

61-002.9

16⁴-K.

- 513

107703

Томский
государственный
университет
№ 31602

ПРЕПЕЧЕНО

107703

616.61-002.9

М-167-к
М-513

Спрос 2. М. Левашову
от архива

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
Томск, Ленинский пр., № 42

СИБИРСКИЙ АРХИВ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ == И == КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

(ЖУРНАЛ НАУЧНОЙ, ПРАКТИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БЫТА)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д-р М. И. Баранов, проф. П. В. Бутягин, проф. М. Г. Курлов, проф. В. М. Мыш,
проф. А. А. Опокин

Ответственный редактор проф. А. А. Опокин.

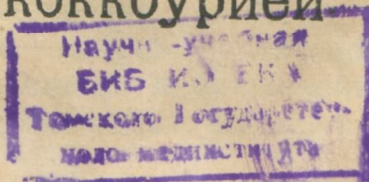
СЕКРЕТАРИ:

д-р. Б. Я. Жодзишский, д-р С. Л. Шнейдер

Том III. Кн. 4.

Д-р Ф. К. МЕНЬШИКОВ

К казуистике эхинококка почки с эхино-
коккоурией



Имею

ТОМСК

Издательство Томского Гос. У-та и Института для Усовершенствования Врачей

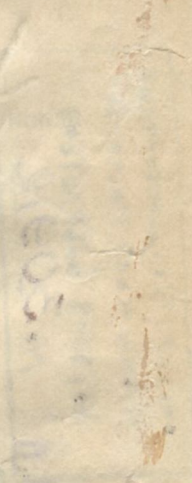
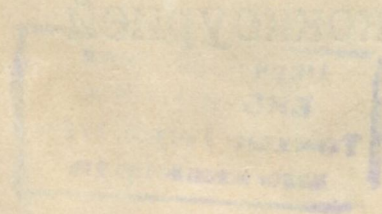
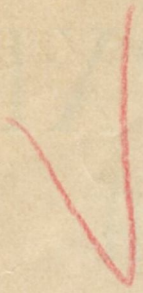
1928

107703

Томский Государственный
Медицинский Институт
Научная библиотека
№ 30918

ПРОВЕРКА

60.61 002.3
M 104 M



К казуистике эхинококка почки с эхинококкоурией.

(Из Пропедевтической Терапевтической клиники Том. Гос. Унив. Дир. проф И. М. Левашев)

Ординатор клиники **Меньшиков Ф. К.**

Заболевание эхинококком почки, как видно из литературы, встречается не так часто. Давэн в своей статистике из 566 кист эхинококка нашел поражение им почки только в 30 случаях. Нейссер на 983 кисты встретил эхинококк в почке 80 раз. Надеждин собрал в русской литературе 299 случаев эхинококка и среди них эхинококк в почке только 4 раза. Токаренко из своей статистики, обнимающей 400 случаев, нашел, что в то время как в печени паразит гнездится 47,7%, в почке он бывает только в 2,6% случаев. Грайвель на 452 случая эхинококка, в почке встретил его 18 раз. Финзен из 255 случаев,—только 3 раза. Если рассмотреть локализацию эхинококка по органам, то интересная статистика собрана Надеждиным. Он приводит 269 случаев, при чем распределение получилось следующее: печень была поражена в 146 случаях, селезенка—14, мышцы—14, подбрюшинная клетчатка—9, легкие—8, почка—5, брюшная полость—5, глаз—6, брыжжейка—5, головной мозг—4, подкожная клетчатка—3, кости—3, сердце—2, спинной мозг—2, сальник—2, щитовидная железа—2, и яичник—1 раз.

Кроме того, если взять случаи множественного поражения органов, то получится следующая картина.

Глазница и дельтовидная мышца 2-х органов печень и плевра, печень и селезенка, печень и легкое и много других комбинаций. Селезенка, левая доля печени и нижняя часть 3 органа—правого легкого, клетчатка голени, плеча и предплечья; 4 органа—печень, стенка живота, кишки и брыжжейка. Печень, матка, сальник и легкие. Сальник, селезенка, брюшина и таз; 5 органов—печень, сальник, матка, дугласово пространство и пристеночная брюшина. Печень, селезенка, сальник, тазовые органы и брюшная полость, 6 органов—печень, плевра, заднее средостение, околопочечная клетчатка, дугласово пространство и широкая связка; 7 органов—печень, дугласово пространство, брюшина, широкая связка, яичник, кишки и брыжжейка; 9 органов—селезенка, печень, почка, сальник, брыжжейка, матка, широкие связки, брюшина и мочевого пузыря.

Что касается процентного отношения, поражения различных органов эхинококком, то, включая сюда и множественное поражение органов, получится следующее:

Печень—49,7% случаев, селезенка—6,6%, Сальник—3,2%, подбрюшинная клетчатка—3,2%, брюшная полость—3,9%, легкие—3,9%, мышцы туловища и конечностей—4,5%, глаза—2,6%, брыжжейка—2,6%, почки—2,6%, кишки—1,4%, широкая связка—1,4%, дугласово пространство—1,4%, кости—1,2%, подкожная клетчатка—1,2%, матка—1,2%, передняя брюшная стенка—0,9%, плевра—0,9%, сердце и перикардий—0,9%, головной мозг—0,9%, спинной мозг—0,6%, мочевого пузыря—0,6%, яичник—0,9%, щитовидная железа—0,6%, поджелудочная железа—0,3%, диафрагма—0,3%.

Наиболее вероятная причина такого распределения заболеваемости по органам и такой редкости эхинококка почек, повидимому лежит в том, что заражение организма зародышами, глист происходит только определенными анатомическими путями (Нейсер и Бэкель). Первый путь для проникновения зародышей в организм составляют сосуды ворсин кишечника, оттуда зародыши попадают в разветвления воротной вены и поселяются в печени. Вторым путем составляют лимфатические пути ворсин. Зародыши, проникающие в них, подают повод к развитию кист в брыжжейке, затем кист, встречающихся под брюшинной и плеврой.

Через *ductus thoracicus* зародыши могут попасть в *venam apertam sinistram*, из нее в правую половину сердца, а оттуда уже в разветвления легочной артерии, и подают повод к развитию кист в ткани легких.

Наконец, в 4-х, зародыш может не задержаться и в ветвях легочной артерии, а проникнуть в левую половину сердца, из нее в большой круг кровообращения и застрять в тех или других разветвлениях аорты, подавая повод к развитию кист в сердце, мозгу, селезенке, мышцах, почке и т. д.

Если эхинококк почки составляет относительно редкое явление с патолого-анатомической стороны, то еще реже встречаются случаи выделения эхинококковых пузырей с мочей. Из статистики, собранной Боголюбовым эхинококка почки, мы видели выделение эхинококковых пузырей с мочей в 65 раз из 218 случаев эхинококка почки. Семь раз в желудочно-кишечный тракт, четыре—в легкие и плевру и один раз через кожу в поясничной области.

В виду такой редкости эхинококка почки вообще и особенно выделения пузырей с мочей, профессором И. М. Левашевым было поручено мне описать, как случай безусловно ценный в литературном отношении.

31/х—27 г. в Пропедевтическую Терапевтическую клинику поступил больной кузнец, 31-го года, с опухолью в полости живота слева. Из расспроса больного были получены следующие сведения: отец его умер на 87-м году от холеры, при жизни был здоровый мужчина, мало пьющий спиртных напитков, был охотник, держал собак всегда 4—5 штук. Мать больного жива, 62-х лет, пользуется до сих пор отличным здоровьем, всего имела шесть беременностей, закончившихся нормальными родами. Первый из братьев умер 4-х лет от неизвестной для больного причины. Вторым брат погиб во время Русско-Германской войны 24-х лет. Третья сестра здорова 33-х лет, детей не имела. Затем сестра, 28-ми лет, имеет 2-х здоровых детей, брат 20-ти лет и последние двое умерли до года от желудочно-кишечных заболеваний.

Наш больной родился в бедной крестьянской семье. С 10-ти лет начал помогать по хозяйству, но главное занятие его было работать с отцом при выделке овчин. Жили в плохих материальных условиях. С 19 лет женился имел 4-х человек детей: из них первый сын 11-ти лет здоровый, второй 9-ти лет, третья девочка умерла 3-х лет от дизентерии и последняя от неизвестной для больного причины 2-х лет. Спиртные напитки начал употреблять с 19-ти лет, пил до последнего времени в больших количествах и часто. Был хороший охотник, находился с собаками в тесном соприкосновении.

На 21-м году М—ина ударила лошадь в левое подреберье, вначале ощущалась боль, затем все прошло. Вскоре после этого, ощупывая себе живот в лежащем положении, он заметил опухоль в левой его половине. Опухоль располагалась под краем левых ложных ребер. Мало обратив внимания, он продолжал работать до 26-ти лет.

С этого времени начала ощущаться некоторая болезненность в месте опухоли, хотя на общем состоянии и состоянии питания она не отражалась.

28-ми лет после прыжка с телеги почувствовал резкую болезненность в левом подреберьи и при мочеиспускании выделился пузырек величиной около 3-х миллим., имеющий белесоватую оболочку с прозрачным содержимым.

30-ти лет боли усилились и он обратился к медицинской помощи. 31/х—27 г. поступил в Пропедевтическую Терапевтическую клинику.

Исследование больного при поступлении его в клинику показало: больной среднего роста, хорошего телосложения, крепкий, хорошо упитанный мужчина с пропорциональным телосложением, массивно-крепкой костной системой, нормотонической мускулатурой, с нормально окрашенными кожей и слизистыми оболочками и правильной грудью. При осмотре живота в положении больного на спине, при слегка согнутых ногах, замечалось большое сферическое выпячивание, расположенное слева от пупка, не доходя до него 2 см. Данное тумшорообразное возвышение имеет форму как бы двух половин, при чем одна лежащая ниже, в области мезогастриума слева не доходящая до пупка, как уже упоминалось выше, на 2 см., имеет форму гусиного яйца, длина от левого подреберья по направлению к пупку 14 см., ширина в передней части 8 см., в средней 9 см. и в верхне-задней к подреберью 7 см.

При осмотре живота ощупыванием получены были следующие данные: вышеописанная опухоль дает некоторое зыбление, имеет упруго-эластическую консистенцию. Поверхность ее гладкая. Границы опухоли казались идущими, расширяясь вглубь. Опухоль представлялась мало подвижной во всех направлениях. В стоячем положении больного смещалась очень незначительно. При перкуссии в области опухоли получается тупой тон, вниз и вправо имелся всегда тимпанический звук. Вторая половина лежит под левым подреберьем, выходя из под него на 2—2,5 см. Консистенция ее более плотная, чем вышеописанная ее нижняя половина. Располагается она следующим образом: верхний край по средней подмышечной линии, простирается до 6-го ребра. Задний не доходит до позвоночного столба, в области 3-го поясничного позвонка, на 12 см. Нижний край доходит до гребня подвздошной кости, передний выходит из под края ложных ребер на 2—2,5 см.

