

616.3

Я-401

Ф
Д
Х

ЯЗВА ЖЕЛУДКА

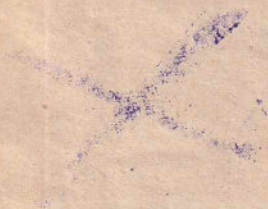
«НАУЧНАЯ МЫСЛЬ» / 1928



7

116

[61.]



6/6.33
940
92
616.3
9-407

ЯЗВА ЖЕЛУДКА

541212

СБОРНИК

1981
1986
1987

ПРЕДИСЛОВИЕ
ПРОФ. Ф. Г. ЯНОВСКОГО



1 9 2 8

49-537

ИЗДАТЕЛЬСТВО «НАУЧНАЯ МЫСЛЬ»
УЧР. НАРКОМЗДРАВом УССР

Республіканська наукова медична
бібліотека імені Д. І. Ульянова
М О З У Р С Р
252017 м. Київ, вул. Толстого №7
№ 14

7
0H R



ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящий Сборник представляет собой цикл расширенных и обработанных докладов в заседаниях Киевского Физико-Медицинского Общества во вторую половину 1926 года. Председатель его, проф. А. П. Крылов, имел счастливую мысль подвергнуть обсуждению и дискуссии в заседаниях этого общества ряд клинических вопросов, одинаково интересующих и хирурга и интерниста. Мысль эту, действительно, нужно признать удачной, и не только потому, что слушатели имеют возможность из докладов, рассматривающих все стороны данного вопроса, получить наиболее полные и всесторонние сведения о современном положении науки в данной области. Важно также и то, что обзорение и дискуссия того или иного вопроса одновременно хирургами и интернистами расширяет обсуждение вопроса и вносит примиряющий характер в его решение.

В настоящем цикле докладов трактуется вопрос, всегда живо интересовавший клиницистов, вопрос о язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Но особенный интерес приобрел он, когда хирургия вынесла его на арену оперативного воздействия. С тех пор и хирургия занялась разработкой различных сторон патологии язвы желудка, и с этого времени изучение ее велось одновременно и хирургами и интернистами.

Несмотря на такую напряженность изучения патологии язвы желудка, мы еще очень далеки от окончательного разрешения относящихся сюда вопросов. Скорее мы имеем пока один контрверс во взглядах и теориях отдельных авторов. Стоит вспомнить, например, вопрос о патогенезе, освещенный в монографии проф. М. М. Губергрица. Из него видно, что до настоящего времени нагроможден целый ряд теорий и создание все новых теорий все еще не прекращается, а это ясно доказывает, что ни на одной из них нельзя прочно остановиться. То же видим и относительно диагностики язвы: проф. Н. А. Свенсон представил перечень достаточно многочисленных диагностических данных, но в своем критическом анализе он же показал, чего стоят они в смысле абсолютности диагноза. Немудрено поэтому, что и по сию пору не прекращается искание новых методов диагностики. Много дала для диагностики язвы желудка и рентгеноскопия, как это выяснено в монографии Ф. П. Богатырчука, и тем не менее во многих случаях, оказавшихся в смысле диагноза неясными, этой ясности не способна дать и рентгенодиагностика. Еще больше неопределенности находим в отделе лечения язвы желудка.

Несмотря на обилие предложенных для лечения язвы терапевтических мер, включая сюда ряд разнообразных диет, мы владеем, как это показал профессор Н. Д. Стражеско, в сущности лишь небольшим числом установленных и выдержавших испытание основных терапевтических факторов, применение которых может дать полезный эффект. Именно эта скудость и неверность терапевтических средств окрылила врачей надеждами, когда появился хирургический способ лечения этой болезни. Как показывает монография

проф. А. И. Крылова, хирургия в самом деле за короткое время выдвинула ряд оперативных способов лечения этой упорной и затяжной болезни. Значение этих способов, как и вообще хирургического вмешательства при язве желудка весьма оживленно дискутируется в настоящее время; есть среди клиницистов более активные и менее активные, но все же нужно признать, что на эту почву хирургия ступила твердой ногой, и у нее есть здесь приобретения и достижения, которые никто оспаривать не может. Другой вопрос, что в конечном счете в настоящее время доминирует, по крайней мере количественно—на этот вопрос придется, вероятно, ответить, что покамест имеется преобладание воздействия интернистов.

Главной причиной недостаточности наших лечебных мер как в руках интернистов, так и хирургов является недостаточность нашего понимания сущности патогенеза язвы желудка и duodeni. Если бы мы знали истинную причину возникновения этой болезни, то у нас было бы больше шансов на успешную прямую борьбу с нею и тогда не пришлось бы только ходить вокруг да около проявленной болезни, как мы поступаем в настоящее время. Вот почему так неудержимо и напряженно именно к этому пункту, к уразумению основной сущности патогенеза данной болезни, и направлена, главным образом, исследовательская мысль клиницистов и патологов.

Проф. Ф. Яновский

Киев

Проф. М. М. ГУБЕРГРИЦ

ПАТОГЕНЕЗ КРУГЛОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Вопрос об *ulcus ventriculi* стал в последнее время особенно модным. Это может быть не совсем точное выражение,—«модным» он является уже больше ста лет, но за последние годы, в особенности после мировой войны, вопрос о язве желудка приобрел актуальное значение потому, что в течение трех-четырех лет после войны количество заболеваний круглой язвой желудка в значительной степени увеличилось. Так, Кузнецов находил в 1918—19 году в 1,27—1,91% всех вскрытий язву желудка. Если эта статистика и носит случайный характер, и количество заболеваний круглой язвой желудка вовсе не так уже увеличилось, то во всяком случае мы стали это заболевание диагностировать в значительной степени чаще и лучше, что нужно отнести, главным образом, за счет успехов диагностики и более точных методов исследования. Что это последнее обстоятельство играет такую роль, можно судить по тому, что в самые последние годы эта волна, гребень которой поднялся так высоко в 1918—19—22 г.г., теперь сильно снизилась и все снижается. Тем не менее тема эта и в настоящее время не сходит со страниц хирургической, терапевтической и, главным образом, патологической литературы.

В самом деле, практическое применение лечения *ulcus ventriculi* в значительной степени исходит из патогенетических основ. Вопросы патогенеза, вопросы происхождения круглой язвы желудка в значительной степени в настоящее время обуславливают характер лечения, который мы предлагаем тому или другому язвенному больному.

Нужно сказать, что литература об *ulcus ventriculi* чрезвычайно велика. Уже со времени Cruveilhier она начала множиться и множиться, но и до него в старой литературе XVI столетия мы встречаем довольно точные клинические и патологические описания этого страдания. Уже в 1596 году Marcellus Donatus в своей «*De medica historia mirabili*» довольно точно описывает клиническую картину круглой язвы желудка. В 1704 году Littré первый описывает haematemesis,

a Rawlinson в 1729 г. представил и препарат перфорированного желудка, сросшегося с pancreas. В 1787 г. Bleuland из Лейдена в своем «Tractatus de difficili aut impedito alimentorum ex ventriculo in duodenum progressu observationibus clinicis atque tabulis anatomo-patologicis illustratus» дает нам подробную картину стеноза пилорической части и песочных часов. После него ulcus ventriculi et duodeni описывают Morgagni, Sir Baker, Jacopo Penada. Benjamin Travers в 1816 г. уже начинает ставить и дифференциальную диагностику этого страдания; обращая внимание на возможность перфорации язвы, описывает признаки последней, подчеркивая особую важность появления внезапной боли и *défense musculaire*. John Abercrombie из Эдинбурга в 1828 г. дает описание клинической картины, в немногo только отличающееся от современного, и обращает уже внимание на изолированную болевую точку в epigastrium. Он уже вводит в терапию bismuthum oxydatum и япис. Однако, только Cruveilhier удалось выделить ulcus ventriculi, как отдельную патогенетическую единицу с совершенно определенным клиническим течением и особенностями. С тех пор количество работ по ulcus ventriculi возросло до бесконечности. Но, несмотря на то, что со страниц литературы, как мы уже говорили, не сходит вопрос относительно круглой язвы желудка и особенно ее патогенеза, мы должны сознаться, что вопрос этот не может считаться разрешенным окончательно и в настоящее время и что здесь существуют самые разнообразные контроверзы и противоречия. Мы не станем, конечно, касаться всех теорий, которые предложены для объяснения круглой язвы желудка, но остановимся только на трех моментах, которые в первую очередь сосредоточивают внимание врача и патолога при анализе вопроса о происхождении круглой язвы желудка.

На нее можно смотреть либо, как на банальную язву, имеющую место в желудке таким же образом, как она могла бы встретиться в самых разнообразных местах нашего организма— в частности в кишках (Lebert, Petit, Landquist); на нее можно смотреть, как на нечто специфическое, отличающее ее от всех язвенных процессов, желудочных и внежелудочных, как по причине ее вызывающей, так и по ходу ее эволюции, и, наконец, (промежуточный взгляд)—что она не имеет чего-нибудь специфического при своем возникновении, но приобретает особые черты в зависимости от своей локализации и сопровождающих ее эволюцию условий.

Каждая из этих точек зрения имеет нечто здоровое в себе. Прежде всего возникает вопрос: каким же путем образуется круглая язва желудка? Какие факторы обуславливают появление ее? В настоящее время на этот вопрос отвечают следующим образом: круглая язва желудка есть язва пептическая, т. е. она возникает при переваривании части желудочной стенки. Другими словами, для появления язвы в желудке с хроническим течением

и всеми особенностями, отличающими ее от обычных изъязвлений и эрозий, довольно нередко встречающихся на протяжении желудочно-кишечного тракта, одним словом,—язвы, удовлетворяющей всем требованиям, которые в патолого-анатомическом отношении к ней пред'явил Cruveilhier, нужны два фактора: изменение желудочной стенки, делающее ее подверженной действию переваривания, и самого переваривающего агента, по большинству теорий—желудочного сока. Вот на этом весь вопрос и вертится. Я позволю себе впоследствии изложить одну теорию, которая не совсем совпадает с этой теорией переваривания желудочной стенки, но пока большинство патологов и терапевтов смотрят на круглую язву желудка, как на пептическое заболевание. Теории, предложенные и предлагаемые для объяснения возникновения *ulcus ventriculi rotundum*, делятся на две главных группы: одна обращает главное внимание и видит начало всех начал в изменениях самой стенки желудка, другая—в изменениях желудочного сока.

Первая группа теорий, которые касаются, главным образом, переваривания стенки или части стенки желудка, это те теории, которые говорят о том, что прежде чем перевариться, часть желудочной стенки должна подвергнуться определенным изменениям. Из этой точки зрения исходит ряд теорий. Одна из теорий, наиболее простая, принадлежащая к числу тех, которые мы подведем под название банального взгляда, или вернее взгляда на круглую язву желудка, как на банальную язву,—это теория травматическая. Раньше этим травматическим моментам придавали очень большое значение в патогенезе круглой язвы желудка: инородные тела, горячая или черезчур холодная, недоваренная и нехорошо прожеванная пища, хронические отравления (свинец, салицилаты) и т. д. должны были создавать благоприятную почву для переваривания стенки желудочным соком. Однако, при рассмотрении этой теории возникал ряд вопросов, и первый из них: есть ли основание в эксперименте, позволяющее так думать? Эксперимент на это дает совершенно недвусмысленный ответ: чрезвычайно трудно даже довольно тяжелыми повреждениями желудочной стенки добиться появления язвы. Ожоги, отравления, повреждения механического характера (Michon и Magrou) не ведут к образованию типических язв.

Кто из врачей, занимающихся зондированием, не видел часто, как из зонда через окошечко выбрасываются из желудка целые кусочки слизистой оболочки? Иногда это сопровождается даже кровотечением. Но чрезвычайно редко, может быть никогда (Oberndorfer), из этого дефекта образуется круглая язва: соседние участки слизистой смыкаются, покрывают дефект, и в течение короткого времени он заживает. О том же свидетельствует и быстрое заживление после гастростомий и еще резче после резекций желудка, при которых никогда не отсутствуют большие или меньшие диастазы раневой поверхности слизистой,

и тем не менее в этих местах не наблюдается особого предрасположения к образованию круглых язв. Kirsch и Stahnke видели полное заживление в течение десяти дней даже тогда, когда они производили большие разрушения не только слизистой, но и подслизистой и muscularis mucosae. Защитники травматической теории ссылаются на то, что после кормления особой грубой пищей у телят развивается язва в желудке. Нужно сказать, что эта язва ничего общего с язвой Cruveilhier не имеет. Точно также, вряд ли доказательным является мнение о том, что хроническая травма, будь то шнуровка корсетом (Schwarz Rasmussen), или согнутое положение, например, у портных (Danhioux) и сапожников (Potain, Askermann) способствуют появлению круглой язвы. Ведь мы не меньшее количество язв наблюдаем у женщин, которые не шнуруются, и у лиц других профессий, которые не принуждают к согнутому положению.

Сказанное уже относится не только к грубым механическим воздействиям на стенку желудка—оно в значительной степени относится и к химическим травмам. Так, обвиняют ртуть и мышьяк в возникновении круглой язвы. Нужно сказать, что яды эти, действительно, могут вызывать появление язв, но они по своей патолого-анатомической картине в значительной степени отличаются от типической язвы (Hauser, v. Bergmann, Oberndorfer) и не играют, повидимому, никакой роли в патогенезе *ulcus rotundum*. Mathieu приписывал алкоголю большое значение в патогенезе *ulcus ventriculi*, предполагая, что она может возникнуть через гастрит, но, как показали исследования Rüttimeyer, круглая язва наблюдается очень часто у молодых людей и девушек, у которых этот этиологический момент отпадает, да и кроме того у алкоголиков гастрит ведет, большей частью, к ахилии, а при последней не особенно часто наблюдаются язвенные болезни. Злоупотреблению кофе (Graemer, Rüttimeyer) и курению (Graemer, v. Bergmann) тоже приписывается большая роль. Но нужно сказать, что касательно роли первого у нас в Союзе и речи быть не может, ибо у нас очень мало пьют кофе, роль же второго отрицать нельзя. И, как увидим дальше, роль эта неврогенная, а не специфическая. То же самое нужно возразить тем исследователям, которые ставят в связь увеличение в послевоенное время (Кузнецов) количества заболеваний круглой язвой с определенной более грубой, а потому и травмирующей слизистую желудка, пищей. Причины повышения числа язв в наше время лежат в нервных моментах, как это будет видно из последующего изложения. Травматическая теория не может ответить и на вопрос, почему, несмотря на то, что травмы желудка несомненно часто встречаются, язва его сравнительно редка,—и, наконец, *last not least*, почему круглая язва имеет свои излюбленные места, тогда как травма может коснуться любого места желудка. Что последнее

правильно, ясно хотя бы потому, что, например, при отравлении кислотами или щелочами пораженные места распространяются по всему желудку.

Резюмируя, мы должны сказать, что эта грубая, чисто механическая теория представляется не совсем правильной. Можно допустить, что под влиянием травматизации химической, термической, или механической может возникнуть какая-нибудь ранка, но для того, чтобы эта ранка перешла в круглую язву желудка, нужно, чтобы она перешла в хроническое состояние, а для этого травматизации, даже хронической, недостаточно. Под влиянием травмы может возникнуть эрозия, кровоизлияние, но настоящая круглая язва желудка с настоящими специфическими анатомическими изменениями возникнуть при этом не может.

Появилась добавочная механическая теория, которая имеет за собой весьма авторитетных патолого-анатомов; эта теория базируется, главным образом, на работах Waldeyer'a, Kaufmann'a и Retzius'a. Waldeyer установил существование, так называемой «Magenstrasse» — желудочной дорожки, которая идет вдоль малой кривизны. По Bauer'у, она в онто-и филогенетическом отношении является вполне обособленным образованием. В ее области слизистая желудка плотно прилегает к подлежащим слоям и в противоположность дну его очень мало может смещаться, а потому всякая ранка, образовавшаяся в ее области зияет и подвергается повторной травматизации и раз'едающему действию желудочного сока, в противоположность дну желудка, где такая ранка легко закрывается надвигающимися краями слизистой. Базируясь на этих анатомических данных, Aschoff и его ученики Strohmeyer и Oschikawa утверждают, что по этой дорожке главным образом идет пища. Пищевой комок и в особенности жидкая пища движутся не по всему желудку, а вдоль этой дорожки, — большая кривизна подается к малой кривизне, к этой Magenstrasse, по которой пища и скользит. При этом пищевой комок ударяет места, которые Aschoff считает специфическими; это — два суженных места: пилорическая часть желудка и место сужения, так называемое, селезеночно-печеночное или что то же — cardia. В последнее время на основании своих наблюдений во время войны Aschoff обращает внимание и на третье суженное место, на так называемую истмическую его часть, которую v. Bergmann считает функциональным сужением. Вот в эти три места пищевой комок систематически ударяет, систематически травмируя и под влиянием различных условий вызывая образование язв. Эти язвы, (говорят защитники описанной теории), потому, главным образом, располагаются на малой кривизне, что возникают в местах наибольшей травматизации желудочной стенки.

И в самое последнее время, на одном из последних заседаний Парижского Общества специалистов по желудочно-кишечным заболеваниям Feyssly из Лозанны делал доклад относительно

Magenstrasse. Он наливал желудок стеарином и получал отпечатки на нем, которые свидетельствуют о том, что вдоль малой кривизны, вдоль желудочной дорожки идут специфические предуготованные образования, ложбинки, которые, якобы, указывают на анатомическое существование этой дорожки. Такие же данные получил с вливанием парафина и Rohde. Эта локализационная теория, кладущая в основу причины перехода язвы в хроническое состояние механический момент, предложенная в последнее время и защищаемая, главным образом, немецкими и отчасти французскими и швейцарскими клиницистами и патолого-анатомами,—является до известной степени убедительной. Действительно, хроническая травматизация пищевым комком может предрасполагать к круглой язве желудка; действительно в указанных местах расположена большая часть язв. Но при этом возникает и целый ряд вопросов, и первый из них: почему же в указанных местах не всегда образуется круглая язва желудка? Все мы едим, у всех у нас этот пищевой комок существует, у всех есть желудочная дорожка, и все-таки не у всех, а у очень небольшого количества людей образуется круглая язва. Защитники этой теории отвечают: «не образуется потому, что требуется еще одно условие:—атака этих поврежденных пространств сильным желудочным соком». Но и на это опять таки можно возразить: а сколько мы знаем людей с гиперсекрецией, очень сильным желудочным соком и все таки у этих людей не образуется круглая язва желудка. Это первое соображение.

Второе возражение выдвигается рентгенологическими наблюдениями. Изучая рентгенологическую картину, мы неоднократно обращали внимание на то, что эта Magenstrasse не играет уже такой выдающейся роли в продвижении пищевого комка. По крайней мере, висмутовая каша, которую мы даем проглатывать исследуемому нами больному, прежде всего скользит по большой кривизне, а затем только подается последней к малой кривизне, главным образом, к препилорической и пилорической ее части. Если же, как на это указывает v. Bergmann и чему не противоречит Aschoff, эта дорожка служит для продвижения только жидкостей, то трудно понять, почему такая, только для жидкостей предуготованная дорожка, особенно подвергается механическим травмам. Трудно поэтому предположить, чтобы та пищевая кашица, которая,—в особенности при вертикальном положении исследуемого или вообще при вертикальном положении человека,—прежде всего скользит вдоль большой кривизны, прежде всего травмировала указанные места, малой кривизны преимущественно, в той их части, которая относится к так называемой истмической части желудка.

Нужно сказать, что и в анатомическом отношении эта теория не осталась без возражений. Как доказал Katsch, этот желобок у человека ясно выражен в функциональном отношении только в проксимальной своей части—там при расправлении пустого

желудка проходят сначала пищевые массы, чтобы потом уже распределиться между передней и задней желудочными стенками. С другой стороны, против существования истмического сужения во время акта еды возражают Elze и Katsch, которые, как и мы, не могли наблюдать появления его ни в наполненном желудке, ни во время его наполнения. Таким образом и самое анатомическое resp. функциональное существование этой дорожки подвергается сомнению, а преимущественное травмирование ее тоже не доказано.

Aschoff в защиту своей теории приводит еще и специфическое по форме расположение язв. Именно, они построены так, что по направлению к кардии у них нависающие края, по направлению к пилорической части — терассообразно уплощающиеся; направление оси язвы, таким образом, определяется механизмом трения пищевого комка и совпадает с желудочной дорожкой. Нужно сказать, что такое расположение и строение язв действительно наблюдается в большом количестве случаев; при этом кислая пищевая кашица легко может в эти углубления попасть и, таким образом, способствовать прогрессивному росту язвы. Но нельзя не принять во внимание мнения Hauser'a, базирующегося на большом анатомическом материале, что такое строение и направление круглых язв обусловлено не механическими, а сосудисто-анатомическими моментами. V. Bergmann же и совсем отрицает расположение и строение язв в таком виде, в каком мы его изложили, утверждая, что оно наблюдается только в меньшинстве случаев.

Теперь мы перейдем к изложению сосудистых теорий. Но перед тем должны сказать, что теория Aschoff'a, встречая возражения, тем не менее внесла много нового, поставила для исследователя целый ряд новых вопросов, ждущих разрешения. А если чисто механический момент и не играет, может быть, самодовлеющей роли в деле образования язв, то все же выдвинутый Aschoff'ом факт преимущественного поражения малой кривизны и ее конечных пунктов — pylorus'a и кардии не подлежит сомнению. Нам к объяснению этого факта, с точки зрения других теорий, еще придется возвратиться.

Если теория Aschoff'a является локализационной по механическому моменту, то теория, к разбору которой мы переходим, является локализационной по моменту сосудистому. Более принята теория, которая в настоящее время является до известной степени господствующей, была высказана в основных чертах в 1853 г. Virchow'ым. Это так называемая сосудистая теория. Virchow говорит так: для того, чтобы переварилась желудочная стенка, для того, чтобы она могла подвергнуться действию желудочного сока, она должна утратить свою жизненную силу, а эти жизненные силы она утрачивает тогда, когда она некротизируется, некротизируется же она, или во всяком случае понижается в своей жизнеспособности тогда, когда

к ней уменьшается или совершенно прекращается приток крови. Вот на этой остановке или уменьшении притока крови и построены все сосудистые теории.

Механика образования язвы представляется в свете этой теории следующей: по какой бы причине к определенному участку стенки желудка ни прекратился приток крови, там образуется инфаркт, участок стенки некротизируется и переваривается желудочным соком. При этом в зависимости от величины сосуда и соответственного участка стенки, снабжаемой им, мы получаем либо эрозию—поверхностное изъязвление, либо глубоко идущую, настоящую круглую язву (Hauser, v. Bergmann). Принципиальной разницы между эрозией и язвой защитники этой теории не проводят. Базируются они на исследованиях кровоснабжения и распределения сосудов в желудке (Iatrou, Disse, Berlet, Nather, Hoffmann, Reeves, Hauser и друг.), которые показали, что сосуды желудка образуют мало анастомозов; особенно же их мало на малой кривизне, у pylorus и в окологилорической области,—другими словами в излюбленных для образования язвы местах. В этих местах мы имеем узкопетлистую сеть анастомозов, так что в то время, как при закупорке мелких сосудов—артерий и прекапилляров—передней или задней стенки желудка могут образоваться только малые некрозы, а закупорка больших сосудов, при наличии больших анастомозов, редко может повести к обширным инфарктам, в области пилорической части и малой кривизны дело будет обстоять иначе. Нужно добавить, следующее. В последнее время утверждают (Gauss, Hauser и др.), что в слизистой желудка, особенно в указанных местах, сосудики вообще являются конечными и что, таким образом, закупорка их обязательно должна вести к инфаркту и некрозу соответственного участка слизистой желудка.

В основе недостаточного кровоснабжения могут лежать различные процессы: 1) эмболии, 2) тромбозы, 3) изменения сосудистой стенки и 4) спазмы сосудов. Говорят об эмболиях при заболеваниях сердца, например, при эндокардите, об эмболиях инфекционного характера, на что в последнее время особенно указывает венская школа (v. Eiselsberg, Haberer и др.), утверждающая, что при заболеваниях разных органов брюшной полости—аппендиците, холецистите и т. д.—могут возникнуть ретроградные эмболии в сосуды желудка; наконец, об эмболиях послеоперационных, после операций на органах брюшной полости. Все эти эмболии имеют с точки зрения сосудистой теории громаднейшее значение в деле возникновения круглых язв желудка. Наконец, эмболии могут развиваться и при атероматозе. При этом атероматозные язвы могут быть источником этих эмболий. Это нас приводит к другой группе заболеваний сосудов, которые могут быть причиной возникновения язв в желудке—к артериосклеротическим изменениям. При них могут

в сосудах желудка возникнуть тромбозы, resp. такой сосуд может прорваться. Нужно сказать, что артериосклерозу в этиологии язв желудка приписывают большое значение патолого-анатомы и клиницисты, базируясь на статистических данных вскрытий (Gruber, Hauser, Опенховский, v. Recklinghausen). Так например, Hauser на двести вскрытий приводит 57% язв желудка после сорока лет и только 44% до сорока лет. Нужно, однако, сказать, что статистика эта не вполне доказательна, потому что умирает и потому и седируется, значительно больше людей старше 40 лет, чем моложе, и, кроме того, рубцы после заживления язвы раньше очень часто ускользали от взора патолого-анатома, что, например, приводило к утверждению, будто *ulcus duodeni* очень редкое заболевание (Eugen Fraenkel). Правда, нельзя отрицать, что на почве артериосклероза у старых людей вообще может образоваться пептическая язва, но приписывать ему выдающееся значение в ее этиологии, повидимому, не приходится, как на это мы еще укажем ниже. То же нужно сказать и касательно значения венозного застоя в области воротной вены (циррозы печени, застойные гастриты и др.) и различного рода изменений крови (хлороз, анемия, отравление кровяными ядами), которые могут иметь некоторое значение в этиологии *ulcus ventriculi*, но больше второстепенного характера.

Нужно сказать, что сосудистая теория образования круглой язвы желудка в том виде, в каком мы ее изложили, встречала и встречает значительные возражения. Во-первых, очень часто на патолого-анатомической секции или на секции *in vivo* в области круглой язвы и даже в окружности ее не находят никаких патолого-анатомических изменений в сосудах. Особенно это касается тех случаев, которые наблюдаются у молодых людей, а круглую язву желудка мы наблюдаем в подавляющем большинстве современных статистик, главным образом, в сравнительно молодом возрасте, т. е. тогда, когда изменений сосудов, при которых суживался бы или совсем закрывался просвет их, мы не наблюдаем. А если даже мы и видим какие-нибудь изменения в сосудах язвы или окружности ее, то эти изменения трактуются в настоящее время (Arloing, Strohmeyer, Gruber, Вознесенский), как последующие, как следствие язвенной язвы, а не как причина. Вот первое возражение, которое встречается этой теории. Во-вторых, и экспериментальные данные как-будто бы говорят против этой теории. В самом деле, целый ряд исследователей делали опыты над различными перевязками сосудов желудочной стенки (Fenwick, Müller, Pavy, Roth, Körte и др.), делали опыты с впрыскиваниями—впрыскивали воск (Panum), ликоподий, табак (Cottard и Prevost), хромовую кислоту (Cohnheim и Litten)—целый ряд различных других химических и физических субстанций, и круглая язва желудка в точном смысле этого слова не получалась.

