

процесса язвенной болезни. Необходимо подчеркнуть, что показания к оперативному вмешательству при язве ставятся врачами, особенно хирургами, слишком широко, что оперативному лечению подвергаются широко не только случаи с абсолютными показаниями, как перфорирующие язвы, стенозы, пенетрирующие язвы, каллезные и часто рецидивирующие формы или подозрительные в отношении рвкового перерождения, но, сплошь и рядом, больные оперируются на основании одного лишь клинического синдрома язвы, которому стали придавать слишком решающее, чуть ли не патогномическое значение. Клиника показывает на каждом шагу, как часто этот синдром, даже ярко выраженный, является лишь реакцией на заболевание другого органа брюшной полости—аппендицита, холецистита, иногда—панкреатита, и как велико число напрасных операций, наносящих ущерб дальнейшему нормальному функционированию желудочно-кишечного тракта. Язвенный синдром, без рентгенологических или других точных данных, служит лишь показанием к дальнейшему уточнению диагностики.

Что касается вопроса об отдаленных результатах операции, то статистика докладчика более благоприятна в сравнении с цифрами, например, клиники Bergman'a или Kalk'a. Последний считает, что 50% гастроэнтеростомированных больных вновь заболевают. Наш материал, изложенный в докладе доц. А. И. Миркина, иллюстрирует тяжесть явлений, с которыми нередко снова попадают к нам больные после операций на желудке.

Отсутствие до сих пор единого взгляда на патогенез язвы, многочисленность и сложность факторов, играющих роль в патогенезе ее, не дали нам до сих пор еще найти единый эффективный метод терапевтического воздействия; однако, несомненная роль функциональных расстройств, воспалительного процесса, тканевого предрасположения—наследственного и приобретенного обязывают нас подняться над упрощенной терапией местного жажения.

Учет перечисленных факторов, отраженный в различных терапевтических приемах, объясняет то, что разные методы могут давать положительный результат. К такому же стремлению искать новые пути воздействия на воспалительный процесс путем перестройки обмена относятся и сегодняшние доклады о бессолевой диете и откачивании желудочного содержимого.

Считаю нужным прибавить, что, при правильно поставленном контроле и правильной дозировке, те сдвиги, которые намечаются в обмене при этом методе, как напр., тенденция к повышению остаточного азота, не велики и опасности не представляют. Выполнение же такого контроля все же не требует обстановки более сложной, чем хирургическое лечение.

5) *Протоколы научных конференций Кукморского филиала Н. М. А.*

Заседание 3-го октября 1933 г.

1. *Организационная часть.* Выборы президиума филиала, в составе дд. Ф. Л. Лукманова, С. А. Смирнова и Г. А. Абдрахимовой.

2. *Научная часть:* сообщение д-ра С. А. Смирнова на тему „Аппендикулярные инфильтраты“.

Прения: дд. Лукманов, Пестова, Абдрахимова и Рождественский.

Заседание 15-го октября 1933 г.

1. Д-р Л. Е. Черкасский. Демонстрация больного со „спонтанной гангреной“ (до лечения).

Прения: дд. Смирнов, Земскова, Пестова и Рождественский.

Заседание 1-го ноября 1933 г.

1. Д-р А. Н. Кокушина. Демонстрация двух больных после операции френикоэкзереза (операции произведены в Казани).

2. Д-р А. Н. Кокушина. Демонстрация б-ного со свежим легочным туберкулезом (бытовая инфекция).

Прения: дд. Смирнов, Пестова и Рождественский.

3. Д-р С. А. Смирнов. Благоприятный результат лечения варикозных язв голени цинк-желатиной повязкой (демонстрация б-ной).

4. Д-р Г. А. Абдрахимова. Случай акрианоцефалии (демонстрация пат. анат. препарата).