Размеры следующие: наибольшая длина 30 см. Ширина на сосковой линии 14 см. Средней подмышечной 15,5 см., задней подмышечной 13,5 и лопаточной 9 см.

Органы дыхания, кровообращения и пищеварения уклонения от нормы не представляют.

Со стороны крови Hb=88, эритроцитов—6.000.000, лейкоцитов—5.200

	До выделе- ния.	После выделения пузырей с мочей.
Нейтрофилов	59%	60%
Лимфоцитов	31%	27%
Мон. и перех. форм	6%	7%
Эозинофилов	4%	6%

Желудочный сок с нормальной кислотностью. Моча имеет уд. все 1.024 соломенно-желтого цвета, прозрачна, слабокислой реакции. Белок, сахар и желчные кислоты отсутствуют. Индикан имеется. Во время выделения эхинококковых пузырей уд. вес 1.020 соломенно-желтого цвета, вид мутноватый, под микроскопом имеется плоский эпителий, лейкоцитов от 20 до 25 шт. В поле зрения, кокки, обрывки оболочек эхинококкового пузыря и крючья эхинококка. Поступив под наблюдением 31/x—27 г., больной чувствовал себя хорошо, жалоб никаких не предъявлял. 3/xi—при повторном осмотре органов полости живота он почувствовал некоторую болезненность и на второй день 4/xi начали выделяться с мочей пузыри эхинококка в большом количестве, величиной от пшеничного зерна до $0,5 \times 1,0$ см., в том числе выделилась одна головка эхинококка.

2/XI—была произведена интрадермальная реакция, оказавшаяся положительной.

На основании имеющегося в анамнезе тесного общения с собаками, медленного роста опухоли, мало отражающейся на общем состоянии здоровья, не отражающееся на состоянии питания, эозинофилии в крови, положительной интрадермальной реакции и нахождение эхинококковых пузырей, оболочек и крючьев в моче был поставлен диагноз эхинококка почки.

8/XI М—кин переведен в Хирургическую факультетскую клинику.

10/XI—27 г. оперирован проф. В. М. Мыш под общим хлороформно-эфирным наркозом (Nephrectomia frausperitonealis).

При операции оказалось: после вскрытия брюшины вместе с ее задним листком, петли тонких кишек, Colon descendens et transversus отодвинуты к средней линии, а левую сторону полости живота занимает громадная опухоль, лежащая ретроперитонеально. Опухоль исходит из почки и состоит из двух плотно спаянных между собою половин. Выделение нижнего отдела ее было произведено с большим трудом, в виду наличия плотных, фиброзных спаек с окружающими тканями и органами. Верхний отдел стенки эхинококкового пузыря спаян с нисходящей частью толстой кишки и селезенкой, отслоен был с большим трудом, в виду нарушения брыжжейки, нарушилось и питание стенки

кишки, поэтому кишка была инвагинирована на протяжении 18—19 см. с расчетом на последующее ее омертвление.

11/XI—27 г., в 5 часов утра, больной скончался при нарастающей сердечной слабости.

Анатомический диагноз: операция удаления левой почки. Омертвление петли ободочной кишки, находившейся в углублении удаленной почки. Острый гнойный перитонит. Викарная гипертрофия правой почки. Сохранившаяся значительно вилочковая железа, узкая сосудистая система. Хронический спинчивый ограниченный перитонит и левосторонний плеврит. Эмфизема легких. Бурое и жирное сердце и печень. Застой и отек легких. Застой в мягкой мозговой оболочке, мутное набухание в почке. Нерезко выраженная синюха и желтуха. Кровоизлияние под слизистую пищевода.

Литература: 1. Надеждин Г. Г.—К вопросу об эхинококковой болезни в России, „Р. Х. А.“, 1895 год. 2. Ратимов В. А.—К вопросу о происхождении множественного эхинококка брюшной полости, „Х. В.“, 1897 год. 3. Серапин К. П.—Эхинококк почки и его хирургическое лечение, „Р. Х.“, 1898 год. 4. Моленюк В. Д.—К учению о химическом составе и дифференциальной диагностики содержимого эхинококковых кист, „А. А. Р. Х.“, 1900 г. 5. Боголюбов В.—Эхинококк почки, „Р. Х. А.“, 1904 г. 6. Спасокуцкая Н. И.—Случай множественного эхинококка брюшной полости, „В. Х.“ сборник Опшеля, 1924 г. 7. Денисова-Спасокуцкая.—К вопросу об иммунных реакциях при эхинококках и глистных заболеваниях, „Клин. Мед.“, 1924 г. 8. Гарвиц-Власова.—К вопросу о реакции иммунитета при эхинококковых заболеваниях, „Врачебное Дело“, 1924 года. 9. Тотан А. Б.—К вопросу об эхинококке почки, „Журнал Урология“, 1926 года.

Избокува ташому проф. Ивану
михайловичу Левашову

от аборта
24/1927.

Из Самарского Приемного Покая Дорздрава Сам. Злат. Ж. Д. (Зав. Дорздравом
Г. М. Нисельсон.)

Хронические запоры, как профессиональное заболевание некоторых групп железнодорожников.

Н. Е. Кавецкий.

В последнее время медицинская мысль все больше и больше склоняется к тому выводу, что возникновение очень многих болезней зависит не только от наличия известного возбудителя, но в значительной мере и от тех социально-экономических факторов и условий, в которых живет и работает определенная группа населения. В значительной мере это относится и к заболеваниям желудочно-кишечного тракта.

Заболевания органов пищеварения, как в Западной Европе, так и в России всегда имели большое распространение, за время же Мировой войны и Революции число их резко повысилось. Так по данным Московской Страховой Кассы число заболеваний пищеварительного тракта с потерей трудоспособности в 1920 г. увеличилось по сравнению с довоенными цифрами в $3\frac{1}{2}$ раза. Большое значение приобретают в заболеваемости пищеварительного тракта условия труда и вредность отдельных профессий: целый ряд профессий отличается повышенной поражаемостью органов пищеварения и разные отделы пищеварительного тракта поражаются часто при определенных профессиях.

Причинами, обуславливающими повышенную заболеваемость рабочих определенных профессий, являются: вредное влияние специфических ядов, действующих раздражающим и разрушительным образом на органы пищеварения (ртуть, мышьяк, фосфор, свинец), высокая температура и последующее охлаждение тела (у слесарей, кочегаров, молотобойцев, литейщиков), вызывающие изменения условий кровообращения и, вследствие этого, расстройства функции желудочно-кишечного тракта, раздражающее влияние органической и минеральной пыли, неправильное положение тела, недостаточное, нерегулярное, малощадное с физиологической точки зрения питание.

Целый ряд профессий страдает заболеванием пищеварительных органов, как профессиональной болезнью. У одних профессий поражается, главным образом, полость рта, у других большее значение

приобретает заболевание желудка. Я позволю себе остановиться в настоящей статье на заболеваниях и нарушении функции кишечника, которые можно считать профессиональными.

Как на этиологический момент возникновения язв 12-перстной кишки, указывается на придавливание во время работы твердых предметов к подложечной области, при работе в согнутом положении.

Поносы чисто нервного происхождения бывают в связи с работой, сопряженной с волнением. Поносы, как проявления органического поражения кишечника, бывают при ртутных отравлениях, при отравлении мышьяком, у плавильщиков стекла, при отравлении фосфором на производствах каменноугольных красок.

В некоторых случаях развиваются при этом язвенные энтериты и колиты.

Запоры характерны для «сидячих» профессий, для хронического отравления бензолом, для хронического отравления свинцом, нитробензолом и некоторыми др. ядами.

„Торпидные“ запоры являются результатом задерживания стула в связи с теми или иными условиями работы.

К профессиональным заболеваниям кишечника относятся также актиномикоз, локализующийся большей частью в слепой кишке, и глистные болезни рабочих горного дела и туннельных рабочих (аскариды, анкилостома). Кроме горнорабочих, глистная болезнь может считаться профзаболеванием мясников, у которых часто встречаются трихиноз и ленточные глисты, как следствие употребления сырого мяса *).

Работая в качестве врача—терапевта Самарского Приемного покоя Сам.-Злат. ж. д., я обратил внимание на частые жалобы агентов, по роду своей службы долгое время находящихся в поездах, на различные нарушения функции желудочно-кишечного тракта и в частности на запоры.

За последние 4 года % заболеваемости органов пищеварения у железнодорожников на Сам.-Злат. ж. д. колебался от 12,3 % до 19,1 % по отношению к общей заболеваемости. Заболевания органов пищеварения все это время занимали второе место, уступая первое заразным болезням (в последнюю группу входит и малярия).

Заинтересовавшись такой высокой заболеваемостью пищеварительного тракта у железнодорожников, я взял под наблюдение несколько групп железнодорожных агентов, находящихся более или менее долгое время в поездах, и для сравнения несколько групп работающих на станции, в депо и мастерских.

*) Едва ли трихиноз может считаться частой болезнью?

Наблюдения мною еще ведутся, и в настоящее время я могу сообщить только некоторые данные, полученные мною при обследовании 491 человека.

Прежде, чем перейти к результатам своих наблюдений, считаю нелишним указать на те вредные моменты, которые могут влиять так или иначе на органы пищеварения поездных бригад.

Первым является, отмеченное всеми служащими, сухоядение в поездке, нерегулярное и несвоевременное питание, употребление в пищу продуктов, купленных на базарах, может быть не всегда доброкачественных, отсутствие в течение целого ряда дней горячей пищи; затем невозможность в условиях службы часто удовлетворить позыв к дефекации, неудобство дефекации во время тряски при движении поезда (на последнее указывали очень многие), наконец, сама тряска, возможно, способствует запорам, затем отсутствие движений или, во всяком случае, мало движений в продолжение целого ряда дней.

Я принимал во внимание исключительно хронические страдания и острые заболевания, очень частые, совершенно в статистику не вошли.

Результаты моих наблюдений видны на следующей таблице, где в % по отношению к каждой группе обследованных выражены различные отклонения в функции кишечника у 7 групп железнодорожников, взятых мною под наблюдение.