Получались всякие изъязвления, кровоизлияния, эрозии, но они чрезвычайно быстро заживали. Только сравнительно недавно Рауг делал экспериментальные выпрыскивания в желудок концентрированного солевого раствора и туши, и по его описанию он получил круглую язву желудка, которая персистировала около двух месяцев и напоминала по своему строению и клиническому течению наблюдаемую у людей. Аналогичные опыты проделали с меньшим успехом Сапежко и Хесин.

Опыты Рауг до сих пор не повторены в полном размере и нуждаются в проверке. Нужно сказать, что вообще опыты на животных не совсем доказательны, ибо у животных, особенно маленьких, чрезвычайно легко образуются вообще язвы желудка при всяких вмешательствах, даже если они не касаются желудка; если напр. производится какая-нибудь операция и случайно задевается серозная оболочка желудка, а иногда даже без этого. Значит, эти экспериментальные данные вообще как-будто бы не вполне доказательны даже, если они и ведут к тромбозу, resр. эмболии, и в результате, к образованию эрозии и язв в желудке. Тем более тогда, когда, как я указывал выше, к образованию типических язв они не ведут.

Конечно, я этим вовсе не хочу сказать, что никогда, ни при каких обстоятельствах круглая язва желудка не может образоваться на почве заболеваний сосудов указанного характера. Мы в настоящее время имеем довольно часто секции при *endocarditis lenta*; при этом довольно нередко—я не подсчитывал собственных наблюдений, но во всяком случае они отвечают и литературным данным—мы встречаем круглую язву желудка, которую мы можем объяснить до известной степени явлениями эмболий специфического характера. Возможно, что сосудистые изменения это одна из причин образования язвы, но трудно сказать, чтобы они были главной. Во всяком случае, просматривая литературу по данному вопросу и на основании своих наблюдений, я не решился бы этого утверждать. Таким образом, если сосудистая теория в чистом виде была в известных случаях, до известной степени правильной, то в большинстве она встречает возражения. Вот почему к ней, как и к механической теории, были внесены некоторые изменения и некоторые коррективы.

Эти коррективы внесла неврогенная теория, на которой я позволю себе потом остановиться подробнее. Для связности изложения надо только подчеркнуть, что неврогенная теория вторглась в сосудистую, сказавши, что анатомических изменений со стороны сосудов мы правда не находим, но функциональные изменения, спазмы мелких сосудов (Krebs, Lebert, Talma) в определенных участках сосудистой стенки, могут наблюдаться,—и вот это то и является причиной отмирания желудочной стенки и переваривания ее желудочным соком.

В последнее время стали в этом отношении придавать большое значение гипертониям. Они, с одной стороны, предраспо-

лагают к раннему развитию анатомических изменений в стенках сосудов но, что важнее, при этом заболевании отмечается склонность к спазмам (ангиоспазмы, например, некоторые формы грудной жабы, мигрени и т. д.). Эти спазмы сосудов, которым приписывали важное значение в образовании некрозов желудочной стенки еще Benecke, van Yizeren, Lichtenbelt, в последнее время и v. Bergmann, Westphal, Ruhmann, выдвигаются как важнейший этиологический момент в происхождении круглой язвы. Механизм возникновения язвы при гипертонии лежит помимо указанных спазмов еще и в колебаниях кровяного давления в сосудах.

Hart дает такую сводку механизма образования язвы при этом. Если спазм сосуда продолжается долго, то ишемия ведет непосредственно к некрозу слизистой, где и может возникнуть пептическое изъязвление и кровотечение, или же при последующем парезе вазоконстрикторов могут образоваться стазы, прохождение крови *per diapedesin* и, таким образом, геморрагические эрозии. К этому мы еще вернемся при рассмотрении нервных теорий.

Но и с такими модификациями все же сосудистая теория не может объяснить целого ряда явлений и особенностей, наблюдаемых при круглой язве желудка. В первую очередь, почему круглая язва, раз образовавшись, так медленно развивается в большинстве случаев в глубину, и почему даже после заживления она склонна рецидивировать? Затромбировался сосуд, некротизировался определенный участок желудочной стенки, изъеден желудочным соком—и образовалась язва. Почему же эта язва в течение ряда лет все растет и растет, почему она имеет (это ее особенность) хроническое прогрессивное течение? Или, наоборот, рубцуются, а затем на том же месте вновь открывается? На этот вопрос, мы, к сожалению, в литературе, касающейся разбора сосудистых теорий происхождения *ulcus ventriculi rotundum* ответа не находим. Точно также эта теория не может дать ответа на вопрос, почему язва, как я уже указывал выше, так часто развивается в молодом возрасте, когда не находят никаких изменений в сосудах. И, наконец, почему эти язвы не образуются в кишечнике. Стоит же сделать гастро-энтеростомию по поводу язвы желудка, и в кишке нередко может образоваться язва. Все эти вопросы с точки зрения чисто сосудистой теории остаются без ответа.

Вот почему в дополнение к ней, к этой теории пониженной резистентности определенных отделов желудочной стенки, вследствие прекращения или недостаточного кровоснабжения, начали вводить самые разнообразные коррективы. Эти коррективы следует разделить на несколько частей.

Коррективы прежде всего касающиеся анатомических изменений—определенных анатомических изменений. В этом отношении чрезвычайно много сделали работы Stoerk'a и Miller'a.

Stoerk заметил, что при определенном status'e при так называемом status lymphaticus в желудочной стенке мы наблюдаем целый ряд специфических изменений. Это прежде всего шагреновая кожа (état mamellonné), затем развитие в стенке желудка лимфатических желез, главным же образом, солитарных лимфатических фолликулов. Мы наблюдаем ухудшение питания у таких больных на почве узости кровеносных сосудов, как конституционального изменения. Мы наблюдаем у этих лимфатиков пониженную резистентность со стороны слизистой оболочки желудка к бактериальным и другим ядам, к раздражающим веществам.

Исходя из этих соображений, Stoerk и выставил теорию, что причиной язв желудка является в большей или меньшей степени выраженный status lymphaticus, при котором лимфатические фолликулы под влиянием тех или других причин могут перерождаться, размягчаться, и вызывать образование язвы. Ввиду того, что эти язвы, раз образовавшись, кроме того, плохо питаются (узкие сосуды) и находятся в организме низкопробном, с пониженной резистентностью—они начинают расти и расти и в конечном счете превращаются в круглую язву желудка. Эту теорию в значительной степени поддерживали Miller и Нейгowski, которые тоже находили при *ulcus ventriculi* увеличенные лимфатические фолликулы, частично в стадии воспаления, затем распада и некроза, и как следствие этих изменений—образование язвы. Теорию эту с точки зрения особенностей конституции (ваготонической) защищали и Strauss, Moullin, Kalima, Schneider и др.

К вопросу о конституциональном моменте мы еще вернемся, теперь же должны сказать, что данные, на которых базируется это воззрение, не отвечают действительности. В настоящее время уже произведено много исследований на большом количестве желудков, полученных при резекции. Главным образом венская школа (v. Eiselsberg, Clairmont и др.) нашла, что никаких скоплений лимфатических элементов в пораженных язвой желудках мы не наблюдаем и что если они и имеются, то это является исключением. Эти соображения в значительной степени и позволили отпасть этой теории, как самодовлеющей, несмотря на то, что в последнее время во Франции ее усиленно пропагандируют.

Близко к лимфатической подходит теория, которая ищет причину возникновения язвы в обнаруживаемых в слизистой желудка островках желез, типа Либеркюновых (Dahl) или находимых в области спастически сокращенного привратника небольших опухолей из элементов pancreas (Delhougue). Авторы думают, что такая гетеротипия предрасполагает к образованию язв.

Близкой к указанным стоит и теория, ищущая причину возникновения язвы в хроническом воспалении слизистой оболочки желудка—хроническом гастрите.

На почве хронического воспаления слизистой и подслизистой оболочки желудка там может, с одной стороны, погибать целый ряд сосудов, с другой стороны, там могут образовываться скопления лимфоидной ткани, т. е. таких элементов, которые чрезвычайно легко подвергаются дегенерации, из которых чрезвычайно легко может образоваться язва желудка.

На связь язвы с гастритом указывал еще Cruveilhier. В последнее время эту связь выдвинули Gaillard, Mathieu и Moutier, Korzynski и Jaworski, а Nauwerk впервые ввел понятие *gastritis chronica ulcerosa*, базируясь на патолого-анатомических исследованиях. В самое последнее время Konjetzny защищает эту теорию происхождения *ulcus ventriculi*, утверждая, что в 100% всех язв он находил явления гастрита. Нужно сказать, что статистические данные и здесь очень расходятся. Так, Lange находил это совпадение в 48%, Heyrowski—в 71,5%, а Hauser (цитирую по v. Bergmann)—в 5,7%, да и то очень нерезко выраженным (Hauser, Baillie).

Если эти теории гастритического происхождения язвы и нельзя отвергнуть в смысле более или менее частого совпадения обоих патологических процессов, то прежде всего возникает вопрос, что является первичным—язва или гастрит? В этом отношении Knud Faber, v. Redwitz и другие держатся того мнения, что язва является первичным процессом. Против гастрита, как причины язвы, говорит помимо незначительности воспалительных изменений в большинстве случаев язв, кроме того еще и то, что в целом ряде язв этих гастритических изменений мы совсем не наблюдаем, а, с другой стороны, при тяжелых формах гастрита часто никаких язв не находим. Кроме того, непонятным кажется то, что если гастрит является причиной образования язвы, почему она образуется в единственном числе. Поэтому можно согласиться с мнением v. Bergmann'a, что в ряде случаев круглая язва может идти рядом с гастритом, и даже больше того, гастрит своим постоянным раздражающим влиянием может поддерживать и затруднять исцеление и заживление язвы. Но во всяком случае нужно сказать, что эти явления хронического воспаления слизистой оболочки желудка имеют вторичное значение, и является совершенно недоказанным, что они первопричина язв.

Несколько другого порядка следующая теория, базирующаяся уже не на местных изменениях резистентности желудочной стенки, а на общих явлениях, наблюдающихся в организме. Это теория инфекционная, она была выдвинута, главным образом, работами Boettcher'a, который находил в круглых язвах желудка при бактериологическом анализе их разнообразные грибки и стрептококки.

При эндокардите, особенно септическом, нередко может на почве эмболий наблюдаться образование язв в желудке, причем засевшие бактерии своими токсинами, по мнению Bergmann'a,

могут играть некоторую роль в возникновении некробиотических процессов в стенке его. Тоже может иногда наблюдаться в двенадцатиперстной кишке у новорожденных при септических эмболиях из пупочной вены.

В Америке теперь царит мода на инфекцию из зубов, и вот зубному кариесу, инфекционным процессам в альвеолах, миндалинах, придаточных полостях, приписывают преимущественное, если не исключительное значение в патогенезе круглой язвы желудка (Smithies, Sustermann, Stewart).

В недавнее время Askanazy находил в значительном количестве случаев *oidium albicans* в области круглой язвы и, исходя из того, что кислая среда желудка не влияет на рост этого грибка, придает ему патогномическое значение. Его утверждения были проверены Nissen, Frank, Kirch и Stahnke и ни одним из них не подтверждены.

К сторонникам инфекционной теории принадлежит целый ряд французов и немцев (Moutier, Passelt, Nauwerk, Neumann, Dieulafoy, Wilkie, Retzlaff, Charvet и др.), а в последнее время присоединился еще и такой выдающийся хирург, как Duval и его школа. Последние говорят так: «мы не утверждаем, что инфекция является первопричиной появления круглой язвы желудка. Язва, раночка на слизистой оболочке желудка может появиться под влиянием самых разнообразных причин: сосудистых, травматических, химических, термических и т. д., но для того, чтобы она приобрела хроническое течение, для того чтобы она перешла в специфическую язву, круглую язву желудка, для этого требуется инфекция».

Как мы уже указывали выше, Kümmel и v. Eiselsberg и его школа утверждают, что в этиологии *ulcus ventriculi* играют большую роль инфекционные инфаркты, инфекционные эмболии из аппендицита, холецистита и т. д., а Devic и Roux находят связь между язвой желудка и различными инфекционными болезнями (скарлатиной, острым суставным ревматизмом и т. д.).

Нужно сказать, что были проделаны и экспериментальные работы с целью доказать инфекционное происхождение язв желудка. Thierck месяцами кормил собак культурами *bac. coli* и получал язвы, которые заживали после прекращения кормления. Rosenow систематически находил в язвах желудка у телят, свиней, собак, овец и коров стрептококков. Интравенозное впрыскивание этих стрептококков вызывало у собак и кроликов образование инфильтраций, эрозий и язв в желудке. Аналогичные результаты получены при экспериментальной пиэмии и сибирской язве, дизентерии (Letule). Французские авторы при экспериментах с *bac. coli* (Chantemesse и Vidal) получали, аналогичные результаты, тоже и Enriquez и Hallion с дифтерийным токсином, Charrin с *b. pyocyaneus* и т. д.

Рязанов вспыскивал интравенозно стрептококков—сначала обычно, а затем пользуясь особой им выработанной методой,

непосредственно в а. coeliaca и получал после этого у животных круглую язву.

Трудно высказываться по поводу правильности взгляда об инфекционном происхождении круглых язв желудка. Возможно, что в целом ряде случаев инфекция имеет значение фактора, поддерживающего прогрессивное течение круглой язвы желудка. Но мы тем не менее должны сказать, что есть целый ряд язв, при которых никаких изменений со стороны бактериальной флоры желудка мы не наблюдаем, т. е. другими словами, мы наблюдаем целый ряд язв, при которых никаких бактерий в круглой язве и в окрестностях ее не находится. А в тех случаях, где эти бактерии и находятся, невольно возникает вопрос, не присоединились ли они к уже до них существовавшим язвам. Что же касается экспериментальных данных, то нужно говорить то, что мы уже говорили выше, именно, что у животных, особенно мелких, язвы в желудке образуются при эксперименте так легко, что приводить их в связь с особой формой последнего затруднительно.

Вопрос этот, во всяком случае, не разрешен и требует еще дальнейшей разработки.

Особую роль среди инфекционных теорий играет и та теория, которая выдвигает на первый план туберкулез, как причину появления круглой язвы желудка. Есть целый ряд исследований, французских и немецких, которые говорят о том, что круглая язва желудка в громадном большинстве случаев наблюдается при туберкулезе и имеет с ним тесную связь. В первую очередь думают о том, что проглоченная туберкулезная мокрота может вызвать в желудке образование язвы по аналогии с тем, как это происходит в кишках (Wernscheid); но об этом тут и говорить не приходится, ибо, во-первых, характер и строение туберкулезной и пептической язвы совершенно различны; во-вторых, как на это указывал еще Virchow в желудке очень мало лимфатических фолликулов—образований, излюбленных для туберкулезной инфекции, да и самая кислота является довольно неподходящей средой для развития туберкулезных образований.

Другой путь влияния туберкулеза на образование язвы было образование endarteritis tuberculosa (Cade и Ravault). Однако, это утверждение не подтверждено патолого-анатомическими данными. Французские авторы (Arloing, Moncorgé, Cade и Ravault) говорят о туберкулезной токсемии, как причине возникновения язвы. Нужно сказать, что и эта связь является не доказанной. Да и вообще статистика не совсем в пользу тесной связи туберкулеза с язвой. Так, Hauser находил туберкулез у 19,6% всех язвенных больных. Holzweissig только у 8,6%, а Melchior и Lauritz только—1,2%. Bartel и Ad. Schmidt говорят даже о туберкулезе, как антагонисте круглой язвы желудка. Ruhmann в этом отношении осторожнее, но и он утверждает, что при эксудативной форме

туберкулеза язва почти не наблюдается. Как о курьезе, можно говорить о предположении Kodon, что образованию язвы при туберкулезе предшествует специфическая сыпь на слизистой желудка, своего рода *lupus erythematodes*. На другой характер связи указал впервые венский интернист Holler, основываясь на патолого-анатомических исследованиях, а также Reitter и Singer, которые нашли в двух случаях *ulcus ventriculi n. vagus* сдавленным увеличенными бронхиальными и медиастинальными железами в области *hilus'a*. После этого сообщения Holler и Marcovich привели клиническую статистику совпадения такого «медиастинального симптомокомплекса» с язвой желудка в 66%, resp. 78% случаев. Ruhmann наблюдал это совпадение тоже в 40%, но говорит, что о связи этой нужно говорить осторожно; скорее тут наблюдается два независимых друг от друга явления. Мы еще вернемся к этому вопросу, когда будем разбирать нервные теории, теперь же должны сказать, что туберкулез легких и желез является теперь такой частой болезнью, что ее можно было бы связать с любым наблюдающимся у больного заболеванием, так что говорить о причинной связи между ним и язвой желудка представляется по крайней мере преждевременным. Такого же мнения держится и большинство клиницистов (Albu, O. Schmidt, Pal, B. Aschner, I. Bauer и др.).

Аналогично туберкулезной были сделаны попытки объяснить круглую язву желудка токсемией другого происхождения. В этом отношении очень интересные опыты были сделаны Tuerck и Fenton, которые в течение трех-четырех месяцев вводили бульонную культуру *bact. coli* в желудок собакам и получали круглую язву желудка, присутствие которой подтверждалось на патолого-анатомической секции. К сожалению, эти опыты, которые встретили громаднейший интерес в Германии и Англии, были повторены (Bauer и Nauwerck) и никому из последующих исследователей они не удалось. Может быть здесь была особенная техника, но во всяком случае после этого интерес к этим работам заглох.

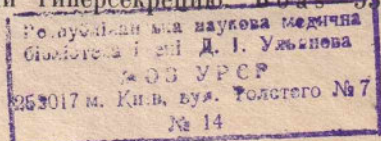
Близкой по своему характеру к только что описанным является теория, так называемых, гастротоксинов. Ее пропагандирует Bolton, который нашел, что иммунизируя коз или каких-нибудь других животных желудочными клетками морской свинки, он у этого животного (козы) получал особые гастротоксины. Впрыскивая их морской свинке, он получал у нее круглую язву желудка. Эти очень интересные опыты были проделаны Theohari, Babes, Lion и Français, а в новейшее время Miugawa, Joncyi, Muraiy, Masazchika. Аналогичные явления с печенью наблюдал Gundermann. У нас в Киеве теоретически защищал этот взгляд Линдеман. Но как ни интересны эти опыты в иммуно-биологическом отношении, применение к человеческой патологии они вряд ли имеют.

Можно только предположить, как справедливо замечает v. Bergmann, что при существовании круглой язвы некротизированные клетки могут служить в организме антигеном, вызывая образование аутогастротоксинов, и, таким образом, поддерживать хроническое течение язвы, resp. препятствовать ее заживлению. Но это только спекулятивное рассуждение, тем более, что с точки зрения существования этих изолизинов трудно было бы объяснить, почему язва одиночна и захватывает только ограниченную часть желудочной стенки.

Только-что разобранные теории базируются, главным образом, на возникновении изменений в самой стенке желудка, делающей ее подверженной переваривающему действию желудочного сока. Теория, к рассмотрению которой мы теперь приступаем, исходит из изменения свойств самого желудочного сока, как первопричины возникновения круглой язвы желудка. Эта теория высокой кислотности желудочного сока впервые была выдвинута Riegel'em, Bouveret'ом поддержана Strauss'ом, Ewald, Hayem'ом, Lion'ом и в настоящее время почти всей французской школой терапевтов, патологов и хирургов, а в Польше—Korzynski'm и Jaworski'm.

Эта теория говорит так: и травматические и сосудистые и другие причины, одним словом всё, о чем подробно было сказано выше, всё это играет второстепенное значение, всё это приводящие причины. Центр тяжести лежит в высокой кислотности желудочного сока; только высокая кислотность желудочного сока является *primus movens* в возникновении круглой язвы желудка. Когда желудочный сок в силу ли повышения своей кислотности или количества пепсина (Guenzburger) приобретает большую, так сказать, агрессивность, он может переварить те или другие участки слизистой желудка в силу тех или других приводящих причин пониженных в своей резистентности. Центр тяжести этой теории лежит, следовательно, в повышенной при язве желудка переваривающей способности желудочного сока, вследствие ли большего содержания в нем соляной кислоты или повышенного количества пепсина. Как мы уже говорили, эта теория, говорящая о высоких способностях желудочного сока, получила широчайшее распространение. Ewald, Matthes, Hayem, Mathieu, Югенбург—эти имена составляют едва ли десятую часть того количества специально занимающихся этим ученых, которые выдвигают эту теорию, как чрезвычайно существенную, как самую главную. Но вот, когда начать рассматривать фактические данные, которые указанные авторы дают, тогда можно видеть, что язва желудка может наблюдаться не только при гиперсекреции resp. hyperaciditas, но и при нормальной или даже пониженной секреции (Троицкий, Локтионова, Wirsing, Крамер и др.) Так Ewald указывает, что только 34% круглых язв желудка из его материала имели гиперсекрецию. Воас—33,70%.

Язва желудка.—2.



Югенбург—38,60%. А остальные? Остальные язвы такого высокого кислотного титра не имели. В нашей клинике и вне стен клиники мы за последние два года наблюдали 166 случаев круглой язвы желудка. Мы имели приблизительно в половине случаев повышенную кислотность (около 60 с лишним процентов), в 33% мы имели нормосекретную или гипосекретную и в 6% мы имели ахилию. Это чрезвычайно существенно. Ведь в конечном счете возникает вопрос, как с точки зрения разбираемой теории объяснить возникновение язвы при существовании сока пониженной силы или отсутствии его? Это первое соображение. Второе соображение—это то, что мы имеем, в особенности в последнее время, чрезвычайно большое количество гиперсекреций, чрезвычайно большое количество hyperaciditas, и при них, при этих гиперсекрециях неврогенного происхождения, мы не имеем никаких изменений со стороны анатомической целостности слизистой оболочки желудка.

Есть даже такие мнения (Zweig, Rubow, Федоров, отчасти Strauss, Оппель, Шапов и др.), которые считают, что гиперсекреция есть последствие язвы. Тут и возникает вопрос, почему при одинаковых качествах желудочного сока в одних случаях анатомическая целостность стенки желудка не нарушается, а в других образуется язва желудка. Причины эти биохимического характера,—говорят защитники кислотной теории. Уже в старые времена Hunter высказал мнение об особой жизненной силе, представляющей защиту желудочной стенке от самопереваривания. Однако, на основании современных исследований вряд ли можно говорить в том смысле, в каком это разумел Hunter, о таких силах, ибо опытами доказано, что и живая лягушечья лапка (Claude-Bernard) и ухо кролика (Ravy) и т. д. могут подвергнуться перевариванию даже при сохранении полной связи со своим организмом. Затем Matthes выдвинул теорию приспособления желудочных клеток к своим функциям и окружающей среде, исходя из того, что опыты Claude-Bernard и Ravy удались, только благодаря тому, что в желудке была соляная кислота. Если бы там была другая кислота, то переваривания органов не получилось бы. Мнения Matthes'a придерживается и Ruzicka, говоря о том, что желудочные клетки приспособляются к своему «milieu», ибо в условиях эксперимента слизистая желудка дольше всего не подвергается перевариванию соком.

Этот модифицированный взгляд о «жизненных силах», состоящий в приспособляемости клеток слизистой желудка к своей функции и среде, совершенно так же, как клетки верхнего отдела кишечника не подвергаются перевариванию панкреатическим соком, содержащим триптический фермент, приблизил нас к пониманию процесса, но не разъяснил нам сущности его. И вот выплыла теория о том, что щелочность крови играет роль в том, что стенка желудка сама не переваривается.

Раву предполагал, что в широко развитой капиллярной сети желудка кровь, отдавая хлор секреторным клеткам, своими щелочами нейтрализует соляную кислоту, этими клетками вырабатываемую. Этот упрощенный взгляд, однако, вряд ли является правильным и в первую очередь потому, что секреция соляной кислоты есть активная деятельность клеток слизистой желудка и потому не может быть объяснена процессами, сущностью которых является осмос. Но что важнее, титр соляной кислоты в желудочном соке составляет приблизительно 0,55%. Здоровый человек продуцирует приблизительно полтора литра сока в сутки, содержащего, таким образом, около 7 грамм хлора в виде HCl . Этот хлор должен быть получен из крови, а вся кровяная сыворотка (3 литра) содержит 11 грамм его. Ясно, что при таких цифровых данных, предполагающих к тому же усиленный приток крови к желудку, вряд ли можно принять теорию Раву. Нужно сказать, что накопления хлора в желудочных клетках «про запас», как показали опыты van Eweyk из клиники Крауса (цитир. по Fleischer'y), найти не удалось. Нужно еще добавить, что по вычислениям Крауса щелочность крови равняется 120 - 126 mlgrm. NaOH в 100 куб. снт. человеческой сыворотки, 188 — 220 mlgrm. NaOH в 100 куб. снт. цельной крови. В то же время, по Павлову, в 100 снт. желудочного нормального сока содержится около 560 mlgrm. HCl . Таким образом эквивалентный вес соляной кислоты желудка превышает приблизительно вдвое эквивалентный вес щелочи крови, так что и по таким соображениям о роли осмоса говорить не приходится. Наконец, Sehrgwald показал, что эпителий слизистой желудка препятствует взаимной диффузии щелочи и кислоты между кровью и желудком.

Таким образом, пока мы еще не можем доказать защитительной роли щелочности крови по отношению к неперевариванию самой желудочной слизистой, и теория Раву об уменьшении щелочности крови, как причине возникновения круглой язвы, остается не подтвержденной фактами гипотезой, которую к тому же трудно доказать, ибо у нас, как известно, до сих пор нет безупречного метода для определения щелочности крови.

Основываясь на работах нашего отечественного физиолога акад. В. Я. Данилевского, Weinland'a и Гензеля (после Данилевского), которыми было установлено в желудочном содержимом и в слизистой оболочке желудка присутствие так называемого антипепсина,—была выдвинута теория защитительной функции антипепсина, химическая индивидуальность которого, кстати сказать, в последнее время очень развенчивается Japno, утверждающим, что никакого антипепсина не существует, а существуют аминокислоты, обладающие всеми теми особенностями, которые приписываются антипепсину. Антипепсин ли или аминокислоты, во всяком случае в желудочной стенке нормального человека существует якобы такое противоядие против действия

соляной кислоты плюс пепсин. Если это противоядие исчезает, если количество антипепсина уменьшается, говорит создатель этой теории Katzenstein, другими словами, когда соотношение между пепсином желудочного сока и антипепсином желудочной стенки нарушается в пользу первого (Гулевич), тогда может наступить переваривание желудочной стенки и возникнуть круглая язва. Только что было указано, что этот антипепсин до последнего времени ищут и очень часто не находят (Hotz, Violas, Gasparadi, Contejean, Dragstedt). Да и другие, во главе которых стоит наш гениальный физиолог акад. И. П. Павлов, говорят, что нет никакого антипепсина, что желудочная слизь, вырабатываемая в достаточном количестве в нормальном желудке, благодаря своим особым эмульгирующим свойствам, препятствует воздействию соляной кислоты желудочного сока на живую желудочную стенку, препятствует его перевариванию (Павлов, Соборова, Завриева, Bickel).

