

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

616

X 354

Prof. W. HEUSK

ИСКАНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ СИФИЛИСА

ПЕРЕВОД С НЕМЕЦКОГО
Д-ра А. В. ДАВИДОВА

Под редакц. и с примечаниями
проф. Г. К. МЕЩЕРСКОГО

© 74730
ИЗД-ВО НАРКОМЗДРАВА РСФСР



ВОЗВРАТИТЕ КНИГУ
НЕ ПОЗЖЕ
ОБОЗНАЧЕННОГО ЗДЕСЬ СРОКА

74730

6
X
ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Хейк.
Prof. W. HEUSK

ИСКАНИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ
В ЛЕЧЕНИИ СИФИЛИСА

ПЕРЕВОД С НЕМЕЦКОГО
Д-ра А. В. ДАВИДОВА

ПОД РЕДАКЦИЕЙ С ПРИМЕЧАНИЯМИ
ПРОФ. Г. К. МЕЩЕРСКОГО

ИЗДАТЕЛЬСТВО НАРКОМЗДРАВА
МОСКВА * РСФСР * 1928

616.957

WANDLUNGEN UND
FORTSCHRITTE IN DER
BEHANDLUNG DER SYPHILIS

О Т П Е Ч А Т А Н О
в типографии Нижполиграф,
Нижний - Новгород,
Варварка, 32, в количестве
2000 экз. Главлит № А/16321.
Заказ № 5912.

СОУНЬ ИМ. Белинского
<http://book-trade.ru/>

ПРЕДИСЛОВИЕ

Работа проф. Нейск'а носит характер обзора и, не представляя для сифилидолога ничего нового, лишь подводит итоги современным тенденциям в терапии сифилиса,—итоги, проверенные личным многолетним опытом, подвергнутые критической оценке и потому ценные для неспециалистов. Работа касается всех актуальных вопросов современной сифилотерапии и дает на них практические ответы, краткие и ясные, приведенные в определенную систему.

Методика abortивного лечения и профилактики сифилиса с ролью в ней стоварсола; значение раннего и интенсивного лечения сифилиса в этиологии аортитов и нервного сифилиса; методика проверки «излеченного» сифилиса с реактивированием и исследованиями спинальной жидкости; способы лечения давнего сифилиса и особенно нейро-сифилиса, включая сюда неспецифическую терапию

с малярией во главе и пр. и пр.—все это последовательно излагается автором в ясной и понятной форме и подкрепляется как личными статистическими данными, так и выводами из работ германских ученых.

Работа эта представляет собой доклад автора в мюнхенском Медицинском обществе. В переводе сделаны некоторые мелкие сокращения, коснувшиеся преимущественно повторяющихся мест и отзывов о патентованных германских медикаментах, не применяющихся у нас. Выпущена также одна из таблиц,—о количественном содержания *Vi* в спинальной жидкости,—как касающаяся только одного случая. Сделаны также, в целях связности изложения, некоторые перестановки в отдельных главах, трактующих об одном и том же предмете. Все же научно или практически существенное оставлено в полной неприкосновенности. Оригинальный текст автора отличается чрезвычайно тяжелым слогом и специфическим духом немецкого языка, почему перевод на русский язык представлял нелегкую задачу, и в своем стремлении передать в полной точности мысли автора переводчик и редактор местами грешили против русской фразеологии и стилистики, что они и считают долгом отметить.

Проф. Г. Мещерский.

Введение.

Почти одновременно с появлением сифилиса в Европе в конце XV века появилась и ртуть, как противосифилитическое средство. Применявшаяся в старое время в форме окуриваний и декоктов, ртуть в течение свыше 400 л. до введения в 1910 г. сальварсана, на ряду с иодом, считалась действительнейшим противосифилитическим средством. Благодаря своему преобладающему значению в лечении сифилиса ртуть, несмотря на все нападки противников, применялась на ряду с сальварсаном до появления висмута. Вначале она назначалась после предварительного лечения слабительными и кровопусканиями в форме крайне энергичных курсов — до появления сильнейшего слюнотечения и комбинировалась с потогонными ваннами, чтобы добиться «максимального выделения яда»; в дальнейшем с большим или меньшим успехом она применялась симптоматически длительными курсами в меньших

дозах; со времени же введения хронически перемежающегося лечения она применялась в форме возможно рано начинаемых индивидуально дозируемых энергичных курсов.

С начала XIX века стали применять в различных формах, на ряду со ртутью, и иод, мало влияющий на ранние симптомы сифилиса, но энергично устраняющий все поздние проявления. Обоими этими средствами удавалось добиться исчезновения явлений на коже и слизистых, уменьшить опасность заражения, ограничить количество рецидивов. Гораздо более значительный, нежели раньше, процент больных оставался долго свободным от проявлений сифилиса и прежде всего от т. н. третичных кожно-костных поражений.

Удовлетворение, замечавшееся в последние десятилетия прошлого века, уменьшением сифилитических высыпей продолжалось до тех пор, пока не выяснилось, что, несмотря на изменявшиеся способы применения и дозировки ртути, сифилис продолжал существовать в виде трудно распознававшихся тогда «висцеральных» форм, на что указывал еще Маугиас в 70 г.г. прошлого столетия.

Все яснее становилась зависимость аортитов, табеса и прогрессивного паралича от сифилиса.

На увеличение сифилитических заболеваний аорты указывали как клиницисты, так и рентгенологи.

Табес и прогрессивный паралич стали в центре внимания; значение «нервного» сифилиса все возрастало.

За последние годы все более указывалось на то, что как на локализацию сифилиса, так и на окончательное его излечение, большое влияние оказывают иммунные процессы самого организма. Вызываемая сифилитическим вирусом биологическая реакция в виде ранней сыпи и внутренняя секреция кожи—эзофилаксия (E. Hoffmann)—имеют решающее влияние на сифилитического возбудителя и, следовательно, на все течение и характер сифилиса.

Благодаря раннему лечению уменьшилось число проявлений сифилиса на коже и слизистых; сифилис все более терял характер кожной болезни. Полагали, что вследствие скудной сыпи иммунизирующие вещества или совершенно не вырабатываются или вырабатываются недостаточно. Это обстоятельство является, по мнению многих современных авторов, причиной возрастания аортитов, табеса и прогрессивного паралича.

В первые десятилетия нашего века открылись совершенно новые пути в распознавании и лечении болезни. Экспериментальный сифилис, нахождение спирохет в сифилитических продуктах и пунктатах желез—сделали возможным раннее распознавание и лечение в такое время, когда заболевание может еще считаться «местным».

Различные способы серодиагностики, усовершенствованная методика исследований спинальной жидкости доказали свое высокое практическое значение для раннего распознавания асимптомного сифилиса, а в особенности имеющего столь важное значение нервного сифилиса. Это дало нам возможность глубже вникнуть в соотношения между проявлениями раннего периода и поздними заболеваниями ц. н. с.¹ Наши хемотерапевтические средства — действующий спириллоцидно сальварсан в комбинации со ртутью или висмутом — делают возможным «причинное» лечение сифилиса в раннем периоде, непосредственное уничтожение спирохет в надлежащее время, когда имеется еще мало защитных клеточных очагов.

Действие ртути и висмута.

Несмотря на большой успех при лечении ртутью, вопрос о «специфическом» действии ее еще не вполне выяснен. Значительного «непосредственного» спириллоцидного действия ртуть в обычных дозах, видимо, не имеет, хотя Kolle указал на возможность изготовления сильных спириллоцидных ртутных препаратов. Согласно современным знаниям, полагают, что действие ртути на спирохеты медленное и косвенное. По Buschke и Schumacher'у о специфичности ртути нет и речи, и, как всякий

¹ Центральной нервной системы.

другой медикамент, она влияет на коллоидно-химическое состояние как тканей организма, так и возбудителя. Как катализатор, она ускоряет процессы окисления и обмена в клетке. Оборонительные силы организма по отношению к сифилитическому возбудителю благодаря этому колоссально повышаются. Таково же, по экспериментальным исследованиям Kolle, по всей вероятности, действие висмутовых соединений.

По Bergell'ю, при распаде клеточных инфильтратов освобождается разрушающе действующий на спирохеты фермент «липаза».

Так как ртуть действует посредственно и, во всяком случае, медленно, то в ранней стадии сифилиса, где необходимо быстро уничтожить спирохеты, эффект от одной ртути видимо недостаточен. Здесь уместен прежде всего спироцидный сальварсан, которого не могут заменить ни ртуть, ни висмут.

С другой стороны, при флоридном сифилисе сальварсан, даже при энергичном его назначении, не может проникнуть во все места нахождения спирохет. Он встречает барьер в реактивной зоне, т.е. инфильтрате из лимфоцитов и плазматических клеток, из которых, как предполагают, освобождаются липолитические и связывающие спирохеты субстанции, если только здесь не происходит более сложных, пока еще неизвестных процессов. Ртуть

и висмут, несмотря на их меньшее в сравнении с сальварсаном спироцидное действие, наступающее по исследованиям Nicolau только в соединении с органическими клетками, могут вызвать в реактивной зоне изменения, которые хоть и медленно, косвенно, но все же приводят к уничтожению вируса. Разрушая реактивную зону, они открывают путь для действия назначаемого вслед за ними сальварсана. Понятно поэтому, что при флоридном раннем сифилисе с многочисленными очагами действие одного сальварсана недостаточно. Леча больных этого периода по особым соображениям только сальварсаном, я спустя более или менее долгий промежуток времени всегда наблюдал у них клинические или серологические рецидивы. Мне поэтому кажется бесспорным, что в раннем активном периоде не следует лечить одним сальварсаном.

А б о р т и в н о е л е ч е н и е .

В раннем первичном стадии через 3—4 недели после заражения мы, при раннем распознавании, можем в настоящее время с вероятностью, граничащей с уверенностью, добиться купирования болезни одним единственным а б о р т и в н ы м курсом, комбинируя сальварсан со ртутью и висмутом: иными словами, мы можем добиться того, что больные остаются свободными как от

рецидивов клинических, так и серологических (включая сюда спинальную жидкость). Но для удаи такого абортивного курса, по моему мнению, безусловно необходимо, чтобы в первые четыре недели перед каждой сальварсанной ин'екцией производилось исследование крови. Одно-или двукратное исследование, как это рекомендуется некоторыми, по моему мнению, совершенно недостаточно. Если наступает хотя бы и преходящая серологическая положительная фаза, что я наблюдал после 4—5 сальварсанных ин'екций, — то рассчитывать на полный успех от одного абортивного курса не приходится, и необходим по меньшей мере второй «гарантирующий» курс.

Опыт показывает, что до третьей или четвертой недели после инфекции для абортивного лечения может быть достаточным один курс сальварсана. Однако, судя по наблюдениям, успех без ртути и висмута кажется все же ненадежным.

До начала лечения безусловно необходимо вырезать или разрушить первичный аффеки (каустика, паста из хлористого цинка и др.). Применять ли в первые три дня подряд при абортивном лечении непосредственно вслед за устранением первичного аффеки сальварсан в форме ударного лечения по Scholtz'y—это дело личного опыта. При применении этого метода я, принимая во внимание

индивидуальную выносливость, назначал большей частью в первый день—0,3, во второй и третий по 0,45 нео. Нормальный метод лечения—без концентрации сальварсана—во всяком случае дает как будто не худший результат. На основании моего исключительно благоприятного опыта с abortивным лечением серонегативного раннего первичного сифилиса, производившимся под тщательным постоянным контролем крови, я и теперь, при точном проведении в дальнейшем такого же контроля крови и ликвора, не вижу надобности во втором т. н. «гарантирующем курсе», с назначением которого термин «abortивное лечение» вообще должен быть оставлен.

Если контроль крови не может производиться с той точностью, какая безусловно необходима для удачи abortивного лечения, то самый верный путь—это раннее лечение двумя комбинированными курсами. И я не припомню ни одного случая, где при «достаточном» соблюдении этого требования abortивное лечение не удавалось.

Я могу при этом сам указать на 40 больных с первичными аффектами, леченных «одним» abortивным мерциноль-сальварсанным курсом, которые при клиническом и серологическом исследовании, а в $1/3$ случаев и при исследовании спинальной жидкости, в течение 10—15 л. не обнаруживали рецидивов. В моем распоряжении 31 сл. серонегативного

первичного сифилиса, в которых при максимальном лечении Vi+сальварсан после четырехлетнего наблюдения при исследовании крови и, в большей части случаев, спинальной жидкости получился отрицательный результат.

Внимательное изучение сообщений о неудачах с abortивным лечением обычно показывает, что либо контроль крови проводился не так строго как у нас, либо концентрация медикаментов была недостаточная, например применялись растворимые ртутные препараты, либо же лечение благодаря тому, что медикаменты не переносились пациентом, производилось с перерывами.

Поэтому, уверенности ради, Jadasson, E. Hoffmann и др., несмотря на имеющиеся благоприятные результаты от abortивного лечения, рекомендуют при раннем первичном сифилисе лечить двумя курсами. Это потому, что выбор действительно строго негативных случаев первичного сифилиса, как это справедливо отмечает Jadasson, чрезвычайно труден и что практическому врачу в каждом случае трудно выполнить требуемый нами контроль крови.

Чем раньше начинается abortивное лечение, тем лучше успех, всего вернее он — в первые три-четыре недели! Возможность раннего распознавания путем исследования на спирохеты подозрительных эррозий, мазков из уретры, шейки матки и

пунктата желез была предпосылкой блестящих результатов лечения в первичном стадии. Я полагаю, однако, что с сообщениями об abortивном «излечении» надо в первые годы быть осторожным и лучше говорить об отсутствии рецидивов. Необходимы дальнейшие наблюдения и периодические исследования спинальной жидкости, прежде чем установить окончательное излечение. После недостаточного abortивного лечения спустя еще пять — семь лет р. В. снова становилась положительной (Ledermann), хотя это как будто исключение. Кроме того, в рубцах склерозов могут жить спирохеты, что неоднократно констатировано.

Профилактическое лечение.