	Хронич. запоры	Запоры во время по- ездки	Хронич поносы.	Запоры и поносы	Запоры и поносы в поезде	Нормаль- ный стул
проводники	24,6	24,6	6,1	4,4	1,7	38,6
смазчики	22	16	2	2		58
машинисты	24,6	5,5	9,6			60,3
кондуктора	19,10	5,4	4,8	2,8		67,9
сцепщики			16,6			83,4
слесаря	8,2		1,7	1,6		88,5
стрелочники	5,3					94,7

На первом месте, как видно из таблицы, по частоте отклонений от нормы функции кишечника стоят проводники, которые по роду своей службы принуждены проводить подряд наибольшее число дней в поездах: в среднем в пути 9 суток, затем 8—9 суток дома и снова в поездке. В таком же положении находится часть смазчиков, обслуживающих поезда дальнего следования, другая же часть их обслуживает

только небольшой участок в поездах местного сообщения и товарных, находясь в пути в среднем 1—2 суток. Машинисты и кондуктора в поездке находятся 1—2 суток. Как видно из таблицы среди проводников 24,6 % страдает запорами, как в поездке, так и в домашней обстановке, кроме того столько же страдает запорами только в поездах, имея нормальный стул дома; 6,1 % страдает хроническими поносами, 4,4 % — запорами, сменяющимися поносами, 1,7 %, имея нормальный стул дома, в поездке подвержены расстройствам функции кишечника, выражающимся, то запорами, то поносами и только 38,6 % обследованных проводников не имело отклонений от нормы. У смазчиков отклонений от нормы меньше, еще меньше у машинистов и кондукторов, у которых особенно резко выразилось это падение в графе „запоров, появляющихся только во время поездок“.

Сцепщики, стрелочники, слесари депо и мастерских взяты мною для сравнения, как группы жел. дор. агентов. работа которых не связана с поездками. Разницу в % хронических запоров у этих групп, может быть, можно объяснить след. образом: сцепщики в связи с своей работой принуждены делать много движений при чем, благодаря постоянным сгибаниям, значительная работа падает на долю брюшных мышц; другие группы, как стрелочники, делающие меньше движений в 5,3 % по нашим наблюдениям страдают запорами, этот процент возрастает у слесарей депо и мастерских, которые работают, стоя на одном месте.

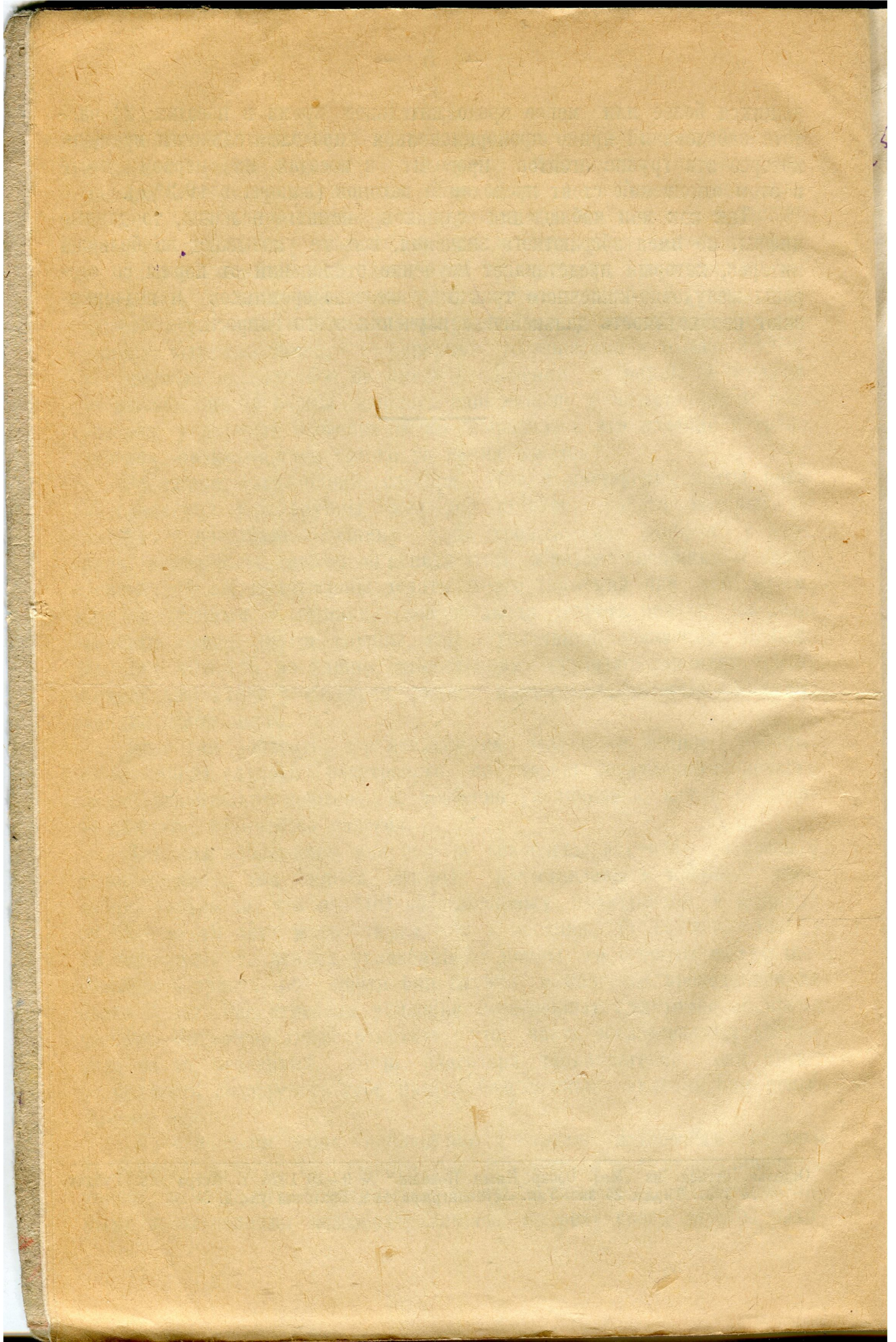
Надо еще добавить, что наблюдения велись в зимние месяцы. летом число случаев расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта значительно повысилось, особенно увеличилось, как и следовало ожидать, количество поносов.

Так как наблюдения мои еще не закончены, я считаю возможным в дополнение к тем данным, которые представлены в таблице, прибавить только то, что из 100 обследованных проводников, в возрасте от 20 до 49 лет и со стажем от 3 месяцев до 25 лет, только 13 оказалось без всяких уклонений от нормы со стороны желудочно-кишечного тракта; все почти они служат в качестве проводников не более 2 лет. Все отмечали усиление болезненных симптомов во время поездок. Интересно также отметить, что часть обследованных указывала на то, что зимой, когда благодаря тонке вагонов, они имеют возможность подогревать себе пищу, болезненные явления они испытывают реже.

На основании своих наблюдений я считаю возможным сделать следующие выводы: 1) хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, в частности хронические запоры, являются профессиональными заболеваниями железнодорожников, по роду своей службы нахо-

дящихся более или менее продолжительное время в поездах; 2) частота заболеваний прямо пропорциональна продолжительности времени, которое эта группа агентов проводит в поездах, на первом месте в этом отношении стоят проводники вагонов (запоры в 49,2%).

Так как мои наблюдения слишком немногочисленны, то данные цифры, не имея абсолютного значения, все же указывают на большой интерес, который представляет изучение отклонений от нормы со стороны желудочно-кишечного тракта у железнодорожников и подчеркивают необходимость дальнейшего изучения этого вопроса.



Бирюсу Е. И. Кавелинскому
из Аврора
18/м 24/3/25

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
Томск, Ленинский пр., № 40

СИБИРСКИЙ АРХИВ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ

== И ==

КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

(ЖУРНАЛ НАУЧНОЙ, ПРАКТИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО БЫТА)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Проф. П. В. Бутягин, проф. Д. В. Горфин, проф. М. Г. Курлов, проф. В. М. Мыш,
проф. А. А. Опокин, проф. М. Г. Тракман.

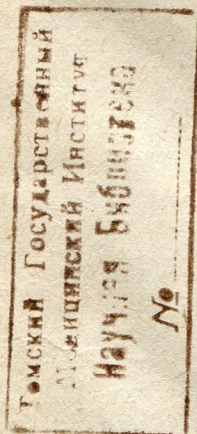
Председатель редколлегии проф. А. А. Опокин.

Секретарь редколлегии д-р В. В. Сукнев.

Том IV. Кн. 7—8—9.

Д-р ИВАНОВ-НЕЗНАМОВ В. И.

К диагностике желудочных ахилий.



ТОМСК

Издательство Томского Гос. У—та и Института для Усовершенствования Врачей

1929

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THEORY OF PROBABILITY

BY J. V. NEUMANN

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS
CHICAGO, ILL.
1937

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

12

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

К диагностике желудочных ахилий.

(Из Терапевт. Факульт. клиники Том. Гос. Ун-та. Директор проф. М. Г. Курлов)

Ординатор Вл. Иванов-Незнамов.

Распознавание желудочных ахилий (anaciditas), несмотря на громадные успехи функциональной диагностики, до сих пор является весьма трудным делом. Едва ли сейчас найдется серьезный врач, который в каждом конкретном случае может утверждать, что он имеет перед собой больного с ахилией, а не с простым катарром желудка. А ведь из правильно поставленной диагностики вытекает целесообразность пищевого режима и проводимой терапии в целом. Десяток лет тому назад методикой Боас-Эвальда быстро и уверенно ставили диагноз ахилии и не менее уверенно проводили лечение. И если эта терапия не всегда удавалась, больные часто не получали должной помощи, врачи проделывали повторное исследование желудочного содержимого, но той же методикой Боас-Эвальда. Случалось, что там, где раньше не находили свободной HCl, при вторичном исследовании ее иногда получали. Отсюда, очевидно, и начинается приписывание изумительного действия на секрецию желудка того или другого терапевтического мероприятия, в частности назначаемой внутрь соляной кислоты. Здесь, благодаря тем же противоположным результатам исследования желудочного содержимого по Боас-Эвальду, нашла свой приют и так. наз. Боасовская скрытая секреция—термин ничего не говорящий и тем более не объясняющий. Все эти столь противоречивые результаты, добытые методикой Боас-Эвальда, крайне затрудняли и затрудняют диагноз желудочной ахилии. Достаточно сказать, что некоторые авторы (Зарницкий) указывают на большее чем 50% существование ложных ахилий по Боас-Эвальду. Таким образом, по последним данным, половина существующих ахилий являются не ахилиями, а простыми катаррами желудка с нормальной или пониженной кислотностью и лишь в 45% органическими ахилиями. Разница в диагностике и, следовательно, рациональной терапии безусловно громадная. Функциональная диагностика сейчас по праву и с честью занимает первое место среди других исканий по распознаванию желудочных ахилий.

Ведь Flint в 1860 году уже определенно отмечает ценность работ желудочных желез—он говорит: „о важности желудочных желез мы можем получить понятие тогда, если вспомним, что за сутки он должен вырабатывать от 15 до 30 фунтов желудочного сока, и дальше он пишет, я имею смелость утверждать, что дегенеративными изменениями в железах желудочно-кишечного канала, благодаря выпадению столь важных функций, можно объяснить и симптомы болезни и смертельный исход“. (Кончаловский). Термин же *achylia gastrica* был впервые введен русским врачом Einhorn'ом в 1892 г. и сейчас это название общепринято. Под ахилией он понимает такое состояние, при котором желудок не выделяет, повидимому, никакого сока, это так наз. идиопатические ахилии. Кроме того, Эйнгорн на основании своих наблюдений говорит о функциональном отклонении желудочной секреции под влиянием нарушения нервной системы и считает его чисто нервным. В последнее же время Боас делит ахилии на три группы: 1) Ахилия секундарная, как осложнение других болезней. 2) Самостоятельная ахилия (*adenia*) и 3) Функциональная ахилия.

