

Из терапевтического отделения Надеждинской больницы имени XII годовщины революции (зав. д-р Асташин).

Случай аллергической экземы¹⁾.

Ординатор А. А. Абрамзон.

Происхождение экземы до сих пор считается неоднородным. Французские авторы (Гоше, Дарье и др.) думают, что экзема есть выражение „диатеза“, что преобладающее значение имеют ненормальности обмена веществ. Немецкие дерматологи держатся иного взгляда. Ядассон, например, говорит (цитирую по Бременеру и Шиманко)—„важнейшая часть экзематогенных раздражителей относится к внешнему миру и вступает в кожу извне“. Блох каждую экзему считает за идиосинкразическую реакцию.

Не подлежит сомнению, что, по крайней мере, часть экзем имеет чисто аллергическое происхождение. Список аллергенов велик и еще не полон; тут и терпентин, и гидрохинин, и иодоформ, и салициловая кислота, и крем, и краски, и линолеум, и комнатные цветы. „Если кожа аллергия—говорит Ленер (Бушке, „Allergie als Ursache der Eczema“ Mediz. Klinik № 29 от 1932 г.)—то как внешние, так и внутренние, химические, физические, редко также бактериальные агенты могут вызвать экзему“. Отсюда понятна трудность во многих случаях найти аллерген. Иногда же обстоятельства складываются более счастливо: причину удается найти легко и просто и, устранив ее, добиться быстрого излечения.

Мне бы хотелось поделиться одним ярким случаем аллергической экземы.

5-го июля прошлого года, при утреннем обходе, мое внимание сразу привлекла необычная для терапевтических палат больная, спокойно лежащая, то прикладывающая на лицо постоянно смачиваемую марлевую маску, то почесывающая себе пальцы.

Посадив больную, я увидел, что лицо ее и шея были ярко красного цвета и припухли. Склеры резко гиперемированы. На ушах, за ушами и местами на шее имелось сильное мокнутие и кое-где располагались свежие корочки. Была выраженная картина—eczema erythematosum madidans. На пальцах рук определялась небольшая инфильтрация с шелушением—eczema chronic. squamosum. В остальном status такой: средний рост, хорошо развитая подкожная клетчатка, несколько расширенное сердце с тихим систолическим шумом; со стороны других внутренних органов ничего особенного.

Нервная система—раздражительность и оживление сухожильных рефлексов.

Лабораторные данные: моча—N, двукратное исследование кала на яйца глист дало отрицательный результат. Картина белой крови—L=5.000, St=4%, S=41%, Eos=10%, Mon=5%, Ly=39%.

Анамнез: больной Щегольковой 50 лет. Она замужем, домашняя хозяйка. Несколько месяцев больна экземой. Лечилась вначале амбулаторно, а потом на дому примочками, мазями и вливаниями бромистого натра. Результаты от лечения никакого не было и она до крайности страдала от зуда и жжения лица и шеи.

Зуд, жжение и чувство напряжения в пораженных областях достигли такой степени, что больной приходило мысли о самоубийстве. Уже давно она лежит в постели и не может 5 минут обойтись без смоченной в ачаа plumbi маски. В годы эпидемии болела каким-то тифом. Глист никогда не замечала. Недавно гинеколог предположил будто бы кисту яичника. Условия жизни вполне сносные. Квартира теплая и светлая.

Общее впечатление от больной и эозинофилия при отсутствии глист толкнула мою мысль на аллергию и, зная трудности нахождения аллергена, я решил провести неспецифическую десенсибилизацию парентеральным введением молока. Вспрыскивания производились через день с дозы в 0,5. Каждая инъекция на 2 деления больше предыдущей. Результаты были неожиданно хороши.

Через 2½ недели больная выписалась из отделения вполне здоровой. В день выписки она получила последнее вспыскивание молока.

¹⁾ Доложено на научной конференции дерматологов в Казани 24/1 33 г.

И было неожиданно, когда через несколько часов после ее ухода пришел взволнованный муж с известием, что у больной все начинается сначала. Снова начало краснеть лицо и снова появился сильный зуд.

Стало совершенно ясно, что, во-первых, толкование экземы как аллергической было правильным; во-вторых, аллерген находится у больной дома и, в третьих, лечебный эффект зависел главным образом от изоляции больной от аллергена и может быть частично от инъекций молока. Оставалось найти аллерген.

С этой целью я посетил больную на дому. В ее маленьком домике было очень уютно. Можно было придраться разве к щелке между бревнами (стены не оштукатурены и не оклеены обоями) и к комнатным растениям, среди которых было много цветущих довольно приятными красновато-синеватыми цветками (это были, как оказалось, примулы). Больную я застал в кровати, на лице ее ясно обозначался рецидив экземы.

Оказывается, по приходе домой из больницы, она занималась по хозяйству, обтирала и поливала цветы.

Не будучи дерматологом, я не знал о роли именно примулы в происхождении дерматитов, но было вполне естественно взять под подозрение прежде всего цветы (ведь значение пыльцы в возникновении вазомоторных явлений сенной лихорадки было выявлено Blackley еще в 1873 г.). Поэтому больная была вновь госпитализирована. Цветы были вынесены. В течение нескольких дней дом тщательно проветривался и когда больная вновь вполне поправилась и была выпущена домой, — она чувствовала себя вполне хорошо. К этому времени мне стали известны аллергенные возможности примулы. Больной было позволено внести цветы, кроме примулы, которую статистка больная мстительно зарыла в землю.

Я наблюдаю Щеголькову около года. Она продолжает благоденствовать. Зимой у ней появились легкие быстро-проходящие, чуть зудящие пятна близ носа, которые очевидно являются результатом атмосферных (или иных) влияний на сверхчувствительную кожу, функционировавшую длительный период времени неправильно.

Исследование крови, произведенное в апреле 1933 года, интересно в том отношении, что эозинофилия уже отсутствует и теперь у больной имеется всего 1⁰/₀ эозинофилов.

Бременер и Шиманко в своей интересной книге приводят случай тяжелого зудящего дерматита у торговца примулами. Дерматит проходил, когда больной покидал свою лавку.

Пинкус ратует за полное изъятие этого цветка из жилищ. Мой случай имеет конечно только практический интерес, поскольку он еще раз намекает, что дерматолог и врач вообще в каждом случае экземы должен помнить о возможности аллергии и часто эта точка зрения будет наиболее продуктивной. В случае трудности нахождения аллергена следует использовать возможность воздействия неспецифической десенсибилизацией туберкулином (как советует Storg van Loeven), ультра-фиолетовым облучением с последующим интрамускулярным введением собственной крови (Lehner) или молоком.

Описанный случай еще раз показывает, что, исследуя больного на больничной койке, мы имеем дело хоть и с важнейшим, но только конечным звеном цепи и для полного и эффективного суждения о больном, следует учесть обстановку его жизни и работы.

Примером того, как еще недостаточно внимания дерматологи обращают на аллергию, является по-моему то, что просматривая журнал „Дерматология и венерология“ за 1928—29—30 и 31 годы я не нашел ни одной клинической работы по этому вопросу¹⁾.

¹⁾ Экспериментальные есть: одна или две.