Под профилактическим лечением сифилиса я подразумеваю не местную профилактику в форме наружного применения медикаментов (33 - процентной каломельной, 10 - процентной хинной мази и т. д.), которые в некоторых случаях, на ряду с сулемовыми обмываниями, действуют предупреждающе. Я рассматриваю вопрос так: нужно ли назначить общее предупредительное лечение лицу, например супругу, если имеется твердое основание полагать, что другая сторона была в связи с несомненным сифилитиком? На мой взгляд, профилактическое лечение у мужчины надо в каждом случае наотрез отклонять.

Можно с уверенностью считать, что при наблюдении в течение нескольких недель (два раза в неделю) могущий появиться первичный аффект будет несомненно установлен как клинически, так и микроскопически путем нахождения спирохет. И тогда немедленно можно приступить к abortивному лечению, при 100% вероятности успеха. Больной таким образом будет находиться в не менее благоприятных условиях, чем при профилактическом лечении, но зато он точно узнает, заражен он или нет. Это последнее обстоятельство важно потому, что если больной уверен в том, что он был заражен, он сам будет стремиться быть под наблюдением по окончании abortивного курса. Не имея же этой уверенности, больной, в надежде на то, что заражения, быть может, не было, после «превантивного» курса, как правило, вскоре исчезает из-под наблюдения.

Другое дело у женщин. У них, как учит опыт, видимый первичный аффект часто отсутствует. Будучи вызван эякулятом, он нередко сидит в шейке матки, и его часто не удастся достоверно обнаружить даже и тогда, когда исследуются на спирохеты мазки из шейки матки и уретры. Доказано также, что спирохеты могут проникнуть и через неповрежденную слизистую. Областные железы, как лежащие ретроперитонеально, ускользают тогда от исследования, инфекция часто выявляется уже в виде манифестного общего сифилиса.

Поэтому у женщин, если имеется основательное подозрение, что они заразились, уместно «преван- тивное» лечение в виде сальварсанного курса или, что по моему еще лучше, в виде сальварсанно- висмутового курса.

Стоварсол.

Что сказать о рекомендуемом в качестве про- филактического средства стоварсоле или спиро- циде?

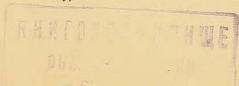
Предложенный Levaditi «стоварсол» есть хими- чески чистый препарат, который уже Ehrlich и Nata испробовали как препарат «594» арсацетиновой серии. Они его, однако, оставили вследствие его сильного токсического действия. Levaditi же, экс- периментируя на животных и на человеке, видел от препарата в дозе 4—8 гр. хорошее лечебно- профилактическое действие на сифилитическую ин- фекцию. В Вене Oppenheim первый выступил за введение стоварсола, который был выпущен в про- дажу под именем спироцида. Oppenheim реко- мендовал его для приема внутрь как хорошее, неядовитое средство, заменяющее сальварсан при плохих венах и при невыносливости к сальварсану; впоследствии он применял его вместе с висмутом.

Другие авторы, на основании своих исследова- ний, не согласны с мнением Oppenheim'a. Kolle и

Worms опытами на животных установили, что «лечебное действие» стоварсола у животных при назначении его внутрь незначительное и проявляется лишь при дозе, близкой к смертельной. Для человека препарат, видимо, не особенно токсичен, но неприятные побочные явления—головные боли, высыпи, поносы—наблюдались довольно часто.

Мнение о спироциде должно, повидимому, быть такое: действие на спирохеты в сифилитических продуктах, именно на их поверхности, заметно хорошее, поэтому за препаратом нельзя отрицать известной терапевтической ценности. Что касается того, достаточно ли предупредительное действие его при заражении сифилисом, то это, мне кажется, на основании имеющихся данных, еще не установлено. Во всяком случае имеются наблюдения, например Audry, что, несмотря на предупредительное лечение стоварсолом, сифилис в дальнейшем все же проявлялся. Следовательно, назначением его можно, очевидно, воспрепятствовать образованию первичного аффекта, но нельзя добиться общей стерилизации.

Применявшаяся до сих пор дозировка—у мужчин большей частью 4, у женщин 3 таблетки в день в течение недели—кажется мне недостаточной как для целей профилактики, так и для лечения уже доказанного сифилиса, и потому клиническое действие его ненадежно. При ненадежности же действия



нельзя оправдать назначение часто повторяемой относительно высокой дозы мышьяка, необходимой для профилактики, что отмечает и Zumbusch. Надо также помнить, что недостаточная дозировка опасна для позднейшего течения сифилиса в виду возможности развития нервного сифилиса и воспитания в ткани арсеноупорных спирохет.

Поэтому рекомендовать спироцид практическому врачу для предупредительного лечения сифилиса не следует.

Убыль сифилиса и его источников.

Благодаря энергичному и успешному лечению, сифилиса в самых ранних, первичном и вторичном стадиях, что возможно благодаря комбинации с салварсаном, добились несомненного уменьшения источников заразы. При этом не следует недооценивать значения неблагодарной и встречающей возражения просветительной работы, которая значительно чаще, чем раньше, приводит больных к врачу в раннем периоде. Если профилактика не приводит к цели, можно социальную болезнь локализовать таким образом, что прежде всего устраняют заразные явления и этим предотвращают дальнейшее распространение.

И мы действительно теперь имеем уменьшение открытого раннего и позднего сифилиса. Так называемый третичный сифилис кожи, слизистых

оболочек и костной системы наблюдается теперь реже. Об этом говорят наблюдения всех авторов. Это же показывает большой статистический обзор Scholtz'a, обнимающий 22.444 случая сифилиса за период с 1900 по 1921 г.г. Из этого обзора видно, что так называемый третичный сифилис, исключая нервный, стал реже и, что весьма существенно, среди больных с поздним сифилисом процент нелеченных теперь несравненно больше, нежели прежде. Это говорит о том, что благодаря комбинированному энергичному раннему лечению количество больных с третичным сифилисом уменьшилось. Только 281 чел., т.-е. 17,1% всех третичных больных, в известной мере хорошо лечились ртутью, но лишь 27 из них получили комбинированное сальварсанное лечение, и только единичные больные проделали несколько курсов. Оказалось также, как это показал Meggendorfer для прогрессивного паралича, что промежуток времени между инфекцией и наступлением третичных явлений тем более укорачивался, чем старше был больной.

Kolle и Laubenheimer, на основании обзора большого материала серологического отделения Института Экспериментальной Терапии во Франкфурте, сообщают, что там сифилис в 1910 — 1926 г.г., если не считать военного и послевоенного периодов, значительно уменьшился, и видят в этом уменьшении успех хемотерапевтического лечения.

Сифилис, как уже отмечено, в последние годы несомненно уменьшился в целом.

Теперь уже целое событие, если в клинику поступает больной с обширными манифестными сифилитическими явлениями. Во многих местах даже большие клиники и больницы находятся в затруднительном положении, когда им нужно демонстрировать заразные формы сифилиса.

Посмотрим теперь новые статистические данные относительно уменьшения сифилиса. Из Берлина сообщают об уменьшении сифилиса на 40 %, также из большинства других городов. Для иллюстрации я привожу вкратце числа интернациональной статистической анкеты относительно уменьшения сифилиса, которые сообщил Jadasson в июне 1926 г.:

Уменьшение с 1919 по 1925 г.г.

Италия	33,3%	Голландия	75%
Англия	} 50%	Россия	66,6%
Франция		Дания	} 80%
Швейцария		Бельгия	
Турция		Швеция	

Почти везде это уменьшение сифилиса приписывается сальварсану, который уничтожает источники заразы в ранней контагиозной стадии. Мне крайне трудно присоединиться к мнению Dühring'a, Herxheimer'a, Delbanco и др., которые полагают, что это уменьшение является только «эпизодом в заболеваемости сифилисом, идущей волнообразно».

в виде падающей и поднимающейся кривой», как это бывает при других инфекционных и неинфекционных болезнях. Я не отрицаю, что наряду с действием современной антисифилитической терапии здесь играют роль еще социальные (вопрос о браке), экономические (расцвет или депрессия народного хозяйства) и другие теперь еще трудно учитываемые факторы. Сюда, например, относится положение Dühring'a о том, что если в течение определенного времени происходит массовая заболеваемость, то в последующие годы наблюдается уменьшение закономерно ожидаемой частоты заболеваний. Все же я сомневаюсь, чтобы по сравнению с современными терапевтическими мероприятиями эти факторы, как это подчеркивает Buschke, играли существенную роль в колоссальном систематическом уменьшении сифилиса за последние годы. Твердо установлено, что эти обстоятельства, не находящиеся в связи с терапией, в прежние времена имели последствием заметное уменьшение и увеличение сифилиса, например, минимум с последующим максимумом после войны 1870/71 г. (Buschke, Langer). При этом, однако, не должно упускать из виду, что в прежние времена, когда диагноз ставился только «клинически», в известной мере и другие схожие кожные заболевания, как проказа, оспа, волчанка, паразитарные инфекции и др., часто причислялись также к сифилису. Во всяком случае, за каждым

понижением сифилитической волны обязательно должен был тогда, по моему мнению, следовать под'ем, так как сифилис, считавшийся тогда излеченным, на самом деле, согласно современной оценке, был только латентным и продолжал быть заразительным. Понятие об излечении сифилиса, как мы его представляем себе согласно современным методам исследования, тогда не было известно.

При современном лечении, в особенности при раннем максимальном лечении по E. Hoffmann'у, и при систематическом наблюдении за больными до исчезновения всех болезненных изменений, клинических и серологических (включая и спинальную жидкость), возможность заражения уменьшилась.

Установленное теперь статистически падение кривой сифилиса за последние годы безусловно будет продолжаться (известные колебания допустимы), и кривая будет низведена до минимума. Это будет иметь место особенно тогда, когда успешность лечения увеличится благодаря новым законоположениям, вменяющим в обязанность больному лечиться и устанавливающим контроль над этим лечением.

На основании того, что заболеваемость мягким шанкром, как это доказано во многих клиниках, идет волнообразно и определенно не зависит от терапии, я ни в коем случае не считаю правильным заключать, что сифилис протекает эпидемически и что лечение якобы не имеет здесь решающего

значения, как это трактуют Buschke, Gumpert и Langer. Ведь речь идет о небольшом количестве случаев мягкого шанкра, который, исходя из одного занесенного источника и быстро заражая некоторое число лиц, скоро ликвидируется, так как больные вследствие вызываемых шанкром расстройств обращаются к врачу и быстро излечиваются.

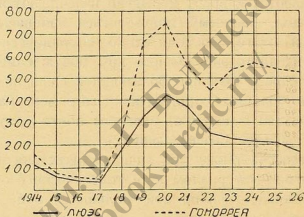
Нельзя, по-моему, пользоваться изменчивостью кривой этого исключительно спорадического и ограниченного заболевания при обсуждении течения такой социальной болезни как сифилис, которой в больших городах, как, например, Гамбург (статистика Haustein'a), охвачена почти $\frac{1}{4}$ мужского и $\frac{1}{10}$ женского населения.

Интересна также моя личная статистика наблюдений над материалом дерматологического отделения Мюнхен-швабингской больницы, куда почти исключительно направляются страдающие половыми болезнями женщины моложе 21 г., являющиеся главными носительницами заразы; это повышает ценность моей статистики. Материал этот дает возможность сравнить как движение сифилиса и гонорреи за последние 12 л., так и кривую изменчивости отдельных стадий сифилиса за это время. Так как отделение открыто было только в 1913 г., то сравнить современное положение с довоенным не представляется возможным. Оказывается, что кривая гонорреи (см. табл. 1) после падения с наивысшего

положения в 1920—1922 г.г. не падала дальше, подобно сифилитической кривой, но снова подымалась. Поэтому уменьшение сифилиса, которое

Таблица I.

Кривая сифилиса и гонорреи с 1914 по 1926 г.

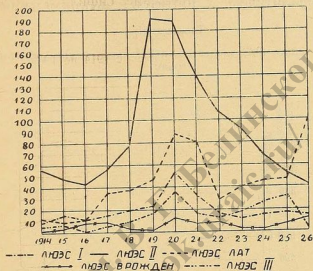


на моем материале за 1920—1926 г.г. составляет 42,7 %, нельзя приписать только неблагоприятным экономическим и социальным факторам.

При рассмотрении сифилитической кривой (см. табл. II) мы весьма ясно видим быстрый подъем манифестного сифилиса за 1918—19/20 г.г. в виде круто возрастающей кривой; в дальнейшем с 1920 по 1926 г. эта форма сифилиса ежегодно уменьшается на 21 %. Особенно интересно, что с 1925 г. по 1926 год сильно нарастает кривая латентного

Таблица II.

Распределение сифилиса по стадиям.



сифилиса, очевидно потому, что после многолетнего промежутка в крови и спинальной жидкости обнаруживаются поздние серологические рецидивы у тех многочисленных больных, которые недостаточно или вовсе не лечились в периоде флоридного сифилиса.

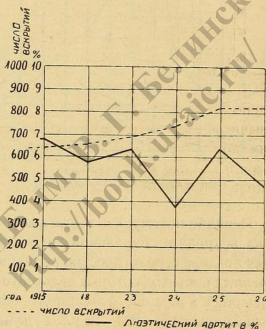
Обнаруживавшиеся в 1922—25 г.г. видимые клинические рецидивы, а также явные и для профана поздние третичные формы с 1925 г. быстро уменьшаются, так как больные, обеспокоенные этими явлениями, основательно лечились.

Аортиты и раннее интенсивное лечение.

Мне казалось, что лучше всего установить кривую сифилитических аортитов и аневризм на осно-

Таблица III.

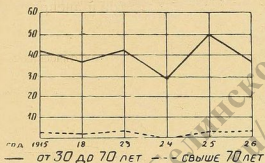
Распределение 4383 вскрытий и 247 люэтических аортитов по годам.



вании об'ективных секционных данных нашей больницы. Использован был секционный материал 1915—1926 г.г. На 4383 вскрытиях (таблица III)

Таблица IV.