С клинической же точки зрения под ахилией подразумевается такое болезненное состояние желудка, когда желудочное содержимое, полученное путем пробного завтрака, не реагирует на бумажку Конго, хотя и может давать реакцию на лакмус и фенолфталеин. В последнем случае, надо заметить, играют роль органические кислоты, а не соляная кислота (С. Зимницкий). Что касается новейшего времени, то диагностикой желудочных ахилий занимались достаточное число авторов—Зимницкий, Зарницкий, Аринкин с Сиротининым и др. В самом деле, известные клиницисты отказываются признавать пригодной методику Боас-Эвальда, считая ее устаревшей и утратившей свой ценный диагностический характер при заболевании желудка (Оппель, Зимницкий С., Лепорский и др.). Особенно раздаются протесты там, где пытаются по Боас-Эвальду распознать ахилическое состояние желудка (Зимницкий, Зарницкий и др.). Между тем, вообще для распознавания желудочных заболеваний предложены крайне различные раздражители:—белый хлеб с водой (Boas-Ewald), мясной бульон (С. Зимницкий), алкоголь (Ehrmann), свекольный суп и вода (Филимонов), кофеиновый завтрак (Katsch-und Kalk) и мн. др.

Перечисленные пищевые раздражители указывают на то, что вопрос о функциональной диагностике желудочных заболеваний вообще и в том числе ахилий, еще стоит в порядке срочной экспериментальной и клинической работы. Поэтому я с большим удовольствием и взялся за клиническую работу по диагностике желудочных ахилий, предложенную глубокоуважаемым учителем проф. М. Г. Курловым, остановившись пока для этой цели на трех методах, а именно: методике Боас-Эвальда, С. Зимницкого и адреналиновой пробе.

Передо мной, таким образом, стояла задача попытаться подойти к решению вопроса о распознавании желудочных ахилий: органических, функциональных и так наз. ложных.

Итак, я должен бы сделать следующее: 1) при помощи методики С. Зимницкого отличить ложную ахилию от истинной там, где обычно методикой Боас-Эвальда обнаруживается органическая ахилия, 2) различить при помощи адреналиновой пробы функциональную желудочную ахилию от органической, определенной завтраком Зимницкого.

Для ясности кратко опишу применяемые мною методики.

В первый день больной подвергался исследованию желудочного содержимого по Боас-Эвальду. Предварительно натошак удалялось все, что имелось в желудке; тотчас же больной получал пробный завтрак Боас-Эвальда—200 к. с. жидкого теплого чая и 35 гр. белого хлеба. Завтрак удалялся через 45 минут при помощи толстого зонда Куссмауля.

Добытое содержимое исследовалось обычным способом: титровалось $\frac{1}{10}$ п раствором

NaOH по Тепферу на своб. HCl с 0,5% индикатором диметиламидаозобензола и на общую кислотность с 1% спиртовым раствором фенолфталеина. Обращалось внимание на макро и микроскопическую картину. На другой день больные исследовались по С. Зимницкому. Применяемая методика заключалась в следующем: на 400 гр. нежирного без костей измельченного мяса брался 1 литр воды и вываривался обычным способом до 850—900 к. с, бульон фильтровался. У больных натошак удалялось содержимое желудка через тонкий зонд Эйнгорна при помощи 20 гр. Рекордовского шприца. Затем, не вынимая зонда, заложив его кнаружи от коренных зубов вправо, или влево, больной спокойно выпивал в течение 3-х минут 200 к. с. бульона, темп. 36—37°. Применяемые Эйнгорновские зонды были снабжены эбонитными оливами с многочисленными отверстиями в них; на зондах имелись отметки: первая на расстоянии 45 сант. от зубов до входа в желудок, вторая на 50—60 сант. до его пилорической части. После того, как завтрак больному дан, у него обычным фракционным способом через каждые 15 минут добывали по 10 к. с. желудочного содержимого, а через 1 час удалялось все, что имелось в желудке, и давался повторный раздражитель—тот же бульон 200 к. с. Кислотность добытого содержимого определялась так же, как и после завтрака Боас-Эвальда. При той и другой методике определялось количество слизи по Шмидту и Эйнгорну. Фиксировалась макро и микро-

скопическая картина в добытом содержимом, присутствие в нем желчи и молочной кислоты. И, наконец, на третий день больной получал тот же завтрак С. Зимницкого с инъекцией под кожу 1 к. с. адреналина. Эвакуаторная способность желудка определялась по очень простому и удобному при ахилиях способу Скаллера (Scaller'a). Этот способ заключается в следующем: 20—25 капель 1% спирт. раствора фенолфталеина вводится в желудок вместе с завтраком. Затем, в добываемых очередных порциях желуд. содержимого определяется присутствие фенолфталеина при помощи щелочи. Та порция, которая не окрашивается от прибавления щелочи в розовый цвет, указывает на переход пробного завтрака в кишечник, гесп. на время эвакуирования завтрака в 12-типерстную кишку.

Подходя к освещению вопроса о ложных желудочных ахилиях, должен отметить, что собранный материал в течение последних 3-х лет состоит, главным образом, из больных Терапевтической Факультетской клиники и часть с амбулаторного приема клиники. Всего удалось обследовать методикой—Боас-Эвальда и С. Зимницкого 50 желудочных больных.

За последние годы в литературе все чаще и чаще раздаются требования о немедленном пересмотре всех ахилий установленных одно-моментной методикой — фракционной (Зарницкий, Зимницкий и мн. др.).

В самом деле, фракционная методика С. Зимницкого построена на новейших завоеваниях школы И. П. Павлова. Завтрак Зимницкого в целом дает нам весьма ценные наблюдения о работе желудочных желез. Вот к примеру несколько наших случаев ложных ахилий с инертным типом секреции, которые может характеризовать приводимая ниже таблица.

Таблица № 1.

№№ иссл.	Диагноз по В. Ewald'y	Завтр. Б. Э. через 45 мин.		Диагноз по Зимницкому	1 завтрак Зим- ницкого								2 завтрак Зим- ницкого							
		Своб. НСl	Общ. к.		Через 15 м.	30 м.	45 м.	60 м.	Через 15 м.	30 м.	45 м.	60 м.								
													Своб. НСl	Общ. кисл.	Своб. НСl	Общ. кисл.	Своб. НСl	Общ. кисл.	Своб. НСl	Общ. кисл.
20	Achylia gastrica .	—	10	Gastr. chr. simplex	—	10	10	14	18	18	—	20	20	40	34	46	40	52	30	50
35	" "	—	12	Gastr. chr. subacida	—	14	—	16	—	18	—	32	—	30	10	38	32	50	32	52
31	" "	—	16	Gastr. chr. simplex	—	10	6	28	22	36	24	36	10	32	28	40	44	56	36	46
17	" "	—	18	" " "	—	20	14	30	40	54	50	64	8	24	10	36	40	56	58	68
15	" "	—	15	Gastr. chr. subac.	—	8	—	12	—	14	—	20	22	34	14	38	14	36	10	32
24	" "	—	14	" " "	—	8	—	22	14	40	26	48	4	18	8	30	28	38	14	26
28	" "	—	12	Gastr. chr. acida.	—	16	16	40	56	72	—	—	10	16	34	46	50	60	56	66

Завтраком С. Зимницкого довольно быстро и точно диагностируется простой гастрит там, где по Боас-Эвальду—ахилия. Если взглянуть в кривую цифр отделений желудочного сока при ложных ахилиях, то она имеет определенную тенденцию к повышению кислотности желудочного сока на вторичный раздражитель. Здесь ясно выступает инертная кривая отделения желудочного сока. Она, как правило, наблюдается почти в 100% случаев ложных ахилий, т. е. простых гастритов, распознаваемых методикой С. Зимницкого. Но могут возразить со сто-

роны эвакуаторной способности желудка, что здесь завтрак быстро эвакуируется и поэтому получается чистый желудочный сок. Надо заметить однако, что это далеко не так—эвакуаторная способность при ложных ахилиях в громадном большинстве случаев задержана, именно в 70% случаев и в 30% она нормальна или несколько ускорена. Несмотря на разбавление желудочного сока задерживаемым пробным завтраком, инертная кривая все-таки существует. Эта кривая секреция как раз и обуславливает ложность исследования работы желудочных желез по Боас-Эвальду. Из приведенных же цифр видно, что желудочные железы, почти не отвечая на первый раздражитель за первый час, на второй аналогичный раздражитель начинают усиленно выделять свой специфический сок.

Как же часто встречаются ложные ахилии, имеют ли они кроме чисто теоретического интереса и практическое значение? На данный вопрос следует ответить, что по моим наблюдениям оказывается, что ложная ахилия встречается в 50% случаев, а по данным других авторов еще больше—55% ложных ахилий, которые раньше диагностировались методикой Боас-Эвальда, как истинные ахилии (Зарницкий). А раз так, то естественно и лечение больного направляется совершенно по другому пути. И возражения противников против 2-х часового фракционного способа С. Зимницкого не вполне понятны. Интересно одно из их возражений—„нельзя же мучить больного 2-х часовым методом исследования по Зимницкому“. Но очевидно, что по их мнению можно годами исследовать по Боас-Эвальду и также годами проводить далеко нерациональную терапию. Но большая беда еще в том, что проводится не только ненужная терапия, но лечение приносящее сплошь и рядом вред больному. В самом деле, разве та диета, которая назначается при ахилиях, соответствует простому катарру желудка—врач знает, что нет. Противники тонкого зонда и фракционной методики, эти последние достижения в функциональной диагностике желудочных желез как будто не признают. Их подкупает кажущаяся скорость исследования методикой Боас-Эвальда. Но видим, что в 50% случаев они не могут обнаружить простой гастрит и определяют ахилию там, где ее нет и проводят терапию, которой далеко не помогают желудочным больным. Методика Боас-Эвальда с толстым зондом Куссмауля достаточно много и с пользой послужила желудочной патологии. Она может теперь спокойно уступить место более удачной и более точной функциональной пробе, каковой является методика С. Зимницкого с тонким зондом Эйнгорна. Проф. Зимницкий прав, когда пишет: „теперь уже мы обладаем и принципом и самой методикой, которая позволяет нам изучать не грубо материально, а тонко функционально жизнь секреторных рабочих клеток“.

Итак, из сказанного выше вытекает следующее положение:

- 1) 50% всех желудочных ахилий, диагностируемых методикой Боас-Эвальда, суть ложные ахилии, распознаваемые методикой С. Зимницкого как простые катарры желудка, или с пониженной кислотностью.
- 2) Инертный тип секреции желудочных желез при ложных ахилиях несомненно существует и характеризует тот или другой хронический гастрит.

