

тых больных, наряду с благоприятным влиянием, следует подчеркнуть, что он не лишен и побочных действий. При передозировке конваллена в 2 случаях мы наблюдали экстрасистолию. В одном случае при ежедневных введениях конваллена мы наблюдали легкие явления психоза, которые, может быть, и не были связаны с действием конваллена, но все же их следует отметить, так как после отмены конваллена эти явления сгладились.

На основании наших немногочисленных наблюдений в порядке предварительных выводов считаем необходимым отметить следующее:

1) Конваллен принадлежит к числу сильно действующих сердечно-сосудистых средств и приближается по фармакологическому действию к строфантину.

2) Конваллен имеет показание в тех случаях, когда препараты дигиталиса и адониса не дают надлежащего эффекта или когда требуется получение быстрого эффекта, особенно при приступах сердечной астмы.

3) Конваллен по аналогии со строфантином может быть применен для хронического лечения сердечных б-х.

4) Отрицательной стороной конваллена при передозировке его является нарушение ритма сердечной деятельности—экстрасистолия.

---

Из клинического отделения Горьковского краевого физиотерапевтического института (директор института А. А. Тамазов, зав. терапевт. отдел. А. Вилковский).

## **О клинической ценности реакции Бухштаба и Ясиновского в дифференциальной диагностике ревматизма.**

**С. А. Коган.**

Как известно, существуют две теории, из которых одна говорит, что ревматизм с определенной клинической картиной и определенными патолого-анатомическими изменениями есть заболевание, вызываемое инфекционным возбудителем. Другая теория, защищаемая многими авторами (Вейнтрауб, Бухштаб и др.), рассматривает это заболевание не как инфекционное и считает, что основным моментом будет сенсibilизация организма токсинами от присутствия неспецифического возбудителя. Эти авторы считают основным моментом заболевания аллергическое состояние организма, специфического для ревматизма характера, а бактериальную инфекцию—вторичным моментом. В наблюдениях, проведенных проф. Талалаевым на большом материале, выявлено, что при заболевании ревматизмом поражаются как суставы, так и сердечно-сосудистая система. При ревматическом миокардите поражается периваскулярная ткань миокарда, иногда и сосудистая стенка. Эндокард является главным местом распростране-

ния процесса, и наиболее чувствительным является эндокард левого желудочка. Образующиеся там склерозы являются показателями ревматического заболевания.

Раньше думали, что без ревматического полиартрита не существует ревматизма, но проф. Талалаев в своих работах выявил, что в 40—50% случаев ревматизма полиартрит может отсутствовать, а при тяжелых заболеваниях сердца может быть очень легкий суставной процесс, т. е. между тяжестью процесса и заболеванием суставов зависимости может не быть.

В отношении заболеваний клапанного аппарата имеются определенные данные, указывающие, что бессуставные формы ревматизма дают часто изменения, которые вначале переносятся на ноги и только в дальнейшем дают тяжелые картины заболевания сердца. Такие формы должны быть выявлены своевременно для постановки правильного диагноза и проведения соответствующего лечения. На материале московских больниц диагноз—суставной ревматизм, ревматический эндокардит и порок сердца составляет 16,9%, а на самом деле количество ревматиков среди б-ных терапевтических отделений еще выше (проф. Гельштейн). Разработанный материал в 105 человек, отобранных из инвалидов, прошедших ВТЭК, по заболеваниям ревматизмом дал три типа инвалидности: миокардиальный тип—49,3%, явно эндокардитический 39,9% и суставной тип—10,8% (Дубровская). Это обследование также подчеркивает, какое большое значение имеет в группе ревматических заболеваний сердечно-сосудистая система и какое большое внимание должно быть обращено на это при постановке диагноза.

Проф. Кончаловский в своем докладе о ревматизме на XI съезде терапевтов говорил, что едва ли найдется в клинике более сложный и запутанный вопрос, как вопрос об этиологии и патогенезе так называемых ревматических заболеваний и термин—ревматизм—у многих клиницистов утратил свое значение, ибо очень велик объем так называемых ревматических болезненных процессов. В заболевании, где не доказана инфекция с определенным специфическим возбудителем, большую роль играет алергизация макроорганизма под влиянием разнообразных факторов.

