

112838^a

Къ вопросу
о лѣченіи
почечнаго литіазиса натуральной и
искусственной водой Contrexéville
(Source du Pavillon)

и вліяніи этой воды на выдѣленіе мочевой кислоты.

(Изъ медицинской клиники проф. С. М. Васильева.)

Диссертація
НА СТЕПЕНЬ
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ
Юакима Гурвича.

Censores:

Проф. В. А. Афанасьевъ. — Проф. А. П. Губаревъ. — Проф. С. М. Васильевъ.

Юрьевъ.

Печатано въ типо-литографіи Г. Лавмана.
1894.



28821

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Императорскаго
Юрьевскаго Университета.
Юрьевъ, 10-го мая 1894.
№ 306.

Деканъ: С. Васильевъ.

Посвящаю свой трудъ
МОИМЪ ДОРОГИМЪ РОДИТЕЛЯМЪ.

123258

Прощаясь съ дорогой мнѣ alma mater, я считаю пріятнымъ для себя долгомъ выразить благодарность всѣмъ моимъ бывшимъ учителямъ, которымъ я обязанъ своимъ медицинскимъ образованіемъ.

Многоуважаемаго проф. С. М. ВАСИЛЬЕВА прошу принять мою благодарность за любезно предложенную мнѣ тему, за клиническій матеріаль и руководство при исполненіи моей работы.

Введеніе.

Вопросъ объ аномаліи обмѣна веществъ, характеризующейся накопленіемъ и отложеніемъ въ организмѣ мочевой кислоты и ея солей, сталъ въ послѣднее время предметомъ оживленныхъ научныхъ споровъ и разнообразныхъ научныхъ изслѣдованій. Не только сущность этой аномаліи, но и ея происхожденіе, этиологія, различныя ея формы, всѣ вызываемыя и обусловливаемыя ею явленія, — наконецъ, и различныя средства къ ея излѣченію — все это въ послѣдніе годы разрабатывалось всесторонне и изучалось съ большимъ интересомъ, всѣ существовавшія раньше по этому вопросу теоріи подвергались строгой критикѣ, являлись новыя теоріи, новыя гипотезы, но многое все таки до сихъ поръ еще не выяснено окончательно, а главное — сущность этой аномаліи, обнаруживающей то въ формѣ мочевыхъ камней, то въ формѣ подагры — до сихъ поръ остается темнымъ и неизвѣстнымъ также, какъ и раньше. Но не зная сущности болѣзни, невозможно радикально ее лѣчить. И терапія «мочекислаго діатеза» вообще и каменной болѣзни въ частности въ настоящее время, какъ и много лѣтъ тому назадъ, сводится почти къ тому, что добыто эмпирическимъ путемъ.

Какъ извѣстно, при лѣченіи камней уже издавна употребляются различныя минеральныя воды, среди которыхъ большою славою въ этомъ отношеніи пользуются землистыя или известковыя воды. Но изъ послѣднихъ больше всего извѣстны по своимъ цѣлебнымъ свойствамъ французскіе источники Contrexéville, въ особенности источникъ Pavillon, который нѣкоторые считаютъ чуть ли не специфическимъ средствомъ противъ каменной болѣзни (*Contrexéville est à la gravelle ce que le sulfate de quinine est à la fièvre intermittente*¹⁾). Чѣмъ, собственно, обуславливается цѣлебное дѣйствіе Contrexéville'-ской воды, благодаря какимъ ея свойствамъ излѣчиваются больные — на эти вопросы эмпирика, конечно, отвѣта не даетъ. Въ данномъ случаѣ научное изслѣдованіе и клиническое наблюденіе должны придти на помощь и разумно объяснить то, что найдено случайно. На первомъ планѣ является вопросъ, *какъ Contrexéville'-ская вода дѣйствуетъ на выдѣленіе мочевой кислоты*. Это вполне понятно, если принять во вниманіе, что большая часть мочевыхъ камней суть *мочекислые* камни и что мочевая кислота, вообще, играетъ важную роль при мочекислотѣ діатезѣ и въ образованіи осадковъ въ различныхъ частяхъ тѣла, съ другой же стороны по количеству мочевой кислоты въ мочѣ можно судить объ общемъ метаболизмѣ. —

Прослѣдить судьбу мочевой кислоты подъ влияніемъ воды Contrexéville (Source du Pavillon) — вотъ вопросъ, которымъ я занялся по предложенію проф. Васильева.

Я экспериментировалъ одновременно надъ натуральными и искусственными водами, для того, чтобы изъ сравненія дѣйствія однихъ и другихъ можно было судить о томъ, возможно ли натуральную привозную Contrexé-

ville'-скую воду замѣнить искусственною, что при дороговизнѣ первой имѣетъ безспорно огромное практическое значеніе. Мои изслѣдованія, такимъ образомъ, распадутся на двѣ группы:

I. О вліяніи натуральной воды Contrexéville на выдѣленіе мочевой кислоты.

II. О томъ же вліяніи искусственной Contrexéville'-ской воды.

Изслѣдуемые больные находились на опредѣленной діетѣ, и я наблюдалъ ихъ въ продолженіе трехъ періодовъ: одного (нормального) — до приѣма воды, 2-го — во время употребленія воды и 3-ьяго — когда приемъ воды былъ прекращенъ. Каждый періодъ состоялъ изъ опредѣленнаго числа дней.

Что касается метода, по которому я опредѣлялъ количество мочевой кислоты, то я пользовался методомъ Haykraft'a²⁾, состоящимъ въ томъ, что мочевая кислота сначала осаждается аммиачнымъ растворомъ серебра, осадокъ потомъ собирается на двойномъ фильтрѣ, тщательно промывается дистиллированной водой и затѣмъ обрабатывается азотной кислотой, послѣ чего въ фильтратѣ количество серебра опредѣляется посредствомъ титрованія роданистымъ аммоніемъ, по количеству же серебра заключаютъ о количествѣ связанной имъ мочевой кислоты (1 атомъ серебра (108) по Haykraft'у связываетъ 1 частицу (168) мочевой кислоты).

Этотъ методъ имѣетъ громадныя преимущества передъ всѣми другими, раньше употреблявшимися: способомъ Heintz'a, Fokker'a, Gowland-Hopkins'a и Ludwig-Salkowsk'аго. Послѣдніе всѣ не только сопряжены съ большими трудностями, требуютъ большаго

техническаго навыка и большой затраты времени, но къ тому еще неточны и ведутъ къ значительнымъ ошибкамъ. Въ особенности это можно сказать относительно метода Heintz'a, которымъ раньше пользовались почти всѣ экспериментаторы и негодность котораго въ настоящее время признана всѣми, между прочимъ Pfeiffer'омъ³⁾, отрицающимъ за нимъ всякое научное значеніе даже при сравнительномъ опредѣленіи мочевой кислоты. Отсутствіемъ болѣе или менѣе легкаго и точнаго способа объясняется, именно, то обстоятельство, что долгое время или совсѣмъ не занимались количественнымъ опредѣленіемъ мочевой кислоты не только въ крови, но и въ мочѣ, или же приходили къ самымъ разнорѣчивымъ результатамъ. Неудивительно поэтому, что вопросъ о сущности и происхожденіи мочекислаго діатеза, ведущаго также къ образованию мочевыхъ камней, до сихъ поръ почти остался темнымъ и неразрѣшеннымъ. Но и способъ Haykraft'a имѣетъ свой недостатокъ, на который указалъ Смидовичъ⁴⁾. Такъ какъ мочевая кислота по этому способу осаждается аміачнымъ растворомъ серебра, то образуемое мочекислое серебро во время фильтраціи, продолжающейся обыкновенно отъ 2 до 3 часовъ, легко редуцируется подъ вліяніемъ свѣта, а это опять ведетъ къ неточностямъ. Чтобы устранить и этотъ недостатокъ, Смидовичъ предлагаетъ пользоваться центробѣжной машиной. Небольшой модификаціей Смидовича (см. его статью⁴⁾), дающей возможность сократить время опредѣленія мочевой кислоты и въ извѣстной степени предохраняющей отъ разложенія мочекислаго серебра, я также воспользовался при своихъ изслѣдованіяхъ, съ той однако разницей, что въ то время, какъ Смидовичъ центрифугируетъ осадокъ нѣсколько

разъ, а промываніе его дѣлаетъ въ самой пробиркѣ, я, работая одновременно надъ нѣсколькими порціями, долженъ былъ каждый разъ довольствоваться только однимъ центрифугированіемъ, а промываніе осадка дѣлалъ на фильтрѣ. Я долженъ еще прибавить, что для cadaго изслѣдованія я бралъ всегда двѣ равныя порціи одной и той же мочи, опредѣлялъ количество мочевой кислоты для каждой изъ нихъ, а затѣмъ вычислялъ среднюю величину. Это обстоятельство, а также и то, что я все время работалъ по методу, который въ сравненіи съ другими отличается наибольшею точностію, — даютъ мнѣ право думать, что и полученные мною результаты, основанные къ тому на большомъ числѣ опытовъ, также могутъ считаться болѣе или менѣе точными.

Литературный очеркъ.

Обращаясь къ литературѣ интересующаго насъ вопроса, я долженъ замѣтить, что специально о дѣйстви Contrexéville'ской воды на выдѣленіе мочевой кислоты я никакихъ работъ не нашелъ. За то есть не мало трудовъ, трактующихъ о дѣйстви этой воды при различнаго рода мочевыхъ конкрементахъ и мочевомъ пескѣ, равно и физическихъ и фармакодинамическихъ свойствахъ этой воды, ея химическомъ составѣ и показаніяхъ при той или другой болѣзни.

Первый, кто обратилъ вниманіе на источники Contrexéville и на ихъ цѣлебное дѣйствіе, былъ Dr. Bagard⁵⁾, представившій въ 1760 году докладъ академіи наукъ и искусствъ въ Нанси. Въ этомъ докладѣ Bagard хвалитъ главнымъ образомъ дѣйствіе Contrexéville'ской воды при коликахъ печени и печеночныхъ камняхъ (lithiase biliaire). —

Первый химическій анализъ этой воды сдѣланъ въ 1774 году д-ромъ Thouvenel'емъ⁶⁾. Позже, въ 1840 году, появилось обстоятельное сочиненіе Mamelet⁷⁾, въ которомъ авторъ излагаетъ историческія и топографическія данныя и подробно описываетъ физическія и химическія свойства и терапевтическое дѣйствіе Contrexéville'скихъ источниковъ. Последнее, по мнѣнію Mamelet, вы-

ражается главнымъ образомъ въ облегченіи всякаго рода страданій мочевыхъ путей и устраненіи мочевого песка. Но, кромѣ того, вода оказывается полезной при подагрѣ, золотухѣ и геморроидальныхъ страданіяхъ. Цѣлый рядъ исторій болѣзней приводится авторомъ для подтвержденія справедливости его мнѣнія.

Въ 1866 году появилась работа Legrand du Saulle⁸⁾ специально о дѣйстви Contrexéville на мочевой песокъ. На основаніи 940 наблюденій, сдѣланныхъ авторомъ въ продолженіе 9 лѣтъ надъ больными, страдающими почечными камнями, онъ приходитъ къ тому выводу, что дѣйствіе этой воды при почечномъ литіазисѣ стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія. Достаточно указать на то, что изъ упомянутыхъ 940 больныхъ бѣольшая часть, если и не излѣчивалась окончательно, то во всякомъ случаѣ получала значительное облегченіе, но было немало и такихъ, которые послѣ повторныхъ лѣченій Contrexéville'ской водою на всегда избавлялись отъ своихъ страданій. Особо интересно то обстоятельство, что Legrand наблюдалъ выдѣленіе огромнаго числа небольшихъ конкрементовъ, наступавшее у его пациентовъ всякій разъ, когда они пили упомянутую воду. Нерѣдко онъ ихъ насчитывалъ отъ 100 до 140, а другой авторъ, именно, Dr. Baud⁹⁾, описываетъ случай, гдѣ, благодаря употребленію Contrexéville'ской воды, выдѣлилось черезъ мочевой пузырь 700 конкрементовъ величиною въ булавочную головку и нѣсколько больше. По своему химическому составу выдѣлявшійся песокъ въ описанныхъ случаяхъ состоялъ бѣольшею частію изъ мочекислыхъ солей, но у значительнаго числа больныхъ онъ состоялъ также изъ солей щавелевокислыхъ и фосфатовъ. При конкрементахъ изъ фос-

фатовъ Contrexéville, по Legrand du Saulle, заслуживаетъ предпочтеніе передъ водой Виши, особенно если при этомъ, какъ это часто бываетъ, одновременно существуетъ и катарръ мочевого пузыря. Относительно дѣйствія интересующей насъ воды Legrand присоединяется къ мнѣнію Troussseau⁹⁾ и нѣкоторыхъ другихъ авторовъ, которые отрицаютъ возможность растворенія камней Contrexéville'ской водой, а видятъ ея дѣйствіе скорѣе въ томъ, что она нарушаетъ молекулярное строеніе образующаго камни вещества, отчего послѣдніе легко раздробляются. Такое объясненіе Legrand основываетъ на томъ наблюденіи, что выдѣляющіеся подъ вліяніемъ Contrexéville конкременты часто оказываются шероховатыми, значительно утонченными и ломкими.

Еще большаго вниманія, нежели работа Legrand du Saulle, заслуживаетъ трудъ Debout d'Estrées¹⁰⁾ объ индикакціяхъ къ употребленію Contrexéville'ской воды, изданный въ 1875 году. Мочевой песокъ, катарръ мочевого пузыря, подагра, колики печени и диабетъ — вотъ тѣ болѣзни, при которыхъ Contrexéville, по этому автору, оказываютъ могучее дѣйствіе. Относительно диабета другіе авторы высказываютъ какъ разъ противоположный взглядъ, считая при этой болѣзни Contrexéville'скую воду противопоказуемой. Но Debout d'Estrées изъ 100 случаевъ диабета наблюдалъ 89 случаевъ излѣченія — результатъ, конечно, замѣчательный, такъ что авторъ склоненъ даже думать, что между диабетомъ и мочекальнымъ діатезомъ, также хорошо поддающимся лѣченію Contrexéville'ской водою, есть общность происхожденія. Противопоказуемой Debout считаетъ эту воду только при парезѣ мочевого пузыря и кровотеченіяхъ изъ послѣдняго.

Cruise¹¹⁾, работа котораго появилась въ Lancet въ 1885 году, также подробно изучилъ и описалъ всѣ источники Contrexéville. Относительно дѣйствія послѣднихъ онъ подтверждаетъ все то, что до него высказали другіе авторы, а именно, что цѣлебная сила ихъ громадна и несомнѣнна во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ болѣзнями мочевыхъ органовъ и образованіемъ въ нихъ конкрементовъ. Въ томъ обстоятельствѣ, что Contrexéville'ская вода растворяетъ окружающую конкременты слизь и вызываетъ сильный діурезъ, Cruise видитъ наиболѣе важный моментъ въ терапевтическомъ дѣйствіи этой воды. Но съ другой стороны она, по его мнѣнію, также разрыхляетъ внутренній остовъ камней, вслѣдствіе чего послѣдніе, раздробляясь, легче выносятся съ мочою. Дѣйствіе воды при катаррѣ мочевого пузыря онъ объясняетъ также тѣмъ, что она растворяетъ накопляющуюся въ немъ слизь. Къ этому присоединяется еще тонизирующее дѣйствіе на слизистую оболочку мочевого пузыря и на весь организмъ.

Благодаря такому счастливому сочетанію благоприятныхъ моментовъ, терапевтическое значеніе Contrexéville ставитъ очень высоко другой англійскій ученый — Macpherson¹²⁾, работа котораго объ этой водѣ вышла почти одновременно съ работой только что упомянутаго Cruise. Macpherson считаетъ Contrexéville первенствующимъ средствомъ при лѣченіи конкрементовъ вообще, не только мочевыхъ, но и желчныхъ; кромѣ того, онъ очень хвалитъ эту воду при всякаго рода диспепсіяхъ, поносахъ, особенно тропической диарреѣ, и нѣкоторыхъ другихъ болѣзняхъ. Подобно Debout d'Estrée,

Macpherson считает воду Contr. очень полезной также при сахарномъ диабетѣ.

Другіе авторы хвалятъ Contrexéville при щавелево-кисломъ пескѣ (la gravelle oxalique) и пескѣ изъ фосфатовъ земель (la gravelle phosphatique). Между прочимъ извѣстный знатокъ каменной болѣзни, Bouchardat выражается въ своемъ «Mémoire de 1867» слѣдующимъ образомъ: «J'ai toujours, dans le traitement de l'oxalurie, préféré les eaux alcalines calcaires aux eaux alcalines sodiques. Je possède plusieurs observations témoignantes de l'incontestable utilité des eaux de Contrexéville (Source du Pavillon).»

Другой авторъ, M. Leroy d'Etiolles¹³), подчеркиваетъ главнымъ образомъ дѣйствіе Contrex. при пескѣ фосфатномъ. Главнымъ условіемъ для образованія этого песка, служить, по мнѣнію автора, развивающійся при катаррѣ мочевого пузыря амміакъ, дѣлающій мочу щелочною и сильно раздражающій слизистую оболочку пузыря, вслѣдствіе чего катарръ послѣдней усиливается, но съ другой стороны катарръ мочевого пузыря обуславливаетъ щелочность мочи, такъ что является своего рода *circulus vitiosus*, все болѣе и болѣе ухудшающій состояніе больного. Такимъ образомъ, главное, противъ чего должно быть направлено въ этомъ случаѣ лѣченіе, это — щелочность мочи. Такъ какъ Contrexéville'ская вода, по мнѣнію Leroy d'Etiolles, обладаетъ способностію придавать мочѣ ея нормальную кислую реакцію, то отсюда понятенъ терапевтическій эффектъ этой воды при катаррѣ мочевого пузыря и послѣдствіи этого катарра — фосфатномъ пескѣ.

Caudmont¹⁴), напротивъ, считаетъ воду Contrexéville не столько полезной при фосфатномъ пескѣ, сколько при

сросткахъ изъ мочевой кислоты и, вообще, при мочекислотомъ діатезѣ. Въ послѣднемъ случаѣ дѣйствіе ея объясняется тѣмъ, что она будто влияетъ модифицирующимъ образомъ на общее состояніе организма и въ частности на жизнедѣятельность (*vitalité*) почекъ, вслѣдствіе чего измѣняется весь характеръ и составъ мочи, возвращаясь къ своему нормальному типу.

Авторъ увѣряетъ, что, благодаря лѣченію Contrexéville'ской водою, больные, страдающіе пескомъ, всегда чувствуютъ значительное облегченіе въ смыслѣ уменьшенія припадковъ почечныхъ коликъ, нерѣдко же они навсегда избавляются отъ своихъ страданій. Лѣченіе упомянутой водою не ограничивается, впрочемъ, одними только болѣзнями почекъ и почечнымъ литіазисомъ. Caudmont нашелъ, что она непосредственно дѣйствуетъ на слизистую оболочку и усиливаетъ тонусъ мускулатуры всего, вообще, мочевого аппарата. Этимъ онъ объясняетъ то обстоятельство, что вода Contrex. оказывается полезной не только при страданіяхъ почекъ, но и при болѣзняхъ другихъ мочевыхъ органовъ, какъ напр.: при катаррѣ мочевого пузыря, атоніи его, хроническомъ уретритѣ и т. д.

Не менѣе благотворное дѣйствіе она оказываетъ также при подагрѣ, какъ острой, такъ и хронической, что вполне понятно, такъ какъ подагра есть ничто иное, какъ отдѣльный видъ общаго мочекислаго діатеза и обуславливается, главнымъ образомъ, отложеніемъ въ суставахъ мочевой кислоты.

На дѣйствіе Contrexéville'ской воды при этой болѣзни указываетъ A. Millet¹⁵). По его мнѣнію, эффектъ, получаемый у подагриковъ при употребленіи названной воды почти постоянный и несомнѣнный, такъ что ей

нужно въ этомъ отношеніи отдать предпочтеніе передъ водою Виши, которая оказывается часто безсильной въ борьбѣ съ подагрой.

Такое же мнѣніе высказываетъ и знаменитый французскій клиницистъ Troussseau¹⁶). Въ то время, какъ онъ болѣе, чѣмъ у 500 подагриковъ, пользовавшихся водою Виши, не наблюдалъ никакого облегченія, онъ могъ, напротивъ, почти всегда констатировать значительное улучшеніе подъ вліяніемъ Contrexéville, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ подагра осложнилась присутствіемъ мочевого песка.

Другой, не менѣе извѣстный французскій клиницистъ, Chateot, въ своихъ лекціяхъ, читанныхъ имъ въ Salpêtrière, выражается о дѣйствіи Contrexéville при подагрѣ слѣдующимъ образомъ: „Les eaux de Contrexéville (Source du Pavillon) sont souvent très utiles dans la goutte chronique. Nous les avons administrées plusieurs fois dans les cas de goutte ancienne, avec dépôts tophacés, et les résultats nous ont paru favorables.“

При подагрѣ рекомендуетъ Contrexéville, преимущественно передъ Виши и Карлсбадомъ, также лондонскій клиницистъ Dyce Duckworth¹⁷).

Изъ русскихъ ученыхъ рекомендуетъ воду Contrexéville особенно проф. Захаринъ¹⁸), считая ее наилучшимъ средствомъ противъ щавелекислыхъ спостковъ и обусловливаемыхъ ими сильныхъ почечныхъ коликъ. Но онъ прибавляетъ, что «если эти спостки образовались въ почечномъ тазу, то они очень трудно поддаются лѣченію и требуютъ для своего удаленія долгаго времени.»

Наконецъ, я долженъ упомянуть о появившейся въ

1881 году работъ Ecklin'a¹⁹), въ которой подробно описаны всѣ источники Contrexéville, ихъ терапевтическое дѣйствіе и преимущества передъ водою Vichy, Evian и т. п. Подобно другимъ авторамъ, Ecklin выставляетъ на видъ, главнымъ образомъ, дѣйствіе Contrexéville-ской воды при подагрѣ и мочевомъ пескѣ — болѣзняхъ, при которыхъ она «пользуется вполне заслуженной славой, такъ какъ уже послѣ 3-недѣльнаго лѣченія больные оставляютъ курортъ или вполне излѣчившимися или, по крайней мѣрѣ, значительно поправившимися». Въ томъ, что подъ вліяніемъ этой воды въ большинствѣ случаевъ восстанавливается нормальная кислая реакція мочи, авторъ видитъ специфическое отличіе ея отъ воды Vichy, которая, напротивъ, дѣлаетъ и нормально кислую мочу щелочною. «И если вода Виши, говоритъ онъ, болѣе полезна во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣемъ дѣло съ хроническими расстройствами пищеварительнаго канала, то въ случаяхъ выраженного артрита и литіазиса Contrexéville, по своему дѣйствію, не имѣетъ себѣ соперника. Но и при болѣзняхъ желудка, печени, и вообще всѣхъ хроническихъ расстройствахъ питанія, ведущихъ нерѣдко къ подагрѣ и каменной болѣзни, Contrexéville имѣетъ благотворное дѣйствіе, равно и при болѣзняхъ мочевого пузыря и катаррахъ его, также часто служащихъ причиной образованія въ немъ камней».

Изъ другихъ авторовъ, писавшихъ о Contrexéville, я только назову Treuille²⁰), Caillat²¹), Tamin-Despallès²²), Brongniart²³) и др.

Въ виду того, что все ими написанное сводится къ тому же, что мы видѣли въ приведенныхъ выше работахъ, то я о нихъ говорить не буду.

Изъ литературнаго очерка мы могли убѣдиться въ томъ, какое могущественное средство природа намъ дала въ источникахъ Contrexéville, вѣрнѣе — въ ея источникѣ Pavillon, для борьбы съ каменною болѣзнію, — тою «злою, по выраженію Томсона, болѣзнію, которая была для человѣчества причиной столькихъ страданій и которая, можетъ быть больше, чѣмъ какая либо другая, испытала на себѣ искусство и храбрость цѣлаго ряда жрецовъ хирургіи, начиная отъ самыхъ отдаленныхъ временъ и до нашихъ». И если Hufeland называетъ источники Wildungen'a «прекраснѣйшимъ даромъ божіимъ», то я думаю, что это съ неменьшимъ правомъ относится къ источнику Contrexéville — Pavillon.

Попытаюсь въ дальнѣйшемъ, на основаніи своихъ собственныхъ опытовъ и выводовъ, сдѣланныхъ нѣкоторыми другими авторами, объяснить, чѣмъ, собственно, терапевтическое дѣйствіе Contrexéville'ской воды обусловлено, благодаря какимъ ея свойствамъ дается возможность уничтожить разъ образовавшіеся конкременты или предохранить отъ образованія таковыхъ, если въ организмѣ существуетъ извѣстное къ тому предрасположеніе. Цитированные выше авторы или совершенно прошли эту сторону вопроса молчаніемъ, ограничиваясь только тѣмъ, что указали на тотъ или другой терапевтическій эффектъ, или же, пытались дать объясненіе, сдѣлали это неполно, не подтвердивъ ни однимъ научнымъ доводомъ. Нѣсколько ближе подошелъ къ этому вопросу L. Lehmann, но о его работѣ рѣчь будетъ ниже.

Химическіе анализы Contrexéville (Source du Pavillon.)

Для пониманія дѣйствія воды Contrex., посмотримъ прежде всего, къ какой группѣ минеральныхъ водъ она принадлежитъ, каковъ ея химическій составъ и какія соли являются въ ней преобладающими. Химическій ея анализъ произведенъ въ различное время и различными авторами. Но полученные послѣдними результаты не во всемъ сходны, числа не вполнѣ одинаковы, нѣкоторыя составныя части, встрѣчаемыя въ одномъ анализѣ, отсутствуютъ въ другомъ. Не зная же, какой изъ сдѣланныхъ анализовъ наиболѣе вѣрный, я приведу тѣ, именно, изъ нихъ, на которые болшинство авторовъ ссылается: анализъ Henry, приведенный Th. Valentiner'омъ²⁴⁾ и Durand-Fardel'емъ²⁵⁾, и анализъ Debray, приведенный L. Lehmann'омъ и Захарьинымъ¹⁸⁾. Послѣдній анализъ важенъ для насъ еще потому, что по этому анализу приготовлена химикомъ О. М. Бичунскимъ искусственная Contrexéville'ская вода, надъ которой я экспериментировалъ на ряду съ натуральной.

I. Химическій анализъ Henry 1853.

(въ 1 литрѣ воды)

Сѣрноокислой извести	1,150
Сѣрноокислой магнезіи	0,190
Сѣрноокислаго натра	0,129
Углекислой извести	0,676
Двууглекислой извести	0,979
Углекислой магнезіи	0,220
Двууглекислой магнезіи	0,333
Углекислаго натра	0,197
Двууглекислаго натра	0,274
Двууглекислой закиси желѣза	0,007
Углекислой закиси марганца	0,009
Углекисл. литія	—
Хлористаго натрія	0,139
Кремневыхъ земель	0,119
Свободной угольн. кислоты	— ?
Температура	10,6° C.
Выдѣляющійся изъ	Угольн. кислоты 59
источника газъ	Азота 30
содержитъ :	Кислорода 11

100 Volum.

II. Анализъ Debray 1864.

(въ 10,000 грамм. воды содержится)

Хлористаго натра	0,047
Хлористаго литія	0,029
Сѣрноокисл. калия	0,069
Сѣрноокисл. натра	2,353
Сѣрноокисл. магнезіи	0,630
Сѣрноокислой извести	11,230
Двууглекислой извести	4,462
Двууглекислой закиси желѣза	0,070
Кремневой кислоты	0,150

Сумма: 19,040

Изъ приведенныхъ анализовъ видно, что преобладающими составными частями воды Contrexéville являются соли извести и магнезіи, вслѣдствіе чего ее причисляютъ къ группѣ известковыхъ или землестыхъ водъ. Изъ другихъ солей она содержитъ еще небольшія количества сѣрноокислаго и хлористаго натра и весьма минимальныя количества желѣза, литія и проч.

Дѣйствуетъ ли въ минеральной водѣ совокупность всѣхъ составныхъ частей, какъ это полагаютъ проф. Богословскій²⁶⁾, Jaworski²⁷⁾, Wolff²⁸⁾ и др., или же встрѣчаемыя въ минимальныхъ количествахъ составляютъ, такъ сказать, лишній балластъ, а принимаются въ расчетъ только главныя составныя части, какъ это думаютъ Leichtenstern²⁹⁾, Valentiner²⁴⁾, Braun³⁰⁾, Милютинъ³¹⁾ и др. — но несомнѣнно то, что преобладающимъ составнымъ частямъ принадлежитъ первенствующая роль и съ ними слѣдуетъ, главнымъ образомъ, считаться. Такъ какъ въ нашей водѣ больше всего содержится солей извести и магнезіи, то интересно прежде всего узнать, каково дѣйствіе послѣднихъ при каменной болѣзни. Рѣшеніе этого вопроса дастъ намъ ключъ къ выясненію вопроса о терапевтическомъ дѣйствіи Contrexéville при той же болѣзни.

Что извести и магнезія, дѣйствительно, оказываются полезными при лѣченіи почечнаго литіазиса, — въ этомъ свидѣлствуютъ данныя, полученные и опубликованныя нѣкоторыми авторами, какъ напр.: Е. Lehmann'омъ³²⁾, L. Lehmann'омъ³³⁾, Головинымъ³⁴⁾ и др.

