

парных органов, предложенную и экспериментально обоснованную проф. А. Д. Сперанским.

Проделанные нами опыты на кроликах и морских свинках убеждают нас, что происходящие под влиянием сифилитического антигена в процессе искусственной иммунизации или заболевания иммуно-биологические явления в организме животного отражаются и на состоянии реактивной способности роговой оболочки, делая ее чувствительной к таким дозам антигена (люэтина), на которые нормальная роговица не отвечает. Учитывая этот факт в связи с указанными в начале этого сообщения взглядами на значение анафилактических процессов в патогенезе паренхиматозного кератита, мы склонны рассматривать полученные нами данные как лишнее доказательство в пользу выдвинутого впервые Wessely положения.

Наши опыты позволяют нам сделать следующие выводы:

1) Под влиянием искусственной иммунизации кроликов и морских свинок взвесью убитых спирохет сифилиса по Klopstock'y, а также экспериментальной сифилитической инфекции (у кроликов) роговица глаза приобретает повышенную чувствительность к интерламеллярному введению люэтина.

2) При введении люэтина реакция может наблюдаться не только в препарированном глазе, но и в необработанном (симпатизирующем).

3) В опытах на кроликах описанные явления наблюдаются незакономерно, тогда как морские свинки дали нам в этом отношении постоянные результаты.

4) Наши опыты дают лишнее доказательство в пользу участия явлений анафилактического порядка в патогенезе паренхиматозного кератита.

Литература: 1) Igersheimer J. Syphilis und Auge.—2) Szily A. Die Anaphylaxe in der Augenheilkunde.—3) А. Д. Сперанский. Нервная система в патологии.—4) Wessely. Experimentelle Untersuchungen über Reizübertragungen von einem Auge auf das andere. A. f. O. 1900 B. 123.

Из Пропедевтической терапевтической клиники Казанского гос. универс.

К вопросу о кислотном диатезе у язвенных больных¹⁾.

В. Ф. Якимова.

В 1926 г. почти одновременно появляются сообщения заграницей Балинта, у нас — покойного С. С. Зимницкого, где старая биохимическая теория Лейбе и Пави, объяснявшая образование язвы желудка недостаточностью нейтрализации кислого желудочного содержимого вследствие понижения щелочности крови, — получает новое освещение. Балинт, на основании экспериментальных данных своих и своих учеников над больными заведываемой им клинкой, Зимницкий, на основании изучения у язвенных больных автономной нервной системы (орд. Ланде) и успешной щелочной и инсулиновой терапии, пришли к одному и тому

¹⁾ Сообщено в заседании Общества врачей при Казанском университете 2/IV 1929 г.

же выводу в разрешения вопроса о патогенезе круглой язвы желудка. Каковую они рассматривают как следствие и своеобразное выявление ацидоза тканей, т. наз. кислого диатеза. Следствием этого диатеза, по мнению Зимницкого, является дистония вегетативной нервной системы с определенным повышением *vagotonus'a*, сопутствующей ему спазмофилией, что наблюдается при язвах, холециститах, аппендицитах и при многих других спастических состояниях ж.-к. тракта. Это совпадение выводов двух исследователей, шедших совершенно различными путями к разрешению одного и того же вопроса, по мнению Зимницкого, является лучшим доказательством правильности сделанного вывода.

Трудно объяснимый факт периодичности болевых приступов у язвенных больных, по мнению Балинта, хорошо увязывается с выдвигаемой им теорией патогенеза язвы, так как этот факт хорошо согласуется с данными исследований Штраубе, по которым кислотно-щелочное равновесие одного и того же индивидуума показывает известную, связанную с временем, периодичность. Как практический результат своего сообщения Балинт выставляет положение, что принцип лечения круглой язвы должен лежать не в нейтрализации желудочного содержимого, а в алкализации всего организма. Не трудно видеть, что это „новое“, как говорит Зимницкий, в патогенезе круглой язвы, есть дань увлечения физико-химическим направлением современной медицины.

