

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

и были выработаны точные показания к применению сероводородных ванн при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

В настоящей статье мы хотим остановиться на вопросе о действии Сергиевских сероводородных ванн на сердечно-сосудистую систему и на результатах лечения этими ваннами болезней сердца.

Изучая действие отдельных ванн различных температур на сердечно-сосудистую систему, мы могли прежде всего отметить, что в 93,1% всех случаев (в 472 из 507 наблюдений) имеется так называемая „реакция покраснения“, т. е. покраснение кожи частей тела, погруженных в воду. Как известно, реакция покраснения была впервые отмечена при Мацестинских ваннах, а затем описана также при Тальгинских и Сураханских.

При Сергиевских ваннах реакция покраснения наступает чаще всего в первые две минуты пребывания больного в ванне и достигает максимальной интенсивности через 5—10 минут. К концу ванны она иногда несколько уменьшается. В нескольких случаях на границе покрасневшей кожи наблюдалась белая полоса, ясно отличающаяся своей окраской от кожи, находившейся над водой и не изменившей своего цвета. В некоторых случаях реакция покраснения появлялась не в первой ванне, а в одной из последующих. При более низких температурах она была более резко выражена. Интересным является то, что имеется, видимо, зависимость между интенсивностью реакции покраснения и конституцией больного: у астеников чаще реакция отсутствовала или была слабее выражена, чем у других конституциональных типов. Особенно интенсивно была выражена реакция, по нашим наблюдениям, у пикников. На связь интенсивности реакции покраснения с конституцией больных в литературе мы указаний не нашли. В виду того, что наши наблюдения по вопросу о конституции и интенсивности реакции пока недостаточно многочисленны (всего 241 случай), мы не считаем возможным подробно останавливаться на этом сложном вопросе и отметим только, что реакция покраснения отсутствовала у астеников в 14,4% всех случаев, тогда как у остальных конституциональных типов всего в 2,8%, была резко выражена у астеников только в—34%, а у остальных—75,7%. Эти данные, нам кажется, являются вполне убедительными для того, чтобы утверждать, что связь между интенсивностью реакции покраснения и конституциональным типом больного несомненно существует. Интересным является также то, что нам неоднократно удавалось отмечать, что реакция покраснения была более резко выражена на конечности, где был патологический процесс, например, периостит. При поражениях сердца реакция также чаще была более резко выражена.

Итак, на основании 507 наблюдений мы пришли к заключению, что Сергиевская сероводородная вода несомненно оказывает могучее действие на сосудистую систему, которая реагирует прежде всего расширением периферических капилляров, и возможно, и более крупных артериальных ветвей. Реакция эта носит характер активной гиперемии.

На реакцию сосудов при применении Сергиевской воды указывают также наблюдения д-ра Кузьминой, изучавшей гиперемию влагища при помощи термометрии при спринцеваниях и установившей, что повышение температуры во влагище при этом более значительно при применении сероводородной Сергиевской воды по сравнению с пресной водой.

Наблюдения над кровяным давлением показали, что кров. давление во время пребывания больного в ванне падает и после ванны также, большей частью, бывает ниже, чем до ванны. Падение кров. давления в ванне идет параллельно нарастанию интенсивности реакции покраснения, и чем резче была выражена реакция покраснения, тем большее падение кров. давления мы наблюдали. Особенно значительное падение кров. давления мы наблюдали в случаях гипертензии.

Пuls изменялся в зависимости от температуры ванн: в прохладных, большею частью, замедлялся, при повышении температуры выше индифферентной в значительном числе случаев давал учащение. При температуре 34°С и ниже, как правило, давал замедление.