- 3) Эвакуаторная способность желудка при ложных ахилиях задержана в 70% случаев.

Вот в самых кратких чертах то, что мы можем получить от сопоставления и применения этих двух методик Боас-Эвальда, с одной стороны, и С. Зимницкого—с другой.

Таким образом, ложная желудочная ахилия хорошо распознается методикой С. Зимницкого, но в отношении диагностики функциональных ахий она этого сделать не может. Здесь нам приходит на помощь адреналиновая проба.

И вот, переходя к разбору клинического материала по диагностике органических и функциональных ахий при помощи адреналина, отмечу, что методика, как упомянуто выше, очень проста. Дается обычный пробный завтрак С. Зимницкого с одновременной подкожной инъекцией 1 к. с. соляно-кислого адреналина, там, где при помощи этой комбинированной методики свободной соляной кислоты не получается, такой вид секреции считают органическим торпором—органическая ахилия, а если при этом обнаруживается своб. соляная кислота, то, следовательно, налицо имеется функциональный торпор, функциональная ахилия.

Вопрос о наиболее целесообразной диагностике функциональных желудочных ахий сравнительно новый, а поэтому существует масса положений, которые главным образом клинически и предстоит разрешить. Работами Квинке, Нотнагеля, Эвальда, Леви, Эйнгорна, Шмидта, Ноордена, Марциуса и мн. других был установлен весьма существенный факт: ахилия гастрика (anaciditas) может явиться последствием как органического страдания слизистой желудка с атрофией ее, так и результатом расстройства иннервации желудка. Отсюда, пожалуй, и начинаются поиски тех средств, которые бы могли дать возможность отличить функциональную желудочную ахилию от органической (адреналин, гистамин и др.). Видимо, у клинициста в каждом случае должен возникнуть вопрос: есть ли данная ахилия результат органического страдания или же она является последствием функциональных изменений нервной системы и, следовательно, при распознавании этих двух страданий внимание врача должно быть направлено на изучение отклонений в нервной системе и колебаний ее тонуса. И большинство работающих в этом направлении, начиная с Леубе, определенно связывают функциональный невроз желудка с расстройством нервной системы и, затем, начиная с Эппингера и Гесса с вегетативной нервной системой (М. Аринкин и Сиротинин).

В 1908 г. врачи обратили внимание на то обстоятельство, что Юкава (Япония) впервые констатировал повышение секреции желудочных желез от примененного им адреналина. Фабер и Шен также отметили повышение желудочной секреции от адреналина в $\frac{1}{3}$ своих случаев. В дальнейшем этот вопрос начал разрабатываться русскими клиницистами (С. Зимницкий, Аринкин и Сиротинин, Шварц и др.). Эти авторы приходят к выводу, что адреналин может усилить отделение желудочного сока. Но все же незначительное меньшинство врачей отрицает стимулирующее действие адреналина на желудочную секрецию—С. Щербаков, Гесс и Гундлах и др. Последние два автора констатируют тормозящее влияние адреналина на желудочную секрецию даже независимо от фазы пищеварения и способа применения адреналина—интрамукулярного или интравенозного, при чем торможение длится от 15 до 200 мин.; длительность и интенсивность действия зависели от дозы (С. Зимницкий). С. Щербаков, проводя опыты на собаках, нашел, что при подкожном впрыскивании адреналина в отравляющих и в малых дозах, количественно секреция почти не выходит из пределов нормы, качественно же переваривающая сила соков и его кислотность понижаются. Он приходит к заключению, что адреналин вызывает неблагоприятные условия для работы желудочных желез благодаря своему сосудо-суживающему действию и, по его мнению, понижение секреции зависит от анемии желудочной стенки. Но в последнее время Г. Сиротинин работал с желудочком, лишенным иннервации. В результате опытов он высказывается за то, что адреналин возбуждает окончание п. Splanchnici, или даже железистую клетку желудка. Им доказано, что адреналиновая инъекция собаке, даже без еды, сама по себе вызывает очень продолжительное и ясное сокоотделение после скрытого 40—50 мин. периода. Самой позднейшей работой по диагностике желудочных ахий при помощи адреналина являются клинические наблюдения С. Зимницкого. Он полагает, что адреналин дает возможность дифференцировать между собой органическую и функциональную ахилию. Наконец, попутно нельзя не отметить, что на последнем сентябрьском Съезде Германского О-ва по болезням пищеварения и обмена проф. Бергманн предлагает также учитывать и психогенные моменты для постановки диагноза при заболевании желудка. Он говорит: „нужно помнить о том, что мы сейчас живем в нервном веке „Neurosenwelt“ и считает, что терапевтические ошибки бывают, главным образом, на диагностической почве“.

Касаясь разбора собранного нами материала, в количестве 25 человек ахиликов, диагностированных по С. Зимницкому, отметим, что

эти наблюдения разработаны, главным образом, клинически. Всего же, как указано выше, нами обследовано было 50 чел. ахиликов, из коих для разбора осталась только половина случаев с органическими ахилиями. Кроме того, подвергнуты адреналиновой пробе 8 чел. с ложными ахилиями. Таким образом, завтраком проф. С. Зимницкого совместно с адреналином предполагалось отличить функциональную желудочную ахилию от органической.

При помощи адреналиновой инъекции и завтрака Зимницкого удалось диагностировать 20% функциональных ахилий и 80% органических. Эта цифра в 20%, получаемая благодаря адреналиновой пробе, безусловно требует от клиники самого внимательного к себе отношения. Ведь дело в том, что у этих больных с функциональным торпором не было раньше обнаружена своб. HCl методикой Боас-Эвальда, что подтверждено и завтраком С. Зимницкого. К тому же следует добавить, что эти 20% функциональных ахилий оказались у больных, преимущественно, в возрасте от 18 до 30 лет, т. е. в том периоде жизни, когда преобладает тонус парасимпатической нервной системы (Дрезель). Очевидно, функциональный торпор не только можно диагностировать с помощью адреналина в 20% случаев, но он, несомненно, существует в гораздо больших размерах, чем эти цифры. По личным впечатлениям случаи функциональных ахилий будут в дальнейшем увеличиваться прямо пропорционально количеству обследованных ахилий адреналиновой пробой в сочетании с методикой С. Зимницкого.

Вот таблица № 2, характеризующая адреналиновую пробу при функциональных желудочных ахилиях.

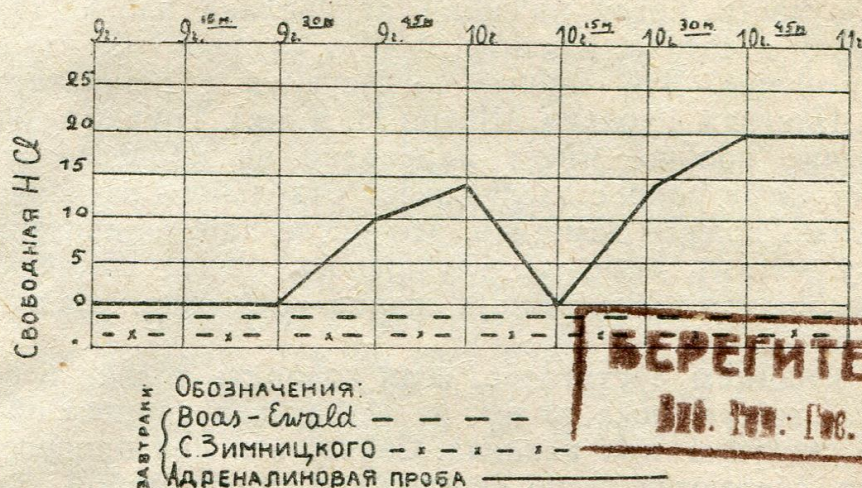
Таблица № 2.

№№ протокол.	Адреналиновая проба Диагноз:	1. Завтрак С. Зимницкого			2 завтрак			Завтрак С. Зимницкого без адреналина	Завтрак Боас-Эвальда
		Своб. HCl через 30 м.	Своб. HCl через 45 м.	Своб. HCl через 60 м.	Своб. HCl через 30 м.	Своб. HCl через 45 м.	Своб. HCl через 60 м.		
41	Achylia functionalis . .	—	10	10	—	—	—	Свободной	Свободной
10	" "	10	20	20	—	16	14	соляной	соляной
13	" "	—	10	12	12	20	20	кислоты не	кислоты не
5	" "	10	12	Сл.	10	Сл.	10	получено	получено
36	" "	—	Сл.	Сл.	Сл.	8	20		

Конечно, невозможно по многим причинам вдаваться в рассуждения о кажущемся парадоксальном действии адреналина на желудочную секрецию. Но все-таки приведенные цифры указывают на определенный факт получения свободной соляной кислоты после инъекции адреналина там, где завтрак Боас-Эвальда и С. Зимницкого ее не обнаружили. Адреналин, считаясь симпатикотропным веществом, должен бы ограничивать секрецию желудочных желез, но в клинике наблюдается часто наоборот. С приведенными цифрами таблицы согла-

суются исследования многих других авторов: Аринкин с Сиротининым, Юкава, С. Зимницкий и др. Таким образом, остается фактом, что при помощи адреналиновой пробы можно диагностировать функциональную желудочную ахилию.

Приводимая ниже кривая и характеризует отделение желудочного сока при применении трех функциональных проб: В.-Ewald'a, С. Зимницкого и адреналиновой пробы.



Зимницкий С., Mitsuda, Kuröda und Suda рассматривают иннервацию желудочных желез с двух сторон—это одна система, возбуждающая секрецию п. vagus и отчасти п. simpaticus и угнетающая работу желез желудка—симпатическая нервная система. Если это так, то, может быть, секреторная часть симпатического нерва, которая возбуждает выделение желудочных желез при помощи адреналина, начинает преобладать над той частью этого нерва, которая угнетает секрецию, и в результате позволяет распознать функциональную ахилию.

Здесь правы многие авторы, которые говорят по поводу наблюдающихся разноречивых результатов при исследовании ваготонии и симпатикотонии—надо собирать фактический материал и не торопиться с выводами (Krehl). Bauer дает такой же совет и предостерегает от широких заключений, подчеркивая совершенно справедливо, что степень достоверности и ценности материала определяется качеством методики исследований (Зимницкий С.).

Итак, адреналиновая проба, несмотря на свой кажущийся теоретический парадокс, в клинике дает много ценных указаний на характер заболеваний желудка. Здесь ясно можно видеть, имеется ли функциональный или органический торпор. В первом случае есть надежда на дальнейшую правильную работу желудочных желез и, наоборот, этой надежды нет при органическом страдании железистого аппарата желудка.

Нелишне взглянуть на то, когда наступает максимум секреции желудочных желез при адреналинизации. По литературным данным оказывается, что он действует после длинной латентной фазы. Поэтому полагают, что он влияет на секрецию, главным образом, во второй химической фазе (Ключарев С., Пронин, Кокошников, Трудоблюбов и др.). Первая же фаза часто оказывается вне влияния адреналина (Обушенков, Лазарева, Ключарев и др.). После адреналинизации удалось заметить, что свободная соляная кислота имеет тенденцию к увеличению чаще к концу первого и второго завтраков. Проф. Зимницкий даже говорит об отдаленной работе желез желудка после инъекции адреналина, как об адреналиновом последствии.

