сыворотки. Культуры сохранялись и засѣвались на агарѣ, обильно смоченномъ лошадиной сывороткой (предварительно нагрѣтой въ продолженіи $\frac{1}{2}$ часа на 56°). Спустя 2-ое сутокъ, когда получался уже обильный ростъ, культуры размѣшивались въ фізіологическомъ растворѣ соли и вводились лошадямъ подъ кожу. Лошади иммунизировались въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, пока не вводилось заразъ по 12 агаровыхъ пробирокъ каждаго вида стрептококка, т. е. всего за одинъ разъ 36 агаровыхъ пробирокъ.

Спустя 13—16 дней послѣ инъекціи дѣлалось кровопусканіе, послѣ чего сыворотка измѣрялась по способу Безрѣдка—на мышцахъ, зараженныхъ вирулентнымъ для послѣднихъ стрептококкомъ, который служилъ также для иммунизации лошадей. Сыворотка наша оказалась обладающей ясной лѣчебной силой, такъ какъ мышь, зараженная подъ кожу 5-ти кратной смер-

тельной дозой мышинного стрептококка, оставалась въ живыхъ, если ей вводилось въ брюшину спустя 18—20 часовъ $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{100}$ кубич. сантим. сыворотки“.

Имѣя дѣло съ новой не вполнѣ выяснившейся сывороткой, я увеличивалъ *постепенно* количество вводимой сыворотки (10—150 кст.). Опредѣленіе степени тяжести случая по схемѣ Мозера трудно и страдаетъ нѣкоторой субъективностью. Всѣ 10 случаевъ средней тяжести выбирались *ex consilio* съ товарищами по отдѣленію. Избѣгалъ я случаи съ тяжелыми пораженіями зѣва, такъ какъ защитники даже сывороточнаго лѣченія скарлатины единогласно заявляютъ, что при наличности мѣстныхъ симптомовъ со стороны зѣва, железъ дѣйствіе сыворотки менѣе всего замѣтно.

Привожу исторіи болѣзни въ хронологическомъ порядкѣ.

Случай I-ый.

Я. X. 10 л., поступ. въ больницу 13/vш 1905. Боленъ 2 дня. На тѣлѣ яркая скарлатинозная сыпь, по преимуществу мелкоочечная, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сплошная. Рѣзкая гиперемія зѣва, миндалины набухшія соприкасаются съ язычкомъ. На правой миндалинѣ поверхностный грязноватый налетъ, подчелюстная железа увеличена, особенно слѣва. Пульсъ 138, средняго наполненія. Сознаніе ясное. T° 40,6—впрыснуто 10 кст. *seri anti-streptococcici*.

14. Сыпь яркая, налетъ на правой миндалинѣ не увеличивается, на лѣвой появились три точечныхъ налетика. Пульсъ 86, хорошаго наполненія. Самочувствіе удовлетворительное. T° 39—38,6.

15. Наканунѣ началъ бредить, вставалъ съ постели, хотѣлъ уйти изъ палаты. Налеты меньше. Железы *in statu quo*. Пульсъ 62, t° 37,8—37,5.

16. Пульсъ 60. Бредъ и возбужденное состояніе продолжаютъ. Ночью мало спалъ, t° 37,4—36,8.

17. Сыпь исчезла, налеты значительно меньше. Железы уменьшились. Бредъ меньше. Спалъ хорошо. Пульсъ 66.

18. Бредъ прекратился. Пульсъ 70.

19. Пульсъ 72. Т° нормальная.

21. Шелушеніе. 29/ix выписанъ здоровымъ.

Примѣчаніе. Ходъ t-ры 13) 40,6 (10 кст.), 14) 39—38,6, 15) 37,8—37,6, 16) 37,4—36,8.

Случай 2-ой.

Р. В. 12 лѣтъ. Поступила 13/vш 1905. Больна три дня. Мелкоточечная скарлатинозная яркая сыпь, на нижнихъ конечностяхъ блѣднѣющая. Рѣзкая гиперемія зѣва, набухлость миндалинъ, покрытыхъ грязноватыми налетами поверхностными въ видѣ островковъ. Подчелюстныя железы слегка увеличены, болѣзненны. Пульсъ 144, средняго наполненія. Всѣ органы въ порядкѣ. Головная боль, сонливое состояніе. Впрыснуто 10 кст. сыворотки.