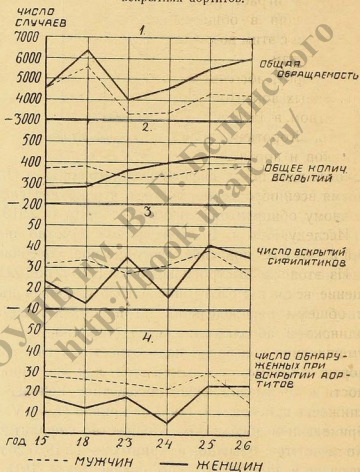
Распределение сифил. аортитов по возрастам.



было найдено 247 сл. сифилитического аортита. Процентное вычисление показывает, что кривая сифилитических аортитов снизилась с 6,8% в 1915 г. до 4,7% в 1926 г. В этой кривой заметно пока еще не вполне понятное своеобразное колебание, а именно: после быстрого падения с 1923 г. по 1924 г. снова подъем к 1925 г.; после 1925 г. кривая идет книзу. При распределении по полам, мы видим по кривой абсолютных чисел (таблица V), что это заметное колебание надо отнести за счет женщин, у которых оно отмечается как на кривой (табл. V, 3), указывающей абсолютное количество люэтических вскрытий, так и на кривой (табл. V, 4), указывающей абсолютное количество сифилитических аортитов. В каждой из кривых 2—4 в 1925/26 г.г. отмечается повышенное по сравнению с 1915 г.

Таблица V.

Распределение по полам общего количества больных и вскрытий, также числа вскрытий сифилитиков и обнаруженных на вскрытиях аортитов.



количество вскрытий женщин, почти соответствующее повышенной общей обращаемости больных женщин в эти годы (табл. V, кривая 1). Возможно, что здесь играет роль увеличенный прием больных женщин в общественные и частные кассы и связанная с этим возросшая с 1924 г. обращаемость их к врачам.

Наоборот, абсолютное количество анатомически найденных аортитов у мужчин, по сравнению с количеством в 1915 г.,—уменьшилось, медленно опускаясь. Короткая линия подъема мужчин-сифилитиков и аортитов с 1924 г. по 1925 г. в 3-й и 4-й кривых идет почти параллельно увеличенной за это время всей обращаемости больных мужчин и увеличенному общему количеству вскрытий мужчин.

Исследуя процентные соотношения в кривых 2-й, 3-й и 4-й, находим следующее (см. табл. на стр. 30).

Из этой таблицы видно, что процентное отношение вскрытий больных сифилисом по отношению к общему количеству у женщин осталось почти одинаковым, в то время как у мужчин замечается уменьшение на 1,5%. В процентном отношении аортитов к общему количеству вскрытий и в особенности к вскрытиям сифилитиков бросается в глаза снижение аортитов у мужчин: оно составляет в рубрике 2-й—9,1%, а в рубрике 3-й—даже 31,1%. Количества вскрытий женщин в рубрике 2-й разнятся только на 1,1%, а в рубрике 3-й—на 10,1%.

Таблица VI.

	1 Процентное отношение вскрытий больных си- филисом к общему ко- личеству вскрытий.		2 Процентное отношение аортитов к общему ко- личеству вскрытий.		3 Процентное отношение аортитов к вскрытиям сифилити- ков.	
	1915	1926	1915	1926	1915	1926
	%	%	%	%	%	%
Мужчины	8,4	6,9	13,2	4,1	90,3	59,2
Женщины	8,5	8,6	6,6	5,5	73,9	63,8

Рубрика 3-я кажется мне самой важной для обзора,—она показывает по сравнению с другими статистиками (Erich Langer, Gülich и др.) довольно высокие числа.

Из таблицы определенно видно, что на основании секционного материала нашей больницы количество аортитов не увеличилось ни в процентном отношении к общему количеству вскрытий, ни в отношении к вскрытиям сифилитиков; наоборот, как раз на последних констатируется резкое уменьшение аортитов, составляющее у мужчин даже 31,1%. При этом я подчеркиваю, что к вскрытиям сифилитиков причислялись только такие, где имелись

несомненные патолого-анатомические, клинические и серологические положительные данные.

Если наш секционный материал не особенно велик по сравнению с массовым материалом других статистик, то я все же полагаю, что его можно считать по крайней мере столь же надежным, так как он целиком прошел через одни руки и подвергся однообразной оценке. Другой вопрос, который, быть может, справедливо поднимает Bruhns, это—не имеет ли большого значения для точного определения абсолютного количества аортитов соотношение заболевших аорритами сифилитиков к оставшимся от них свободными, так как вскрытия всегда охватывали только те случаи сифилиса, которые протекают особенно тяжело. Эти сомнения по моему мнению безусловно основательны. Однако, насколько я знаю, в этом смысле имеется мало надежных данных на большом обзорном материале. Romberg¹ нашел сифилитический аортит у 13,3% из 1485 сифилитиков его отделения и в 70,9% всех случаев висцерального сифилиса. Среди 200 сифилитиков позднего периода, заразившихся 8—30 лет назад и поступивших в клинику большей частью из-за несифилитических кожных заболеваний, Bruhns после подробного исследования мог установить

¹ Romberg нашел, что аортиты—самое позднее из всех внутренних сифилитических заболеваний и что они «в среднем» только спустя 21,9 л. после инфекции дают первые симптомы.

у 23,3 % больных в лечебных учреждениях и у 27,5% в частной практике несомненное заболевание аорты. Если же к несомненным заболеваниям аорты прибавить вероятные, то процент заболеваний аортитами получится 38,8 в лечебных учреждениях и 31,4 в частной практике; «среди них значительно преобладали больные, которые безусловно плохо лечились».

На основании статистических сведений об увеличении в некоторых местах количества находимых на вскрытиях аортитов заключать о неблагоприятном влиянии интенсивного и в частности сальварсанного лечения сифилиса, применяющегося в последнее десятилетие, безусловно не приходится. Ведь заражение и лечение у лиц, подвергшихся вскрытию, имели место в среднем 15—20 л. назад, т.е. до сальварсанной эры.

Между тем, как отмечает уже Fraenkel, еще до 1909 г. констатировалось увеличение заболеваний аорты.

Мы теперь знаем, что для того, чтобы решить вопрос, было ли раньше проделано «достаточное» лечение, важно знать не количество курсов, а их продолжительность, интенсивность, промежутки между ними и качество ртутного препарата; необходимо знать также и результаты исследований крови и спинальной жидкости.

Поэтому я полагаю, что надо еще выждать тех заболеваний аорты, которые возникнут, несмотря

на увеличенную интенсивность наших курсов и несмотря на лечение сальварсаном, начавшееся только в 1910 г. и применяющееся в достаточной дозе только с 1914 г. В подтверждение же того, что благодаря современному интенсивному и больше всего сальварсанному лечению сократился промежуток между инфекцией и наступлением первых симптомов заболевания аорты, не приведено абсолютно никаких доказательств.

Нервный сифилис и раннее интенсивное лечение.

Со времени исследований Noguchi и Jahnke установлено, что прогрессивный паралич и табес вызываются сифилитическими спирохетами. Однако не все явления сифилиса и метасифилиса ц. н. с. могут быть объяснены одной сифилитической инфекцией. Здесь, очевидно, имеются еще другие моменты; иной ли способ внедрения сифилитического вируса, другой ли неизвестный фактор «Y», как его называют.

Со времени введения раннего лечения нервный сифилис, как утверждают, стал встречаться как будто чаще: разумеется, вопрос о зависимости между частотой нейролюэса и лечением уже продолжительное время находится в центре внимания. Nonne установил, что среди душевных больных,

начиная с первых десятилетий прошлого века, паралич увеличился на 10—30% и утверждает, что, по его данным, прогрессивный паралич и табес «не стали реже» со времени введения энергичного abortивного лечения.

Другие неврологи, как, например, Willmans, Gärtner, Hauptmann, придерживаются того мнения, что эти болезни увеличились, с чем согласны и дерматологи Finger, Leven, Bergell и др. Они искали причину этого явления как в естественном иммунитете ц. н. с., так и «в недостаточных» иммунных процессах кожи, которые или были заглушены слишком рано начатым антисифилитическим лечением, или с самого начала были недостаточно развиты. Steiner на основании экспериментального изучения рекурренса также высказывается за то, что при сифилисе «преждевременная» хемотерапия может «загнать» спирохеты в более слабую в иммунном отношении ц. н. с.

Этот взгляд на под'ем металюзса и особенно прогрессивного паралича не остался, конечно, без возражений со стороны многих авторов и прежде всего неврологов, как, например, Kraepelin, Bonhöffer и Bumke.

Другие статистики отмечают, наоборот, не увеличение, а скорее уменьшение прогрессивного паралича; так, в Берлине, Дрездене, Хемнице, Лейпциге, Бреславле, Вене (8%) и Мюнхене за период времени

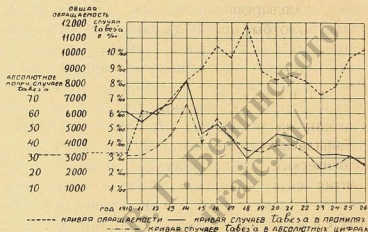
с 1924 г. по 1926 г. прогрессивный паралич упал с 7,8% до 6,8% всего количества поступивших на излечение больных. По этим сообщениям, табес, видимо, тоже уменьшился, при чем, по Witke, характер как прогрессивного паралича, так и табеса заметно изменился — они протекают более легко.

Действительно ли уменьшение прогрессивного паралича и табеса в этих местах объясняется исключительно хемотерапевтическим лечением, не установлено. Witke установил, что после временного подъема, продолжавшегося с 1911 г. по 1918 год в Лейпцигской психиатрической клинике и с 1914 по 1918 год в Саксонских психиатрических учреждениях, наблюдается снижение кривой паралича, каковое в Берлинской (Bonhöffer) и в Бреславльской (Stouzina) психиатрических клиниках начинается уже с 1913 г. В это же время, согласно общей сводке, в Баварии и Фрейбурге кривая паралича, обнаруживая небольшие колебания, осталась на той же высоте; «во всяком случае не поднялась и со времени введения сальварсанной терапии». Впрочем, с 1924 г. можно и в Мюнхене отметить уменьшение паралича.

Следующая таблица, составленная по историям болезней внутренних отделений нашей больницы, передает частоту табеса. Среди 142.379 больных 1910—1926 г.г. было 635 случаев табеса (4,5‰). До 1914 г. количество обращаемости и количество случаев табеса (последние до 8‰) параллельно нарастали.

Таблица VII.

Кривая табеса за 1910—1926 г.г.



В годы 1914—1918 общая обращаемость снова увеличилась на $6,6\%$, частота же табеса уменьшилась с 8% до 3% . Очень заметно расходятся обе кривые с 1923 г.: общая обращаемость за годы 1923—1926 увеличивается на $70,6\%$, а частота табеса за то же время уменьшается на $0,7\%$. Почти параллельно кривой, показывающей движение табеса по отношению к другим болезням, идет и кривая абсолютного количества случаев табеса, которые с наивысшей точки в 1914 г. спустились на $38,5\%$ к 1926 г.

Из использованного большого материала нашей больницы как в отношении общей обращаемости,

так и абсолютно мы не только не видим увеличения табеса, но, наоборот, уменьшение. Между тем, по мнению противников энергичного раннего лечения сальварсаном, за этот период времени должно было бы произойти заметное увеличение табеса.

Когда начинать лечение сифилиса?

Должны ли мы действительно в раннем периоде сифилиса выжидать появления естественных биологических защитных реакций организма, т.-е. развития сыпи, и потом только начинать лечение?

Так следовало бы поступать, судя по тому, что было сказано о значении защитной функции кожи для внутренних органов и об антагонизме между кожными явлениями раннего периода и нервным сифилисом. Во-первых, по наблюдениям старых сифилидологов, табес и прогрессивный паралич наблюдаются чаще именно при незначительных проявлениях на коже, во-вторых, по Gärtner'у и Willmanns'у «неврогенное превращение сифилиса» наступило именно со времени введения энергичного раннего комбинированного сальварсанного лечения вследствие подавления кожных явлений и функций «естественного оборонительного и защитного аппарата».

Этим утверждением воспользовались, подкрепляя его данными систематических исследований спинальной жидкости, указывающих, что химические средства, встречая второй барьер в спинно-мозговых оболочках, даже в весьма энергичных дозах в значительном проценте случаев оказались мало действительными как для «оздоровления» спинальной жидкости позднего периода, так и для излечения тяжелых заболеваний ц. н. с., признанных теперь люэтическими. И весьма благоприятные данные отдельных наблюдений (Sioli), по которым энергичным сальварсанным лечением прогрессивного паралича в 30—50% добивались очень хороших ремиссий на 1—1½ г., не могли в сущности рассеять заблуждений.

Но действительно ли энергичное раннее лечение способствует возникновению впоследствии «нервного» сифилиса и должны ли мы, дерматологи, оставить это лечение?

Прежде всего предварительный вопрос: дает ли какую-либо надежную гарантию от внедрения спирохет в ц. н. систему та иммунизирующая защита, которую развивает кожа, реагирующая сыпью на инфекцию? Очевидно нет, ибо эта защитная функция кожи отсутствует у большинства сифилитиков.

Со времени начала систематических исследований спинальной жидкости в раннем периоде мы знаем

что еще за целые недели до появления розеолы вирулентные, как экспериментально установлено, спирохеты не только циркулируют в крови, но могут проникнуть и в спинальную жидкость (Arzt, Kern и Frühwald).

Уже через час после экспериментально вызванных первичных аффектов Kolle на далеком от них расстоянии нашел внутрилимфатические гнезда спирохет.

По исследованиям Ehrmann'a и Hoffmann'a, еще при серонегативном первичном сифилисе в периферических нервных влагищах в окружности первичных аффектов найдены спирохеты. Поэтому успех лечения в этом раннем периоде тем вернее, чем раньше мы путем тщательной экстирпации и разрушения первичного аффекта искореним очаг заражения с его главной массой спирохет. Ранним спириллоцидным вмешательством мы поддерживаем местные оборонительные силы в борьбе против проникшего и, несмотря на экстирпацию шанкра, оставшегося вируса.