Таким образом можно заключить, что: 1) адреналинизация в совокупности с фракционной методикой С. Зимницкого дает возможность диагностировать как функциональную желудочную ахилию, так и органическую, 2) там же, где методика Боас-Эвальда и С. Зимницкого различают органическую ахилию, адреналиновая проба обнаруживает 20% функциональных ахий.

Теперь еще нужно сказать несколько слов о влиянии адреналинизации на общую кислотность при органическом торпоре. Понижение общей кислотности после инъекции адреналина наблюдалось в 15%, без изменений в 45% и, наконец, в 40% случаев отмечалось едва заметное повышение. Эти данные согласуются с результатами других авторов (Д. Плетнев, Гуревич, Шварц Н. и др.). Трудно сейчас сказать, какое значение вообще имеет адреналин на процессы желудочного пищеварения—этот вопрос заслуживает отдельного изучения. Со своей стороны только должен заметить, что после адреналинизации, на другой день, у многих больных улучшалось общее самочувствие—они меньше предъявляли субъективных жалоб—отрыжка, давление под ложечкой и др.

Будет не совсем достаточно, если говорить только о секреторной части работы желудочных желез, не затрагивая вопроса об эвакуаторной работе желудка при ахилиях. Сейчас эти два процесса секреции и эвакуации считаются тесно связанными между собой. Здесь можно привести следующие результаты. При органических ахилиях без адреналинизации завтрак перешел в 12-типерстную кишку через 45—60 минут в 65% случаев, не эвакуирован в 35%. Эти данные согласуются с исследованиями д-ра М. Шихова, определявшего эвакуаторную способность желудка по методу Пунина. После же инъекции адреналина получились почти обратные цифры—завтрак эвакуирован через 45—60 минут только в 20% случаев и не перешел в 12-типерстную кишку в 80%. Очевидно, адреналин, угнетая движения желудка, ослабляет его мускулатуру и тем самым тормозит эвакуаторную его деятельность. Если так, то понятен будет и большой процент задержки бульонного завтрака в желудке свыше 1 часа после адреналиновой инъекции. Завтрак же без адреналина в 65% случаев эвакуируется в 12-типерстную кишку своевременно. Видимо, желудок компенсирует свою угасшую секреторную способность эвакуаторной. Этим исключается возможность задержки пищи в желудке, особенно богатой белком, могущей подвергнуться нежелательному гниению (Л. Гротте и др.). Но в 35% случаев все же желудочное содержимое недостаточно передвигается в кишечник. Изучение моторной функции желудка при ахилиях является делом не только интересным, но прямо-таки необходимым для более успешных диагностических и терапевтических мероприятий.

И, наконец, два слова о микроскопическом исследовании желудочного содержимого, добываемого натошак при органической ахилии. Осадок чаще представляется в следующем виде: значительное количество гнойных шариков, эпителий, главным образом, плоский, а в далеко зашедших случаях даже цилиндрический и слизь. Систематического изучения желудочного содержимого, к сожалению, пока еще не ведется. Сплошь и рядом больше имеется литературных данных о посмертном изучении слизистой желудка. Прижизненно же мы недостаточно используем богатейший материал, каковым представляется осадок желудочного содержимого, где можно обнаружить обрывки слизистой, эпителий и другие форменные элементы. Нужно прямо ска-

зять, что мы очень и очень мало прибегаем к помощи микроскопа в диагностике желудочных заболеваний. Микроскоп должен занять почетное место среди других функциональных диагностических исканий—пробные завтраки, Рентген и т. д.

Итак, к диагностике желудочных ахилий я имел возможность подойти различными функциональными путями. Здесь применялся заслуженный, хотя и устаревший завтрак Боас-Эвальда и фракционная методика С. Зимницкого как с адреналином, так и без такового. В течение последних 3-х лет удалось подметить, что, с одной стороны, как будто легко диагностировать ахилию, но это оказывается не так. Факты показывают, что там, где при помощи завтрака Боас-Эвальда распознается истинная желудочная ахилия, методика С. Зимницкого обнаруживает в половине всех случаев ложные ахилии. Но и методика С. Зимницкого самостоятельно полностью не может диагностировать функциональную и органическую ахилию без применения адреналина. Лишь адреналинизация в совокупности с завтраком С. Зимницкого дает возможность различить функциональные ахилии. В то же время не осталась без внимания и моторная функция желудка—она также изучалась при ахилиях. Теперь уже почти все врачи согласны с тем, что эвакуаторная и секреторная работа желудка есть содружественный и весьма сложный механизм, не могущий отдельно изучаться один от другого.

Приведенные клинические наблюдения по диагностике желудочных ахилий, а равно литературные данные, позволяют сделать следующие выводы.

1. Желудочные ахилии должны быть диагностированы с помощью фракционной методики С. Зимницкого и адреналина.

2. Завтрак Боас-Эвальда дает 50% ложных ахилий, распознаваемых завтраком С. Зимницкого, как хронические катарры желудка.

3. Адреналиновая проба в совокупности с методикой С. Зимницкого констатирует 20% функциональных желудочных ахилий там, где предполагался органический торпор.

4. Завтрак С. Зимницкого без адреналина не дает полной уверенности в возможности диагностировать функциональный или органический торпор.

5. Адреналиновая проба должна применяться при ахилиях для отличия органического поражения желудка от функционального.

6. Определение эвакуаторной способности желудка по методу Скаллера при желудочных ахилиях вполне возможно и целесообразно, так как эта методика очень проста, точна и доступна каждому врачу.

7. Адреналинизация действует подавляющим образом на эвакуаторную работу желудка как при органических, так и функциональных ахилиях.

8. Инертный тип секреции желудочных желез, при ложных ахилиях, часто характеризует тот или другой хронический гастрит.

9. Эвакуаторная способность при ложных ахилиях в большом числе случаев понижена.

10. Эвакуаторная работа желудка при органических ахилиях в подавляющем большинстве случаев ускорена (без адреналина).

Литература: 1. Аринкин М. и Сиротинин Г.—Журн. Научн. Мед. № 11, 1923 г. 2. Азлецкий.—Сиб. Мед. Ж. № 5, 1925 г. 3. Архипиянц.—Терап. Арх. Т. I. 1923 г. 4. Benedict—Magenuntersuchung ohne Sonde. Centralblatt f. innere Medic. Nr 2, 1900. 5. Булавинцев.—Дисс. 1903. СПб. 6. Бабкин В.—Внешняя секреция пищеварит. желез. ГИЗ., 1927 г. 7. Бичунский М.—Пр. Мед. № 1 и 2,

1927 г. 8. Воас.—Диагностика и терапия жел. болезней. 9. Блюменфельд М.—Ирк. М. Ж. № 6, 1923 г. 10. Бударин Н.—Куб. Научн. Мед. В. Т. 5. 11. Вершинин Н. В.—Фармакология, как основа терапии, 11. Былина.—Русск. Врач № 13, 1913 г. 13. Вишневский А. и Беленький.—Арх. Клин. и Эксп. Мед. № 7—8, 1924 г. 14. Глинер С. и Бекенская А.—Терапевт. Арх. Том I, 1923 г. 15. Гехтман.—Ж. для Усов. Врач. № 9, 1925 г. 16. Гефтер А.—Тоже № 6, 1924 г. 17. Einhorn.—Achyilia gastrica, Hydrochlorhydria vortäuschend. Archiv f. Verdauungs-Krankheiten. Bd. VII. H. 1 und 2. 18. Зимницкий С.—О расстр. жел. секреции желез с точки зрения функц. диагностики, 1926 г. 19. Он-же.—Вр. Дело № 15—17, 1925 г. 20. Зарницкий Э.—Вр. Газ. № 17—18, 1926 г. 21. Katsch und Kalk.—Untersuchung des Magenschemismus. Klinische Wochenschr. Nr 46. 1925 г. 22. Иванов-Незнамов В.—Сиб. Арх. Теор. Кл. Мед. Т. 3, кн. 2, 1928 г. 23. Jukawa G.—Klinirchexperimentelle Untersuchungen der Adrenalin-wirkung auf die Magensdrüsen. Arch. f. Vordauungs-Krankh. Bd. XV. H. 2, 1908 г. 24. Курлов М. Г.—Клинич. лекции. Томск, 1927 г. 25. Кончаловский М.—Желудочная ахилия. Москва, 1911 г. 26. Кузьминых.—Дисс. 1892 г. СПб, 27. Каратыгин.—Русск. кл. № 5, 1924 г. 28. Кавецкий и Промахин.—Кл. Мед. № 13—14, 1927 г. 29. Казанский Н.—Дисс. 1901 г. СПб. 30. Коган Д.—Вр. Газ. № 19, 1926 г. 31. Лондон К.—Н. Т. Г., 1916 г. 32. Левин и Плетнев.—ГИЗ, 1926 г. 33. Лактионова.—Терап. Арх. Т. I, 1923 г. 34. Левин А. М.—ГИЗ, 1927 г. 35. Лепорский Н. И.—Сиб. М. Ж. № 7—8, 1922 г. 36. Ловцкий Я., Шварц Н. и Гехтманн.—Функц. диагн. забол. внутр. орган. ГИЗ, 1927 г. 37. Лучинин.—Вр. Газ. № 23—24, 1928 г. 38. Минц.—Вр. Газ. № 30—31, 1911 г. 39. Миркин А. и Лурья Р.—Врач. Дело № 1—2, 1925 г. 40. Мармур Я.—Кл. Мед. № 13—14, 1927 г. 41. Мюллер Н. и Гольдман.—Тер. Арх. Т. 7, вып. I. 42. Ланг Г. Ф. и Плетнев Д. Д.—Частн. Пат. и Терап. Вн. б-ней. ГИЗ, 1923 г. 43. Окунев Д.—Русск. Кл. № 28, 1926 г. 44. Осипов И.—Каз. Мед. Ж. № 5—6, 1928 г. 45. Остроумова Ю.—Тр. Кл. Ворон Гос. Ун-та. Т. 3, 1928 г. 46. Певзнер М.—Клин. Мед. № 23, 1928 г. 47. Первый Всеукраинский Съезд Терап., 1926 г. 48. Петрович А.—Врач. Дело № 20—23, 1924 г. 49. Пунин К.—Русск. Кл. № 28, 1926 г. 50. Riegel. -Zeitschrift für klinische Medic., 1899 г. 51. Сперанский.—Терап. Арх. Т. I, 1923 г. 52. Стражеско Н.—Вр. Дело № 15—17, 1925 г. 53. Саноцкий.—Дисс. 1893 г. СПб. 54. Straus und Galewski. -Medicin. Clinic. № 6. 1927 г. 55. Удинцев Г. Н.—Кур. Дело № 3—4, 1923 г. 56. Филимонов Д.—Тер. Арх. Т. I, 1923 г. 57. Faber K.—Achyilia Gastrica mit Anämia. Medic. klin. № 35, 1909 г. 58. Шварц.—Тер. Арх. Т. 3, 1923 г. 59. Шварц и Зельдина.—Ж. для Усов. Вр. № 1, 1924 г. 60. Шихов М. М.—Докл. на конф. врач. Тер. Фак. Кл., 1928 г. 61. Щербakov С.—Каз. М. Ж., 1923 г.