14. Ночь провела беспокойно, бредила металась въ постели. Сыпь рѣзко выражена. Пульсъ 132. Налеты слились. Впрыснуто еще 30 кст.

15. Спала хорошо. На мѣстѣ впрыскиванія болѣзненность. Налеты въ зѣвѣ in statu quo. Сыпь блѣднѣетъ. Пульсъ 96.

17. Сыпь исчезла.

18. Слѣды бѣлка.

25/vш. Бѣлокъ въ большомъ количествѣ (до 23 ix).

27/vш. Боли въ суставахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, не прекращавшіяся до выписки 24/ix (по желанію родителей). 2/ix геморрагическая сыпь на рукахъ, державшаяся въ теченіи 5-ти дней.

Примѣчаніе. 13) 39,8—40,5 (10 кст.), 14) 39—40,4,(30 кст) 15) 38,2—39,9, 16) 37,9—38,8, 17) 38,1—37,6. NB. Съ 27/vш по 12/ix интермит. типъ лихорадки по вечерамъ до 40.

Случай 3-ій.

Х. В. 16 лѣтъ. Поступила 17/vш 1905. Заболѣла наканунѣ. На глѣдѣ яркая мелкоточечная сыпь. Языкъ обложенъ. Рѣзкая гиперемія мягкаго неба и миндалинъ. Подчелюстныя железы не-

много увеличены и болѣзнены справа. Пульсъ 132. Всѣ органы въ порядкѣ. Сознаніе ясное. Головная боль. Вечеромъ вприснуто 30 кст.

18. Пульсъ 128, миндалины покрыты слизисто-гнойными наслоеніями. Состояніе апатичное. Головная боль. Снова вприснуто 30 кст.

19. Состояніе тоже.

20. Апатія и сонливость меньше.

21. Боли въ затылочныхъ мышцахъ, сыпь блѣднѣетъ.

23. Боли въ суставахъ (колѣнныхъ, голеностопныхъ, верхнихъ конечностей) и отеки рукъ не прекращались до выписки (23/ix). Съ 10/ix бѣлокъ въ мочѣ. По собраннымъ свѣдѣніямъ больная умерла на дому.

Примѣчаніе. 17) 40 (30 кст.), 18) 40,2 (30 кст.)—40,7, 19) 40,3—40,6, 20) 39,8—39,8, 21) 38—39, 22) 37,8—39,2.

NB. Съ 26/vш по 13/xi интермит. типъ лихорадки съ вечерней t^0 до 39,7.

Случай 4-ый.

А. К. 7 лѣтъ, поступилъ 19/xi 1905. Боленъ три дня. На тѣлѣ мелкоточечная, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ петехіальная сыпь. Гиперемія зѣва, миндалины покрыты гноевидной слизью. Подчелюстная железа увеличена. Пульсъ 130. Сознаніе затемнено. Въ часъ дня (40,6) того-же дня вприснуто 40 кст. сыворотки. 20. Пульсъ 140, слабого наполненія (Ol. samph). Бредъ и безсознательное состояніе. 21. Рѣзкая сыпь, пульсъ 150 (вливаніе физиологическаго раствора Nacl), бредъ продолжается. 23. На твердомъ небѣ бѣловатые налеты, на правой миндалинѣ изъязвленіе грязнаго цвѣта (палочки дифтеріи не найдены). Бредъ прекратился. 25/xi. Сыпи нѣтъ. 12/xii. Incisio lymphad. sin. 27/xii. Incisio lymphad dextrae. 23/xii. Otitis sin. 1/06. Otitis duplex. 16/i. Mastoiditis dextra. прошедшая безъ оперативнаго вмѣшательства. 22/i. Varicelle и laryngitis catarrhalis. 25/i. Слѣды бѣлка. 14/i—1906. Выписанъ здоровымъ.

Примѣчаніе. 18) 39,8, 19) 39—40,6 (40 кст.) 40—39,7, 20) 39,5—40,4—40,2, 21) 39,8—39—39,5, 22) 39,2—39,7, 23) 38,8—39,1 и т. д. до 13—интермит. типъ лихорадки.

Случай 5-ый.