На основании таких наблюдений большинство авторов, между прочим Nonne, Fleischmann и др., теперь того мнения, что инфекция ц. н. с. может наступить еще до общей инфекции крови и что фактически это происходит чаще, чем принято думать. Во всяком случае уже в самом раннем вторичном стадии спинальная жидкость бывает, хотя бы

временно, заражена спирохетами¹. Наблюдали, что даже спустя много лет у нелеченных сифилитиков спинальная жидкость становилась положительной (Rost, Plaut). Поэтому уже в самом раннем периоде не в каждом случае удастся предотвратить проникновение спирохет через мозговые оболочки; преграда между кровью и спинальной жидкостью для спирохет не так уже непроницаема, как для наших медикаментов. Было бы однако неверно в этом случае говорить всегда о «нервном» сифилисе. Как правило, речь идет, повидимому, только о лимфоцитозе, как о выражении оборонительной реакции организма, т.-е. мозговых оболочек, о «розеоле» этих последних, по выражению Nonne, или о легких коллоидальных изменениях.

Хотя в настоящее время нет, собственно, еще точной сводки того, насколько в этом раннем периоде спирохеты в отдельных случаях вступают в контакт с тканью центральных органов, все же из достаточно многочисленных исследований

¹ Возможность ранней—даже при наличии одного шанкра без положительной р. В—инфекции не только ц. н. с., но и любого висцерального органа—твердо установленный факт. За это говорят как клинические данные—прерозеолезные нефриты, желтухи, гепатиты, параплегии и пр.,—так и нахождение трепонем в спинальной жидкости, то нормальной, то глубоко патологической. Видимо, шанкр миндалин особенно благоприятствует этому.—Armuzzi—G. It. di Derm. e. Syph. 1927. F. 1. Ред.

(Königstein, Goldberger, Dreyfuss и мои собственные наблюдения) мы знаем, что эти ранние реакции спинальной жидкости большей частью и без лечения через короткое время исчезают, по моим наблюдениям, в течение всего первого года. Поэтому всеми теперь разделяется мнение, что в ранней стадии мы можем считать спинальную жидкость патологической лишь в том случае, если наряду с лимфоцитозом имеются положительные серологические и ясные глобулиновые реакции.

В последнее время шеллаковая реакция ликвора оказалась технически весьма простой, надежной и идущей вполне параллельно с р. В.

Такие изменения спинальной жидкости в раннем периоде, которые указывают на отложение спироксета в ткани мозговых оболочек или ц. н. с., надо во всяком случае оценивать с известной осторожностью: как правило, они проходят после энергичного раннего лечения. Finger и Kyrle, которые наблюдали временные изменения спинальной жидкости, возникающие от 4 мес. до 2 л., полагают даже, что как раз сильные и бурно наступающие в ранней стадии изменения ликвора надо считать в терапевтическом отношении более доброкачественными, нежели незначительные и медленно развивающиеся. Это согласуется и с моими наблюдениями.

Мы знаем, что спинальная жидкость и после «выздоровления» может много лет спустя давать

рецидивы. Таким больным угрожает действительно тем большая опасность, что изменения спинальной жидкости, не подвергающиеся в раннем вторичном периоде обратному развитию, вероятно вследствие недостаточно сильных защитных реакций со стороны бедной сосудами твердой мозговой оболочки и мозга, как правило, не исчезают уже ни произвольно, ни при применении современных хемотерапевтических средств. Скрытое гнездо спирохет, о присутствии которого свидетельствуют стойкие изменения ликвора, может снова стать активным под влиянием эндо- или экзогенных причин. Развивается ли металюэс в дальнейшем, в случаях с стойко патологическим ликвором, пока еще нерешенный вопрос. Nonne, на основании своего опыта, считает, что ок. 10—12% сифилитиков заболевают табесом, прогрессивным параличем и сифилисом мозга.

Я уже раньше отверг взгляд, по которому иммунизирующие защитные факторы, возникающие благодаря общей кожной реакции в раннем периоде, действительно настолько предотвращают патологические и стойкие изменения ликвора, чтобы при всех обстоятельствах, как этого желают Willmanns и др., можно было решиться выжидать с лечением до появления этих реакций. Ведь по данным Kraepelin'a 7,7% мужчин и 10,1% женщин-паралитиков несомненно имели на коже общие

сифилитические проявления И Nonne справедливо подымает вопрос, не потому ли в большинстве случаев паралитики не лечились, что у них не было видимых кожных реакций? В сводке случаев прогрессивного паралича за последние десятилетия прошлого века Nonne нашел, что лечились только 10—30% паралитиков, а 68,2% не лечились. Наипун нашел среди паралитиков более высокий процент нелеченных, нежели леченных (в то время ртутью).

Ухудшил ли сальварсан эти соотношения?

Исключая Genperich'a, который в отличие от всех прочих статистиков привел большое число изменений спинальной жидкости как при нелеченном, так и при леченном сифилисе, другие авторы нашли следующее: Rost — при нелеченном сифилисе 45% изменений спинальной жидкости, при леченном 28%; Bering — по сообщению его ассистента Meissner'a, у свыше 1400 больных сифилисом разной давности, большей частью, однако, при старом сифилисе нашел патологическую спинальную жидкость: у нелеченных—у 31%, у очень мало леченных у 53%, у хорошо леченных—у 24%.

Обращает на себя внимание высокий процент у недостаточно леченных; кроме того интересно, что спинальная жидкость у 24% все же осталась патологической. Е. Hoffmann, который всегда энергично лечил, нашел, по прежней статистике, при плохо леченном сифилисе—28% изменений

спинальной жидкости, при удовлетворительно лечении — 23%, при хорошо леченном — 9%.

Для оценки хорошего комбинированного максимального сальварсанного лечения с короткими промежутками особенно характерна новая сводка Zurhelle и Krechel'я, которая почти совпадает с данными нашей клиники, где больных всегда также интенсивно лечили висмутом и сальварсаном, исключая некоторых, леченных ртутью и сальварсаном. У Zurhelle и Krechel'я речь идет по преимуществу о результатах висмута-сальварсанного лечения.

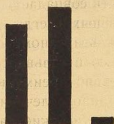
Эти почти совпадающие статистические данные говорят за то, что положение, будто опасность нервного заболевания грозит именно тому, кто особенно добросовестно и энергично лечился, безусловно ошибочно. Напротив, при хорошем комбинированном лечении в раннем периоде мы получаем только весьма незначительный процент изменений спинальной жидкости. В сравнении с этим у не энергично лечившихся процент получается высокий, а у плохо лечившихся еще более высокий. (табл. VIII).

Курсы, растянутые слишком большими промежутками, в особенности между отдельными назначениями, также слабые курсы с низкой общей дозой или с слишком маленькими отдельными дозами — опасны прежде всего потому, что действуют провокаторно. На основании совпадающих

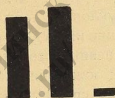
Таблица VIII.
Изменения ликвора.

При lues II.

не плохо хорошо¹
леченном
47,8% 50,5% 3,6%



не плохо хорошо¹
леченном
38% 42% 3%



При lues lat.

не плохо хорошо
леченном
35,3% 57,7% 7,1%



не плохо хорошо
леченном
30% 45% 8%



Материал Боннской универ.
кожной клиники.

Материал кожной клиники
в Мюнхен-Швабинге.

¹ К «хорошо» леченым случаям причисляются те, которые проделали по меньшей мере два энергичных курса; к «плохо» леченым—те, которые проделали три недостаточных курса.

кривых можно считать доказанным, что отсутствие лечения благоприятствует нервному сифилису. По точным статистическим данным, нужно совершенно оставить опасение, будто современное комбинированное высокодозированное сальварсанное лечение благоприятствует развитию нервного сифилиса. Метода раннего энергичного лечения надо твердо и неуклонно держаться; при нем существенное значение имеет уже упомянутое соображение: путем устранения источников заражения ограничить сифилис, как социальную болезнь.

И мы спокойно ждем результатов только в «последние годы» применяемого раннего энергичного сальварсанно-висмутового лечения, которые скажутся только много лет спустя. Тогда только мы узнаем окончательную судьбу этих больных и сумеем оценить все значение теперешних хемотерапевтических успехов.

Не забудем, что, вследствие назначения небольших доз ртути, висмута и сальварсана, которые мы теперь, согласно нашим современным знаниям, должны считать недостаточными, некоторые больные получали в ранней стадии «раздражающие» дозы. Это в особенности имело место у практического врача на селе, который не мог так следить за изменениями в терапии, и к которому больные, вследствие отдаленности расстояний, обращались реже. Я лично не сомневаюсь, что при дальнейшем

применении в раннем периоде теперешних высоких хемотерапевтических доз поздний сифилис, включая и нервный, еще более уменьшится.

Комбинированное сальварсано-ртутно-висмутовое лечение и его контроль.

Что же мы теперь практически понимаем под энергичным комбинированным лечением?

Мы понимаем под этим, что за один курс дается: по отношению к ртути, например, 7—8 «кругов» по 6 втираний 6 гр. ртутной мази. Растворимые ртутные препараты я должен, по личному опыту, отклонить для лечения раннего сифилиса, как действующие недостаточно, также как и смешанное впрыскивание по Linser'y, при котором мы видели поразительно много рецидивов.

При позднем же сифилисе, на ряду со ртутными втираниями в указанной дозе, допустимы, по особым показаниям, и растворимые ртутные препараты, как новазуроль — 20 ин'екций по 2 к. с., — или нерастворимая 40% салициловая ртуть — до 0,7 ртути на курс в 14 ин'екций. Для ртутного лечения в позднем периоде сифилиса также заслуживают внимания втирания. Каломель, как сильно действующий, образующий депо препарат, я бы при прогрессивном параличе и табесе заменил втираниями (если здесь вообще следует давать ртуть),

так как я видел, что каломель вызывает ухудшение и плохо переносится.

На основании имеющегося уже теперь опыта я все же полагаю, что по сравнению с ртутью можно отдать предпочтение в и с м у т у, который по своему действию и, очевидно, по продолжительности его, поскольку теперь можно говорить об этом, не уступает ртути. Он не вызывает боли и, что важнее всего, переносится лучше; кроме того, при висмуте нет нужды прерывать курс из-за побочных действий, частых при ртути, а этим, возможно, устраняется опасность развития нервного сифилиса.

Дело личного опыта, какому висмутовому препарату отдать предпочтение. Внутривенного применения висмута рекомендовать не следует из-за неприятных осложнений—и даже смертных случаев. По экспериментальным исследованиям Kolle и Ritz на животных, доза висмута, необходимая для излечения твердого шанкра при внутривенном введении,—близка к смертельной. По Kolle же, действие внутривенно вводимого висмута незначительно и быстро проходящее. По его данным, устойчивое действие висмута получается только при применении препаратов, образующих депо в тканях.

Рекомендовались также втирания висмутовой мази, испробованные при экспериментальном сифилисе у кроликов (Bruno Albrecht и Elsa Evers), но не давшие пока удовлетворительного результата.

Этими мазями нельзя добиться ни исчезновения спирохет, ни обратного развития первичного аффекта,—что удается при ртутных втираниях.

Я, однако, определенно полагаю, что эти попытки, быть может с иначе составленными висмутовыми мазями, нуждаются еще в проверке.

Из висмутовых препаратов мы применяем почти исключительно бисмогеноль. Впрочем, между испробованными нами препаратами Vi мы не констатировали существенных различий ни в отношении излечения клинических явлений, ни в отношении проходимости их через мозговые оболочки.

Что касается действия висмута на спирохеты, то не столь важно количество и скорость всасываемости, как качество препарата, зависящее от его химической структуры. Тем не менее заслуживает предпочтения высокая общая доза висмута, т. к. параллельно увеличению дозы большее количество висмута переходит в ликвор. Вместо часто назначаемых 12 — 15 впрыскиваний, лучше назначить 20 — 25 по 2 ин'екции в неделю. При этом мы могли констатировать несомненные преимущества в смысле воздействия на серологические реакции.

На поднятый Kolle вопрос, не вызывает ли часто назначение больших количеств висмута, который месяцами остается лежать в мышцах в виде депо, ненужную передозировку, я лично могу ответить отрицательно.

Превращение $+ \text{p. В. в}$ — происходит при висмуте медленнее, чем при энергичном лечении ртутью, так что только спустя 4—6 нед. по окончании висмутового курса можно судить о его серологическом результате.

Побочные явления от висмута очень редки. Сильных стоматитов и энтеритов мы на большом материале никогда не видели, висмутовые экзантемы также весьма редки, а если бывают, то незначительные. Как и при ртути, надо через инъекцию следить, нет ли нефритического раздражения почек, которое наступает при понижении функции их, например после перенесенной ранее скарлатины. Эти нефриты, однако, не так часты, как при ртутных, образующих депо, препаратах, и, в противоположность ртутным нефритам, быстро исчезают, если на короткое время отменить висмут.

Все висмутовые препараты с содержанием 8% Bi требуют тщательного контроля мочи и ни в коем случае не должны быть назначаемы чаще двух раз в неделю по 1 куб. см., так как от них скорее наступает раздражение почек¹.

Что касается эффекта от лечения висмутом, то в литературе имеются исключительно благоприятные

¹ Для определения висмута в моче хороша реакция Vonkell'я: мочу обесцветить животным углем, к 5 куб. см. фильтра прибавить $\frac{1}{2}$ куб. см. acid. nitr. fum., спустя 1 минуту 5—20 кап. реактива Leger'a. В присутствии висмута наступает

сообщения как относительно действия на спирохеты, так и относительно излечения клинических явлений и влияния на серологические реакции. Наши собственные наблюдения над клиническим и серологическим действием висмута дали одинаково благоприятные результаты.

