

ков воздуха¹⁾. Уровень физиологич. раствора не должен покрывать верхней части металлич. прибора. Когда система приняла устойчивое положение, капилляр закрывается. Благодаря осмотическому давлению протеинов сыворотки жидкость из внешнего сосуда начнет диффундировать внутрь осмометра и будет сдавливать столбик воздуха в капилляре между верхним уровнем сыворотки и краном. Этот процесс осмоса заканчивается по нашим наблюдениям в 20 часов. Чтобы найти осмотическое давление протеинов сыворотки достаточно определить давление, под которым находится столбик воздуха в капилляре к концу осмоса, и прибавить к полученной величине высоту столбика сыворотки в капилляре. Чтобы определить давление, под которым находится столбик воздуха в капилляре, верхнюю часть капилляра соединяют с Т-образной трубкой, которая соединена с водным манометром и резиновым баллоном. Через 20 часов после постановки опыта кран открывают. Сыворотка в капилляре начинает подниматься. Тогда, нагнетая воздух резиновым баллоном, мы вновь приводим верхний мениск столбика сыворотки к прежнему уровню. (Этот момент точно устанавливается с помощью горизонтального микроскопа или за отсутствием его с помощью укрепленной на штативе лупы).

Давление, которое при этом покажет водяной манометр, равно тому, под которым находился воздух в капилляре к концу осмоса до открытия крана. Прибавив к найденному давлению высоту столбика сыворотки в капилляре, получаем величину осмотического давления протеинов исследуемой сыворотки.

Литературу см. в Сборнике трудов Фак. therap. клиники, 1930 г., Казань.

Из Ачинского тубдиспансера.

К вопросу об излечимости бронхиальной астмы.

М. Л. Магазианика.

В то время как прогноз каждого отдельного приступа бронхиальной астмы вообще считается хорошим и вполне благоприятным (Stae helin выражается так: „Во время приступа никто не умирает“), прогноз бронхиальной астмы в смысле надежды на излечение довольно плохой. West, напр., говорит, что чем чаще приступы, чем более они тяжелы, чем они продолжительнее и чем дольше длится сама болезнь, тем меньше надежд на излечение. Такого же мнения и Бак майстер, считающий излечение бронхиальной астмы, особенно у взрослых, явлением довольно редким.

Мы имели возможность наблюдать случай очень тяжелой и крайне длительной (19 лет) бронхиальной астмы, который совершенно неожиданно и своеобразно закончился клиническим выздоровлением.

М. Н., 27 лет, женатый, счетный работник, находится под нашим наблюдением с конца 1926 года. Туберкулезной наследственности, бронхиальной астмы, а также наличия каких-либо аллергических заболеваний в семье не отмечает. В раннем детстве перенес корь и коклюш, а в восьмилетнем возрасте—катарральное воспаление легких, после которого и начались приступы бронхиальной астмы. До восьми лет физически развивался хорошо. С восьмилетнего возраста в связи с частыми приступами бронхиальной астмы рос хилым и слабым ребенком. До 16—17 лет приступы бронхиальной астмы имели место не чаще одного—двух раз в месяц, а с этого возраста (наступление половой зрелости) приступы участились. Последние 5—6 лет приступы приняли явно-угрожающий характер, повторяясь чуть ли не каждый день и чаще всего ночью.

Рост больного—171,5. Вес—57,0. Окружность грудной клетки—82,0. Мускулатура и подкожная клетчатка развиты очень плохо. Концевые фаланги пальцев рук—не резко выраженная колбообразность („барабанные палочки“). Кожа и ви-

¹⁾ Можно воспользоваться небольшой воронкой, соединенной при помощи резиновой трубки с другой воронкой.

димые слизистые бледны. Шея—длинная, тонкая. Надключичные ямки—впавшие. Исследования (многократные) специалистами верхних дыхательных путей, а также ушей ничего патологического не обнаруживали. Грудная клетка несколько бочкообразна. Перкуссия легких—в области нижних долей коробочный оттенок перкуторного звука. При выслушивании отмечаются удлиненные выдохи на верхушках и рассеянные, не обильные, сухие, свистящие хрипы на всем протяжении легких. Со стороны сердца—глуховатые тоны. Органы брюшной полости и нервная система в пределах нормы.

Лечился больной от бронхиальной астмы с самого начала заболевания, но безуспешно. Больной испробовал все решительно виды медикаментозного лечения (атропин, адреналин, морфий, курительные средства, иод, бромиды, кальций и т. д.). Известное облегчение приносили ему только подкожные инъекции адреналина. Больной вполне овладел техникой инъекций, сам впрыскивал себе адреналин, никогда не расставаясь с шприцом и раствором адреналина. Из других, немедикаментозных способов лечения больной дважды подвергался облучению рентгеновскими лучами (один раз прошел курс облучения области легких, а другой раз подвергался облучению селезенки по способу Грёделя). Рентгенотерапия никакого улучшения не дала. Была также испробована перемена климата. Больной уезжал из Сибири на Алтай, Северный Кавказ. Пребывание в этих местностях никакого эффекта не давало. Приступы продолжались и там с неменьшей частотой и интенсивностью. Больной возвращался ни с чем обратно—на родину, в Сибирь.

В начале апреля прошлого года больной при случайном половом сношении заражается гонореей. Заболевание сопровождалось в первые дни довольно значительными общими явлениями (повышенная температура, сильное недомогание, разбитость и т. д.). Заражение гонореей и явилось поворотным пунктом в течении бронхиальной астмы. Инфицирование гонореей прекратило у нашего больного приступы бронхиальной астмы. Последний приступ имел место в период инкубации (coitus 5/IV; последний приступ—7/IV, первые признаки гонорреи—9/IV) и вот уже больше года, как наш больной совершенно свободен от каких-либо явлений бронхиальной астмы. За этот год больной прекрасно поправился, прибыл в весе больше, чем на 5 kilo, очень хорошо себя чувствует, клинически вполне здоров.

Причину такого своеобразного и неожиданного излечения бронхиальной астмы мы усматриваем в том, что инфицирование гонореей, которая является по современным воззрениям не только чисто-местным заболеванием, а в сущности общей инфекцией, общим, подчас конституциональным заболеванием (Эфрон), вызвало *неспецифическое десенсибилизирование* организма нашего больного, приведшее его к клиническому излечению.

Данный случай дает нам, кажется, известные основания попытаться применять у астматиков с целью неспецифического десенсибилизирования, наряду с применяющимися парентерально для этой же цели туберкулином, пептоном, молоком, серой и т. д., и *гонококковую вакцину*.

К вопросу о лечении болезней сердца серо-водородными ваннами на Сергиевских минеральных водах.

Н. Е. Кавецкого. (Самара).

Метод лечения заболеваний сердца сероводородными ваннами был введен впервые на Магесте. Первое сообщение об этом принадлежит д-ру Подгурскому. Рядом последующих работ (Гальперин, Ушинский, Правдин, Черников и Фролов, Валединский, Гуревич и др.) было подведено теоретическое основание под этот метод