Кромѣ того, рассматривая исторію лѣченія камней, мы видимъ, что среди многихъ средствъ, которыя въ разные времена съ успѣхомъ употреблялись противъ

литіазиса, известъ и магнезія всегда играли выдающуюся роль. Оказывается, что дѣйствіе ихъ, въ особенности дѣйствіе извести было извѣстно уже много столѣтій тому назадъ. Такъ, Плиній³⁶⁾ рекомендуетъ, какъ лучшее средство при лѣченіи камней, пережженные раковины улитокъ. Аретей³⁷⁾ съ той же цѣлю хвалитъ негашеную известъ. Знаменитый арабскій ученый Авиценна³⁸⁾ рекомендуетъ золу отъ скорлупы высушенныхъ яицъ. Кроліусъ въ своей *Basilica Chymica* (Франкфуртъ, 1608) совѣтуетъ принимать различные растворы съ известковымъ основаніемъ. Риверіусъ³⁹⁾, французскій врачъ, жившій въ 17 столѣтіи, горячо рекомендуетъ продуктъ, получаемый при обжиганіи яичной скорлупы, утверждая, что это средство „*potenter expellit calculum*“. Знаменитый рецептъ Іоанны Стефенсъ⁴⁰⁾, какъ доказалъ Могандъ, докладывавшій объ немъ академіи наукъ во Франціи, состоялъ изъ яичной скорлупы, мыла, жженныхъ улитокъ и отвара цвѣтовъ ромашки, укропа и петрушки.

Мы видимъ, что во всѣхъ этихъ средствахъ — въ раковинахъ Плинія, въ яичной скорлупѣ Авицены, въ рецептѣ Стефенсъ и проч. — на первомъ планѣ стоитъ известъ.

Что касается магнезіи, то болѣе чѣмъ 200 лѣтъ тому назадъ указалъ на нее Нoffmann⁴¹⁾, какъ на прекрасное литотриптическое средство, а Brandes и Номе⁴²⁾ своими опытами доказали, что ежедневными дозами въ нѣсколько гранъ магнезіи можно мочевой песокъ вылѣчить въ 3 недѣли даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ напрасно принимались большія дозы углекислыхъ щелочей. Упомянутый выше Головинъ³⁴⁾ пришелъ къ тѣмъ же результатамъ, но онъ, кромѣ 5 гранъ магнезіи,

давалъ еще 5 гранъ извести, приписывая принимать три раза въ день. Вотъ какъ онъ между прочимъ описываетъ достигнутые имъ результаты подобнаго рода лѣченія литіазиса:

«Осадки мочевой кислоты и щавелевокислой извести исчезаютъ въ мочѣ иногда довольно быстро; невралгіи сѣдалищнаго нерва, столь частыя при этой болѣзни, прекращаются, пропадаютъ разнообразные симптомы нейрастениі, и явленія психическаго угнетенія не возобновляются, также пропадаютъ припадки почечной колики. Моча становится менѣе кислотою, но не даетъ, въ большинствѣ случаевъ, при кипяченіи ни осадковъ, ни помутненія отъ фосфатовъ земель. Отправленія кишечника остаются нормальны и даже нерѣдко становятся болѣе правильными у субъектовъ, склонныхъ къ запорамъ; рѣзко уменьшается вздутость живота».

Эти описанные результаты, по моему мнѣнію, заслуживаютъ полнаго вниманія врачей, и не мѣшало бы многимъ испытать это средство, столь простое, дешевое и общедоступное. Но спрашивается, на чемъ, именно, основано дѣйствіе земель, какимъ образомъ онѣ уничтожаютъ мочевой песокъ, какое есть для этого научное объясненіе?

Съ перваго взгляда кажется, что эффектъ долженъ получаться какъ разъ обратный, что подъ вліяніемъ земель мочевые осадки, состоящіе или изъ мочевой кислоты или изъ солей щавелевой кислоты и фосфатовъ, должны еще увеличиваться, такъ какъ названные кислоты даютъ съ землями мало растворимыя или совершенно нерастворимыя соединенія.

Чѣмъ въ такомъ случаѣ объяснить то, что Головинъ, Е. Lehmann и др. напли подъ вліяніемъ земель

уменьшеніе осадковъ въ мочѣ? Чѣмъ объяснить дѣйствіе всѣхъ выше перечисленныхъ средствъ, содержащихъ, главнымъ образомъ, известъ и вѣсками употреблявшихся съ пользою противъ литіазиса?

Чѣмъ, наконецъ, объяснить восхваляемое всѣми авторами дѣйствіе воды Contrexéville, по своему химическому составу представляющей собою ни что иное, какъ растворъ извести и магнезій?

Этотъ вопросъ тѣмъ труднѣе рѣшить, что относительно всасываемости и перехода въ мочу принимаемыхъ внутрь земель мнѣнія до сихъ поръ расходятся. Neubauer⁴³⁾ говоритъ, что известковыя соли принятыя внутрь или совсѣмъ не переходятъ въ мочу, или переходятъ въ ничтожномъ количествѣ.

Caulet⁴⁴⁾, производя опыты надъ нѣкоторыми лицами, которымъ давалъ земельныя соли органическихъ кислотъ (молочной, лимонной и уксусной), нашелъ, что моча оставалась кислотою, въ то время, какъ подъ вліяніемъ растительныхъ щелочей она становилась щелочною. На этомъ основаніи онъ полагаетъ, что земли въ мочу не переходятъ.

Voit⁴⁵⁾ того мнѣнія, что известъ переходитъ изъ желудочно-кишечнаго канала въ соки только въ небольшомъ количествѣ. Насыщенные известью соки отдаютъ ее костямъ, желѣзамъ и тканямъ, бѣольшая же часть выводится съ каломъ.

Riesel⁴⁶⁾, напротивъ, нашелъ, что известъ переходитъ въ мочу, такъ какъ, давая внутрь большія количества углекислой извести, онъ могъ всегда констатировать увеличеніе въ мочѣ количества фосфорнокислой извести, при чемъ количество фосфорной кислоты уменьшалось.

То же самое нашелъ Соборовъ⁴⁷⁾. Опредѣляя у двухъ здоровыхъ мужчинъ суточное количество извести въ мочѣ, онъ нашелъ, что въ тѣ дни, когда онъ имъ давалъ по 8—10 grm. мѣла, количество выдѣлявшейся съ мочою извести значительно увеличивалось (почти въ 3—4 раза противъ нормальнаго).

Точно также E. Lehmann³²⁾, произведя тщательныя опыты, нашелъ, что земли выдѣляются съ мочою въ бѣольшемъ количествѣ, если ихъ давать внутрь. Это значитъ, что онѣ всасываются, а не проходятъ въ неизмѣненномъ видѣ черезъ кишечникъ.

Вопросъ о томъ, всасываются ли земельныя соли въ кровь или нѣтъ, для насъ очень важенъ, такъ какъ, зная это, мы могли бы также судить о томъ, какое онѣ имѣютъ отношеніе къ процессу уменьшенія мочекислыхъ и другихъ осадковъ въ мочѣ.

Головинъ³⁴⁾, исходя изъ той точки зрѣнія, что земли не всасываются, объясняетъ роль ихъ въ уменьшенія мочекислыхъ осадковъ слѣдующимъ образомъ:

Однимъ изъ главныхъ моментовъ, способствующихъ выпаденію мочевой кислоты служить, по мнѣнію многихъ, присутствіе въ мочѣ кислыхъ фосфорнокислыхъ солей. Выдѣляясь въ мальпигіевыхъ клубочкахъ и протекая далѣе по витымъ канальцамъ, онѣ тутъ встрѣчаютъ растворенныя соединенія мочевой кислоты. Отнимая же у послѣднихъ щелочь, онѣ способствуютъ тому, что образовавшаяся такимъ образомъ свободная мочевая кислота, будучи трудно растворима, выпадаетъ въ видѣ кристалловъ. Но если тѣмъ или другимъ путемъ удастся устранить вліяніе кислыхъ фосфорнокислыхъ солей, то тѣмъ самымъ будетъ

дана возможность мочево́й кислотѣ оставаться въ мочѣ въ растворенномъ состояніи.

Введеніемъ же въ организмъ земель, какъ полагаетъ Головинъ достигается, именно, то, что «часть фосфорной кислоты еще въ пищеварительномъ каналѣ вступаетъ съ послѣдними въ соединеніе и въ такомъ видѣ выдѣляется вмѣстѣ съ каломъ, минуя общій потокъ соковъ, вслѣдствіе чего ея меньше переходитъ въ мочу, въ которой, такимъ образомъ, оказывается больше свободнаго натра для мочево́й кислоты, и слѣдовательно, уменьшаются условія для выпаденія кристалловъ этой послѣдней».

Основная мысль Головина, пожалуй, вѣрна, но его предположеніе, что *уже въ кишечникѣ образуется нерастворимое соединеніе земель съ фосфорной кислотой* и что это соединеніе выдѣляется съ каломъ, по моему, рѣшительно ни на чемъ не основано. Для этого онъ долженъ былъ доказать, что калъ въ такомъ случаѣ содержитъ больше фосфорнокислыхъ земель — только тогда его сужденіе имѣло бы силу убѣдительности. Но онъ этого не сдѣлалъ, а E. Lehmann, Riesel и Соборовъ, т. е. тѣ авторы, на результаты которыхъ онъ самъ ссылается, нашли подъ вліяніемъ земель увеличеніе земельных фосфатовъ, какъ мы выше упомянули, *какъ разъ въ мочѣ*, что доказываетъ, наоборотъ, что земли, принятыя внутрь, всасываются въ кровь. Но есть еще одно обстоятельство, по моему мнѣнію, чрезвычайно важное. На ряду съ увеличеніемъ фосфатовъ земель тѣ же авторы нашли — Ризель для углекислой извести, а Lehmann для углекислой извести и магнезій —, что подъ

вліяніемъ этихъ солей значительно уменьшается общее количество фосфорной кислоты въ мочѣ.

На основаніи этого факта Головинъ, собственно, и пришелъ къ тому заключенію, что недостающая часть фосфорной кислоты уже въ кишечникѣ связалась съ землями и въ такомъ видѣ выдѣлилась наружу. Но я думаю, что тутъ нѣчто совершенно другое.

Извѣстно, что бѣлковые вещества, въ особенности клѣточные ядра богаты фосфорною кислотою (см. Weyl, Organ. Chemie, стр. 548). При распадѣ послѣднихъ освобождается фосфорная кислота, которая принимается кровію и потомъ выдѣляется съ мочею. Этимъ F. Levison⁴⁸⁾ объясняетъ, почему напр. у дѣтей, у которыхъ ядерныя клѣтки сильнѣе распадаются, щелочность крови меньше, нежели у взрослыхъ, точно также, какъ это бываетъ у лицъ лихорадящихъ, кахектическихъ, страдающихъ лейкоміей и. т. д., у которыхъ также происходитъ усиленный распадъ ядерныхъ клѣтокъ.

Но съ другой стороны извѣстно, что известь въ построеніи клѣтокъ играетъ важную роль. Она, по мнѣнію Пашутина⁴⁹⁾, на ряду съ калиемъ и натріемъ, «представляетъ такой же необходимый и ничѣмъ другимъ незамѣнимый элементъ въ построеніи нашихъ тканей, какъ и углеродъ, азотъ, фосфоръ и проч.»

Известковыя соли не только участвуютъ въ образованіи скелета, но необходимы также для образованія мягкихъ частей, которыя, какъ показали опыты Weiske и Wildt⁵⁰⁾, атрофируются, если не получаютъ этихъ солей въ достаточномъ количествѣ. Мало того, онѣ способствуютъ тому, что и органическія вещества, вводимыя въ тѣло, лучше усваиваются. По братьямъ Dusart,

накопленіе фосфорнокислой извести во всѣхъ частяхъ, гдѣ происходитъ новообразование кѣтокъ, подтверждаетъ значеніе послѣдней для этого новообразованія. Словомъ, въ общей экономіи организма извести принадлежитъ видное мѣсто, значеніе ея для всего обмѣна веществъ громадно. Такимъ образомъ, мыслимо, что известковыя соли, вводимыя внутрь, способствуя образованію новыхъ кѣтокъ или во всякомъ случаѣ предохраняя старыя отъ распада, тѣмъ самымъ уменьшаютъ условія для образованія въ крови, а слѣдовательно также и въ мочѣ, фосфорной кислоты. Этимъ обстоятельствомъ — и ничѣмъ инымъ — я себѣ объясняю то, что вышеупомянутые авторы во всѣхъ случаяхъ нашли подѣ влияніемъ земель уменьшеніе общаго количества фосфорной кислоты въ мочѣ.

Но если мы этого результата достигаемъ, вводя въ организмъ земельныя соли въ нерастворенномъ видѣ, то мы тѣмъ болѣе можемъ рассчитывать на успѣхъ, когда мы ихъ введемъ въ состояніи растворенномъ и легко усваиваемомъ, въ какомъ онѣ, именно, находятся въ минеральныхъ водахъ. Справедливость такого апіорнаго взгляда подтверждается опытами E. Lehmann'a надъ водою Wildungen, принадлежащей, подобно Contrexéville, къ группѣ известковыхъ водъ. Эти опыты показали, что подѣ влияніемъ Wildungen, также, какъ и подѣ влияніемъ чистыхъ солей земель, дѣйствительно, уменьшается общее количество фосфорной кислоты въ мочѣ.

Но что изъ этого слѣдуетъ? А именно то, что, благодаря уменьшенію общаго количества фосфорной кислоты въ мочѣ, въ послѣдней будетъ меньше кислыхъ фосфатовъ, и, слѣдовательно, одинъ изъ моментовъ, благопріятствующихъ осажденію мочевої кислоты, будетъ въ бѣльшей или

меньшей степени исключенъ. Въ этомъ я вполне согласенъ съ мнѣніемъ Головина.

А что этотъ моментъ существуетъ, что между присутствіемъ въ мочѣ кислыхъ фосфорнокислыхъ солей и образованіемъ въ ней мочекислыхъ осадковъ, дѣйствительно, есть извѣстное отношеніе, — высказываютъ многіе авторы. Такъ Roberts⁵¹⁾, присоединяясь къ мнѣнію Bence-Iones'a⁵²⁾ относительно существованія квадриурата, объясняетъ образованіе мочекислыхъ осадковъ въ кислой мочѣ слѣдующимъ образомъ. Въ кислой мочѣ преобладаютъ кислыя фосфорнокислыя соли. Въ такой мочѣ квадриуратъ легко расщепляется на свободную мочевою кислоту и біуратъ. Но послѣдній въ присутствіи кислыхъ фосфатовъ опять превращается въ квадриуратъ, который снова расщепляется и т. д. до тѣхъ поръ, пока вся мочева кислота не станетъ свободной.

Frickhinger⁵³⁾ полагаетъ, что кислый фосфорнокислый натръ, находящійся въ кислой мочѣ, отнимаетъ у растворимыхъ соединеній мочевої кислоты ея щелочь и способствуетъ ея выпаденію.

Hoffmann⁵⁴⁾ же, работая въ лабораторіи Voit'a, доказалъ это непосредственно на чистыхъ растворахъ кислаго фосфорнокислаго и мочекислаго натра. Если смѣшать растворы эквивалентныхъ количествъ этихъ веществъ, то можно видѣть, какъ реакція смѣси дѣлается постепенно щелочною, а изъ жидкости выдѣляется осадокъ мочевої кислоты.

Обратимся теперь къ другимъ моментамъ, благопріятствующимъ выдѣленію мочекислыхъ осадковъ. Для правильной оцѣнки дѣйствія интересующей насъ минеральной

воды, подъ вліяніемъ которой эти осадки исчезаютъ, мы должны знать сумму всѣхъ условій, при которыхъ послѣдніе образуются и противъ которыхъ слѣдуетъ бороться, для того, чтобы получить желанный результатъ. Однимъ изъ такихъ моментовъ есть безспорно *увеличенное образованіе въ организмъ мочевой кислоты*. Хотя Pfeiffer⁵⁵⁾ доказалъ, что могутъ образоваться конкременты и безъ этого увеличенія, но ясно, что чѣмъ больше моча содержитъ мочевой кислоты, тѣмъ легче произойдетъ при извѣстныхъ условіяхъ выпаденіе послѣдней.

Въ нормальныхъ границахъ количество мочевой кислоты колеблется между 1,2 и 1,3 въ сутки для ребенка и 0,5—0,9 для взрослого человѣка (Pfeiffer⁵⁶⁾). Въ патологическихъ же случаяхъ количество мочевой кислоты можетъ достигнуть даже 4 grm. въ сутки. Такое чрезвычайное увеличеніе мочевой кислоты обусловливается многими факторами. Но прежде чѣмъ говорить о нихъ, мы должны узнать физиологическое происхожденіе мочевой кислоты и источникъ ея образованія въ организмѣ — вопросъ, который до сихъ поръ еще окончательно не выясненъ, хотя на счетъ него существуетъ немало остроумныхъ теорій, предположеній и догадокъ.

Одна изъ такихъ теорій приписываетъ печени главную роль въ образованіи мочевой кислоты. И болѣзненное состояніе печени, ея атонія, служить, по Томсону⁵⁵⁾, главной причиной того, что въ организмѣ накапливается большое количество недоокисленныхъ продуктовъ, въ томъ числѣ и мочевой кислоты. Но роль печени въ образованіи мочевой кислоты многими теперь опровергается, въ особенности Mach'омъ⁵⁷⁾, такъ какъ опыты надъ птицами показали, что если перевязать у нихъ сосуды печени и исключить

такимъ образомъ этотъ органъ изъ общаго круга кровообращенія, то это однако нисколько не мѣшаетъ дальнѣйшему образованію мочевой кислоты.

Другая теорія, которая въ послѣднее время находитъ все больше и больше приверженцевъ, это — теорія Horbaczewsk'аго⁵⁸⁾. Послѣднему удалось экспериментально доказать, что изъ ткани селезенки и именно изъ лимфатическихъ ея частей, содержащихъ въ обильномъ количествѣ ядерныя клѣтки, можно получить мочевую кислоту. Ученики Horbaczewsk'аго Sadowenji и Formanek доказали тоже самое для цѣлаго ряда человѣческихъ органовъ, изъ которыхъ имъ также удалось искусственно получить мочевую кислоту. Такимъ образомъ, Horbaczewski полагаетъ, что всѣ клѣтки, имѣющія ядра, въ особенности лейкоциты, распадаясь въ организмѣ, служатъ главнымъ источникомъ образованія въ немъ мочевой кислоты. Съ этимъ вполне согласуется тотъ фактъ напр., что послѣ обильнаго принятія бѣлковой пищи, сопровождающагося, какъ извѣстно, увеличеніемъ въ крови числа лейкоцитовъ, замѣчается въ то же время увеличенное выдѣленіе мочевой кислоты. Эта теорія подтверждается еще тѣмъ, что при многихъ болѣзняхъ, при которыхъ происходитъ увеличенное образованіе и распаденіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, наблюдается въ то же время и обильное выдѣленіе мочевой кислоты. Horbaczewski это нашелъ для пнеймоніи, начальной стадіи рака печени и др. болѣзней.

Bohland и Schurz⁵⁹⁾ въ одномъ случаѣ лейкоміи констатировали 1,4223 grm. суточного количества мочевой кислоты, а Bartels⁶⁰⁾ описываетъ случай лейкоміи, гдѣ онъ находилъ ежедневно около 4,0 grm. мочевой кислоты.

Stadthagen⁶¹⁾), сравнивая между собою мочу здорового человека съ таковою же отъ человека, страдавшего лейкоміей и еще третьяго, — страдавшего псевдолейкоміей, нашелъ, что суточное количество мочевой кислоты у здорового человека равнялось 0,577 grm., у лейкомика — 2,0 grm., а у псевдолейкомика — 0,490 grm.

Въ пользу теоріи Horgaszewsk'аго говорятъ еще опыты, произведенные имъ на цѣломъ рядѣ лекарственныхъ веществъ и ядовъ, при чемъ оказалось, что тѣ алкалоиды, какъ напр. атропинъ и др., которые способствуютъ уменьшенію въ крови числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, уменьшаютъ также количество выдѣляемой мочевой кислоты; наоборотъ, другіе, какъ напр. пилокарпинъ, вызывая усиленный лейкоцитозъ, обуславливаютъ увеличенное выдѣленіе мочевой кислоты.

Изъ приведенныхъ примѣровъ мы видимъ, что эта теорія столь же остроумна, какъ и правдоподобна. Но и она, какъ мнѣ кажется, не достаточно объясняетъ *сущность* происхожденія мочевой кислоты. Она намъ только говорить о томъ «матеріалѣ», который организмъ перерабатываетъ въ мочевую кислоту. Но вѣдь послѣдняя не есть конечный продуктъ метаморфоза бѣлковыхъ веществъ, къ которымъ принадлежатъ и «ядра» Horgaszewsk'аго, — конечнымъ продуктомъ является у насъ мочеви́на — отчего же, спрашивается, въ извѣстныхъ случаяхъ метаморфозъ останавливается на ступени ниже и не доходитъ до конца? На этотъ вопросъ мы и изъ гипотезы Horgaszewsk'аго ничего не узнаемъ.

Намъ говорятъ другіе о томъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ происходитъ недостаточное окисленіе азотистыхъ веществъ, вслѣдствіе чего послѣднія, не будучи въ со-

стояніи сгорать до мочевины, остаются на предшествующей стадіи — мочевой кислотѣ. Но отчего въ такомъ случаѣ у птицъ, у которыхъ окислительные процессы происходятъ гораздо интенсивнѣе, чѣмъ у насъ, встрѣчается въ мочѣ только мочева́я кислота и совсѣмъ не встрѣчается мочеви́на?

Мнѣ поэтому кажется, что мы тутъ имѣемъ дѣло съ процессомъ болѣе сложнымъ и важнымъ, нежели простое сгораніе и распаденіе клѣтокъ, — процессомъ, кроющимся въ нарушеніи тѣхъ функціональных особенностей, благодаря которымъ нашъ организмъ отличается отъ организма птицъ, змѣй и т. п. Вотъ что между прочимъ говорить Roberts⁵¹⁾.

«Много было писано о происхожденіи млекопитающихъ отъ простѣйшихъ типовъ. Но до сихъ поръ глаза и мысли біологовъ были устремлены, главнымъ образомъ, на анатомическую эволюцію, между тѣмъ какъ, несомнѣнно, существуетъ и функціональная эволюція. Анатомическая эволюція почекъ, повидимому, достигла своей полной законченности въ низшихъ позвоночныхъ формахъ, но функціональная эволюція продолжаетъ свое поступающее шествіе чрезъ отряды рыбъ, амфибій, сумчатыхъ и низшихъ млекопитающихъ, вплоть до человека, и вращается преимущественно вокругъ того стремленія, чтобы создать для отдѣленія почекъ возможность покидать тѣло, вмѣсто твердой или полутвердой формы, въ жидкой, въ видѣ воднаго раствора. Мочевая кислота и ея соединенія характеризуются своей слабой растворимостью, такъ что при условіяхъ, преобладающихъ въ животной экономіи, требуемое количество мочевой кислоты не могло бы

оставаться въ растворѣ въ водянистой мочѣ. Напротивъ того, мочеви́на представляетъ въ высшей степени растворимое вещество — и вотъ почему природа замѣнила моче́вую кислоту мочеви́ной. Но эта задача не разрѣшена вполне: въ мочѣ человѣка, какъ и въ мочѣ другихъ млекопитающихъ, все еще сохранился, правда, небольшой, и повидимому, безцѣльный, но въ тоже время вредный для человѣка остатокъ моче́вой кислоты. Объясненіе этого факта кроется въ томъ, что въ послѣднемъ отношеніи типъ млекопитающихъ — самый послѣдній изъ позвоночныхъ типовъ — еще не дошелъ до идеальнаго совершенства».

И такъ, мы видимъ, что моче́вая кислота у человѣка можетъ быть разсматриваема, какъ извѣстнаго рода рудиментъ, подобно *processus vermiformis* и т. п., только *рудиментъ въ смыслѣ функціональномъ*. Это лучше всего можно доказать, по моему, на дѣтскомъ организмѣ. Извѣстно, что дѣти въ первомъ возрастѣ своей жизни выделяютъ гораздо больше моче́вой кислоты, нежели въ позднѣйшихъ періодахъ. Еще больше встрѣчается моче́вая кислота у новорожденныхъ, у которыхъ она нерѣдко является въ видѣ инфаркта, т. е. въ видѣ отложеній въ почкахъ. Мочекислый инфарктъ, согласно изслѣдованіямъ и наблюденіямъ Salomonson'a⁶²⁾, Ebstein'a⁶³⁾, Henoch'a⁶⁴⁾ и др., до того часто встрѣчается у новорожденныхъ, что Virchow даже считаетъ его физиологическимъ явленіемъ. Черезъ нѣсколько недѣль мочекислый инфарктъ исчезаетъ, но въ первые дни онъ представляетъ собою обычное явленіе, а иногда находится даже у зародышей, которые умерли до или во время родовъ. Чѣмъ же все это объяснить, какъ не тѣмъ, что дѣтскому организму, въ особенности орга-

низму новорожденнаго, еще не успѣвшему окончательно дифференцироваться, свойственны въ большей степени, чѣмъ организму взрослому, тѣ особенности, которыя характеризуютъ болѣе низкую степень развитія.

Но что для ранняго возраста составляетъ явленіе чуть ли не физиологическое, то для послѣдующихъ періодовъ есть уже крупная аномалія. Накопленіе такихъ большихъ количествъ моче́вой кислоты, что она даже отлагается въ организмѣ въ видѣ кристалловъ, есть уже болѣзнь, подобно тому, какъ еслибы оставался не закрытымъ въ сердцѣ *foramen ovale* и т. д. И подобно тому, какъ другія аномаліи часто передаются отъ одного поколѣнія къ другому, и эта аномалія, называемая «мочекислымъ діатезомъ», переходитъ отъ отцовъ къ дѣтямъ и т. д. Этимъ можно объяснить себѣ, почему подагра и склонность къ образованію моче́выхъ конкрементовъ такъ часто бываютъ наследственны.

Все сказанное нисколько не исключаетъ теоріи Hombaszewsk'аго и его школы относительно образованія моче́вой кислоты изъ распада кѣтокъ. Но эта теорія говоритъ только, что въ самомъ организмѣ есть, такъ сказать, депо, изъ котораго послѣдній получаетъ готовый матеріалъ, легко имъ перерабатываемый. Обыкновенный бѣлокъ тканей бываетъ болѣе устойчивъ, лейкоциты же легко разрушаются и подвергаются общему азотистому метаморфозу, отчего въ мочѣ получаютъ большія количества моче́вой кислоты. Но то же самое будетъ, если ввести въ организмъ богатую азотомъ пищу. Разница только та, что въ послѣднемъ случаѣ организмъ получаетъ матеріалъ извнѣ, въ случаѣ же Hombaszewsk'аго онъ беретъ его изъ своихъ собственныхъ элементовъ. Но это

ничуть не объясняетъ сущности процесса образованія изъ азотистыхъ веществъ, вмѣсто мочевины, мочевой кислоты, равно какъ и не объясняетъ патологическихъ явленій, выражающихся въ томъ, что послѣдняя отлагается, то въ одномъ, то въ другомъ органѣ, въ видѣ кристалловъ. Нагляднѣе всего можно это видѣть изъ того факта, что не у всѣхъ тѣхъ, которые страдаютъ литіазисомъ или подагрой, констатируется въ то же время усиленный лейкоцитозъ; съ другой же стороны всѣ авторы, наблюдавшіе при лейкоміи и т. п. болѣзняхъ увеличенное выдѣленіе мочевой кислоты, не упоминаютъ о томъ, чтобы одновременно замѣчалось также образованіе конкрементовъ. Но если въ организмѣ будетъ сильно развитъ тотъ функциональный рудиментъ, о которомъ мы выше говорили, т. е. если организмъ будетъ обладать слабой способностію довести азотистыя вещества до конечнаго продукта, собственнаго человѣку въ отличіе отъ низшихъ животныхъ, и если тогда ему будетъ доставленъ богатый азотистый матеріалъ — будь ли это извнѣ или же изъ внутреннихъ его запасовъ, — то, само собою разумѣется, явится возможность образованія конкрементовъ. Вотъ съ какой стороны слѣдуетъ смотрѣть на усиленный распадъ ядерныхъ клѣтокъ, какъ на зло, съ которымъ слѣдуетъ бороться.

Выше мы развивали ту мысль, что известковыя соли и известковыя воды предохраняютъ въ нѣкоторой степени ядерныя клѣтки отъ распада. Основаніемъ для нашей мысли послужилъ намъ тотъ фактъ, что подъ вліяніемъ этихъ средствъ всѣ авторы наблюдали уменьшеніе въ мочѣ общаго количества фосфорной кислоты, которая, по Weyl'ю⁶⁵), составляетъ существенную часть всѣхъ

ядеръ. Но такъ какъ распаденіе послѣднихъ ведетъ, согласно изслѣдованіямъ Hombaszewsk'аго, также къ усиленному образованію мочевой кислоты, то ясно, что тѣ же средства, т. е. известковыя соли и известковыя воды, которыя мѣшаютъ распаду клѣтокъ тѣмъ, что доставляютъ имъ нужное для ихъ постройки минеральное вещество, въ то же время уменьшаютъ не только одинъ продуктъ распада — фосфорную кислоту, но и другой его продуктъ — мочевую кислоту. Подтвержденіе своей мысли я нахожу въ слѣдующихъ словахъ профессора Васильева⁶⁶):

«Польза при почечномъ мочевомъ пескѣ — говорить онъ — отъ известковыхъ водъ и винограднаго лѣченія зависитъ именно отъ связыванія, въ моментъ освобожденія, бѣлка въ клѣткѣ известью, и въ этомъ отношеніи оба лѣчебныхъ агента оказываютъ большее значеніе, чѣмъ щелочныя воды, бѣдныя известью, способствующія усиленному окисленію въ избыткѣ образующейся мочевой кислоты. Первыя мѣшаютъ распаденію бѣлка въ самой клѣточкѣ, и тѣмъ самымъ уменьшаютъ образованіе и содержаніе мочевой кислоты въ лимфѣ и мочѣ, а вторыя, не задерживая усиленнаго образованія мочевой кислоты, только переводятъ ее въ болѣе окисленный продуктъ. Вслѣдствіе этого, послѣ прекращенія лѣченія щелочными водами, мочевой песокъ опять быстро появляется, тогда какъ послѣ винограднаго лѣченія и известковыми водами, онъ весьма долго не показывается».