Проф. Бухштаб, рассматривая ревматизм как общее заболевание, поражающее одинаково и суставы и сердце, весь фиброзный остов организма, считает необходимым выделить форму, ясную по клиническому течению, по патологической сущности и по своим последствиям, так как полученные сердечно-сосудистые изменения дают в большинстве случаев сердечно-сосудистую инвалидность. Одновременно он указывал, что эта группа заболеваний охватывается предложенной им и Ясиновским реакцией на охлаждение, и этой группе он дал название „истинный ревматизм“. Проф. Бухштаб также считает, что у ревматиков, кроме чувствительности к специфическим алергенам, имеется также повышенная чувствительность и к неспецифическим алергенам, т. е. к паралергенам. Ввиду того, что при истинном ревматизме определенный возбудитель не выявлен, нужно ду-

мать об аллергии и паралергии организма, где одним из моментов паралергии является экзогенный момент охлаждения, в данном случае эфиром, на котором и основана реакция Бухштаба и Ясиновского.

Техника реакции, предложенная авторами, заключается в следующем: область локтевого сустава в течение пяти минут охлаждается посредством распыленного эфира (50 куб. см). Кровь берется до и после охлаждения из пальца руки, не охлажденной эфиром. Проводится счет эозинофилов, лейкоцитов; определяется РОЭ и кровяное давление. Очень незначительные колебания числа эозинофилов; колебания РОЭ от 2 до 6 мм, и незначительные колебания кровяного давления (от 3 до 7 мм.) в сторону повышения или понижения, не были приняты во внимание при учете результатов. Таким образом основным показателем учета результатов является изменение количества лейкоцитов до и после охлаждения. Для большей точности счет лейкоцитов проводился не менее 4 раз. При уменьшении числа лейкоцитов выше 10% первоначальной цифры, бывшей до охлаждения, реакция считается положительной.

Оценку результатов подсчета лейкоцитов мы обозначили следующим образом: отрицательная реакция обозначалась знаком—, положительная реакция до 15% +, от 15 до 25% ++ и выше 25% +++.

Среди обследованных лиц были истинные ревматики с острой и подострой формой, группа туберкулезных больных, группа с хронической полиартропатией, склеротической миокардиопатией, инфекционным и токсическим полиартритом и группа здоровых. Вся группа ревматиков была с ясной картиной заболевания суставов и сердца. Группа туберкулезных больных была введена нами для того, чтобы выявить соотношение между аллергическим состоянием туберкулезного больного и исследуемой реакцией. Группа здоровых была взята для контроля.

Всего обследовано 116 чел., в том числе из терапевтического отделения ФТИ—81, из терапевтической клиники ГМИ—15 и Канавинского тубдиспансера—20. Распределение по полу: мужчин 62 и женщин 54. В группе ревматиков было 28 мужчин и 26 женщин. По профессии: 88 рабочих и 28 служащих. В группе ревматиков 40 рабочих и 14 служащих. Рабочих горячих цехов в группе ревматиков—26. Вся группа ревматиков была с сердечными и сосудистыми явлениями, субфебрильной и фебрильной температурой, и у всех были клапанные изменения на верхушке, а у некоторых и на аорте. Возрастные группы ревматиков: от 20 до 30 лет—36; от 31 до 40 лет—14; от 41 до 50 лет—4. По давности заболевания ревматики распределяются: от 1 до 2 лет—31; от 2 до 5 лет—15; от 5 и более лет—8. В нашем материале преобладает группа в возрасте 20—30 лет, это говорит за то, что ревматическим заболеваниям подвергаются чаще лица молодого возраста.

Распределение по диагнозам: истинный ревматизм—в острой форме 20, в подострой форме 30, в чисто сердечн. форме 4; ту-

беркулез легких в активной форме 20; контрольные (здоровые) 10; хроническая полиартропатия 15; склеротическая миокардиопатия 10; инфекционные и токсические полиартриты 7 (из них гонор. 5, после дизентерии 1, Понсе 1).