Для более ясного представления сущности гипотезы Балинта, Зимницкого, мы позволим себе вкратце остановиться на литературных данных последних двух лет по затронутому вопросу.

Прежде всего о наличии кислого диатеза, по мнению Балинта, можно говорить только у тех лиц, *Ph* крови которых при 18° С равняется в среднем 7,55. *Ph* крови = 7,59 есть средняя величина здоровых людей (определение по способу Холло-Вейсса). Вторым условием кислого диатеза, являющегося основным моментом, предрасполагающим к образованию язвы желудка, является ацидоз тканей, о котором Балинт делает заключение по предложенной им пробе с ощелачиванием. По данным Балинта моча здоровых лиц после введения им 20 г. с. 80% раствора соды в вену сильно ощелачивается; моча же язвенных больных после этой пробы или совсем не ощелачивается, или ощелачивается очень незначительно даже после введения двойной дозы. По Балинту увеличение *Ph* мочи через 2 часа после внутривенного введения вышеуказанного раствора соды более чем на 0,7 дает отрицательную реакцию на ацидоз тканей, увеличение же на 0,5 и меньше положительную реакцию на ацидоз тканей. Не касаясь сущности предложенной Балинтом пробы, необходимо отметить, что по его данным исследования, производимые в безболевой, латентный период язвы у тех же больных, давали величины, сдвинутые в щелочную сторону.

Поппер, предпослав предварительную основательную критику данных Балинта, сообщает о собственных результатах произведенной им пробы с ощелачиванием у больных, где диагноз колебался между язвой, раком и желчными камнями печени. У всех больных диагноз проверялся последующей операцией. Поппер получил при вышеуказанных заболеваниях пробу положительной одинаково часто в процентных соотношениях как у язвенных, так и у неязвенных—раковых; холециститы же дали даже 80% положительных результатов. Лифшиц, исследуя щелочной

запас крови по Van-Slyke у 25 желудочных больных (из них 14 — язв, 5 рака, катарра спайки, 3 ахилии, 3 гиперсекреции), у всех нашел колебания щелочного запаса крови в пределах нормы (56—65); вообще для желудочных больных и гиперсекретиков и ахиликов щелочной резерв крови не типичен, и говорить о кислом диатезе у язвенных больных, по мнению автора, нельзя. Михлин, изучая напряжение CO_2 альвеолярного воздуха, которое является одним из ценных методов определения кислотно-щелочного равновесия (Скворцов), нашел колебания этой величины при нарушениях желудочной секреции (гиперацидитас и анацидитас) в пределах нормы.

По изучению вопросов о взаимоотношениях между желудочной секрецией, кислотно-щелочным равновесием, обменом хлора и тонусом вегетативной нервной системы имеется ряд работ, вышедших из клиники Гранстрема. Ценность этих работ усугубляется тем обстоятельством, что здесь осуществлена попытка изучить сложные взаимоотношения по указанному вопросу на одних и тех же больных. Так, изучение колебания резервной щелочности показало, что таковая сохраняется в общем в физиологических пределах, со средней величиной ее у гиперацидиков (61,7) несколько выше, чем у анацидиков (59,3). Средняя величина рез. щел. у язвенных больных (56,9), независимо от характера секреции, оказалась ниже средней величины нормацидиков (60,2%) (Введенский). Наклонность к ацидозу по анализам мочи с нагрузкой щелочами была найдена у гиперацидиков и у язвенных больных, что автором ставится в связь с характером желудочной секреции (Бельтюков). Кроме того наблюдения Бельтюкова вполне совпадают с данными Янсена и Карбаума в том, что пищеварительную алкалиурию нельзя объяснять только одним желудочным пищеварением: повидимому, причинами ее являются частью кишечное пищеварение, частью всасывание из кишечника и процессы ассимиляции. Понижение цифр титрационной кислотности мочи и уменьшение аммиака часто наступает при нормацидности, гиперацидности и у язвенных раньше, чем наступает обильное выделение HCl во время пищеварения.