Такимъ образомъ, мы видимъ, что съ точки зрѣнія теоріи Hombaszewsk'аго известковыя воды, къ которымъ принадлежитъ Contrexéville, вліяя непосредственно на

тотъ матеріалъ, который доставляетъ организму въ большомъ количествѣ мочевую кислоту, должны оказать несомнѣнную пользу при лѣченіи почечнаго литіазиса. Помѣщенные ниже опыты мои, которые показали, что подъ вліяніемъ Contrexéville въ большинствѣ случаевъ уменьшалось количество мочевой кислоты въ мочѣ, какъ нельзя лучше подтверждаютъ сказанное.

На ряду съ количествомъ мочевой кислоты *количество воды* въ мочѣ также играетъ немаловажную роль. Если моча содержитъ мало воды, то вслѣдствіе этой самой причины она можетъ давать мочекислый песокъ. Это вполне понятно, если припомнить, какъ мало мочекислыя соли, а еще меньше мочева кислота, растворяются въ водѣ. Очевидно, что если намъ удастся тѣмъ или другимъ средствомъ вызвать діурезъ, то обильный притокъ жидкости, помимо увеличенія состоянія растворенія, прямо будетъ вымывать изъ почки даже успѣвшій уже отложиться мочевой песокъ. Какъ мы увидимъ ниже, при описаніи моихъ опытовъ, Contrexéville обладаетъ замѣчательнымъ мочегоннымъ свойствомъ, значительно увеличивая суточное количество мочи. И уже по этому одному дѣйствіе этой воды при мочекислыхъ конкрементахъ должно быть громадное.

Но есть еще одинъ важный моментъ, благопріятствующій выпаденію мочевой кислоты. Это, именно, *кислотность мочи*. Выпаденіе мочевой кислоты изъ щелочной мочи составляетъ химическую невозможность. Какъ мы уже раньше упомянули, кислая реакція мочи зависитъ отъ присутствія въ ней кислыхъ фосфатовъ — мнѣніе, которое впервые высказалъ Либихъ и которое до сихъ поръ, за немногими исключеніями, раздѣляется почти

всеми авторами. Какимъ образомъ съ помощью этой теории объясняется выпаденіе въ кислой мочѣ мочекислыхъ осадковъ, мы также выше говорили, указавъ на работу Hoffmann'a, мнѣніе Roberts'a и др. Но въ наукѣ существуетъ еще одна гипотеза, принадлежащая Шереру и объясняющая выпаденіе мочевой кислоты въ кислой мочѣ не вслѣдствіе воздѣйствія со стороны кислыхъ фосфатовъ, а вслѣдствіе совершенно другой причины — *кислаго броженія мочи*, при чемъ образуются различныя кислоты, въ родѣ молочной, уксусной и т. п., которыя отнимаютъ щелочь у мочекислыхъ соединений и такимъ образомъ способствуютъ выпаденію сдѣлавшейся свободной мочевой кислоты. Что эта гипотеза не лишена основанія, доказываютъ работы Потѣхина и Рясенцева⁽⁷⁾, занимавшихся вопросомъ о кислотномъ броженіи мочи во всѣхъ его деталяхъ и показавшихъ между прочимъ, что если къ мочѣ прибавить алкоголь, потомъ ее фильтровать и держать въ хорошо закупоренномъ сосудѣ, то моча остается прозрачной и никакихъ мочекислыхъ осадковъ не получается. Основываясь на данныхъ, полученныхъ этими авторами, и руководствуясь своими собственными опытами, профессоръ Васильевъ⁽⁸⁾ пришелъ къ тому заключенію, что выпаденіе мочевой кислоты вслѣдствіе кислаго броженія мочи происходитъ не только *extra corpus*, но и въ самихъ мочевыхъ путяхъ, только не подъ вліяніемъ слизи, какъ это думалъ Шереръ, а *подъ вліяніемъ бактерий* проникшихъ по мочеточникамъ до почечныхъ лоханокъ. Другими словами, въ противоположность общераспространенному мнѣнію, по которому мочекислый литіазисъ имѣетъ происхожденіе исключительно общее,

конституціональное, завися от того или другого болѣзненного состоянія всего организма, проф. Васильевъ считаетъ возможнымъ существованіе такого литіазиса *мѣстнаго происхожденія*. Съ этимъ вполне гармонируетъ то обстоятельство, что мочекислый литіазисъ часто наблюдается у лицъ, перенесшихъ воспаленіе уретры или катарръ мочевого пузыря.

Изъ сказаннаго слѣдуетъ также, въ какомъ направленіи должно идти терапевтическое лѣченіе. На первый взглядъ кажется совершенно яснымъ, что первое, съ чѣмъ мы должны бороться, такъ это — кислотность мочи, какъ таковая, отчего бы она ни зависѣла: отъ присутствія ли кислыхъ фосфатовъ или отъ кислаго броженія мочи. Разъ въ щелочной мочѣ выпаденіе мочевои кислоты немыслимо, то стоить только сдѣлать мочу щелочною — а это дѣло совсѣмъ не трудное — и результатъ достигнуть. На этомъ основаніи уже съ давнихъ поръ употребляютъ при мочекислотѣ песокъ щелочи, подъ вліяніемъ которыхъ моча, дѣйствительно, получаетъ щелочную реакцію, и мочевои песокъ изъ нея очень быстро исчезаетъ. Но, спрашивается, что этимъ достигается? Одинъ изъ моментовъ, можно сказать, только одинъ изъ симптомовъ временно исчезаетъ. Я говорю: временно, такъ какъ стоить только прекратить употребленіе щелочей — и моча снова становится кислотою, также, какъ и раньше, песокъ снова появляется, и вся картина болѣзни снова выступаетъ во всемъ прежнемъ ея видѣ. Да оно иначе и быть не можетъ, такъ какъ изъ того, что кислотность мочи, нейтрализованная щелочами, исчезла, еще не слѣдуетъ, что въ то же время устранены и тѣ факторы, которые ее обуславливаютъ: катарръ мочевои путей, если таковой есть,

присутствіе бактерій и ихъ прямое слѣдствіе — кислое броженіе, или условія, вызывающія излишнее образованіе кислыхъ фосфатовъ. То обстоятельство, что мочевои песокъ такъ же скоро появляется, какъ только прекращается употребленіе щелочей, указываетъ, что эти факторы, именно, не устранены.

Не то мы можемъ сказать относительно дѣйствія воды Contrexéville и, вообще, известковыхъ водъ. Какъ мы видѣли въ литературной части, Contrexéville, по мнѣнію многихъ авторовъ, есть отличное средство противъ катарровъ всѣхъ мочевои путей, непосредственно дѣйствуетъ на слизистую оболочку послѣднихъ. Катарръ, по большей части, подъ вліяніемъ этой воды исчезаетъ (Caudmont, Debout d'Estrées, Cruise и др.). Къ этому присоединяется еще ея сильное мочегонное дѣйствіе, благодаря которому вымывается весь мочевои аппаратъ, и бактеріи, вызывающія кислое броженіе мочи, если таковыя въ немъ находятся, выносятся наружу. Съ другой стороны, богатое содержаніе въ водѣ извести, какъ мы выше доказали, должно способствовать уменьшенію въ мочѣ кислыхъ фосфатовъ. Такимъ образомъ, съ точки зрѣнія тѣхъ, которые въ послѣднихъ видятъ причину выпаденія въ кислой мочѣ мочекислыхъ осадковъ, а въ особенности съ точки зрѣнія теоріи проф. Васильева вода Contrexéville какъ нельзя лучше удовлетворяетъ своему назначенію.

Другой песокъ, противъ котораго съ успѣхомъ употребляется вода Contrexéville, это — *щавелевокислый* (Debout d'Estrée, Захарьинъ, Legrand du Saulle, Bouchardat и др.). Происхожденіе этого

песка еще менѣе выяснено, чѣмъ происхожденіе мочекислоаго песка. Въ то время, какъ Garrod, Fürbringer и др. говорятъ даже о «щавелевокисломъ діатезѣ», Dujardin-Beaumetz⁶⁹⁾ считаетъ щавелевокислый песокъ только случайнымъ явленіемъ, обусловливаемымъ исключительно введеніемъ въ организмъ богатой щавелевой кислотою растительной пищи. Dujardin-Beaumetz основываетъ свое мнѣніе на томъ фактѣ, что этотъ песокъ встрѣчается преимущественно у лицъ, питающихся растительной пищей — крестьянъ и бѣдняковъ. Но послѣдній авторъ не совсѣмъ правъ, такъ какъ существуютъ работы, доказывающія, что и животная пища, недостаточно сгораемая, можетъ давать оксалаты и даже вызвать оксалурію (Peterutti⁷⁰⁾, Neidert⁷¹⁾ и др.), и такимъ образомъ нельзя исключительно растительной пищѣ приписывать всю роль въ образованіи щавелевокислаго песка. Конечно, употребленіе пищи, богатой щавелевой кислотою, имѣетъ въ данномъ случаѣ большое значеніе, но немаловажную роль играетъ тутъ и нарушеніе правильнаго обмѣна веществъ. Это всего нагляднѣе доказывается тѣмъ, что оксалурія, т. е. болѣзнь, характеризующаяся, именно, содержаніемъ и выдѣленіемъ въ мочѣ большого количества щавелевокислыхъ солей, является всегда, по мнѣнію многихъ авторовъ, результатомъ весьма серьезныхъ болѣзненныхъ процессовъ и отклоненія отъ нормальнаго питанія всего организма. Мало того, нѣкоторые даже считаютъ ее предшественникомъ діабета, съ которымъ она имѣетъ большое сродство.

Выяснить этотъ взглядъ очень важно съ терапевтической стороны. Dujardin-Beaumetz думаетъ, что достаточно ограничить пріемъ растительной пищи, назна-

чить къ тому мочегонныя средства — и лѣченіе готово. Но если смотрѣть на происхожденіе щавелевокислаго песка, какъ на глубокое разстройство организма, если главнымъ моментомъ считать не тотъ или другой родъ пищи, а ея недостаточную ассимиляцію и неполное сгораніе, то требуется вмѣшательство болѣе серьезное, нежели простое ограниченіе содержащей щавелевую кислоту пищи.

Какъ, именно, въ этомъ отношеніи дѣйствуетъ вода Contrexéville, какимъ образомъ она, по увѣреніямъ столь компетентныхъ авторовъ, какъ Захарьинъ, Macpherson и др., уменьшаетъ или даже устраняетъ щавелевокислый песокъ — намъ трудно судить. Ея мочегонное дѣйствіе бесспорно, моментъ весьма важный. Но можетъ быть, въ данномъ случаѣ играетъ роль также то обстоятельство, что подъ вліяніемъ этой воды улучшается, какъ говоритъ Macpherson, общее питаніе, вслѣдствіе чего обмѣнъ веществъ, становясь болѣе нормальнымъ, исключаетъ возможность образованія въ организмѣ продуктовъ недостаточнаго метаморфоза, которыми въ настоящемъ случаѣ являются щавелевая кислота и ея соли.

Намъ остается еще сказать нѣсколько словъ о дѣйствіи воды Contrexéville при лѣченіи *песка изъ фосфорнокислыхъ солей* или такъ называемаго *щелочнаго песка*.

Dujardin-Beaumetz⁶⁹⁾ различаетъ два рода этого песка: известковый и амміачный. Первый, т. е. песокъ, состоящій изъ фосфорнокислой извести, выпадаетъ, по его мнѣнію, изъ мочи только extra corpus, въ мочевыхъ же путяхъ фосфорнокислыя соли извести, благодаря температурѣ самой мочи, остаются въ ней въ растворенномъ состояніи, не смотря на то, что находятся иногда

даже въ очень большомъ количествѣ. Но если въ мочевомъ пузырьѣ, вслѣдствіе катарра его, происходитъ броженіе мочевины и превращеніе ея въ углекислый амміакъ, то образуемая при этомъ въ мочѣ соли фосфорнокислой амміакъ-магнезій тутъ же выпадаютъ и служатъ причиной образованія осадковъ и камней. Въ данномъ случаѣ литіазисъ имѣетъ не конституціональное, а *только мѣстное происхождение*, находясь въ зависимости исключительно отъ болѣзни мочевого пузыря и обусловливаемого ею щелочнаго броженія мочи. Последнее, т. е. щелочное броженіе, вызывается, по мнѣнію Pasteur'a присутствіемъ особаго фермента. Находящаяся обыкновенно при катарральныхъ процессахъ въ мочѣ слизь, а также то обстоятельство, что моча тогда долго застаивается въ мочевомъ пузырьѣ, — не мало способствуютъ этому броженію.

Задача терапіи фосфорнокислаго песка сводится, такимъ образомъ, къ уничтоженію амміачнаго броженія и должна удовлетворить слѣдующимъ четыремъ показаніямъ: 1) удалить изъ мочевого пузыря бродильные элементы; 2) мѣшать тому, чтобы моча не застаивалась долго въ мочевомъ пузырьѣ; 3) устранить присутствіе слизи и, наконецъ, 4) возстановить нормальную кислую реакцію мочи. Съ этой цѣлю обыкновенно употребляютъ наружныя средства, состояція въ опорожненіи мочевого пузыря помощью катетеризаціи съ одной стороны и впрыскиваніемъ въ него противобродильныхъ веществъ и кислыхъ растворовъ съ другой (Томсонъ, Ульцманъ и др.). Конечно, нельзя отрицать цѣлесообразности такого рода лѣченія, но оно связано и съ нѣкоторыми опасностями. Частая катетеризація (обыкновенно приписываютъ производить ее два раза въ день) можетъ съ своей стороны вызвать вос-

паленіе мочевого пузыря, особенно если она дѣлается самимъ пациентомъ, а не врачомъ, какъ это необходимо часто бываетъ, — вмѣстѣ съ катетромъ вводятся въ пузырь нѣрѣдко новыя бактеріи, щелочное броженіе мочи отъ этого еще больше поддерживается, и состояніе больного, вмѣсто того, чтобы поправиться, еще значительно ухудшается.

Неудивительно, что въ виду такого вреда, который можетъ иногда причинить наружное лѣченіе, особенно вслѣдствіе того, что его приходится долго употреблять, уже съ давнихъ поръ старались замѣнить это лѣченіе различными внутренними средствами. Употребляли различныя растенія, содержащія эфирныя масла, терпентинъ, бензойнокислый натръ, резорцинъ и т. п. Но самыми полезными оказались минеральныя воды и именно известковыя. Щелочныя минеральныя воды въ данномъ случаѣ неумѣстны. Способствуя тому, что моча подъ ихъ вліяніемъ становится еще болѣе щелочною, онѣ могутъ, вмѣсто того, чтобы принести пользу, еще ухудшить болѣзнь: фосфорнокислый песокъ не только не исчезнетъ, но, напротивъ, еще скорѣе будетъ осаждаться. Это въ настоящее время поняли почти всѣ авторы. Даже самые горячіе защитники употребленія и пользы щелочныхъ водъ при литіазисѣ совѣтуютъ быть съ ними крайне осторожны въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ фосфорнокислыми конкрементами (Durand-Fardel⁷²) и др.). Единственныя воды, которыя въ этихъ случаяхъ рекомендуются, такъ это — известковыя, а среди нихъ наибольшую славу приобрѣли Wildungen и Contrexéville (Leroy d'Etiolles, Legrand du Saulle, Durand-Fardel и др.).

Благодаря какимъ свойствамъ послѣдняя можетъ въ этомъ случаѣ, дѣйствительно, оказаться полезной, мы

отчасти уже видѣли на предыдущихъ страницахъ. Обильный діурезъ, который вызываетъ Contrexéville'ская вода, вымываетъ мочевой пузырь не хуже всякихъ катетеризацій, удаляя въ то же время всѣ микробы и накопившійся гной. Къ этому присоединяется еще то обстоятельство, что, дѣйствуя, по мнѣнію Caudmont, на мышечныя волокна мочевого аппарата и устраняя атонію, вода Contrexéville этимъ самымъ, независимо даже отъ обильнаго діуреза, облегчаетъ опорожненіе мочевого пузыря и мѣшаетъ застаиванію въ немъ мочи. Съ другой стороны содержащаяся въ ней известь, согласно изслѣдованіямъ Zuelzer'a⁷³⁾, имѣетъ способность образовать съ пузырною слизью легко растворимое органическое соединеніе, и такимъ образомъ слизь, благоприятствующая при катаррѣ мочевого пузыря амміачному броженію, легко выводится наружу. Наконецъ — и это самое важное — то обстоятельство, что Contrexéville, по словамъ многихъ авторовъ, дѣйствуетъ прямо противъ воспаленія слизистой оболочки мочевыхъ путей, — способствуетъ тому, что устраняется главная причина происхожденія въ мочѣ бродильныхъ процессовъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ и одна изъ главныхъ причинъ образованія и выпаденія фосфорнокислаго песка. Но если будутъ устранены условія, вызывающія щелочное броженіе мочи, то и реакція послѣдней должна сдѣлаться опять нормальной, что на самомъ дѣлѣ бываетъ при употребленіи Contrexéville'ской воды, какъ это увѣряютъ Leroy d'Etiolles и др.

Такимъ образомъ, мы видимъ что эта вода, благодаря, счастливому сочетанію указанныхъ нами свойствъ, можетъ удовлетворить всѣмъ показаніямъ, необходимымъ для рациональнаго лѣченія катарра мочевого пузыря и обусловливаемаго имъ фосфорнокислаго песка. Но то, что Caud-

mont, Leroy d'Etiolles, Rotureau и др. нашли для воды Contrexéville, т. е. ея прекрасное дѣйствіе при катаррѣ мочевого пузыря, Zuelzer⁷³⁾ нашелъ для Wildungen а E. Lehmann³²⁾ — для всѣхъ, вообще, известковыхъ водъ. «Во всѣхъ случаяхъ, пишетъ послѣдній, гдѣ дѣло шло о вторичномъ заболѣваніи мочевого пузыря послѣ стриктуръ, гипертрофіи предстательной желѣзы и проч. и гдѣ приняты были и наружныя средства (расширеніе стриктуръ, промываніе пузыря и т. д.), нельзя было не замѣтить, что употребляемая одновременно землистая воды оказывали всегда хорошее дѣйствіе. Последнее состояло въ томъ, что мутная, смѣшанная съ гноемъ, моча, становилась совершенно чистою, часто значительно скорѣе, чѣмъ этого можно было бы ожидать отъ употребленія однихъ наружныхъ средствъ, и пациенты чувствовали себя значительно лучше».

Экспериментальная часть.

Какъ уже было сказано въ введеніи къ нашей работѣ, опредѣленіе дѣйствія воды Contrexéville на выдѣленіе мочевой кислоты — одна изъ ближайшихъ задачъ, которыя намъ нужно было рѣшить. Уже изъ предыдущаго мы видѣли, на сколько этотъ вопросъ важенъ для пониманія терапевтическаго дѣйствія изучаемой нами воды при почечномъ литіазисѣ. А между тѣмъ всѣ наблюденія, сдѣланныя до сихъ поръ надъ дѣйствіемъ Contrexéville, почти совсѣмъ не затрогиваютъ этого вопроса. Чтобы рѣшить его, по возможности, полноѣ, мы предприняли цѣлый рядъ опытовъ, изслѣдуя одновременно не только дѣйствіе натуральной, но и искусственной Contrexéville'-ской воды источника Ravillon. Опыты эти, числомъ 21, производились надъ больными Юрьевской медицинской клиники. Выбирались только такіе больные, для которыхъ Contrexéville'-ская вода была показуема. Каждый изслѣдуемый субъектъ наблюдался нами въ продолженіе трехъ или четырехъ недѣль, которыя были распределены въ большинствѣ случаевъ на 3 равныхъ періода. Въ I-мъ періодѣ мы опредѣляли свойства мочи и количество мочевой кислоты при нормальныхъ условіяхъ изслѣдуемыхъ больныхъ. Во II-мъ періодѣ пациенты пили минераль-

ную воду — одни въ продолженіе 10, другіе въ продолженіе 7 дней — по $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ стакана три раза въ день за часъ до ѣды, и мы изучали тѣ измѣненія въ свойствахъ мочи, которыя наступали подъ вліяніемъ воды. Въ III-емъ періодѣ мы продолжали свои изслѣдованія послѣ прекращенія приема воды съ цѣлію узнать послѣдовательное дѣйствіе ея.

Во все время опытовъ изслѣдуемые субъекты, живя въ клиникѣ, находились, само собою разумѣется, при одинаковыхъ условіяхъ. Пища, которою они пользовались, была въ большинствѣ случаевъ смѣшанная, въ нѣкоторыхъ — чисто молочная. Принимаемая пища оставалась неизмѣненной во все время опытовъ. Для питья давался чай въ опредѣленномъ количествѣ, и строго слѣдили за тѣмъ, чтобы кромѣ предписаннаго пациенты ничего не получали. Моча собиралась всегда за 24 часа, и были приняты всѣ мѣры противъ потери больнымъ малѣйшаго количества ея.

Что же касается метода, по которому были произведены наши изслѣдованія, то онъ подробно изложенъ въ введеніи къ работѣ, а потому о немъ мы теперь говорить не будемъ.

Переходимъ къ описанію отдѣльныхъ случаевъ.

А. Опыты съ натуральной водой Contrexéville.

1-й случай. Больной I. Г., 30 лѣтъ, при поступленіи въ клинику жаловался на колющія боли въ глубинѣ лѣваго подреберья. Боли эти являются периодически, раза два въ день, сначала только въ подреберьи, затѣмъ распространяются внизъ по направленію къ лѣвому яичку. Эти болѣзненные припадки продол-

жаются каждый раз не больше 20 минутъ. Страданія эти начались у больного 2 $\frac{1}{2}$ года тому назадъ; сначала были незначительны, затѣмъ все болѣе и болѣе усиливались.

Условія и образъ жизни больного.

Больной изъ г. Юрѣва, занимаетъ сырую квартиру.

Кромѣ 1 рюмки водки до обѣда, онъ спиртныхъ напитковъ никогда не употребляетъ. Пища его разнообразная, состоящая какъ изъ мяса, такъ и изъ растительныхъ веществъ. Онъ женатъ уже 10 л., но дѣтей у него не было. По ремеслу скульпторъ, работаетъ ежедневно 12 часовъ, лѣтомъ цѣлый день на воздухѣ, зимою въ комнатѣ, вынужденный такимъ образомъ постоянно дышать пылью отъ осколковъ камней.

Разспросъ о состояніи больного.

На какія-нибудь ненормальности со стороны желудочно-кишечнаго тракта больной не жалуется, но у него бываютъ частые позывы къ мочеиспусканію, послѣ чего является сильная боль въ кончикѣ уретры. Моча, по словамъ пациента, непрозрачна, темнокраснаго цвѣта и даетъ осадокъ песку; она, кромѣ того, нерѣдко задерживается при мочеиспусканіи. Иногда по утрамъ отверстіе мочевого канала бываетъ заложено каплей сѣроватаго гноя. Часто пациентъ чувствуетъ боль въ лѣвомъ яичкѣ, а также въ спинѣ, особенно въ нижней части сзади. Органы дыханія и кровообращенія въ общемъ нормальны; только изрѣдка — послѣ простуды — является мокрый кашель, который однако скорѣ безслѣдно проходитъ. Больной не лихорадитъ. Нѣтъ никакихъ ненормальностей со стороны нервной системы.

Анамнезъ. Въ раннемъ дѣтствѣ больной перенесъ корь, затѣмъ на двадцатомъ году тифъ и семь лѣтъ тому назадъ дифтеритъ. Лѣтъ 10 тому назадъ больной заболѣлъ сифилисомъ, вслѣдствіе чего долго лѣчился ртутными втираніями. Черезъ 4 года послѣ этого у него появилась сыпь на тѣлѣ и одновременно съ этимъ охриплость. Больной снова началъ лѣчиться, и всѣ явленія скоро исчезли. Кромѣ сифилиса, больной перенесъ также трипперъ, осложнившійся воспаленіемъ мочевого

пузыря и epididymitis sinistra. Последнія страданія продолжаются по сіе время. Описанныя раньше боли въ лѣвомъ подреберьи появились въ первый разъ 2 $\frac{1}{2}$ года тому назадъ и повторялись на первыхъ порахъ раза три въ недѣлю, затѣмъ онѣ все болѣе и болѣе учащались. Если эти болѣзненные припадки являются во время мочеиспусканія, то мочи выходитъ очень мало и при этомъ она бываетъ темнаго цвѣта и съ большимъ осадкомъ.

Объективное изслѣдованіе.

Больной средняго роста. Общіе покровы блѣдны, кожа на нѣкоторыхъ мѣстахъ покрыта рубцами. Мускулатура и подкожный жировой слой слабо развиты. Болевые точки въ лѣвой части головы сверху на границѣ между лобной и теменной костью. Зрѣніе нормально. Конъюнктивы нѣсколько блѣдны. Зрачки реагируютъ правильно.

Слухъ нѣсколько притупленъ. Гноетеченія изъ уха въ настоящее время нѣтъ, но было раньше. Правыя носовыя раковины нѣсколько увеличены. Слизистая оболочка носа суха и блѣдна. Обоняніе нормально. Слизистая губъ блѣдна, зубы каріозны. Языкъ чистъ. Миндалины и язычекъ не увеличены, но краснѣе обыкновеннаго. Periostitis dentalis infer. Шейныя, затылочные, локтевыя и паховыя желѣзы прощупываются, но безболѣзненны. Грудная кѣтка нормально развита. Типъ дыханія косто-абдоминальный; перкуссия даетъ вездѣ нормальный легочный тонъ. При аускультации слышны дыхательные шумы, а при кашлѣ мелко-пузырчатые хрипы. Умѣренное отдѣленіе мокроты. Со стороны сердца ничего ненормальнаго нѣтъ, но надъ аортой и легочной артеріей 1-й тонъ нѣсколько ослабленъ. Форма живота нормальна, при ощупываніи болѣзненность въ лѣвомъ подреберьи и въ области мочевого пузыря. Печень и селезенка не увеличены. Моча даетъ слабо-кислую реакцію. Бѣлка и сахару нѣтъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи найденъ Bacillus urae.

Диагнозъ: *Nephrolithiasis. Epididymitis sinistra chronica. Cystitis chronica gonorrhoeica.*

Пациенту назначена вода Contrexéville. Восхваляемый всеми авторами терапевтической эффект этой воды при почечном литиазисе и страданиях мочевого пузыря как нельзя лучше оправдался на этом пациенте. Состояние его значительно улучшилось. *Число припадков почечной колики уменьшилось.* Моча, раньше мутная, становилась чище, суточное количество ее увеличилось, наблюдалось падение ее удельного веса. Что касается выделения мочевой кислоты, то абсолютное количество ее увеличилось, относительное, напротив, уменьшилось. Ниже мы увидим, что моча, под влиянием Contrexéville, приобретает способность растворять находящиеся в мочевых путях мочевиные кристаллы. Этим мы себя объясняем увеличение абсолютного количества мочевой кислоты в моче, которое наблюдалось не только во время питья воды, но и в последующем периоде, в котором это количество оказалось еще большим.

2-й случай. Пациент А. А., 32 л., жалуется на боли в груди и кашель, на боли в животе, под ложечкой, а также на приступы боли в области печени. Далее он жалуется на болезненные поносы. Боли в груди продолжают уже 7 лет, а поносы появились прошлой осенью.

Пациент живет в Юрьеве, в местности сухой, в сухом деревянном доме. Одевается тепло. Употребляет спиртные напитки, но в умеренном количестве. Пища преимущественно растительная: много картофеля, изредка только мясо. Жизнь ведет холостую. По ремеслу плотник. На воздух бывает почти целый день, даже зимою.

Разпрос о состоянии больного.

Аппетит хороший, жажды нет, пищу жует хорошо, особенных вкусовых ощущений во рту пациент не имеет, отрыжки, изжоги нет. С сентября 1893 г. ежедневно 3—4

Таблица № 1.

Периоды		Число	Колич.	Уд. в.	Т°	Реакция	Мочев.	Среднія числа	
и	месяцы	мочы	Ссм.				кисл.	Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. кисл.
отды							грамм.		Абсолютное
									Относительн. (въ 100 Ссм.)
до приема воды.									
I									
Общ. колич.									
8.855									
Уд. в. = 1,021 Т° = 20									
1265 Ссм.									
0,517									0,041
27/I 1160 1,018 21									
28/I 860 1,022 20									
29/I 950 1,027 20									
30/I 965 1,025 20									
31/I 1340 1,021 19									
1/II 2260 1,015 21									
2/II 1320 1,018 19									
сл. кисл.									
кисл.									
сл. кисл.									
почти нейтр.									
почти нейтр.									
сл. кисл.									
0,565									
0,517									
0,517									
0,571									
0,450									
0,539									
0,461									
II									
Общ. колич.									
10.575									
Уд. в. = 1,018 Т° = 19,3									
1510 Ссм.									
0,535									0,035
3/I 1185 1,023 19									
4/I 1080 1,022 19									
5/I 1900 1,015 20									
6/I 1400 1,016 19									
7/I 1400 1,017 19									
8/I 1600 1,016 20									
9/I 2010 1,015 19									
сл. кисл.									
сл. кисл.									
почти нейтр.									
сл. кисл.									
нейтральн.									
нейтральн.									
0,451									
0,512									
III									
Общ. колич.									
9.590									
Уд. в. = 1,021 Т° = 19,6									
1370 Ссм.									
0,633									0,046
послѣ приема воды.									

жидкихъ, болѣзненныхъ испражнений; кровотеченія изъ задняго прохода нѣтъ. Въ области живота, особенно въ правомъ подреберьи очень сильныя боли, являющіяся припадками. Область печени при давленіи болѣзненна. Одышка и сердцебиеніе во время работы. Боли въ груди, кашель съ выдѣленіемъ обильной зеленоватаго цвѣта мокроты. По временамъ больной чувствуетъ жаръ и ознобъ. Головные боли. Боль въ спинѣ при нагибаніи. Душевное настроеніе нѣсколько угнетенное. Больной значительно ослабъ.