Так или иначе, эта антипепсинная теория подвергается многочисленным сомнениям. Она не может объяснить, почему язва желудка может заживать, ибо разве при этом утраченная сила антипепсина вновь восстанавливается? Непонятно, где возникает и разрушается антипепсин местно? Каким образом это разрушение, г. е. р. восстановление возникает в месте дефекта? На все эти вопросы теория эта не может дать удовлетворительного ответа, а потому и должна быть пока оставлена.

В последнее время появились работы (Rasser, Foldes'a), которые пытаются подойти к решению проблемы язвы желудка с точки зрения коллоидной химии. Так, первый пытается объяснить образование язвы нарушением химизма секреции на почве расстройства равновесия ионов, именно: на почве недостаточности щелочных ионов создается дисколлоидность, в результате чего начинает проявляться аутопептическое действие желудочного сока.

Наконец, недавно Зимницкий и Valint выдвинули теорию недостаточного алкалоза тканей, их закисаемости, как причины возникновения круглой язвы.

Нужно сказать, что опыты Valint'a должны быть проверены, ибо уже при одном чтении метода, каким он пользовался, возникают сомнения в правильности полученных им результатов. Что же касается Зимницкого, то его выводы базируются на том терапевтическом успехе, который он получил при круглой язве желудка от впрыскивания инсулина, являющегося между прочим и противоацидозным средством. Нужно однако сказать, что он является и ваготропным, а мы должны считаться, как укажем об этом ниже, с существованием язв у лиц с повышенным тонусом п. sympathici. Возможно, что больные, на которых Зимницкий основывает свои выводы, относятся как раз к этой группе. Во всяком случае, эта оригинальная гипотеза требует еще проверочных наблюдений.

Резюмируя, можно сказать, что пока все эти био-химические теории находятся, если можно так выразиться, *in statu nascendi*, а без них чисто кислотная теория не выдерживает критики. Нужно вообще сказать, что вся проблема повышенной кислотности, на подтверждение которой потрачено немало чернил, является значительно измененной в свете новейших точных измерений количеств кислотности. Как показал Павлов, а за ним повторил Bickel, сок и у животного и у человека отделяется в определенной кислотной концентрации. Но цифры, которые мы получаем при выкачивании, являются в значительной степени модифицированными, в зависимости от нейтрализующего действия проглоченной слюны, слизи желудочной стенки и т. д., в зависимости от быстроты отделения сока на проглоченную пищу и скорости, с какой желудок освобождается от содержимого, другими словами, его моторной способности. С другой стороны, на кислотную концентрацию, может быть, влияет и тот неспецифический не кислый секрет, отделение которого стенкой желудка доказали Strauss и Roth. При язве желудка, как это доказано рентгенологическими работами, мы имеем замедление опорожнения желудка, особенно, когда язва лежит в препилорической части.

В связи с этим сторонники кислотной теории возникновения язв вводят еще ряд добавочных моментов, а именно: расстройство моторной функции желудка, благодаря чему в желудке застывает большее количество сока, который атакуя какое-нибудь одно место желудка, при благоприятных условиях (понижение резистентности организма, хлороз, анемия) может вызвать образование язвы. Такими предрасполагающими причинами могут быть, атония или расширение желудка, спайки его с желчным пузырем, сжатия и деформации его (*maladie du corset*), гастроптоз,—одним словом, все, что затрудняет *irru pylorus'a* и препятствует забрасыванию осредняющего дуоденального сока (Hauem). Туда же относится и прием пищи в разное время, ибо в желудке вырабатывается условный рефлекс на время, причем в случае запоздания приема пищи в нем выделяется чистый желудочный сок, остающийся, так сказать, не у дел.

Резюмируя, нужно сказать, что переваривающая сила желудочного сока играет определенную роль в деле образования язвы желудка. В пользу важности роли желудочного сока говорит то обстоятельство, что круглые язвы образуются только там, куда попадает не нейтрализованный желудочный сок: желудок, начальная часть двенадцати-перстной кишки и терминальная часть пищевода. Во вторых, о том же говорит и возникновение язв в кишках после гастроэнтеростомий, недалеко от анастомоза, т. е. в месте, где кишка оmyвается кислым желудочным соком и к тому же только в случаях с высокой кислотностью; их не бывает после гастроэнтеростомий у лиц с ахилией (например, при раковых язвах). Мы тут же хотели бы еще раз указать, что

для образования язв вовсе не нужно сока высокой кислотности, достаточно и нормального. В этом отношении наши наблюдения вполне совпадают и с вышеуказанными статистиками и недавно опубликованными данными Katsch и Kalk.

Однако, отдавая должное по этим соображениям роли желудочного сока, мы все же не можем пройти мимо случаев круглой язвы с отсутствием соляной кислоты в соке. Правда, по нашим статистикам их всего 6%, а если прибавить сюда и гипохилии, то около 27% (по другим статистикам до 44%), и все же этот процент не дает нам права признать за кислотной теорией права на первенствующее значение в патогенезе язвы. Конечно, нельзя согласиться с мнением v. Bergmann'a, который говорит, что язва может существовать при ахилии, но что он не убежден в том, что она может при существовании последней образоваться. У нас есть безусловно проверенные клинические наблюдения, когда у больных, давно страдавших ахилией, потом по истечении ряда лет появляются симптомы *ulcus ventriculi* вплоть до *haematemesis*.

В виду всего только что изложенного, к кислотной теории, даже подкрепленной биохимической, повторяю, нужно отнестись с определенной долей скептицизма. Конечно, высокая кислотность желудочного сока способствует, или вернее сказать, препятствует заживлению круглой язвы желудка (Щербаков; Богораз). Высокая кислотность, может быть, способствует (Schuetz, Witzel, Seyffart) тому, что незначительная, маленькая язва, возникшая на той или иной почве, по той или другой причине, превращается в настоящую круглую язву желудка и является, по выражению Мартынова, «фоном, на котором разыгрываются язвенные болезни», но самодевлеющей эта причина не может быть названа. Поэтому эта кислотная теория, имеющая чрезвычайно большое количество сторонников, все-таки в настоящее время не может считаться имеющей первенствующее значение.

В противоположность указанной роли желудочного сока Stuber приписывает первенствующую роль в случаях язвы желудка трипсину, который забрасывается в большем против нормы количестве с дуоденальным содержимым в желудок и обладает якобы способностью переварить даже и интактную стенку желудка. Это воззрение вряд ли отвечает действительности, ибо интактную стенку желудка не может переварить и трипсин, иначе он в первую очередь переварил бы самую кишку, а во вторых—и физиологически: и во время голода и пищеварения дуоденальный сок забрасывается в желудок, а при ахилии и зияющем *pylorus'e* это обычное явление,—тем не менее язва при ней не образуется. К тому же и концентрация водородных ионов у язвенных больных (Katsch и Kalk) приближается к оптимуму действия пепсина и далека от оптимума действия трипсина, что также служит аргументом против указанного предпо-

ложения. Наконец, Кузнецов изучал недавно при помощи тонкого зонда дуоденальное забрасывание у разного рода больных и особенной разницы в этом отношении между язвенными и неязвенными больными не наблюдал. То же нужно сказать и по поводу мнения, будто присутствие желчи в желудке необходимо для образования язвы. Наоборот, как указал еще Billroth, недостаточное омывание желчью и панкреатическим соком является одной из причин образования пептических язв тонкой кишки. О том же говорят и опыты Kleeblatt, который после перевязки ductus choledochus почти регулярно находил язвы в двенадцатиперстной кишке (цит. по v. Bergmann).

Все перечисленные теории не вполне удовлетворяют мысль исследователя. Есть целый ряд фактов, которые ими не могут быть объяснены. Это и вызвало появление гипотез, которые в настоящее время являются очень распространенными, именно, теорий первого происхождения язвы. Мы их уже слегка касались при разборе сосудистых теорий.

Ввиду того, что они стоят теперь в центре внимания, мы на них должны остановиться подробнее.

Первые теории прежде всего базируются, на опыте. Был сделан на животных целый ряд опытов, имевших объектом нервную систему и в первую очередь центральную. При различных поражениях головного мозга можно было отметить появление язв желудка. Schiff получал их при перерезке pedunculi cerebri, thalamus opticus, при повреждении моста и продолговатого мозга, главным образом, его substantia reticularis. За ним Ebstein и Albertoni опубликовали такие же результаты своих наблюдений над кровоизлиянием в мозг и поражениями стриарного тела. К аналогичным выводам пришел на основании своих опытов Brown-Séquard. Среди новых авторов, главным образом, Hart выдвигает на первый план значение поражений головного мозга в происхождении круглой язвы. В 14 случаях повреждений черепа, менингита, апоплексии, он установил на секции свежие язвы в желудке. То же отметил и Holzweissig после водянки мозга. И клиника отмечает такое совпадение. Так, Holler и Pollak наблюдали два случая язвы при полиэнцефалите. Те же авторы находили язвы желудка при дегенеративных изменениях на протяжении спинного мозга, а Ebstein, Kuboyashi, Kawamura, Попельский, Koerte, Ewald, Koch, Schupfer, Pomorski, v. Preuschen и другие получали экспериментальные язвы при перерезке спинного мозга. Schueller, Exner, Full, Friedrich, Charcot (crises noires) сообщали о случаях tabes dorsalis, повлекших за собой образование язв желудка.

Чтобы не возвращаться уже к этому, нужно сказать, что, если даже допустить причинную связь между заболеваниями головного и спинного мозга и возникновением круглой язвы желудка, то в человеческой патологии вряд ли эта связь играет

большую роль, ибо при многочисленных аутопсиях язвенных больных, при самом тщательном исследовании, в подавляющем большинстве случаев никаких изменений в центральной нервной системе, по крайней мере патолого-анатомического характера, обнаружить не удастся. Однако, эти эксперименты и описанные выше наблюдения имеют некоторое значение для подтверждения более правильной гипотезы происхождения круглой язвы. Но к этому мы еще вернемся.

Значительно большее значение для возникновения новейших неврогенных теорий имеют экспериментальные вмешательства и наблюдения над вегетативной нервной системой. Уже в 1828 г. Kammerer перерезкой *n. vagi* и *sympathici* пытался добиться образования язв в желудке; то же проделывали на грызунах и млекопитающих Ginsburg и Luchs. Van Yizeren в клинике Talma субдифрагмальной резекцией *n. vagi* удалось вызвать язву в пилорической части. Таких же результатов добились Ophuels, Marchetti, Lorenzo и Saita (правда, они получили только эрозии). Krehl и Katschkowsky, Finocchio, Martini, Dalla Vedova получили при контроле этих опытов отрицательные результаты.

Модифицируя эти опыты над *n. vagus*, Хесин и Спанежко травмировали еще и слизистую желудка, а Stahnke раздражал электрическим током *n. vagi* через пищевод, и все три получали язвы в эксперименте; то же получили и Kerppich и Lichtenbelt. С другой стороны, были произведены опыты и над симпатическим нервом. Pincus, Budge, Adrian, Lamansky, Lustig, Bonome, Talma, Pye-Smith, Lauder-Brinton, Moreau, Oddi, а в новейшее время Молодая и Егоров не получали язв, экстирпируя, resp. раздражая *gangl. coeliacum*, resp. брюшной *sympathicus*. Зато Dalla Vedova, повреждая *n. splanchnicus major* и *plexus coeliacus* получал геморрагические, некротические и язвенные поражения, очень близкие по характеру к человеческой язве желудка. Его данные были сравнительно недавно (в 1911 г.) подтверждены опытами Kobayashi и Schmincke, Donati и Gundee-finger'a, получивших геморрагические изъязвления при поражении, resp. раздражении *plexus coeliacus*. Опыты коснулись и ганглиозного аппарата стенки желудка: путем разрушения интрамуральных ганглиев Корохову удалось добиться образования эрозий в желудке (без изменений в сосудах). Bedarida вводил нейрин, поражающий нервные ганглии, непосредственно в стенку желудка и получал язвы. Тех же результатов, т. е. получения геморрагий, эрозий и язв добился Hayashi, отравляя белых мышей мускарином, а морских свинок пилокарпином, resp. вызывая у них анафилактический шок. Nacashima у обезьян одновременным введением адреналина и пилокарпина, а Nicolayer и Westphal впрыскиванием ваготропных фармакологических средств получали аналогичные результаты.

Как же объяснить образование язвы с точки зрения указанных экспериментов? Talma первый высказал мысль, что только два явления могут объяснить экзальцерацию: спазм мускулатуры желудка или спазм артериол. То обстоятельство, что эти экспериментальные язвы возникают, главным образом, в пилорической части с ее сильной *tunica muscularis*, тогда как в фундальной части сами артериолы имеют мышечный слой, сильно говорит, как думает Talma, за то, что спазм самой мышцы желудка вызывает сдавление артериол, прекращение притока крови и образование язвы. Такого же мнения держится и van Yizеген, который видел эти спастические сокращения при каждом переходе пищи из желудка в *duodenum*, каковое обстоятельство, по его мнению, должно постепенно вести к облитерации сосудов и некрозу. К такому же выводу приходит Kobayashi, который говорит о том, что ишемия, даже не тромботического характера ведет к образованию желудочных язв. Lichtenbelt видит причину возникновения язвы в сдавлении артериол мышечной оболочкой слизистой (*muscularis mucosae*). С другой стороны, опираясь на свои опыты и опыты уже названных Kobayashi и Rosenbach, в полном согласии с Dixon, Brodie, Lohmann и др., Moeller высказал мнение, что причиной образования язвы желудка является вазомоторный спазм сосудов желудка, ведущий к ишемии, некрозу и т. д. Такого же мнения держится и Westphal, который считает, что в основе ишемии, как причине *ulcus ventriculi*, лежит спазм конечных сосудиков.

Таким образом, экспериментальные данные создали основу для вегетативно-нервных теорий происхождения круглой язвы желудка. Возникал только вопрос о том, какой из обоих нервов является виновником возникновения ее, *vagus* или *sympathicus*. На этот вопрос, на основании приведенных экспериментальных данных, совсем не легко было ответить, ибо совершенно противоположные опыты, как выключение, resp. раздражение каждого из обоих нервов приводили к одинаковым результатам. Если большинство экспериментаторов видит в *n. vagus* главного виновника спазмов, то, с другой стороны, Ruhmann совершенно резонно обвиняет в этом же *n. sympathicus*. При этом он базируется на указанных уже опытах Zironi, Dalla Vedova, Lichtenbelt и Antonini. В пользу последнего взгляда говорят и недавние опыты Muzzioli, доказывающие, что перерезка *n. sympathici* не мешает, а иногда и способствует заживлению язв. За нее говорят и опыты с повторным впрыскиванием адреналина (Licini), которые также приводили к образованию язв. Hauser совершенно поэтому правильно резюмирует данные всех полученных до сих пор экспериментов с получением язв при воздействии на тот или другой отдел вегетативной нервной системы следующим образом. «Не подлежит никакому сомнению, что в очень большом количестве случаев удалось при эксперименте на животных перерезкой *vagus'a* или *splan-*

chincus, или экстирпацией *plexus coeliacus*, или вирыскиванием в сосуды адреналина получить у животных в желудке и *duodenum* язвы, похожие на человеческие». Исходя из этой двойственности экспериментов, v. Bergmann и говорит о том, что в основе их, а, следовательно, и язвы желудка лежит нарушение равновесия в вегетативной нервной системе.

Если теперь обратиться к человеческой патологии и искать в ней подтверждения приведенных экспериментов, то придется сказать, что здесь мы чрезвычайно бедны доказательствами существования органических грубо-анатомических изменений в указанной нервной системе, ее нервных стволах и ганглиях. Что же касается гистологических изменений в них, то их до сих пор не обнаружили. Это, повидимому, дело будущих изысканий.

Если нельзя найти органических изменений, то мысль клиницистов обратилась к изменениям функциональным. Тогда создалась нервно-рефлекторная теория. Поводом к возникновению ее послужило уже упоминавшееся нами наблюдение, что в результате операций в брюшной полости, особенно на сальнике, могут возникнуть эрозии и язва желудка. Если это обстоятельство сторонники сосудистой теории отводили за счет ретроградных эмболий, то появление язв после операций в областях, не снабжаемых воротной веной (шея, мозг, тазобедренный сустав) не могли быть объяснены таким образом, они могли быть объяснены по мнению защитников данной теории только существованием рефлекторных явлений. Эти соображения и привели видного патолога Roessle к созданию теории об *ulcus ventriculi*, как второй—последующей болезни (*zweite Krankheit*). Дело в том, что по его наблюдениям язва желудка часто встречается в компании с другими заболеваниями. Так, из 234 случаев язв желудка и двенадцатиперстной кишки в 70, т.-е. 29,9% он нашел воспалительные изменения в аппендиксе, а в еще 10,6% язве предшествовали другие воспалительные процессы брюшной полости (печени, женских половых органов), сердечных клапанов или операции на других органах.

Исходя из этого, Roessle говорит таким образом: под влиянием тех или других явлений, имеющих место, главным образом, в брюшной полости путем рефлекса через *n. vagus* вызывается спазматическое сокращение *muscularis muscosae* желудка. Это спазматическое сокращение касается мускулатуры желудка вообще, в частности его пилорической части. При этом возникает спазм мускулатуры *pylorus'a*, который не дает возможности желудочному соку просочиться в *duodenum* и нейтрализоваться, сдавливает сосуды между отдельными мышечными волокнами и, таким образом, создает ишемию, которая плюс желудочный сок, плюс долгое воздействие его на стенку желудка, является причиной возникновения круглой язвы желудка. Это, так называемый, висцеро-висцеральный (v. Bergmann) рефлекс, который идет, по мнению Roessle, через *n.*

vagus, через парасимпатическую нервную систему. К этому воззрению Roessle присоединились Стражеско, Греков и Брейтман. Последние считают этот рефлекс исходящим из спазматических сокращений Баугиниевой заслонки. Греков особо оттеняет эту связь между аппендицитом и язвой желудка в смысле нервных взаимоотношений и придает большое значение в деле язвообразования спазму пилорической части желудка.

Базируясь на работах Mahnert, Roessle, Moynihan и Patterson'a, он считает язву болезнью конституциональной, возникающей под влиянием различных раздражений рефлекторным путем. При этом одним из раздражителей является аппендицит; при нем рефлекторные раздражения с ileo-соесал'ной области, главным образом, с v. Baehni, влекут за собой рефлекторно спазм—судорогу привратника, гипертрофию его с последующими изменениями моторной и секреторной деятельности желудка. А это при известных конституциональных условиях (эндокринных расстройствах, аномалиях вегетативной нервной системы) может вести к образованию язвы желудка. Киселев из 100 аутопсий в 34 случаях видел одновременно признаки аппендицита и язвы желудка, resp. двенадцатиперстной кишки или ее последствия. Mandl, Струнников и Kalk выдвигают грыжу белой линии, как основной этиологический момент для развития язвы и т. д.

Резюмируя вышеизложенное, v. Bergmann говорит, что в существовании этих висцеро-висцеральных рефлексов не приходится и сомневаться в том смысле, что какой-нибудь заболевший орган может влиять на моторную и секреторную деятельность желудка. В доказательство он, между прочим, приводит наблюдение Westphal о спазмах и гиперτονии желудка во время приступа желчно-каменной болезни и спастические сокращения привратника при хроническом аппендиците (Moynihan, В. П. Образцов, Стражеско). Тот же v. Bergmann, исходя из наблюдений и посылок Roessle, а также наблюдений своих сотрудников Westphal и Katsch построил свою теорию. Мы уже упоминали, что Westphal впрыскивая пилокарпин, т.-е. раздражая n. vagus получал эрозии и язвы желудка у животных. Он трактовал появление их, как результат спазма сосудов, преимущественно в области малой кривизны. Характер этих экспериментальных язв, как указывает Hauser, и по локализации и по патологоанатомическому строению вполне совпадает с теми, которые наблюдаются в человеческой патологии. Вопрос, значит, заключается в том, что является конечной причиной возникновения этих язв? Ишэмия, отвечает v. Bergmann и все уже выше названные экспериментаторы. Но что вызывает ишэмию, в этом мнения расходятся. Westphal предполагал, что она вызывается спазмом muscularis propria, сжимающей соуды, того же мнения отчасти держались Ruhmann и van

Yizeren. Lichtenbelt говорит о спазме *muscularis mucosae*, однако, опыты Westphal со снятием *muscularis mucosae*, после которого все же в тех же экспериментах наблюдалось анемизирование определенных участков слизистой, заставили его предполагать в соответствии со взглядами Beneke, Gundelfinger и Hrat и существование спастических сокращений артериол как причину ишемии и последующей язвы. Наконец, наблюдения над частотой появления круглой язвы желудка при отравлениях свинцом, каковую можно объяснить спастическим сокращением мускулатуры самого желудка,—и все вышеприведенные соображения привели v. Bergmann к созданию своей теории происхождения *ulcus ventriculi*. В том виде, в каком он ее выставил еще в 1913 году, она складывается из двух частей. В первой части он говорит, что язва желудка может образоваться на неврогенном основании, именно вследствие спастического сокращения мускулатуры, в первую очередь, мускулатуры желудка. При этом он был довольно осторожен, он говорил не о спазмах всей желудочной мускулатуры, а главным образом о спазмах в той мускулатуре, которая составляет *muscularis mucosae*. Она спазматически сокращается, она сдавливает мелкие конечные сосуды, она находится в состоянии тонического длительного сокращения и на почве этого длительного сокращения *muscularis mucosae*, на почве гиперваготонии и получается круглая язва желудка. Помимо указанных экспериментальных данных, он базировался еще и на изменениях, которые он наблюдал на рентгеновском экране—на так называемой зубчатости картины (*Zacknung*), которую он объяснял тем, что вся слизистая превратилась в ряд волнообразных возвышений. В последнее время первую часть своей теории он модифицировал в том смысле, что, не отказываясь от стержня ее, именно, что язва может возникнуть на нервно-мышечной основе, он уже не настаивает на том, что эти спазмы охватывают только *muscularis mucosae*, а могут касаться и *muscularis propria* и мышечной оболочки самого сосуда, и что для существа теории место возникновения спазмов, геср. точка приложения воздействия нервов не играет большой роли. При этом он добавляет, что новейшими работами Stahne в ряде факторов, обуславливающих возникновение язвы желудка выдвигается и неврогенный гастрит с изменениями секреции соляной кислоты, пепсина и слизи.

Центр тяжести теории v. Bergmann'a лежит, однако, в движении конституционального момента. Исходя из того, что чрезвычайно часто у людей с язвой наблюдаются стигмы ваготонии, он во второй части своей теории на первый план выдвинул конституциональный момент, говоря, что стигматизированные люди имеют с самого рождения предрасположение к заболеванию круглой язвой желудка. Эта ваготоническая спазмогенная теория была в дальнейшем развита в значительной степени учеником v. Bergmann'a, Westphal'ем, который

пошел еще дальше, находя признаки спазмофилии, спазмогенного диатеза у людей, предестинированных к заболеванию круглой язвой желудка.

В последнее время сам *v. Bergmann* говорит, что в основе конституции язвенных больных лежит не ваготония, а дисгармония в вегетативной нервной системе, которая и является базой как для острого возникновения язвы, так и для хронического ее течения и возникновения рецидивов. Под термином «стигматизированный» — он имеет в виду здоровых людей с дисгармонизированной вегетативной системой, с конституциональной склонностью к базедовой болезни, тетании и другим эндокринным заболеваниям. Среди них есть индивидуумы с вагоневротическим диатезом, люди с определенной психической физиономией, с характерными психофизическими реакциями, среди них отмечается частота заболеваний желчного пузыря, которые *v. Bergmann* с *Westphal*'ем тоже относят к дисгармонии вегетативной нервной системы, а также *asthma bronchiale* и т. п. Таким же образом они предрасположены и к заболеванию язвой желудка. При такой конституциональной установке вегетативной нервной системы внезапная пертурбация или долго длящиеся раздражения ее могут из предрасположения к язвенному процессу дать и самое язву. Специально у молодых людей *v. Bergmann* часто находит и целый ряд признаков, характерных для этих конституций: блестящие глаза, влажные руки, склонность к спастическим запорам, дермографизм, потливость и т. д. Таким образом, говорит, *v. Bergmann* у конституционально предрасположенных людей на почве дисгармонии в вегетативной нервной системе под влиянием каких-нибудь приводящих факторов непостоянного разнообразного типа и даже без таковых может возникнуть язва желудка.

В том виде, в каком теория *V. Bergmann*'а излагается теперь, поскольку она принимает и невоваскулярный момент, она находит сильное подтверждение в учении о капиллярах. *O. Müller* научил наблюдать капилляры; и он и его школа подметили, что у целого ряда людей есть склонность к спастическому сокращению капилляров кожи, или, во всяком случае, к неравномерному, в зависимости от нервных влияний, кровенаполнению их (*O. Müller*, Скульский). Можно предположить, что по аналогии с инфарктами, на почве спазмов сосудов в сердце (*Gruber*), пальцах (*Eritrhomelalgia*), к инфаркту может повести и спазм капилляров в определенном участке желудка (*Barsony*, *Oberndorfer*). Недавно *O. Müller* и его школа, изучая микроскопическую картину капилляров резецированных-язвенных желудков, нашли, что они совершенно напоминают картину кожных капилляров субъектов с невротическим диатезом. В основу этих изменений капилляров он кладет дисгармонию их иннервации, которая ведет к замедлению кровообращения, стазам и т. д.

V. Bergmann и его последователи говорят в настоящее время осторожно о преимущественном участии в патогенезе круглой язвы того или другого нерва, но все же они склоняются больше в сторону повышенного тонуса *n. vagi*. В противоположность им, Ruhman из клиники Goldscheider'a на основании и экспериментальных данных (Zironi, Lichtentbelt, Dalla Vedova, Antonini) и своих наблюдений приходит к выводу, что перевес *n. sympathici* играет в патогенезе круглой язвы желудка первенствующее значение. Он наблюдал у своих больных передвижение вегетативного тонуса в сторону *sympathicus'a* и, что особенно интересно, он объясняет ухудшение страдания при *ulcus ventriculi* под влиянием психической травмы, именно передвижкой повышенного тонуса в вегетативной нервной системе в сторону симпатического нерва. Это сходится с современным воззрением на то, что депрессивные эмоции проводятся симпатической системой, а повышенные—парасимпатической.

Таким образом, конституциональный момент стоит теперь в центре внимания. Но и до появления нервно-конституциональной теории V. Bergmann'a, Stiller и целый ряд других авторов (Straus, Kuttner, Struempell, L. Schmidt, Ad. Schmidt, Grote, Westphal, Kröug и др.) приписывали *status asthenicus* большое значение в деле predisposing к возникновению круглой язвы желудка момента. То же самое относится к общему птозу, в частности, гастроптозу. Нужно сказать, что и на основании наблюдений V. Bergmann'a Ruhmann'a и наших мы этого predispositiona найти не смогли. Конечно, бывает язва желудка и при гастроптозе, и при Stiller'овском типе строения тела, но не очень часто и во всяком случае, не в большинстве случаев. Ruhman выделяет у язвенных больных ряд конституциональных особенностей и по физическому и по психическому признаку; по его наблюдениям они относятся в большинстве случаев к лептосомному-узкотелому типу с склонностью в психическом отношении к шизотимии (Kretschmer).