Аналогичный факт находится в работе Фортальнова, из той же клиники, который наблюдал, что Cl крови начинает уменьшаться до пробного завтрака, а после пробного завтрака начинает медленно повышаться: последнее объясняется быстрой мобилизацией тканевого хлора и перехода его из тканей в кровь. Работа Фортальнова интересна еще тем, что в ней отмечается автором факт особой склонности гиперацидиков и язвенных задерживать NaCl после нагрузки ею, что, повидимому, можно рассматривать как показатель общих конституциональных свойств этих больных.

Что касается вопроса о влиянии щелочения на понижение тонуса вагуса, каковой якобы, по заявлению С. С. Зимницкого, зависит от кислого состояния среды, то результаты наблюдений Шендерова находятся в прямом противоречии с положениями Зимницкого. Щелочение больных в клинике Гранстрема приводило к повышению тонуса парасимпатической нервной системы.

Теория кислотного диатеза патогенеза извы желудка проверяется как на клинических больных, так и экспериментально на животных в клинике Кочаловского, результатом чего явилось сообщение Тол-

качевской. Гальперн, Юровской на тему „К вопросу о кислотном диатезе при язве желудка“. Авторы этой работы проверяли наличие ацидоза у соответственных больных путем изучения колебаний AR с одной стороны, а с другой,—путем учитывания количества аммиака и фосфатов мочи, являющихся главными факторами в деле удержания кислот.-щелоч. равновесия организма. Почка является одним из главных регуляторов кислотно-щелочного равновесия. Как отражается на щелочном запасе организма нарушение этой функции при заболевании почек, мы уже указывали в своей прежней работе. С другой стороны, при условии здоровой почки реакция мочи (Ph), а главным образом, количество аммиака, или лучше так называемый редуцированный аммониакальный коэффициент по Гассельбальху, является ясным показателем сдвига реакции в ту или другую сторону. Изучение всех вышеуказанных факторов, могущих говорить о кислотном сдвиге у язвенных больных, в клинике Кончаловского выяснило отсутствие какого-либо сдвига реакции организма в кислую сторону, а именно: отсутствие у язвенных больных гипокапнии, отсутствие сдвига реакции мочи в кислую сторону и отсутствие количественных изменений в моче аммиака и фосфатов.

Явным противоречием положению Зимницкого о зависимости ваготонии со спазмофилией от ацидотического состояния тканей, кроме вышеуказанной работы Шендерова, стоит факт прямой зависимости тетании, являющейся клиническим типом резкого спазмофильного состояния, от алкалоза, а не от ацидоза. К тем же результатам, что и Шендеров, пришли сотрудники Госп. кл. В.-М. академии при изучении связи экспериментального алкалоза с тонусом вегетативной нервной системы. Вызывая алкалотическое состояние организма путем откачивания желудочного сока после неоднократной дачи раздражителя и проверяя наличие алкалоза путем определения щелоч.-зап. крови по Van-Slyke, кислотности мочи, Ph мочи, аммиака, мочевины, авторы получили в ряде случаев значительное повышение тонуса вагуса. На основании своих данных авторы высказываются о невозможности на основании изучения только тонуса вегетативной нервной системы без одновременного изучения кис.-щел. равновесия, делать заключение об ацидозе тканей.

Одним из клинических факторов, подтверждающих якобы правильность выдвигаемой теории кислотного диатеза при язве, по мнению творцов ее, является благоприятный эффект метода Sipru, ощелачивающее действие коего сводится не к местному, а к общему сдвигу реакции тканей в сторону повышения Ph. О таком же благоприятном эффекте у язвенных больных говорит Кушелевский, применяя у них исключительно только диету Яроцкого, как известно сдвигающую реакцию тканей к ацидозу, значит приводящую к окислению, а не к ощелачиванию организма.