Анамнезъ. Отецъ и одинъ братъ больного умерли отъ чахотки, мать — отъ старости. Оставшіеся въ живыхъ 2 брата здоровы. Въ раннемъ дѣтствѣ больной перенесъ корь. Находящая болѣзнь его началась 7 л. тому назадъ, поносы же появились недавно.

Объективное изслѣдованіе.

Больной средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, habitus нормальный, кожа блѣдножелтаго цвѣта. Подкожная кѣтчатка, кости и мускулатура умѣренно развиты. Черепъ нормаленъ. Зрачки и зрѣніе также нормальны. Конъюнктивы нѣсколько иктеричны. Слухъ, обонаніе — нормальны. Губы, зѣвъ и десны блѣдны, зубы каріозны, языкъ нѣсколько обложенъ, миндалины нѣсколько увеличены. Лимфатическія шейныя желѣзы не прощупываются. Грудная кѣтка хорошо развита: при ощупываніи безболѣзненна. Легкія: типъ дыханія — costo — abdominalis, обѣ половины груди равномерно участвуютъ въ процессѣ дыханія. Перкуссія: всюду нормальный легочный тонъ. Аускультация: въ Fossa supraclav. dextra усиленное везикулярное дыханіе, тоже въ Fossa infraclav. dextra. Время отъ времени — rhonchi sonores. Сзади на лѣвой верхушкѣ — везикулярное дыханіе, мелкопузырчатые хрипы, на правой верхушкѣ — болѣе сильныя пузырьчатые хрипы. На всемъ остальномъ протяженіи легкихъ нормальное, везикулярное дыханіе. Fremitus pectoralis на обѣихъ сторонахъ одинаковъ. Сердце и сосуды здоровы. Животъ нѣсколько вздутъ, ректальныя мышцы напряжены, подъ ложечкой и въ области печени силь-

Таблица №. II.

Періоды	Число и мѣсяцъ	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. грм.	Среднія числа	
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. кисл.
I до приема воды	24/I	720	1,026	19	кисл.	0,620	1205 Ссм. Уд. в. = 1,020 Т° = 20	0,525 0,043
	25/I	700	1,029	18	кисл.	0,555		
	26/I	915	1,021	20	кисл.	0,522		
	27/I	1625	1,016	23	кисл.	0,599		
	28/I	1280	1,017	20	кисл.	0,473		
	29/I	1440	1,017	20	кисл.	0,402		
	30/I	1760	1,016	22	кисл.	0,503		
	Общ. колич.	8,440				3,674		
	31/I	1630	1,018	20	кисл.	0,438	1925 Ссм. Уд. в. = 1,016 Т° = 19,4	0,459 0,024
	1/II	2140	1,015	20	сл. кисл.	0,460		
II во время приема воды	2/II	2000	1,014	19	сл. кисл.	0,416		
	3/II	2165	1,017	20	сл. кисл.	0,436		
	4/II	1815	1,016	19	сл. кисл.	0,561		
	5/II	1850	1,014	19	кисл.	0,472		
	6/II	1880	1,016	19	кисл.	0,429		
	Общ. колич.	13,480				3,212		
	7/II	1620	1,019	19	кисл.	0,446	1787 Ссм. Уд. в. = 1,017 Т° = 19	0,503 0,028
	8/II	2000	1,014	19	сл. кисл.	0,504		
	9/II	1510	1,017	19	сл. кисл.	0,431		
	10/II	1830	1,016	20	кисл.	0,553		
	11/II	1950	1,016	18	сл. кисл.	0,485		
	12/II	2050	1,017	20	сл. кисл.	0,551		
	13/II	1550	1,020	18	кисл.	0,552		
	Общ. колич.	12,510				3,522		
III послѣ приема воды								

ная чувствительность при надавливании. Нижний край печени стоит на один палец ниже нормального. Область желчного пузыря весьма болезнена. Селезенка не прощупывается. Желудок не увеличен. В области почек — некоторая болезненность. Половые органы нормальны.

Диагноз: *Bronchitis chronica, cholelithiasis, Enteritis chronica.*

Этот случай представлял нам большой интерес потому, что тут есть сочетание таких страданий, при которых Contrexéville'ская вода приносит большую пользу. Благодаря иссушающему действию содержащей в ней извести и влиянию ее на уменьшение выделения слизистых оболочек, эта вода в нашем случае была показуема не только вследствие диареи, при которой она, по мнению Macpherson'a (I. c.), представляет одно из самых верных средств, но и вследствие сопровождавшегося обильным выделением мокроты бронхита. С другой стороны, назначая эту воду нашему больному, имѣли въ виду, главным образом его холелитиазисъ. Результаты полученные нами, оправдали наши ожидания. Приступы болей в области печени стали менее интенсивны и менее часты. Испражнения стали более нормальны, больной стал меньше кашлять, и общее состояние его улучшилось. Со стороны мочевых органов мы могли наблюдать под влиянием воды значительный диурез и уменьшение количества мочевой кислоты.

3-й случай. Ю. В., 42 л., поступила в клинику 11 февраля 94 года с жалобами на крайнюю раздражительность и на исхудание. Почувствовала она себя нездоровой в Июнь 93 г., после одного душевного потрясения.

Пациентка живет в сухой местности, в сухом деревянном помещении. Одежда теплая, хорошая, пища преиму-

Таблица № III.

Периоды	Число и месяцев	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакция	Мочев. кисл. гм.	Средние числа		
							Суточн. колич. мочи	Абсолютное	Относительн. %
I до приема воды	20/I	800	1,027	19	слабо кисл.	0,775	1426 Ссм. Уд. в. = 1,018 Т° = 19,8	0,679	0,047
	21/I	930	1,021	20	кисл.	0,719			
	22/I	1425	1,017	20	кисл.	0,656			
	23/I	1470	1,016	19	кисл.	0,652			
	24/I	1720	1,013	20	кисл.	0,600			
	25/I	2025	1,015	20	кисл.	0,680			
	26/I	1615	1,016	21	кисл.	0,673			
II во время приема воды	Общ. колич.	9,985				4,755	1916 Ссм. Уд. в. = 1,014 Т° = 20,4	0,662	0,034
	27/I	2160	1,012	22	кисл.	0,551			
	28/I	1370	1,018	20	сл. кисл.	0,653			
	29/I	2170	1,012	21	сл. кисл.	0,621			
	30/I	1660	1,014	21	сл. кисл.	0,658			
	31/I	2350	1,013	20	сл. кисл.	0,789			
	1/II	1780	1,016	20	кисл.	0,729			
	2/II	1925	1,015	19	кисл.	0,633			
	Общ. колич.	13,415				4,634			
III после приема воды	3/II	1480	1,020	20	кисл.	0,721	1432 Ссм. Уд. в. = 1,019 Т° = 18,4	0,704	0,048
	4/II	1810	1,017	19	кисл.	0,717			
	5/II	1400	1,020	17	сл. кисл.	0,664			
	6/II	1860	1,016	18	сл. кисл.	0,774			
	7/II	1000	1,023	19	сл. кисл.	0,745			
	8/II	1280	1,024	17	сл. кисл.	0,713			
	9/II	1200	1,018	19	сл. кисл.	0,600			
	Общ. колич.	10,030				4,934			

щественно мясная. Пациентка замужняя, имѣетъ 2 дѣтей, выкидышей не было. Въ дѣтствѣ она болѣла какой-то лихорадочной болѣзнію. На 16-мъ году перенесла тифъ, на 25-мъ оспу. Вслѣдъ за послѣдними родами болѣла воспаленіемъ матки.

Настоящее состояніе больной слѣдующее: аппетитъ удовлетворительный; языкъ не обложенъ, полость рта нормальна. Пищу жуетъ хорошо. Со стороны пищеварительнаго тракта все нормально. Мочеиспусканіе безболѣзненно, осадковъ и крови въ мочѣ не замѣчала. Въ груди болей нѣтъ; сердцебиеніемъ страдаетъ, но не часто; въ области aortae abdominalis больная ощущаетъ пульсацію. Пациентка исхудала, сонъ беспокойный; душевное состояніе угнетенное, сильное нервное возбужденіе.

Объективное изслѣдованіе.

Пациентка средняго роста, хорошаго тѣлосложенія. Подкожный жировой слой, мышцы и кости хорошо развиты. Зрѣніе и слухъ хороши. Развитіе черепа нормально. Носъ, ротъ, глотка и горло нормальны. Грудная клѣтка симметрична. Междуреберныя пространства незначительны. Границы легкихъ, какъ спереди, такъ и сзади, на обѣихъ сторонахъ нормальны. Границы сердца также нормальны. Сердечный толчекъ не смѣщенъ. Тоны чисты и ясны. Пульсъ 90—100 въ минуту. Животъ нормаленъ. При пальпаціи aortae abdominalis — сильная пульсація. Печень и селезенка нормальны. Со стороны мочевыхъ органовъ никакихъ патологическихъ явленій нѣтъ.

Диагнозъ: Hysteria.

Результаты, полученные при изслѣдованіи мочи, см. таблицу.

4-случай. Больной Ю. Т., крестьянинъ, 48 л., жалуется, на *вздутіе живота, боли подъ ложечкой, запоръ, отрыжку, тошноту и на спяточечіе*. Всѣ эти симптомы послѣ вѣды усиливаются. Изъ разспроса объ образѣ жизни больного узнали, что онъ жилъ въ сухой мѣстности, въ сыромъ деревянномъ домѣ, одѣвался всегда тепло; крѣпкіе напитки, хотя и употре-

блялъ, но въ умеренномъ количествѣ. Пища его — обыкновенно употребляемая въ крестьянскомъ быту, т. е. большею частью растительная. Больной занимается физическимъ трудомъ, проводя большую часть дня на воздухѣ. Аппетитъ его довольно хороший, жажды нѣтъ. Во рту непріятный кислый вкусъ, особенно при отрыжкѣ. Желудокъ вздутъ, въ особенности послѣ вѣды; въ области желудка боли, также усиливающіяся послѣ вѣды. Запоры, длинныя по нѣскольку дней, составляютъ обыкновенное явленіе. При этомъ, когда бываетъ испражненіе, то оно болѣзненно, калъ выдѣляется твердый и съ примѣсью слизи. Послѣ вѣды больной испытываетъ не только боль, но и чувство тяжести въ животѣ; бываетъ также сильное урчаніе, но если принимаетъ пищу въ маломъ количествѣ, то всѣ указанныя явленія менѣе выражены. Со стороны органовъ дыханія жалобъ нѣтъ. Дыханіе только нѣсколько затруднено при вздутіи живота послѣ вѣды; въ тоже время бываетъ незначительное сердцебиеніе. Лихорадочнаго состоянія нѣтъ. Больной сильно похудѣлъ за послѣднее время. Сонъ его беспокойный. Память сохранена. Больной жалуется также на головныя боли и боли въ крестцѣ, которыя распространяются на нижнія конечности.

Анамнезъ. На 23. году жизни пациентъ перенесъ малярію, длившуюся цѣлыхъ 3 мѣсяца, послѣ чего онъ былъ совершенно здоровъ. Настоящая болѣзнь началась три мѣсяца тому назадъ. По указанію больного у него однажды послѣ поднятія большой тяжести внезапно появилась сильная боль подъ ложечкой, распространившаяся отсюда кзади по спинѣ и крестцу. Съ того времени больной сталъ страдать запорами. Еще задолго до поступленія въ клинику онъ нерѣдко чувствовалъ урчанье и плесканье въ желудкѣ.

Объективное изслѣдованіе.

Больной выше средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, нѣсколько исхудалый. Кожа нормальнаго цвѣта. Подкожная жировая клѣтчатка слабо развита; мышцы и кости, напротивъ, развиты очень хорошо. Органы чувствъ нормальны. Языкъ обложенъ; зубы каріозны. Глотка и горло нормальны. Лим-

фатическія желѣзы на шеѣ не прощупываются. Грудная клѣтка хорошо развита. Типъ дыханія косто-абдоминальный; границы легкихъ нормальны. При аускультациі вездѣ слышно везикулярное дыханіе. Границы сердца нормальны. Сердечный толчекъ не прощупывается; область сердца при ощупываніи не болѣзненна; сердечные тоны чисты, пульсъ правильный — 76 въ минуту. Животъ нѣсколько вздутъ; брюшной прессъ не напряженъ; флюктуации нигдѣ нѣтъ. Печень не прощупывается; область желчнаго пузыря безболѣзненна. Селезенка не увеличена и не прощупывается. Область желудка нѣсколько выдается. При пальпациі замѣчается нѣкоторая чувствительность. Нижняя граница желудка на одинъ палецъ ниже пупка. Почки, половые органы, мочевой пузырь, кишечникъ и anus нормальны. Моча кислой реакціи, прозрачная, свѣтло-желтаго цвѣта; осадковъ, бѣлка, сахара и крови въ ней нѣтъ.

Діагнозъ: Dilatatio ventriculi.

Результаты, полученные при изслѣдованіи мочи этого больного, видны изъ приложенной таблицы.

5-й случай. Больной К. С. жалуется на боли въ области желудка, отрыжку, изжогу, отсутствіе аппетита, поносы и общую слабость. 2 мѣсяца тому назадъ у больного были сильныя рвоты, состоявшія изъ пищевыхъ массъ съ примѣсью большого количества крови, къ тому времени начались и желудочныя боли, продолжающіяся по сіе время.

Больной — крестьянинъ, живетъ въ сухой мѣстности, въ сухомъ деревянномъ помѣщеніи. Пища его, по большей части, растительная, простая. Мяса употребляетъ рѣдко, спиртныхъ напитковъ вовсе не употребляетъ. Пациентъ женатъ и имѣетъ 4-хъ дѣтей, всѣ дѣти здоровы. Самъ пациентъ, за исключеніемъ скарлатины, которую перенесъ будучи 6-лѣтнимъ ребенкомъ, также никогда раньше ничѣмъ не страдалъ.

Объективное изслѣдованіе.

Пациентъ средняго роста, слабого тѣлосложенія; жировая клѣтчатка, мышцы и кости слабо развиты. Языкъ обложенъ,

Таблица № IV.

Периоды и мѣсяцы	Число мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кист. грм.	Среднія числа			
						Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочеv. кист.		
I									
до приема воды									
Общ. колич.	11.390				3,679	Уд. в. = 1,018 Т° = 18,5	1627 Ссм.	0,526	0,032
4/II	1620	1,016	20	сл. кист.	0,533		1627 Ссм.	0,526	0,032
5/II	1630	1,017	17	сл. кист.	0,548				
6/II	2000	1,014	19	сл. кист.	0,474				
7/II	1970	1,019	19	кисл.	0,516				
8/II	1670	1,018	18	кисл.	0,505				
9/II	1200	1,021	18	кисл.	0,562				
10/II	1300	1,024	19	сл. кист.	0,541				
II									
во время приема воды									
Общ. колич.	12.240				3,381	Уд. в. = 1,018 Т° = 20	1748 Ссм.	0,483	0,027
12/II	2140	1,015	23	почти нейтр.	0,503				
13/II	1600	1,018	19	сл. кист.	0,650				
14/II	1500	1,017	20	сл. кист.	0,443				
15/II	1450	1,020	20	сл. кист.	0,467				
16/II	1650	1,020	19	кисл.	0,444				
17/II	1750	1,020	20	сл. кист.	0,470				
18/II	2150	1,017	20	кисл.	0,404				
III									
послѣ приема воды									
Общ. колич.	8.095				3,109	Уд. в. = 1,023 Т° = 18,7	1156 Ссм.	0,444	0,038

сухой, зубы каріозны; полость рта, носа и глотки нормальны. Лимфатическія желѣзы не увеличены. Грудная клѣтка хорошо развита. Границы легкихъ и сердца нормальны. При перкуссии и аускультации легкихъ и сердца ничего патологическаго не найдено.

При ощупываніи живота сильная болѣзненность, особенно въ области желудка. Границы послѣдняго нормальны. Изслѣдованіе желудочнаго сока обнаружило избытокъ соляной кислоты, молочной и масляной кислотъ не найдено. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны почекъ и половыхъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаружено.

Діагнозъ: Ulcus ventriculi.

Послѣ того, какъ пациентъ пролежалъ нѣсколько времени въ клиникѣ и всѣ острые явленія прошли, ему была назначена Contrexéville'ская вода съ цѣлю уменьшить избытокъ соляной кислоты. По мнѣнію Stöcker'a⁷⁸), известковыя соли и углекислая магнезія связываютъ кислоты желудочнаго сока и принадлежатъ поэтому къ лучшимъ противокислотнымъ средствамъ. Кромѣ того, онѣ, по мнѣнію этого автора, дѣйствуютъ противоположно, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ поносъ обусловливается раздраженіемъ слизистой оболочки кишечника вслѣдствіе чрезмѣрнаго образованія кислотъ. Въ нашемъ случаѣ мы это имѣли и, назначая больному богатую известковыми и магнезіальными солями воду Contr., мы вскорѣ могли убѣдиться въ благотворномъ дѣйствіи послѣдней. Рвоты совершенно прекратились, исчезла болѣзненность въ области желудка, больной пересталъ жаловаться на кислую отрыжку и изжогу, испражненія сдѣлались нормальны. Кромѣ того, мы наблюдали въ этомъ случаѣ, подъ вліяніемъ Contrexéville, обильный діурезъ и уменьшеніе количества мочевой кислоты, какъ это видно изъ приложенной таблицы.

Таблица № 7.

Періоды	Число и мѣсяць	Колич. мочи. Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. грм.	Среднія числа		
							Суточн. колич. мочи	Абсолютное	Относительн. (въ 100 Ссм.)
	25/II	1650	1,015	20	сл. кисл.	0,532	1350 Ссм. Уд. в. = 1,022 Т° = 19,3	0,5369 или 0,537	0,039
	26/II	1000	1,028	17	кисл.	0,524			
	27/II	1650	1,020	18	кисл.	0,499			
	28/II	1000	1,024	18	кисл.	0,504			
	1/III	1200	1,028	18	кисл.	0,444			
	2/III	1075	1,023	19	кисл.	0,556			
	3/III	1480	1,020	23	кисл.	0,617	2209 Ссм. Уд. в. = 1,015 Т° = 20	0,5298 или 0,530	0,023
	4/III	1420	1,020	20	кисл.	0,572			
	5/III	1380	1,020	20	кисл.	0,556			
	6/III	1650	1,019	20	кисл.	0,565			
		13505				5,369			
	7/III	1735	1,019	20	кисл.	0,548	2209 Ссм. Уд. в. = 1,015 Т° = 20	0,5298 или 0,530	0,023
	8/III	2000	1,011	20	кисл.	0,550			
	9/III	3200	1,010	20	кисл.	0,560			
	10/III	1900	1,017	20	кисл.	0,509			
	11/III	2350	1,010	20	сл. кисл.	0,452			
	12/III	1725	1,020	20	сл. кисл.	0,549			
	13/III	2000	1,014	20	сл. кисл.	0,403			
	14/III	1980	1,016	21	сл. кисл.	0,612			
	15/III	2000	1,014	20	сл. кисл.	0,470			
	16/III	3200	1,015	19	кисл.	0,645			
		22090				5,298			

6-й случай. К. С., 33 л., жалуется на боли в мочеиспускательном канале, в окружности заднего прохода и в коленных суставах.

Изъ разспроса объ условіяхъ и образѣ жизни больного мы узнали, что пациентъ проживаетъ въ сухой мѣстности и сухой квартирѣ. Одѣвается хорошо и удобно. Пьетъ до 10 стакановъ чаю въ сутки, другихъ напитковъ не употребляетъ. Пища разнообразная, мяса ѣсть около фунта въ день. Холодость. Сонъ хорошъ и достаточенъ. На воздухъ бываетъ много. Много курить. По ремеслу маляръ.

Разспросъ о состояніи больного.

Аппетитъ хорошъ. Жажды нѣтъ. Изрѣдка, особенно послѣ ѣды, появляются непродолжительныя боли и чувство тяжести въ желудкѣ, которыя, впрочемъ, мало беспокоятъ больного. Стулъ нормаленъ; мочится больной часто: 8—10 разъ въ день и 1 разъ ночью, моча идетъ свободно и безъ боли, но послѣ мочеиспусканія выходитъ нѣсколько липкихъ капель, похожихъ на сѣмяныя; по утрамъ изъ члена выжимается нѣсколько капель липкой жидкости. Жалобы на боли въ коленныхъ. Состояніе духа нѣсколько угнетенное. Другихъ жалобъ нѣтъ. Больной замѣчаетъ, что нѣсколько похудѣлъ.

Анамнезъ. Родители пациента здоровы. Самъ больной не помнитъ, чтобы когда либо болѣлъ. 4 года тому назадъ имѣлъ трипперъ, который долго длился; послѣ этого осталось болѣзненное ощущеніе въ удѣ и около задняго прохода. Боль въ коленныхъ появилась годъ тому назадъ.

Объективное изслѣдованіе.

Пациентъ средняго роста, хорошаго тѣлосложенія, habitus нормальный, подкожный слой умѣренно, мышцы и кости хорошо развиты. Зрѣніе хорошо, зрачки нормальны, конъюнктивы нѣсколько блѣдны. Органы слуха и обонянія нормальны. Губы немного блѣдны, много кариозныхъ зубовъ. Глотка, горло здоровы, шейныя желѣзы не прощупываются. Грудная кѣтка нормально развита. Легкія, сердце, сосуды здоровы. Животъ при ощупываніи нѣсколько чувствителенъ, особенно въ области

Таблица № VI.

Періоды	Число п. мѣсяцъ	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. grm.	Среднія числа		
							Суточн. колич. мочи	Абсолютное	Относительн. (въ 100 Ссм.)
I до приема воды	22/I	1500	1,019	20	кислая	0,645	1110 Ссм. Уд. в. = 1,023 Т° = 20,4	0,695	0,062
	23/I	1010	1,026	20	кислая	0,638			
	24/I	1040	1,024	20	кислая	0,692			
II во время приема воды	25/I	1040	1,025	20	кислая	0,699	1203 Ссм. Уд. в. = 1,022 Т° = 20,7	0,709	0,059
	26/I	975	1,026	20	кислая	0,683			
	27/I	1170	1,017	22	кислая	0,825			
	28/I	1035	1,024	21	кислая	0,688			
	Общ. колич.	7,770				4,870			
	29/I	950	1,025	20	кислая	0,680			
	30/I	1020	1,024	21	сл. кисл.	0,650			
	31/I	1035	1,022	21	кислая	0,688			
	1/II	1420	1,021	20	кислая	0,782			
	2/II	1360	1,020	20	почти нейтр.	0,694			
III послѣ приема воды	3/II	1220	1,022	21	сл. кисл.	0,696	1140 Ссм. Уд. в. = 1,024 Т° = 19,8	0,714	0,063
	4/II	1420	1,021	22	почти нейтр.	0,772			
	Общ. колич.	8,425				4,962			
	5/II	875	1,026	18	сл. кисл.	0,664			
	6/II	1265	1,024	20	сл. кисл.	0,714			
	7/II	1500	1,016	21	сл. кисл.	0,589			
	8/II	1200	1,025	21	сл. кисл.	0,613			
	9/II	1060	1,026	20	почти нейтр.	0,669			
	10/II	1080	1,023	19	кисл.	0,856			
	11/II	1000	1,027	20	кислая	0,897			
	Общ. колич.	7,980				5,002			

мочевого пузыря. Брюшной прессъ напряженъ. Селезенка, печень, желудокъ, почки, кишечникъ ничего ненормальнаго не представляютъ. Окружность orificiі penis нѣсколько красна. Исслѣдованіе per anum обнаружило увеличеніе и болѣзненность prostatae. Моча мутна, слабо-кислой реакціи, содержитъ гонококки.

Диагнозъ: Gonorrhoea chronica, prostatitis chronica.

Такъ какъ въ этомъ случаѣ на ряду съ хроническимъ уретритомъ и простатитомъ было подозрѣніе и на существованіе хроническаго цистита, тѣмъ болѣе, что моча была мутна, а область мочевого пузыря при ощупываніи оказывалась болѣзненной, то назначена вода Contrexéville въ виду ея прекраснаго дѣйствія при всѣхъ названныхъ страданіяхъ. Результатъ былъ достигнутъ тотъ, что моча сдѣлалась чище и всѣ явленія хроническаго уретрита улучшились. Кромѣ того, у пациента, подъ вліяніемъ этой воды, значительно усилился аппетитъ — обстоятельство, которое считаемъ нужнымъ отмѣтить.

7-й случай. Больной Н. С. жалуется на запоры, которыми онъ страдаетъ уже 4 года, на боль подъ ложечкой, сердцебиеніе, головокруженіе, усиливающуюся при запорахъ головную боль, отрыжку и рвоту послѣ пды. Съ поступленіемъ въ клинику рвоты прекратились. Больной чрезвычайно ослабѣлъ въ теченіе послѣднихъ 4 лѣтъ.

Пациентъ — каменщикъ, живетъ въ сухой мѣстности, занимающей сухое помѣщеніе; одежда простая, рабочая. Больной пьетъ въ теченіи дня 5—6 стакановъ чаю, но спиртныхъ напитковъ не употребляетъ. Пища его большею частью мучная и растительная. Мясо употребляетъ только 2 раза въ недѣлю. Пациентъ не курить. Сонъ его до заболѣванія былъ хорошъ, послѣ же — сократился отъ 7 до 4 часовъ вслѣдствіе болей, которыя особенно сильны ночью. Аппетитъ плохой; языкъ немного обложенъ. Зубы здоровы. Со стороны полости рта и глотки

жалобъ нѣтъ. Всѣ другіе органы, кромѣ пищеварительныхъ, въ нормальномъ состояніи.

Объективное изслѣдованіе.

Больной умѣреннаго тѣлосложенія, подкожная клѣтчатка и мускулатура слабо развиты. Зрѣніе нормально, слухъ нѣсколько ослабъ. Слизистая оболочка губъ цианотична. Языкъ обложенъ, непріятный запахъ изо рта. Со стороны органовъ дыханія ничего ненормальнаго нѣтъ. Границы сердца нормальны, тоны слабы, но чисты. Объемъ живота немного увеличенъ, верхняя его часть нѣсколько вздута. По направленію отъ ложечки до пупка болѣзненность, усиливающаяся при ощупываніи. Нижняя граница желудка на одинъ палецъ выше пупка. Химическое изслѣдованіе желудочнаго сока обнаружило присутствіе масляной и молочной кислотъ. Почки и половые органы нормальны. Бѣлка, сахара, индикана въ мочѣ нѣтъ.

Диагнозъ: Gastritis chronica.

Этотъ случай далъ намъ возможность, на ряду съ опредѣленіемъ измѣненій въ составѣ мочи, прослѣдить также дѣйствіе Contrexéville при хроническомъ гастритѣ. Извѣстно, что известковыя соли, входящія въ составъ этой воды, принадлежатъ къ лучшимъ противобродильнымъ средствамъ. Вводимыя въ желудокъ, онѣ связываютъ, по мнѣнію Stöcker'a, (l. c.) находящіяся въ свободномъ состояніи органическія кислоты: молочную и масляную продукты броженія. Такъ какъ эти кислоты, часто сопровождающія хроническій гастритъ, еще болѣе ухудшаютъ болѣзнь, раздражая слизистую оболочку желудка, то устраняя ихъ, мы въ терапевтическомъ отношеніи ужь очень много дѣлаемъ. На этомъ основаніи проф. Ewald и приписываетъ известковую воду противъ хроническаго катарра желудка. И въ нашемъ случаѣ, въ виду того, что при химическомъ изслѣдованіи желудочнаго сока

Периоды и мѣсяцы		Число	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакция	Мочев. кислот. г/м.	Среднія числа	
								Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочеv. кислот.
I		23/II	1325	1,024	19	сл. щел.	0,522	973 Ссм. Уд. в. = 1,024 Т° = 18,3	0,472
		24/II	1400	1,020	18	нейтр.	0,570		
		25/II	980	1,028	17	нейтр.	0,419		
		26/II	610	1,030	17	сл. щел.	0,471		
		27/II	675	1,030	19	щел.	0,481		
		28/II	1030	1,022	18	сл. щел.	0,519		
		1/III	1035	1,021	18	нейтр.	0,410		
		2/III	1025	1,021	18	сл. кислот.	0,400		
		3/III	950	1,024	21	кисл.	0,496		
		4/III	840	1,023	18	сл. щел.	0,488		
	Общ. колич.	9.730					4,726		0,049
II		5/III	1170	1,018	19	кисл.	0,479	963 Ссм. Уд. в. = 1,020 Т° = 19,2	0,442
		6/III	1110	1,020	20	кисл.	0,425		
		7/III	1425	1,016	19	нейтр.	1,497		
		8/III	750	1,023	18	сл. кислот.	0,443		
		9/III	800	1,022	19	сл. кислот.	0,413		
		10/III	650	1,028	19	сл. щел.	0,415		
		11/III	700	1,027	22	кисл.	0,471		
		12/III	970	1,018	20	сл. кислот.	0,486		
		13/III	1030	1,018	18	сл. кислот.	0,457		
		14/III	1060	1,014	18	кисл.	0,385		
	Общ. колич.	9.635					4,421		0,046
III		15/III	1000	1,022	19	кисл.	0,423	989 Ссм. Уд. в. = 1,021 Т° = 19,8	0,427
		16/III	1250	1,021	20	кисл.	0,554		
		17/III	1100	1,023	20	кисл.	0,480		
		18/III	1050	1,018	20	кисл.	0,346		
		19/III	1000	1,018	20	кисл.	0,376		
		20/III	900	1,024	20	кисл.	0,483		
		21/III	700	1,023	19	кисл.	0,367		
		22/III	875	1,021	20	кисл.	0,365		
		23/III	1025	1,021	20	кисл.	0,454		
		Общ. колич.	8.900						

найденно присутствіе упомянутыхъ органическихъ кислотъ, была назначена богатая солями извести вода Contrexéville. Больной пилъ ее въ продолженіе 10 дней, принимая 3 раза въ день по $\frac{3}{4}$ стакана. Результаты, полученные при этомъ, были весьма удовлетворительны. Въ желудочномъ содержимомъ уже черезъ нѣсколько дней можно было констатировать уменьшеніе количества молочной кислоты, больной меньше страдалъ изжогой и отрыжкой, аппетитъ его поправился и самочувствіе значительно улучшилось.