Сообщений, основывающихся на массовом материале, о более продолжительных результатах лечения раннего сифилиса висмутом, насколько я знаю, не имеется.

Интересна поэтому сводка случаев, которые после одного только висмутowego курса в 20 — 25 впрыскиваний по 1 куб. см. — без сальварсана — позднее были прослежены в течение около двух лет (см. табл. на стр. 52).

Процентные соотношения, ввиду небольшого количества случаев, в таблице не даны. В том, что из 37 прослеженных случаев манифестного вторичного сифилиса у 25 после двухлетнего наблюдения были отрицательные реакции и только у 12 рецидивы, я вижу доказательство устойчивого действия висмута.

Другая таблица показывает результаты более чем двухлетнего наблюдения над сифилитиками,

коричнево-красная окраска от иод-хинин-висмута. (Реактив Leger'a: одинаковые части chinin, sulfuric, 12 : 300 и иодистого калия 6 : 300; к каждому 10 куб. см. смеси прибавить 2 капли acid. nitr. officinal.)

Таблица IX.

Исключительно висмутовое лечение (только один курс в 20—25
впрыск. по 1 куб. см.).

Род заболевания	Количество случаев.	Р е а к ц и я В а с с е р м а н а.															
		Н а ч а л о.		С е р е д и н а.		К о н е ц.		Колич. контролей.	Контроль после 4 мес.		Контроль после 6 мес.		Контроль после года.		Контроль после 2 лет.		
		—	+	—	+	—	+		—	+	—	+	—	+	—	+	
Сиф. I серонегативн. . .	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
» » серопозитивн. . .	5	—	—	—	—	5	5	4	4	6	1	9	26	11	1	12	
Сиф. II	67	—	67	—	—	54	13	37	31	—	28	—	—	—	25	—	
Сиф. латентн. серопоз. . .	2	—	2	—	—	2	—	1	1	—	2)	—	—	—	—	—	
» » серонегат. . .	5	5	—	—	—	5	—	2	2	—	2	—	1	—	1	—	

леченными только одним комбинированным висмутом—(25 впрыскиваний по 1 куб. см.)—сальварсанным (нео. 6 гр.) курсом. В особенности интересна здесь рубрика серопозитивного латентного сифилиса, где у 25 прослеженных случаев из 28—реакции после двух лет остались еще отрицательными.

¹⁾ 3 больных не явились больше; ²⁾ не явились; ³⁾ 2 больных не явились для контроля.

Таблица X.

Висмута-сальварсан. лечение: только 1 комб. курсом Vi (25 впр.)
+ сальварсан (6 гр. нео).

Род заболевания.	Количество случаев.	Реакция Вассермана														
		Н а ч а л о.		С е р е д и н а.		К о н е ц.	К о л и ч . К о н т р о л ь п о с л е 4 м е с.	К о н т р о л ь п о с л е 6 м е с.	К о н т р о л ь п о с л е г о д а.	К о н т р о л ь п о с л е 2 л е т.						
		-	+	-	+						-	+	-	+	-	+
Сиф. I серонегативн. . . .	10	10	—	10	—	10	—	6	6	—	5	1)	4	3)	2	6)
» I серопозитивн. . . .	18	—	—	18	18	—	7	7	—	5	2)	2	1	4)	—	—
Сиф. II	59	—	59	—	46	13	24	20	4	17	7	16	8	5)	—	—
Сиф. латентн. серопозитивн.	75	—	75	—	59	16	28	25	3	25	3	25	3	25	3	—
» латентн. серонегативн.	89	89	—	—	89	—	19	19	—	19	—	19	—	19	—	—

Как ртуть, так и висмут надо всегда, если нет противопоказаний, комбинировать с сальварсаном

1) 1 больн. больше не явился; 2) 2 больн. больше не явились;
3) 2 больн. не явились; 4) 4 больн. не явились; 5) на результат
воздействовали новыми курсами; 6) 4 больн. не явились.

и при раннем сифилисе назначать еженедельно 1,2 гр. нео или сальварсан-натрия, при общей дозе в 6—7 гр.

По сравнению с прежним стали теперь, преимущественно по совету Е. Hoffmann'a, увеличивать при раннем сифилисе отдельные дозы и прежде всего общую дозу сальварсана, в правильном убеждении, что как раньше по отношению к ртути, так и теперь по отношению к сальварсану, надо считаться с привыканием спирохет, благодаря чему при небольшой дозировке может увеличиться опасность появления так называемого упорства по отношению к сальварсану. Доза, необходимая для получения лечебного эффекта, очевидно, для различных организмов различна. Неозильберсальварсан—также хороший препарат и назначается по 0,9 в неделю и в количестве 5—6 гр. за курс. Однако, после многих курсов его применения описана уже аргирия; он также не всегда безразличен для слабой почки вследствие обременения ее тяжелым металлом. Мы отдавали предпочтение нео и сальварсан-натрию, но при невыносливости меняли сальварсанные препараты и при этом могли подтвердить отличное действие и переносимость неозильберсальварсана.

Применять сальварсан в маленьких дозах и с большими промежутками особенно рискованно и опасно при лечении раннего сифилиса. В качестве

первой дозы лучше всего давать 0,45 нео или сальварсан-натрия.

При серонегативном сифилисе I с слабо + р. В, хотя бы и временной, мы после первого курса теперь обязательно назначаем второй курс. В зависимости от силы и продолжительности позитивной фазы и в зависимости от клинических моментов, как величина регионарных желез, возраст первичного аффекта и т. д., мы после первого курса ради уверенности назначаем еще два курса; каждый курс следует за другим точно по истечении 6-нед. промежутка.

Как при серонегативном lues I с позитивными колебаниями, так и при уже серопозитивном lues I такое систематическое раннее максимальное лечение в виде 2—3 курсов дает отличные результаты. Так, у E. Hoffmann'a 82%, а у Ruge 98,5% сл. первичного серонегативного сифилиса оставались после 2 курсов свободными от рецидивов. На нашем материале, при лечении серопозитивного первичного сифилиса Bi + salvarsan мы после, по крайней мере, четырехлетнего наблюдения могли насчитать 98% свободных от рецидивов случаев (табл. XIII).

При серопозитивном первичном сифилисе, так же как и при манифестном сифилисе и при латентном раннего периода, мы назначаем два таких комбинированных курса с промежутком ок. 6 нед. после последовавшей — р. В, которой, при своевременном

лечении, можно всегда добиться после первого курса. По всем данным, трех курсов всегда достаточно, если нет перерывов и дозировка правильная¹.

Так же и при сифилисе позднего периода, с явлениями или без них, применяется система лечения многими комбинированными курсами (Salvarsan+Bi или Hg), если только нет каких-либо противопоказаний против того или другого средства со стороны конституции больного или вследствие органических заболеваний (декомпенсация сердца, сморщенная почка, аневризма). Принимая во внимание, что при каждом давнем сифилисе надо считаться с возможностью специфического заболевания внутренних органов, возникшего благодаря сифилису, с нарушением функций и предрасположением к заболеваниям, то при выборе хемотерапевтических средств и дозы следует, согласно предостережениям интернистов (Müller, Romberg, Schlesinger), быть осторожным

¹ Шестинедельные промежутки, мне кажется, введены, на основании точных исследований выделений висмута в моче, т. к. к этому сроку после 20 инъекций висмут обнаруживается в моче в значительном количестве, а следовательно еще рассасывается. До выделения главной массы висмута ни в коем случае не следует начинать нового курса. Поэтому 6 нед.—это самый ранний срок, после которого позволительно начать новый курс. Лучше было бы возобновить лечение только спустя 8 нед., когда выделение висмута заканчивается. 2 нед. до этого лечить иодом.

и опасаться передозировки, особенно сальварсана (например при повреждениях печени с желтухой или без нее). Это опасение имеет место, если заранее твердо не установлена возможность отягощения важнейших органов, как сердце и аорта (рентгенография), печень и почки (функциональное исследование: проба с галактозой для печени и проба водная и на концентрацию для почек). Это функциональное исследование, трудно выполнимое для практического врача, надо теперь всегда требовать при стационарном наблюдении.

При беременности нужно лечить также энергично, при тщательном контроле функции почек и печени. При этом целесообразно незадолго до родов уменьшить дозу сальварсана. В послеродовом периоде вследствие большой опасности для печени и почек, мы, соблюдая тот же контроль, рекомендуем начинать комбинированное лечение только после 10 инъекций Vi (2 раза в неделю).

При активном туберкулезе рекомендуется вначале лечить исключительно сальварсаном, не прибегая к тяжелым металлам.

Через 4—6 нед. по окончании курса надо проделать серо-реакцию, каковая должна повторяться каждые 3—4 мес. в течение 2 л., а при более старом сифилисе в течение 3 л., потом 2 раза на 3-м и 5-м году. Спустя 6—8 нед. после abortивного курса, а при нескольких курсах приблизительно

через 6 мес. по окончании последнего, безусловно необходимо исследовать спинную жидкость и, если возможно, повторять это исследование с промежутками около 2 — 3 л. после предварительной провокации посредством 0,3 нео. Для амбулатории мы предпочитаем «субокципитальный прокол», который не дает почти никаких явлений менингизма.

Больных в раннем периоде мы можем только в том случае считать излеченными, если при отсутствии клинических явлений в течение по меньшей мере 2 — 3 л., исследование крови и спинной жидкости по окончании последнего курса дает отрицательный результат.

«Гарантировать излечение», конечно, мы теперь «абсолютно» еще не можем. Мы знаем, что в раннем периоде в единичных случаях р. В. сперва отрицательная с годами может стать положительной, и даже по истечении трехлетнего наблюдения со дня окончания лечения нет надежного критерия, указывающего на наличие или отсутствие латентного нервного сифилиса, хотя это все же исключение.

Все же я полагаю, что после правильного лечения и многолетнего контроля крови и ликвора мы с большей уверенностью, чем раньше, можем говорить об «излечении» и заявлять об этом нашим больным.

Что именно в раннем периоде, как это было подчеркнуто, нельзя недолечивать, об этом учат данные

Plaut и Mulzer'a, которым экспериментально на животных недостаточным сальварсанным лечением удалось усилить нейротропность некоторых штаммов спирохет. Я напому также о так называемых «неврорецидивах раннего периода», при которых, как показывает опыт, в анамнезе всегда имеются недостаточное лечение и продолжительные перерывы, часто вызванные то беспечностью больных, то побочными действиями медикаментов, в особенности при применении ртути. Эти рецидивы при назначаемых теперь дозах сальварсана чрезвычайно редки. Являются ли больные с неврорецидивами кандидатами на поздний сифилис, это еще вопрос. Надо еще раз подчеркнуть статистически установленный факт, что недостаточная дозировка именно сальварсана, по всей вероятности, ухудшает течение сифилиса и очень часто вызывает «невросифилис».

Следующая сводка нашего личного материала дает представление о результатах максимального лечения несколькими висмута-сальварсанными курсами, прослеженных в течение 4-х лет (см. табл. на стр. 60).

Приведенные исключительно благоприятные результаты более, по моему мнению, благоприятны, чем наш опыт комбинированного ртутно-сальварсанного лечения. Среди 45 больных, у которых была контролирована спинальная жидкость, найден

Таблица XI.

Род заболевания.	Количество случаев.	Отрицат. р. после 4 лет.	В процент.
Lues I seropositiva	50	49	98
Lues II manifesta	150	141	94
Lues latens (ранний скрыт. период)	120	102	85
Lues latens (поздний скрыт. период)	50	31	62
Lues congenita	10	3	30
Lues seronegativa (один Vi—As абортивный курс)	22	22	100

только один случай с положительным ликвором, что и надо особенно отметить.

Высказанное некоторыми авторами опасение, что после лечения висмутом получится больше ликвор-позитивных случаев, чем после лечения ртутью, совершенно ошибочно; мне кажется, что дело обстоит как раз наоборот. Лично я полагаю, что результат отчасти потому столь благоприятный, что мы всегда применяли не только высокую общую дозу сальварсана, но и большие дозы висмута.

Лечение иодом.

В виду общеизвестного могущественного действия иода на гуммозные процессы, остается в силе требование, чтобы при позднем сифилисе, до применения

хемотерапевтических средств и биологических методов, предварительно всегда проводилось энергичное лечение иодом. Благодаря биологическим изменениям в реактивной зоне и разрушению специфических гранул иод способствует лучшему воздействию хемотерапевтических и биологических средств на спирохеты и, кроме того, предотвращает нежелательные очаговые реакции. Из этих же соображений до лечения сальварсаном следует на короткое время осторожно назначать ртуть, лучше всего в форме втираний, или висмут.

Что касается лечения раннего сифилиса иодом, то известно, что он при обычном назначении внутрь и, как установлено, внутривенно, по существу действует неспириллоцидно, но влияет на сифилитические явления посредственно или как катализатор, или изменяя липоидный обмен. Поэтому действие его на явления раннего периода незначительное и недостаточное. Он хорошо влияет на ранние воспаления и боли надкостницы, заболевания суставов, на специфическую узловатую эритему, на специфические головные боли и невралгии раннего периода, также на редкие теперь явления так называемого злокачественного сифилиса.

Раньше применяли иод как подготовительное лечение до назначения ртутного курса или сейчас же за ртутным курсом в течение продолжительных промежутков между ними. От этого ждали благо-

приятного влияния на рассасывание специфических инфильтратов,— обстоятельство, которое имеет значение еще и теперь и которое, на мой взгляд, слишком часто игнорируют. Главная область применения иода—это сифилис ц. н. с. и третичный сифилис, где он оказывает выдающееся терапевтическое действие.

Причины возникновения нервного сифилиса.