Холлер и Блох, изучая взаимоотношения между Ph крови и желудочной секрецией во время пищеварения, хотя и нашли у гиперациков сдвиг Ph крови в кислую сторону,—и чем выше функция желудочной железы, тем сильнее этот сдвиг крови,—все же в своей работе о патогенезе язвы желудка и 12-перстной кишки дают определенное заключение, что ни гиперацидность ж. с., ни повышенная концентрация ионов крови не являются этиологической причиной язвы. Оба эти фактора являются вторичными симптомами существующего основного страда-

ния и зависят в конечном итоге от функционального состояния желез желудка. Так, по авторам, при одновременно существующей язве и функциональной слабости железистого аппарата желудка, даже ахилии, кислой реакции крови, описанной Балингом, нет. С другой стороны, случаи простой гиперацидности без язвы дают кислую реакцию крови.

Заканчивая литературный обзор, далеко не исчерпав скопившегося огромного материала по данному вопросу, мы позволим себе привести еще одну работу сотрудников клиники проф. Балинта о реакции крови у карциноматозных больных в связи с функцией почек. Путем изучения у 29 заведомо карциноматозных больных реакции крови, тканей, выделительной функции почек по отношению к хлору, воде, азоту и ионам карбоната авторы пришли к заключению, что у карциноматозных больных имеется нарушение кисл.-щел. равновесия в сторону алкалоза и что этот сдвиг может быть только отчасти объяснен недостаточной функцией почек, так как в большинстве случаев ее не было.

Интересуясь вопросом кислотно-щелочного равновесия, мы в течение 2-х последних лет в клинике занимались исключительно проверкой новой теории кислотного диатеза у язвенных больных, результатом чего и является данное сообщение. Для этой цели у большинства больных клиники с заболеванием желудочно-кишечного тракта нами определялся AR плазмы по Van-Slyke, как показатель кислотно-щелочного равновесия крови, и у тех же больных производилась по Балинту проба с ощелачиванием, по каковой, как указано выше, по мнению автора, можно судить о сдвиге реакции тканей. При производстве пробы Балинта нами определялась активная реакция (Ph) мочи в 3-х порциях: 1) в утренней порции—6 час. утра (ночная моча); 2) в 9 ч. утра до введения соды; 3) в 11 ч. дня—через 2 часа после введения соды. Все больные во время исследования и за несколько дней до него получали однообразную молочную диету. Всего под нашим наблюдением было 36 человек, из которых у 14 была язва желудка или 12-перстной кишки, у 6—последствия таковой в виде той или другой степени стеноза привратника с расширением желудка, один случай *ulcus pepticum jejunum*, развившейся после гастроэнтероанастомоза; у остальных различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Ни у одного из больных не было клинических указаний на заболевание органов, могущих повлиять на состояние щелочного резерва (почки, печень, легкие, сердце). Кровь бралась утром натощак, по возможности после предварительного покоя больного. Все данные наших наблюдений нами представлены в таблицах, к рассмотрению которых мы и позволим себе перейти.

Таблица № 1.

Характер желудочной секреции	Резервная щелочность (AR) по Van-Slyke в объемн. % CO ₂				Проба Балинта		
	Ниже 53	От 53—64	От 64—77	Среднее	Полож. +	Отрицат. —	Неясн. +-
Normaciditas . . .	0	8	0	59,9	3	3	2
Hypersecretio . . .	1 (52,1)	19	2	60,3	10	10	2
Subaciditas	0	1 (56)	1 (67,1)		1	1	0
Anaciditas	0	3	0	59,3	0	3	0
Итого . . .	1	31	3		14	17	4

Рассматривая таблицу № 1, можно видеть, что в 97,2% наших случаев AR плазмы колебался в довольно узких нормальных пределах, независимо от характера секреции желудка. Только в одном случае гиперсекреции мы имеем AR плазмы как бы сдвинутым в сторону ацидоза, лежащим ниже нижней границы нормы—52,1; это случай большой язвы малой кривизны желудка, перфорировавшейся через три дня после исследования.