Наконец, нужно сказать, что подавляющее большинство клиницистов и патологов придает большое значение наследственному моменту, в той или другой степени влияющему на заболеваемость язвой желудка.

У нас в последнее время конституциональному моменту придают тоже большое значение. Так, Чернорудский отмечает на своем материале, что в 80% случаев язв имеются вообще конституциональные особенности организма, в половине всех случаев нарушения в вегетативной нервной системе, в 80% язвенных больных-нарушения ферментативного равновесия и изменения со стороны белой крови в сторону лимфоцитоза и, наконец, в двух третях случаев имеются функциональные изменения со стороны желудочно-кишечного тракта. Исходя из этого, он

считает, что в патогенезе язвы желудка важное значение принадлежит конституциональной диспозиции организма, 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.

Дисфункции вегетативной нервной системы придают большое значение Савков и Корохов. Лурья считает язву общим конституциональным заболеванием, выражающимся в изменении нервной системы. Кончаловский говорит о язвенном диатезе. О преимущественном значении в патогенезе круглой язвы нервной системы говорят и Мартынов, Гагенторн, Поленов, Рейн, Страдынь и другие. Наследственно-конституциональному фактору придает большое значение Юдин.

Нужно сказать, что как ни интересны эти новые нервно-конституциональные теории, как ни много в них верных наблюдений, как они нас ни подвинули вперед в понимании природы и особенностей течения круглой язвы желудка, *resp. duodeni*, — все же они не разрешают задачи установления истинного патогенеза язвы. Совершенно прав был Рейн, когда в 1922 г., резюмируя прения, развернувшиеся на Хирургическом Съезде по вопросу о патогенезе язвы, сказал, что последний, «как клад не дается нам в руки», и, вероятно, придется потратить немало усилий, чтобы овладеть им. И, действительно, нужно сказать, что и в разбираемых нервно-конституциональных теориях есть немало ошибочных выводов и противоречий.

Прежде всего, как мы уже указывали выше, в самих экспериментах, которые легли в основу названных теорий, есть целый ряд взаимно исключающих друг друга выводов. Опыты на разных нервах давали одни и те же результаты, или же вовсе не давали их. Нужно далее сказать, что и самые эрозии и язвы в эксперименте по мнению большого количества исследователей (Aschoff и его школа и др.) в значительной степени разнятся от человеческих, а утверждение Hauser, v. Bergmann'a и Westphal'я о том, что нет принципиальной разницы между эрозией и язвой, что между ними существуют все переходы, а потому мы и имеем полное право провести полную аналогию между экспериментом на животных и язвой у человека — это утверждение встречает сильнейшее противодействие у того же Aschoff'a, утверждающего, что эрозия и язва патогенетически совсем не совпадающие явления. А в этом лежит одна из принципиальных основ этих теорий. Клинических данных, на которых могли бы базироваться они, чрезвычайно мало, ибо то, что они наблюдали — эта *Zacknelung* — зубчатость на рентгенографической картине часто не наблюдается, и ее, во всяком случае, нельзя использовать, как доказательство правдивости

теории. Нужно еще добавить, что и *Ruhmann*, который написал прекраснейшую монографию по вопросу о патогенезе язвы, говорит, что никаких изменений, напоминающих зубчатость, он не наблюдал. *V. Bergmann* далее утверждает, что при язве мы должны наблюдать гиперперистальтику, которая обычно бывает связана с появлением болей. На это ему возражает *Stierlin*, что эта гиперперистальтика вовсе не обязательное явление, что, наоборот, мы часто можем видеть отсутствие перистальтики, так называемую стоячую волну. Наконец, нужно сказать, что все неврогенные теории, имея то общее, что все они предполагают, будто конечным звеном в механизме образования язвы является ишемия, в этом отношении встречают возражения. Так *Konjetzny* на довольно большом материале (140 случаев) ни разу не видел ишемических или некротических, другими словами, инфарктоподобных очагов, почему он и отрицает какое бы то ни было значение за изменениями, даже функциональными, со стороны сосудов. Если все только-что сказанное касается всех нервных теорий вообще, то против каждой из них есть еще целый ряд особых возражений. Так, против теории *Roessle* прежде всего говорит статистика. По статистике *Gruber'a* только в 20% случаев язв имеется аппендицит, по *Westphal'ю*—10%, по *Holler'ю*—4%, по *Ruhmann'ю*—8%. *De Brouin*, *Ploos van Amstel*, *R. Schmidt* совершенно отрицают связь между аппендицитом и язвой, того же мнения держится *Aschoff*. *Strauss* говорит об общей конституциональной основе, а *Kutner* еще осторожнее говорит о возможности случайного совпадения.

У меня в 28 случаях круглой язвы была произведена аппендектомия, причем только в трех были явления аппендицита, да и то незначительные, т. е. около 11%. Естественно, что такие статистики (это касается не только аппендицита, а еще в большей степени *cholelithiasis*) вряд ли могут особенно подкреплять теорию. Нужно указать, что у очень большого количества людей, и у женщин в особенности, часто наблюдаются воспалительные изменения в области брюшной полости. Приводить же их в связь с язвой желудка представляется пока еще чрезвычайно преждевременным. Мы, например, в нескольких случаях отмечали совпадение круглой язвы желудка с почечно-каменной болезнью, но все же не решились бы оба эти заболевания связать между собой патогенетически.

Что касается взглядов Грекова, то нужно сказать, что в них есть много общего с теми положениями, которые выставили *Peritz* и *Fleischer*, а именно, о спазмофильной конституции язвенных больных, гесп. о так называемом энтероспастическом диатезе (*Ruhmann*, *Kaufmann*). Нужно согласиться с тем, что есть такие люди, у которых наблюдается склонность к таким спазмам в области полых органов). В последнее время, например, этим спазмам приписывают большую

роль в патогенезе заболеваний желчного пузыря (v. Bergmann, Westphal). Но в патогенезе круглой язвы этот энтероспастический диатез, как указывают и Ruhmann и Kaufmann, вряд ли играет значительную роль. Нужно, наконец, отметить, что и самое выдвижение этой теорией спазмов мускулатуры, сдавливающих сосуды желудка, противоречит нашему биологическому пониманию, ибо нигде, ни в физиологии, ни в патологии мы не встречаем такого случая, чтобы природа какого-нибудь органа действовала во вред самой себе, а тут мы видим, что орган сам своим сокращением сдавливает свои собственные сосуды и прекращает свое собственное питание.

И теория v. Bergmann'a и вообще конституциональные теории встречают серьезные возражения со стороны видных клиницистов и теоретиков. Так, С. П. Федоров, Оппель, Konjetzny, Шамов и др. считают нервный конституциональный момент последствием, а не причиной язвы. Спасокукоцкий и Керчикер, не отрицая совершенно неврогенного момента, все же отводят ему скромную роль. Haeller повторяя опыты Westphal'a с ваготропными фармакологическими веществами, получал эрозии и язвы и при применении антагонистов пилокарпина — морфия и физостигмина. Получая такие же язвы и анемизированием животных, он не соглашался с выводами Westphal'a относительно спазма мелких сосудов, как причины язвы. К таким же отрицательным выводам пришел на основании своих опытов и Vigilani. Lehmann на 250 фармакологических исследований больных постоянства в преобладании между *vagus* и *sympathicus* за исключением единичных случаев, не нашел. Это стоит в соответствии и с приведенными выше экспериментальными данными, когда воздействием и на тот и на другой нерв вызывали образование язв. Такие же результаты, как и Lehmann, получил по отношению к туберкулезным больным Самойлович, по отношению к страдающим заболеваниями желудка и *duodeni* — Страдынь и Шварц.

Фармакологические пробы дают часто парадоксальную реакцию (Boewing), и хотя v. Bergmann и отрицает значение фармакологических проб при исследовании тонуса вегетативной нервной системы, все же совсем отрицать их значение нельзя. Наконец, нельзя не согласиться, и в этом мои наблюдения вполне совпадают с данными Глинчикова, с тем, что существуют язвы желудка, которые возникают вне каких-либо конституциональных условий, в зависимости от каких-либо внешних причин, что, с другой стороны, есть немало больных с явными конституциональными недочетами и даже с дисгармонией вегетативной нервной системы в смысле v. Bergmann'a, у которых никаких язвенных образований в желудке нет. Против предположения v. Bergmann'a о сдавливании сосудов *mucosae* говорят и опыты Thorell'a, который,

вспрыскивая адреналин, расслаблял ее, но язвы все же образовывались. Теория мышечных спазмов встретила возражения и со стороны Czylhargz, указавшего, что теория, которая во главу угла ставит спастические сокращения отдельных участков мышц желудка чрезвычайно мало основательная гипотеза. Еще резче против теории v. Bergmann'a выступили недавно Loerer и Marshall, которые в своей статье пишут: «нигде, ни в физиологии блуждающего нерва, ни в эксперименте, ни в прогрессировании изменений при язве, нигде мы не находим основания, чтобы говорить вместе с v. Bergmann'ом о поражении парасимпатической нервной системы, как причине язвы желудка, наоборот, все говорят за то, что нарушение ее деятельности есть результат хронической язвы, особенно расположенной по малой кривизне».

Несмотря, однако, на все приведенные возражения, нужно сказать, что конституциональные особенности несомненно играют роль в происхождении язвы желудка, и может быть среди них вегетативной нервной системе принадлежит значительная роль. Доказать это остается будущим наблюдателям и экспериментаторам. Но одно уже теперь можно сказать, что говорить о превалировании одного или другого нерва пока не приходится. Повидимому, и n. vagus и n. sympathicus могут в одинаковой степени влиять на образование язвы. Это находится в соответствии с тем, что в последнее время такого антагонизма между этими двумя нервами уже не отмечают. Так, в отношении желудка Danielopolu, а в моей клинике—Михельсон, Покрас и Наймарк установили, что даже секреторные импульсы к нему идут в одинаковой степени, как по vagus'у так и по sympathicus'у.

В заключение надо сознаться, что ни одна теория из предложенных до сих пор не может всецело объяснить патогенеза круглой язвы желудка. Ни одна... И поэтому французы додумались до, так называемой, эклектической теории, т. е. до теории, которая говорит: одной причины мало, нужно целый ряд причин, которые вместе и будут объяснять появление круглой язвы желудка. Если мы с такой точки зрения подойдем к этиологии и патогенезу круглой язвы желудка, то нужно будет сказать, что, конечно, главнейшее преимущество с точки зрения наших современных знаний, с точки зрения уточнения их лежит в достижениях современной невропатологии, главным образом, патологии вегетативной нервной системы. Она объясняет наибольшее количество фактов. Она как-то наиболее вяжется с нашими современными представлениями о сущности этого заболевания, которое дает чрезвычайно много нервных явлений. Но эти явления объясняются не только спазмом сосудов, но спазмами вообще. Исследуя наших больных, мы очень редко находили признаки спазмофилии. Нервно-конституциональные теории при критическом к ним отношении не объясняют тех случаев язвы,

где никаких конституциональных и рефлекторных явлений не отмечается. Особенно это касается, так называемых, ахилических язв. И вот невольно напрашивается в подобных случаях сравнение: при *tabes dorsalis* и других заболеваниях нервной системы мы наблюдаем, так называемую, *mal perforant du pied*. Эта болезнь никем не подводится ни под явления спазматического сокращения мышц, ни под явления изменений со стороны сосудов, эту болезнь мы склонны трактовать, как заболевание трофических нервов. По аналогии с этим невольно возникает мысль, что может быть при известных случаях могут такие изменения происходить и в трофических нервах желудка. Что это может быть так, об этом нам говорит целый ряд данных.

Возникновение этих трофических изменений мы можем себе представить двояким образом, либо как рефлекс, передающийся на трофические нервы, либо как заболевание самих трофических нервов.

В самом деле, представим себе, что на почве какого-нибудь сенсорного расстройства или еще какой-нибудь причины в желудке возникает боль.

Что такое боль, которая возникает в желудке? Боль—это есть рефлекс, который вызывается адекватным раздражением в желудке и который передается через симпатическую нервную систему в боковые столбы спинного мозга, в *substantia gelatinosa Rolandi*. Если предположить, что особые трофические нервы идут в симпатической нервной системе, то мы центры их должны поместить в эти боковые столбы, где находятся и сосудистые центры. Нужно думать, однако, что, если эти трофические нервы, как отдельные существуют, то они заложены и в парасимпатической системе. Как бы то ни было, при любом раздражении сенсорной части нервной системы желудка на почве разнообразных причин, чрезвычайно легко это раздражение может передаваться на трофические нервы либо через волокна самого п. *sympathici*, либо через волокна парасимпатической нервной системы. При этом может получиться угнетение, понижение функции этих трофических нервов. На почве этого угнетения тот или другой участок стенки желудка, снабжаемый той частью трофических нервов, которые находятся в стадии пониженной resp. уничтоженной функции, даст язву вне зависимости от изменения питания сосудами, вне зависимости от существования или отсутствия желудочного сока. Таким образом, может возникать язва в результате сенсорно-трофического рефлекса. В основе этого рефлекса могут лежать не только сенсорные явления, но и всякие другие (например, гормональные). Характер начальной части рефлекторной дуги не играет никакой роли. Эти раздражения могут перекидываться не только на трофические нервы, но и на моторные и секреторные; в зависимости от этого функция желудка будет приобретать характер, специфический для данного заболевания. Первый модус образования круглой

язвы желудка с точки зрения указанной гипотезы есть рефлекторный трофонейроз. Другой модус есть трофоневрит. Что мы имеем право говорить о нем, за это говорят исследования Loerer'a и Marshall'я, которые у язвенных больных нашли анатомические изменения и в *vagus'e* и в *sympathicus'e*. В пользу существования его говорят и наблюдения Holler'a, о которых мы уже упоминали при описании, так называемого, медиастинального симптомокомплекса. В этих случаях ствол п. *vagi* был сдавлен увеличенными железами. То же наблюдали Rotaïn, Singer, Palthauf и Heyrowsky, которые нашли воспалительные изменения в п. *vagus* при *ulcus duodeni*, а прекрасная работа Могильницкого доказала существование дегенерации нервов при язве. Наконец, Holler и Pollak нашли при язве дегенеративные и воспалительные изменения в дистальном нерве п. *vagi* до самого желудка после полиэнцефалита, затронувшего *substantia reticularis* четвертого желудочка. В этих случаях мы можем предположить, что в числе других волокон пострадали и трофические нервы, питающие определенное место желудочной стенки, и в результате возникла язва.

Таким образом, мы можем себе представить, что возникновение язвы в желудке может происходить двумя путями, либо как рефлекс, который перекидывается через симпатическую, resp. парасимпатическую нервную систему на трофические нервы, либо как неврит этих трофических нервов. При этом мы можем представить целую серию возможностей. Это может быть заболевание в самой стенке желудка, ее автономных нервных узлов, это может быть заболевание ствола самого п. *vagi*, resp. *sympathici*, их трофических волокон, это может быть заболевание в боковых столбах спинного, продолговатого и, наконец, головного мозга, его субкортикальных ганглий.

Как же себе объяснить тогда разное течение язв желудка, их заживление, хроническое течение и рецидивирование? Если процесс локализуется в самой стенке желудка, будь то гастритический, будь то какой-нибудь другой, при котором в определенном месте пострадали трофические нервы, то в этом месте возникает язва, которая может зажить и не повториться. Если же процесс, поразивший трофические нервы, находится вне желудка, или если рефлексы на этот нерв все время на него влияют, тогда будет захватываться все большее и большее число нервных трофических волокон, и язва будет иметь хронический прогрессирующий характер. Если эти импульсы будут иметь периодический характер в зависимости от разных причин (периодичности функции желез внутренней секреции, времен года и т. д.), тогда язва может иметь периодически обостряющийся, resp. рецидивирующий характер. Конечно, и остальные условия, и в первую очередь состав желудочного сока, как мы уже указывали выше, могут влиять на характер течения и на тенденцию к заживлению, resp. рецидивированию язвы.

Эта теория делает понятным, каким образом целый ряд психических заболеваний, психических аффектов может вызвать появление, resp. ухудшение течения круглой язвы желудка, равно как и то, каким образом под влиянием изменений со стороны *corpus striatum* при Вильсоновской болезни мы находим круглую язву желудка. Мы себе представляем этот путь через трофические нервы.

Наконец, нужно сказать, что приняв эту теорию, мы сможем легко понять возникновение язв при ахилии. Ведь, как мы указывали выше, ни одна теория не может дать удовлетворительного объяснения этому факту, а *v. Bergmann*, не умея объяснить его с точки зрения своей теории, прямо отрицает его существование. Трофоневротическая теория без всякой натяжки объясняет его, ибо с ее точки зрения никакого переваривающего сока для возникновения язвы в желудке не требуется. Нужно к этому добавить, что если бы даже и было какое-нибудь другое объяснение для возникновения ахилической язвы, то для прогрессирующего ее течения никакого другого объяснения пока не придумать. Конечно, доказательств предлагаемая теория имеет еще мало, дать их—дело будущего, но она, повидимому, может дать в целом ряде случаев более удовлетворительное объяснение, чем все прочие. Мысль о таком патогенезе язвы вскользь высказывалась уже *Dalla Vedova Schueller*'ом; ими она выдвигалась, как одна из причин, но не самая главная.

Заканчивая изложение теорий патогенеза круглой язвы желудка, необходимо еще упомянуть, что в последнее время начали искать связи между возникновением ее и состоянием эндокринной системы. В этом отношении сделано несколько чрезвычайно интересных работ. Так, удаление или разрушение надпочечников вызывало появление язвы желудка у кроликов (*Mann* и *Pende*) и собак (*Friedmann*), а удаление доли щитовидной железы—язву двенадцатиперстной кишки. *Al Kan* на основании одного клинического наблюдения полагает, что недостаточная функция паращитовидных желез вызывает спастически-гиперсекреторные явления в желудке, как основу для образования язвы. *Керопиан* в этом году опубликовал экспериментальную работу, в которой доказывает, что на почве удаления паращитовидных желез может образоваться язвенный гастрит и иногда круглая язва желудка. Эти чрезвычайно интересные работы еще чересчур малочисленны, чтобы на основании их можно было делать какие-либо выводы. Может быть, изучение этой области даст нам в будущем верный ключ к пониманию причин возникновения язвенных процессов в желудке.

Пока же, резюмируя, можно сказать, что с точки зрения современных знаний в патогенезе круглой язвы принимает участие целый ряд факторов. На первом месте, по нашему мнению, стоит конституционально-нервный, с преимущественным

участием трофической части нервной системы, но и состояние желудочной секреции и, может быть, механические условия (Magenstrasse) играют немаловажную роль. Нам представляется, что пока круглую язву желудка нужно считать симптомокомплексом с определенной патолого-анатомической картиной, в основе которого могут лежать разные явления.

Проф. Н. А. СВЕНСОН

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИКА ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Если сравнить состав больных с желудочными заболеваниями лет 15-20 назад с составом теперешнего времени, нельзя не заметить, что прежде функциональные заболевания преобладали над заболеваниями язвой желудка. В настоящее время число последних несомненно возросло, а функциональные заболевания диагностируются относительно реже. Мы охотно допускаем, что число больных язвой желудка действительно несколько увеличилось — ведь изменившаяся обстановка жизни создала ряд условий, благоприятствующих заболеванию язвой желудка; но, с другой стороны, также несомненно, что мы научились лучше распознавать круглую язву желудка. Благодаря совместной работе терапевтов и хирургов, введению новых способов исследования и, в особенности, усовершенствованию рентгенологической техники, немалое число случаев, которые сошли бы прежде за чисто функциональное заболевание, теперь попадают в рубрику язвы желудка.

Это особенно относится к язве 12-перстной кишки, которая по патогенезу, по клиническим симптомам и наблюдаемым осложнениям неотделима от рассматриваемой нами язвы желудка. Moynihan в нашумевшей в свое время монографии об *ulcus duodeni* показал, что под личиною симптомокомплекса чрезмерной кислотности и секреции чрезвычайно часто скрывается *ulcus duodeni*. Эта сравнительно новая болезнь была впервые диагностирована французским врачом Виссieu (1885 г.), потом о ней временно забыли, пока американские хирурги, братья Mayo, не поразили европейских врачей большим числом оперированных случаев *ulcus duodeni*.

В то время как в начале нашего столетия считали, что на 40-60 случаев язвы желудка приходится одна язва 12-перстной кишки, у братьев Mayo получилось соотношение 2:3. Первоначальная попытка европейских врачей объяснить частоту *ulcus duodeni* в Америке особенностью условий американской жизни должна была уступить напору нарождающихся фактов: уже в 1912 году Kimmel находил соотношение язвы желудка и *ulcus duodeni* равным 10:1; его материал в 1913—1914 г.г.

показывает еще большую частоту (4:1); у Sauerbruch'a 2:3 и наконец, Bergmann в самое последнее время решительно заявляет о более частом нахождении *ulcus duodeni* сравнительно с язвой желудка.

Распознавание круглой язвы желудка делается на основании данных анамнеза и объективного исследования. Следует здесь же подчеркнуть *большое значение анамнеза* при заболевании желудка вообще, а при язве—в особенности. При первоначальной разработке патологии желудка ему уделяли незначительный интерес. Leube считал, что не стоит тратить много времени на расспросы больного, полезнее употребить время на возможно более подробное исследование функции желудка. Чрезмерное увлечение изучением моторной и секреторной функции желудка привело к установлению целого ряда функциональных заболеваний, частью не удержавшихся впоследствии в клиническом обиходе. Но вскоре убедились, какую большую ценность представляет умело, вдумчиво и с достаточной критикой собранный анамнез язвенного больного; его жалобы бывают настолько характерными, рассказы о своей нередко продолжительной болезни настолько типичными, что сразу позволяют прийти к определенному выводу. Нельзя полностью разделить мнение Moynihan'a, что анамнез—все, а объективное исследование—ничто: не следует забывать, что обследование больного и, в особенности, просвечивание рентгеновскими лучами дает ряд ценных, иногда решающих данных,—но это не умаляет огромного значения анамнеза, который имеет еще и то немаловажное преимущество, что не требует никаких технических приспособлений и может всегда и во всякое время быть собран.

Среди анамнестических данных центральное место занимает *болевой симптомокомплекс*. Красной нитью проходит он через рассказ больного и он же приводит его к врачу. Боль тесно связана с нашим представлением о язве желудка, и она является главной жалобой больного. Но мы должны здесь же указать, что при наличии язвы боли может и не быть и не только в течение нескольких дней, но и в продолжение долгого времени. Каждому врачу памятливы больные, являющиеся с готовым рубцовым доброкачественным сужением привратника, без указаний на боли в прошлом; значит, язвенный процесс существовал долгое время, привел к рубцу, и боли не было. Наблюдаются также изредка больные, у которых обильная рвота кровью является первым симптомом язвы желудка, протекающей затем обычным порядком. Наконец, при клиническом выздоровлении больного с полным исчезновением болей, как результат удачно проведенного лечения, в самое последнее время удавалось рентгенологам доказать присутствие ниши, т. е. наличие еще незажившей язвы. В объяснении происхождения болей при язве желудка чувствуется еще ряд пробелов. Из более старых работ Lepan-

der'a Wilisius'a, подтвержденных Mackensie, известно, что травматизация обнаженного при лапаротомии желудка не вызывает боли, и они объясняли это отсутствием в нем чувствительных волокон спинно-мозговой системы, которые разветвляются лишь в париетальном листке брюшины. Но повседневный опыт ощущения холода после выпитой воды говорит за существование центропетальных путей, и их относят к симпатическому и отчасти блуждающему нервам. Частое совпадение наступления болей с моментом наибольшей кислотности желудочного сока заставляло многих думать об их патогенетической связи, но большинством авторов это объяснение теперь оставлено,—быть может, преждевременно, ибо повторенный нами со всеми контролями опыт Schüle, с введением $1/10$ нормального раствора соляной кислоты в duodenum, при язве duodeni вызывает сильную боль. В настоящее время более склонны видеть причину возникновения болей в сильных спазматических сокращениях и одновременной дилатации смежных участков желудка. Правильность такого взгляда подтверждается аналогичными условиями происхождения кишечных колик и успокаивающим действием атропина, уменьшающим, однако, также и секрецию. Goldschneider и его ученики выдвигают еще один немаловажный момент.

Возникающие в желудке ощущения и раздражения нервных аппаратов, держась в известных пределах, обычно при нормальном состоянии вегетативной системы не доходят до сознания,—они не вызывают болей—нужно, чтобы произошло изменение тонуса вегетативной системы (Umstimmung), чтобы изменился порог чувствительности ее, и тогда получается боль.

Боли при язве желудка, являясь иногда единственной жалобой больного, локализуются в подложечной области, то посредине, то слева, то чаще справа. Они почти никогда не иррадиируют вниз, очень часто в спину и редко вверх. Они имеют характер жжения, сверления, пронизывают больного насквозь и отличаются этим от печеночных болей, напоминающих ощущение, если они нерезко выражены, которое получается при ударе в подложечную область или при сдавливании яичка. Боли при язве различной интенсивности, но бывают обычно сильнее, чем при функциональных заболеваниях и при раке желудка, если только в последнем случае не поражается проростанием или диссеминацией брюшина; при сильном развитии они заставляют больного принимать особое положение, то на бок, то а la vache, то он сидит, скорчившись, с прижатым к подложечной области кулаком, получая только таким образом некоторое облегчение. При сильных болях больной не стремится менять свое положение—он переносит свои страдания, как бы застывая, в отличие от того беспокойства, которое проявляет больной с печеночной коликой, тщетно пытающийся найти положение, которое могло бы облегчить его боль. Боль при язве

желудка имеет более постоянный, равномерный характер, в то время как при печеночной колике она острее, короче, дает временно передышки и может достигнуть ужасающей интенсивности.

С точки зрения продолжительности—боли при круглой язве могут быть: 1) *временными, периодически наступающими* и 2) *постоянного характера*.

Периодически наступающие боли являются очень важным симптомом язвы желудка. Они тесно связаны с приемом и характером пищи, появляясь у различных больных то раньше, то позже, меняя у одного и того же больного иногда время наступления; они отличаются большим постоянством и очень редко отсутствуют в анамнезе больных. Если при хронических, долго длящихся заболеваниях они не так резко выступают, и на фоне постоянных болей прием пищи вызывает только усиление их, то при расспросах о начальных стадиях болезни они выявляются вполне отчетливо; сначала у больного только прием большого количества пищи (обед), или особенно грубой, служит причиной появления боли; затем наступает период, когда они появляются после каждого приема пищи, и, наконец, боли приобретают постоянный характер. Такое течение болезни, прерываемое периодами относительного или даже полного благополучия, нужно считать типичным для язвы желудка (*ulcus simplex*). Влияние пищи сказывается еще в том отношении, что в то время, как жидкая пища переносится хорошо, плохо размягченная, твердая неизменно вызывает усиление болей.