Х. Н. 3 года, поступила 5/1—1906 въ день заболѣванія. 7/1 третій день больна, на тѣлѣ скарлатинозная сыпь, мѣстами мелкоточечная, мѣстами съ цианотическимъ оттѣнкомъ. Гиперемія зѣва. Пульсъ 160. Сознаніе ясное. Слѣва на шеѣ железы немного увеличены. Впрыснуто 80 кст. сыворотки. 8. Ночь провела покойно. 9. Сыпь блѣднѣетъ. До 21/1 никакихъ осложненій. 21/1. Рѣзкое припуханіе железъ въ лѣвой подмышечной впадинѣ. 22/1. Сывороточная сыпь въ видѣ сплошной эритемы исчезнувшая на слѣдующій день. Одутловатость лица (безъ бѣлка въ мочѣ), болѣзненность обоихъ колѣнныхъ суставовъ. 23. Припуханіе паховыхъ железъ и правыхъ подмышечныхъ. Отекъ лица безъ бѣлка въ мочѣ длился до 29/1. 28. Припуханіе подбодочной железы 10/II разрѣзъ ея. 8/II. Otitis duplex. Выписана здоровой 19 февраля 1006 года.

Примѣчаніе. 5) 39,6, 6) 38,4—39,7, 7) 39,4 (80 сст.)—39,9, 8) 39,2—39,3, 9) 38,4—38,6, 10) 38,2—38, 11) 38—38,6.

Случай 6-ой.

Ю. С. 2-хъ лѣтъ, поступилъ 7/1 1906, заболѣлъ наканунѣ. На тѣлѣ рѣзко выраженная скарлатинозная сыпь съ рѣзкимъ фіолетовымъ оттѣнкомъ. Гиперемія зѣва, налетовъ на миндалинахъ нѣтъ. Пульсъ 180—190 (Оl. сарр.). Дыханіе прерывистое, въ легкихъ измѣненій нѣтъ. Справа шейныя железы немного увеличены. Сознаніе затемнено. Впрыснуто 80 кст. сыворотки.

8/1. Сознаніе затемнено, дрожаніе рукъ, не спитъ. Зѣвъ чистъ. 9. Состояніе тоже. 10. Пульсъ 132, сыпь блѣднѣетъ. 12. Сыпь исчезла. На языкѣ и на миндалинахъ налеты (найлены лефлеровскія палочки). Не смотря на троекратное впрыскиваніе антидифтерійной сыворотки (2000+3000+3000 единицъ), улучшеніе со стороны зѣва не наступило. 26 присоединилось воспаленіе праваго легкаго. Смерть 30/1 1906.

Примѣчаніе. 6) 39,6, 7) 39,8 (80 сст.)—40,5, 8) 39,2—39,4, 9) 38,7—39,8, 10) 38,8—39, 11) 38,8—39,3.

Случай 7-ой.

О. Д. 23-хъ лѣтъ, поступила 17/IX 1906. Больна два дня. 18. 7¹/₂ часовъ вечера t° 39,5. На тѣлѣ яркая скарлати-

нозная сыпь. Въ зѣвѣ рѣзкая гиперемія, на обѣихъ миндалинахъ небольшіе поверхностные налеты. Языкъ обложенъ густой слизью. Подчелюстныя железы увеличены, болѣзнены. Пульсъ 128. Тоны сердца глухіе. Въ легкихъ сухіе хрипы. Общее состояніе подавлено, сознание немного затемнено. Впрыснуто 100 кст. сыворотки. 19/і. Пульсъ болѣе слабого наполненія. Подавленное состояніе прогрессируетъ. 23/і. Сыпь исчезла. 27. На вопросы не отвѣчаетъ. 28. Рѣзкій систолическій шумъ у верхушки сердца, правая граница сердца—середина грудины. Акцентъ на *art. pulmonalis*. 29. Явленіе правосторонняго гемипареза верхнихъ и нижнихъ конечностей, парезъ праваго лицеваго нерва. Афазія, безсознательное состояніе. Мочится подъ себя. Въ обоихъ легкихъ много влажныхъ хриповъ. 3/х. Пролежни, бѣлокъ въ мочѣ. Спустя 2 недѣли явленія гемипареза стали постепенно ослабѣвать и въ концѣ ноября больная была переведена въ нервное отдѣленіе.