Самый высокий AR в группе гиперсекретиков—65,3. Средние величины AR нормацидиков и гиперсекретиков почти совпадают как друг с другом (59,9%, 60,3%), так и с величинами, найденными другими авторами (Введенский, Лифшиц). Повидимому можно сказать, что характер желудочной секреции даже с ее крайними проявлениями, от hyperaciditas до полной anaciditas не оказывает влияния на щелочной резерв организма в смысле его постоянной установки, характерной для той или другой секреторной деятельности желудка. Да это и понятно: ведь если и происходит сдвиг в щелочном резерве в сторону повышения во время секреторной деятельности желудка, вследствие ухода иона хлора из крови (Гейлмайер, Янсен, Арнольди, Шехтер), то эти колебания AR—явление преходящее, быстро выравнивающееся с началом поджелудочной секреции, с уходом в кишечник щелочных валентностей, в связи с чем наблюдается последующее понижение напряжения CO_2 крови (Доддс и Мак-Интош). По данным Введенского щелочной резерв увеличивается на высоте пищеварения больше всего у гиперацидиков, в среднем на 3,9 объем. % CO_2 . Это вполне совпадает с данными о пищеварительном алкалозе, указанными нами в первой нашей работе 1926 г.

Какой-либо зависимости между характером секреции желудка и пробой Балинта с ощелочением подметить нам не удалось (см. табл. № 1). Последняя выпадала почти одинаково часто то положительно, то отрицательно при одном и том же характере секреции. Только в случаях анацидитас мы ни разу не имели положительной пробы.

Взаимоотношения между величиной AR плазмы, пробы Балинта и характером заболевания нами представлены на таблице № 2 (стр. 236).

Из табл. № 2 видно, что почти при всех заболеваниях желудочно-кишечного тракта AR колеблется в очень узких пределах, от 56 до 64,0 с средней величиной его в 59 объем. % CO_2 ; здесь наши цифры выше цифр, полученных д-ром Введенским (56,9%). Самый низкий щелочной резерв (все же выше величины умеренного ацидоза)—49,3% был у больной с печеночной коликой и калькулезным холециститом. Характер желудочной секреции у этой больной остался неизвестным. Активная реакция мочи этой больной в 3-х утренних пробах была резко сдвинута в кислую сторону, но все же у самой еще нижней границы нормы—5,00 (4,7—7,4 нормы). Проба Балинта была положительной. Здесь по всем данным имелся случай сдвига в сторону ацидоза негазообразного, скорее всего объясняющегося нарушением функции печени. Самый высокий щелочной резерв 67,1 получился у больного со стенозом пилоруса, подтвержденным операцией. Здесь сужение привратника сопровождалось обильным выделением натошак сока с пониженной кислотностью.

Таким образом, если судить по величине AR, который в среднем у язвенных больных около 59 объем. % CO_2 с крайними колебаниями

Таблица № 2.

Диагноз	Резервная щелочность по Ван-Слюке в объемн. % CO ₂				Проба Балинта		
	Ниже 53	От 53—64	От 64—77	Среднее	Полож. +	Отриц. —	Неясн. +—
Gastrit. hyperac. . .	0	2	0	62,7	1	1	0
Cholecyst. chron. . .	0	1	0	64,00	0	1	0
Cholecyst. acuta . .	1 (49,3)	1 (61,8)	0	56,00	2	0	0
Carcinoma ventr. . .	0	2	0	56,05	1	0	1
Neurasthen. gastr. .	0	1	0	60,40	0	1	0
Gastrit. chron. . . .	0	2	0	57,7	1	1	0
Appendicit. chron. .	0	2	0	56,5	0	2	0
Achylia gastrica . .	0	3	0	59,4	0	3	0
Stenosis pylor part. peripyloritis	0	5	1 (67,1)	60,00	3	3	0
Ulcus ventr. et duodeni	1 (52,1)	11	2 (65,3) (64,2)	59,7	4	7	3
Ulcus pept. jejun. et stenosis ost. entero- anastomot.	0	1	0	57,4	0	1	0
Итого . . .	2	31	3		12	20	4

в 52,1 (случай был указан выше) и 65,3, то здесь мы не имеем никаких данных говорить о каком-либо сдвиге реакции в сторону ацидоза.