В зависимости от времени наступления различают: *ранние и поздние боли*. И те, и другие начинаются постепенно, продолжаются с различной интенсивностью определенное время—полтора, два и больше часов и медленно затем затихают. Прием соды, небольшого количества жидкой пищи, вызывая отрыжку, в значительной степени облегчают, или же вызывают прекращение существующей боли. Такое же действие оказывает рвота, появляющаяся иногда на высоте развития болей. Ранние боли могут появляться уже во время еды, чаще через полчаса-час после приема пищи; их связывают с локализацией язвы на малой кривизне в то время как поздние боли (через три-четыре часа после приема пищи) указывают на нахождение язвы в привратниковой части желудка (*ulcus praepyloricum, ulcus pyloricum, ulcus duodeni*). Если при рентгеновском исследовании и операции такое соотношение нередко и подтверждается, то во всяком случае нельзя его возвести в постоянное правило: слишком часто приходится видеть их несовпадение. Наступление то ранних, то поздних болей в зависимости от расположения язвы, нам делается понятным, если мы вспомним, что происхождение болей тесно связано с моторной деятельностью желудка. Язва малой кривизны, близко расположенная к входу в желудок, дает себя знать уже при проглатывании пищи, при сокращении

в это время кардиального жома. При язве малой кривизны причиной болей являются глубокие перистальтические втяжения. Они особенно резко выражены на высоте пищеварительной деятельности, наступающей около часу после принятия пищи. Мощные сокращения привратниковой части наступают значительно позже, при наличии здесь язвы они очень энергичны, легко приводят к пилороспазму, при котором, как правило, наблюдается чрезмерная секреция, даже если большая часть пищи успела перейти в 12-перстную кишку; отсюда и поздние боли, отличающиеся особенной остротой, доходящей подчас до настоящего пароксизма. Они наступают на третий, четвертый и более поздний час после приема пищи, имеют большую продолжительность и оканчиваются иногда рвотой, состоящей, главным образом, из сильно кислого желудочного сока с малой примесью пищи. Облегчение, вызываемое такою рвотою, может быть получено также приемом соды или впрыскиванием антиспазматически действующего атропина. Непосредственной причиной болей, связанных с приемом пищи, принято, следовательно, считать то спазматическое состояние мускулатуры желудка, которое затем переходит в бурную перистальтику при одновременно существующем спазме привратника. Наблюдаемая при этом гиперсекреция сама по себе болей не вызывает, но является причиной спазма и некоординированных сокращений желудка и привратника. Он автоматически реагирует на реакцию содержимого желудка: *incontinentia pylori* при ахилии, спазмом при гиперсекреции.

Больной иногда жалуется на боли, которые наступают также в определенное время, но как будто не зависят от приема пищи, а появляются натошак, иногда среди ночи. Эти «голодные» или «ночные» боли встречаются особенно часто при *ulcus duodeni* и могут даже считаться для нее характерным симптомом. Они отличаются нередко особенной интенсивностью и постоянством; и здесь играет преобладающую роль в происхождении болей спазм привратника, вызванный обильной гиперсекрецией. Сода и атропин оказывают и в этих случаях нередко большую пользу, а прием небольшого количества теплого молока обрывает на время боль и получает этим известное диагностическое значение. Но при значительном накоплении желудочного сока принятая сода может не быть в состоянии его нейтрализовать, а выпитое молоко может не вызвать раскрытия привратника, тогда наступает, наконец, рвота почти чистым желудочным соком, приносящая больному облегчение.

К болям временного типа нужно также отнести те болевые ощущения, которые зависят от *положения больного*. Иногда ходьба, езда на тряской повозке сопряжены с болями, проходящими при соблюдении покоя; если в иных случаях это может быть объяснимо одновременно существующим холециститом, что, кстати сказать, не бывает редкостью, то при исключении этого

заболевания подобные боли зависят чаще всего от имеющихся уже перигастритических явлений (спаяк). Вероятно, та же причина лежит в основе возникновения болей при занятии больным определенного положения, изменение которого их вскоре прекращает.

Жалобы на *постоянные боли* встречаются чаще в анамнезе больного, переболевшего уже известное время; такие боли имеют ноющий характер, но и здесь жалобы на жжение или распирающие довольно часты. Сода, атропин, не дают определенного эффекта; лучше действует применение теплоты; иррадиация болей менее выражена: иногда больной точно локализирует боль, причем объективно определяемая болевая точка настолько хорошо совпадает с локализацией болей, что бывает трудно оторваться от мысли, что боль вызывается именно самою язвой, вернее—реактивными воспалительными явлениями в окрестности ее. Несомненно, что местные перитонитические явления, нередко осложняющие глубоко проникающие язвы, точно также могут служить причиной непрерывных болей.

Помимо вышеприведенных факторов (спазмы, спайки и т. д.), объясняющих нам патогенез болей, необходимо еще указать на особое состояние вегетативной нервной системы, которой, по справедливости, придают в последнее время такое большое значение в патологии язвы желудка. Ведь, в иных случаях и секреция, и моторная деятельность мало отличаются от нормы, и тем не менее боли имеются; с другой стороны—простые, не пептические язвы желудка (при отравлениях едкими веществами) тифозные и туберкулезные язвы кишок не вызывают каких-либо болевых ощущений. Следовательно, необходимо допустить известное изменение тонуса вегетативной нервной системы (*Umstimmung*), известные функциональные, а, быть может, и анатомические изменения ее, при которых нормальные или усиленные центростремительные импульсы, обычно не доходящие до сознания, дают ощущения болей. Тем более, если под влиянием той же расстроенной вегетативной нервной системы секреторная реакция на введение пищи резко усиливается.

Это состояние вегетативной нервной системы объясняет нам также еще одну своеобразную особенность болевых ощущений, неизменно встречающуюся в анамнезе больных. Расспрашивая их, мы слышим, что, особенно в начальных периодах болезни, когда осложнений еще нет—недели болей чередуются с месяцами хорошего самочувствия. На эту смену светлых и болевых периодов настойчиво указывает Moynihan особенно при *ulcus duodeni*; он и затем другие (Bergmann, Faulhaber, Bier) отмечают, что критическими временами года являются осень и весна, на которые сравнительно часто падают периоды обострения болезни.

Несомненно, что часть рецидивов можно отнести за счет тех диетических эксцессов, которые позволяет себе выздоровевший

больной. Но желание объяснить сезонность рецидивов, как это делает Воас, только тем, что осенью реконвалесцент легко злоупотребляет фруктами, а весной—свежими овощами, является по меньшей мере неудовлетворительным. Мы не должны забывать, что как раз в это время учащаются такие заболевания, как тетания, спазмофилия, обостряется экссудативный диатез, заболевания, связь которых с эндокринными железами, оказывающими огромное влияние на состояние вегетативной нервной системы, несомненна. Мы знаем, далее, что туберкулезные больные и малярики представляют весной явно уменьшенную сопротивляемость, и что последняя не в малой степени зависит от состояния эндокринной вегетативной нервной системы.

Внимательно, без всякой предвзятости собранный анамнез часто обнаруживает такую сезонность болевых рецидивов. Вызывает ли такое изменение тонуса вегетативной нервной системы, такая пертурбация ее функций только большую возможность ощущения болей, или же она ведет к образованию новых язв, к настоящему рецидиву,—принципиально довольно безразлично; и то, и другое возможно: за первое говорит, как показывают новейшие рентгеновские исследования Berg'a, что язва может остаться на довольно долгое время, несмотря на полное исчезновение болей; за другую возможность—констатирование немалого числа рубцов в желудке и duodenum, на что только в последнее время обратили внимание патолого-анатомы.

Анализируя болевой симптомокомплекс при язве желудка, мы должны помнить, что сочетание отдельных видов болей происходит нередко. Ранние боли могут перейти в поздние и наоборот; почему это происходит, не всегда удается выяснить, хотя появление новой язвы в другом месте, повидимому, не так уже редко бывает. Не следует также слишком схематизировать, а также не надо забывать, что заболевания желчного пузыря могут рефлекторно или благодаря перегастритическим изменениям вызвать болевые ощущения, сходные с теми, которые наблюдаются при язве желудка. Нужно еще указать, что иногда встречается ряд не особенно типичных признаков—чувство распирания, изжога, боли в спине, сильная отрыжка,—которые, если они только наступают постоянно и в обычное для типичных болей время, могут нас привести на правильный диагноз язвы желудка. Известное значение имеет, наконец, наследственность; не только констатирование язвы желудка у родственников больного, но и другие болезни желудка, например, рак и функциональные заболевания указывают на врожденную слабую сопротивляемость этого органа.

Объективное исследование обнаруживает далеко не всегда тот упадок питания, которого можно было бы ожидать, принимая во внимание боязнь больного перед болями, связанными с приемом пищи. Осторожный или руководимый врачом больной скоро

приноравливается и частыми, но малыми приемами легко переносимой пищи, не только избегает потери веса, но нередко является хорошо упитанным. Только в случае прогрессирования болезни, при постоянных сильных болях наступает исхудание от недоедания, а скорбное выражение похудевшего лица выдает переносимые больным жестокие страдания.

Осмотр живота, при отсутствии осложнений, не дает каких-либо результатов, и только при *ощупывании* покровов его мы находим ряд изменений чувствительного характера.

1. *Болевые точки*. Ощупывая подложечную область, мы находим то по срединной линии, то более справа, то слева от нее крайне чувствительные к малейшему давлению участки; иногда они резко ограничены, в других случаях представляют большую площадь с распылчатыми краями. Они определяются, как при существовании субъективных болей, так и при отсутствии последних. Расположением их давно руководились для определения локализации язвы. Особенно типичной считалась срединная болевая точка; но нужно помнить, что грыжа срединной линии, а также чувствительное к давлению солнечное сплетение, особенно у неврастеников, может нередко дать повод к ошибкам. В последнее время стали осторожнее относиться к оценке их, не в смысле значения для диагноза язвы вообще, но в смысле показателя локализации язвы, в особенности после того, как рентгеновское просвечивание показало их частое несовпадение с действительным расположением язвы. Такие же болевые точки можно в 30–40% случаев язвы найти в паравертебральной области на высоте 10–12 грудных позвонков (Boas); левая говорит за локализацию на малой кривизне, правая бывает при *ulcus parapyloricum* и при *cholecysto-pathia*; аналогичное значение имеют болевые точки Гербста (поперечные отростки третьего поясничного позвонка) и болезненность дорсальных отростков седьмого–десятого позвонков (Опенховский).

2. *Неад'овские зоны* представляют более или менее значительные участки гиперестетической кожи, расположенные то с одной, то с другой стороны; распространяясь на боковые и задние поверхности грудной клетки, они соответствуют седьмому–девятому грудным сегментам. Слева их находят при язве малой кривизны, а также и при панкреатитах, справа при околопилорической язве (*ulcus praepyloricum*, *ulcus pyloricum*, *ulcus duodeni*), но бывают они также, и пожалуй еще чаще, при холециститах. При язве желудка они вообще встречаются значительно реже, чем при печеночных заболеваниях.

3. *Перкуторные зоны Mendel'a*. В эпигастральной области довольно часто удается определить путем легкой отрывистой перкуссии (лучше молоточком) резко ограниченные участки кожи, где такое постукивание вызывает крайне болезненное ощущение. Болевые точки могут, но не должны находиться в их пределах, Неад'овские зоны прямого отношения к ним не имеют. Некоторые

авторы (Bergmann, Гербст) считают зоны Mendel'я надежным признаком язвы желудка.

4. Нужно отнести сюда еще один важный для распознавания симптом, но уже не чувствительного характера — это *ригидность* верхней третьей правой *прямой мышцы*. Она также, как и другие только-что упомянутые признаки, не является патомоничным симптомом, но во всяком случае указывает на анатомическое заболевание (*ulcus parapylopticum, perigastritis, cholecystitis*) и имеет поэтому большое значение при дифференциации диагноза между язвой и функциональным заболеванием желудка.

Частое несовпадение эпигастральных болевых точек с действительной локализацией язв, нахождение их далеко на спине заставляет думать, что боль не вызывается непосредственным давлением на язву, а представляется рефлекторным явлением, как это объясняли впервые Head и Maskensie. Центростремительные импульсы с патологически-измененной слизистой, направляясь в соответствующий спинномозговой сегмент, расходятся здесь по чувствительным элементам спинного мозга и приводят их и вышележащие головные центры в такое напряженное и готовое к восприятию болевых ощущений состояние, что всякое раздражение (умеренное давление, прикосновение) относящихся к этим сегментам периферических нервов, обычно не вызывающие болевых ощущений, дает в результате чувство боли. Аналогичные явления встречаются, только в моторной сфере, при тетанусе, где ничтожное раздражение периферических чувствительных нервов вызывает судорогу. Такое же объяснение применимо к происхождению Head'овских зон; они также представляются висцеро-сенсорным рефлексом, который здесь получается с кожи, между тем как при болевых точках он реализуется в более глубоких мышечных или надкостных слоях.

При Мендел'евских зонах перкуторные сотрясения достигают, несомненно, еще более глубоких слоев. Bergmann и Katsch считают их выражением висцеро-висцерального рефлекса, т.-е. зонами не кожи, а париетального листка брюшины. Такое мнение Bergmann основывает на расхождении локализации Head'овских и Мендел'евских зон. В других случаях они являются выражением воспалительного раздражения брюшины при глубокой язве. Расположение их по отношению к *l. mediana* позволяет делать аналогичные заключения относительно локализации язвы. Ригидность прямой мышцы нужно считать висцеромоторным рефлексом, и она имеет явно защитный характер (*defense musculaire*).

Все перечисленные здесь признаки обладают тем общим им явлением, что могут быть налицо и при существующих суб-ективных болях и при отсутствии их. Кроме того, они не представляются постоянными; по мере улучшения состояния больного болевые точки и зоны сокращаются и делаются менее

чувствительными, а ригидность мышцы менее заметной; наконец, они могут совсем исчезнуть. Диагностическая ценность их идет в таком порядке: ригидность, болевые точки, зоны Менделя, Head'овские зоны.

Этими данными в большинстве случаев исчерпывается то, что может дать пальпация при неосложненной язве желудка. В редких случаях, часто во время болей удается прощупать сокращенный привратник, отметить «мышинный писк» при прохождении содержимого желудка чрез сокращающийся привратник. Когда спазм проходит, сокращенный привратник исчезает под пальпирующим пальцем, что и является главным отличительным признаком его. Старые каллезные язвы удается иногда прощупать, в особенности, если они расположены вблизи привратника и имеют более значительные перигастритические отложения, но такая «воспалительная опухоль» уже относится к осложнениям, при которых пальпация более богата результатами, и о них будет сказано ниже.

Исследованию желудочного содержимого еще недавно придавали для диагноза язвы желудка решающее значение. Установленное Riegel'em правило, что язва сопровождается всегда повышенной кислотностью, потеряла свое значение с тех пор, как многочисленными исследованиями обнаружено наряду с повышенной кислотностью также часто не только нормальная 35%—60%⁰), но и реже пониженная кислотность. Для определения функциональной деятельности желудка пользовались завтраком Боас-Эвальда, который дает далеко не полное представление о секреции и моторной деятельности желудка; другие способы (фракционное исследование желудочного сока, рентгеновское просвечивание) расширили наши сведения в этом отношении и позволили придти к некоторым добавочным, небез'интересным выводам.

Что касается *секреции*, то принято теперь полагать, что степень кислотности, главным образом, зависит от количества отделяемого сока; часть его связывается пищей, избыток обуславливает степень кислотности. Настоящая Hyperaciditas, т.-е. отделение чрезмерно кислого сока отвергается физиологами (Павлов), считающими, что железы желудка выделяют всегда одного и того же состава сок. Таким образом, чрезмерная кислотность есть только результат гиперсекреции. Полученные у человека несколько противоположные данные (Katsch) по своей технике не безупречны и благодаря лишь небольшой разнице в процентном отношении кислоты имеют больше теоретический интерес.

Гиперсекреция является, бесспорно, одним из часто встречающихся симптомов околопривратниковой язвы (ulcus praepyloricum, ulcus pyloricum, ulcus duodeni). Она длится не только в течение всего пребывания пищи в желудке, но продолжается и после перехода последней в duodenum. Фракционные исследования дуоденальным зондом особенно рельефно показывают нам

эту длительную (два-три часа) и резкую секреторную реакцию на раздражителя, введенного в желудок (алкоголь, кофеин). Но и другими методами можно доказать повышенную секрецию. Полученное после выкачивания пробного завтрака содержимое желудка показывает большой столб жидкости и малый слой хорошо измельченной булки. При рентгеновском просвечивании медиальный слой очень значителен. Применяя свой способ повторных завтраков, Зимницкий приходит к аналогичным выводам по отношению к секреции и относит ее к астеническому типу. Длительная гиперсекреция, связанная нередко с пилороспазмом, приводит к рвоте почти чистым желудочным соком. Все это явные доказательства особого состояния секреторной деятельности слизистой желез.

Фракционное исследование показало еще некоторые особенности кривой кислотности; последняя представляет нередко лестницеобразный тип, где за повышением идет некоторое понижение, которое сменяется еще большим повышением; нахождение желчи в отдельных порциях желудочного содержимого объясняет нам происхождение этих кратковременных понижений кислотности; забрасывание дуоденального содержимого через раскрывающийся привратник вызывает частичную нейтрализацию, а поступление щелочи в желудок—последовательное усиление секреции. Всякая длительная и чрезмерная секреция после пищи, а тем более натощак, подозрительна в смысле существования язвы привратника или *duodeni*; это особенно относится к Reichmann'овскому симптомкомплексу с его болевыми и рвотными пароксизмами.

С другой стороны, теперь известно, что *ulcus duodeni* может протекать и с совершенно нормальной секрецией. Гиперсекреция не является, следовательно, уже таким постоянным признаком *ulcus duodeni*. Но ведь и боли могут не быть, и язвенный процесс может протекать совершенно латентно! При локализации язвы на малой кривизне отклонения секреции от нормы и реже и менее типичны. Число случаев нормальной и пониженной кислотности — возрастает.

Вообще говоря, статистические данные очень мало убедительны: процентное отношение резко колеблется, например, для чрезмерной кислотности от 13% до 100%. Колебания зависят от несовершенства диагностических приемов, которыми отличались они в еще недавнее время; высокий процент получал тот, кто реже диагностировал круглую язву; рентгенологические исследования, в особенности, последние технические усовершенствования (Berg) увеличили число диагностируемых язв и понизили в статистике процент чрезмерной кислотности.

Резкая гиперсекреция при явной локализации на малой кривизне (ниша) заставляет думать о возможности одновременной *ulcus pylori*. Множественность язв не редкость, и *ulcus pylori* имеет иногда столь незначительное отверстие, что только тщательное анатомическое исследование его обнаруживает (Hause r).

Различная степень кислотности при язве малой кривизны зависит подчас от гастрита, который может быть или не быть, и которому в последнее время придают столь большое значение при патогенезе (K o n j e t z n y). Пониженная кислотность, являясь редким спутником около-привратниковой язвы, при локализации ее на малой кривизне бесспорно встречается и не особенно редко. Даже отсутствие кислотности не должно служить обстоятельством, говорящим против диагноза *ulcus corporis ventriculi*; ее мы чаще встречаем у пожилых людей и в хронических случаях.

Количественным отношением пепсина заинтересовались только в самое последнее время (G ü n z b u r g). Гиперпепсинизм найден в 66% случаев язвы желудка, но он встречается и при функциональных заболеваниях. Для патогенеза и диагноза он имеет такое же значение, как чрезмерная кислотность. Определение антипепсина в сыворотке крови и нахождение якобы уменьшения его у язвенных больных вряд ли получит значение при распознавании язв желудка.

О тесно связанной с секреторной моторной деятельности мы в дорентгеновский период имели далеко неполное представление. Измерение величины осадка выкаченного содержимого желудка, а также определение общего его количества по способу M a t h i e u давало указания, что наряду с повышенной секреторной моторной деятельностью не нарушена. Только рентген дал возможность изучить детально особенности двигательной функции при язве желудка.

Первое, что бросается в глаза—это повышение тонуса и усиление перистальтики. Перистальтические волны резко выражены, представляются глубокими втяжениями, особенно со стороны большой кривизны, и имеют склонность оставаться в таком положении продолжительное время («стоячая волна» рентгенологов). Эти спазмы желудка дают возможность определить локализацию язвы на противоположной втяжению стороне, и их подчас трудно отличить от рубцевых втяжений при «песочных часах».

Наряду с усиленной перистальтикой имеются отклонения в функции привратника и связанного с этим опорожнения желудка. K a t s c h и W e s t p h a l, изучивши подробно этот вопрос, различают два типа опорожнения желудка; в одних случаях бисмутовая кашица, гонимая энергичной перистальтикой, встречает открытый привратник и быстро образует хорошо выраженный *bulbus*, в других—нормальная функция привратника наблюдается только короткое время, а затем наступает задержка в опорожнении, несмотря на продолжающуюся перистальтику, вследствие более редкого раскрытия привратника, переходящего иногда в пилороспазм. Остаток кашицы все больше разжижается продолжающейся секреторией и только незначительными порциями переходит в *duodenum*. Первый тип свойствен дуоденальной язве, находящейся на более значительном расстоянии от привратника.

Второй выражен тем резче, чем ближе язва расположена к привратнику (*ulcus praepyloricum*, *ulcus pylori*, *ulcus duodeni*). Язва малой кривизны заметного влияния на опорожнение не производит.

К таким же выводам приводит и другой способ исследования моторной деятельности — фракционное добывание желудочного сока после принятия окрашенного синькой алкогольного пятипроцентного раствора: то быстрое исчезновение окраски, то более длительное пребывание ее. Частое забрасывание значительного количества желчи, что в норме бывает реже и в меньшем размере, указывает на свободно проходимый привратник. Возможность добывания содержимого желудка в течение продолжительного времени говорит за затруднительный проход его через привратник. Здесь еще раз нужно отметить тесную связь гиперсекреции со спазмом привратника, при чем принято считать, что последний усиливает гиперсекрецию. Нахождение незначительных остатков пищи через 6-12 часов после приема ее, при большом количестве желудочного сока, не говорит еще за начинающийся органический стеноз, но может быть и при чисто функциональном сужении; в других случаях, спазм как-бы наслаивается на органический стеноз, и разобраться, какая часть должна быть отнесена к спазму, какая к органическому стенозу — бывает подчас довольно затруднительно.

К нарушениям моторной деятельности нужно еще также отнести отрыжку и рвоту. *Отрыжка* настолько обычное, явление при различных заболеваниях желудка, что придавать ей большое диагностическое значение не приходится. Как секреторные и другие двигательные расстройства, она резче всего выражена при пилорической язве. *Рвоту*, если она и наблюдается у больного язвой желудка, никак не приходится причислить к постоянным и верным симптомам этого заболевания. В анамнезе многих больных она вполне отсутствует, и, наблюдая больного в различные периоды его долголетнего недуга, мы ее не видим. Переходящие из одного учебника в другой данные Rüttimeyer'a, отметившего у двух третей своих больных рвоту, явно не соответствуют действительности. Она более характерна для желчно-каменной болезни, в особенности при холецистопатии; при неясных болях: обильная, окрашенная желчью рвота натощак, или ночью скорее, заставляет думать о заболевании желчного пузыря. Рвота присуща тем случаям язвы желудка, когда имеется гиперсекреция, когда налицо обильное отделение желудочного сока, вызванное спазматически сокращающимся привратником. Сокращение привратника является предпосылкой рвотного акта. Ощущаемая при этом боль благоприятствует наступлению его, а облегчение, получаемое больным, делает рвоту впоследствии желательной и привычной. Этим психогенным фактором и объясняется — почему рвота чаще наблюдается у женщин.

Рвота бывает или на высоте пищеварения, в особенности когда принята малоподходящая пища, вызвавшая сильную боль, или наступает в поздние часы, нередко ночью, и тогда рвотные массы состоят почти из чистого желудочного сока; в этом случае ей также предшествуют сильные боли, и такая рвота является характерным симптомом пилороспазма,—другими словами, заставляет нас заподозрить привратниковую язву. Точно также и тошнота не является ни постоянным, ни характерным симптомом для язвы желудка. Больной, наоборот, обладает обычно хорошим аппетитом, и только боли—или скорее боязнь их—заставляют его воздерживаться от еды. У него чистый необложенный язык и нет отвращения к пище, что имеет место при гастритах, раке желудка, также и при хронических холециститах, когда инфекция вызывает полную потерю аппетита.

Кровотечение. Образование язвы на богатой сосудами слизистой желудка, склонность ее прогрессировать, омывающий ее кислый желудочный сок, быстро переваривающий омертвевшие части,—все эти условия, крайне благоприятствующие возникновению более или менее значительных кровотечений. Явным, как и скрытым («оккультным»), кровотечениям придавали всегда большое диагностическое значение. Полагали, что их нужно считать самым важным, единственно верным признаком язвы желудка (K n u d F a b e r).

Статистика и в этом случае не имеет решающего значения: частота отмеченных кровотечений (явных—30-75%, оккультных—50-100%) зависит от способов исследований, от той настойчивости, с которой старались найти этот бесспорно важный симптом. Но, не говоря уже о том, что кровотечения встречаются и при других заболеваниях, не только желудочно-кишечного канала, при том иногда не реже, чем при язве желудка,—последняя может их не давать; явные кровотечения могут отсутствовать в течение многолетнего заболевания, а предпринятое по всем правилам исследование на оккультные кровотечения может оказаться безрезультатным,—и тем не менее, распознавание язвы желудка может быть прочно поставлено на основании общего клинического симптомокомплекса (анамнез, рентген). Большие кровотечения, проявляющиеся в виде кровавой рвоты и черного стула, или нередко только последнего, бывают или инициальным признаком, или, что чаще наблюдается, при хроническом течении заболевания. В первом случае причиной может оказаться свежее образовавшаяся язва, давность которой измеряется сутками, или латентно протекающий хронический процесс,—в обоих случаях отсутствуют какие-либо предшествующие болезненные симптомы; иногда тщательно собранный анамнез дает только неопределенные указания в виде изжоги, распирания под ложечкой после приема пищи. Поводом для обильных кровотечений при хроническом течении является

или прогрессирование пептического процесса или каллезные язвы, по краям которых нередко имеются варикозно расширенные вены. Кровотечение может остаться однократным, или повторяться в ближайшее или более отдаленное время. Rütimaуег насчитывал 11 кровотечений в течение трех лет и 23 в продолжение двенадцати лет. Рвотные массы состоят чаще всего из чистой крови, реже — с небольшой примесью пищи. В зависимости от пребывания в желудке и воздействия на нее кислого сока, кровь более или менее гематинизирована и цвет ее то темнокрасный, то темнобурый; присутствие соляной кислоты удается нередко доказать. Небольшая примесь крови при сильных рвотных движениях — значения не имеет, точно также как прожилки крови в желудочном соке. При попадании в дыхательное горло кровь может получить пенистый характер и к ней может примешаться мокрота, и тогда возникают сомнения о ее происхождении. Но обычно отличие кровавой рвоты от кровохаркания не встречает затруднения: здесь — свежая алая кровь, появляющаяся и в следующие дни в мокроте в виде более или менее значительных примесей, там — темная гематинизированная кровь с последовательным черным стулом. Сомнения возникают при неясном анамнезе и когда при кровохаркании часть крови проглатывается больным. *Черный дегтеобразный стул* характерен не только своим цветом, но и более мягкой консистенцией. Больные, страдающие обычно запорами, плохо отличают темнобурый цвет скудных и твердых испражнений от черной окраски более обильного и мягкого стула при наступившем кровотечении. Кровь из ниже лежащих частей кишечника, а тем более геморроидальные кровотечения узнаются легко по более светлому цвету мало измененной крови, которая только наружно примешана к испражнениям. Некоторые пищевые и лекарственные вещества могут также дать повод к ошибке, например, черника, железо и висмутовые препараты. Во всех случаях — даже очевидных — следует применить химическое исследование.