8-й случай. П. В. 54 лѣтъ, жалуется на кашель, боль въ груди и затрудненное дыханіе. При кашлѣ выделяется въ большомъ количествѣ мокрота.

Больной живетъ въ не очень сухой мѣстности, въ сыромъ деревянномъ домѣ, въ большой комнатѣ вмѣстѣ съ двѣнадцатью другими жильцами; одѣвается всегда хорошо. Пищу употребляетъ преимущественно растительную, больше всего горохъ и картофель, мясо ѣстъ очень рѣдко. Жизнь ведетъ семейную. Плотнокъ по занятію, онъ большей частью работаетъ на воздѣлѣ. Много курить и выпиваетъ нѣсколько рюмокъ водки въ день. Аппетитъ больного хорошъ, жажды особенной нѣтъ. Языкъ нѣсколько обложенъ, зубы каріозны, ненормальныхъ вкусовыхъ ощущеній больной не испытываетъ. Нѣтъ никакихъ жалобъ со стороны желудочно-кишечнаго тракта. Мочевые и половые органы вполне нормальны. Животъ не вздутъ, болѣе нѣтъ. При разспросѣ о состояніи органовъ дыханія больной жалуется на одышку, появляющуюся главнымъ образомъ при поднятіи на лѣстницу или на гору, на кашель съ значительнымъ выдѣленіемъ мокроты, по временамъ на боли въ груди по обѣимъ сторонамъ въ области supra и infraclavicularis и между обѣими лопатками; сердцебиенія нѣтъ. Температура больного нормальна, общее состояніе удовлетворительно. Во время сна больного беспокоятъ приступы кашля. Душевное состояніе

довольно хорошее. Головная боль и головокружение бывают только при сильном кашле. Больной в последнее время стал слабее, чем прежде, очень склонен к потливости.

Анамнез. Родители пациента умерли 30 лет тому назад от грудной болезни. Из двух братьев один умер от воспаления легких, другой жив и здоров. Из 3 сестер одна умерла, другие живут, при чем одна из них страдает какими-то судорожными припадками, другая же — водянкой, причину которой больной сообщить не может. В детстве пациент перенес скарлатину. Явления настоящей болезни начались 10 лет тому назад.

Объективное исследование. Больной среднего роста, умеренного телосложения. Подкожный жировой слой, равно как мышцы и кости слабо развиты, кожа бледноватая, тургор ее уменьшен. На шею лимфатические железы не прощупываются. Грудная клетка бочкообразной формы, грудная кость выступает. Развитие ребер нормально. Тип дыхания — косто — абдоминальный. Расширяемость груди при дыхании уменьшена. При перкуссии получается гиперсонорный звук. Границы легких снизу ниже нормального: по мамиллярной линии на верхнем краю седьмого ребра, на спине в высоту process. spinos. двенадцатого грудного позвонка. Аускультация: дыхание повсюду ослаблено, в некоторых местах слышны хрипы. Артерии склерозированы. Пульс несколько твердый. Сердечный толчок не прощупывается. При перкуссии границы сердца сужены. Сердечные тоны чисты, но слабы. Живот не увеличен. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны желудка и кишечника ничего ненормального нет. Почки при ощупывании безболезненны. Половые органы в порядке, моча чистая, реакция ее нормальная, белка и сахара нет.

Диагноз: *Emphysema pulmonum, Bronchitis chronica, Arteriosclerosis.*

Мы уже один раз имели случай (см. № 2) убедиться в благотворном действии Contrexéville'ской воды при лечении бронхита, сопровождающегося обильным вы-

Таблица № VIII.

Периоды	Число и месяцев	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакция	Мочев. к-сл. грм.	Средние числа		
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочеv. к-сл.	Относительн. Абсолютное (въ 100 Ссм.)
I до приема воды	28/I	800	1,025	23	сл. к-сл.	0,602	769 Ссм. Уд. в. = 1,025 Т° = 21	0,667	0,086
	29/I	610	1,027	20	сл. к-сл.	0,670			
	30/I	585	1,027	21	сл. к-сл.	0,570			
	31/I	520	1,027	21	сл. к-сл.	0,600			
	1/II	950	1,024	20	к-сл.	0,677			
	2/II	1040	1,021	19	сл. к-сл.	0,792			
	3/II	880	1,022	18	к-сл.	0,757			
II во время приема воды	Общ. колич.	5,385				4,668	990 Ссм. Уд. в. = 1,022 Т° = 18,8	0,627	0,063
	4/II	1020	1,020	19	сл. к-сл.	0,550			
	5/II	960	1,022	18	к-сл.	0,655			
	6/II	1060	1,020	17	к-сл.	0,699			
	7/II	950	1,023	20	сл. к-сл.	0,631			
	8/II	1000	1,022	19	почти нейтр.	0,657			
	9/II	1000	1,022	20	сл. к-сл.	0,619			
III после приема воды	10/II	940	1,023	19	к-сл.	0,577	925 Ссм. Уд. в. = 1,024 Т° = 19	0,665	0,072
	Общ. колич.	6,930				4,388			
	11/II	1000	1,024	19	к-сл.	0,699			
	12/II	870	1,023	19	к-сл.	0,655			
	13/II	800	1,026	19	сл. к-сл.	0,629			
	14/II	1000	1,024	19	сл. к-сл.	0,772			
	15/II	1020	1,022	20	к-сл.	0,637			
	16/II	750	1,026	18	к-сл.	0,559			
	17/II	1040	1,023	20	к-сл.	0,705			
	Общ. колич.	6,480				4,656			

дѣленіемъ мокроты, а потому назначили эту воду въ послѣднемъ случаѣ съ той же цѣлю, т. е. съ цѣлю уменьшить обильное отдѣленіе бронховъ. Но тутъ результатъ былъ достигнутъ менѣе успѣшнымъ. Что касается измѣненій въ составѣ мочи, то объ этомъ подробно въ приложенной таблицѣ.

9-й случай. Больной Р. В., 19 л., жалуется на кашель съ обильной мокротой, особенно по ночамъ, на охриплость голоса, на колотье въ груди и непріятныя вкусовыя ощущенія во рту. Жалобъ со стороны другихъ органовъ нѣтъ.

Больной жилъ все время въ деревнѣ, въ сырой мѣстности и сырой крестьянской избѣ, только послѣдніе 3 года живетъ въ городѣ. Одежда обыкновенная, крестьянская. Пища преимущественно растительная, мясо употребляетъ очень рѣдко. Холостъ. По ремеслу портной. Въ деревнѣ пребывалъ на воздухѣ много, въ городѣ же онъ весь день проводить въ комнатѣ.

Анамнезъ. Родители больного живы и здоровы; изъ 4-хъ братьевъ и 5-и сестеръ одинъ братъ и одна сестра умерли, отъ какой болѣзни — пациентъ не знаетъ. Пациентъ сталъ чувствовать себя плохо уже 4 года тому назадъ, по годъ тому назадъ состояніе его еще болѣе ухудшилось, онъ сталъ кашлять и выделять мокроту. Потомъ постепенно появилась одышка и колотье въ груди при ходьбѣ. Голосъ охрипъ недѣли 4 тому назадъ.

Объективное изслѣдованіе.

Пациентъ низкаго роста, тѣлосложенія нѣжнаго; Habitus phthisicus; кожа очень блѣдная, подкожный слой, мышцы и кости очень слабо развиты; конъюнктивы блѣдны, зрачки реагируютъ хорошо. Губы блѣдны. Лимфатическія шейныя желѣзы увеличены. Грудная клетка слабо развита. Fossa supraclavicularis dextra впала. Типъ дыханія косто-абдоминальный, при чемъ дыханіе усилено и учащено; правая сторона при дыханіи отстаетъ отъ лѣвой. Перкуссия: спереди на правой сторонѣ въ Fossa supra- и infraclavicularis сильное притупленіе, на всѣмъ

Таблица № IX.

Періоды	Число и мѣсяць	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т °	Реакція	Мочев. кисл. грм.	Среднія числа		
							Суточн. колич. мочи	Абсо- лютное	Суточн. колич. мочев. висл. Относительн. (въ 100 Ссм.)
I до приема воды	28/I	1055	1,017	21	кисл.	0,439	935 Ссм. Уд. в. = 1,018 Т° = 20,7	0,474	0,051
	29/I	1110	1,015	20	кисл.	0,499			
	30/I	900	1,014	23	кисл.	0,296			
	31/I	900	1,018	21	кисл.	0,505			
	1/II	790	1,023	20	кисл.	0,530			
	2/II	815	1,021	20	кисл.	0,495			
	3/II	975	1,019	19	кисл.	0,553			
	Общ. колич.	6.545				3,317			
II во время приема воды	5/II	1250	1,012	18	почти нейтр.	0,445	1081 Ссм. Уд. в. = 1,018 Т° = 19	0,474	0,044
	6/II	1200	1,020	18	сл. кисл.	0,420			
	7/II	1000	1,020	19	сл. кисл.	0,365			
	8/II	1340	1,016	20	сл. кисл.	0,563			
	10/II	900	1,019	20	сл. кисл.	0,504			
	11/II	830	1,020	20	сл. кисл.	0,509			
	12/II	1050	1,017	19	кисл.	0,511			
	Общ. колич.	7.570				3,317			
III послѣ приема воды	14/II	760	1,026	18	кисл.	0,556	804 Ссм. Уд. в. = 1,022 Т° = 18,7	0,495	0,062
	15/II	1020	1,024	17	кисл.	0,525			
	16/II	970	1,019	20	кисл.	0,425			
	17/II	800	1,015	19	кисл.	0,408			
	18/II	600	1,021	18	кисл.	0,447			
	19/II	640	1,023	19	кисл.	0,588			
	20/II	840	1,025	20	кисл.	0,520			
	Общ. колич.	5.630				3,469			

остальномъ протяженіи праваго легкаго притупленіе менѣе выражено; на лѣвой сторонѣ всюду нормальный легочный тонъ. Аускультация: спереди въ fossa supracl. sin. при inspir. и expir. жесткое везикулярное дыханіе, въ fossa supracl. dextra — бронхиальное дыханіе и свистящіе хрипы. Въ fossa infracl. на обѣихъ сторонахъ сухіе и влажные хрипы. Сзади на всемъ лѣвомъ легкомъ усиленное везикулярное дыханіе, а также сухіе и влажные хрипы. На правомъ легкомъ бронхиальное дыханіе, сухіе и влажные хрипы, особенно въ области верхушки. Границы сердца нормальны, тоны чисты; пульсъ малый, учащенный. Остальные органы нормальны.

Диагнозъ: Phthisis pulmonum.

Известковые воды уже издавна пользуются большою славой при лѣченіи туберкулезныхъ больныхъ. Болѣе всего извѣстны въ этомъ отношеніи источники Lipp-spring'a, благотворное вліяніе которыхъ Stöcker⁷⁸) приписываетъ главнымъ образомъ иссушающему и анти-секреторному дѣйствию содержащей въ нихъ извести. А такъ какъ болѣе всего сходна съ этими источниками по своему химическому составу вода Contrexéville (см. Энциклопедія Eulenburg'a, отдѣлъ Contrexéville), то мы и примѣнили послѣднюю въ описанномъ случаѣ. Пациентъ, дѣйствительно, сталъ меньше кашлять, отдѣленіе мокроты во время употребленія воды было менѣе обильно, но во всемъ остальномъ состояніи больного не измѣнилось.

В. Опыты съ искусственной водой Contrexéville.

10-й случай. Больной Я. Ю. жалуется на сильную боль въ области лѣваго подреберья и боль въ суставахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, а также на вздутіе живота и рвоту, наступающую всякій разъ послѣ принятія пищи.

Изъ разспроса объ условіяхъ и образѣ жизни больного выяснилось, что пациентъ по занятію гончаръ, весь день работаетъ въ душной комнатѣ, вынужденный постоянно дышать воздухомъ, пропитаннымъ свинцовой пылью. Пища больного преимущественно растительная, спиртныхъ напитковъ не употребляетъ, курить много.

Разспросъ о состояніи больного.

Аппетита нѣтъ; во рту постоянная сухость; пациентъ часто страдаетъ болью въ области желудка, отрыжкой и рвотой послѣ ѣды. Испражнение бываетъ только разъ въ 3 дня. Геморроидальныхъ шишекъ въ заднемъ проходѣ нѣтъ. Животъ вздутъ и болѣзненъ; особенно въ области лѣваго подреберья. Сильныя боли также въ сочлененіяхъ. По временамъ пациентъ чувствуетъ сердцебиеніе. Сонъ, хотя достаточный, но беспокойный вслѣдствіе описанныхъ болей. Память не пострадала; настроеніе духа мрачное. Органы чувствъ нормальны.

Анамнезъ. Пациентъ въ молодости перенесъ два раза оспу и одинъ разъ скарлатину. Страданія со стороны желудка начались у него 3 года тому назадъ. Первое время онѣ не были особенно сильны и наступали очень рѣдко. Но 13./II. 94 боли въ области живота стали до того мучительны, что больной слегъ въ постель.

Объективное изслѣдованіе.

Больной средняго роста, хорошаго тѣлосложенія. Кожа суха, блѣдна, подкожный жировой слой, мышцы и кости умѣренно развиты. Лимфатическія желѣзы на шеѣ не увеличены. Грудная клѣтка хорошо развита. Типъ дыханія косто-абдоминальный, границы легкихъ нормальны. При аускультации вездѣ слышно везикулярное дыханіе. Fremitus pectoralis не усиленъ. Кашля и мокроты нѣтъ. Пульсъ правильный; сердечный толчекъ не прощупывается; границы сердца нормальны; тоны чисты. Брюшной прессъ напряженъ, животъ вздутъ. Печень увеличена и прощупывается, селезенка также увеличена. Кишечникъ и anus нормальны. Почки безболѣзненны, моча чистая,

но выделяется въ небольшомъ количествѣ. Реакція ся очень кислая. Сахара, бѣлка и индикана въ ней не найдено.

Въ виду сильныхъ кишечныхъ коликъ и болей въ суставахъ, которыми больной страдаетъ, а также въ виду того, что онъ, благодаря своему ремеслу, находился всегда въ атмосферѣ, насыщенной свинцовой пылью, и былъ поставленъ діагнозъ:

Intoxicatio plumbi chronica.

Этотъ случай былъ для нашихъ изслѣдованій особенно цѣненъ. Извѣстно, что свинцовое отравленіе часто обусловливаетъ заболѣваніе почекъ и суставовъ, аналогичное тому, которое бываетъ при мочекислотѣ діатезѣ, и намъ было интересно прослѣдить въ данномъ случаѣ дѣйствіе Contrexéville.

Какъ видно изъ приложенной таблицы, вода вызвала у пациента обильный діурезъ, продолжавшійся не только во все время употребленія Contrexéville, но и послѣ. Кромѣ того, у пациента исчезли колики, и общее его состояніе значительно улучшилось.

11-й случай. Больная Д. К. жалуется на головную боль, боли подъ ложечкой, усиливающіяся послѣ пды, и боль въ крестцѣ.

Больная живетъ въ Юрьевѣ, въ сырой мѣстности, занимая небольшую сырую комнату. Одѣвается тепло; корсета не носитъ. Пища плохая, мяса почти не кушаетъ, питаясь главнымъ образомъ картофелемъ и чернымъ хлѣбомъ. Замужняя, дѣтей не имѣетъ и не имѣла. Специальныхъ занятій у больной нѣтъ. Аппетитъ плохой, жажды нѣтъ, частая отрыжка и слюнотеченіе. Во рту непріятный кислый вкусъ, особенно послѣ отрыжки. Въ области желудка постоянныя боли. Стулъ бываетъ разъ въ день и твердой консистенціи; ни шишекъ, ни кровотеченія изъ задняго прохода нѣтъ. Мочится больная днемъ 4 раза, а ночью

Таблица №. 2.

Періоды	Число и мѣсяць	Кол-во мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. г/мл.	Средніе числа	
							Суточ. кол-во мочи.	Суточ. кол-во мочев. кисл.
I до приема воды	20/II	750	1,024	18	кисл.	0,645	1210 Ссм. Уд. в. = 1,017 Т° = 18	0,527 0,043
	21/II	900	1,021	18	кисл.	0,650		
II во время приема воды	22/II	1650	1,013	19	кисл.	0,454		
	24/II	1235	1,015	18	кисл.	0,490		
	25/II	1300	1,016	18	кисл.	0,437		
	26/II	1210	1,017	18	кисл.	0,537		
	27/II	1430	1,013	17	кисл.	0,480		
	Общ. кол-во.	8,475				3,693		
III послѣ приема воды	28/II	1575	1,014	18	кисл.	0,486	1883 Ссм. Уд. в. = 1,014 Т° = 19	0,527 0,028
	1/III	1650	1,013	18	кисл.	0,602		
	2/III	1950	1,013	18	кисл.	0,550		
	3/III	2100	1,012	19	кисл.	0,423		
	4/III	2435	1,011	19	сл. кисл.	0,425		
	5/III	1925	1,017	20	сл. кисл.	0,516		
	6/III	2020	1,017	20	кисл.	0,597		
	7/III	1925	1,016	20	кисл.	0,582		
	8/III	1250	1,016	20	кисл.	0,453		
	9/III	2000	1,016	19	кисл.	0,637		
	Общ. кол-во.	18,830				5,271		
III послѣ приема воды	10/III	1850	1,015	20	кисл.	0,584	1714 Ссм. Уд. в. = 1,017 Т° = 20	0,633 0,037
	11/III	1750	1,016	20	кисл.	0,611		
	12/III	1800	1,015	20	кисл.	0,665		
	13/III	1730	1,018	21	кисл.	0,697		
	14/III	1275	1,018	19	кисл.	0,548		
	15/III	2175	1,017	19	кисл.	0,672		
	16/III	1420	1,020	20	кисл.	0,668		
	Общ. кол-во.	12,000				4,435		

3 раза, мочеиспускание безболѣзненно, никакихъ осадковъ въ мочѣ не замѣчала. Регулы появляются каждыя три недѣли и продолжаются 7 дней. По вечерамъ пациентка иногда лихорадитъ. Сонъ ея недостаточный, душевное состояніе угнетенное. Органы чувствъ нормальны.

Анамнезъ. Родители больной умерли отъ неизвѣстной ей болѣзни. Братъ и сестры вполне здоровы. 25 лѣтъ тому назадъ больная перенесла брюшной тифъ. 10 лѣтъ тому назадъ появились у нея боли подъ ложечкой и головныя боли, которыя продолжаются до сихъ поръ.

Объективное изслѣдованіе.

Больная среднего роста, умѣреннаго тѣлосложенія. Жировая клѣтчатка, мышцы и кости умѣренно развиты. Окраска кожи блѣднотемнаго цвѣта, на ногахъ находится сыпь, рубцовъ нѣтъ, вены не расширены. Развитие черепа нормально, при перкуссии и ощупываніи болей нѣтъ. Органы зрѣнія, слуха и обонянія нормальны. Ротъ, глотка и горло нормальны. На шеѣ лимфатическія желѣзы не прощупываются. Грудная клѣтка хорошо развита; Перкуссия и аускультация легкихъ ничего ненормальнаго не даетъ. Границы сердца нормальны. Сердечный толчекъ не прощупывается, сердечные тоны слабы, но чисты. Животъ нѣсколько вздутъ, при надавливаніи чувствителенъ. Печень и селезенка не прощупываются. Границы желудка нормальны, при надавливанія боль подъ ложечкой. Почка не прощупывается, половые органы нормальны, мочеиспускание свободно. Бѣлка, сахару, индикана въ мочѣ нѣтъ.

Диагнозъ: Gastritis chronica.

Выше мы объяснили (см. случай № 7), показаніе Contrexéville при хроническомъ катаррѣ желудка. Пациенткѣ давали сначала искусственную, а затѣмъ натуральную воду. Какъ видно изъ таблицы, количество мочевоы кислоты, подъ вліяніемъ воды, уменьшилось. Но рѣзко бросается въ глаза это уменьшеніе особенно въ тѣ дни, когда больная пила натуральную воду.

Таблица № XI.

Періоды	Число и мѣсяць	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. к-сл. грам.	Среднія числа		
							Суточн. колич. мочи	Абсолютное	Относительн. (въ 100 Ссм.)
I до приема воды	1/II	720	1,025	20	кисл.	0,497	787 Ссм. Уд. в. = 1,024 Т° = 18,7	0,469	0,059
	2/II	590	1,028	19	кисл.	0,449			
	3/II	860	1,027	18	кисл.	0,420			
	4/II	710	1,028	18	сл. кисл.	0,491			
	5/II	815	1,027	19	кисл.	0,520			
	6/II	1060	1,016	18	сл. кисл.	0,470			
	7/II	760	1,019	19	кисл.	0,436			
		5,515							
II Во время приема воды натур. воды искусств. воды	8/II	960	1,022	18	сл. кисл.	0,419	1122 Ссм. Уд. в. = 1,019 Т° = 19,2	0,389	0,035
	9/II	1000	1,023	20	сл. кисл.	0,310			
	11/II	1360	1,019	20	сл. кисл.	0,475			
	12/II	1885	1,014	20	почти нейтр.	0,418			
	13/II	950	1,025	19	кисл.	0,446			
	14/II	1100	1,020	20	кисл.	0,458			
	15/II	800	1,021	20	кисл.	0,408			
	2/III	770	1,019	18	сл. кисл.	0,290			
	4/III	1150	1,016	18	кисл.	0,363			
	5/III	1250	1,015	19	сл. кисл.	0,302			
		11,225							
III послѣ приема воды	12/II	850	1,022	19	кисл.	0,457	828 Ссм. Уд. в. = 1,022 Т° = 17,8	0,433	0,052
	17/II	800	1,023	19	сл. кисл.	0,425			
	24/II	900	1,025	18	кисл.	0,478			
	25/II	1250	1,018	17	сл. кисл.	0,420			
	26/II	625	1,023	17	кисл.	0,361			
	27/II	700	1,025	17	кисл.	0,452			
	28/II	675	1,017	18	кисл.	0,440			
		5,800							

12-й случай. Больной Г. Р., 39 л., жалуется на боли в груди, в области живота и по всему позвоночнику. Боли неопределенного характера, являются припадками несколько раз в день; каждый припадок продолжается почти час. Боли эти появились годъ тому назадъ, но въ началѣ онѣ были рѣдки и не такъ сильны, въ послѣднее же время стали особенно мучительны.

Больной живетъ въ сухой мѣстности, въ деревянномъ сухомъ помѣщеніи, въ которомъ занимаетъ очень тѣсную комнату. Одѣвается тепло. Изрѣдка пьетъ водку, но въ очень умеренномъ количествѣ. Пища пациента смѣшанная; мяса онъ ѣстъ мало, предпочитая ему зелень, или мучныя кушанья. Часы приема пищи не опредѣленные. Сонъ у пациента недостаточный. Умственная дѣятельность сохранена, физически же онъ сильно ослабѣлъ.

Разспросъ о состояніи больного.

Аппетитъ плохой, жажды нѣтъ. Языкъ сильно обложенъ бѣлымъ налетомъ, полость рта не представляетъ ничего ненормального. Особыхъ вкусовыхъ ощущеній нѣтъ. Пищу пережевываетъ хорошо. Отрыжки и изжоги больной не имѣетъ, но страдаетъ болями въ области желудка, совершенно независимо отъ приема пищи. Боли эти сосредоточены главнымъ образомъ въ правомъ подреберьи и подъ ложечкой и наступаютъ часто припадками. Запоровъ и поносовъ нѣтъ; мочеиспусканіе безболѣзненно, осадковъ и крови въ мочѣ не бываетъ. Лихорадочнаго состоянія больной не испытываетъ. За послѣднее время онъ сильно похудѣлъ.

Анамнезъ. Больной болѣлъ разъ въ дѣтствѣ корью; больше никакихъ болѣзней не перенесъ. Но годъ тому назадъ онъ упалъ съ крыши на спину, послѣ чего въ продолженіе 3—4 дней испытывалъ сильныя боли; послѣднія сначала исчезли, но потомъ вскорѣ снова появились. Кромѣ того, черезъ мѣсяцъ послѣ паденія у него стали опухать ноги, затѣмъ животъ и, наконецъ, верхнія конечности и лицо. Отеки черезъ нѣкоторое время исчезли, уступая мѣсто описаннымъ болямъ, которыя

продолжаются по сіе время. Являясь припадками, онѣ бываютъ нерѣдко до того мучительны, что больной не можетъ ни сидѣть, ни лежать.

Объективное изслѣдованіе.

Больной средняго роста, слабаго тѣлосложенія. Кожа блѣдная, сухая. Сыпи, язвъ и рубцовъ не имѣетъ. Жировая клѣтчатка слабо развита; мышцы вялы и слабы. Зрѣніе и слухъ хороши. Носъ, ротъ, горло и глотка нормальны. Грудная клѣтка симметрична; грудная кость и ребра хорошо развиты. Границы легкихъ нормальны. Дыханіе повсюду везикулярное. Мокроты не бываетъ. Типъ дыханія косто-абдоминальный. Сосуды немного склерозированы, пульсъ слабый и медленный. Сердечный толчекъ не прощупывается. Верхняя граница сердца смѣщена на два пальца внизъ, правая — на одинъ палецъ вправо. Аускультация не обнаруживаетъ ничего ненормального. Тоны чисты, шумовъ нѣтъ. Величина живота обыкновенная, брюшной прессъ мало напряженъ; прощупываются фекальныя массы. Печень и селезенка не увеличены и не прощупываются, но при перкуссии область первой крайне болѣзненна. Нижняя граница желудка на палецъ выше пупка. Кишечникъ, anus, почки и половые органы нормальны. Мочевой пузырь функционируетъ правильно; моча свѣтлая, реакція мочи кислая; бѣлка и сахару нѣтъ.

Диагнозъ: Cholelithiasis.

Этотъ случай далъ намъ возможность испытать дѣйствіе Contrexéville при печеночномъ литіазисѣ. Какъ мы видѣли въ литературной части нашей работы, Dr. Bagard, впервые обратившій вниманіе ученаго міра на цѣлебныя свойства Contrexéville'скихъ источниковъ, выставилъ на видъ ихъ дѣйствіе, именно, при коликахъ печени. При этой болѣзни хвалятъ дѣйствіе Contr. также Potain, Debout d'Estrées и др.

Но въ нашемъ случаѣ мы особаго улучшенія, подѣ

вліянієм названої води, не могли констатировать. Мало того, она въ этомъ случаѣ не оказала почти вліянія на выдѣленіе мочевой кислоты и суточного количества мочи. Количество первой даже нѣсколько увеличилось во II-мъ періодѣ, чего мы въ большинствѣ другихъ случаевъ не наблюдали.

13-й случай. Больной А. О. 58 л., жалуется на сильный кашель, сопровождаемый обильнымъ выдѣленіемъ мокроты, и на ощущение холода въ правой половинѣ тѣла до поясицы. Такое же ощущение въ правой рукѣ. Это ощущение больной испытываетъ уже 5 лѣтъ, но главнымъ образомъ зимой; лѣтомъ же пациентъ чувствуетъ себя довольно хорошо. Кромѣ того онъ жалуется на общую слабость.

Пациентъ отставной солдатъ. Живетъ въ сырой части города, въ деревянномъ сыромъ помѣщеніи. Одежда его плохая. Пища весьма недостаточная: больной уже второй годъ питается однимъ хлѣбомъ и чаемъ, въ очень рѣдкихъ случаяхъ (1—2 раза въ мѣсяцъ) ѣстъ варенное. Пациентъ, за исключеніемъ какой-то лихорадочной болѣзни, которую перенесъ на 18-мъ году жизни, былъ почти всегда здоровъ. Только пять лѣтъ тому назадъ онъ сталъ испытывать ощущение холода въ правой половинѣ тѣла и одновременно съ этимъ появился кашель съ обильнымъ выдѣленіемъ мокроты. Съ тѣхъ поръ кашель его очень беспокоитъ, сопровождаемый по временамъ также незначительной одышкой. Въ послѣдній годъ пациентъ началъ худѣть. Общее состояніе его еще значительно ухудшилось.

Объективное изслѣдованіе.

Больной среднего роста, довольно крѣпкаго тѣлосложенія. Окраска кожи нормальна; отековъ нигдѣ нѣтъ; въ верхней части тѣла мѣстами пигментированныя пятна (naevi); незначительное расширеніе венъ на нижней правой конечности. Жировая клѣтчатка слабо развита, мышцы дряблы, кости крѣпки. Черепъ развитъ нормально; при ощупываніи и перкуссии пра-

Таблица № XII.