Примѣчаніе. 17) 40,2, 18) 39,5—39,5 (100 сст.)—38,7,
19) 38,7—39,1—39,3—38,3, 20) 38,7—38,5
—38,5, 21) 38,2—38,1, 22) 38,5—38°.

Случай 8-ой.

Х. К. 1½ года, поступилъ 24/іх 1906 на второй день болѣзни. Т° 40,4 (8 час. вечера), впрыснуто 50 сст. На тѣлѣ слабо выраженная scarlatinoznaya сыпь, наиболѣе рѣзко выражена въ нижней части живота и на внутренней поверхности бедеръ. Гиперемія зѣва, налетовъ на миндалинахъ нѣтъ. Подчелюстныя железы слегка увеличены. Пульсъ 160—180, съ трудомъ сосчитывается (*ol samph*). Сознание ясное. 25. Впрыснуто 50 кст. сыворотки. 26—28. Состояніе тоже. 29. Пульсъ 120, лучшаго наполненія. 6/х. Сыпь на рукахъ въ видѣ *крапивницы*, исчезнувшая спустя три дня. 12/х. Рѣзкое припуханіе паховыхъ железъ, на обѣихъ голеняхъ (въ нижней трети на наружной поверхности вполнѣ симметрично) геморрагическая сыпь, напоминающая *пурпуру*. Налетъ на правой миндалинѣ. Въ виду подозрѣнія на дифтерію впрыснуто 2000 аг. (NВ. дифтерійныя палочки не оказались). 13/х. Болѣзненность суставовъ верхней и нижней ко-

нечности. 17/х. Вскрыть лимфаденитъ на шеѣ справа, слѣды бѣлка. 28/х. Ребенокъ скончался при явленіяхъ крупа.

Примѣчаніе. 24) 39,5—40,4 (50 кст.)—39,2, 25) 39,4—39,9 (50 кст.)—39,2, 26) 39,6—39,8—39, 27) 38,4—39,1, 28) 37,8—39,4, 29) 39—39,9.

Случай 9-ый.

Г. В., 13 лѣтъ, поступилъ 14/х 1906. 2-ой день болѣзни. Въ 8 час. вечера того-же 14/х вприснуто 100 кст. сыворотки. На тѣлѣ скарлатинозная сыпь. Въ зѣвѣ рѣзкая гиперемія, налетовъ на миндалинахъ нѣтъ. Подчелюстные железы слегка увеличены. Пульсъ 140. Сознаніе ясное. 15—17. Состояніе тоже. 18. Пульсъ 104. 20. Сыпь поблѣднѣла, боли въ суставахъ (колѣнныхъ, голеностопныхъ, плечевыхъ и кистевыхъ). Боли въ затылочныхъ мышцахъ, прекратившіеся только 6 ноября. 22. Рѣзко выраженный систолическій шумъ у верхушки. Въ дальнѣйшемъ теченіи больной перенесъ нефритъ, плевропнеймонію правостороннюю, дифтерію губъ, двусторонній отитъ и лѣвосторонній мастоидитъ, потребовавшій хирургическаго вмѣшательства. Въ настоящее время мальчикъ здоровъ.

Примѣчаніе. 14) 38,8—39,6 (100кст.)—39,9, 15) 39,3—39,8—39,5—40, 16) 39,7—39,4—39,2—39,6, 17) 39,9—38,9, 18) 38—39, 19) 37—39.

Случай 10-ый.

И. Р., 12 лѣтъ, поступилъ въ больницу 14/х 1906. Заболѣлъ наканунѣ вечеромъ. 15/х въ 1 часъ дня вприснуто 150 кст. сыворотки. Т° 40,5. На тѣлѣ рѣзко выраженная скарлатинозная сыпь, на ногахъ съ ціанотическимъ оттѣнкомъ. Въ зѣвѣ рѣзкая гиперемія, на миндалинахъ налетовъ нѣтъ. Пульсъ 160—170 (ol. sarrh.). Сонливое состояніе, на задаваемые вопросы изрѣдка даетъ отвѣты.