В зависимости от локализации язвы наблюдается то кровавая рвота и черный стул, то только последний. Первое бывает при *ulcus ventriculi*, но, если кровотечение не достигает больших размеров, и если оно происходит постепенно, и вообще, если у больного рвоты наступают нелегко, — то все может ограничиться черным стулом. При кровотечении из *ulcus duodeni* обычна только *melaena*. Кровавая рвота является в анамнезе ярким моментом, оставляющим глубокий след в памяти больного, *melaena* проходит часто незамеченным, и наводящими вопросами не всегда удастся твердо установить бывшее кровотечение.

Еще до появления крови во рвоте, а тем более в испражнениях выступают общие признаки внутреннего кровотечения, если только оно достигло значительных размеров. Внезапно

наступившая слабость, одышка при легком физическом напряжении, головокружение, обморок—заставляют больного прекратить свою обычную работу; резкая бледность слизистых оболочек и кожных покровов наводит мысль врача на правильный путь, а появляющаяся сухость во рту и жажда подтверждают правильность предположения о начавшемся кровотечении. Очень часто боли, беспокоившие ранее больного, вдруг прекращаются на продолжительное время. Замечено, что у больных с частыми кровотечениями язвенный процесс протекает с менее интенсивными и более редкими болями (Bergman). Кровотечение является всегда серьезным осложнением и указывает на прогрессивность язвенного процесса или на то, что имеется каллезная язва, или на распространение ее на поджелудочную железу и печень (упорные кровотечения с сильными болями). Состояние больного может внушать большую тревогу, особенно в виду резкого падения кровяного давления. Положение требует от врача спокойной осмотрительности в применении терапевтических средств и отсутствия суетливой полипрагмазии. К мерам, поднимающим кровяное давление, прибегают только в крайних случаях во избежание повторения кровотечения. Но, несмотря на грозную клиническую картину, смертность при консервативном лечении незначительна (1%); принимая во внимание повторные кровотечения, она достигает только 3—5% (Leube). Хирургическое вмешательство дает значительно худшие результаты, больные часто не выдерживают операции; оно показано только при повторяющихся кровотечениях, при склонности больного к ним и притом в период улучшения кровяного давления.

Если факт кровотечения из желудка установлен, но клиническая картина не вполне определенно складывается в пользу язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, то приходится иметь в виду ряд заболеваний, могущих дать подобные кровотечения. На первом месте по сходству клинических признаков стоит рак желудка. Мы должны в таких случаях провести полный дифференциальный диагноз для решения подчас нелегкого вопроса:—рак или язва, взвесить все «за» и «против», что и будет сделано ниже в соответствующем месте (см. раковое перерождение язвы и дифференциальный диагноз). Второе, не менее важное для дифференциальной диагностики заболевания—цирроз печени. Профузные внезапно наступающие кровотечения из расширенных вен пищевода имеют нередко смертоносный характер. Они чаще наступают не в период образовавшегося асцита; большая селезенка, изменения величины и консистенции печени, а также анамнез, позволяют довольно быстро разобраться в настоящей этиологии случившегося кровотечения.

Все остальные заболевания—и их не мало,—могущие дать кровавую рвоту или черный стул, отступают далеко на задний план. Их можно, пожалуй, должно перечислить, но у постели больного они большого практического значения не имеют. Сюда

относятся те случаи, где принято говорить о паренхиматозных и викарирующих кровотечениях; они наблюдаются периодически во время или вместо менструаций, особенно у истеричных и хлоротичных женщин. Трудно решить, насколько возможно у таких больных исключить существование язвы, в особенности при хлорозе,—заболевании, взятом в последнее время под сомнение, как самостоятельная пазологическая единица. В менструальный период существует склонность к кровотечениям вообще (физиологический геморрагический диатез), в том числе и при латентно протекающей язве желудка. При, так называемых, паренхиматозных кровотечениях действительно не находили анатомического субстрата при тех немногочисленных аутопсиях, которые имеются в литературе; происхождение их понятно при застоях в системе воротной вены, при общих застоях, при геморрагическом диатезе.

Кровавая рвота и черный стул при инфекционных заболеваниях,—при сыпном тифе и септических заболеваниях—являются результатом эмболических процессов, при малярии—тромбоза скопившимися паразитами, с последовательным перевариванием омертвевшего участка слизистой. При остром аппендиците наблюдается также тромбоз сосудов желудка с теми же последствиями. Приходилось видеть у пожилых артериосклеротиков кишечное кровотечение, протекавшее под видом дегтеобразного стула—без каких-либо желудочно-кишечных симптомов до и после этого далеко не безразличного для них инцидента. Кровотечение в первую неделю после операции, не только желудка, но и брюшной полости вообще, при больших ожогах кожи, при различных органических заболеваниях головного и спинного мозга, при травмах живота—представляет лишь поверхностное сходство с кровавой рвотой или черным стулом типичной язвы желудка.

Скрытые или оккультные кровотечения имеют в отличие от явных исключительно диагностический интерес. Под оккультными кровотечениями мы подразумеваем такие примеси крови к содержимому желудка или испражнениям, которые не могут быть замечены простым глазом, а только химическим анализом. Исследованию в настоящее время подвергаются только испражнения, так как при выкачивании содержимого желудка всегда возможна травматизация слизистой желудка.

В течение трех дней больной не получает рыбы, мяса и мясных супов и не подвергается исследованию зондом. Осматривается полость носа (кровотечение) и рта (легко ранимые десны). Пробы берутся из центральных частей оформленного кала. Избегают сильно действующих слабительных. Из многочисленных способов и их видоизменений, основанных на катализе, рекомендуется пользоваться (и лучше параллельно) способом Вебера (Гваяковая проба) и способом Грегерсона. Первый—более грубый—открывает более значительную примесь крови, и отрицательный

результат требует еще дополнения более тонкой пробой Греггерсона, чувствительность которой—она открывает кровь еще при разведении 1:500.000—является уже известным недостатком ее. Производство проб предполагает значительный навык у исследователя и контрольные исследования реактивов.

В свое время оккультным кровотечениям придавали очень большое значение, предполагая язву постоянно кровоточащей. Еще в 1920 году Voas считал, что диагноз язвы желудка с полной достоверностью может быть поставлен только при наличии явных или оккультных кровотечений. С такой точкой зрения в настоящее время нельзя согласиться. Из работ Kuttner'a и его учеников явствует, что присутствие оккультной крови свойственно периоду обострения язвенного процесса; при соответствующем лечении она скоро исчезает, и, если в течение 7—10 дней реакция на оккультную кровь остается положительной, то это говорит скорее против язвы и за существование рака желудка. Положительная реакция получается, кроме того, при целом ряде желудочно-кишечных заболеваний катаррально-воспалительного характера (гастриты, энтериты, колиты), и нас не должно это удивлять, если мы вспомним те анатомические изменения—набухание гиперемизированной слизистой с рассеянными экставазатами и геморрагиями, которыми сопровождаются эти заболевания. Стремление пользоваться все более чувствительными реактивами только уменьшает значение положительных результатов, так как случайно непринятое во внимание ничтожное нарушение целостности слизистой на протяжении всего пищеварительного тракта, начиная с полости рта и кончая прямой кишкой, может повести к ошибочному выводу. Но и отрицательная реакция несколько не исключает язвы. Rosenthal получил таковую на 323 исследованиях, произведенных при язве желудка в 77⁰/₀; как уже выше сказано, язва желудка в течение длительных периодов может не давать оккультных кровотечений.

С такими ограничениями исследования, имеющие целью определения оккультных кровотечений, могут все-таки иметь известное значение. Мы пользуемся ими при обострениях болей для выяснения причины их (положительная реакция при прогрессировании язвы), при болях неясного происхождения (ulcus? cholecystitis? perigastritis?) и, наконец, когда после большого кровотечения испражнения начинают принимать нормальную окраску; отрицательный результат указывает нам на время, когда диета может быть осторожно расширена.

По настоящему все осложнения, наблюдаемые в течение заболевания язвой желудка происходят вследствие распространения язвенного процесса на ближайшие части прилегающих тканей или органов. Таким образом, только-что рассмотренные кровотечения можно также считать осложнением, а не только симп-

томом язвы желудка; ведь на тифозное кровотечение мы смотрим так же, как на осложнение до того нормально протекающего тифа. Приближаясь к серозной оболочке, язвенный процесс вызывает местные перитониты, ведущие затем к образованию перетяжек и спаек с соседними органами (perigastritis, periduodenitis). Если язвенный распад тканей достигает серозного покрова, получается перфорация. К последствиям язвы желудка мы относим также те изменения на месте или по соседству язвы, которые являются результатом рубцевания. Представляя собою заключительный стадий заболевания, они со своей стороны, в зависимости от места расположения и степени развития, могут вызвать ряд характерных клинических явлений. Наиболее важные из таких последствий: фиброзный перигастрит, стеноз привратника и, наконец, рубцевая перетяжка тела желудка—так называемые «песочные часы». Особое место занимает среди осложнений раковое перерождение язвы.

Перфорация является самым грозным осложнением язвы желудка и duodeni. О частоте его статистические данные не дают правильного представления; в недалеком еще время слишком редко диагностировали язву, особенно язву duodeni. Точно также мнение, что перфорация значительно чаще наблюдается при дуоденальной локализации, по той же причине явно неправильно,—повидимому, прободение одинаково часто бывает при язве желудка и duodeni. Локализация играет известную роль в том смысле, что язвы, расположенные на свободной передней поверхности желудка и duodeni дают чаще прободения, ведущие к общему перитониту, в то время как на задней поверхности, прилегающей к различным органам, перфорация ведет обычно к слипчивому воспалению, а иногда к последовательному переходу язвенного процесса на подлежащий орган (панкреатическая железа, печень) и является тем самым причиной более частых кровотечений.

Клиническая картина перфорации чрезвычайно характерна. Обычно без всяких предвестников внезапно наступает сильнейшая боль в подложечной области, заставляющая самых крепких, выносливых мужчин громко стонать; она достигает быстро самых высших степеней (Dieulafoy сравнивает ее с болью от удара кинжалом). На побледневшем лице появляется выражение тоски и испуга, черты лица заострены, холодный клейкий пот покрывает кожу. *Пульс замедлен* (Vagus puls); частый малый пульс находят уже несколько позже, по истечении трех-шести часов. Кроме общей картины шока, исследование брюшной полости представляет два важных симптома: полное отсутствие участия брюшных мышц в дыхательных экскурсиях и резко выраженное напряжение их. Дыхание имеет исключительно костальный характер, живот абсолютно спокоен, не дышет, не вздут, скорее втянут. Ощупывание дает ощущение резко сокращенных мышц не только в верхних, но и нижних частях живота. Ясно выраженная болезненность отмечается не только в эпигастральной

области, где она обычно резче выступает, но и в боковых и нижних частях живота. Столь часто приводимое в руководствах отсутствие печеночной тупости не наблюдается, по крайней мере, в начале прободения; оно и потом не имеет того большого значения, которое обычно ему придают. Характерная картина начальной стадии прободения должна быть запечатлена в памяти каждого врача, так как от своевременно поставленного диагноза будет зависеть жизнь и смерть больного: сделанная в течение первых двенадцати часов операция дает почти 100% выздоровления,—после этого смертность возрастает с жуткой быстротой. И действительно, как скоро изменяется начальная картина! Боли несколько затихают, независимо от впрыскивания морфия, применение которого следует рекомендовать только после сделанного распознавания и принципиального решения операции. Пульс делается более частым и мягким. Живот начинает вздываться, при ощупывании мягче, но все еще очень болезнен. Газы не отходят. Метеоризм растет. Диафрагма стоит высоко; тупость печени может теперь исчезнуть, и в отложившихся частях живота удастся доказать присутствие жидкости. Лицо больного бледнеет, губы приобретают синюшную окраску, дыхание учащается,—перед нами перитонит в полном своем развитии.

Несмотря на характерные особенности начальных признаков язвенного прободения, могут встретиться диагностические затруднения, особенно при присутствии «язвенного» анамнеза. Ближе всего подходит клиническая картина прободного холецистита и острого панкреатита, особенно часто поражающего тучных и беременных. В первом случае редко обходится дело без соответствующего анамнеза (желчная колика!); боли отличаются меньшей интенсивностью, и защитное сокращение мышц внизу живота менее выражено. При панкреатите напряжение стенок живота также менее значительно, рвоты очень упорны, выступают часто на первый план, падение сердечно-сосудистой деятельности скорее наступает. Симптомы прободения при раке желудка, при раке и простой язве кишок мало чем отличаются от перфорации желудка, если отсутствуют анамнестические данные. С другой стороны, перфорация желудка напоминает нам прободной аппендицит,—если содержимое желудка и воспалительная жидкость стекают по colon ascendens и вызывают здесь наиболее интенсивные явления; отличие острого прободного аппендицита от язвенной перфорации объективно часто основывается только на локализации наибольшей болезненности и не такой уже ужасно интенсивной боли при аппендиците. Во всех этих случаях возможные ошибки врача для больного не являются столь роковыми, ибо немедленная операция показана при всяком из перечисленных заболеваний; тоже и при высоко сидящей непроходимости или тромбозе art. mesentericae, когда кровавая рвота и melaena делают клиническую картину еще более похожей на язвенное прободение.

Большую ответственность почувствует врач, когда ему придется дифференцировать тягчайший припадок желчной колики, грудной жабы, табетического криза от перфорации. Здесь диагноз решает вопрос об операции, которая окажется или ненужной, или смертельной для ослабевшего больного, или является для него единственным спасительным средством.

Когда прободное отверстие располагается против какого-либо органа (печень, pancreas, кишка), то общий перитонит часто не образуется, а все сводится к ограниченному воспалению брюшины и образованию плотных спаек; в дальнейшем язвенный процесс может, разрушив всю стенку желудка, перейти на соседний орган и здесь образовать более или менее глубокую выемку (печень, pancreas), или, разрушив стенку близлежащего полого органа (кишка, желчный пузырь, почечная лоханка), привести к образованию свища. Такие *прикрытые* перфорации дают уже несколько отличную клиническую картину. Преобладает местный характер воспалительных явлений с постоянными довольно сильными болями, которые особенно жестоки при переходе язвы на pancreas; они иррадируют в поясницу, спину, лопатки. Температура повышается и приобретает септический характер, если дело доходит до воспалительных инфильтраций и формирования нарыва. Излюбленным местом для них бывает зажелудочное пространство, откуда инфекция переходит на поверхность печени (чаще слева) и служит тогда причиной возникновения поддиафрагмального абсцесса. Эти гнойные осложнения могут появляться продолжительное время спустя после перфорации, через полгода, год, как мы еще недавно могли в том убедиться. Объективное исследование констатирует, если он только неглубоко расположен, воспалительный инфильтрат, болезненный с неясными очертаниями; большую помощь оказывает просвечивание, при котором особое внимание обращают на контуры желудка и положение диафрагмы. Определив местоположение инфильтрата или опухоли, мы из анамнеза узнаем об этиологии, а температура и лейкоцитоз устанавливают ее воспалительный характер. Но диагностические затруднения бывают значительны, и нередко ошибки.

Назидательный в этом отношении случай пришлось нам недавно наблюдать совместно со многими товарищами. Пожилой врач болел в течение более полугода ясно выраженными симптомами язвы желудка (боли, резкая кислотность и т. д.). Резкое усиление болей, повышение температуры, которая вскоре приняла интермиттирующий, почти *септический характер*, увеличивающийся *лейкоцитоз*, дошедший в конце концов до 38.000 лейкоцитов, заставило всех пользующихся больного врачей высказаться за образование абсцесса в зажелудочном пространстве или поддиафрагмального нарыва. Сделанное просвечивание определило полушаровидный выступ диафрагмы над поверхностью левой доли печени и как-бы подтверждало диагноз поддиафрагмального нарыва. На операции было найдено раковое новообра-

зование малой кривизны, давшей метастаз в левую долю печени.

С перфорациями и местными воспалительно-гнойными осложнениями в близком генетическом родстве находятся *перегастриты*. Они возникают, если язвенный процесс близко подходит к брюшине, но не вызывают прободения ее. На серозном покрове желудка возникают воспалительные явления со всеми клиническими признаками местного острого или хронического перитонита. На этой почве получают впоследствии путем сморщивания фибринозных наслоев или слипчивого воспаления с соседними органами более или менее плотные тяжи и спайки; они же могут резко нарушить форму и функции желудка и сделать необходимую для опорожнения его перистальтику чувствительной или даже крайне болезненной. Клинически мы можем предположить острый перегастрит, т. е. местный перитонит, при наличии резко выраженной местной болезненности и других признаков местного перитонита; существование фиброзного перегастрита предполагается тогда, если при отсутствии острых явлений имеются боли более постоянного характера, которые не исчезают после правильно проведенного Leub'овского лечения; на них сода и атропин не действуют; они усиливаются даже после приема жидкой пищи и также при движении больного, особенно при тряске после еды. Ощупыванием и раздуванием желудка удается иногда доказать смещение и фиксацию известной части желудка и обнаружить напряжение или неясные очертания опухоли, чаще всего в области привратника (*tumor inflammatorius*). Постоянное нахождение тимпанического тона при перкуссии правой реберной дуги также указывает на смещенный вправо и фиксированный здесь привратник (Стражеско). Просвечивание, наконец, позволяет в большинстве случаев придти к вполне определенным выводам: желудок в известной своей части смещен и мало подвижен.

Нужно сказать, что дифференциальная диагностика между перихолециститом и перегастритом, в особенности области привратника и *duodeni*, встречает часто неопределимые затруднения; помимо близкого соседства и однородности воспалительного процесса заболевание желчного пузыря может вызывать, кроме того, ряд рефлекторных изменений со стороны как секреторной, так и моторной деятельности желудка (гиперсекреция, пилороспазм и др.), которые вместе с болями составят симптоматический комплекс, уже почти ничем не отличающийся от того, что мы видим при язве желудка.

Сужение привратника. Язвенный процесс, закончившийся образованием рубца, может в зависимости от размеров и местонахождения его закончиться полным выздоровлением или же вызвать ряд новых нарушений функций желудка. Последнее наблюдается в довольно резком виде при рубцевании околопилорической язвы.

Характерные явления сужения привратника могут быть обусловлены не только образовавшимся рубцом; причины его сужения бывают и функционального характера. Спазм кольцеобразной пилорической мускулатуры, судорожное сокращение мышц предпилорического участка (*canalus egestorius*) может в значительной степени увеличивать вызванное рубцом сужение привратника; пилороспазм особенно резко бывает выражен при локализации язвы в самом привратнике, и поэтому явления сужения, если и не в самой резкой форме, наблюдаются при существующей или уже рубцующейся, но еще не зарубцевавшейся язве. Этим объясняются те улучшения, которые получаются иногда после проведения соответствующего диетического лечения и которые могут продолжаться довольно долгое время. Функциональное сужение может еще зависеть от набухания воспалительно инфильтрованных, сильно гиперемированных складок слизистой, среди которых помещается пилорическая язва. С другой стороны, причины анатомического стеноза не исчерпаны существованием рубца. Сильное развитие соединительной ткани вокруг каллезной язвы и перигастритические фиброзные образования могут одновременно с рубцом или независимо от него, что реже бывает, усилить стеноз. Большая частота сужения привратника у мужчин объясняется более частой локализацией язвы вблизи привратника, в отличие от женщин, у которых язвы малой кривизны преобладают над пилорическими.

Клинические симптомы сужения привратника развиваются медленно и вырисовываются постепенно. Условия происхождения их те же, что при сужении всякого полого органа, задачи которого состоят в продвижении жидкого содержимого. Выше места сужения развивается сначала компенсаторная гипертрофия мышечного слоя, потом дилатация и застой. Можно подметить полную аналогию в стремлении организма исправить анатомический дефект при стенозе привратника и при *Stenosis ostii ven. sin. сердца* (Jonas). При сужении привратника мы различаем стадии компенсации и декомпенсации. В периоде компенсации желудок справляется со своей задачей более энергичными сокращениями постепенно гипертрофирующейся мускулатуры. Гиперсекрецией разжижается содержимое его и легче проходит через суженный выход. Разпознавание стеноза желудка в этом периоде не всегда легко; больше всего дает просвечивание. Резко выраженная перистальтика и усиленный тонус; сначала быстрое опорожнение (гиперфункция), потом замедление при явлениях гиперсекреции (просветление контрастных масс и большой интермедиальный слой). Субъективные жалобы сводятся к чувству полноты, громким отрыжкам и изжоге, наступающей после еды. Иногда уже в это время больной испытывает некоторое перистальтическое беспокойство (*peristaltische Unruhe*), диетические погрешности вызывают несоответственно сильную реакцию (рвоты). Объективно можно доказать чрезмерную кислотность; натошак

желудок пуст или содержит небольшое количество чистого сока (до 50-100 куб. см.) Фракционное исследование показывает быстрое исчезновение синьки, но длительную секрецию, т. е. все данные мало характерные.

Переход к *декомпенсации* постепенный, иногда с временными возвратами к компенсированному состоянию. Но симптомы плохой проходимости выхода желудка выступают все резче и резче, пока, наконец, картина декомпенсированного стеноза не обнаруживается вполне ясно. И это является результатом несоответствия между степенью стеноза и моторной силой желудка. Или стеноз прогрессирует, либо анатомически, либо функционально, или компенсирующая работа гипертрофированной мускулатуры оказывается недостаточной, от того ли, что слишком большую работу от нее потребовали (большой прием малоподходящей пищи), или что в гипертрофированной мышце наступают регрессивные изменения. Нередко бывает сочетание нескольких моментов. К испытываемому чувству полноты, особенно после еды, к частым громким отрывкам иногда горючими газами (нам приходилось видеть, как больной, поднося к папиросе зажженную спичку, при отрывке обжигал себе усы и бороду) присоединяется явное перистальтическое беспокойство и вполне отчетливое ощущение перистальтики («что-то ходит»), сопряженное со схваткообразными болями. Хорошо больной чувствует себя только, когда он не ест, или если после усиления всех явлений наступает обильная резко-кислая рвота. Сначала рвота появляется изредка, в ней находят пищу, съеденную накануне или еще раньше, потом рвоты наступают чаще, ежедневно, обычно вечером или ночью. Вследствии потери жидкости, больной жалуется на жажду, малое отделение мочи и упорные запоры. Похудание заметно уже довольно рано, оно достигает резких степеней и в запущенных случаях оно отличается от раковой кахексии хорошим состоянием мускулатуры и отсутствием отеков и бледности. Одним из более ранних признаков декомпенсации нужно считать выпячивание подложечной области при вообще впавшем животе и ощущении при пальпации здесь тонически сокращенного в виде балона желудка (*Magensteifung*); еще раньше констатируют плеск перкуторной пальпацией; но он имеет значение только, если получается натощак. Натощак же зондом удается добыть известное количество желудочного сока (больше 100 куб. см говорит уже за стеноз); к нему примешаны остатки пищи, сначала их очень немного (микроскопировать!), и потому следует всегда к выкачиванию присоединять промывание, дающее более ясный результат. Потом количество содержимого растет и доходит до двух, трех литров уже с большей примесью сильно измененной пищи. Одновременно с этим или еще раньше наблюдают перистальтические волны, идущие слева направо; временами весь желудок, тонически сократившись, ясно вырисовывается сквозь

дряблые, истонченные стенки живота. Расширение его вследствие застоя достигает крайних пределов; определяя нижнюю границу шумом плеска или, раздувая желудок, мы отмечаем большую его кривизну далеко ниже пупка.

На основании перечисленных симптомов и анамнеза делается *распознавание*. В начальных стадиях, в компенсированных случаях оно затруднительно; но получение шума плеска натошак и более значительная секреция (более 100 куб. см желудочного сока натошак) заслуживает большого внимания. В дальнейшем диагноз не представляет трудностей: повторные рвоты, констатирование тонического напряжения, остаточная пища и, наконец, перистальтика делают его почти несомненным.

Сужение привратника является чаще всего результатом рубцевания язвы, но может быть вызвано раком желудка и значительно реже — перихолецистическими спайками. О других, еще более редких причинах говорить не приходится. Обусловленный перихолециститом стеноз имеет обычно в анамнезе определенное указание на это заболевание. Раковый стеноз отличается от доброкачественного сужения анамнезом — продолжительность болезни при раке измеряется месяцами, при язве — годами; в обоих случаях заболевание имеет прогрессирующий характер, но при доброкачественном стенозе бывают периоды улучшения, в то время как при раке их нет. Если опухоль прощупывается, она может оказаться характерной для рака (величина, узловатость), но и трудно отличимой от *tumor inflamm.* Более определенные данные дает исследование содержимого: общая кислотность может быть в обоих случаях высокая, при язвенном стенозе она зависит от HCl, при раке от органических кислот; асхилиа при язве очень редкое явление, присутствие HCl однако встречается, особенно при раковом перерождении язвы (см. ниже); в зависимости от характера кислотности в застойном содержимом мы находим различную флору — то много дрожжевых грибов и сарцин — при доброкачественном стенозе, то палочки *Boas-Opplera* при раке. Наконец, часто находимые оккультные кровотечения говорят за наличие рака (Яновский).

Как выше было указано, язвенное сужение привратника, особенно в начальных стадиях, отчасти обуславливается пилороспазмом. Попытки *определения этого добавочного функционального стеноза* атропином, папаверином дают неясные результаты; назначением соответствующей диеты достигается нередко уменьшение застойных явлений, но зависит ли это от ослабления пилороспазма, или же от улучшения моторной деятельности отдохнувшей мускулатуры, — решается только рентгеновским просвечиванием. Говоря о рубцовом привратниковом сужении, мы имели в виду последствие рубцевания около-пилорических язв, т.е. язв, расположенных в привратниковом кольце и непосредственно впереди и позади его. Большинство дуоденальных изъязвлений нужно, следовательно, отнести сюда, так как развитие язвы ниже

papilla Vateri считается большой редкостью. Клиническая картина в первом случае вполне сходится с получаемой при рубцевом стенозе привратника, и поэтому только просвечивание решает вопрос о детальной локализации, не имеющей практического значения. Причиной таких дуоденальных стенозов является не столько зарубцевавшаяся язва, сколько перидуоденальные сращения и спайки; образование плотного рубца в тонкой стенке кишки встречается редко. Перидуоденальные сращения могут распространиться на желчевыводящие пути, вызвать застой желчи, инфекцию их и желтуху; точно также, с другой стороны, мощные спайки перихолецистита, как мы уже видели, могут быть причиной сдавления двенадцатиперстной кишки. При таких обстоятельствах далеко не всегда удастся разобраться в сложной клинической картине и найти первопричину заболевания. Стенозы нижней горизонтальной части duodeni этиологически не относятся к язве желудка, но дают схожий симптомокомплекс; важный дифференциально-диагностический признак — постоянная примесь желчи в содержимом эктастического желудка.