Періоды		Число и мѣсяцы	Колѣч. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. к-сл. грм.	Среднія числа		
до приѣма воды.								Суточн. колѣч. мочи	Суточн. колѣч. мочев. к-сл.	
								Абсо- лютное	Относительн. (въ 100 Ссм.)	
I		Общ. колѣч.	6,960				4,683	Уд. в. = 1,020 Т° = 17	0,669	0,067
		25/II	1025	1,021	16	кислая	0,723	994 Ссм.	0,669	0,067
		26/II	940	1,021	17	кисл.	0,678			
		27/II	1000	1,019	17	кисл.	0,618			
		28/II	1400	1,015	18	кисл.	0,658			
	1/III	940	1,020	17	кисл.	0,657	994 Ссм.	0,669	0,067	
	2/III	875	1,021	18	кисл.	0,652				
	3/III	780	1,023	17	кисл.	0,697				
	Общ. колѣч.									
II		7/III	1335	1,015	18	кисл.	0,663	Уд. в. = 1,020 Т° = 17	0,669	0,067
		8/III	700	1,022	18	кисл.	0,603			
		9/III	750	1,021	17	кисл.	0,569			
		10/III	900	1,023	19	кисл.	0,719			
		19/III	800	1,020	18	кисл.	0,784			
	20/III	1530	1,012	21	кисл.	0,771	1116 Ссм.	0,671	0,060	
	21/III	1800	1,010	20	сл. кисл.	0,592				
	Общ. колѣч.	7,815				4,701				
	Общ. колѣч.									
III		22/III	700	1,021	18	кисл.	0,705	Уд. в. = 1,022 Т° = 18,7	0,602	0,750
		23/III	725	1,025	19	кисл.	0,614			
		24/III	770	1,022	19	кисл.	0,579			
		25/III	850	1,021	19	кисл.	0,543			
		26/III	825	1,023	19	кисл.	0,477			
	27/III	725	1,022	19	кисл.	0,569	803 Ссм.	0,602	0,750	
	28/III	1025	1,021	18	кисл.	0,731				
	Общ. колѣч.	5,620				4,218				
	Общ. колѣч.									

вой половины головы — незначительная болезненность. Зрѣніе слабое, вблизи видитъ плохо; зрачки не расширены, реагируютъ на свѣтъ, конъюнктивита воспалена. Слышитъ хорошо; гноетеченія изъ уха нѣтъ. Носъ ціанотичный, обоняніе потеряно; слизистая оболочка воспалена и постоянно влажна; лѣвая носовая раковина сильно припухла. Слизистая оболочка губъ суха, блѣдно-розовой окраски; слизистая зѣва нормальна; языкъ сухъ и обложенъ; вкусъ сохраненъ. Короткая шея, на правой сторонѣ прощупываются лимфатическія желѣзы; мышцы (sterno-cleido — mastoidei) нѣсколько напряжены; незначительное расширение яремныхъ венъ. Грудная кѣтка бочкообразной формы; sterno-vertebral'ный діаметръ увеличенъ, межреберные промежутки слабо выражены. Ощупываніе безболѣзненно. Легкія при дыханіи сильно расширяются и весьма медленно и слабо сжимаются. Движеніе отдѣльныхъ реберъ при дыханіи едва замѣтно. Вдохъ усиленъ; выдохъ замедленъ. При перкуссии находимъ, что правое легкое по мамиллярной линіи достигаетъ верхняго края восьмага ребра, по линіи axillaris — верхняго края 9 ребра. Нижняя граница лѣваго легкаго доходить спереди до 6-го ребра. Перкуторный тонъ повсюду нѣсколько гиперсонорный. Аускультация легкихъ даетъ на лѣвой сторонѣ сзади усиленное везикулярное дыханіе; на правой — сзади и спереди свистящіе хрипы и бронхиальное дыханіе. Хрипы больше слышны въ верхней долѣ праваго легкаго. Мокрота — гнойно-слизистая, и выдѣляется въ большомъ количествѣ. Пульсъ слабый, дикротичный — 80 въ минуту. Сердечный толчекъ неясно локализованъ. Перкуссия сердца даетъ уменьшеніе области притупленія: часть покрыта легкими. При аускультации сердца и большихъ сосудовъ находимъ, что повсюду тоны слабые, но чистые. Животъ ничего ненормальнаго не представляетъ. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны желудка ничего патологическаго не обнаружено. Состояніе почекъ нормальное. Половые органы также. Моча прозрачная, свѣтложелтаго цвѣта, осадковъ нѣтъ; бѣлка, сахару и индикана не обнаружено.

Таблица № XIII.

Періоды	Число и мѣсяцъ	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. грм.	Среднія числа		
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочеv. кисл.	Относительн. (въ 100 Ссм.)
I до приема воды	10/II	960	1,016	20	сл. кисл.	0,429	1608 Ссм. Уд. в. = 1,013 Т° = 20,4	0,451	0,028
	12/II	1200	1,015	20	кислая	0,545			
	13/II	1770	1,010	19	кислая	0,475			
	14/II	2160	1,013	21	кислая	0,508			
II во время приема воды	15/II	2620	1,009	20	кислая	0,387	2097 Ссм. Уд. в. = 1,010 Т° = 21,3	0,398	0,019
	16/II	1335	1,014	22	кислая	0,430			
	17/II	1215	1,015	21	кислая	0,383			
	Общ. колич.	11,260				3,157			
III послѣ приема воды	18/II	2200	1,012	22	сл. кисл.	0,362	1532 Ссм. Уд. в. = 1,012 Т° = 20,3	0,497	0,032
	19/II	2230	1,010	22	сл. кисл.	0,434			
	20/II	2960	1,009	22	сл. кисл.	0,318			
	21/II	2200	1,010	22	кислая	0,413			
	22/II	1890	1,011	21	кислая	0,431	1532 Ссм. Уд. в. = 1,012 Т° = 20,3	0,497	0,032
	23/II	1800	1,012	20	кислая	0,399			
	24/II	1400	1,015	20	кислая	0,432			
	Общ. колич.	14,680				2,789			
	25/II	1900	1,010	20	кислая	0,459			
	26/II	1360	1,011	19	кисл.	0,504			
	27/II	1625	1,011	20	кисл.	0,480			
	28/II	1830	1,010	19	сл. кисл.	0,443			
	1/III	1325	1,014	21	кисл.	0,507			
	2/III	1750	1,010	22	кисл.	0,552			
	3/III	935	1,018	21	кисл.	0,534			
	Общ. колич.	10,725				3,479			

Диагноз: Emphysema pulmonum et bronchitis chronica.

Какъ видно изъ приложенной таблицы, Contrexéville'-ская вода вызвала въ этомъ случаѣ обильный діурезъ. Количество же мочевой кислоты, какъ абсолютное, такъ и относительное уменьшилось.

14-й случай. А. К., 36 л., жалуется на боль въ подреберьяхъ, верхней половине живота и въ поясницѣ, а также на рвоты. Рвотные массы состоятъ изъ принятой пищи, и количество ихъ зависитъ отъ количества послѣдней. Далеѣ, жалобы на запоры, продолжающіеся 2—3 дня. Всѣ эти явленія начались 5 лѣтъ тому назадъ и продолжались все время со свѣтлыми промежутками, но въ послѣдній годъ они усилились въ значительной степени.

Больной — крестьянинъ, живетъ въ теплой и сухой квартирѣ. Пища его обыкновенно крестьянская: картофель, черный хлѣбъ, молоко, зелень и проч., мяса очень мало. Спиртныхъ напитковъ не употребляетъ. Пациентъ женатъ, имѣетъ 3-хъ дѣтей, выкидышей у жены не было. Работать физически не можетъ. На воздухъ бываетъ почти цѣлый день. Аппетитъ не особенно хорошъ, жажды нѣтъ. Языкъ нѣсколько обложенъ, губы нормально окрашены, полость рта и глотки ничего ненормального не представляетъ. Отрыжки и изжоги въ настоящее время нѣтъ, но были годъ тому назадъ; въ желудкѣ чувствуетъ постоянную тяжесть. Геморроидальныхъ шишекъ и кровотеченія изъ задняго прохода нѣтъ. Моча выдѣляется свободно безъ боли. Крови и осадковъ въ ней не замѣчено. Половая функція нормальна. Больной никогда не лихорадилъ, но замѣтилъ, что похудѣлъ. Сонъ вслѣдствіе желудочныхъ болей иногда неспокойный. Память хороша; настроеніе нѣсколько угнетенное. Головныхъ болей нѣтъ, нѣтъ и головокруженія.

Изъ анамнеза узнали, что отецъ больного умеръ отъ падучей болѣзни, мать отъ старости. Братья и сестры здоровы. Самъ больной до послѣдней болѣзни никогда ничѣмъ не хворалъ.

Объективное изслѣдованіе.

Пациентъ выше средняго роста, тѣлосложеніе хорошаго. Habitus нормальный. Тургоръ кожи нормальный, отековъ и рубцовъ нѣтъ, вены не расширены. Жировая кѣтчатка, мышцы и кости умеренно развиты. Органы зрѣнія, слуха и обонянія нормальны. Губы и полость рта, глотка и горло также вполнѣ нормальны. Грудная кѣтка хорошо развита, межреберныя пространства шириною въ палецъ, при ощупываніи болѣзненности нѣтъ. Изслѣдованіе легкихъ и сердца ничего ненормального не обнаружило. Животъ не вздутъ, брюшной прессъ напряженъ, при ощупываніи болѣзненности нѣтъ. Печень не прощупывается, не болѣзненна при объективномъ изслѣдованіи. Селезенка нормальна. Желудокъ при ощупываніи безболѣзненъ, слышится плесканіе, нижняя граница на одинъ палецъ ниже пупка. При изслѣдованіи желудочнаго сока найдены, кромѣ соляной, молочная и уксусная кислоты. Со стороны кишечника и задняго прохода ничего ненормального. Почки не прощупываются. Моча свѣтло-желтаго цвѣта, чиста; бѣлка, сахару, индикана не содержитъ.

Диагноз: Dilatatio ventriculi.

Въ виду избытка въ желудкѣ органическихъ кислотъ, пациенту назначена Contrexéville'-ская вода.

При описаніи случая № 7 мы подробно изложили, на основаніи мнѣній нѣкоторыхъ авторовъ, на сколько цѣлесообразно примѣненіе известковыхъ водъ, въ томъ числѣ и Contrexéville, при страданіяхъ желудка, сопровождаемыхъ обильнымъ образованіемъ въ немъ кислотъ.

Пациентъ К. пилъ нану воду въ продолженіе 7 дней по $\frac{3}{4}$ стакана 3 раза въ день. За такой короткій періодъ времени трудно было бы ожидать, чтобы больной значительно поправился, но онъ все таки во все время употребленія Contrexéville чувствовалъ нѣкоторое облегченіе. Назначая въ данномъ случаѣ искусственную воду, мы

могли убѣдиться въ томъ, что послѣдняя, по своему дѣйствию, почти нисколько не отличается отъ привозной натуральной.

15-й случай. Е. М., 56 лѣтъ, жалуется на боли и сильное колотье въ животъ, усиливающіяся во время ходьбы и послѣ пды, на отрыжку и изжогу, частые позывы къ рвотѣ и на запоры, продолжающіеся иногда до 5 дней.

Больная живетъ въ Юрьевѣ въ сухой мѣстности въ просторной и довольно сухой квартирѣ. Пища ея состоитъ преимущественно изъ молочнаго супа и мучной каши, мясо употребляетъ очень рѣдко. Пациентка вдова и занимается мытьемъ бѣлья. Лѣтомъ пребываетъ цѣлый день на воздухѣ, зимою только нѣсколько часовъ. Аппетитъ у больной не особенно хорошій, жажды не бываетъ. Во рту испытываетъ сухость и постоянный горькій вкусъ. Боли въ желудкѣ и запоры, продолжающіеся до 5 дней, при чемъ испражненіе послѣ этихъ запоровъ бываетъ почти чернаго цвѣта. Мочеиспусканіе бываетъ по временамъ болѣзненно и тогда въ мочѣ обыкновенно имѣется примѣсь крови. При скорой ходьбѣ у больной появляется одышка и сердцебиеніе. Кашля и мокроты нѣтъ. Въ послѣднее время больная исхудала и поблѣднѣла. Сильныя боли въ животѣ лишаютъ пациентку очень часто сна. Память хороша, душевное состояніе нѣсколько угнетенное. Головные боли очень рѣдки и если бываютъ, то обыкновенно въ затылкѣ и всегда одновременно съ болями въ крестцѣ. Головокруженія нѣтъ, иногда шумъ въ ушахъ. Особенно мучить больную постоянная боль въ крестцѣ, которая иногда переходитъ черезъ спину въ шею и затылокъ.

Анамнезъ. Отецъ пациентки умеръ отъ паралича сердца, мать, по всей вѣроятности, отъ чахотки; два брата здоровы, одинъ братъ умеръ на военной службѣ отъ чахотки. Въ дѣтствѣ пац. перенесла корь и скарлатину, а на 14. году оспу. На 46 году регулы стали болѣзненны, что продолжалось до 50-лѣтняго возраста, когда онѣ совсѣмъ прекратились. Съ

Таблица № XLV.

Среднія числа					
Періоды и мѣсяцы	Число болнч. Ссм.	Уд. в.	Т°	Равенія	Мочев. кист. грм.
I					
до приѣма воды					
Общ. болнч.	4.830				3.012
9/II	725	1,024	18	сл. кист.	0,506
10/II	800	1,027	18	сл. кист.	0,628
11/II	720	1,025	19	нейтральн.	0,449
12/II	975	1,024	20	нейтральн.	0,497
13/II	750	1,028	20	сл. кист.	0,386
14/II	865	1,027	18	сл. кист.	0,546
15/II					
II					
во время приѣма воды					
Общ. болнч.	8.810				4.087
17/II	1175	1,019	20	кисл.	0,660
18/II	1540	1,022	20	сл. кист.	0,624
19/II	1175	1,021	21	сл. щелочн.	0,560
20/II	1050	1,023	20	сл. щелочн.	0,483
21/II	1200	1,023	20	сл. щелочн.	0,532
22/II	1360	1,024	20	нейтральн.	0,639
23/II	1310	1,022	19	кисл.	0,589
Общ. болнч.	8.810				4.087
24/II	1200	1,021	20	нейтральн.	0,508
25/II	1400	1,023	17	сл. щелочн.	0,592
26/II	1550	1,023	18	сл. кист.	0,593
27/II	1550	1,018	19	сл. кист.	0,416
28/II	1300	1,022	19	кисл.	0,402
1/III	1250	1,024	20	сл. щелочн.	0,437
2/III	1125	1,024	20	сл. щелочн.	0,491
Общ. болнч.	9.375				3.439
III					
послѣ приѣма воды					
Общ. болнч.	9.375				3.439
Уд. в. = 1,022 Т° = 19					
1339 Ссм.	0,491				0,036

этихъ поръ у пациентки появились боли въ крестцѣ и животѣ и запоры, которые постоянно усиливались. 3 года тому назадъ у больной появились изжога, отрыжка и позывы къ рвотѣ.

Объективное излѣдованіе.

Больная высокаго роста, хорошаго тѣлосложенія. Кожа нормальнаго цвѣта. На нижнихъ оконечностяхъ varices. Подкожный слой, мускулатура и кости хорошо развиты. Зрѣніе и слухъ нормальны. Слизистая оболочка носа гиперемична, раковины припухли. Полости рта, глотки и горла ничего ненормальнаго не представляютъ. На шеѣ прощупываются лимфатическія желѣзы. Грудная кѣтка и ребра хорошо развиты. Типъ дыханія косто-абдоминальный. Оба легкія равномерно расширяются. Границы ихъ нормальны, дыханіе всюду везикулярное. Сердечные тоны чисты. Пульсъ полный, твердый. Arteria radialis и temporalis немного склеротичны. Животъ не вздутъ, брюшной прессъ немного ослабленъ. При пальпации живота прощупывается въ области aortae abdominalis не широкая, колбасовидная, легко подвижная, довольно твердой консистенціи, опухоль. Въ этой же области видна при наружномъ осмотрѣ пульсация. Печень прощупывается и болѣзненна. Селезенка нормальна. Лѣвая почка прощупывается и болѣзненна. Половые органы нормальны. Реакція мочи кислая; бѣлка, сахару, индикана въ мочѣ нѣтъ.

Диагнозъ: Gastritis chronica, Aneurysma aortae abdominalis.

Въ этомъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, назначена вода Contrexéville съ цѣлью уменьшить излишнюю кислотность желудка.

Обращая главное вниманіе на измѣненія подѣ влияніемъ Contr. свойствъ мочи, мы могли въ этомъ случаѣ констатировать во II-мъ періодѣ діурезъ, паденіе удѣльнаго вѣса и уменьшеніе количества мочевоы кислоты, какъ абсолютнаго, такъ и относительнаго.

Таблица №. XXV.

Періоды	Число п мѣсяцъ	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. грм.	Среднія числа		
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. кисл.	Относительн. %
I до приема воды	7/III	800	1,021	20	слабо кисл.	0,360	1038 Ссм. Уд. в. = 1,019 Т° = 19	0,417	0,040
	8/III	1040	1,021	18	сл. кисл.	0,367			
	9/III	1015	1,018	19	кисл.	0,300			
	10/III	1200	1,015	18	кисл.	0,343			
	11/III	1325	1,016	19	сл. кисл.	0,463			
	12/III	920	1,021	20	кисл.	0,332			
	13/III	970	1,022	19	кисл.	0,554			
	Общ. колич.	7,270				2,919			
II во время приема воды	14/III	950	1,024	19	кисл.	0,542	1202 Ссм. Уд. в. = 1,017 Т° = 19	0,365	0,030
	15/III	1230	1,020	18	кисл.	0,421			
	16/III	1310	1,012	18	кисл.	0,255			
	17/III	1250	1,016	20	кисл.	0,210			
	18/III	1150	1,015	19	кисл.	0,386			
	19/III	1050	1,020	19	кисл.	0,365			
	20/III	1475	1,014	20	кисл.	0,376			
	Общ. колич.	8,415				2,555			
III послѣ приема воды	21/III	1300	1,020	20	кисл.	0,507	1037 Ссм. Уд. в. = 1,020 Т° = 19,8	0,402	0,039
	22/III	960	1,021	19	кисл.	0,358			
	23/III	1520	1,010	20	кисл.	0,308			
	24/III	820	1,022	20	кисл.	0,424			
	25/III	960	1,022	20	кисл.	0,497			
	26/III	1000	1,022	20	кисл.	0,409			
	27/III	700	1,023	20	кисл.	0,315			
	Общ. колич.	7,260				2,818			

16-й случай. Э. С., 31 года, поступилъ въ клинику съ жалобами на боли въ груди, сильный кашель, одышку и усталость. Иногда появляется повидимому безъ всякой причины расстройство желудка. Кроме того съ давняго времени пациентъ страдаетъ отрыжками, изжогой, болями въ области пупка и сильными головными болями; послѣднія явленія усиливаются во время пды.

Условія и образъ жизни.

Больной живетъ въ сухой мѣстности, занимая сухое, деревянное помѣщеніе. Но онъ бываетъ дома только зимою, лѣтомъ же работаетъ на мызахъ, гдѣ ему приходится нерѣдко жить въ сырыхъ помѣщеніяхъ. Пива и водки уже второй годъ не пьетъ, прежде пилъ, но въ незначительномъ количествѣ. Прошлымъ лѣтомъ онъ пилъ три штофа сыраго молока въ день. Воды сырой не пьетъ. Пища его смѣшанная. Больной холостъ; по занятію печникъ. На воздухѣ, благодаря своей работѣ, бываетъ часто. Два года тому назадъ больной страстно курилъ: 50 папирсъ въ день, 10 ночью, также утромъ натошакъ.

Изъ разспроса о состояніи больного узнали, что аппетитъ его слабый, жажды нѣтъ. Особыхъ вкусовыхъ ощущеній не имѣетъ; послѣ ѣды бываютъ отрыжка и изжога. Стулъ былъ прежде правильный, послѣднее время частые поносы. Мочеиспусканіе безболѣзненно, осадка и крови больной въ мочѣ не замѣчалъ. Половые органы въ порядкѣ. Животъ по временамъ сильно вздутъ. Больной чувствуетъ давленіе въ груди, которое при кашлѣ переходитъ въ сильную боль. Въ сидячемъ положеніи давленіе въ груди меньше, чѣмъ при ходьбѣ и лежаніи. Больной кашляетъ, особенно по ночамъ и еще больше при сильныхъ движеніяхъ. Мокрота выдѣляется при кашлѣ въ обильномъ количествѣ. Сердцебиеніемъ не страдаетъ. Сонъ больного недостаточенъ по причинѣ кашля и одышки. Головныхъ болей и головокруженія не имѣетъ. Въ дѣтствѣ больной перенесъ корь и скарлатину. 15-ти лѣтъ боленъ оспой; 2 года тому назадъ заболѣлъ инфуэнцой, осложнившейся воспаленіемъ легкихъ, послѣ чего вскорѣ и явились настоящія жалобы, съ которыми поступилъ больной въ клинику.

Таблица № XVI.

Періоды	Число и мѣсяць	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. кисл. грам.	Среднія числа	
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. кисл.
I до приема воды	22/XII 98	2170	1,014	17	кисл.	0,874	1967 Ссм. Уд. в. = 1,016 Т° = 19,5	0,939 0,048
	23/XII	2125	1,015	19	кисл.	0,781		
	24/XII	1890	1,016	18	кисл.	1,188		
	25/XII	1795	1,015	19	кисл.	0,777		
	26/XII	2045	1,015	22	кисл.	1,189		
	27/XII	1860	1,014	19	кисл.	0,681		
	28/XII	1795	1,019	18	кисл.	1,076		
	29/XII	1430	1,023	21	кисл.	0,994		
	30/XII	2385	1,017	21	кисл.	1,271		
	31/XII	2175	1,017	21	кисл.	0,821		
Общ. колич.		19,670				9,353		
II во время приема воды	4/I 94	1920	1,016	20	щелочн.	0,748	1963 Ссм. Уд. в. = 1,013 Т° = 19,8	0,797 0,040
	5/I	2165	1,015	20	сл. щел.	0,712		
	6/I	1825	1,015	19	сл. кисл.	0,809		
	7/I	2210	1,011	18	сл. кисл.	0,729		
	8/I	2100	1,014	19	сл. щел.	0,931		
	9/I	2390	1,012	20	сл. кисл.	0,749		
	10/I	1535	1,010	20	сл. кисл.	0,626		
	11/I	1600	1,016	21	сл. кисл.	0,919		
	12/I	1760	1,014	20	сл. кисл.	0,753		
	13/I	2220	1,013	21	почти нейтр.	1,029		
Общ. колич.		19,635				7,967		
III послѣ приема воды	14/I	1730	1,015	21	почти нейтр.	0,848	1760 Ссм. Уд. в. = 1,015 Т° = 20,2	0,842 0,047
	15/I	1470	1,017	19	сл. кисл.	0,799		
	16/I	1550	1,017	19	сл. кисл.	0,770		
	17/I	2000	1,014	21	кисл.	0,833		
	18/I	2000	1,015	20	кисл.	1,048		
	19/I	1850	1,015	20	кисл.	0,857		
	20/I	1280	1,016	19	кисл.	0,830		
	21/I	1940	1,014	22	кисл.	0,945		
	22/I	1825	1,014	21	кисл.	0,772		
	23/I	2260	1,011	20	кисл.	0,728		
Общ. колич.		17,905				8,421		

Объективное исследование показало: больной выше среднего роста, не особенно крепкого телосложения, скелет хорошо развит. Цвет лица несколько бледный; на лице и груди знаки бывшей в юности оспы. Жировая клетчатка умеренно развита, мышцы вялы и слабы. Зрение и слух хороши. Нос, рот, глотка и горло нормальны. Грудная клетка симметрична, но грудь впалая, особенно fossae supraclaviculares; ощупывание груди болезненно. Межреберные пространства незначительны. Тип дыхания косто-абдоминальный, расширяемость легких уменьшена. При перкуссии на обоих fossae supra- et infraclavicularis небольшое притупление. Границы легких, как спереди так и сзади на обоих сторонах нормальны. При аускультации на обоих верхушках жесткое везикулярное дыхание и резкое удлинение выдоха. На левом легком по linea axillaris в нижних долях слышны мелкопузырчатые хрипы и плевритический шум трения, покрывающий совершенно inspirium; удлинение выдоха. Правое легкое по linea axillaris является нормальное везикулярное дыхание. Границы сердца нормальны; тоны чисты; пульс — 84 в минуту. Живот вздут, при ощупывании болезнен. Печень, селезенка нормальны; кишечник и anus также. Моча, соломенно-желтого цвета, выделяется безболезненно; сахара и белка нет.

Диагноз: *Phthisis pulmonum incipiens, gastritis chronica.*

Против хронического гастрита и обильного выделения мокроты больному назначена Contrexéville'ская вода, которую он пил в продолжение 10 дней. Исследование мочевой кислоты дало уменьшение количества последней во II-м и отчасти также в III-ем периоде. Что касается количества мочи, то оно осталось почти без всякого изменения во II-м и незначительно уменьшилось в III-ем периоде.

17-й случай. Больной Л., 35 л., поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, на боль под ложечкой, а также на головную боль, которая усиливается при кашле.

Больной, по занятию маляр, живет в сырой местности в сухом просторном помещении. Одевается тепло. Спиртных напитков не употребляет. Пища его смешанная. Аппетит пациента хорош. Язык не обложен, полости рта и глотки нормальны. Со стороны желудочно-кишечного тракта жалоб нет. Мочится 4 раза днем и 1 раз ночью, мочеиспускание безболезненно. Половые органы нормальны. Больной сильно кашляет, особенно по утрам. При кашле выделяется мокрота светложелтого цвета без запаха. Больной не худеет, спит спокойно. Головных болей и головокружения нет.

На 18 году своей жизни он перенес оспу, но с того времени до настоящей болезни ничем не страдал.

Объективное исследование.

Больной среднего роста, хорошего телосложения. Жировая клетчатка, мышцы и кости хорошо развиты. Органы зрения, слуха и обоняния нормальны. Во рту, глотке и горле ничего ненормального нет. На шею лимфатические железы не прощупываются. Грудная клетка хорошо развита, при ощупывании безболезненна. Тип дыхания косто-абдоминальный; обе половины груди дышат равномерно. При перкуссии на спине с правой стороны в области suprascapulara поближе к позвонкам притупление; на остальном правом и на всем левом легком как спереди, так и сзади повсюду нормальный легочный тон. Аускультация: в области описанного притупления свистящие хрипы, во всех остальных частях повсюду везикулярное дыхание. В мокроты бактерий не найдено. Сердце и сосуды нормальны. Пульс твердый, 80 в минуту. Форма живота нормальна. Печень и селезенка не прощупываются. Со стороны желудка и кишечника ничего ненормального нет. Почки не прощупываются. Половые органы здоровы. Моча кислой реакции, белка, сахара и индикана в ней нет.

Диагноз: *Bronchitis.*

О значении воды Contrexéville при лечении бронхита, сопровождающегося обильным выделением мокроты, мы уже имели случай говорить.

Нашъ больной употреблялъ эту воду въ продолженіе 10 дней. Количество мочевой кислоты при этомъ не уменьшилось, какъ въ большинствѣ другихъ случаевъ, а напротивъ, еще увеличилось. Но благодаря тому, что во время и послѣ употребленія воды послѣдовалъ сильный діурезъ, то процентное содержаніе мочевой кислоты въ мочѣ все таки оказалось меньше, нежели въ 1-мъ періодѣ.

18-й случай. Ю. К., 37 лѣтъ, жалуется на боль въ груди, кашель съ мокротою и одышку, особенно при ходьбѣ, да еще на головныя боли, отсутствіе аппетита и общую слабость.

Больной живетъ въ сухой мѣстности, но въ сырѣмъ каменномъ домѣ. Пища преимущественно мучная и растительная мясо кушаетъ рѣдко. Пациентъ ходосъ. По занятію рабочій. На воздухѣ бываетъ много. Курить мало.

Аппетитъ плохъ, жажды нѣтъ, ненормальныхъ ощущеній во рту пациентъ не имѣетъ. Иногда бываютъ отрывки и очень сильныя боли въ области желудка послѣ ѣды. Частые запоры; кровотеченія изъ задняго прохода нѣтъ. Мочится 3—5 разъ въ день безъ боли; осадковъ и крови въ мочѣ не замѣчалъ. Со стороны половыхъ органовъ жалобъ нѣтъ. Пациентъ чувствуетъ боли въ лѣвомъ боку, и страдаетъ иногда сердцебіеніемъ. Последнее появляется только при ходьбѣ и работѣ. По вечерамъ и ночью иногда лихорадитъ. Пациентъ худѣетъ и чувствуетъ упадокъ силъ. Сонъ довольно спокойный, иногда только прерывается приступами кашля. Расположеніе духа нѣсколько угнетенное. Головная боль бываетъ особенно по вечерамъ. Послѣ приступовъ кашля появляется головокруженіе. По ночамъ потѣетъ.

Анамнезъ. Родители больного умерли отъ старости. Единственная сестра его жива и здорова. Въ дѣтствѣ больной перенесъ скарлатину. Семь мѣсяцевъ тому назадъ появились у него кашель съ мокротою и боли въ лѣвой сторонѣ груди, тогда же показались и слѣды крови въ мокротѣ. Настоящаго haemoptoe никогда не было.

Таблица № XXII.