Проба Балинта, поставленная нами у 36 больных, в 12 случаях дала положительный результат, в 20—отрицательный и в 4—неясный (+ —). Из таблицы № 2 видно, что одно и то же заболевание может давать разный результат пробы. В частности, из 15 язвенных больных только в 4 случаях проба оказалась положительной, в 3-х сомнительной, в 8 отрицательной. Нужно отметить, что проба ставилась у всех язвенных больных в болевой период.

Если мы во избежание каких-либо недоразумений остановимся на разборе выпадения пробы Балинта в случаях, где диагностика или подтверждалась операцией, или устанавливалась на основании патогномичных симптомов язвы (кровотечение, боли, анамнез), то и здесь мы не получаем четкого ответа. Так, из 5 заведомо язвенных больных один дал неясную пробу, трое—отрицательную, у одного из этих трех была пептическая язва тонкой кишки после бывшей гастроэнтеростомии и сужение гастроэнтероанастомоза, и только один дал положительную пробу (ulc. duodeni). Из шести случаев стеноза привратника в силу перигастрита и перипилорита на почве бывшей язвы (у всех диагноз подтвержден последующей операцией) в 3-х случаях проба положительна, в 3-х—отрицательна. При этом один больной был исследован три раза с промежутками от года до 6 месяцев. Первый раз проба выпала положительно, при вторичном и третичном исследованиях, несмотря на одни и те же объективные и субъективные симптомы (AR во все три раза почти один и тот же), проба выпала отрицательно. Таким образом мы можем видеть, что факт отсутствия ощелачивания мочи после интравенозного введения соды не является специфическим для язвенных больных, что это явление может быть при других заболеваниях жел.-киш. тракта так же часто, в чем наши данные вполне согласуются с данными Поппера. Кроме

того, заведомо язвенные больные более чем в 50% дали отрицательный результат. Возможно, что тот или другой результат пробы Балинта скорее всего будет зависеть от нарушения щелочно-кисотно-выделительной функции почек, чем от предполагаемой Балинтом жадности тканей к щелочам в силу сдвига их реакции в кислую сторону в сравнении с нормой.

Что касается эффекта ошелачивающей терапии, который, по словам проф. Зимницкого, является одним из убедительнейших доказательств правильности выставляемой им теории, то при разборе таблицы № 3 мы находим, что 7 случаев дали отрицательный эффект, 9 остались без эффекта, 11 случаев дали положительный результат, сказавшийся в ослаблении той или другой степени субъективных симптомов, гл. обр. в ослаблении болевых ощущений. Характерным здесь является одно, что положительный эффект при ошелачивании получился у больных с гиперсекрецией желудка.

Таблица № 3.