Если зарубцевавшаяся язва получает, благодаря своей локализации у привратника, столь роковое значение, то рубцы *малой кривизны* не оказывают обыкновенно существенного влияния на физиологические отправления желудка. Только в том случае, если они отличаются большими размерами, может получиться деформация желудка или в виде продольного сморщивания малой кривизны или в виде полуциркулярной перетяжки желудка с образованием, так называемых, «песочных часов» (*ventriculus bilocularis*). Как то, так и другое изменение формы желудка вызывают расстройство моторной деятельности; особенно в последнем случае оно может быть более резко выражено; рубец, обхватывающий тело желудка, разделяет его полости на две части, сообщающиеся только довольно узким проходом, расположенным обычно ближе к малой кривизне; образуемый таким образом стеноз может долго остаться мало заметным, благодаря гипертрофии и усиленной перистальтике вышележащей части желудка, пока, наконец, не получится расширение ее и застой пищи.

«Песочные часы» встречаются значительно чаще у женщин, чем у мужчин, что объясняется более частой у них локализацией язвы на малой кривизне; Hauser отметил на 45 случаев у женщин, 7 — у мужчин. И при «песочных часах» имеет большое значение добавочный функциональный стеноз. Мы уже знаем о склонности легко возбудимой мускулатуры желудка давать «стоячую волну», т.-е. длительное, ограниченное, но глубокое спазматическое сокращение со стороны большой кривизны, указывающее как бы пальцем на место расположения язвы (функциональные «песочные часы»); оно охотно присоединяется к рубцовой перетяжке, и тогда даже при просвечивании бывает трудно сказать, какую часть перетяжки нужно считать анатомической, какую — функциональной. Только повторное просвечи-

вание может выяснить положение, и нередко случаи, когда операция не подтверждала диагноза «песочных часов». Среди жалоб больных мы ничего характерного для «песочных часов» не можем отметить; они лишь указывают на продолжительное существование язвы, иногда еще на стеноз; в виду редкости «песочных часов» стенотические явления относятся, естественно, к привратнику. Для получения объективных данных рекомендовали целый ряд приемов. Воас советует раздувать желудок для получения выемки на нем. Образцов находил после раздувания тимпанит различной высоты над верхней и нижней частью. Schmilinsky и Moynihan считали характерным то, что не вся влитая через зонд жидкость возвращается обратно. Замечено, что при промывании или при рвоте выделяется сначала прозрачная жидкость, а потом вдруг появляется сильная примесь пищи. Наконец, в самое последнее время Губергрид рекомендует следующий прием: определяют путем получения шума плеска нижнюю границу желудка, через полчаса повторяют определение и находят в случае «песочных часов» плеск значительно ниже и больше справа—жидкость успела перейти в нижний отдел желудка. Все перечисленные диагностические приемы имеют, повидимому, относительное значение и могут дать или не дать положительный результат, который иногда получается и при отсутствии интересующего нас осложнения. Большое значение имеет просвечивание, но и при нем, как мы видели, бывают ошибки в толковании получаемой картины «песочных часов».

Частота *ракового перерождения* язвы желудка определяется разными авторами разнo. Мнения резко расходятся. Иные, особенно американские хирурги, считают, что 50-70% хронических язв подвергаются этой участи, другие полагают, что это бывает только в 5-8%. Иные (Ray, Orator) говорят о большой вероятности ракового перерождения всякой каллѣзной язвы, другие (Plant) считают, что больной круглой язвой имеет ничуть не больше шансов заболеть раком, чем всякий другой больной и здоровый. Статистический подход к решению этого вопроса затрудняется рядом обстоятельств. Излюбленная локализация как рака, так и язвы одна и та же—малая кривизна и область привратника; клиническая картина и анамнез не настолько уже определены, в особенности в начальных стадиях, чтобы на основании их можно было решить вопрос о частоте перехода язвы в рак; даже патолого-анатом, не говоря уже о хирурге, не всегда может точно определить, имеется ли только каллѣзная язва или изъивившееся первичное новообразование, или же, наконец, язва с раковым перерождением. Все это заставило известного патолога Lubarsch'a придти к заключению, что «численное определение частоты ракового перерождения вряд ли будет когда-либо возможным».

Anschrütz и Konjetzny старались выяснить частоту ракового перерождения следующим путем: они проследили судьбу своих гастроэнтеростомированных больных и, откинув те случаи, где рак обнаружился в течение первых двух лет, считая, что в этих немалочисленных случаях, изъяснившийся рак был ошибочно принят за язву,—получили только в 3,3-6,9% раковое перерождение. Необходимо еще указать на то обстоятельство, что, несмотря на большую частоту дуоденальной язвы,—она в этом отношении, как мы теперь знаем, не уступает язве желудка—вместе с тем рак двенадцатиперстной кишки представляет большую редкость.

Клиническое определение перехода каллѣзной язвы в раковую опухоль сопряжено с огромными затруднениями; это понятно, раз только микроскоп патолога может дать точный ответ—и то не всегда—на этот роковой для больного вопрос. Все признаки говорят обычно за каллѣзную язву—боли, резкая кислотность с присутствием HCl. Наличие опухоли (чаще при локализации у привратника) не решает вопроса, так как «воспалительную опухоль» трудно отличить от зарождающегося рака. Не выручают нас различные серологические реакции, и только падающая кислотность, исчезновение бывшей прежде HCl и особенно продолжающиеся оккультные кровотечения делают диагноз ракового перерождения более вероятным. Тем не менее, каллѣзный характер язвы, внушающий нам, хотя и не очень большие опасения относительно перерождения, заставит хирурга стремиться к более радикальным методам. Где это только возможно, он предпочтет резекцию гастроэнтеростомии.

Диагноз. Когда у постели больного речь заходит о заболевании язвой желудка, приходится решить: 1) позволяет ли совокупность клинических данных отбросить все заболевания, напоминающие по своей симптоматологии круглую язву, и остановиться на диагнозе последней; 2) возможно ли определить локализацию и анатомические особенности ее и 3) имеются ли какие-либо осложнения. При дифференциальной диагностике мы не задаемся целью включить в круг наших обсуждений все заболевания, хотя бы отдаленно напоминающие клиническую картину интересующей нас болезни. Мы остановимся лишь на тех, о которых приходится чаще всего думать при дифференциальном распознавании; они в практическом отношении окажутся и наиболее важными.

Функциональные заболевания желудка. При разборе отдельных признаков язвы желудка мы могли убедиться, какую большую роль в их патогенезе играют функциональные нарушения нервной системы вообще и вегетативной в частности. Мы видели, как часто сопровождается язва секреторными расстройствами, длительной гиперсекрецией, иногда пароксизмально наступающими

кардиалгиями, спазмами в различных отделах желудка; как дуоденальная язва вызывает усиленную секрецию, изменяет характер моторной деятельности желудка, как, наконец, в отдаленных от язв местах появляются болевые точки и расстройство чувствительности. Мы находили известную периодичность в наступлении болевых рецидивов, связанных с состоянием нервной системы. Они обыкновенно не ограничиваются органом, пораженным язвой, но имеют общий характер, могут быть обнаружены обычным неврологическим исследованием, а также общепринятым фармакологическим испытанием вегетативной системы.

Если еще в недавнее время наличие невротических признаков (изменение чувствительности, рефлексов, психостенических симптомов) направляло нашу мысль в сторону чистых неврозов желудка и говорило против диагноза язвы, которую считали местным и только местным органическим заболеванием, то в настоящее время мы, наоборот, должны сказать, что сочетание их с язвой желудка нужно считать заурядным явлением. И безразлично, станем ли мы на точку зрения *Bergmann*'а и его школы, склонных считать развитие язвы и тем более болевого симптомокомплекса результатом изменений в вегетативной системе, или же поставим возникновение отмеченного невропатологического состояния в зависимость от существующей уже язвы.

Необходимость в пересмотре наших взглядов на соотношение между неврозом и язвой желудка почувствовалась со времени вышедшей в свет монографии *Mounihan*'а о дуоденальной язве. Симптомокомплекс, который считался раньше характерным для типичнейшего невроза желудка—гиперсекреция, оказался клиническим выражением дуоденальной язвы, мало известной и редко диагностировавшейся до этого времени. Среди клиницистов и отчасти в широком кругу врачей уже установилось мнение, что часто под видом различных неврозов желудка скрывается органическое заболевание—язва желудка. Мы находимся, однако, еще в периоде разработки этого вопроса, и вехи, точно разграничивающие эти области, еще не поставлены.

Все те неврозы, которые симптоматически не укладываются в картину язвы желудка, не должны быть приняты в расчет: неврозы с быстрой и резкой изменчивостью симптомов, когда одна и та же пища сегодня вызывает боль, а завтра прекрасно переносится, когда желудочные симптомы (боль, тошнота) тесно связаны с душевным состоянием, случаи эрофагии и эрруктации, частые рвоты, уступающие действию седативных и наркотических средств (или—что то же самое—назначению индифферентных лекарств), а также внушению,—и многие другие нарушения функций желудка психогенного характера. Наше внимание должно быть сконцентрировано на тех неврозах, которые по своему течению, по характеру жалоб больных, по типу расстройства секреторной и моторной деятельности напоминают нам то,

что приходится видеть при язве желудка (гиперсекреция, чрезмерная кислотность, пилороспазм). Здесь провести черту, отделяющую функциональные заболевания от язвы желудка, было бы чрезвычайно важно.

Но, быть может, таких неврозов нет? Быть может, они все представляют, в сущности, только как бы подготовительный стадий для перехода потом в язву желудка? О такой готовности к язве (*Ulcusbereitschaft*) говорит Morawitz. Но, не говоря о том, что такая точка зрения недостаточно обоснована, она сделала бы диагностику язвы желудка слишком расплывчатой. При применении всех современных способов клинического исследования, в том числе особенно рентгеновского просвечивания, при вдумчиво собранном анамнезе и продолжительном наблюдении очень часто будет в конце концов поставлен диагноз язвы там, где сначала предполагался невроз. Но останется ряд случаев, которые мы должны считать неврозами. Получается ведь при табетических кризах симптомокомплекс, очень похожий на гиперсекреторный пароксизм пилорической язвы.

Во as предполагает при дифференциации диагностики между язвой желудка и неврозами иметь в виду: 1) болевые точки; наличие их, особенно задней, говорит за язву; 2) при неврозе больной не худеет; при язве, особенно привратника, наступает потеря веса и упадок питания; 3) характер болей при неврозах, сколько бы болезнь ни продолжалась, останется один и тот же; при язве боли со временем делаются все более продолжительными, более сильными, наконец, постоянными; ночные, голодные боли говорят тоже за язву; 4) действительность «малой диеты» при неврозе (устранение возбуждающих секрецию веществ—кофе, никотин, соли, пряности—назначение легкой пищи и соды); при язве только строгая диета по Leube устраняет боли; 5) повторное констатирование оккультных кровотечений говорит за язву; 6) констатирование при рентгеновском просвечивании ниши или деформированного бульбуса. Можно было бы добавить еще несколько признаков, говорящих за язву:—напряжение правой прямой мышцы, лестницеобразный тип кислотной кривой при фракционном выкачивании,—но, к сожалению, часть симптомов, как ригидность, болевые точки и, кровотоечения часто отсутствуют, а другие, как оккультные кровотоечения и состояние веса больного далеко не убедительны. Остается в каждом отдельном случае углубиться и основательно изучить анамнез, собрать с возможной точностью объективные данные; иногда потребуется длительное наблюдение, и во всех сомнительных случаях следует провести противоязвенное диетическое лечение, результат которого может получить диагностическое значение. Мы бесспорно научились в настоящее время лучше разбираться в вопросе дифференциальной диагностики между язвой и неврозами желудка, и число диагнозов язв увеличилось за счет неврозов; тем не менее всякий опытный врач

прекрасно сознает, что число его верных распознаваний еще далеко не достигает желанных ста процентов.

Анатомические заболевания желудка. Геморрагическая эрозия, являющаяся иногда причиной обильных кровотечений и кровавой рвоты, не может считаться заболеванием *sui generis*, как это думают *Diculafoy* и *Einhorn*. *Aschoff* различает солитарную эрозию, появляющуюся в обычных для язвы желудка местах и многочисленные эрозии, рассеянные по всей слизистой особенно выходной части желудка, одновременно с мелкими геморрагиями. Первая может перейти в настоящую *ulcus simplex*, если будут налицо те функционально-механические причины, которым *Aschoff* придает столь большое значение. Во втором случае они являются на фоне гастрита, которому с недавних пор, благодаря работам *Konjetzny*’оу уделяют значительное внимание в вопросе об этиологии язвы. Насколько тесна связь между эрозией и язвой желудка, в настоящее время трудно сказать; существуют бесспорно нарушения целостности слизистой, вызванные эмболией или тромбозом, значительные кровотечения при сердечных заболеваниях с застойным характером и при инфекционных болезнях (сепсис, сыпной тиф, малярия и др.). Эти эрозии или даже изъязвления не дают других клинических симптомов и видимо быстро заживают. Для перехода эрозии в настоящую *ulcus simplex*, насколько это вообще бывает, необходим конституциональный момент. В диагностическом отношении мы должны относиться выжидательно во всех случаях, когда имеем дело с неожиданным кровотечением при отсутствии других признаков язвы, и только дальнейшее наблюдение позволит прийти к определенному решению.

Гастроскопические исследования, которые в последнее время получили все большее распространение и значение, позволяют выделить одну форму *гастрита* (*gastritis hypertrophica ulcerosa*), дающего чрезвычайно похожий на язву комплекс симптомов (*Hohlweg, Schindler, Morletsch*);—имеются поздние и голодные боли, и болевые точки, и резко выраженная кислотность, и твердый стул с оккультными кровотечениями. Упомянутые авторы считают, что этот гастрит выходной части желудка с гипертрофированной слизистой, с мелкими геморрагиями и эрозиями—только гастроскопом можно отличить от язвы желудка. *Hohlweg* предполагает тесную этиологическую связь между этим гастритом и язвой; гастрит не должен считаться, как это думает *Konjetzny*, причиной язвы, но оба заболевания являются результатом дисгармонии вегетативной системы в смысле *Bergmann*’а или капиллярно-вазо-невротического диатеза *Otfried Müller*’а. С этой точки зрения диагноз такого гастрита теряет остроту практического значения: показания для терапии будут одни и те же. При разграничении других видов гастрита мы не встречаем больших затруднений.

Рак желудка. Возраст больного и продолжительность заболевания будут всегда играть немаловажную, но и далеко не решающую роль. Как раз в последнее время мы могли убедиться в сравнительно частом поражении раком более молодого возраста. Полтора-двухгодичный срок нужно считать обычным пределом для ракового заболевания, если только мы не имеем перед собою ракового перерождения язвы. Зато периодичность болевых и других симптомов, чередующиеся улучшения и ухудшения—пусть даже они вызваны соответствующим лечением—будут говорить за наличие язвы. Похудание при раке сопровождается другими кахектическими симптомами: анемией, одутловатостью, отеком, нередко психической подавленностью и отвращением к пище, особенно к мясной, в то время как больной язвой отличается хорошим аппетитом, если только нет болей, он жаждет еды, но боится есть, и только потому нередко худеет. Боли при раке—меньшей интенсивности не связаны тесно с принятой пищей и неопределенного характера; часто жалобы сводятся к чувству распирания и постоянной тошноты, и тем резко отличимы от болевых ощущений язвенного больного, хорошо уже нам знакомых. У него рвоты наступают на высоте болевого приступа, в то время как при раке они беспорядочны, по мере переполнения желудка застоявшейся пищей. В обоих случаях большая частота их зависит, главным образом, от локализации болезненного процесса у привратника. Кровавые рвоты и мелаена при язве и обильнее, и чаще, при раке—реже, и кровь примешивается к рвотным массам иногда только в незначительном количестве: цвет кофейной гущи тоже более свойствен раковому заболеванию. Зато оккультные кровотечения нужно считать при язвенном процессе более редким явлением, они встречаются только при обострении его; если они не исчезают в течение восьми-десяти дней при правильно проведенном лечении (Ulkuskur), то сильно возрастает вероятность ракового новообразования, при котором, как известно, оккультные кровотечения являются очень постоянным признаком.

Секреция слизистой желудка имеет в значительном большинстве случаев свои отличительные свойства при разбираемых заболеваниях. Повышенная или нормальная кислотность, обусловленная большим содержанием HCl, хорошая химизация пробного завтрака, часто особенно (при стенозах) гиперсекреция, сарцины, дрожжевые грибки, и почти полное отсутствие слизи—при язве. Малая или нормальная кислотность, мало HCl или отсутствие ее, и кислотность, зависящая от присутствия органических кислот (молочной), плохая химизация и Boas-Oppler'овские бактерии—при раке. В первом случае—отсутствие какого-либо запаха или запах дрожжевого брожения, во втором—запах масляного брожения или даже гнилостный запах с примесью сероводорода. Исключением бывают: каллезные язвы с пониженной кислотностью, с ахилией; при раке, особенно возникшем на почве язвы,

нормальная или даже повышенная кислотность и много дрожжевых грибов.

Относительно дифференциально-диагностического значения опухоли все необходимое сказано выше (см. раковое перерождение язвы). Исклнчительно важную роль играет рентгеновское исследование в вопросе отличия рака от язвы желудка.

Из заболеваний других органов нас, в первую очередь, должны интересовать заболевания печени, в частности ее желчевыделительных аппаратов. Уже припадкн желчнокаменной болезни с их спазмами, коликами могут послужить поводом к дифференциально-диагностическим размышлениям, но их строго припадочный характер, нерегулярность их наступления, излюбленная иррадиация вправо и особенно вверх и другие, свойственные им общеизвестные признаки позволяют нам в большинстве случаев поставить правильное распознавание. Зато некоторые формы хронического холецистита дают нередко такой симптомокомплекс, который трудно отличить от того, что приходится наблюдать, особенно при околопилорической язве. Все обстоятельства слагаются крайне благоприятно, чтобы создать диагностические затруднения: и близкое соседство желчного пузыря с привратником и двенадцатиперстной кишкой, и равнозначущие осложнения в виде перихолециститов и перигастритов, и тесная функциональная связь между желчным пузырем и желудком. Обострение холецистита нередко ведет к пилороспазмам, к циркулярным сокращениям желудка, к рвоте, которая, вообще говоря, более свойственна холециститу и чаще встречается при нем, чем при язве желудка. Тошнота, изжога, давление и болезненность под ложечкой при ощупывании могут быть при хроническом холецистите, как мы теперь это знаем, чисто рефлекторным явлением; симптомокомплекс имеет здесь в общем более диффузный, расплывчатый характер, чем при язве желудка, но может бесспорно симулировать менее типичные формы ее. Таким же рефлекторным путем нужно объяснить частое появление гиперсекреции в начале холецистита, переходящей затем в пониженную кислотность и ахилию, не только при длительных воспалительных состояниях желчного пузыря (по Rohde—в 75% всех случаев), но,—и это представляет известный интерес,—они могут развиться и после оперативного удаления пузыря. Гиперсекреция затрудняет, а ахилия облегчает дифференциальную диагностику, так как кислотность при околопилорической язве бывает почти всегда резко выражена.

Боли при холециститах не показывают той отчетливой зависимости от приема пищи, которая так характерна для язвы. Диетическая погрешность может чаще пройти безнаказанной для печеночного больного, и только грубые нарушения вызывают обострение процесса, и то несколько позже, чем при язве; зато он чувствительнее к тряской езде, и покойное положение имеет для него еще большее значение, чем для заболевшего язвой желудка.

Паравертебральные болевые точки и зоны Head'a с правой стороны не решают вопроса, но делают только маловероятной язву малой кривизны; прощупывание болезненной печени или желчного пузыря, что легче удастся после припадка, сразу говорят в пользу холестистопатии. В таком же смысле нужно трактовать большие количества уробилина и уробилиногена в моче, резкую реакцию желчных пигментов в крови и даже следы их в моче. О значении выраженной желтухи говорить не приходится, но зато не следует забывать, что перигастриты, и особенно перидуодениты, распространяясь на лежащие по близости выводящие желчь пути, могут вызывать застой желчи со всеми последствиями, т. е. со всеми только-что перечисленными симптомами. Положение еще затрудняется возможностью параллельного существования обоих разбираемых здесь заболеваний—что бывает значительно чаще, чем это думают.

Более определенные указания дают кровотечения, как явные (рвота, черный стул), так и оккультные. Они определенно свидетельствуют в пользу язвы. Последние бывают при заболевании печени только тогда, когда при резкой желтухе свойственная ей кровоточивость позволяет открыть в испражнениях присутствие оккультной крови. Но в таких случаях ясно выраженная картина печеночного заболевания не оставляет уже никаких сомнений.

Всякие повышения температуры и лейкоцитоз учитываются в пользу холестистопатии; при язве мы их находим только при осложнениях—свежих перигастритах и гнойных околожелудочных процессах, возникших в результате прикрытых перфораций.

Рентгеновское исследование и в этом случае играет большую роль, а со временем значение его несомненно возрастет. Если выработанная Berg'ом техника для отыскивания язв и наполнение желчного пузыря контрастным веществом по Graham'у получают широкое распространение—диагностические затруднения будут частью устранены. Тем не менее необходимо сказать, что дифференциальная диагностика между хроническим холециститом и околопривратниковой язвой будет всегда пред'являть большие требования к знаниям и искусству даже опытного врача.

Нам остается еще вкратце остановиться на заболеваниях органов, расположенных поблизости от желудка, или хотя бы и более отдаленных, но выявляющих рефлекторным путем симптомы язвы желудка. В последнем случае, по мнению некоторых клиницистов, могут наблюдаться не только функциональные расстройства, но и вторично возникающий язвенный процесс, т. е. то, что получило, с легкой руки Rössle, название «второй болезни».

При аппендиците мы наталкиваемся на обе возможности. При ненормальном расположении отростка (appendicitis remontant) воспалительный очаг может находиться недалеко от выхода желудка и объективно симулировать язвенное заболевание. Но

существует, кроме того, бесспорно известная рефлекторная связь болевых ощущений, а также влияние воспаленного отростка на секреторную и моторную деятельность желудка. На такую связь указывает то обстоятельство, что часто пальпация илео-соэсальной области вызывает у больного не только болезненность в области отростка, но и определенную иррадиацию боли по направлению к пупку и в подложечной области. Далее, нам приходилось неоднократно наблюдать случаи хронического аппендицита, где одновременно были налицо и боли в подложечной области после еды, и гиперсекреция, и резкая перистальтика и повышенный тонус (рентгеновское просвечивание), и где все жалобы после удаления воспалительно измененного отростка, (Радзиевский) исчезали. Случаев второй болезни, т. е. определенно установленной язвы желудка с предшествующим и продолжающимся хроническим аппендицитом нам видеть не приходилось; по крайней мере, мы затруднились поставить в причинную зависимость имеющуюся язву желудка от той, часто при этом констатируемой болезненности в правой подвздошной области, которая, как известно, позволяет далеко не однообразное толкование. Наблюдая таких больных, следует иметь в виду, что картина желудочных явлений, если они зависят от хронического аппендицита, имеет более расплывчатый характер, боли отличаются постоянством, влияние приема пищи не так уж ясно выражено, и нет периодичности в смысле появления светлых промежутков. Температурные повышения, обострения аппендицита в анамнезе, лейкоцитоз и колебание Арнетовской формулы и, наконец, ясно выраженные местные явления аппендицита будут говорить за то, что весь симптомокомплекс зависит от последнего. Kuttner указывает еще на один рентгенологический признак—застывание контрастного вещества в заболевшем отростке, после того как остальной кишечник уже освободился от него. Но лучшим доказательством правильности диагноза будет положительный результат операции, т. е. исчезновение после нее гастрических явлений.

Среди многообразной картины рефлекторных нервных симптомов, которыми так изобилуют хронические гинекологические заболевания, желудочный синдром, давление под ложечкой, боли, изжога, чрезмерная кислотность—может выделиться с особой яркостью. В других случаях пиелит, камни почек, colitis mucosa, obstipatio spastica, благодаря сопутствующим болям и гиперсекреции—заставят иной раз подумать о язве. Даже глисты могут симулировать язву: голодные боли, оккультные кровотечения. Из общих и конституциональных заболеваний нужно еще иметь в виду туберкулезные поражения желез.

При поражении желез брюшинных—локализация как субъективно ощущаемых, так и при ощупывании болей в подложечной области, чувство распирания после еды могут дать повод к мысли о язве желудка. При туберкулезе перибронхиальных желез

сжатие ими блуждающего нерва послужит причиной секреторных и моторных расстройств желудка (Singer). В обоих случаях действие токсинов на вегетативную систему может вызвать явления со стороны желудка; но мы полагаем, что при неопределенных жалобах и расстройствах функции желудка правильно не столько предполагать атипично протекающий язвенный процесс, сколько искать туберкулеза забрюшинных и перибронхиальных желез, а может быть, и верхушечный процесс. При энтероптозе жалобы больного несколько напоминают нам жалобы больного язвой желудка, но обнаруженное при объективном исследовании опущение желудка, а также colon transversum и почек выясняет истинное положение.

Перечислив много различных заболеваний, которые в большей или меньшей степени напоминают клиническую картину язвы желудка, мы должны помнить, что на практике чаще всего приходится проводить дифференциальный диагноз *только между язвой желудка, с одной стороны, и функциональными заболеваниями желудка, холецистопатией и раком желудка, с другой.* При чем все случаи, когда анамнез и объективное исследование не позволяют сразу остановиться на диагнозе язвы желудка, обычно распадаются на большую группу, которая по своим симптомам ближе подходит к функциональным заболеваниям желудка и холецистопатии и на другую меньшую группу, где приходится дифференцировать между раком и язвой. Все остальные заболевания имеют уже второстепенное значение и должны быть приняты во внимание, когда явно имеются налицо признаки того или другого заболевания. Тенденция строить диагноз на редких и редчайших возможностях часто приводит к ошибке и не оправдывается своими результатами.

Диагноз характера и локализации язвы. Анатомически различают простую язву (ulcus simplex) и каллѣзную (ulcus callosum); клинически—острое и хроническое течение язвенного процесса. Анатомические и клинические определения не совпадают. Ulcus simplex, особенно ulcus simplex duodeni может существовать долгое время, вызывать заболевание, длящееся месяцами, даже годами, со светлыми промежутками и, наконец, зарубцеваться.

Хроническое течение, следовательно, не обеспечивает диагноза каллѣзной язвы. А между тем, для прогноза чрезвычайно важна возможность определения характера язвы, ибо ulcus simplex в большинстве случаев при соответствующем лечении позволяет рассчитывать на заживление, и только небольшая часть случаев переходит в каллѣзную форму, между тем как последняя имеет тенденцию персистировать и распространяться, особенно в глубину, вызывать мощные соединительно-тканые образования, переходить в прилегающие органы; зарубцевание наступает, но такой исход во всяком случае не част. Но, в общем, все-таки, продолжительный и упорный характер заболевания, которое

тянется годами и сопровождается жестокими болями, когда предпринятое диетическое лечение не приносит облегчения, говорит в пользу каллёзной язвы. Кровотечения как явные, так и оккультные, и прободения могут быть и при простой язве, и ни в каком случае не служат надежными дифференциально-диагностическими признаками. Резко выраженные спайки, определяемые иногда пальпацией, чаще рентгеном, сморщивание желудка (рентген) дают скорее возможность определить каллёзный характер язвы. С другой стороны, симптомокомплекс, описанный выше и характерный для обычного течения заболевания, хорошо уступающий диетическому лечению, хотя-бы он и часто рецидивировал, что зависит не всегда от появления свежесформировавшейся язвы, заставит нас предположить простую язву.

