

вести на следующий стол мезогруппы, на молочно-овощной умеренно протертый стол, в котором вываренное мясо дается через день (3 раза в шестидневку) в жареном и в тушеном виде котлетной рубкой, а жиры в чистом виде (сливочное масло) даются 30—40 г при полной норме углеводов 450—500 г.

Таким образом мы приходим к заключению, что нет нужды изгонять целиком жиры и абсолютно лишать печеночных больных мясных, экстрагированных белков. Стол таких больных лежит в амплитуде молочно-овощного диетрежима. Модификация этого диетрежима состоит в незначительном прибавлении вываренного мяса, из которого извлечены в значительной мере экстрактивные пуриновые вещества (нуклеопротеиды), которые больше всего отягощают печень; супы даются только овощные и молочные; стол обогащен крупами, овощами и фруктами, хлористый натр в умеренных количествах (6—8 грамм).

Из 1-й коммунальной больницы Горздрава в Ленинграде

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КОНСТИТУЦИЯ И ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ.

Д. А. Коган.

В патологии желудка и кишок видную роль играют конституциональные моменты (энтероптоз, *соесит мобиле* и др.). В частности лица с *habitus enteroptoticus* предрасположены ко всевозможным функциональным заболеваниям желудочно-кишечного тракта (атония желудка и кишок и т. д.).

Значительный интерес представляет поэтому вопрос о взаимоотношении между конституцией человека и язвенной болезнью, тем более, что одной из многочисленных теорий происхождения язвенной болезни является конституциональная теория.

По Штиллеру связь конституции с язвенной болезнью вытекает из того, что астеническое телосложение предрасполагает к язвенной болезни и поддерживает уже образовавшуюся язву.

По Штраусу и Шмидену перегиб *duodeni* при гастроптозе замедляет прохождение пищи и нейтрализацию соляной кислоты, благодаря чему при наступающей анемии части слизистой оболочки выше перегиба этот отрезок становится доступным самоперевариванию.

По Ипатову отягощение желудка пищей при опущении привратника производит натяжение стенки области малой кривизны пилорической части и тем самым, затрудняя кровообращение, служит одним из моментов, благоприятствующих развитию дефекта в виде язвы.

М. В. Черноруцкий, стоящий на точке зрения конституциональной теории, считает, что в патогенезе язвенной болезни главное значение принадлежит конституциональным моментам и что «невротические условия, связанные с дисгармонией вегетативной

нервной системы и выражающиеся, главным образом, в дисфункции пищеварительной системы, составляют непосредственную почву для развития язвы; сама же почва находится в полной зависимости от глубоких подпочвенных конституциональных слоев» (?)

Таким образом конституциональная теория происхождения язвенной болезни М. В. Черноруцким расширена. Она поглощает и неврогенную теорию происхождения язвенной болезни.

О роли вегетативной нервной системы в этиологии язвенной болезни мною уже указано в другом месте («Состояние вегетативной нервной системы у язвенных больных». Сборник трудов, посвященных 50-летию Лен. гос. ин-та усов. врачей, 1935).

Что касается конституционального момента, в смысле морфологической конституции, в патогенезе язвенной болезни, то роль его, повидимому, не очень велика. За это говорит следующее:

1. Существуют язвы желудка, которые возникают не на конституционально предрасположенной почве.

2. Встречается большое количество людей, конституционально стигматизированных, но не страдающих язвенной болезнью. Многорожавшие женщины в большинстве случаев страдают энтероптозом (*die maternelle Ptose*), а между тем язвенной болезнью не страдают.

3. Локализация ниши на передней или задней стенке желудка или *duodeni* на большой кривизне, у входа в желудок.

С целью выяснения взаимоотношения между морфологической конституцией и язвенной болезнью мною обследовано 60 больных, страдавших язвенной болезнью.

Все больные были весьма тщательно обследованы. Не только анамнез и клиническая картина указывали на язвенную болезнь, но и рентгеноскопически во всех случаях была установлена ниша в желудке или в 12-перстной кишке.

По локализации язвенного процесса больные распределяются следующим образом: 26 сл. *ulcus duodeni*, 4 сл. *ulcus pylori*, 11 сл. *ulcus ad pylorum*, 17 сл. *ulcus ventriculi*, 1 сл. *ulcus ventriculi + ulc. duodeni*, 1 сл. *ulcus pylori + ulc. curvaturae minoris ventriculi + ulcus pepticum jejuni*.

Из обследованных больных 56 мужчин и 4 женщины.

Из этих цифр, однако, не следует делать выводы о том, что язвенной болезнью страдают преимущественно мужчины. Мноюумышленно подбирался мужской материал, как наиболее удобный для определения морфологической конституции, так как точное определение конституции по индексу Пинье и др. у женщин в некоторых случаях невозможно. Так, напр., некоторые женщины, которые по определению индекса Пинье и др. должны быть отнесены к гиперстеникам, при рентгеновском просвечивании обнаруживают типичную астеническую грудную клетку (*habitus astenicus adiposus*).

Возраст больных колебался между 21 и 63 г.

На возраст от 21 до 30 лет падает 18 больных (30%), от 31 до

40 лет—19 б-х (31%), от 41 до 50 лет—18 б-х (30%), от 51 до 60—4 б-х (6,6%), и свыше 60 лет—1 б-й (1,7%).