От чего же зависит, что, несмотря на максимальное лечение, в известном проценте случаев все же возникает нервный сифилис? Это остается еще тайной, несмотря на все исследования и умозаключения. Нейротропные свойства, экспериментально констатированные у некоторых штаммов как спирохет, так и трипаносом, видимо, не являются их постоянными органическими свойствами, так как под влиянием неизвестных еще нам условий они то возникают, то снова исчезают. Незначительное количество случаев «нервного» сифилиса, полученного из «одного» источника заразы, как, например, у супругов, при большом количестве всех люэтических инфекций не является, как это справедливо указывает Plaut, доказательством, что здесь решающее значение имеют особые нейротропные штаммы. Против такого взгляда говорит и то, что, согласно посемейным исследованиям

Plaut, больные сифилисом члены семейств и потомки табетиков и паралитиков, которые, по Plaut, оказываются в трети случаев больными, не обнаруживали ни явлений нервного сифилиса, ни патологических изменений в спинальной жидкости. Plaut и Spielmann полагают, что нейротропную способность спирохеты табетиков и паралитиков приобретают только впоследствии. Теория «нервного вируса», в смысле существования постоянного своеобразного штамма спирохет, должна быть оставлена.

Благодаря наблюдаемой при всех других болезнях зависимости между течением инфекции и конституцией мы теперь склоняемся к мысли, что для столь различного индивидуального течения сифилиса решающее значение имеют «конституциональные особенности» инфицированных. Это, разумеется, вопроса не решает.

Лечение нервного сифилиса.

В виду недостаточных и неудовлетворительных результатов при обычном лечении позднего, в особенности нервного сифилиса, вступили на другой путь, чтобы добиться большего воздействия на эти случаи¹.

¹ «Эндолюмбальное лечение», по Gennerich'y, уже вследствие трудности техники не могло укорениться, а сообщения об успехах этого метода, превосходящих успех от других методов лечения, не остались без возражений.

Повторные попытки активной иммунизации успеха не имели. Также от впрыскиваний взвесей спирохетных культур нельзя установить существенного воздействия на ранний сифилис.

Попытки как пассивной иммунизации, так и лечения сывороткой также никакого успеха при сифилисе не имели, безразлично, брали ли сыворотку старых табетиков или животных, предварительно обработанных культурами спирохет или сывороткой сифилитиков.

При старом сифилисе и третичных явлениях, равно как и при раннем сифилисе, как раз в последнее время пытались добиться улучшения результатов хемотерапии, вызывая реакцию кожи с целью стимулировать ее функцию образования защитных веществ.

При этом основывались на некоторых наблюдениях в роде того, что после интенсивных дерматитов от сальварсана или от горного солнца замечали более скорое излечение клинических явлений в упорных до того случаях. В некоторых клиниках при лечении как свежего, так и позднего сифилиса были с переменным успехом сделаны попытки вызывать раздражающими световыми дозами реакцию со стороны кожи. При этом исходили из требования Hauptmann'a вызывать на коже экзантемы, чтобы использовать жизненные защитные силы организма.

Определенных результатов, основанных на надежном материале, исключая единичные наблюдения, пока не имеется. Видимо, однако, естественные оборонительные силы организма, стимулированные и усиленные световым лечением, являются при сифилисе совершенно недостаточным лечебным фактором (Spiethoff).

Делались терапевтические попытки усилить естественные защитные способности организма неспецифической раздражающей терапией.

Поводом к этому послужило то, что не всегда, несмотря на самую энергичную терапию, можно воздействовать в смысле излечения на рецидивы и случаи давнего сифилиса, а особенно трудно влиять на изменения спинальной жидкости и нервный сифилис.

Если и раньше подсобным фактором в лечении сифилиса служили *goborantia*: питательная пища, солнце, потогонные ванны, то теперь снова вспомнили о старом часто отлично действующем средстве — лихорадке. Комбинацией вызывающих лихорадку средств и специфического лечения пытались (Kyrle) добиться лучших результатов, и во многих случаях действительно достигали не только клинически, но и серологически хороших результатов. Испробовав вначале разные виды протеино-терапии, старались добиться лучшего эффекта убитыми бактерияльными культурами — гонококковой, тифозной, кишечной — и туберкулином. Снова

стали употреблять Циттмановский декокт, который с последующим потогонным лечением или с ртутными втираниями рекомендовался при поздних упорных третичных явлениях. Проводимое в течение 3 недель «Циттмановское лечение», за которым непосредственно следует энергичный максимальный ртутный (втирания или инъекции каломеля) или висмутовый курс в комбинации с сальварсаном, по моему опыту, действительно дает поразительные результаты. Доказано, что в 36% случаев имеется увеличение сывороточного холестерина в крови, как выражение внутренней раздражающей терапии.

Лечение малярией.

На основании известного факта, что под влиянием лихорадки проходят явления манифестного сифилиса и что продолжительная лихорадка, например, при пневмонии и малярии, благоприятно действовала на прогрессивный паралич, давая длительные ремиссии,—на основании этого Wagner-Jauregg построил новый метод «биологического» лечения сифилиса. После предварительных опытов с различными пирогенными средствами он избрал прививку малярии.

Успехи были весьма удовлетворительны, в особенности в случаях, леченных потом сальварсаном. В серии наблюдений над больными, леченными

малярией с последующим лечением сальварсаном, Вагнер-Яурег получил 48,5% ремиссий, в другой серии—без сальварсана—25% ремиссий. О подобных же результатах сообщили и др. авторы. В.-Я. подчеркивал далее, что клинические ремиссии не всегда идут параллельно с улучшением реакции крови и ликвора и что это улучшение ликвора можно проследить в течение 1 — 1½ лет ¹.

Если спустя год после лечения малярией исследование крови и ликвора при прогрессивном параличе обнаруживало еще патологические явления, он рекомендовал проделать новый курс малярии. При табесе В.-Я. рекомендовал лечение малярией только в доатактическом периоде или при самом начале его. Он считает это лечение многообещающим и при церебральном сифилисе, хотя здесь еще мнения расходятся. Окончательная оценка достигнутого лечебного эффекта должна производиться самое раннее спустя год после курса.

Чем обуславливается терапевтический успех этого «биологического» метода лечения—твердо еще не установлено. Благоприятное действие малярии, продолжающееся долго после окончания лечения ею, говорит против непосредственного влияния одной только лихорадки. Очевидно, лихорадка

¹ На нашем материале мы еще по прошествии 1½ лет по окончании комбинированного малярийного лечения могли констатировать прогрессивное улучшение спинальной жидкости.

только активизирует все защитные силы организма и это ведет к уничтожению спирохет. При этом для ускорения и усиления начавшегося целительного процесса определенно имеет значение максимальное хемотерапевтическое лечение, которое присоединяется к малярийному лечению, и которому мы, на основании нашего опыта, придаем особую ценность, если оно применяется во время лихорадки в свободные от приступов промежутки.

Возможно, что хемотерапевтические средства, которые благодаря вызываемым лихорадочной терапией биологическим изменениям проникают в ц. н. с. в усиленном количестве, интенсивнее окисляются и благодаря этому, по опытам Steiner'a, Sieburg'a и др., усиливают свои спироцидные свойства. Вот это именно соображение требует, чтобы в раннем периоде сифилиса комбинировали энергичную хемотерапию с малярийным лечением.

Успехи, которые Plaut и Steiner получили при прогрессивном параличе с африканским рекурренсом и которые Steinfeld видел также при табесе, мог подтвердить и В.-Я. Лечение рекурренсом имеет то преимущество, что во время долгих промежутков между лихорадочными приступами больным легче оправиться от них. Имеются, однако, известные недостатки, прежде всего длительность болезни, так как возможны нарушающие трудоспособность рецидивы даже после долгих промежутков. Кроме

того, рекурренс, по нашим опытам, не удастся купировать, что при расстройствах компенсации и других тяжелых осложнениях весьма серьезно ¹.

Малярийное лечение Kyrle в клинике Finger'a распространил на ранний сифилис, преимущественно на случаи менингита или раннего латентного сифилиса со стойкой патологической спинальной жидкостью. Он мог таким образом излечить больных, которые раньше годами лечились безрезультатно, хотя и очень энергично. Позднее Kyrle всех сифилитиков как с измененной, так и со здоровой спинальной жидкостью, исключая случаи серонегативного Lues I, подвергал лечению малярией в комбинации с энергичным сальварсанным лечением.

Люэтические явления быстро исчезали. В случаях же с измененным ликвором ему удавалось всегда оздоровить его. Рецидивов он не видел, наоборот, наблюдал несомненно новые инфекции у ранее леченных больных.

Finger, Steiner и др. также сообщили о достигнутых хороших успехах, хотя всеми отмечаются рецидивы и неуспех в единичных случаях давнего сифилиса с патологическим ликвором.

¹ По новым сообщениям, купирование будто бы возможно путем внутривенного применения препаратов золота (санокрин и др.).

Методика комбинированного малярийного лечения.

Методика отдельных авторов при проведении малярийного лечения различна: одни раньше инокулируют малярию, а потом назначают сальварсанный или висмута-сальварсанный курс; другие поступают обратно, чтобы в момент провокации малярией сифилитического вируса иметь наготове медикаментозное депо.

Дальнейшие наблюдения должны выяснить, возможно ли, присоединяя к малярийному лечению 2—3 висмута-сальварсанных курса с промежутками в 5—6 нед. между ними, добиться окончательного излечения ликвора у давних сифилитиков, как это утверждает Hoffmann. Я надеюсь, что в неподдающихся лечению малярией случаях раннего и позднего сифилиса можно благотворно воздействовать на серологические реакции крови и ликвора, назначая через 1—1½ года после малярийного лечения второй малярийный курс (как это рекомендует Wagner-Jauregg при прогрессивном параличе) в комбинации с основательным предварительным, межуточным, и последующим специфическим лечением. Возможно ли это, покажет опыт. «Верной» профилактики против заболевания ц. н. с. это, разумеется, никогда не даст, ибо, как показывает опыт, в исключительных случаях надо

и при многолетнем отрицательном ликворе быть готовым к сюрпризам.

В заведомой мною больнице я в течение почти 2 лет подвергал больше 200 ранних сифилитиков малярийно-специфическому лечению.

О моем опыте я вкратце могу сообщить следующее:

1. Лечение во время лихорадочного периода обязательно должно проводиться в лечебном учреждении. Предварительное и последующее после купирования лихорадки лечение можно проводить амбулаторно.

2. Противопоказаниями являются сильная общая слабость, перерождение сердечной мышцы, тяжелый аортит, аневризма, несифилитический нефрит, диабет, активный туберкулез. В более пожилом возрасте нужно быть очень осторожным, и, может, быть лучше совсем не лечить малярией. Детям, врожденным сифилитикам с упорными склеритами и кератитами, которые не поддавались лечению, мы, начиная с четырех лет, инокулировали малярию и не получали осложнений. В беременности мы видим абсолютное противопоказание.

3. Инокулировать можно лишь исключительно несомненными штаммами *tertiana*, что должно быть доказано рядом прививок на больных.

В случаях Mühlens'a, где была привита, видимо, несомненная *tertiana* у привитых больных, потом

обнаружилась смесь *tertiana* и *tropica*, и несколько больных умерло.

Кровь нельзя брать у людей, которые когда-то болели малярией, ибо новая инокуляция может активировать старую малярию, характер которой неизвестен.

4. Инокулируем мы всегда внутривенно: 5 куб. см. от одного больного тут же впрыскивается в вену другого. Инкубационный период 4—5 дней, а в единичных случаях при подкожной прививке доходит до 14 суток. Взятая кровь, смешанная с 1/2% раствором лимонно-кислого натра, пригодна для прививки в течение 2 1/2 суток; инкубационный период тот же. Целесообразно брать кровь только в периоды апирексии, т. к. тогда мы имеем единый тип малярийных паразитов. Если же брать кровь в периоды подъема или падения t^0 , то большие и малые кольца *tertiana* вызывают неправильное течение лихорадки ¹.

¹ Приводимые автором указания относительно деталей малярийного лечения находятся в противоречии с данными других, в том числе и русских исследователей: 1. Длительность инкубационного периода после инокуляции подвержена большим индивидуальным колебаниям. Неоспоримо лишь, что она всегда укорачивается при внутривенном введении. Способ же инокуляции на терапевтический эффект никакого влияния не оказывает. 2. Момент взятия крови для инокуляции явно не имеет значения: одни берут ее на высоте приступа, другие в период апирексии, и на ход привитой малярии никакого влияния

Когда берут кровь для прививки, надо обращать внимание, имеется ли у кроводателя нормальное течение лихорадки типа *tertiana*, так как при неправильном течении лихорадки, например при типе *quotidiana*, как показал наш опыт, и у привитых возникает как правило такой же неправильный тип лихорадки.

После незначительной продромальной лихорадки у нас всегда развивалась правильная терциана.

Максимум t° у нас был $41,6^{\circ}$, как правило же 40° — $40,5^{\circ}$. Слишком высокую t° можно снизить назначением 0,05—0,1 хинина, что, впрочем, мало целесообразно, так как малярия может стать латентной.

это не оказывает, ибо в крови кроводателя всегда имеются морулы различных стадий эволюции. И правильный тип терцианы у кроводателя решительно не гарантирует такого же течения болезни у инокулированного. 3. Известный процент людей оказывается рефрактным к малярии (9 на 68 в госп. св. Елизаветы в Вашингтоне—N. Lewis, L. Hubbard и E. Dyar.—Amer. Jof Psych. 1924. Т. 4 № 2). За рефрактные случаи можно считать только те, где повторные инокуляции с большим количеством крови были безуспешны. 4. У некоторых людей абортить малярию оказывается чрезвычайно трудным. Например в 1926 г. вместе с проф. П. Б. Ганнушкиным редактор наблюдал случай, где у прогрессивного паралитика (мальчика 12 л.) в течение 6 месяцев длилась малярия, прошедшая только при переселении из Москвы на юг. 5. Методика малярийной специфической терапии вообще еще не выработана, и план автора не больше, чем одна из испытываемых схем.

Р е д.

5. Количество приступов мы как правило ограничиваем 9—10, в случаях же более давнего сифилиса доводим, если это нужно, до 10—12. Иногда после 6—7 приступов малярия становится латентной, но исследование на плазмодии дает, однако, положительный результат.