Вечеромъ того-же дня метался въ постели, бредилъ, полное безсознательное состояніе. 16. Сыпь ярче, чѣмъ наканунѣ. Ночью вскакивалъ съ постели. На миндалинахъ—фолликулярная ангина. Пульсъ 180. Т° все время не ниже 40 (измѣреніе т°

черезъ 4 часа). Мокнущее шелушеніе и экскоріація на локтевыхъ сгибахъ, на животѣ и на мошонкѣ. Кровоточивость губъ и десенъ. Упорная рвота, гиперемія склеры. 17. Смерть.

Примѣчаніе. 14) 38,4, 15) 38,9—40,5 (150 кст.)—39,3—40—39,5, 16) 39,5—39,5—39—38,0—38,5, 17) 39—39,5.

Малочисленность моихъ наблюденій не даетъ мнѣ, конечно, возможности дѣлать какія либо статистическія сравненія, а посему я ограничиваюсь лишь представленіемъ общихъ выводовъ дѣйствія антистрептококковой сыворотки Одесской Бактеріологической станціи на отдѣльные симптомы скарлатины. Начну съ лихорадки.

Какъ видно изъ прилагаемыхъ при семъ температурныхъ кривыхъ сыворотка не оказывала вліянія на паденіе t —ры, не смотря на то, что 1) всѣ больные подвергались сывороточному лѣченію не позже третьяго дня болѣзни, 2) мѣстные сиптомы со стороны зѣва и шейныхъ железъ не были ни въ одномъ случаѣ рѣзко выражены, 3) количество вводимой сыворотки постепенно увеличивалось (10 кст. въ первомъ случаѣ и 150 въ послѣднемъ). Правда, только въ первомъ случаѣ не смотря на такое минимальное количество (10 кст.) температура пала критически. Этотъ случай интересенъ и въ томъ отношеніи, что спустя 24 часа послѣ впрыскиванія наступило у мальчика сильное возбужденіе, бредъ и галлюцинаціи при одновременномъ рѣзкомъ паденіи t^0 , хотя до впрыскиванія никакого возбужденія не было, какъ это видно изъ скорбнаго листа. Конечно невозможно съ положительностью утверждать, что появленіе бреда, который наблюдается при паденіи t^0 и въ другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, является въ данномъ случаѣ результатомъ введенія сыворотки. Но замѣчу все таки, что во всѣхъ случаяхъ скарлатины съ критическимъ паденіемъ t^0 (а ихъ было не мало) безъ сывороточнаго лѣченія мнѣ ни разу не приходилось наблюдать такого возбужденія со стороны нервной системы. Бредъ этотъ сопровождался рѣзкимъ упадкомъ сердечной дѣятельности, развившемся въ уменьшеніи числа пульсовыхъ ударовъ до 60 въ минуту въ теченіи 5-ти дней.

У нѣкоторыхъ больныхъ наблюдалось или кратковременное (VI, VII, VIII, IX) и то позднее паденіе t^0 , а въ лучшемъ случаѣ литическое паденіе въ теченіи нѣсколькихъ дней, столь харак-

терное для обычнаго теченія скарлатины. Скорѣе приходилось наблюдать продолжительную повышенную t^0 (интермитирующаго типа) послѣ инъекціи, какъ будто-бы лихорадочный процессъ затягивался. Что касается болѣе быстраго поблѣдненія сыпи, то намъ его не приходилось наблюдать; въ нѣкоторыхъ случаяхъ (IX, X) въ первые дни послѣ впрыскиванія сыпь дѣлалась болѣе яркой. Улучшеніе самочувствія нами не подтверждается.

Переходя къ осложнениямъ, вызываемымъ впрыскиваніемъ сыворотки, я долженъ отмѣтить, что мнѣ пришлось наблюдать почти весь симптомокомплексъ такъ называемой сывороточной болѣзни.

Въ то время, какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ при впрыскиваніи другихъ сыворотокъ напр. дифтерійной не замѣчаются такъ часто характерныя непріятныя послѣдствія, всѣ авторы отмѣчаютъ при примѣненіи антискарлатинозной сыворотки (нѣкоторые авторы въ 75⁰/₀). Мнѣ приходилось наблюдать сыпь въ видѣ сплошной эритемы (V), геморрагическаго характера въ родѣ пурпуры (II, VIII), крапивницы (VIII). Въ одномъ случаѣ (V) наблюдался мѣстный отекъ лица при отсутствіи какихъ либо измѣненій въ мочѣ, а въ другомъ (III) отекъ рукъ при одновременномъ пораженіи суставовъ. Какъ на болѣе рѣдкое осложненіе могу указать на рѣзкое припуханіе аксиллярныхъ (V), паховыхъ (V, VIII) и подбородочныхъ железъ (V), потребовавшее хирургическаго вмѣшательства. Два раза пришлось наблюдать раннія—на 3-й, 4-ый день послѣ впрыскиванія—мышечныя боли въ затылкѣ (III--IX).