Периоды	Число и мѣсяцы	Коллич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакція	Мочев. к-та. грм.	Среднія числа			
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. к-ты. Абсолютное (въ 100 Ссм.) Относительное		
I до приема воды							Уд. в. = 1,024 Т° = 18,5	0,537	0,059	
Общ. колич.	9,070					907 Ссм.				
24/XII 83	650	1,025	19	кисл.	0,454	Суточн. колич. мочи				
25/XII	650	1,027	18	кисл.	0,476					
26/XII	1130	1,025	18	кисл.	0,541					
27/XII	510	1,026	18	кисл.	0,506					
28 XII	645	1,030	17	кисл.	0,428					
29/XII	800	1,029	18	кисл.	0,475					
30/XII	1620	1,023	18	кисл.	0,660					
31/XII	830	1,027	19	кисл.	0,654					
2 I 94	1225	1,025	21	кисл.	0,701					
3 I	610	1,027	19	кисл.	0,535					
Общ. колич.	9,070				5,370	Уд. в. = 1,024 Т° = 18,5	0,537	0,059		
II по время приема воды							Уд. в. = 1,020 Т° = 20,2	0,609	0,045	
Общ. колич.	13,610					1361 Ссм.				
4 I	900	1,017	18	кисл.	0,339	Суточн. колич. мочи				
5/I	1725	1,015	20	кисл.	0,408					
6/I	1810	1,013	20	кисл.	0,322					
7/I	1070	1,021	20	ст. кисл.	0,550					
8/I	875	1,024	20	кисл.	0,564					
9/I	1080	1,026	21	ст. кисл.	0,798					
10/I	1060	1,026	21	кисл.	0,662					
11/I	1080	1,024	20	ст. кисл.	0,682					
12/I	2085	1,020	22	кисл.	0,924					
13/I	1925	1,020	20	кисл.	0,840					
Общ. колич.	13,610				6,089		Уд. в. = 1,020 Т° = 20,2	0,609	0,045	
III послѣ приема воды							Уд. в. = 1,022 Т° = 20,4	0,650	0,046	
Общ. колич.	14,040									1404 Ссм.
14/I	750	1,029	20	ст. кисл.	0,514	Суточн. колич. мочи				
15/I	1400	1,026	20	ст. кисл.	0,865					
16 I	1590	1,018	20	кисл.	0,512					
17/I	1830	1,017	20	кисл.	0,577					
18/I	1050	1,024	20	кисл.	0,543					
19/I	850	1,025	20	ст. кисл.	0,411					
20/I	1560	1,016	20	кисл.	0,566					
21/I	1550	1,021	21	кисл.	0,781					
22/I	1830	1,020	21	кисл.	0,946					
23/I	1630	1,024	22	кисл.	0,788					
Общ. колич.	14,040				6,503		Уд. в. = 1,022 Т° = 20,4	0,650	0,046	

одышку; кашель сопровождается болью в нижней части груди и обильным выделением мокроты, иногда с примесью крови. По вечерам лихорадка, ночью поты. Больная замечает, что значительно похудела. Душевное состояние больной угнетенное, память слаба. Иногда во время работы у пациентки появляется головокружение. Частая головная боль, особенно в области лба, боли появляются также в спине, конечностях и плечевом сочленении. Органы чувств нормальны, кожа потлива.

Анамнез. Больная с самого детства отличалась не особенно хорошим здоровьем. 10 лет тому назад перенесла острую болезнь и с тех пор стала кашлять и состояние ее все больше и больше ухудшается.

Объективное исследование.

Больная среднего роста, слабого телосложения. Кожа бледна, дряблая; подкожный слой слабо развит, мускулатура дряблая; зрение хорошее, конъюнктивы бледны, зрачки нормальны, реагируют хорошо; слух нормален, носотечения нет. Слизистая оболочка носа бледна, раковины здоровы. Губы бледны, слегка цианотичны, миндалины и язычок нормальны. Шейные железы не увеличены. Грудная клетка несколько плоская, fossae supra- и infraclaviculares впады, межреберные пространства широки; грудная клетка при ощупывании болезненна. Тип дыхания косто-абдоминальный, дыхание поверхностное, расширяемость верхушек уменьшена. Границы легких нормальны. Перкуссия: в области foss. supracl. dextr. легкое притупление; на остальном протяжении правого легкого спереди — нормальный легочный тон. Выстукивание левой стороны груди не дает ничего ненормального. Тоже сзади. Аускультация. В области supracl. справа inspirium с бронхиальным оттенком, expirium ослаблено, влажные, мелкие и среднепузырчатые хрипы; на левом легком тоже самое, но слабее выражено.

Границы сердца нормальны, тоны чисты, слабы; puls слабый, правильный, мягкий, — 92 в минуту. При перкуссии и ощупывании живота — жалобы на боли около пупка. Печень — брюшным тифом. 2 1/2 месяца спустя после этого — ма-

Таблица № XIX.

Периоды	Число и месяцев	Колич. мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакция	Мочев. кист. грам.	Средние числа		
							Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. кист.	Относительн. (в 100 Ссм.)
I до приема воды	25/XII 93	1050	1,021	20	кисл.	0,599	1083 Ссм. Уд. в. = 1,023 Т° = 19,9	0,490	0,045
	26/XII	1455	1,015	21	кисл.	0,458			
	27/XII	1035	1,021	18	кисл.	0,364			
	28/XII	1205	1,024	19	кисл.	0,493			
	29/XII	750	1,028	18	кисл.	0,448			
	30/XII	1030	1,026	19	кисл.	0,633			
	31/XII	1160	1,026	17	кисл.	0,618			
	1 I 94	760	1,023	19	кисл.	0,362			
	2 I	980	1,025	19	кисл.	0,441			
	3 I	1405	1,020	21	кисл.	0,486			
Общ. колич.		10,830				4,902			
II по время приема воды	4 I	1830	1,015	20	кисл.	0,522	1472 Ссм. Уд. в. = 1,015 Т° = 20,7	0,441	0,0299 или 0,030
	5 I	1835	1,014	22	кисл.	0,505			
	6 I	1830	1,013	21	кисл.	0,319			
	7 I	1000	1,019	18	кисл.	0,487			
	8 I	1600	1,014	22	сл. кисл.	0,504			
	9 I	1040	1,016	19	сл. кисл.	0,340			
	10 I	1685	1,013	22	кисл.	0,435			
	11 I	1230	1,014	20	кисл.	0,330			
	12 I	1670	1,014	20	сл. кисл.	0,516			
	13 I	1000	1,021	23	сл. кисл.	0,456			
Общ. колич.		14,720				4,414			
III после приема воды	14 I	1315	1,016	22	кисл.	0,428	1303 Ссм. Уд. в. = 1,020 Т° = 20,5	0,521	0,040
	15 I	1115	1,021	21	кисл.	0,494			
	16 I	1730	1,015	21	сл. кисл.	0,488			
	17 I	1420	1,022	19	кисл.	0,615			
	18 I	1260	1,021	21	кисл.	0,554			
	19 I	1570	1,017	21	сл. кисл.	0,538			
	20 I	1350	1,022	20	кисл.	0,580			
	21 I	1125	1,024	20	кисл.	0,582			
	22 I	700	1,021	19	кисл.	0,390			
	23 I	1450	1,020	21	кисл.	0,531			
Общ. колич.		13,035				5,210			

и селезенка не прощупываются, желудокъ ничего ненормальнаго не представляетъ. Почки не прощупываются. Геморроидальныхъ шишекъ нѣтъ. Fluor albus. Желтокрасная моча кислой реакціи, бѣлка, сахара, индикана не содержитъ.

Диагнозъ: Phthisis pulm.

Пациенткѣ назначена Contrexéville'ская вода съ цѣлію уменьшить обильное отдѣленіе мокроты.

Приложенная таблица показываетъ, что во II-омъ періодѣ, т. е. когда пациентка пила воду, суточное количество мочи значительно увеличилось при одновременномъ пониженіи ея удѣльнаго вѣса, количество же мочевой кислоты, какъ абсолютное, такъ и относительное уменьшилось. Диурезъ наблюдался также въ III-емъ періодѣ, но абсолютное количество мочевой кислоты въ этомъ періодѣ снова повысилось и стало даже больше, нежели въ I-омъ періодѣ.

20-й случай Ф. Д. 39 л., жалуется на боль въ правомъ подреберьи и въ спину, въ области между 10 и 11 ребромъ. Боль эту пациентъ ощущаетъ уже лѣтъ 8, но за послѣдній мѣсяць она значительно усилилась.

Больной живетъ въ Юрьевѣ въ сухой мѣстности и сухой квартирѣ. Одѣвается сообразно съ временемъ года. Питается большею частью мучною пищею. Спиртныхъ напитков не употребляетъ. Жизнь ведетъ холостую. По занятію — городской; на воздухъ бываетъ много. Табаку не курить. Аппетитъ плохой, жажды нѣтъ. По временамъ бываетъ отрыжка и изжога, подъ ложечкой постоянная тупая боль. Испражненія только разъ въ 3 дни. Въ животѣ чувствуетъ боль, распространяющуюся отъ пупка книзу. Боль эта наступаетъ при падкахъ. Больной замѣчаетъ, что похудѣлъ и ослабъ. Другихъ жалобъ нѣтъ.

Анамнезъ: Отецъ, мать и братья больного живы и здоровы. Сестра 10 лѣтъ страдаетъ неизвѣстною ему болѣзнію. На 22-мъ году жизни пациентъ хворалъ цынгой, на 23 году

Таблица №. XX.

Періоды	Число и мѣсяць	Колич. мочи Ссм.	Уд. в. Т°	Реакція	Мочев. к-сл. grm.	Среднія числа	
						Суточн. колич. мочи	Суточн. колич. мочев. к-сл. Абсолютное Относительное въ 100 Ссм.)
I	28/XII 93	1625	1,015	кисл.	0,415	1537 Ссм. Уд. в. = 1,017 Т° = 19,2	0,520 0,034
	29/XII	1995	1,012	кисл.	0,553		
	30/XII	1750	1,014	кисл.	0,427		
	31/XII	1240	1,022	кисл.	0,408		
	1/1 94	1310	1,022	кисл.	0,673		
	2/1	1470	1,012	кисл.	0,405		
	3/1	1370	1,023	кисл.	0,754		
	Общ. колич.	10.760			3,635		
II	4/1	1330	1,023	кисл.	0,639	1594 Ссм. Уд. в. = 1,018 Т° = 20,5	0,600 0,037
	5/1	1330	1,019	кисл.	0,463		
	6/1	1350	1,018	кисл.	0,634		
	7/1	1330	1,017	сл. кисл.	0,602		
	8/1	1720	1,014	кисл.	0,427		
	9/1	1760	1,014	сл. кисл.	0,674		
	10/1	1290	1,020	кисл.	0,762		
	Общ. колич.	11.160			4,201		
	11/1	810	1,026	сл. кисл.	0,315		
	12/1	1275	1,019	сл. кисл.	0,458		
III	13/1	1870	1,014	кисл.	0,490	1418 Ссм. Уд. в. = 1,018 Т° = 20,2	0,507 0,036
	14/1	1400	1,019	кисл.	0,724		
	15/1	1360	1,013	кисл.	0,429		
	16/1	1370	1,023	кисл.	0,589		
	17/1	1840	1,015	кисл.	0,544		
	Общ. колич.	9.925			3,549		

лярією, отъ которой черезъ 3 мѣсяца оправился и былъ совершенно здоровъ въ продолженіе 7 лѣтъ. Восемь лѣтъ тому назадъ захворала упомянутыми болями въ животъ и спина.

Объективное изслѣдованіе.

Больной средняго роста, крѣпкаго тѣлосложенія; habitus нормальный. Кожа грязновато-желтаго цвѣта. Подкожная клетчатка, мышцы и кости хорошо развиты. Развитіе черепа нормальное. Конъюнктивы блѣдны, склера иктерична. Зрачки реагируютъ на свѣтъ нормально. Слухъ хорошъ. Слизистая оболочка носа блѣдна, риниты немного набухли. Слизистая оболочка губъ и десенъ блѣдна. Языкъ обложенъ. Глотка, горло и шея нормальны, грудная клетка хорошо развита. Изслѣдованіемъ легкихъ, сердца и сосудовъ ничего ненормальнаго не обнаружено. Животъ немного вздутъ, при ощупываніи — болѣзненность въ правомъ подреберьи. Прощупывается нижній край печени. Область желчнаго пузыря весьма чувствительна. Со стороны мочевого аппарата ничего патологическаго не найдено.

Диагноз: Cholelithiasis, Gastritis chronica.

Въ этомъ случаѣ было показаніе для употребленія Contrexéville, какъ со стороны хроническаго катарра желудка, такъ еще больше вслѣдствіе холелитіазиса, при которомъ эта вода, какъ мы уже упомянули, рекомендуется многими авторами. Состояніе больного, подъ вліяніемъ воды, дѣйствительно, нѣсколько улучшилось, что выражалось въ уменьшеніи числа припадковъ печеночной колики и въ томъ, что сами припадки стали слабѣе и не такъ мучительны, какъ раньше. Что касается измѣненій въ выдѣленіи мочевой кислоты, то объ этомъ см. приложенную таблицу.

21-й случай. Больной М. В., 70 лѣтъ, жалуется на сильный кашель съ обильнымъ выдѣленіемъ мокроты, на головокруженіе и астматическіе припадки во время сильныхъ приступовъ кашля и, наконецъ, на запоры, послѣ которыхъ иногда въ испраж-

неніи находится кровь. Запоры появились недавно, кашляетъ же онъ уже десятки лѣтъ.

Больной по ремеслу портной; живетъ въ сырой маленькой квартирѣ; питается хорошо, женатъ и имѣетъ 5 здоровыхъ дѣтей. Сонъ прерывается часто кашлемъ; но въ общемъ достаточенъ; аппетитъ хорошъ; отрыжки, изжоги, болей въ желудкѣ нѣтъ. Со стороны мочевыхъ и половыхъ органовъ жалобъ нѣтъ. Больной не лихорадитъ и не замѣчаетъ, чтобы исхудалъ; иногда потѣетъ ночью.

Анамнезъ. Въ молодости пациентъ перенесъ корь и перемежающуюся лихорадку. Въ послѣдующіе годы 3 раза болѣлъ воспаленіемъ легкихъ; послѣдній разъ 10 лѣтъ тому назадъ.

Объективное изслѣдованіе.

Пациентъ роста выше средняго; тѣлосложенія хорошаго; Habitus emphysematicus; кожа вялая, блѣдная; жировая клетчатка и мышцы редуцированы; слизистая оболочка губъ цианотична. Грудная клетка бочкообразной формы; болѣзненности при ощупываніи нигдѣ нѣтъ; при дыханіи Musculi accessorii напрягаются. Перкуссия легкихъ: границы спереди и сзади на палецъ ниже нормальнаго; повсюду гиперсонорный легочный тонъ; аускультация: всюду — слышны очень громкіе и обильные сухіе хрипы. Границы сердца сужены, сердечные тоны слабы, но чисты. Пульсъ мягкій; Art. temporalis и radialis сильно извилисты. При изслѣдованіи другихъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаружено.

Диагноз: Bronchitis chronica, Emphysema pulmonum.

Пациентъ пилъ Contrexéville въ продолженіе 7 дней. Уже въ первые дни употребленія воды наступилъ обильный діурезъ, продолжавшійся не только въ теченіи всего II-го періода, но и послѣ, когда приемъ воды былъ уже прекращенъ. Одновременно съ діурезомъ замѣчалось значительное паденіе удѣльнаго вѣса мочи и уменьшеніе количества выдѣляемой въ ней мочевой кислоты, какъ абсолютнаго, такъ и относительнаго.

Общие выводы.

Выше мы привели все те моменты, при которых происходит отложение в мочевых путях мочеислых осадков и конкрементов, и в общих чертах пытались объяснить, в каком направлении действует Contrexéville'ская вода вследствие своего содержания известковых и магниевых солей. Результаты, к которым привели мои опыты, бросают еще больший свет в эту темную область и еще больше объясняют то, что многие авторы констатировали только чисто эмпирически.

Разсматривая мои таблицы, можно видеть, что эти результаты сводятся в общем к следующему:

1) Среднее суточное количество мочи почти во всех случаях увеличивалось во время употребления Contrexéville'ской воды. У многих пациентов можно было тоже самое констатировать и в 3-ем периоде, т. е. после прекращения приема воды.

2) Одновременно с увеличением суточного количества мочи наблюдалось падение ее удельного веса, другими словами, моча становилась менее концентрированной.

3) Среднее абсолютное количество мочевой кислоты в большинстве случаев уменьшалось во время

Таблица № XXXI.

Периоды	Число и месяцев	Кол-во мочи Ссм.	Уд. в.	Т°	Реакция	Мочев. к-та. грм.	Средние числа		
							Суточн. кол-во мочи	Суточн. кол-во мочев. к-та	Относительн. (в 100 Ссм.)
I до приема воды									
Общ. кол-во.	12.170					4.040	1738 Ссм. Уд. в. = 1,018 Т° = 20	0,577 0,033	
27/II	1360	1,021	19	сл. к-та.	0,535				
28/II	1600	1,021	20	к-та.	0,656				
1/III	2170	1,015	21	сл. к-та.	0,576				
2/III	1945	1,017	20	почти нейтр.	0,523				
3/III	1800	1,017	23	сл. к-та.	0,599				
4/III	1625	1,018	19	сл. к-та.	0,579				
5/III	1670	1,019	19	почти нейтр.	0,572				
II во время приема воды									
Общ. кол-во.	16.220					3.294	2317 Ссм. Уд. в. = 1,015 Т° = 21	0,470 0,020	
6/III	2450	1,014	22	сл. к-та.	0,378				
8/III	3070	1,014	22	сл. к-та.	0,453				
9/III	2200	1,016	20	почти нейтр.	0,403				
10/III	1800	1,018	20	к-та.	0,556				
11/III	2100	1,017	22	к-та.	0,508				
12/III	2450	1,015	21	сл. к-та.	0,592				
13/III	2150	1,016	21	к-та.	0,404				
III после приема воды									
Общ. кол-во.	16.110					3,614	2301 Ссм. Уд. в. = 1,017 Т° = 21	0,516 0,022	
14/III	2900	1,012	21	сл. к-та.	0,448				
15/III	2300	1,018	21	нейтральн.	0,494				
16/III	2130	1,019	22	сл. к-та.	0,501				
17/III	2600	1,016	20	сл. к-та.	0,472				
18/III	1860	1,019	21	к-та.	0,512				
19/III	2620	1,015	20	к-та.	0,616				
20/III	1700	1,021	22	к-та.	0,571				

употребленія воды. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ это уменьшеніе констатировалось и въ послѣдующемъ періодѣ, когда приѣмъ воды былъ прекращенъ.

4) Относительное количество мочевой кислоты, вычисленное каждый разъ для 100 Сст. мочи, почти во всѣхъ случаяхъ оказывалось меньше во время употребленія воды сравнительно съ тѣмъ же количествомъ въ нормальномъ періодѣ. Въ нѣсколькихъ опытахъ это относительное уменьшеніе мочевой кислоты наблюдалось и послѣ приѣма воды. —

Всѣ эти результаты получились одинаково, какъ отъ натуральной, такъ и отъ искусственной воды, съ тою только разницей, что подъ вліяніемъ первой въ двухъ или трехъ случаяхъ замѣчался нѣсколько большій діурезъ.

Слѣдуетъ еще замѣтить, что въ нѣкоторыхъ опытахъ абсолютное уменьшеніе количества мочевой кислоты наступало только въ третьемъ періодѣ. Бывали и такіе случаи, въ которыхъ уменьшеніе среднихъ абсолютныхъ количествъ мочевой кислоты замѣчалось и во второмъ періодѣ, но въ третьемъ получались еще меньшія числа.

И такъ, главное, что мы видимъ изъ этихъ результатовъ, это — мочегонное дѣйствіе Contrexéville'ской воды и уменьшеніе абсолютнаго количества мочевой кислоты, которыя часто наблюдались во время употребленія этой воды, а иногда и послѣ. Какое значеніе имѣютъ эти два обстоятельства при лѣченіи литіазиса, мы отчасти уже говорили. Ясно, что и тогда, когда конкременты уже существуютъ, и тогда, когда есть только извѣстное предрасположеніе къ образованію послѣднихъ, — уменьшеніе количества мочевой кислоты одинаково принесетъ несомнѣнную пользу. Въ одномъ случаѣ меньше

будутъ отлагаться новые кристаллы, и конкременты не будутъ увеличиваться, а въ другомъ — уменьшатся шансы, вообще, къ образованію осадковъ. Съ другой стороны вызываемый водой Contrexéville обильный притокъ жидкости, вымывая весь мочевой аппаратъ, вынося наружу не только различные бродильные элементы, если таковые туда попали, но и успѣвшій уже отложиться песокъ, въ неменьшей степени содѣйствуетъ терапевтическому эффекту, который получается при употребленіи этой воды. Уменьшеніе подъ вліяніемъ ея концентраціи мочи и уменьшеніе процентнаго содержанія въ мочѣ мочевой кислоты, какъ мы послѣ увидимъ, также играютъ немаловажную роль. Но есть еще одинъ факторъ, о которомъ я хочу прежде всего поговорить и который важнѣе, нежели всѣ перечисленные моменты. Это, именно, *способность самой мочи подъ вліяніемъ Contrexéville растворять мочевую кислоту*, на что впервые указалъ L. Lehmann³³⁾.

Эта способность, приобретаемая мочею и подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ другихъ минеральныхъ водъ, — способность, благодаря которой совершенно справедливо говорить о мочѣ, какъ объ „urina medicata“, была нѣкоторыми авторами извѣстна еще раньше. Какъ мы читаемъ у Seydela⁷⁴⁾, два англичанина Colborne и Falconer первые пробовали растворять мочевые камни въ мочѣ лицъ, употреблявшихъ извѣстную углекислую щелочную воду, имѣющую большое сходство съ водою Виши, при чемъ нашли, что камни, дѣйствительно, теряли часть своего вѣса. Springfield сдѣлалъ тотъ же опытъ съ Карлсбадской водой и нашелъ, что камень, пролежавшій въ urina medicata впродолженіе 20 дней, сталъ легче на 14 гранъ, между тѣмъ какъ другой камень въ обыкно-

венной мочѣ сдѣлался тяжелѣе въ тотъ же промежутокъ времени на 3 грана. Seydel экспериментировалъ надъ водою Виши и припелъ къ тѣмъ же результатамъ. Все это были отдѣльные опыты, мало обращающіе на себя вниманіе, и вопросомъ объ *urina medicata* долгое время совершенно не интересовались.

Но вотъ въ 1886-омъ году Pfeiffer⁵⁵⁾ на конгрессѣ въ Висбаденѣ снова поднялъ этотъ вопросъ и далъ толчекъ цѣлому ряду новыхъ изслѣдованій, благодаря своему извѣстному опыту съ фильтромъ, которымъ ему удалось наглядно доказать, что подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ минеральныхъ водъ моча, дѣйствительно, получаетъ способность растворять мочевую кислоту. Этотъ опытъ состоитъ въ томъ, что черезъ тщательно высушенный и взвѣшенный двойной фильтръ, содержащій опредѣленное количество химически чистой мочевой кислоты, фильтруется сначала обыкновенная моча, а потомъ такъ называемая *urina medicata*. При этомъ оказывается, что въ первомъ случаѣ всѣъ фильтра обыкновенно увеличивается, во второмъ, напротивъ, уменьшается. Этотъ опытъ показываетъ, по мнѣнію Pfeiffer'a, съ одной стороны, что если гдѣ-ниб. въ мочевыхъ путяхъ находится осадокъ мочевой кислоты, то и нормальная моча, не содержащая даже въ избыткѣ мочевой кислоты, можетъ способствовать образованію большого камня, отдавая постоянно часть своей мочевой кислоты; съ другой же стороны подъ вліяніемъ извѣстныхъ минеральныхъ водъ, моча, напротивъ, находя гдѣ-ниб. скопленіе мочевой кислоты, будетъ постоянно растворять въ себѣ часть послѣдней и уносить съ собою наружу, отчего и зависитъ терапевтическій эффектъ данныхъ водъ. Pfeiffer производилъ цѣлый рядъ опытовъ

надъ водами Висбадена, Карлсбада, содержащей углекислый литій искусственной водою Струве и Fachingen'скою водою. Результаты, которые онъ нашелъ, состоятъ въ томъ, что всѣ названныя воды сообщаютъ мочѣ способность растворять мочевую кислоту, но не въ одинаковой степени. Лучше всѣхъ въ этомъ отношеніи оказались воды карлсбадская и Fachingen'ская. Но растворяющая способность сохранялась мочею только во время употребленія водъ, по прекращеніи же послѣдняго, количество мочевой кислоты на фильтрѣ тотчасъ же, въ большинствѣ случаевъ на слѣдующій же день, значительно увеличивалось. Исключеніе въ этомъ отношеніи составляла только Fachingen'ская вода, которую поэтому Pfeiffer рекомендуетъ при литіазисѣ преимущественно передъ всѣми остальными вышеупомянутыми водами, считая послѣднія полезными только во время ихъ употребленія, между тѣмъ какъ вслѣдъ за этимъ можетъ наступить даже ухудшеніе болѣзни.

Karl Frickhinger⁵⁶⁾ повторилъ опыты Pfeiffer'a надъ дѣйствіемъ специально Fachingen'ской воды и также могъ констатировать, что моча подъ вліяніемъ этой воды получаетъ способность растворять мочевую кислоту, — способность, которая, впрочемъ, сейчасъ же исчезаетъ, какъ только прекращается приемъ воды. Въ послѣднемъ, значить, результаты Frickhinger'a нѣсколько расходятся съ результатами Pfeiffer'a, нашего, что подъ вліяніемъ Fachingen'a моча сохраняетъ свое растворяющее дѣйствіе и нѣкоторое время послѣ того, какъ вода уже больше не принимается. — Опыты Pfeiffer'a надъ раствореніемъ мочевой кислоты были также повторены и еще значительно расширены

Posner'омъ и Goldenberg'омъ⁷⁷⁾, которые изслѣдовали въ этомъ направленіи цѣлый рядъ минеральныхъ водъ (Fachingen, Vals, Vichy, Salzbrunn и др.) и пришли къ тѣмъ же результатамъ, что и Pfeiffer. Но всѣ воды, надъ которыми экспериментировали названные авторы, принадлежать къ группѣ щелочныхъ водъ. Интересно было узнать, какъ въ этомъ отношеніи дѣйствуютъ известковыя воды — вопросъ, которымъ занялся L. Lehmann³³⁾, выбравшій для своихъ опытовъ воды Wildungen'a и Contrexéville. Въ опытѣ съ Вильдунгенской водой результатъ получился положительный, т. е. ясно констатировалась способность мочи растворять подъ вліяніемъ этой воды мочевую кислоту. Опыты же съ Contrexéville дали въ одномъ случаѣ положительный, въ другомъ — отрицательный результатъ. Въ виду такихъ противоположныхъ результатовъ, Lehmann произвелъ еще опыты надъ дѣйствіемъ чистой углекислой извести и углекислой магнезій, т. е. тѣхъ солей, которыя, главнымъ образомъ, входятъ въ составъ Contrexéville'ской воды. При этомъ оказалось, что подъ вліяніемъ этихъ солей моча во всѣхъ случаяхъ получаетъ способность растворять мочевую кислоту. Другое, что при этихъ опытахъ наблюдалось, — это, именно, продолжительность дѣйствія извести, подъ вліяніемъ которой растворяющая способность мочи сохранялась еще и послѣ, въ отличіе отъ дѣйствія магнезій, съ прекращеніемъ пріема которой фильтръ на слѣдующій же день снова увеличивался въ вѣсѣ.

Уже въ виду этихъ результатовъ, полученныхъ L. Lehmann'омъ по отношенію къ земельнымъ солямъ, мы вправѣ предполагать, что хотя въ одномъ случаѣ

послѣдній при опытахъ съ Contrexéville получилъ отрицательный результатъ, однако эта вода дѣйствуетъ въ смыслѣ Pfeiffer'a, т. е. сообщаетъ мочѣ способность растворять мочевую кислоту, тѣмъ болѣе, что въ другомъ случаѣ получился положительный результатъ и такой же результатъ получился для Wildungen'a, принадлежащаго къ той же группѣ известковыхъ водъ. Но чтобы въ этомъ еще болѣе убѣдиться, я рѣшилъ повторить опытъ Lehmann'a. Для этого я взялъ три фильтра, содержавшихъ каждый извѣстное количество мочевой кислоты и профильтровалъ черезъ нихъ по 200 ссм. три сорта тщательно собранной впродолженіе 24 часовъ мочи: свою собственную (№ 3), мочу товарища Б. (№ 2) и мочу одного паціента, который ко времени моего опыта уже 10 дней пилъ Contrexéville (№ 1). Для того, чтобы слишкомъ быстрое фильтрованіе не увлекло за собою частицы находившихся на фильтрѣ кристалловъ мочевой кислоты, каждая моча фильтровалась изъ біуреты, снабженной краномъ, по каплямъ. Фильтры же вмѣстѣ съ содержавшейся на нихъ мочевой кислотой предварительно высушивались до постоянного вѣса и потомъ взвѣшивались какъ до, такъ и послѣ фильтраціи. Приготовленіе и взвѣшиваніе фильтровъ производилъ магистръ фармаціи фанъ-деръ Фелленъ, который, вообще, много помогъ мнѣ въ производствѣ описываемаго опыта, за что я считаю своимъ пріятнымъ долгомъ выразить ему свою благодарность.

Мой опытъ нѣсколько отличается отъ опытовъ вышеупомянутыхъ авторовъ тѣмъ, что моча бралась мною не отъ одного и того же лица въ различные періоды, а отъ нѣсколькихъ лицъ, поставленныхъ въ различныя условія.

Я при этомъ разсуждалъ такъ: изъ всѣхъ трехъ экземпляровъ мочи та, которая уменьшитъ вѣсъ фильтра, и будетъ *urina medicata*, а если ея окажется только одна и именно та моча, которая принадлежит лицу, употреблявшему въ то время *Contrexéville*, то ясно, что это будетъ явленіе не случайное, а что подъ вліяніемъ *Contrexéville* моча, дѣйствительно, приобретаетъ способность растворять мочевую кислоту. Это на самомъ дѣлѣ и подтвердилось, какъ видно изъ помѣщенной ниже таблицы:

Экземпляр мочи.	Суточн. кол. мочи въ Сем.	Уд. в	Т°.	Реакція.	Увеличеніе (+) или уменьшеніе (—) вѣса фильтра послѣ опыта.
№ 1	3200	1,015	19	кисл.	— 0,0620
№ 2	1650	1,022	18	почти нейтр.	+ 0,1290
№ 3	1320	1,024	19	кисл.	+ 0,1670

И такъ, моча № 1, т. е. та моча, которая получилась отъ лица во время опыта пивнаго *Contrexéville*, оказалась тою, которая уменьшила вѣсъ фильтра. Другіе же сорта мочи, напротивъ, увеличили этотъ вѣсъ, особенно моча № 3, принадлежащая автору и которая, кстати замѣтить, показываетъ часто обильный седиментъ изъ уратовъ. Этотъ опытъ еще больше убѣдилъ меня въ томъ, что растворимость мочевой кислоты въ мочѣ, какъ таковой, подъ вліяніемъ *Contrexéville* болѣе чѣмъ вѣроятна. Но, спрашивается, чѣмъ это объяснить?