Цифры эти показывают, что на 3-й, 4-й и 5-й десяток жизни падает одинаковое количество больных и что количество их резко уменьшается в возрастной группе свыше 50 лет.

По профессии: 29 служ., 24 рабоч., 7 крестьян.

Язвенная болезнь, как видно из этих цифр, одинаково часто встречается как у лиц, не занимающихся физическим трудом, так и занимающихся им. Эти данные, таким образом, не подтверждают распространенного мнения о преимущественном страдании язвенной болезнью лиц, не занятых физическим трудом.

Из обследованных больных меньше 1 года болны 3 чел. (5%), от 1 до 5 лет—18 ч. (30%), от 6 до 10 лет—20 ч. (33,1%), от 11 до 15 л.—9 ч. (15%), от 16 до 20 л.—7 ч. (11,7%), от 21 до 25 л.—2 ч. (3,3%), больше 25 л.—1 ч. (1,7%).

Эти данные показывают, что язвенная болезнь—заболевание, отличающееся хроническим течением.

По началу заболевания больные распределяются:

В возрасте до 20 лет заболело 8 чел. (13,3%), от 21 до 30 л.—29 ч. (48,3%), от 31 до 40 л.—13 ч. (21,7%), от 41 до 50 л.—10 ч. (16,7%). В возрасте до 30 лет заболело 61,6% всех больных, а в возрасте до 40 лет—83,3% всех больных. Язвенная болезнь, таким образом, поражает наиболее цветущий возраст.

Результаты определения морфологической конституции следующие:

По классификации Пинье—5 ч. с очень сильной конституцией, 9—с сильной, 13—с хорошей, 16—со средней, 7—со слабой, 10—с очень слабой конституцией (астеники).

По классификации Бехер-Ленгофа (индекс определялся у 55 больных): 4 с *habitus emphysematicus*, 40 с нормальным *habitus*, 11 с *habitus enteroptoticus*.

По классификации Конгейма (индекс определялся у 52 больных): 15 с *habitus emphysematicus*, 27 с нормальным *habitus*, 10 с *habitus enteroptoticus*.

По классификации Черноруцкого: 7 гиперстеников, 43 нормостеника, 10 астеников.

Согласно приведенным классификациям наибольший процент больных падает на гипер-и нормостеников. Наши данные, как и данные Г. В. Соболевой, таким образом, не подтверждают распространенного мнения об астеническом типе язвенных больных.

Гастроптоз (рентгеноскопически) определялся только в 9 сл., причем в нескольких из них большая кривизна была всего на 2—3 см ниже гребешковой линии. Таким образом теория о гастроптозе, который, по мнению Штиллера, Штрауса, Шмидена и др., играет роль предрасполагающего к язвенной болезни момента, на нашем материале не находит себе подкрепления.

Что касается влияния морфологической конституции на течение язвенной болезни, то на нашем материале (60 сл.) получено следующее: тяжелое течение отмечалось в 14 сл.: 1 гиперстеник, 11 нормостеников, 2 астеника.

Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

1. Язвенная болезнь поражает преимущественно наиболее цветущий возраст.
2. Язвенная болезнь не является уделом, как это принято думать, только астенической конституции.
3. Морфологическая конституция не оказывает особого влияния на течение язвенной болезни.
4. Морфологическая конституция вряд ли играет какую-либо роль в патогенезе язвенной болезни.

Из пропедевтической терапевтической клиники Казанского государственного медицинского института (директор проф. А. Г. Терегулов).

К ЛЕЧЕНИЮ КОЛИТОВ И ГАСТРИТОВ АММИАЧНЫМИ СОЕДИНЕНИЯМИ СЕРЕБРА

Н. Н. Ковязин и С. А. Копырин.

За последнее время мы имеем ряд сообщений о применении аммиачных соединений серебра в клинике хирургических и гинекологических заболеваний при различных воспалительных, гнойных и септических процессах. Авторы этих сообщений приписывают аммиачным растворам серебра сильное антисептическое, бактерицидное действие сравнительно с другими препаратами.

Имея в виду старые опыты применения серебра в клинике внутренних заболеваний, мы решили испытать в порядке первой очереди аммиачные соединения серебра при хронических язвенных колитах и отдельных формах гастритов.

Экспериментальные и клинические обоснования бактерицидного действия аммиачных соединений серебра принадлежат проф. Малиновскому и его сотрудникам. Ермолаев, проверяя лечебные свойства различных препаратов серебра, отметил, что эти препараты при введении в организм вначале образуют альбуминаты и вследствие этого теряют свои бактерицидные свойства; в дальнейшем же при дезаминировании выделяется аммиак, освобождаются молекулы серебра от белковой субстанции, и эти два вещества образуют аммиачное соединение серебра. Этим аммиачным соединениям, образующимся в конечной стадии при введении в организм препаратов серебра, автор и приписывает лечебное свойство. Исходя из этой концепции, Ермолаев выдвигает следующее положение: „серебро и его соли в биологических средах растворимы только в избытке аммиака; аммиак в условиях живой среды является естественным и единственным растворителем почти всех соединений серебра и бактерицидность принадлежит не компактному металлу серебра, а его аммиачным соединениям“. Прибавление различных количеств аммиака к соединениям серебра в условиях эксперимента резко меняет бактерицидные свойства раствора: с увеличением аммиака бактерицидность повышается и наоборот. Бактерицидные свойства аммиачных соединений серебра неизмеримо выше