Боли въ суставахъ сопровождались припуханіемъ ихъ, геморрагическими сыпями, піэмическимъ типомъ лихорадки, особенно плохо отразившемся на самочувствіи больныхъ (II, III, VIII). Рѣзко выраженный нефритъ наблюдался у 3-хъ больныхъ (II, III, IX), при чемъ во второмъ случаѣ альбуминурія появилась на 4-ый день послѣ впрыскиванія одновременно съ кратковременнымъ паденіемъ t^0 .

Пораженіе ушей—три раза (IV, V, IX), причемъ въ послѣднемъ случаѣ потребовалась трепанация сосцевиднаго отростка.

Къ числу тяжкихъ осложненийъ, обнаружившихся въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (VII) нужно упомянуть появившійся на 10-ый день послѣ впрыскиванія правосторонній гемипарезъ. Доказать, конечно, непосредственную связь между этими двумя фактами конечно нельзя, но принимая во вниманіе отмѣченныя

проф. Троицкимъ ²⁶⁾ при помощи сфигмографическихъ кривыхъ серіозныя измѣненія, вызываемыя въ дѣятельности сосудисто-сердечнаго аппарата подкожнымъ введеніемъ большихъ количествъ сыворотки, возможно допустить появленіе даже такого рода осложненія, въ особенности въ тѣхъ случаяхъ гдѣ существуетъ подозрѣніе на предшествующее пораженіе сердца, какъ это можетъ быть имѣло мѣсто въ нашемъ случаѣ.

Изъ всего вышеизложеннаго слѣдуетъ, что и намъ ни разу не удалось констатировать положительный эффектъ сыворотки, наоборотъ, мы наблюдали тѣ же явленія, что и другіе авторы, не признающіе терапевтическаго значенія за сывороточнымъ лѣченіемъ скарлатины. Да и теоретическія соображенія, которыя послужили основаніемъ для серотерапіи скарлатины, кажутся намъ мало доказательными, такъ какъ и самая специфичность стрептококка, какъ возбудителя скарлатины не есть еще вполнѣ доказанный фактъ и еще многими авторами отрицается.

Baginsky и Sommerfeld ²⁷⁾, находившіе стрептококка въ зѣвѣ и въ органахъ скарлатинозныхъ дѣтей и считавшіе его поэтому возбудителемъ скарлатины, отрицаютъ его агглютинирующія свойства. А агглютинація именно есть та біологическая реакція, которая позволяетъ дѣлать болѣе вѣрныя заключенія въ вопросахъ относительно специфичности бактеріи, чѣмъ данныя морфологіи. Другіе-же авторы (Heubner ²⁸⁾, Iochmaun ²⁹⁾ смотрятъ на стрептококкъ, какъ на вторичную присоединившуюся къ скарлатинозному яду инфекцію. Въ то время, какъ Moser и v. Pirquet ³⁰⁾ на основаніи изслѣдованій надъ агглютинаціей высказываются за специфичность стрептококковъ скарлатины, Neufeld ³¹⁾ (изъ института Коха) и Югихесъ ³²⁾ (изъ института экспериментальной медицины) категорически ее отрицаютъ. Опыты Salge и Hasenpofa ³³⁾ показали, что сыворотка Менцера, приготовляемая безъ всякаго участія скарлатинознаго стрептококка, тѣмъ не менѣе легко агглютинируетъ его. Итакъ и вопросъ о роли стрептококка, какъ специфическаго возбудителя скарлатины, остается до сихъ открытымъ.

Конечный идеаль лѣченія инфекціонныхъ болѣзней заключается въ стремленіи добыть для борьбы со всякой инфекціей специфическое противъ нея средство, т. е. такое, которое-бы парализовало вредную дѣятельность бактерій и не сдѣлало-бы возможнымъ ихъ существованіе въ человѣческомъ организмѣ.