Относительно щелочныхъ минеральныхъ водъ полагаютъ (*Pfeiffer, Frickhinger* и др.), что вмѣстѣ

съ водою переходятъ въ мочу углекислыя щелочи, которыя вступаютъ съ мочевою кислотою въ химическое соединеніе и образуютъ растворимыя соли послѣдней. Объ известковыхъ водахъ, къ которымъ принадлежитъ *Contrexéville*, того же самого сказать нельзя, такъ какъ соединеніе земель съ мочевою кислотою, если даже таковое происходитъ, есть соединеніе нерастворимое. Да и относительно щелочныхъ водъ еще большой вопросъ, такъ ли оно на самомъ дѣлѣ, какъ упомянутые авторы объясняютъ. Свои сужденія основываютъ главнымъ образомъ на томъ фактѣ, что, какъ доказалъ *Hoppe-Seyler*⁷⁵⁾, принимаемая черезъ желудокъ углекислыя щелочи переходятъ въ мочу въ неизмѣненномъ видѣ, и, такимъ образомъ, есть возможность соединенія щелочей съ мочевою кислотою. Но если эти соли не претерпѣваютъ измѣненія даже въ желудкѣ, гдѣ встрѣчаютъ столь сильную кислоту, какъ соляная, то какимъ образомъ, спрашивается, онѣ могутъ разлагаться на фильтрѣ подъ вліяніемъ болѣе слабой мочевой кислоты? Кромѣ того, мнѣ непонятно еще одно обстоятельство: для того, чтобы кристаллы мочевой кислоты могли входить въ химическое соединеніе съ другими солями мочи, въ данномъ случаѣ съ углекислыми щелочами, необходимо, чтобы эти кристаллы прежде всего были растворены въ мочѣ — иначе же не можетъ происходить химическая реакція, — а между тѣмъ вся рѣчь идетъ, именно, о томъ, растворяетъ ли моча при извѣстныхъ условіяхъ находящіеся на фильтрѣ (или, что все равно, въ мочевыхъ путяхъ) кристаллы мочевой кислоты.

Но мы тутъ имѣемъ дѣло совершенно съ другимъ моментомъ. Не въ томъ, что подъ вліяніемъ извѣстныхъ минеральныхъ водъ моча получаетъ тѣ или дру-

гія соли вся суть, а въ томъ, что *подъ вліяніемъ этихъ водъ измѣняется процентное содержаніе въ ней мочево́й кислоты*. Ясно, что такъ какъ моча можетъ держать въ растворенномъ состояніи только опредѣленное количество мочево́й кислоты, то всякій излишекъ послѣдней, превышающій это количество, поведетъ къ образованію осадковъ. Наоборотъ, если моча станетъ бѣднѣе содержаніемъ мочево́й кислоты, то она получитъ возможность растворять въ себѣ еще нѣкоторое количество послѣдней.

Если посмотрѣть на мои таблицы, то можно убѣдиться въ томъ, что почти во всѣхъ случаяхъ во второмъ періодѣ, т. е. тогда, когда пациенты пили Contrexéville, а иногда еще и послѣ, моча ихъ становилась *въ отношеніи содержанія мочево́й кислоты разжиженной*, и не удивительно поэтому, если она, проходя черезъ фильтръ, содержащій кристаллы мочево́й кислоты, приобретаетъ способность нѣкоторую часть ихъ растворять въ себѣ. То же самое, конечно, будетъ, если такая разжиженная моча встрѣтитъ кристаллы мочево́й кислоты гдѣ-ниб. въ мочево́хъ путяхъ: она ихъ будетъ растворять и уносить съ собою наружу. Уменьшеніе абсолютнаго количества мочево́й кислоты играетъ при этомъ менѣе важную роль, такъ какъ можетъ быть такой случай, что одновременно съ уменьшеніемъ абсолютнаго количества мочево́й кислоты значительно уменьшится выдѣленіе мочи — тогда, конечно, моча можетъ сдѣлаться насыщенной мочевою кислотою и не въ состояніи будетъ растворять въ себѣ новыя количества послѣдней. Это обстоятельство, по моему, нужно всегда имѣть въ виду, когда говорятъ о значеніи уменьшенія абсолютнаго количества мочево́й кислоты подъ вліяніемъ той или другой минеральной воды при лѣченіи

почечнаго литіазиса. Только при одновременномъ діурезѣ, какъ мы это наблюдали при употребленіи Contrexéville'ской воды, или если количество выдѣляемой мочи, по крайней мѣрѣ, не уменьшается, только тогда названный моментъ, дѣйствительно, важенъ. Но тогда это опять сводится къ тому же, на что мы раньше указали, а именно: *къ уменьшенію относительнаго содержанія мочево́й кислоты въ мочѣ*. —

Уменьшеніе степени концентраціи мочи подъ вліяніемъ Contrexéville — еще одинъ моментъ, замѣченный нами при нашихъ изслѣдованіяхъ. Почти во всѣхъ случаяхъ удѣльный вѣсъ мочи оказывался во 2-мъ періодѣ, когда пациенты пили воду, ниже, нежели въ 1-мъ, нормальномъ періодѣ. Важность этого момента для растворенія мочево́й кислоты признается почти всѣми авторами: проф. Васильевымъ, Posner'омъ и Goldenberg'омъ, Carl v. Noorden'омъ и др. По мнѣнію M. Mendelsohn'a, разжиженность мочи, выражающаяся въ пониженіи удѣльнаго вѣса, уже сама по себѣ способствуетъ растворенію мочево́й кислоты. Онъ это доказалъ тѣмъ, что если продѣлать опытъ Pfeiffer'a сначала съ опредѣленнымъ количествомъ мочи, имѣющей способность растворять мочевою кислоту, а потомъ повторить этотъ опытъ съ тѣмъ же количествомъ, только на половину разбавленнымъ дистиллированной водою, то во второмъ случаѣ вѣсъ фильтра оказывается значительно меньше, нежели въ первый разъ. Этотъ опытъ авторъ еще видоизмѣнилъ тѣмъ, что оставляя прежнее количество мочи цѣликомъ, онъ къ нему прибавилъ равное количество дистиллированной воды и пропускалъ черезъ фильтръ полученное такимъ образомъ двойное количество жидкости,

содержащее все прежнее количество мочи. При этомъ снова оказалось, что мочеваа кислота на фильтрѣ растворялась въ такомъ большомъ количествѣ, что этого никоимъ образомъ нельзя было отнести на счетъ прибавленной воды, которая, какъ извѣстно, очень мало растворяетъ послѣднюю (1 часть мочевоа кислоты, по Hoppe-Seyler'y, растворяется въ 14000 частяхъ холодной и 1800 частяхъ горячей воды). Изъ этихъ опытовъ мы видимъ, какое важное значеніе на ряду со многими другими факторами имѣетъ и разжиженность мочи. Самъ Mendelsohn выражается по этому поводу слѣдующимъ образомъ: «Среди всѣхъ средствъ, употребляемыхъ при лѣченіи мочекислаго діатеза, минеральныя воды всегда будутъ занимать видное мѣсто уже по тому одному, что дѣлая мочу болѣе разжиженной, вслѣдствіе чего послѣдняя пріобрѣтаетъ еще болѣшую способность растворять мочевою кислоту, онѣ со ipso созидаютъ одинъ изъ наиболѣе важныхъ и необходимыхъ моментовъ лѣченія.»

И такъ, при лѣченіи мочекислаго литіазиса, особенно мѣстнаго происхожденія, центръ тяжести дѣйствія Contrexéville, какъ мы доказали на основаніи полученныхъ нами результатовъ, находится главнымъ образомъ *въ измѣненіи характера и свойствъ самой мочи*, благодаря чему послѣдняя пріобрѣтаетъ новое свойство, а именно: способность растворять въ себѣ больше, чѣмъ обыкновенно, мочевою кислоту. Этимъ сразу достигаются не одна, а двѣ цѣли. Съ одной стороны, благодаря только что сказанному свойству, моча будетъ въ состояніи постепенно растворять въ себѣ и уносить наружу находящіеся уже въ мочевыхъ путяхъ мочекислые осадки, а съ другой стороны, благодаря тому же свойству мочи, будетъ исклю-

чена возможность дальнѣйшаго наростанія кристалловъ мочевоа кислоты и образованія новыхъ осадковъ. Изъ послѣдняго видно, что и въ *профилактическомъ* отношеніи вода Contrexéville также можетъ оказаться очень полезной. Къ этому присоединяется еще то важное обстоятельство, что дѣйствіе этой воды, какъ мы выше уже упомянули, бываетъ болѣе или менѣе продолжительно, такъ что ей нельзя даже сдѣлать того упрека, который Pfeiffer дѣлаетъ по отношенію къ водамъ Висбаденской, Карлсбадской и др., также употребляемымъ при литіазисѣ. Слѣдуетъ замѣтить, что описанныхъ результатовъ, т. е. уменьшенія количества мочевоа кислоты, какъ абсолютнаго, такъ и относительнаго, діуреза и т. д., я достигалъ сравнительно небольшими количествами Contrexéville'ской воды. Кромѣ того, мы должны подчеркнуть еще одинъ фактъ, на нашъ взглядъ заслуживающій большаго вниманія. Въ то время, какъ щелочныя воды не могутъ быть долго употребляемы безъ вреда для организма (Trousseau), известковыя воды хорошо переносятся организмомъ, конечно въ небольшихъ количествахъ, даже въ продолженіе долгаго времени, какъ это видно изъ приведеннаго Томсономъ случая Гораса Вальполя, который, съ цѣлю излѣченія отъ камня мочевоа пузыря, въ продолженіе восьми лѣтъ съ небольшими перерывами выпивалъ ежедневно по 3 кружки известковоа воды. Такое преимущество известковыхъ водъ передъ щелочными важно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дѣло съ конституціональноа формой литіазиса. Тутъ щелочныя воды, дѣйствующія только симптоматически, неумѣстны. Если онѣ и растворяютъ конкременты, какъ это доказалъ Pfeiffer и др., но онѣ нисколько не вліяютъ на тѣ моменты, которые служатъ

причиной образованія мочекишлыхъ осадковъ. Между тѣмъ известковыя воды, «дѣйствуя — по словамъ проф. Васильева⁶⁶⁾ — прямо на причину болѣзни, мѣшая распаденію бѣлка въ самой клѣточкѣ и тѣмъ самымъ уменьшая образованіе и содержаніе мочевоѣ кислоты въ лимфѣ и мочѣ», скорѣе ведутъ къ цѣли въ смыслѣ гарантірованія организма отъ образованія новыхъ конкрементовъ. Но для этого онѣ должны быть принимаемы въ продолженіе болѣе или менѣе долгаго времени, и я полагаю, что какъ бы дѣйствіе Contrexéville у самогó источника ни было прекрасно, какъ это увѣряютъ всѣ авторы, однако одинъ или два сезона лѣченія этоѣ водою врядъ ли могутъ предохранить страдающихъ литіазисомъ отъ рецидивовъ. Для такихъ больныхъ, вмѣсто того, чтобы пить у самогó источника 3—4 нѣдели по 20 стакановъ въ день, важнѣе, по моему, употреблять эту воду у себя на дому въ продолженіе долгаго времени и въ небольшихъ количествахъ, приблизительно по $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ стакана три раза въ день, какъ мы это давали нашимъ больнымъ при производствѣ описанныхъ опытовъ. Мы рѣшаемся высказать эту мысль тѣмъ болѣе, что нашими изслѣдованіями удалось намъ доказать, что вліяніе Contrexéville на измѣненіе характера и свойствъ мочи въ смыслѣ, благопріятномъ для растворенія мочевоѣ кислоты, наступаетъ и отъ небольшихъ количествъ воды.

Въ заключеніе еще нѣсколько словъ о томъ, можно ли въ такомъ случаѣ привозную натуральную воду замѣнить искусственною. Ясно, что употреблять натуральную Contrexéville'скую воду долгое время, какъ мы этого требуемъ, многимъ невозможно въ силу чисто матеріальныхъ условій. А такъ какъ всѣ авторы, восхваляющіе терапевтическій эффектъ Contrexéville, изучили его только

на натуральной водѣ, то спрашивается, можетъ ли искусственная вода, содержащая тѣ же составныя части и въ такой же пропорціи, какъ и послѣдняя, вызвать тотъ же эффектъ. Этотъ вопросъ важенъ не только въ практическомъ отношеніи, но имѣетъ также большой научный интересъ. Какъ это ни кажется страннымъ, но до сихъ поръ еще есть не мало ученыхъ, нерѣдко весьма выдающихся и авторитетныхъ, которые не могутъ отрѣшиться отъ вѣры въ какое-то специфическое, ничѣмъ необъяснимое, дѣйствіе натуральныхъ источниковъ. Не умѣя объяснить, въ чемъ, собственно, это «специфическое» дѣйствіе состоитъ, они обыкновенно отдѣляются общими фразами, въ родѣ «особаго молекулярнаго состоянія», въ которомъ цѣлебныя вещества находятся (Томсонъ), «невѣдомыхъ, подземныхъ силъ» и . . . даже «подземнаго духа» (Quellengeist) и. т. д. Читая различныя бальнеологіи, поражаешься тѣмъ различіемъ мнѣній, иногда диаметрально противоположныхъ, которое встрѣчаешь на каждомъ шагѣ. Съ одной стороны полный скептицизмъ и отрицаніе всякаго цѣлебнаго дѣйствія минеральныхъ источниковъ, съ другой стороны признаніе за ними какой-то таинственной силы, имъ только однимъ присущей, чему даже и подражать нельзя. Послѣднее мнѣніе, впрочемъ, въ то время, какъ оно раньше было господствующимъ, раздается теперь очень рѣдко и уступаетъ мѣсто болѣе трезвымъ взглядамъ, по которымъ все сводится къ тому или другому химическому анализу составныхъ частей данной минеральной воды и содержанію въ ней извѣстныхъ солей, которыми то или другое терапевтическое дѣйствіе обусловливается. На минеральную воду смотритъ теперь большинство бальнеологовъ, какъ на про-

стой химическій растворъ тѣхъ или другихъ солей, и дѣйствіе воды опредѣляется главнымъ образомъ дѣйстви-емъ тѣхъ изъ послѣднихъ, которыя встрѣчаются въ ней въ наибольшихъ количествахъ. Но если это такъ, то отчего нельзя ожидать того же дѣйствія, когда данный растворъ будетъ приготовленъ искусственно, химическимъ путемъ! Вѣдь ни одинъ врачъ, напр., не сомнѣвается въ дѣйствіи искусственной карлсбадской соли — отчего же не допустить, что подобное же дѣйствіе будетъ имѣть растворъ этой соли или, другими словами, искусственная карлсбадская вода?

Въ этомъ смыслѣ высказывается проф. Здекауеръ въ своей брошюрѣ объ искусственныхъ минеральныхъ водахъ. Вотъ что онъ говоритъ: «о дѣйствіи минеральной воды всего опредѣлительнѣе можемъ судить по ея составу, и намъ кажется, что даже и въ этомъ смыслѣ назначеніе къ употребленію внутрь искусственной минеральной воды часто имѣетъ болѣе прочное основаніе, чѣмъ назначеніе привозной.» Конечно, если лѣченіе минеральной водою производится у самого источника, то никто не сомнѣвается въ томъ, что это лучше всего, но не потому, чтобы натуральный источникъ обладалъ какими-то сверхъестественными силами, а просто потому, что при этомъ есть въ наличности, кромѣ воды, еще много другихъ факторовъ, благотворно вліяющихъ на пациента: послѣдній на время удаляется отъ своей обычной жизни, старается всячески забыть про всѣ свои житейскія невзгоды и заботы, много ухаживаетъ за собою, ведетъ во все время сезона правильный образъ жизни, къ тому еще лучше обставленъ гигиенически — все это вмѣстѣ взятое, естественно, должно отразиться въ высшей степени благо-

творно на здоровьи пациента. Роль воды въ этомъ случаѣ ограничивается тѣмъ, что она служитъ только, какъ извѣстное лѣкарство, и какъ таковое, она, собственно, могла бы обнаруживать свое дѣйствіе и вдали отъ источника. Но вслѣдствіе транспорта она является не въ свѣжемъ видѣ, претерпѣвая нѣкоторыя измѣненія, теряя часть своей угольной кислоты или даже подвергаясь нѣкоторому разложенію вслѣдствіе того, что при разливкѣ въ бутылки, какъ бы она тщательно ни производилась, въ послѣднія попадаетъ атмосферный воздухъ, а вмѣстѣ съ нимъ и органическія вещества. Такимъ образомъ, когда приходится пить минеральную воду не у самогo источника, то еще большой вопросъ, какая вода лучше: привозная натуральная или искусственная. Если послѣдняя приготовлена тщательно и химически чисто, разъ она содержитъ тѣ же составныя части, что и первая, да къ тому еще можетъ быть доставлена во всякое время въ свѣжемъ видѣ, то нѣтъ никакого основанія отдавать привозной натуральной водѣ предпочтеніе, какъ это почему-то до сихъ поръ еще принято почти большинствомъ врачей. Видно, наивная вѣра въ таинственную силу натуральной воды, хотя бы и привозной, еще не успѣла окончательно исчезнуть.

Въ отношеніи къ Contrexéville'ской водѣ вопросъ о выборѣ между привозной натуральной и искусственной имѣетъ тѣмъ большее значеніе, что эта вода, какъ мы выше доказали, съ цѣлію предохраненія отъ образованія моче-кислыхъ осадковъ, должна быть употребляема впро-долженіе долгаго времени. Но для того, чтобы не вращаться въ области догадокъ, чтобы рѣшить этотъ вопросъ научнымъ путемъ, мы производили свои опыты

параллельно надъ дѣйствіемъ той и другой воды. Полученные же нами результаты, какъ для привозной натуральной, такъ и для искусственной воды, оказались, какъ уже было упомянуто, вполне тождественны. Разница была только та, что подъ вліяніемъ искусственной воды въ двухъ или трехъ случаяхъ пациенты во все время употребленія ея страдали поносомъ, чего мы въ отношеніи натуральной воды не могли наблюдать. Чему это приписать — тому ли, что въ искусственной водѣ находится избытокъ угольной кислоты или тому, что она, можетъ быть, содержитъ нѣкоторый излишекъ земельныхъ солей, подъ вліяніемъ которыхъ и Е. Lehmann въ своихъ опытахъ часто наблюдалъ поносъ — на этотъ вопросъ мы себѣ отвѣта дать не могли. Впрочемъ, это было — единственное, чѣмъ искусственная Contrexéville'ская вода отличалась по своему дѣйствию отъ привозной натуральной.

Таблица среднихъ чиселъ.

Случай	Суточн. колич. мочи Сст.			Удельный вѣсъ			Суточн. количество мочевой кислоты гм.					
	Періоды			Періоды			Абсолютное			Періоды		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
I	1265	1510	1370	1,021	1,018	1,021	0,517	0,535	0,633	0,041	0,035	0,046
II	1205	1925	1787	1,020	1,016	1,017	0,525	0,459	0,503	0,043	0,024	0,028
III	1426	1916	1432	1,018	1,014	1,019	0,679	0,662	0,704	0,047	0,034	0,048
IV	1627	1748	1156	1,018	1,018	1,023	0,526	0,483	0,444	0,032	0,027	0,038
V	1350	2209	—	1,022	1,015	—	0,537	0,530	—	0,039	0,023	—
VI	1110	1203	1140	1,023	1,022	1,024	0,695	0,709	0,714	0,062	0,059	0,063
VII	973	963	989	1,024	1,020	1,021	0,472	0,442	0,427	0,049	0,046	0,043
VIII	769	990	925	1,025	1,022	1,024	0,667	0,627	0,665	0,086	0,063	0,072
IX	935	1081	804	1,018	1,018	1,022	0,474	0,474	0,495	0,051	0,044	0,062
X	1210	1883	1714	1,017	1,014	1,017	0,527	0,527	0,633	0,043	0,028	0,037
XI	788	1122	828	1,024	1,019	1,022	0,469	0,389	0,433	0,059	0,035	0,052
XII	994	1116	803	1,020	1,017	1,022	0,669	0,671	0,602	0,067	0,060	0,075
XIII	1608	2097	1532	1,013	1,010	1,012	0,451	0,398	0,497	0,028	0,019	0,032
XIV	805	1258	1339	1,026	1,022	1,022	0,502	0,584	0,491	0,062	0,046	0,036
XV	1038	1202	1037	1,019	1,017	1,020	0,417	0,365	0,402	0,040	0,030	0,039
XVI	1967	1963	1790	1,016	1,013	1,015	0,939	0,797	0,842	0,048	0,040	0,047
XVII	907	1361	1404	1,024	1,020	1,022	0,537	0,609	0,650	0,059	0,045	0,046
XVIII	1365	1392	1121	1,019	1,018	1,019	0,6616	0,588	0,633	0,048	0,042	0,056
XIX	1083	1472	1303	1,023	1,015	1,020	0,490	0,441	0,521	0,045	0,030	0,040
XX	1537	1594	1418	1,017	1,018	1,018	0,520	0,600	0,507	0,034	0,037	0,036
XXI	1735	2317	2301	1,018	1,015	1,017	0,577	0,476	0,516	0,033	0,020	0,022

Л и т е р а т у р а.

1. Contrexéville, брошюра. Paris.
2. Haykraft. Eine neue Methode für die quantitative Bestimmung der Harnsäure. Zeitschr. für analyt. Chem., Bd. 25, 1886 pag. 165. Оригиналъ въ Britisch. medic. Journal 1885, декабрь, стр. 1100.
3. Pfeiffer. Harnsäure und Gicht. Berlin. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 16.
4. В. В. Смидовичъ. Къ упрощенію способа количественнаго опредѣленія мочевой кислоты по Haykraft'у. Медицина 1893, No. 17.
5. Dr. Bagard. Mémoire sur les Eaux minérales de Contrexéville dans le bailliage de Darney en Lorraine, lu à la Société Royale des Sciences et d'arts de Nancy, le 10 janv. 1760.
6. Dr. Thouvenel. Mémoire chymique et médicinal sur les principes et les vertus des eaux minérales de Contrexéville en Lorraine. Nancy, Babin, 1774.
7. Dr. Mamelet. Notice sur les propriétés physiques, chimiques et médicinales des eaux de Contrexéville. 1840. Paris et Contrexéville.
8. Legrand du Saulle. La gravelle étudiée à Contrexéville. Gaz. des Hôp., 55, 1866.
9. Schmidt's Jahrb. 1867, Bd. 134.
10. Debout d'Estrées. Des indications des Eaux de Contrexéville, 1875.
11. Cruise. Lancet, 1885, I, 25, p. 1121.

12. Macpherson. Bath, Contrexéville and the lime sulphated waters with their use in medicine. London, 1886.
13. M. Leroy d'Etiolles. Etude sur la gravelle.
14. См. бром. Contrexéville.
15. A. Millet. Une saison à Contrexéville. Paris, 1863.
16. См. Contrexéville, брошюра.
17. Duce Duckworth. Traité sur la goutte. Londres, 1889, p. 438.
18. Проф. Г. А. Захарьинъ. Клиническія лекціи. Москва, 1890.
19. Ecklin. Schweiz. Corr.-Bl. Nr. 2, 1881.
20. Dr. Treuille. Des eaux minérales de Contrexéville et de leur valeur thérapeutique. Paris, 1859.
21. Caillat. Mémoire sur les effets consécutifs des Eaux de Contrexéville, couronné par l'Académie en 1868.
22. Tamin-Despallès. Etude des urines à Contrexéville. Paris 1877.
23. Brongniart. Action de l'eau minérale de Contrexéville chez les calculeux. Paris, 1883.
24. Th. Valentiner. Hdb. d. allgem. u. spec. Balneotherapie. Berl. 1876.
25. Durand-Fardel. Traité thérapeutique des eaux minérales. Paris, 1857.
26. Богословскій. Пятигорскія и съ ними смежныя минеральныя воды. 1880.
27. Jaworski. Wiener medic. Wochenschr. 1886.
28. Wolff. Zeitschr. f. klin. Medic. 1889, Bd. 16.
29. Leichtenstern. Общая бальнеотерапія. Руководство Цимсена, т. II ч. II, 1884.
30. Braun. Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie von Dr. Fromm. Berl. 1883.
31. Милютинъ. Сборн. матер. для изученія Кавк. минер. водъ. 1875.
32. E. Lehmann. Berlin. klin. Wochenschr. 1882, Nr. 21.
33. L. Lehmann. Deutsche medic. Wochenschr. 1889, Nr. 28.

34. Головинъ. О леченіи nephrolithiasis'a. Сборн. трудовъ врачей. СПб. Мариинской больницы 1892.
35. Генри Томсонъ. Болѣзни мочевыхъ органовъ. Перев. съ англ. подъ редакц. проф. П. П. Заблоцкаго.
- 36—40. См. Томсонъ, I. с.
41. Virchow-Hirsch's Jahresbericht. 1875, I. pag. 546.
42. Ibid.
43. Neubauer u. Vogel. Analyse des Harns, 1890. II. Abth., стр. 276, 277.
44. Caulet. De la suralcalisation du sang et des urines sous l'influence de la chaux et de la magnésie. Bull. génér. de thérap., p. 349. Virchow-Hirsch's Jahresbericht, 1875, I, 546.
45. Voit. Stoffw. u. Ernähr. Hdb. d. Physiol. v. Hermann. Bd. VI, 1881.
46. См. Hoppe-Seyler. Med. chem. Untersuch. III, H. Centrbl. 1869.
47. См. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1872, Nr. 39.
48. F. Levison. Die Harnsäurediathese. Berlin, 1893.
49. В. Пашутинъ. Лекции общ. патол. ч. II, Спeterб., 1881.
50. См. Пашутинъ I. с.
51. Вѣстникъ обществ. гигиены, т. XVII. 1893, стр. 20 и слѣд. Крунианск. лекц. В. Робертса о химіи и терап. каменн. бол.
52. Journal of the chemical society 1862, p. 212.
53. K. Frickhinger. Ueber die Harnsäurelös. Eigensch. d. Fachinger Wassers. Inaug.-Dissert. München, 1887.
54. Zeitschr. f. analyt. Chemie, VII. Jahrg., 1868, p. 397. Ueb. Harnsäuresedimente v. Hoffmann.
55. Pfeiffer. Ueber Aetiologie und Therapie der harns. Salze. Verhandl. des Congr. f. innere Med. Wiesbaden, 1886.
56. Berl. klin. Wochenschr. 1892, p. 413 ff.
57. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. 1888, p. 389.
58. Horbaczewski. Beiträge zur Kenntniss der Bildung des Harns und der Xanthinbas. Sitzungsber. d. k. Acad. d. Wiss. in Wien. Math.-naturw. Classe BC. Abth. III. April 1891.

59. Pflüger's Arch. Bd. 47, p. 469.
60. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. I, p. 13.
61. Virchow's Arch. Bd. 109, p. 390.
62. Salomonsen. Urinsyreinfarct hos Nyfödde. Dissert. Copenhagen, 1859, p. 58.
63. Ebstein. Natur u. Behandlung der Harnsteine, p. 81.
64. Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 1881, p. 539.
65. Weyl. Organ. Chemie, p. 548.
66. С. М. Васильевъ. Виноградныя станціи, какъ лечеб-
ные пункты въ нашъ нервный вѣкъ. СПб. 1888.
67. И. Потѣхинъ и І. Рясенцевъ. Къ учению о кис-
ломъ броженіи мочи. Военно-мед. журналъ, 1876.
О состояніи мочевой кислоты въ нормальной мочѣ человека и
красящихъ экстрактивныхъ веществахъ ея. И. Потѣхина,
тотъ-же журн. 1881, Августъ.
68. С. М. Васильевъ. Къ вопросу о леченіи почечнаго
литіазиса, отд. брошюра.
69. Dujardin-Beaumez. Leçons de clinique thérap. Paris 1882, II.
70. G. Peterutti. Esperimenti ed osservazioni ulteriori intorno
alla ossaluria; contribuzioni alla sua patogenesi e cura.
Napoli 1886, 115 pp.
71. Neidert. Münchener med. Wochenschr. 1890, Nr. 34.
72. Annal d'hydrolog. XVI.
73. Verhandl. d. Congr. f. innere Med. 1887, стр. 420 и слѣд.
74. G. Seydel. Die natürl. und künstl. Heilwässer v. Vichy.
Dresden u. Leipzig 1841.
75. Hoppe-Seyler. Handb. der physiol. und pathol.-chem.
Analyse. Berlin 1883, S. 153 и слѣд.
76. M. Mendelsohn. Zur Therapie der harnsauren Diathese
Verhandl. d. Congr. f. innere Medic. XII Congr. 1893.
77. C. Posner u. H. Goldenberg. Zur Auflösung harn-
saurer Concretionen. Zeitschr. f. klin. Med. XIII Bd, Berlin 1888.
78. Stöcker. Die erdigen Mineralquellen. Handb. d. allgem.
u. spec. Balneotherapie v. Th. Valentiner, 2. Aufl., Th. I
стр. 372 и слѣд.

Положенія.

1. Contrexéville удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ рациональнаго лѣченія мочеислаго діатеза.
2. Удаленіе геморроидальныхъ узловъ оперативнымъ путемъ должно быть произведено у стариковъ крайне рѣдко въ виду угрожающей отъ этого впоследствии опасности Haemorrhagia senilis.
3. При лѣченіи дифтерита піоктанинъ заслуживаетъ большаго вниманія.
4. Сердечная слабость, наступающая послѣ инфлуэнцы вслѣдствіе токсическаго дѣйствія бациллъ послѣдней, легче всего поддается абсолютному молочному лѣченію.
5. Zincum lacticum только въ большихъ дозахъ хорошее Sedativum.
6. Между накожными болѣзнями и болѣзнями дыхательныхъ органовъ существуетъ нерѣдко причинная связь.