Все 116 случаев для удобства учета разделены нами на четыре группы: 1-я группа—ревматизм—54; 2-я группа—туберкулез легких—20; 3-я группа—контрольные—10; 4-я группа—миокардиопатия, полиартропатия, инфекционный и токсический полиартрит—32.

Подсчет лейкоцитов до и после охлаждения дал следующие результаты:

Наименование заболеваний	Биологическая реакция Бухштаба и Ясиновского							Колич. лейкоцитов уменьшилось через 30 мин. после охладж. от 1100 до 3800
	Колич. случаев	Результ. в %		Результ. в колич. случаев				
		Положит.	Отрицат.	Положительный			Отриц.	
				до 15%	от 15% до 25%	Выше 25%		
Истинный ревматизм	54	82	18	10	20	16	8	Колич. лейкоцитов уменьшилось через 30 мин. после охладж. от 1100 до 3800
Туберкулез легких	20	15	85	—	3	—	17	Уменьш. от 300 до 700—900: в некоторых случаях—увелич. до 3000.
Контрольные . . . . .	10	10	90	—	—	1	9	Уменьшение от 200 до 600*
Миокардиопатия, полиартропатия, инфекц. и токсич. полиартрит.	32	20,5	79,5	—	—	6	26	Уменьшение от 300 до 800.

Рассматривая каждую группу в отдельности, мы устанавливаем следующую картину положительных и отрицательных результатов:

	Полож.	Отриц.
1. Истинный ревматизм . . . . .	82%	18%
2. Туберкулез легких . . . . .	15%	85%
3. Контрольная группа (здоровые) . . . . .	10%	90%
4. Группа заболеваний: миокардиопатия, полиартропатия, инфекц. и токсич. полиартрит . . . . .	20,5%	79,5%

Таким образом полученные цифры указывают на положительную реакцию Бухштаба и Ясиновского у ревматиков в 82% случаев, и на различные результаты при других формах заболеваний и у здоровых людей.

Приводим несколько кратких историй болезней, иллюстрирующих отношение различных форм заболеваний к реакции Б и Я.

1. Случай из терапевтической клиники Горьковского мединститута. Интерес этого случая заключается в том, что при поступлении в клинику у больного З. при полной картине ревматического поражения сердца и суставов реакция дала 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (отрицательный результат). Повторная реакция через три недели после проведенного лечения дала 15,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—положительный результат. Эта цифра указывает на то, что реакция специфична при ревматических заболеваниях, а также на то, что аллергия у ревматиков не является чем-то стабильным, а может изменяться в зависимости от терапевтических мероприятий или других факторов.

2. Показателен также случай с хронической сердечно-сосудистой недостаточностью без анамнестических указаний на суставные заболевания, и где реакция дала положительный результат. Больной хронич. кардиопат., Н., 50 лет, поступил в терапевтическую клинику ГМИ 11/1 1935 г. с жалобами на одышку, сердцебиение, боли в области печени, никаких жалоб на заболевание суставов не было. Болен 18 лет. Перенес воспаление легких, малярию. Диагноз при поступлении в клинику *Affectio mitralis*, *Cirrhosis hepatis cardiaca*, *Pneumonia*, *Trombophlebitis*, *Ascitis*. Реакция Б и Я была сделана вскоре после поступления в клинику и дала положительный результат—31,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (количество лейкоцитов до охлаждения 9000, после—6200). Во время лечения в клинике, через две недели после поступления, у больного появились суставные явления, выразившиеся в болях и припухании суставов и хорошо поддававшиеся лечению салицилатами. В заключительном диагнозе—выше указанные болезни плюс ревматизм. Через два месяца больной умер в клинике, и вскрытие подтвердило ревматическую природу заболевания.

Таким образом в данном случае реакция Б и Я явилась ранним диагностическим признаком того аллергического состояния, которое было у больного и которое дало вспышку суставного ревматизма.