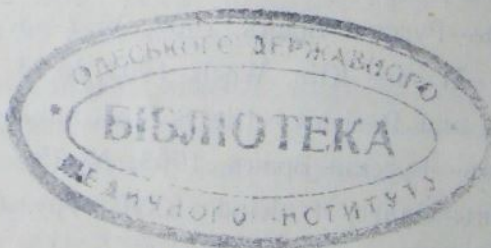
Незнаніе специфическаго возбудителя болѣзни затрудняетъ, конечно, рациональныя изысканія специфическаго воздѣйствія на него. Слѣдовательно, покуда не будетъ точно опредѣленъ возбудитель скарлатины, до тѣхъ поръ трудно разсчитывать на успѣхъ серотерапіи, а посему лѣченіе скарлатины къ сожалѣнію, должно быть въ настоящее время по прежнему только выжидательно симптоматическое.

Въ заключеніе приношу благодарность Старшему Врачу инфекціоннаго отдѣленія Одесской Городской Больницы Н. С. Игнатовскому (нынѣ покойному) за предоставленный больничный матеріаль для настоящей работы, а также д-ру В. К. Стефанскому за предоставленіе въ мое распоряженіе приготовленной имъ сыворотки для испытанія ея на цѣломъ рядѣ больныхъ.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Moser—Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1902 и Jahrbuch für Kinderheilkunde LVII.
- 2) Stefansky—Berl. Klin. Woch. 1907, № 6.
- 3) Эгизъ и Ланговой—Медиц. Обозр. 1906, № 13 и 15.
- 4) Heubner—Berl. Klin. Woch. 1904, № 14.
- 5) Филатовъ—Инфекціон. болѣзни 1895, стр. 321.
- 6) См. № 5, стр. 283.
- 7) Heubner—Lehrbuch der Kinderheilkunde, стр. 336.
- 8) v. Pirquet — Scharlach (Handbuch f. Kinderheilkunde — Schlossmann und Pfaundler).
- 9) Бараниковъ—Русскій Врачъ, 1907, № 2—3.
- 10) Escherich—Wiener Klin. Woch. 1903, № 23.
- 11) v. Pirquet und B.-Schik—Die Serumkrankheit.
- 12) Меншиковъ—Русскій Врачъ, 1905, № 25.
- 13) Винокуровъ—Jahrb. f. Kind. LXII; Труды Общ. Одесскихъ Врачей, II выпускъ.

- 14) Троицкій—Харьк. Мед. Журналъ, 1906.
- 15) Ясный и Мицкевичъ—Практ. Врачъ, 1904, № 18—22.
- 16) Молчановъ—Русскій Врачъ, 1906, № 50—51.
- 17) Стефанскій — Труды Общества Русскихъ Врачей въ Одессѣ, 1904.
- 18) Bokay—Jahrb. f. Kinderheilk. LXII.
- 19) Mendelsohn—Deutsche Med. Woch., 1905, № 12.
- 20) Baginsky—Lehrbuch der Kinderheilkunde, 1905, стр. 171.
- 21) Quest—Deutsche Med. Woch. 1905, № 25.
- 22) Ganghofner—Deutsche Med. Woch. 1905, № 14—15.
- 23) Garlipp—Medizinsche Klinik. 1905, № 51.
- 24) Heubner—Lehrbuch der Kinderheilkunde II Auflage.
- 25) Besredka—Annales de l'institut Pasteur 1904, p. 363.
- 26) Troitzky—Arch. f. Kinderheilk. XLV.
- 27) Baginsky und Sommerfeld—Berl. Klin. Woch. 1900, № 27—28.
- 28) Heubner—Berl. Klin. Woch. 1884, № 44.
- 29) Iochmann—Deutsches Arch. f. Kl. Med. 1903 Bd. LXXIII.
- 30) Moser u. Pirquet—Centralblatt f. Bakt. 1903, № 34.
- 31) Neufeld—Zeitschr. f. Hyg. und. Infekt Bd. 44.
- 32) Югихесъ—Къ вопросу объ агглютинаціи стрептококковъ кровяной сывороткой скарлатинозн. больныхъ Дисс. 1906.
- 33) Salge und Hasenknopf—Jahrb. f. Kinderheilk. LVIII.



30111