Все попытки провоцировать малярию посредством протеиновых тел, облучения горным солнцем, впрыскиваний аолана, нуклеиново-кислого натра и различных вакцин ни к чему не привели, кроме двух случаев, где после предварительной фарадизации селезенки удалось впрыскиванием 5 куб. см. 10% раствора нуклеиново-кислого натра снова вызвать приступы. Малярию, ставшую латентной лучше всего купировать по прекращении выделения хинина мочей, что при внутривенном введении наступает через 5—6 дн., а при внутримышечной инъекции сальвохина через 8—10 дн.¹, и после того следует снова привить малярию.

Вторичная прививка нам тогда большей частью удавалась. Между тем успех вторичной прививки при скрытой малярии, которая не была купирована, в высшей степени ненадежен, так как невосприимчивость зашла уже далеко. Вся проблема

¹ Исследовать на хинин лучше всего по Giemsa: ртутно-иодистого калия—10, acid. acet. conc. 5,0, aq. destil. ad. 100, прибавить к свободной от белка моче; в присутствии хинина—помутнение от хино-иодистого калия.

иммунитета при малярии еще не выяснена. Чем объяснить неудачи, получающиеся при повторенной инокуляции малярии через год,— решить нельзя.

6. Для купирования применяется или 10% раствор chinin. bimuriat. внутривенно или дающий хорошие результаты и лучше переносимый 25% раствор сольвохина внутримышечно. Первый назначается в 1-й и 3-й день купирования по 5 куб. см. утром и вечером; кроме того, во 2-й день 0,45 сальварсана. Второй раствор по 2 куб. см в 1-й и 3-й день по 3 раза в день и также во 2-й день 0,45 нео. При внутривенном применении хицина в некоторых случаях наблюдаются плохое самочувствие, головокружение и даже коллапс, сальвохин же переносится без всяких расстройств. Громадное значение для состояния больных имеет поддержка сердечной деятельности уже с момента прививки. Уже во время инкубационного периода больные получают каждый третий день 1 ст. ложку 2% алкогольного раствора *coffein n. benzoic.*, что также благоприятно влияет на продромальные головные боли. В дни приступов до их начала, при склонности к рвоте назначают вместо кофеина 3 раза в день по 20 капель *cardiazol*, при высокой t° делаются инъекции кардиосоля, вслед за чем дается столовая ложка раствора из пепсин-соляной кислоты, что гарантирует лучшую переносимость. При сильной рвоте, наступающей, однако, редко, даем пантопон в каплях

или микстуру Nocht'a: chloroformii 1,0, gummi arabici 10,0, aq. destillat. ad 100,0 — по чайной ложке 3 раза в день перед едой. Многократно наблюдавшиеся нами желтуха и набухание селезенки не являются, как показал наш опыт, противопоказанием для продолжения лечения. Значительное набухание селезенки мы видели приблизительно в 5% случаев.

Желтуха и увеличение селезенки, каковые мы неоднократно наблюдали, не служат по нашему опыту противопоказанием к продолжению лечения. Во всех случаях требуется точный качественный и количественный анализ крови перед и во время малярии, в особенности при атипическом течении ее, сильно анемическом виде больных и значительном набухании селезенки¹. У двух больных в день приступа появились заметные психические расстройства и галлюцинации, которые в свободный от лихорадки промежуток сейчас же проходили и с купированием лихорадки исчезли.

7. У нас две серии наблюдений над больными, леченными в раннем периоде малярией в комбинации

¹ Значение контроля крови особенно ясно характеризуется случаем, где после 7-го приступа развилась трехдневная *contingua*. Картина крови, перед прививкой нормальная, обнаружила 3.300.000 эритроцитов, 1.900 (!) лейкоцитов, лимфоцитов 87%, нейтрофилов—0, эозинофилов—0, тучных клеток—0, моноцитов и переходных—13%, содержание гемоглобина—70, т.-е. явления злокачественной анемии, потребовавшей немедленного купирования лихорадки.

со специфическими средствами. В первой.—вслед за прививкой назначалось 20 ин'екций висмута—2 раза в неделю по 1 куб. см. и 6—7 гр. нео. Во второй —помимо сказанного проводилось еще предварительное лечение—8—10 ин'екций висмута плюс 3 гр. нео. Течение лихорадки от этого не изменяется.

Применяется также и лечение в модификации Vonkennel'я, т.-е. в свободные от лихорадки дни мы впрыскиваем внутримышечно 1—1½ куб. см. висмута. Таким образом мы используем улучшающуюся вследствие лихорадки пропускаемость спинномозговых оболочек для лекарств. Сальварсан применять в это время нельзя, так как он купирует малярию.

Vonkennel точно установил, что висмут при этом способе хорошо проникает через мозговые оболочки, так что если в течение обычного малярийного курса в 10 приступов проделать в дни апиреksии 10 впрыскиваний висмута по 1 куб. см., то в 10 куб. см. ликвора находится 0,085 мг. Bi, т.-е. в весь ликвор (общее количество которого равно 130 куб. см.) переходит 1,105 мг. висмута. При лечении такими интеркуррентными впрыскиваниями висмута и добавлении к этому после купирования малярии большой серии в 20—25 висмутовых впрыскиваний по 1 куб. см. получались, как показал наш опыт, особенно хорошие результаты.

Этот метод, по моему мнению, показан и при сифилисе без изменений спинальной жидкости. Благодаря лихорадочной реакции гнезда спирохет в ткани, видимо, становятся более доступными для хемотерапевтических средств.

8. Инокулированная малярия незаразна, в особенности если пользоваться исключительно несомненными, прошедшими несколько пассажей, штаммами *tertiana*. Не передается она даже тогда, когда имеются *anopheles*, так как последние передают только совершенно зрелые гаметы; все неполные и незрелые половые формы, всосанные ими с кровью малярика, в них погибают. Поэтому надо поставить за правило никогда не прививать от больных, перенесших натуральную малярию.

9. Приступов лихорадки после купирования малярии мы никогда не видели.

В качестве контроля излечения от малярии мы пользовались скоростью оседания крови по Linsenthal's. Во всяком случае мы видели, что скорость оседания, которая перед малярией была около 250 и во время малярии опускалась до 12, после купирования поднималась до прежней высоты, на какой и оставалась.

Наши больные лечение переносили отлично. Тяжелые побочные явления, очевидно, скорей могут наступить у прогрессивных паралитиков, у которых, как известно, чаще имеются функциональные

расстройства печени, поджелудочной железы, почек и т. д. По имеющимся сообщениям, у паралитиков и у табетиков неоднократно наблюдались смертные исходы в период лихорадки и вслед за ним. Психиатры сообщают о 7 — 16 % смертных случаев.

На основании наших наблюдений мы во всяком случае можем утверждать, что при тщательном предварительном исследовании больных и наблюдении за ними в период лихорадки, при предупредительном назначении сердечных со дня прививки (!), комбинированное малярийное лечение свежих сифилитиков не сопряжено с опасностью. Высказанные некоторыми опасения относительно этого метода надо определенно отклонить.

Некоторые больные, несмотря на лихорадку, прибавляли в весе, в единичных случаях до 10 кг. В период следующего лечения все больные достигали прежнего веса и даже прибавляли до 10 кг.

Важно хорошее питание больных, которые в лихорадочные дни должны получать особую добавочную порцию.

Значение комбинированного малярийного лечения.

Действие малярии на клинические проявления сифилиса весьма хорошее. Они быстро проходят и в тех случаях, где не было предварительного

лечения. Только в одном случае к концу лихорадочной реакции появилась распространенная люэтическая экзантема, очевидно, вследствие активирования очага вируса.

В упорных случаях позднего латентного сифилиса со стойкой серореакцией в крови, безрезультатно леченных рядом курсов, мы в 73% добились отрицательной серореакции. В 40% случаев врожденного сифилиса у детей от 4 л. и у взрослых, при клиническом и серологическом их исследовании, получается отрицательный результат.

Bering и Kyrle в случаях старого латентного сифилиса после 1—1½-годового наблюдения больше чем в 96% получали отрицательную серореакцию. Среди этих больных были и такие, у которых после 10—12 курсов — реакции оставались еще положительными; один из этих больных получил 52 гр. сальварсана.

По нашим наблюдениям, комбинированное висмута-малярийно-сальварсанное лечение во всех случаях значительно улучшало состояние ликвора. При этом улучшение вначале касалось плеоцитоза, потом глобулиновой реакции, а в дальнейшем р. В. и З. Г. и, наконец, коллоидной реакции. Мы не видели ни одного случая, когда бы лечение не оказало воздействия на спинную жидкость. Именно при цереброспинальном сифилисе мы видели более быстрое исчезновение коллоидной реакции по сравнению с упорной р. В.

В нашем распоряжении имеются больные, у которых то по окончании лечения, то спустя 8 мес. спинальная жидкость при исследовании на все реакции оказалась здоровой, если не считать следов коллоидной реакции. Это были как раз те случаи, которые лечились по нашему методу интеркуррентными впрыскиваниями висмута во время малярийных приступов.

Влияние комбинированного Bi-malaria-salvars. лечения на отдельные реакции ликвора в 40 случ. раннего и 50 случ. позднего (после 2 л.) сифилиса с положительным ликвором при контроле спустя год после лечения показывает следующая таблица: (см. табл. на стр. 82).

Из этой таблицы ясно видно, что на сифилис можно легче воздействовать в ранней стадии, нежели в поздней, и что в позднем периоде особенно трудно добиться окончательного исчезновения именно положительной коллоидной реакции. Теперь, однако, мы имеем больных, у которых удалось добиться полного оздоровления ликвора и исчезновения всех реакций.

Сравнивая в нижеследующей таблице результаты одного комбинированного висмута-малярийно-сальварсанного курса после двухлетнего наблюдения с результатами, полученными после четырехлетнего наблюдения от лечения тремя максимальными Bi-salvars. курсами, назначавшимися с короткими

Figure 1 consists of two sets of bar charts. The left set is for 'Глобулины' (Globulins) and the right set is for 'Коллоиды' (Colloids). Each set has three bars labeled 'НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ' (Start of treatment), 'КОНЕЦ ЛЕЧЕНИЯ' (End of treatment), and 'ПОСЛЕ 6-и МЕС. ГОДА ЛЕЧЕНИЯ' (After 6 months/year of treatment). The y-axis represents the percentage of patients, with a scale from 0 to 100. The bars are divided into segments representing different types of liquor changes: 'Другие изменения ликвора' (Other liquor changes), 'Сахар' (Sugar), 'Белок' (Protein), 'Глобулины' (Globulins), 'Коллоиды' (Colloids), and 'Цвет' (Color). The charts show a general decrease in the percentage of patients with these changes over time.

Глобулины	Коллоиды
НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ: ~85% (Globulins), ~15% (Colloids) КОНЕЦ ЛЕЧЕНИЯ: ~45% (Globulins), ~55% (Colloids) ПОСЛЕ 6-и МЕС. ГОДА ЛЕЧЕНИЯ: ~15% (Globulins), ~85% (Colloids)	НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ: ~85% (Globulins), ~15% (Colloids) КОНЕЦ ЛЕЧЕНИЯ: ~45% (Globulins), ~55% (Colloids) ПОСЛЕ 6-и МЕС. ГОДА ЛЕЧЕНИЯ: ~15% (Globulins), ~85% (Colloids)



■ значительн. п
▨ больш.
□ отсутств.

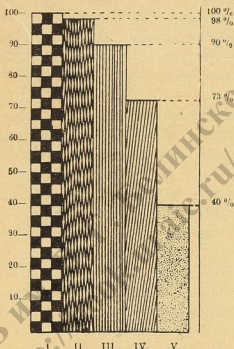
 значительн. п.
 небольш.
 отсутств.

1. Случаи манифестного и

II. Случаи позднего сифилиса
или только серологическими
своеобразные заболевания

промежутками в 4—6
действия на серологич

Таблица XIII (1-я полов.).



Действие «одного» комбиниров. висмута-малярийно-сальварс. курса на проявления сифилиса (клинические и серологическ.).

Отрицат. клинические и серологические данные после 2-летн. контроля.

I = сифил. I (сероноз.). II = сифил. II (манифестн.). III = сифил. латентн. (ранний). IV = сифис. латентн. (поздний). V = сифил. врожд.

способ лечения дал несколько больший успех, нежели второй, в особенности при позднем и

врожденном сифилисе (табл. XIII). Разница, однако, не очень велика, так что пока можно лишь сказать, что единственный Bi-salvars-malaria курс дает в смысле влияния на реакции крови несколько больше, чем мы достигали раньше нашим максимальным трехкурсным методом (см. таблицы на стр. 83 и 85).

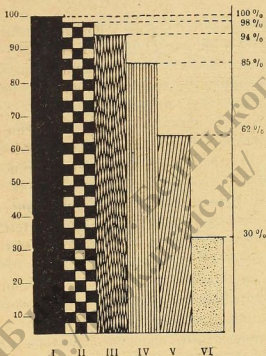
Выдающееся преимущество комбинированного малярийного лечения, в сравнении с обычным курсовым лечением, состоит в несравненно лучшем воздействии его на сифилис ц. н. с.

Это висмута-малярийно-сальварсанное лечение имеет в сравнении с прежним чисто хемотерапевтическим методом то преимущество, что оно экономит время и расходы.

Этот метод я считаю особенно показанным при принудительном лечении, так как в этом случае, как показывает опыт, трудно добиться, чтобы после проделанного Bi-salvars. курса больные в предписанные сроки снова добровольно являлись для продолжения дальнейшего лечения. Благодаря этому они получают недостаточные и разрозненные курсы, что дает плохие результаты и вызывает большие расходы.

Эти больные, которые особенно стремятся к свободе, сами скоро распознают преимущество этого скорого и надежного метода и сами настойчиво просят о назначении им малярийного курса.

Таблица XIII (2-я полов.).



Действие максимальных висмута-сальварсанных курсов с короткими промежутками на проявления сифилиса (клинические и серологические).

Отрицательн. клинич. и серол. данные
после 2-х л. контроля.