Отношение ревматиков к проводимой реакции видно также из следующего случая:

3. Больной Л., 29 лет, поступил в клиническое отделение ФТИ 20/II 1935 г. с жалобами на боли в области сердца, одышку, сердцебиение и запоры, без указания на заболевание суставов; болен с 1929 года. Простудился. В 1931 и 1933 гг. лечился в ФТИ от заболевания суставов. Диагноз—*Affectio mitralis rheumatica*. Реакция Б и Я, давшая до охлаждения 7700, а после охлаждения 6000 (22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, т. е. положительный результат), была поставлена вскоре после поступления в клиническое отделение и ясно определяет отношение ревматиков к реакции.

Отношение туберкулезного больного к реакции Б и Я видно из приводимого случая:

Больная Юр-к, 19 лет, поступила в диагностическое отделение Канавинского тубдиспансера, где при обследовании были обнаружены в мокроте ВК (40—50 в поле зрения), реакция Манту резко положительная, РОЭ 45 мм в 1 час. Рентген: под левой ключицей каверна величиной с серебряный рубль. Накладывается искусственный левостор. пневмоторакс. Реакция Б и Я отрицат. (до охлаждения 10500,—после 12500, т. е. увеличение лейкоцитов на 2000 после охлаждения).

Таким образом мы имеем в данном случае отрицательный результат, указывающий на неспецифичность реакции у туберкулезных больных.

Группа контрольных (здоровых), давшая 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub> отрицательных результатов реакции Б и Я, показана для примера на следующем случае:

Б, 34 лет, бухгалтер ФТИ, не имеющий в анамнезе, других заболеваний, кроме брюшного тифа и в данное время совершенно здоровый. Реакция дала отрицательный результат—количество лейкоцитов до охлаждения 6400, после—5950—450 (7%).

Случай, где при ревматизме суставов и сердца в острой форме реакция дала резко положительный результат, показан на следующем примере.

Больная Кол-а, 22 лет, поступила в клиническое отделение ФТИ 9/IV 1934 г. с жалобами на сильные боли в суставах рук и ног и припухание суставов. Больна два месяца. Заболела сразу на работе с температурой 39°. Реакция Б и Я: количество лейкоцитов до охлаждения 9800, после охлаждения 6400 — 3400 или 34,7% (резко положительная).

*Выводы:* 1. Реакция Б и Я, по данным нашей работы, дает при ревматических заболеваниях сердца и суставов в 82% случаев положительный результат, а при неревматических заболеваниях—у туберкулезных больных и у здоровых дает только от 10 до 20%. Отрицательный результат реакции у ревматиков в 18%, у других же групп от 80 до 90%.

2. В реакции Б и Я главным показателем служит падение количества лейкоцитов. Другие компоненты, как РОЭ, кровяное давление, эозинофилы, не являются показателями, с которыми можно было бы считаться при учете результатов.

3. Указанные данные позволяют заключить, что биологическая реакция Б и Я должна занять место в ряду методов для дифференциальной диагностики ревматических заболеваний суставов и сердца.

4. Доступность и простота этой реакции придает ей практическое значение в клинической и поликлинической практике.

---

Из факультетской терапевтической клиники (зав. проф. А. Н. Гехтман) и кафедры рентгенологии (зав. проф. И. Г. Шлифер) Харьковского 2-го мединститута (директор З. С. Ткаченко).

## Рентгенотерапия 12-перстной кишки.

А. И. Брук и Ш. И. Либерман.

До сих пор проблема патогенеза и терапии язв остается открытой. Ни один из применяемых методов лечения язвенной болезни не является радикальным. Но среди существующих методов лечения рентгенотерапия начинает занимать видное место. Рентгеновский метод подкупает своей простотой, он требует всего несколько сеансов, каждый продолжительностью в несколько минут. Он возможен и в амбулаторной обстановке и, следовательно, не отрывает больного от производства. До сих пор не решен вопрос: является ли рентгеновский метод причин-