Д и а г н о з	Колич. дней приема со-ды	Колич. при-нат. соды в гр.	Проба Ба-лин-та	Резервная щелочн. по Van-Slyke			Эффект ошела-чива-ния
				До оше-лач.	После оше-лач.	Раз-ница	
1 } Achylia gastrica	2	3,2	—	55,7	—	—	— — — — — ухудшение
2 }	3	8,0	—	62,9	—	—	
3 Carcinom. ventr.	3	4,8	+	55,4	—	—	
4 Cholecyst. calculus acut.	4	9,2	+	49,3	53,7	4,4	
5 Cholecys. catharr. acut.	3	4,8	+	61,8	63,9	2,1	
6 Stenos. pylori	4	6,4	+	—	—	—	— — — — — Без эффекта
7 Ulcus duodeni	3	4,8	+	—	—	—	
8 Apendic. chron.	2	9,2	—	—	—	—	
9 Apendic. chron.	4	31,6	—	56,7	64,3	7,5	
10 Carcin. ventric.	3	5,2	+	—	—	—	
11 Gastrit. chron.	5	33,2	—	—	—	—	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
12 " "	11	60,4	+	56,0	58,00	2	
13 Neurast. gastric.	5	33,2	—	—	—	—	
14 Gastrit. hyperac.	5	41,6	—	64,2	71,4	7,2	
15 Ulcus ventric.	5	41,6	—	61,9	59,5	2,4	
16 Ulcus parapylor.	3	4,8	—	—	—	—	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
17 " "	3	4,8	—	57,4	59,5	2,1	
18 } Ulcus ventric.	2	3,2	±	—	—	—	
19 }	5	33,2	+	62,4	68,5	6,1	
20 }	5	33,2	—	60,00	70,5	10,5	
21 Ulcus duodeni	5	33,2	+	54,8	56,6	1,8	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
22 Ulcus pept. jejun.	15	53,2	—	57,4	58,9	1,5	
23 Ulcus duodeni	5	33,2	+	61,4	62,3	0,9	
24 Gastr. hyperac.	3	4,8	+	—	—	—	
25 }	4	6,4	+	—	—	—	
26 } Stenos. pylori et peripylorit	4	6,4	+	—	—	—	+ + + + + Ослабление и полное исчезнов. болез.
27 }	5	41,6	—	58,6	67,7	9,1	

Влияние ошелачивания организма путем интравенозного введения соды и дачи ее per os на AR крови можно видеть из приводимых данных на этой же таблице.

В 12 случаях мы видим AR увеличенным после ошелачивания и только в одном пониженным. В этом пункте наши данные сходятся с литературными данными и расходятся только с данными клиники проф.

Кочаловского, где в большинстве случаев, в 12 из 19, после ошелачивания AR снизился.

На основании полученных нами данных величин щелочного резерва плазмы крови и результатов пробы Балинта у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта говорить с определенностью о каком-либо сдвиге реакции тканей у язвенных больных патогенетически специфическом для них, мы не считаем себя в праве. В самом деле, сложный вопрос регуляции кислотно-щелочного равновесия в организме и его изменения, конечно, не может решаться на основании учета только двух величин. Этот вопрос подобно уравнению со многими неизвестными может быть разрешен только путем одновременного учета многих данных как со стороны крови, так, главным образом, мочи (Ph, кислотность, аммиак, фосфаты), что может быть охвачено только совместным изучением группы лиц.

Все же на основании данных активной реакции мочи (см. табл. № 4) у больных двух противоположных групп, язвенных и ахиликов, мы позволяем себе с большой осторожностью высказаться за сдвиг реакции у язвенных больных с гиперсекрецией скорее в сторону алкалоза.

Таблица № 4.

Ф а м и л и и	Д и а г н о з	Щелочной резерв по Van-Slyke до ошел.	Ph мочи до ошелач.		
			6 ч. ут. ноч. моча	9 ч. дня	11 ч. дня
К—ев	Ulcus pept. jejuni . . .	57,4	7,00	8,00	8,00
М—чев	Ulcus ventr. curv. min. .				
	3 дня до перфораци.	52,1	6,8	7,2	7,8
Гал—ин	Ulcus ventric.	61,9	5,6	6,6	7,2
Гал—ров	Ulcus ventricul.	60,0	5,6	6,2	6,6
В—ов Е.	Ulcus duodeni	54,8	5,7	5,4	5,4
Иг—ев		55,7	5,0	5,4	5,4
Ан—ов	Achyilia gastrica . . .	62,9	5,4	5,4	5,4
Ст—ов		59,5	5,4	5,4	5,4

В самом деле, почти при одном и том же AR активная реакция мочи части язвенных больных 3-х порций (ночной и 2-х утренних до приема пищи) без щелочения сдвинута в щелочную сторону, тогда как у ахиликов она сдвинута довольно резко в кислую сторону и стойко удерживается. Этот сдвиг реакции мочи при одном и том же щелочном резерве может быть показателем сдвига состояния обмена у язвенных больных с гиперсекрецией в щелочную сторону, о каковом мы имеем указания у Арнольди и Шехтера, устанавливающих этот сдвиг обмена при повышенной кислотности.