9) % St (палочкоядерных) увеличивается при кумысолечении до 15—20—25%.

10) % эозинофилов увеличивается до нормы и выше.

11) % моноцитов в результате кумысолечения увеличивается, достигая верхней границы нормы, иногда превышая ее.

12) Исследование морфологического состава крови дает ценный прогностический и диагностический масштаб и должно быть рекомендовано как один из более объективных методов исследования в течение легочного туберкулеза.

Литература.

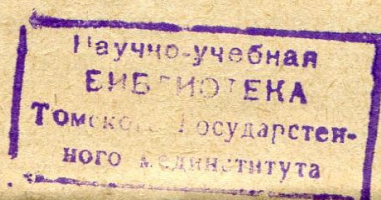
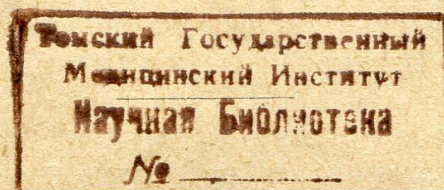
1) Рубель. — „Кумысолечение“. 2) Панченков. — „О картине белой крови“, „Вопросы туб.“, 1923 г. 3) Финкельштейн. — „О значении солнца в леч. тбс у детей“, „Вопр. туб.“, 1925 г. 4) Катеров и Неворожкин. — „Наблюдения над изменениями состава крови“. 5) Nacgeli. — „Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik“. 6) Horacio Crasso. — „Heliotherapie in the treat. of pulm. tub“. Am. Rev. of tub. 1924, 310. 7) Morawitz и Kuhl. — „Der Blutumsatz d. Norm unter versch. Bed.“ Kl. W. 1925. 8) Aimes. — „Heliotherapie“ 1925.

Dr. N. A. KRAMOW. Ergebnisse der Kumysbehandlung und die morphologische Zusammensetzung des Blutes.

Die allgemeine Kräftigung des Organismus und die Besserung des Lungenprozesses durch die Kumysbehandlung wird von einer Veränderung der morphologischen Zusammensetzung des weissen Blutbildes begleitet, während die Erythrozyten keine besonderen Schwankungen aufweisen. Der Hb-Gehalt des Blutes und der Färbeindex werden erheblich gesteigert. Abgesehen von der Lungentbc. ist die Kumysbehandlung besonders bei der hypochromen Anaemie und Rekonvaleszens angezeigt. Die Zahl der Leukozyten und speziell der Neutrophilen wird bei Hyperleukozytose vermindert und bei Leukopenie vermehrt. Dasselbe gilt von den Lymphozyten, deren Zahl sich bei Hyper—sowie bei Hypolymphozytose der Norm nähert. Die Zahl der stabförmigen Zellen steigt bei der Kumysbehandlung bis 15—25% an. Die Eosinophilie steigt bis zur Norm und höher. Die Monozyten erreichen die obere Grenze der Norm und darüber.

Dr. N. A. KRAMOFF. Résultats du traitement de koumis et la composition morphologique du sang.

Le renforcement général de l'organisme et l'amélioration de l'état des poumons par le traitement de koumis sont accompagnés d'un changement de la composition morphologique de la formule leucocytaire, tandis que les globules rouges ne sont pas sensiblement influencés. L'auteur constate l'accroissement de l'hémoglobine sous l'influence de la cure de koumis. Outre la tuberculose, le traitement de koumis est indiqué dans les cas d'anémie hypochrome et de convalescence. Le nombre des leucocytes et spécialement des neutrophiles baisse dans l'hyperleucocytose et augmente dans la leucopénie. La même chose s'observe dans les fluctuations du nombre des lymphocytes qui s'accroît dans les l'hypolymphocytose et diminue dans l'hyperlymphocytose. Le nombre des eosinophiles s'approche à la norme et la dépasse quelquefois. Les monocytes atteignent la limite supérieure de la norme et au dessus.



II. СОЦИАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ОТДЕЛ.

БОРОВОЕ, КАК ГЕЛИО И КУМЫСОЛЕЧЕБНЫЙ КУРОРТ.

Проф. И. М. Левашов.

Цель моего настоящего доклада—выявить определенные свойства курорта „Боровое“, выявить его лечебное значение и поставить в определенную графу среди других курортов.

Хотя в этом отношении литература этого вопроса уже обширна, но она не приведена в систему, и не с достаточной объективностью обрисовывает этот курорт—„Сибирскую Швейцарию“, „ту дивную страну в степной глуши, тот рай земной, который зовется „Боровое“ и т. п. Попытки системного описания целебных свойств Борового мы видим в работах Александра, Мультановского, Курлова и единичные исследования кумыса, вод, солнцелечения.

Я позволю себе в данный момент вкратце дополнить системные описания лечебных свойств Борового б. м. новыми данными, вытекающими из моих наблюдений в сезоны 1924 и 25 гг., т.-е. за два курортных года и попытаться дать курорту, хотя-бы в будущем, его надлежащее место.

Боровое издавна создало себе славу противотуберкулезного курорта, где чувствовали себя и даже поправлялись тяжелые активные формы и куда с каждым годом все более и более стремятся туберкулезные больные. Как ни странно, но Боровое имело больных из Крыма, Кавказа, Оренбурга и даже Египта и других местностей. У больных, лечащихся в Крыму, наблюдались ухудшения—в смысле кровохаркания и повышения температуры; при переезде в Боровое все явления быстро затихали и состояние больных улучшалось (Тучнина).

После довольно утомительной поездки через Петропавловск по Кокчетавской жел. дор. и на лошадях в примитивных экипажах (карабах-легчанках), в лучшем случае на авто-дрезинах и санитарных автомобилях по безлесной малозаселенной ровной степи (от Петропавловска 250 верст), Вы как бы натываетесь на брошенный природою оазис, где сосредоточены все богатства, все средства для физического и морального оживления утомленного бесконечною степью путешественника и ослабленного теми или другими болезнями организма. Здесь брошены красивые, ласкающие взор горы, здесь великолепные озера с массой рыб и птиц, здесь беспыльный озонированный и частью разряженный воздух, здесь целебный кумыс; даже в смысле одежды: великолепные пледы—платки киргизской работы и барашковые коврики...

Главный горный хребет—Синюха и ряд более мелких (Буилук-Тау, Бабушкин перевал, Оксжипес и др.) как-бы полукольцом охватывает и внедряется в курорт, защищая его от северных и северо-западных ветров и, кроме того, тучи, идущие с запада, благодаря такому расположению гор как-бы рассекаются и направляются в сторону от Борового и тем самым дают ему много ясных солнечных дней, а восток Сибири дает большое суточное количество солнечных часов.

Если Вы войдете на первую сравнительно небольшую гору Буилук-Тау (около 200 метров над Боровым), по южному склону которой расположена

При дальнем под'еме в 1200 метров	690	в 3 ч. 10 м.
" " " " 1400 "	685	
" " " " 1500 "	682	в 3 ч. 25 м.
При спуске у ключа	713	в 4 ч. 25 м.
" " " дегтярного завода	724	в 6 ч. 25 м.
" " в центре кур.	730,0	в 7 ч. 25 м.

Вот эти два фактора — беспыльный и разряженный горный воздух, да еще с примесью озона-скипидара окружающего соснового бора—способствуют более совершенной и исцеляющей вентиляции легких. Даже тяжелые легочные больные с большой жадностью поглощали горный воздух и чувствовали громадное облегчение. Народный Комиссар Здравоохранения Н. А. Семашко лично убедился в этом, взойдя в знойный день на сравнительно небольшую гору „Буйлюх-Тау“: „как хорошо, как легко дышется“— вот были его слова.

Я припоминаю свою первую экскурсию на Синюху (1500 метров от центра курорта, которая над уровнем моря 340 метров) совместно с больными в количестве около 20 человек, среди которых были более легкие и более тяжелые формы заболевания легких. После приблизительно 12-верстного путешествия на лошадях, нужно было около 1½ километра подниматься пешком по довольно крутому под'ему и каменным наслоениям. Сразу-же обозначились—степень заболевания легких и выносливость сердца. Получилась вереница женщин и мужчин, идущих гуськом и постепенно перегоняющих друг друга и отстающих; эта вереница растянулась сперва на десятки, а потом и сотни метров: передовики более здоровые, затем средние, а сзади тяжелые. Я оказался в соседстве с самыми тяжелыми. Приходилось останавливаться и отдыхать (от 10 до 20 раз) при резком учащении пульса до 140 ударов. Зато вблизи вершины, где уже и растительность более бедная, Вы вдруг чувствуете облегчение, дыхание становится свободным, пульс более редким, чувствуете прилив сил. С удивлением смотрю, как меня догоняют и обгоняют более слабые больные. „Идем дальше, профессор, чувствуется хорошо“ — вот слова слабых больных. И вот все мы, правда, в разное время, но с большим под'емом сил докарабкались до вершины и счастливы были как своим самочувствием, так и открывшимся видом с окружающими отливавшими разнообразными цветовыми оттенками до 70 озер, видимых хорошо в бинокль. Невольно напрашивается мысль об устройстве здесь небольшой санатории или пункта для наблюдения и лечения легочных больных, при условии усовершенствования под'ема хотя-бы в виде цепных вагончиков.

Таким образом, курорт Боровое располагает усиленной озерами гелиотерапией, беспыльным и разряженным воздухом, а также горным климатом.

Наблюдения над действием разряженного воздуха на различных высотах велись в довольно широком масштабе по моему предложению в сезонах 1924 и 25 гг. При восхождении на горы (Настасьена горка, Буй-Люк-Тау, Синюха) с различной скоростью мы совместно с д-рами Петровым и Чичилимовой определяли пульс, дыхание, пневмометрию, кровяное давление, кроме того, обращали внимание на самочувствие больных, их утомляемость, потоотделение, состояние желудка (натощак или после еды) и т. п. Таких наблюдений произведено свыше 600—работа эта будет своевременно опубликована. Общие выводы, которые можно сделать из полученных цифр, сводятся, с одной стороны, к диагностическому, с другой — к терапевтическому значению. По этим цифрам можно судить, какой орган у данного больного более вынослив—сердце или легкие и какой эффект получается при восхождении на горы,—тотчас, спустя некоторое время и при повторных восхождениях.

Осталось мне добавить еще одну специфическую лечебную силу курорта Борового—это его ковыльный кумыс.