Три сезона (1927, 1928 и 1929 гг.) мы посвятили, главным образом, наблюдению над реакцией сердечно-сосудистой системы на сероводородные ванны различных температур. Частично эти наблюдения были нами уже опубликованы. В эти годы нами делались единичные наблюдения над лечением ряда сердечных больных прохладными сероводородными ваннами. Результаты получились столь ободряющие, что в 1930 г. мы применили этот метод более широко. В этот сезон под нашим наблюдением находился 31 больной с различными поражениями сердечно-сосудистой системы, которых мы пользовали прохладными (35°—31° С) сероводородными Сергиевскими ваннами. Начинали мы лечение сероводородными ваннами температуры 37° и затем в зависимости от переносимости и реакции организма, постепенно понижали температуру ванн на 1 градус, доходя до 34—31°. Ниже 31° ванны не назначались. Продолжительность ванн была 5—10 минут, реже больше и почти никогда не бывала больше 12 минут. Общее число ванн, полученных больными, в среднем было 10—15, реже больше. У всех больных до начала лечения, во время курса и в конце подробно исследовалась сердечно-сосудистая система, проделывались функциональные пробы, учитывались субъективные жалобы. Учитывалась реакция как на весь курс, так и на отдельные процедуры. Всем больным, кроме того, ежедневно утром и вечером измерялась температура и сосчитывался пульс. Один—два раза за курс исследовались моча и кровь (морфологический состав), по мере необходимости производились и другие лабораторные исследования. Никакого лечения, кроме сероводородных ванн, больные не получали. Особой диеты больные не получали. Десять больных лечились в санатории, остальные были амбулаторные больные. По роду заболеваний больные распределялись так: 8 страдало пороком сердца, 1 ревматическим эндокардитом, 14—миопатией сердца (2—кардиосклерозом, 12—миодегенерацией), 3—миастенией сердца, 5—неврозом сердца. Из 8 больных с диагнозом „порока сердца“ 7 имело декомпенсацию 1-й степени, 1 больная—2—3-й степени. В одном случае (субкомпенсированном) наступило значительное улучшение, в остальных 7 более или менее значительное субъективное и объективное улучшение. Улучшение касалось уменьшения или полного исчезновения субъективных жалоб (одышки, сердцебиений, болевых ощущений, чувства давления в области сердца и т. п.), уменьшения размеров сердца, улучшения функциональных проб. Считаю нелишним привести несколько выдержек из историй болезни.

Случай 6. Больная М. (ист. бол. 1271), 33 лет. Диагноз Insuff. v. mitralis descomp. Одышка, сердцебиение, большие отеки на ногах, асцит (припухлость

с уровня пупка). Поперечник сердца 13 см. Систолический шум на верхушке. Задерживает дыхание на 15", после нагрузки 8". Приняла 26 сероводородных ванн температуры 35°—34° продолжительностью 5—12 минут. В конце курса: сердцебиений нет, одышка меньше, ходит свободней, отеки исчезли (окружность правой голени уменьшилась на 9 см., левой на 10), асцит уменьшился (припухлость на 6 см. ниже пупка), поперечник сердца уменьшился на 1,5 см., проба с задержкой дыхания 17", после нагрузки 9". Общее самочувствия больной значительно лучше.

Вторую группу составляют больные с поражением мышцы сердца (миопатии и миастении). Во всех 17 случаях наступило улучшение, касающееся субъективных жалоб, пряснения тонов, уменьшения размеров сердца, улучшения выпадения функциональных проб.

Случай 20. Больной П., 47 лет. Диагноз *myodegeneratio cordis*. Тупая боль в области сердца, чувствует свое сердце, сердцебиения, боли в ногах. Поперечник сердца 12 см., глухие тоны, шумок на верхушке, пульс 80, проба с задержкой дыхания—35", после нагрузки 14". Принял 19 сероводородных ванн температуры 35°—33°, продолжительностью 8—12 минут. Общее самочувствия значительно улучшилось, боль в области сердца бывает очень редко, сердцебиений нет. Пульс 72, поперечник сердца уменьшился на 0,5 см., тоны значительно ясней, шум исчез, проба с задержкой дыхания 43", после нагрузки 22".

Случай 21. Больная В., 35 лет. Диагноз *myopathia cordis*. Боль и чувство сжатия в области сердца, одышка, сердцебиение. Поперечник сердца 12 см., глухие тоны, задерживает дыхание 22". Приняла 18 сероводородных ванн температуры 36°—34°. Все жалобы исчезли, тоны ясней, задерживает дыхание 25", размеры сердца не изменились.

Случай 24. Больная Б. Диагноз *myopathia cordis*. Давление в области сердца, сердцебиение, одышка. Пульс 80, глуховатые тоны, задерживает дыхание 20". После 6 сероводородных ванн: давления в области сердца нет, может лежать на левом боку, одышки и сердцебиений нет, пульс 72, тоны ясней, задерживает дыхание 50".