I=сифил. I (серонегат.). II=сифил. I (серопоз.). III=сифил. II (манифест.). IV=латентн. сифил. (ранний). V=латентн. сифил. (поздн.). VI=врожден. сифил.

Лечение сапровитаном.

Недавно саксонским серологическим заводом выпущено в продажу новое пирогенетическое средство под названием «сапровитан», заменяющее собою малярийное лечение. Оно представляет смесь из непатогенных живых сапрофитов, будто безвредных для организма. На деле, однако, средство это вызывает серьезные тяжелые осложнения септического характера вплоть до смертельного исхода. Оно было заменено «неосапровитаном», из которого удалены патогенные бактерии. По имеющимся наблюдениям, этот препарат безвреден. Он имеется в ампулах разной дозировки, которые впрыскиваются с промежутками, соответственно состоянию больного¹.

На основании нашего опыта, мы можем сказать о неосапровитане следующее:

- 1) Манифестные явления сифилиса клинически излечиваются после 3—4 приступов.
- 2) Гемограмма обнаруживает существенные отступления от таковой при малярии (выраженный лейкоцитоз до 15.000, преимущественно с регенеративными нейтрофилами). Реакция оседания заметно ускоренная, как при малярии.
- 3) Суб'ективные расстройства во время лихорадки

¹ Имеется и другой аналогичный германский препарат «Py-rifer», рекомендуемый E. Siemering'ом (D. m. W. 1927, № 50). Р е д.

более неприятны, чем при малярии (сильные головные боли и резкое ускорение пульса).

4) Лечение должно вестись с таким расчетом, чтобы подражать типу *malariae quartanae*, так как при этом возникает более сильная реакция.

5) Мы вынесли пока впечатление, что лечение неосапровитаном уступает малярийному. Исследование путем пункции по Walter'y (с бромом) показало, что пропускаемость мозговых оболочек при лечении неосапровитаном не увеличивается. Малая длительность лихорадочного приступа (4—6 час.) не может вызвать таких же биологических изменений, какие бывают при значительно дольше продолжающихся приступах малярии.

6) Серьезным недостатком лечения неосапровитаном является, как и при рекурренсе, то важное обстоятельство, что при появлении тяжелых клинических осложнений нельзя воздействовать на течение реакции, что возможно при малярии.

7) Неосапровитан не является, на мой взгляд, заменой малярии, и можно обойтись без него. При необходимости применения лихорадочной терапии можно, пожалуй, прибегнуть к нему, при условии сохранения его благоприятного клинического и серологического действия в тех лишь случаях, если малярия не инокулируется, если она рано становится латентной, или же если имеется возможность активирования бывшей комарной малярии.

Наставление практическому врачу.

При раннем сифилисе он должен применять интенсивное комбинированное висмута-сальварсанное лечение с короткими промежутками по вышеизложенной схеме.

Особенно он должен помнить о благоприятных видах на раннее излечение сифилиса главным образом при abortивном лечении в раннем серонегативном первичном стадии, при чем случаев резистентных по отношению к сальварсану или висмуту мы не встречали.

Исследование спинальной жидкости путем поясничного или подзатылочного прокола обязательно у лиц, леченных в раннем периоде сифилиса, безразлично, были ли у них или не были нервные явления.

Исследование должно быть произведено через $1\frac{1}{2}$ года по окончании лечения и потом каждые 2—3 г., по возможности до 15 лет после инфекции¹. Этими исследованиями спинальной жидкости распознается не вполне излеченный бессимптомный серонегативный сифилис.

¹ Я полагаю, что, на основании современной науки, мы не должны отступать от этого требования, даже рискуя у некоторых больных вызвать ипохондрию, против которой должно действовать путем разъяснений.

Больных, у которых несмотря на проведение нескольких курсов клинические и серологические явления не проходят и рецидивируют (это б. ч. вследствие упущения раннего периода), также всех больных в латентном стадии, имеющих по окончании предписанного лечения положительный ликвор, следует, если только их состояние позволяет, подвергнуть лечению малярией в комбинации с предварительным и последующим специфическим лечением. При этом, как учит наш опыт, можно рассчитывать, что у старых сифилитиков только в 70% удастся добиться достаточного воздействия на реакции крови и ликвора.

Если при наблюдении в течение 1 — 1½ л. не удастся добиться оздоровления крови и ликвора, то надо испробовать еще раз комбинированное малярийное лечение. Именно при прогрессивном параличе лечение малярией или рекурренсом в соединении с энергичным специфическим лечением является теперь наилучшим методом.

Это лечение уместно и у табетиков, у которых при надлежащем выборе случаев можно ожидать, значительного улучшения, по крайней мере, субъективных расстройств, даже остановки атрофии зрительного нерва. Хорош этот метод и при цереброспинальном сифилисе.

Для малярийного лечения больные направляются на 3 — 4 недели в стационарные отделения,

предварительное же и последующее медикаментозное лечение может быть проделано амбулаторно.

При третичном активном сифилисе или при серопозитивном латентном позднем сифилисе следует, «после подготовительного лечения иодом», назначить несколько комбинированных курсов, осторожно дозируя средства и следя за общим состоянием.

Показанием для комбинированного малярийного лечения являются и старые, 8—10 летней давности, случаи сифилиса с положительными реакциями крови и ликвора даже при отсутствии клинических симптомов.

Случаи давнего сифилиса с отрицательным ликвором, но положительной реакцией крови, которая не должна теперь рассматриваться только как «косметический дефект», не являются больше *poli me tangere*, как это было до сих пор. Это потому, что в единичных случаях мы даже спустя десятилетия наблюдали как клинические рецидивы, так и появление положительных реакций в ликворе ¹⁾. После того, как мы благодаря нашим биологическим методам в состоянии влиять на очаги в ц. н. с. мы могли бы теперь

¹ Я наблюдал случай, когда через 50 л. после инфекции, леченной однократно ртутными пилюлями, вслед за сильным общим похуданием, на одном из кистевых суставов появился групповой папулезный сифилид при + р. В.; дети были здоровы.

попытаться добиться активирования этих латентных очагов. Разумеется, в позднем периоде при положительном ликворе—речь может идти о стационарных процессах. Поэтому у очень старых или истощенных больных лучше отказаться от серьезных терапевтических мероприятий и ограничиться внутренним лечением иодом. Мы, однако, никогда не знаем, когда и благодаря каким изменениям в организме—операциям, исхуданию, лихорадочным болезням—процесс начнет прогрессировать. Здесь + р. В. является постоянно напоминанием о необходимости тщательного и непрерывного наблюдения.

З а к л ю ч е н и е.

Я изложил современное состояние лечения сифилиса и прежде всего сифилиса раннего. Я изложил совершенно новые, по сравнению с прежними взглядами, воззрения и методы. На основании собственных тщательнейших наблюдений я подверг критической оценке получаемые при современном лечении благоприятные результаты. С доверием и с интересом мы будем ждать этих результатов современного энергичного лечения сифилитиков, хорошо контролируемого теперешними вспомогательными средствами. Я убежден, что мы увидим действительное и прогрессирующее уменьшение

сифилиса. Не будем же, однако, несмотря на все благоприятные статистические сообщения, обольщать себя надеждой, что опасность сифилиса уже миновала и что полное искоренение его есть вопрос только недолгого времени.

СОУНБ им. В. Г. Белинского
<http://book.ugraic.ru/>

О Г Л А В Л Е Н И Е

Предисловие редактора	4
Историческое введение	5
Действие ртути и висмута	8
Абортивное лечение	10
Профилактическое лечение	14
Стоварсол	16
Убыль сифилиса и его источников	18
Аортиты и раннее интенсивное лечение	26
Нервный сифилис и раннее интенсивное лечение	33
Когда начинать лечение сифилиса	37
Комбинированное ртутно-висмута-сальварсанное лечение и его контроль	47
Лечение подом	60
Причины возникновения нервного сифилиса	62
Лечение нервного сифилиса	63
Лечение малярией	66
Методика комбинированного малярийного лечения	70
Значение комбинированного малярийного лечения	79
Лечение сапровитаном	86
Наставление практическому врачу	88
Заключение	91

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗД-ВО ГОСМЕДИЗДАТ

Москва, ГСП, 1, М. Черкасский, 2/6.

НАШИ НОВИНКИ:

Физиотерапия практического врача. Руководство для врачей и студентов. СТАТЬИ: М. Аникина, М. Боровской, Э. Вассерберг, И. Горбачева, С. Зильберштейна, М. Маникова, В. Милицына. Под редакцией проф. С. Б. Вермеля.

Ц. 4 р. 55 к. (в перепл.).

Проф. В. А. ЛЮБАРСКИЙ.

Возбудитель туберкулеза. Из серии «Библиотека Вопросы Туберкулеза».

Ц. 1 р. 20 к.

«Из теории и практики борьбы с туберкулезом». Сборник под редакц. Е. Г. Мунблита.

Ц. 4 р. 50 к. (в переплете).

Проф. Р. ШТРАУС.

Ревматические заболевания и простуда. (Из серии «Вопросы практической медицины»).

Ц. 30 к.

Проф. А. А. БОГОМОЛЕЦ.

Отек (очерк патогенеза).

Ц. 60 к.

З. П. СОЛОВЬЕВ.

Кружок и дружина первой помощи. Издан. седьмое, исправленное и дополненное.

Ц. 30 к.

Д-р М. Е. МАНИКОВ.

Введение в рентгенологию. (С предисл. проф. П. Г. Мезерницкого).

Ц. 2 р. 75 к. (в переплете).

ЗАКАЗЫ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

МОСКВА, 9, Проезд Художественного Театра, № 6, Книжному
Складу «СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА» ГОСМЕДИЗДАТА.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗД-ВО ГОСМЕДИЗДАТ

Москва, ГСП, 1, М. Черкасский, 2/6.

ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ И ПОСТУПИЛИ В ПРОДАЖУ КНИГИ
ИЗ СЕРИИ

«ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Проф. Вейбель.—Беременность и туберкулез легких. Перевод с немецк. И. Н. Якимовой-Воронковой. Под редакц. проф. С. А. Селицкого. Ц. 25 к.

Проф. Вейль. Переливание крови. Перев. с франц. д-ра Э. А. Вассерберга. Под ред. проф. А. А. Богомольца. Ц. 40 к.

Проф. Вернер.—Диагностика и терапия гинекологических воспалительных заболеваний. Перев. с немецк. д-ра Н. Е. Якобс. Под ред. проф. С. А. Селицкого. Ц. 25 к.

Проф. Вимбергер.—О рахите. Перев. с немецк. Под редакц. д-ра М. С. Вовси. Ц. 30 к.

Пр-доц. Герман.—Гормонотерапия в гинекологии и акушерстве. Перев. с немецк. Я. Н. Павловского. Под ред. проф. С. А. Селицкого. Ц. 30 к.

Пр-доц. Гутцент.—Подагра. Пер. с немецк. д-ра И. И. Гуревича. Под ред. проф. М. П. Кончаловского. Ц. 40 к.

Пр-доц. Захерль.—Боли в крестце и внизу живота и их значение в гинекологии. Пер. с немецк. д-ра М. Г. Брауде. Под ред. проф. С. А. Селицкого. Ц. 30 к.

Д-р Кауфман.—Колебания кровяного давления. Пер. с немецк. д-ра П. М. Альперина, с пред. проф. М. П. Кончаловского. Ц. 30 к.

Пр-доц. Маутнер.—Менингит и менингизм. Пер. с нем. Под ред. д-ра И. М. Присмана. Ц. 30 к.

Пр-доц. Нейрат.—Родовые повреждения детской центральной нервной системы. Пер. с нем. Под ред. д-ра И. М. Присман. Ц. 35 к.

ЗАКАЗЫ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

МОСКВА, 9, Проезд Художественного Театра, № 6, Книжному
Складу «СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА» ГОСМЕДИЗДАТА.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗД-ВО ГОСМЕДИЗДАТ
Москва, ГСП, 1, М. Черкасский, 2/6.

ОТКРЫТА ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПОДПИСКА
НА НОВЫЕ ИЗДАНИЯ:

1. **«НЕМЕЦКО-РУССКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЛОВАРЬ»**. Составлен д-рами С. Л. Санкиным и М. В. Триус под ред. проф. О. И. Бронштейна.

(Свыше 25 печатных листов убористой печати). Врачи, научные работники смежных дисциплин, студенты-медики и переводчики найдут в «Немецко-Русском медицинском словаре» незаменимое пособие.

Цена по предварительной подписке 4 р. 75 к. в перепл.

2. **«МЕДИЦИНСКИЙ СЕМИНАР»**. Под ред. проф. М. П. Кончаловского и проф. Н. Н. Бурденко. (Свыше 50 печ. лист.)

«Медицинский семинар» представляет собою систематическую сводку научных консультаций (в виде семинарских бесед), данных крупнейшими специалистами Вены (Фрейд, Эйзельберг, Вагнер, Вурег, Пинелес, Бауэр, Флезингер, Пирке, Гальбан и друг.), по предложенным им в докторской коллегии вопросам.

Цена по предварительной подписке 4 р. 85 к. в перепл.

3. **«МЕДИЦИНСКАЯ БИБЛИОГРАФИЯ»**

том I

«ЧАСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ и ТЕРАПИЯ».

Сост. д-р А. Е. Молотков. Под ред. проф. М. В. Черноруцкого.

Цена за первый том по предварительной подписке 5 р. 50 к. в переплете.

При заказе вносится по 1 р. 50 к. за каждую книгу, на остальную сумму будет сделан наложенный платеж.

ЗАКАЗЫ И ДЕНЬГИ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ:

МОСКВА, 9, Проезд Художественного Театра, № 6, Книжному
Складу «СОВЕТСКАЯ МЕДИЦИНА» ГОСМЕДИЗДАТА.

СОУНБ им. В. Г. Белинского
<http://book.ugais.ru/>

65 коп.



СКЛАД ИЗДАНИЙ:
Москва, М. Черкасский пер., 2/6.