Заканчивая данное сообщение, мы позволим полученные результаты резюмировать следующим образом:

1. Проба Балинта с внутривенным ошелачиванием более чем в 50% у язвенных больных выпадает отрицательно.
2. Эта проба одинаково часто выпадает положительно при других болезнях желудочно-кишечного тракта.
3. Эти выводы позволяют сказать, что проба Балинта не является специфически-патогномичным симптомом круглой язвы.

4. Щелочной резерв плазмы, определяемый по Van-Slyke, у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта колеблется в пределах нормы (53—64 объемн. % CO_2).

5. Характер желудочной секреции не влияет на щелочной резерв плазмы в смысле его постоянной установки на той или другой высоте: гиперацидии и анацидии дают почти одни и те же величины щелочного резерва.

6. Эффект ощелачивающей терапии в смысле исчезновения болевых ощущений сказывается только у язвенных больных, сопровождающихся гиперсекрецией.

Литература: 1) Балинт. Wien. klin. Woch. № 1, 1926.—2) Зимницкий. Врачебное дело, № 17, 18, 19, 1926; № 3, 1928.—3) Скворцов. Ацидоз и алкалоз в медицине.—4) Губергрц. Сборн. „Науч. мысль“ 1928.—5) Лифшиц. Врач. газета, № 3, 1928.—6) Михлин. Врач. дело, № 6, 1928.—7) Введенский. Терап. арх. 1927.—8) Бельтюков. Ib.—9) Фортальнов. Ib.—10) Шендеров. Ib.—11) Толкачевская, Гальперин, Юровская. Терап. арх. Вып. 3. 1928.—12) Якимов. Каз. мед. жур. № 12, 1927, № 8, 1926.—13) Porrer. Wien. klin. Woch. № 36, 1926.—14) Лытков, Тарантаев, Соколовский. Клин. мед. № 9, 1928.—15) Кушелевский. Клин. медиц. № 28, 1928.—16) Holler und Bloch. Wien. klin. Woch. № 40, 1927, № 22, 1928.—17) St. Weiss, Sumegi, Undyari. Klin. Woch. № 25, 1928.—18) Arnoldi u. Schechter. Deut. med. Woch. № 39, 1926.

3 сов. больница Брянского Здраводела. (Зав. д-р В. Ф. Шуберт).

К вопросу о лечении брюшного тифа вакциной по Безредка.

А. Ф. Билибина.

Для борьбы с брюшным тифом мы и по настоящее время не имеем хорошо разработанной специфической терапии. От предложенной Chantemesse'ом сыворотки пришлось отказаться из-за тяжести явлений, связанных с ее применением. Усовершенствование же способов ее приготовления и применения (комбинированный способ Rodé), хотя и дает весьма утешительные результаты по сообщениям французских авторов, но находится еще в стадии разработки. Значительно подробнее разработан вопрос о вакцинотерапии у нас, главным образом проф. Лавриновичем и проф. Гранстрем, из работ которых видно, что наилучший эффект получается от внутривенного способа введения вакцины, дававшего во многих случаях abortивное течение брюшн. тифа. Все же, несмотря на это, вакцинотерапия бр. тифа не получила достаточно широкого распространения в силу целого ряда противопоказаний к ней (слабость сердца, туберкулез, беременность), а также в силу стеснения ее моментом применения (не позже 10-го дня) и появлением некоторых осложнений. Поэтому вполне понятно обращение к более простому и менее безобидному способу, а именно к вакцинотерапии per os по Безредка.

Последний способ был испробован на небольшом материале французскими авторами (Le Blaye) с хорошими результатами. У нас впервые применен Алисовым, сообщившим о своих наблюдениях в 1927 г.