Третью группу составляют больные с неврозами сердца. Из этой группы в 4 случаях наступило улучшение (субъективное), в одном положительного результата не получилось.

Интересным является еще один случай ревматического эндокардита. Больной приехал на курорт с рецидивом полиартритической формы ревматизма. После того как симптомы заболевания суставов под влиянием салициловой терапии стихли, нами были применены сероводородные ванны температуры 36°, продолжительностью 5—10 минут, в количестве 10. Результаты были следующие: температура, бывшая субфебрильной, стойко установилась на нормальных цифрах, пульс замедлился до нормы, поперечник сердца уменьшился на 1 см., шумы остались. Функциональная проба до лечения не производилась из опасения дать значительную нагрузку сердцу.

Таким образом из 31 больного у 30 наступило улучшение, что составляет (если позволительно выводить % из такого небольшого числа) 96,8%. Если прибавить сюда те случаи, которые нам пришлось наблюдать в 3 предыдущих сезона и которые не вошли в эту работу, то у нас создается определенное впечатление о весьма благоприятном действии Сергиевских сероводородных ванн на сердечно-сосудистую систему. К сожалению, больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, за редкими исключениями (из Москвы в 1930 г. было направлено несколько больных с поражением клапанного аппарата специально для лечения болезни сердца) на Сергиевские минеральные воды не направляются, и большинство наших больных, приехавших из разных местностей Союза (Ленинград, Саратов и др.), попали на курорт самоотком, а не были направлены врачами. Настоящая статья и ставит своей целью обратить

внимание на Сергиевские минеральные воды, как на курорт, на который могут направляться, кроме тех больных, страдания которых значатся в числе показаний в справочниках, также и страдающие рядом расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы.

Из Инфекционной клиники 2-го Московского государственного университета.
(Директор-проф. Е. И. Марциновский).

Урохромоген при инфекциях.

Ординатора С. И. Иодис.

Для определения урохромогена в моче в клинических лабораториях утвердились, главным образом, две реакции: диазореакция Ehrlich'a и проба Weiss'a.

В Инфекционной клинике 2-го Московского государственного университета DR и проба Weiss'a проводились мною почти на протяжении трех лет. В виду имеющихся в литературе указаний на существующую противозависимость в выявлении уробилиногена и урохромогена в моче, одновременно проводилась еще и алдегидная реакция Ehrlich'a на уробилиноген. Некоторое время наблюдения велись и с реакцией Russo, но зеленое окрашивание мочи, как признак положительного результата, подчас получалось и у совсем здоровых людей, а потому и реакция эта в скором времени была совсем оставлена. При сопутствующих инфекционных нефрозах и нефритах производилась также DR с сывороткой крови больных по методу Генригта, описанному Н. Blotner'ом и R. Fitz'em.

DR Ehrlich'a производилась обыкновенным способом, проба Weiss'a по методу самого автора и по модификации Möller'a. Моча разливалась в четыре пробирки, одна пробирка оставлялась для контроля, а в остальные три прибавлялись по порядку 1—2—3 капли 0.1% раствора kalii hypermanganici. Рассматривались пробирки при дневном освещении на белом фоне. На протяжении значительного промежутка времени преимуществ метода Weiss'a перед способом по Möller'y отметить не приходилось.

Нужно сказать, что если только считаться со случаями ясно выраженных реакций, как диазо, так и Weiss'a, то дело обстоит очень просто. Если же считаться (а не считаться никак нельзя) с малозаметными переходами отрицательной реакции в положительную, положительной в отрицательную, если учитывать градацию интенсивности красных тонов, оттенки желтых, то, конечно, и при известном навыке многое представляется индивидуальному суждению и субъективной оценке. Приходится еще отметить, что введенные в сомнительных случаях контрольные пробы, дополнительные реакции, уясняющие предложения и испытания, как предложение оставлять мочу на сутки, считаться с цветом осадка, считаться с выраженностью пробы Weiss'a, после того как она постоит и т. д. и т. д.—все эти предложения оказываются весьма относительной ценности, подчас даже совсем несостоятельными. Несовершенство метода исследования очевидно, представляется значительный простор как произвольному выбору, так и произвольному отбрасыванию.