Боровской кумыс издавна славится своим целительным качеством. Приготавливается он из молока кобылиц, вскормленных обильными ковыльными травами степей Боровского района. Если Вы сорвете ковыльную травку, то в каждой былочке найдете плодик величиною примерно в $\frac{1}{4}$ овсинки, по вкусу сладкий и напоминающий слегка вкус овса. К сожалению, анализ этих овсинок сделать не мог и в литературе не нашел указаний на анализы ковыля и ковыльных овсинок. Можно лишь предполагать, по аналогии с анализами овса, что ковыль содержит легко усваиваемые белки, быть может и протеины, а также углеводы. Киргизские лошадки, вскормленные ковылем, если и невзрачны на вид, тем не менее очень выносливы и крепки. Естественно, и молоко таких кобылиц содержит, если можно так выразиться, „геркулин“ ковыля. Боровое пользуется кумысом, приготавливаемым киргизами в аулах и были попытки использовать кумыс приготовленный лабораторным путем. Этот последний оказался по некоторым причинам не вполне удовлетворительного качества, а именно содержал слишком много различных диплококков, много сахара (до 2%) и слишком мало дрожжевых грибов, которые при микроскопическом исследовании оказались мало жизненными. Недостаток лабораторных принадлежностей в смысле улучшения культур для лабораторного кумыса заставил нас временно отказаться от лабораторного кумыса и использовать турсучный киргизский кумыс. Этот последний приготавливается в аулах под ветеринарным надзором. Но и этот надзор кладет свой отпечаток на качество кумыса. Когда меня приглашали представители Кирреспублики на кумыс, доставленный из более отдаленных аулов, кумыс — чисто киргизский, то указывали, что данный кумыс по своему качеству стоит выше „вашего Боровского“.

Кумыс киргизами приготавливается в турсуках (кожаных мешках) с особыми деревянными сбивалками; эти турсуки по году не моются, в них живут разного рода бродильные грибки, в том числе и дрожжи. Кобылье молоко вливается в эти турсуки и взбалтывается; в некоторых аулах киргизы вешают турсуки в дверях юрт, чтобы каждый входящий и выходящий взбалтывал кумыс. Повидимому, цель этих приемов — оживление дрожжей дачей им для дыхания кислорода воздуха. Исследование турсучных дрожжей показало их жизненность и различные формы.

Несмотря на тщательное лабораторное приготовление кумыса проф. Горовиц-Власовой, несмотря на энергичную защиту и исчерпывающие способы приготовления лабораторного кумыса, все-же, по моему мнению, вопрос этот требует дальнейшей проработки и детального изучения как различного вида дрожжей, так и их жизни. Позволю себе поделиться наблюдениями, сделанными совместно с д-ром Земляничным над действием кумыса Боровского и дальне-аульного специфического киргизского. Больные для наблюдения были выбраны, по возможности, однородные, — часть из них исполняли все наши советы, а часть (правда, киргизы) были отправлены в дальние аулы, при чем те или другие с резко выраженными активными формами.

Результат, при повторных наблюдениях, показал резкое улучшение общего и объективного состояния у дальне-аульных и медленное сравнительно небольшое у лечащихся Боровским кумысом. Но в огромном большинстве случаев Боровской кумыс однороден с дальне-аульным и потому его можно поставить на первое место из всех кумысов нашей Республики.

К условиям, влиявшим на не вполне благоприятное действие кумыса, необходимо указать на не вполне продуманное назначение кумыса лечащими врачами и на недостаточно сознательное отношение лечащихся к этому напитку. Одни больные совершенно не переносят кумыс (идиосинкразия, состояние желудка и кишечника), пьют насильно, пьют больше чем требуется,

прямо отказываются его принимать, а третьи, без всякого разрешения, выпивают кумыс своих товарищей. А вывод тот, что во многих случаях кумыса не хватает, чтобы удовлетворить требования врачей — поставщики доставляли кумыс недостаточно выбродившимся и даже прикупали на рынке и смешивали.

Отсюда и все наблюдения над действием кумыса оказывались не вполне ценными. Все-же должен сказать, что работы в этом направлении приняты, некоторые закончены, некоторые в стадии разработки. Интересные работы: действие различных сортов кумыса на функции желудка и 12-ти перстной кишки, действие кумыса на иммунитет (температурная и очаговая реакция) и т. п.

Я не буду утруждать вашего внимания на значении кумысо-лечения для тех или других заболеваний, так как то положение, которое выработал Постников, — остается в силе и теперь — *Nutrit, Roborat et Alterat*, только толкование этих слов мы несколько видоизменим.

Nutrit — улучшает усвоение питательных веществ и в этом отношении приближается к овощным сокам и дает нам белки в наиболее усвояемом виде.

Roborat — укрепляет, дает силы, благоприятно изменять кровь, омолаживает организм и увеличивает сопротивляемость наших тканей и тем самым *Alterat* — обновляет весь организм.

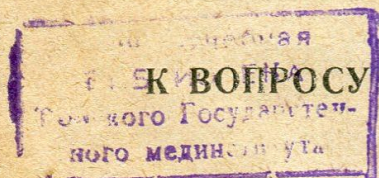
Общее впечатление от Борового, как кумысо-лечебного курорта, таково, что если у нас улучшаются общие меры по борьбе с туберкулезом, проводимые с достаточной энергией, если у нас в лучшую сторону изменяются социальные и профессиональные условия, если у нас введены НОТ, норма питания, отдыха, начиная с домов Матери и Ребенка, — то можно утверждать, что заболевший, или ослабевший организм в Боровом получит полное излечение и мы обгоним в этом отношении наших зарубежных соседей.

Prof. I. LEWASCHOW. Borowoie als Sonnen—und Kumyskurort.

Es werden die klimatischen Eigenschaften von Borowoie gerühmt und die Vorzüge des dortigen Kumys hervorgehoben, der zwar nicht Laboratorienmässig hergestellt wird, jedoch therapeutisch sehr wirksam ist.

Prof. LEVACHEFF. Borowoie comme station héliotherapeutique et à koumis.

L'auteur préconise les propriétés climatiques de Borowoie et les qualités excellentes du koumis de l'endroit, bien qu'il n'est pas préparé dans des laboratoires spéciales, mais dont les propriétés thérapeutiques sont superbes.

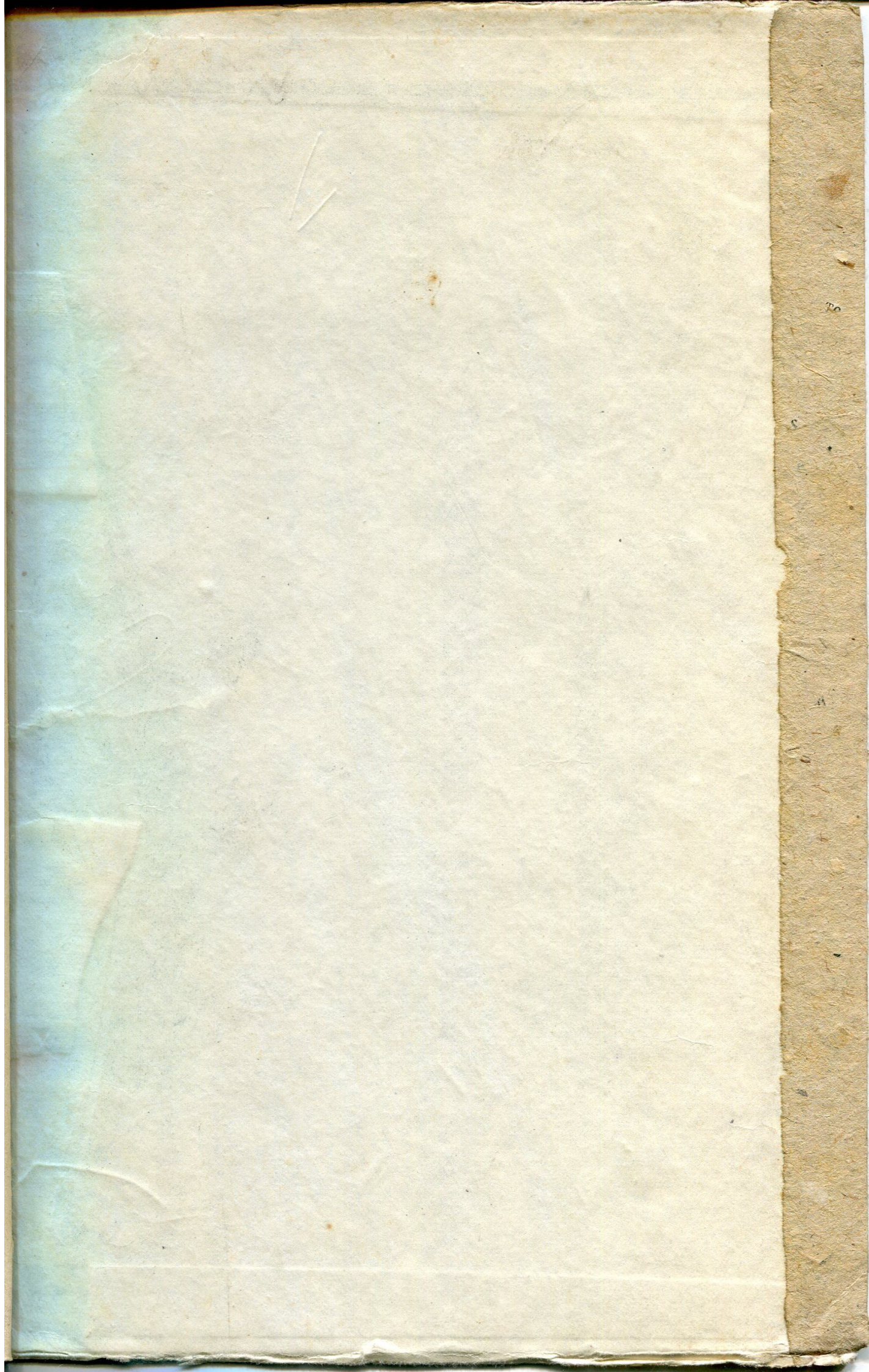


О РЕОРГАНИЗАЦИИ КУМЫСОЛЕЧЕБНОГО ДЕЛА В НИЖНЕ-ЗАВОЛЖСКОМ КРАЕ.

Д-р С. Лисунов.

Всем известно, что наше кумысолечебное дело перед империалистической войной, благодаря, с одной стороны, колоссальному требованию на лечение кумысом, а с другой — алчности кумысовладельцев, докатилось до такого предела, ниже которого идти уже было невозможно. Говоря это, я имею в виду, главным образом, производство кумыса и что связано было с этим последним.

Нужно сказать, что о правильной постановке кумысолечебного дела вообще в России до революции как будто никто и не думал, хотя лечение кумысом практиковалось у нас, по моему подсчету, в 20 губерниях. Правда, о кумысе время от времени делались доклады на Пироговских врачебных



13. 100.