В то время, когда определение характера язвы встречает значительные затруднения, для опытного рентгенолога, владеющего вполне современной техникой, установить локализацию язвы является в настоящее время задачей, уже не особенно трудной. Но мы постараемся, не опираясь на рентгеновское исследование, выяснить, какие чисто клинические признаки говорят за ту или иную локализацию. При этом лучше всего различать, как это делают Knud Faber и Kemper, группу околопривратниковых язв, куда относятся и дуоденальная язва и язва малой кривизны.

Пилорическая и более частая—препилорическая язва распознаются легче, по свойственному им отчетливому симптомокомплексу; мы имеем, как правило, выраженную гиперсекрецию как после пробного завтрака, так и натощак, в зависимости от часто наступающего спазма привратника. Фракционное исследование тонким зондом дает высокую и растянувшуюся на два-три часа кривую. Если болевые точки и зоны отмечаются, то они расположены справа от срединной линии, а боли после приема пищи наступают поздно (через три-четыре часа) и отличаются значительной интенсивностью. В связи с пилороспазмом рвоты, иногда почти чистым желудочным соком, бывают чаще и характерны для этой локализации язвы. Если боли и рвоты резко выражены и носят пароксизмальный характер, то мы имеем Reichmann'овский синдром, особенно часто встречаемый при препилорической язве. Дуоденальная язва, находящаяся обычно на расстоянии 1—2 см от привратника, дает те же клинические симптомы. Поздние боли после приема пищи отодвигаются только еще дальше и делаются ночными; характерным признаком считаются голодные боли; но нужно сказать, что и ночные, и голодные боли, бывают также и при пилорической язве. Если повторные кровотечения не дают кровавой рвоты, а только черный стул, то это можно учесть до известной степени в пользу диагноза дуоденальной язвы. Мы заняты в настоящее время проверкою приема Schüle—получение интенсивной боли при впрыскивании дуоденальным зондом соляной кислоты в

duodenum, в случае нахождения здесь язвы,—и кажется получаются удовлетворительные результаты.

При язвах на малой кривизне мы имеем ранние боли, расположение болевых точек и зон слева от срединной линии, значительно чаще встречается нормальная или же пониженная кислотность. Рвоты—реже, и совсем даже отсутствуют. Клиническая картина в общем несколько бледнее. Если язва расположена ближе к кардии, то может наступить боль уже при глотании.

Но не всегда перечисленные признаки группируются стройно и согласно, нередко симптомы привратниковой язвы меняются в течение болезни на симптомы второй группы, и иррадиация болей затемняет картину. Мы знаем даже, что дуоденальная язва, расположенная дальше 1-2 см от привратника, меняет свою клиническую физиономию, которая делается похожей на то, что наблюдается при язвах малой кривизны. Тем не менее, с известными ограничениями, пользуясь вышеприведенной схемой, нам нередко удастся определить правильную локализацию язвы. Диагностика *осложнений*, встречающихся при язве желудка, изложена при описании их.

Ф. П. БОГАТЫРЧУК

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

В рентгенодиагностике *ulcus ventriculi* необходимо различать две большие группы симптомов: *анатомическую* и *функциональную*.

Первая группа (называемая еще иначе группой прямых признаков) построена на том, что те анатомические изменения, какие влечет за собой *ulcus*, так или иначе отражаются на *величине, форме, положении и конфигурации желудочной тени* при сравнении с таковыми же данными из нормальной рентгеноанатомии желудка.

Вторая, функциональная группа построена на тех функциональных изменениях в работе желудка, которые зависят от присутствия язвы в нем. К этой группе относятся: 1) *секреторные расстройства*, 2) *болевые симптомы* и 3) *расстройства со стороны двигательной деятельности желудка, т. е. его тонуса, спазма, перистолы, перистальтики, рефлекса привратника и, как частичного результата этих движений—моторной деятельности желудка.*

Перейдем непосредственно к разбору первой группы. Конечно, все данные ее имеют важное значение в рентгенодиагностике *ulcus*: по одной величине желудка в случаях значительного расширения тени можно иной раз судить об *ectasia ventriculi* на почве стеноза привратника, по положению желудка—говорить о спайках, смещающих его в ту или другую сторону и т. д. и т. д., но все же главными данными этой группы, данными, иногда прямо указывающими на присутствие *ulcus*, являются изменения формы и конфигурации желудочной тени. Со стороны изменений в последних при язве указываются наиболее часто при рентгенодиагностике следующие симптомы: 1) *желудок в виде песочных часов*, 2) так называемый *каскадный желудок*, 3) *зубчатость (Zähnelung) большой кривизны*, 4) *симптом ниши*. Перетяжка, делящая желудок на два сообщающихся между собой узким каналом отдела, благодаря которой желудок приобретает вид песочных часов, может быть или истинная, когда она обусловлена анатомическими изменениями стенки желудка в месте этой перетяжки, либо ложная, когда канал между упомянутыми отделами желудка образовался, благодаря сокращению мускулатуры,

носящему характер спазма. При нахождении песочных часов перед рентгенологом встают следующие задачи: во-первых, дифференцировать, с какого рода песочными часами мы имеем дело: с истинными, либо ложными и, во-вторых—в случае первых—провести

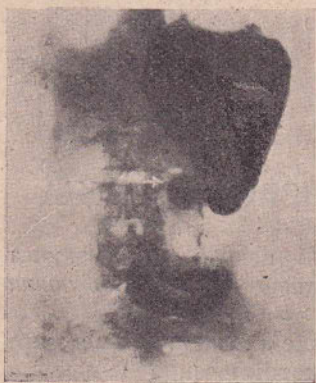


Рис. 1. Песочные часы и ниша на малой кривизне желудка.

дифференциальный диагноз между перигастритом и карциномой — двумя процессами, которые могут обусловить песочные часы. Решение первой задачи имеет большое значение в том случае, если больному предстоит операция. Хирургу нужно заранее знать, с чем ему придется иметь дело во время операции—с нормальной или измененной стенкой желудка—от этого зависит и выбор операции, прогноз etc. В большинстве случаев, рентгенолог может эту задачу вполне удовлетворительно разрешить, применяя те или иные лекарственные средства, устраняющие спазм, повторные исследования и т. д.—останавливаться на подробном изложении этих способов считаем излишним.

Вторая задача—дифференциальный диагноз между перигастритом и карциномой—ставит перед рентгенологом трудные, сплошь и рядом неразрешимые с помощью одного лишь рентгеновского исследования задачи, так как и рентгеноскопическая и рентгенографическая картина при этих заболеваниях может вовсе не отличаться друг от друга. Выручает нас в таких обстоятельствах то, что при песочных часах на почве перигастрита нам в большинстве случаев удается найти нишу, с другой же стороны—в случае такой распространенной карциномы, которая вызвала песочные часы—клиницист только очень редко не имеет вполне ясной клинической картины и прибегает к рентгенодиагностике только в целях определения операбельности случая, локализации рака и т. п. Истинные часы на почве язвы в сущности должны рассматриваться, как осложнение в результате сопутствующего язве перигастрита, но большей частью они встречаются вместе и по этому диагностическое значение их очень велико. Важное значение имеет и нахождение спастических песочных часов,



Рис. 2. Каскадный желудок.

также часто сопутствующих язве. Останавливаться на каскадном желудке мы не будем. Надежд, которые возлагали на него некоторые авторы, он не оправдал. Эта форма желудочной тени дает лишь основания обратить наше внимание на поиски язвы, но ни в коем случае одна эта тень не может считаться решающей для диагноза. Встречается она как при высоких язвах малой кривизны, так и при *ulcus ad pylorum* или *duodeni*. Происхождение ее в том и другом случае различное: в первом она обусловлена часто спайками в области малой кривизны, притягивающими последнюю кверху, при *ulcus je ad pylorum* она возникает, благодаря спазму тела желудка. Указывать непосредственно на присутствие язвы форма эта не может потому, что встречается и при нормальных желудках.

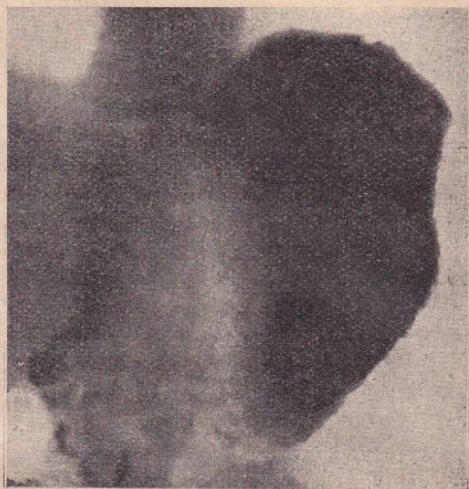


Рис. 3. На большой кривизне выражены мелкие складки—зубчатость (*Zähnelung*).

Симптом *Zähnelung* (зубчатость) большой кривизны описан *Schütze*. Названный автор встречал эту зубчатость во всех случаях язвы. На счет ее существуют два одинаково авторитетных мнения: одни, во главе с *Groedel*'ем, считают эту зубчатость проявлением, так называемой, малой перистальтики, существующей наряду с большой перистальтикой (назначение малой перистальтики, по их мнению, заключается в более совершенном распределении пищи в желудке). Второе мнение, возглавляемое *Forsell*'ем и *Schlesinger*'ом, отрицает возможность таковой перистальтики и считает *Zähnelung* выражением складок слизистой желудка. В доказательство ими приводятся многочисленные наблюдения, вернейшие из которых следующие: 1) зубчатость встречается в тех отделах желудочной тени, где имеется наибольшее давление извне на желудочную стенку, 2) не трудно чисто механическим путем либо вызвать, либо уничтожить эту зубчатость. Конечно, мы не задаемся вовсе целью выбирать между этими двумя, вкратце сформулированными взглядами,—для нас важен другой вопрос, именно—патогмоничен ли этот симптом для язвы? К сожалению, нет. Встречается он как при язвах, так и без них и, что самое неутешительное, бывают язвы, где симптома этого нет.

Указываемое некоторыми авторами то обстоятельство, что симптом может служить ценным признаком при дифференциальном

диагнозе рака и язвы—при чем при первом он будто бы не встречается,—нуждается еще в дальнейшей проверке.

Прежде, чем перейти к рассмотрению симптома ниши, вспомним в двух словах о патологической анатомии язвы. Схематически

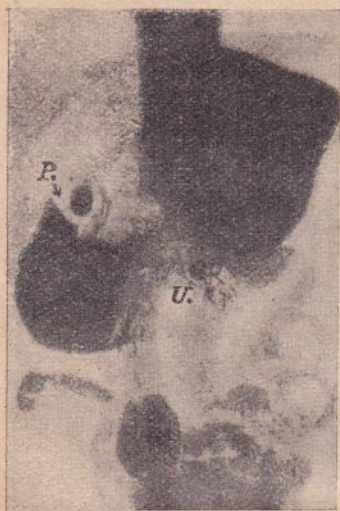


Рис. 4. При «U» видна ниша задней стенки желудка, обнаружившаяся после отдавливания покрывшего его бисмута.

можно различать три группы *ulcus*: 1) *ulcus simplex*, при котором язвенный процесс расположен поверхностно, 2) *ulcus callosum*, при котором язва проникает глубоко в стенку желудка вплоть даже до серозной оболочки (нас, конечно, сейчас не интересуют тонкие микроскопические отличия названных двух типов язв) и, наконец 3) *ulcus penetrans*, при котором язва прободает серозную оболочку и обычно стенку какого-нибудь рядом лежащего органа. Полость, которая образуется при этом, обыкновенно сообщается с полостью желудка. В случае *ulcus simplex* поверхностное повреждение стенки желудка не отражается в большинстве случаев на конфигурации желудочной тени или, вернее говоря, выступ тени, соответствующий язве, настолько ничтожно мал, что не улавливается нами ни при рентгеноскопическом, ни при

рентгенографическом исследовании. В случаях же *ulcus callosum* и *ulcus penetrans*, при которых имеется более глубокое повреждение желудочной стенки, бисмут входит в образованный язвой дефект желудочной стенки и становится видимым при рентгеноскопии и рентгенографии в виде большого либо меньшего выступа желудочной тени с гладкими краями—так называемой ниши, замеченной впервые Reiche, затем Faulhaber²ом, но описанной подробно Haudeck³ом и поэтому носящей его имя. Так как чаще всего *ulcus* располагается на малой кривизне, то мы здесь чаще всего подобные ниши и находим. Реже *ulcus* локализуется на задней стенке желудка—тогда язва становится видима только после того, как удален впереди его лежащий слой бисмута (обычно при помощи давления петлотом). Труднее всего диагностировать нишу вблизи привратника и в самом привратнике—это обычно удается только в исключительных случаях. Когда *ulcus* прободает желудочную стенку и образует полость в рядом лежащем органе,—обычно тогда в полости этой над слоем бисмута имеется пузырек газа—типичная картина для *ulcus penetrans*. Напротив ниши на большой кривизне обычно имеется втяжение, обусловленное кольцевым спазмом круглой

мускулатуры в области язвы. Если спазм этот захватывает большой участок желудка — получается форма, известная под именем спастических песочных часов (последние, так называемые, «истинные» могут быть обусловлены и перигастритом на почве язвы). В большинстве случаев область ниши совпадает с болевой точкой.

Мы опускаем здесь многочисленные детали техники диагностирования ниши. Скажем еще только об одной рентгено-пальпаторной возможности диагностировать нишу. Иногда, пальпируя область болевой точки и отжимая слой контрастного вещества в области ее, нам удастся увидеть небольшой остаток последнего в области *ulcus*. В таких случаях мы говорим о рентгено-пальпаторном симптоме ниши. Следует сразу же сказать о той большой осторожности, с какой следует ставить последний диагноз, так как тут часто возможны ошибки. Достаточно дать больному плохо разме-

шанную кашу, в которой имеется много комков висмута, чтобы ошибиться, приняв один из этих комков за нишу. Чтобы избежать ошибок, мы применяем повторные исследования и лично следим за тем, как каша размешана, либо даем жидкую смесь. Мы опускаем здесь другие многочисленные возможности ошибок — так называемые «ложные ниши», когда за нишу принимается вне желудка лежащая тень (наиболее часто камни левой почки и мочеточника, камни *pancreatis* и т. д.). Всех их избежать не трудно при тщательной технике просвечивания и повторных исследованиях.

Перейдем теперь к другому важному вопросу: раз есть ниша, — обязательно ли должна иметься и язва, либо бывают случаи, когда ниша есть, а язвы на операции либо секции не оказывается. Что касается секций, то нам не приходилось встречать в литературе указаний относительно подобных случаев. С операциями же дело обстоит несколько иначе. За последние годы в литературе накопилось несколько случаев, авторы которых утверждают, что диагностированная ими ниша на операции не оказалась язвой. Самое интересное сообщение по этому вопросу — это случай Kurtzahn'a, описанный в «*Fortschritte auf dem G. d. Röntgenstrahlen*». Дело касается одной больной с типичным *ulcus*-

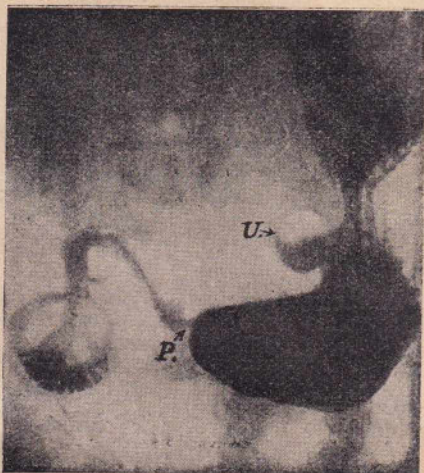


Рис. 5. При «U» ниша с пузырем газа над контрастной массой *ulcus penetans*. Песочные часы, недостаточный рефлекс привратника.

симптомокомплексом, у которой при рентгеноскопии и при рентгенографии была обнаружена типичная ниша с втяжением на большой кривизне. При пальпации область ниши совпадала с болевой точкой. Рентгеновский диагноз—*ulcus ventriculi*. Операция: при

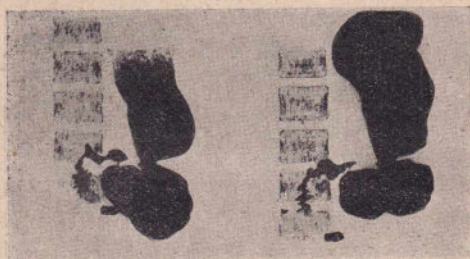


Рис. 6. Рентгенограммы случая Kurtzahn'a. На малой кривизне напротив втяжения маленькая ниша.

внешнем осмотре и ощупывании желудка никаких указаний на *ulcus* не получено, желудок в области ниши перекрывает желчный пузырь (этим Kurtzahn объясняет совпадение ниши и болевой точки). Чем обусловлена была ниша, осталось неизвестным; проводимое Kurtzahn'ом объяснение относительно спазма мускулатуры под влиянием прилежавшего

желчного пузыря, спазма отграничившего небольшую нишеобразную полость, как признает сам автор, весьма искусственно и спорно.

После этого случая ниша, как диагностический симптом, немного поколебалась в своей репутации и последняя была восстановлена только спустя два года, когда автор ниши—Haudeck—выступил с весьма обстоятельными возражениями и Kurtzahn'у и другим своим оппонентам. Как справедливо указывает Haudeck, утверждать с полной категоричностью об отсутствии язвы на основании одного только внешнего осмотра и ощупывания желудка во время операции ни в коем случае нельзя. В подтверждение этого мнения он приводит один из своих случаев, в котором также был диагностирован *ulcus* на основании ниши, на операции же язвы не оказалось (при внешнем осмотре желудка). Спустя два месяца у этой же больной наступило желудочное кровотечение, она повторно была оперирована, желудок был вскрыт... и на месте ниши была обнаружена язва. Поэтому, говорит Haudeck, утверждать, что язвы не было и в этом случае, нельзя. Не менее убедительным ответом и другим оппонентам он достиг того, что до сего времени в нашей литературе каких-либо существенных возражений против ниши больше не было, и репутацию ее надо считать вполне восстановленной. Общепринятый теперь взгляд—в случае ниши рентгенолог имеет право ставить диагноз *ulcus*.

Трудность, а иногда и полную невозможность рентгеновского диагноза представляет диагностика злокачественного перерождения язвы, так называемый *ulcus carcinomatosum*. Здесь до сего времени рентгенодиагностика, в большинстве случаев, не может дать ответа. Хорошо, если есть сопутствующий нише дефект наполнения, если же его нет,—дело обстоит весьма неважно. Да

оно и неудивительно. Если мы вспомним о том, что *ulcus callosus* даже *sub operatione* не всегда можно дифференцировать от *ulcus carcinomatosum*,—мало того, даже при микроскопическом исследовании такой диагноз не так уж прост, то мы не будем его и требовать от рентгенодиагностики. Здесь только одни данные клиники и наблюдения над больным могут поставить правильный диагноз. Дело рентгенолога указать клиницисту в случае ниши на присутствие и локализацию язвы,—дело же клинициста в зависимости от клинических данных предложить больному тот или иной способ лечения вплоть до операции.

Вторым важным вопросом, которого мы вкратце коснемся, будет следующий: «насколько глубоко должно быть повреждение стенки, чтобы *ulcus* начал давать симптом ниши». Точного ответа на этот вопрос дать нельзя. Результат во многом зависит от техники исследования: чем выше последняя—тем меньший выступ тени мы заметим при рентгенисследовании. Все же повреждение видимо должно быть довольно глубокое, иными словами, язва уже должна просуществовать не малое время, чтобы начать давать симптом ниши, особенно при рентгеноскопическом исследовании,—при рентгенографии нишу, конечно, можно обнаружить раньше. Детали техники опускаем.

Последним «больным» вопросом симптома ниши, которого мы здесь вкратце коснемся, является вопрос частоты нахождения нами ниши. Конечно, во многом вопрос этот связан с техникой исследования, возможностью рентгенограммы в том числе и повторных и т. д. и т. д. Но даже и при этой последней часто ли удастся найти нишу? Наши наблюдения говорят, что далеко не часто. В Вене нам пришлось в течение месяца посещать рентгеновское отделение *Wilhelmine-Spital*, руководимое самим *M. Haudeck*’ом. Каждый день исследовалось не менее трех больных с бесспорно клиническими данными язвы. Каждому такому сомнительному больному производилось не меньше двух рентгеноскопий и столько же, а то и больше снимков. И за все время только у двух больных была найдена ниша, остальные же больные с *ulcus* имели только функциональные симптомы. Вместе со мной бывали у *Haudeck*’а рентгенологи из различных стран и от них нам тоже приходилось слышать, что и у них ниша—редкая находка. Наш личный опыт также не позволяет сделать благоприятный для частоты нахождения ниши вывод. Не более 5% исследованных больных желудков с клиническими данными язвы—дают симптом ниши. Итак, основывать свой диагноз *ulcus* по присутствию ниши возможно бывает довольно редко.



Рис. 7. При букве «U» имеется еле заметный выступ желудочной тени—ниша.

Посмотрим теперь, так ли безнадежно дело рентгеновского диагноза *ulcus* в случае даже полного отсутствия каких-либо анатомических признаков. Начнем рассмотрение функциональной группы симптомов. Как мы указали раньше, мы остановились на следующих ее факторах: 1) болевой чувствительности, 2) секрети и 3) двигательной деятельности.

Начнем по порядку. *Болевую точку* мы можем диагностировать двояким путем: или 1) мы просим больного во время исследования желудка на экране указать самому, где у него обычно ощущается болезненность, и контролируем местонахождение этой точки на экране, или 2) при помощи пальпации сами определяем под контролем экрана местонахождение болевой точки. Все детали техники, как не представляющие общего интереса, нами опускаются. Задачами рентгенолога будут: 1) определить, принадлежит ли болевая точка к желудочной тени и 2) если нет, то приближенно, конечно, в области какого органа она находится. Эти задачи в большинстве случаев рентгенолог может разрешить вполне удовлетворительно. Ценность симптома болевой точки при *ulcus* подвержена большим сомнениям. Укажем только, что нам, рентгенологам, не редкость: во-первых, находить болевую точку вне желудочной тени при бесспорных клинически язвах (в этом случае она возникает, очевидно, рефлекторным путем) и, во-вторых, находить болезненность в области желудочной тени при отсутствии *ulcus* (в области привратника при птозах, неврозах и т. д.). Рентгеновские наблюдения говорят, что болевая точка, как правило, имеется только при *ulcus callosum* и *penetrans*,—при язве *simplex* обыкновенно ее нет (исключение составляют простые язвы привратника и *duodeni*, где она в большинстве случаев имеется).

Следует отметить важный момент: субъективизм этого симптома как со стороны больного, так и со стороны исследующего врача. Нервные, впечатлительные больные, да еще под влиянием темноты, реагируют куда сильнее на всякое прикосновение, нежели они же в спокойном состоянии. С другой стороны, черезчур энергично пальпирующий рентгенолог будет гораздо чаще находить болевые точки, нежели пальпирующий с осторожностью.

Несмотря на все указанные многочисленные недостатки симптома болевой точки, она нас иногда выручает в затруднительных случаях. Особенно ценна она в дифференциальной диагностике *cholecystitis* и *ulcus*. В случае первого она, как правило, находится вне желудочной тени, большей частью, в области забрюшинного пространства.

Секреторная деятельность при *ulcus* обычно бывает повышена. Определяется она наличием, так называемого, «интермедиарного слоя» жидкости с подвижной верхней границей, благодаря присутствию газа над ней.

Чрезвычайно важной в диагностическом отношении группой симптомов является двигательная деятельность желудка. Прежде,

чем перейти к ее рассмотрению,—скажем в двух словах о самом аппарате, благодаря которому возможны эти движения—именно о мускулатуре желудка. Работы Forsell'я выяснили следующую схему расположения мышечных слоев желудка. Как известно, здесь имеются

три слоя: *поверхностный*, так называемый, слой длинных мышц, идущий, как видно из приводимого рисунка Forsell'я, от кардии к привратнику, *средний* слой косых волокон, идущих в косом направлении от большой кривизны к малой, также имеющий частью своим конечным пунктом вход в желудок. Эти косые волокна в области привратника теряют свое косое направление и являются здесь уже волокнами круглыми, так что в области привратника имеются только две группы волокон—длинные и круглые, и наконец, самый *внутренний* слой составляют волокна круглые, расположенные, главным образом, в области тела желудка и опоясывающие его кругом. Эти вкратце изложенные анатомические данные пригодятся нам при дальнейшем изложении.

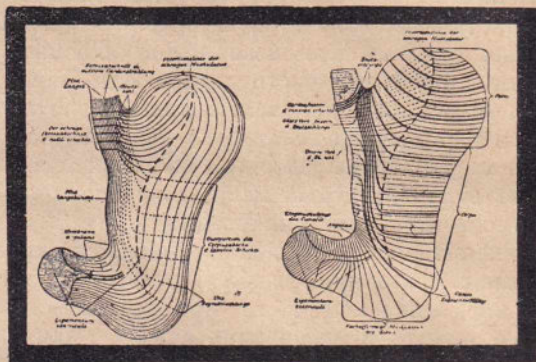


Рис. 8. Расположение мышечных слоев стенок желудка по Forsell'ю.

Будем рассматривать по порядку: тонус, спазм, перистолу, перистальтику, рефлекс привратника и моторную деятельность вообще.

Тонус желудка рентгенологами определяется по положению желудочной тени и меньше по форме ее. Крайними являются: 1) гипертонический, 2) атонический типы; 3) нормальный тонус стоит посередине. При первом из них желудок занимает высокое косое расположение, при втором—как бы свисает в брюшную полость. Тонус вовсе не есть величина постоянная (во избежание неточностей—считаем необходимым подчеркнуть еще раз, что речь идет только о

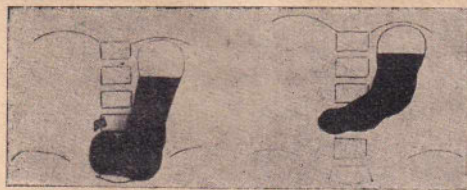


Рис. 9. Нормальный (слева) и повышенный (справа) тонус желудка.

тонусе, рентгеноскопически проявляющемся в указанных типах). Рентгенологам часто во время просвечивания приходится наблюдать изменения тонуса—существуют, если можно так выра-

зиться, «тонические» движения желудка. Так, например, сплошь и рядом повышенный тонус под влиянием пальпации, движений больного и т. д. переходит в тонус нормальный и даже ослабленный. Некоторыми рентгенологами были высказаны предположения, что тонус регулируется, главным образом, состоянием длинных волокон мускулатуры желудка. При иных предположениях трудно и даже невозможно объяснить, почему при повышенном тонусе мы часто имеем ослабление функций других мышечных слоев желудка. Наиболее вероятны предположения о том, что перистолы регулируются напряжением круглых волокон и перистальтические движения—функцией косых волокон. Только приняв эти предположения и допустив еще при этом возможность самостоятельной иннервации этих мышечных слоев,—можно объяснить те расхождения в области движений желудка, которые имеют место при *ulcus* и о которых будет речь ниже. При язве привратника нам часто приходится встречать стойкое повышение тонуса. В нескольких случаях нам приходилось наблюдать резкое повышение тонуса при *ulcus*, где угрожает перфорация. Наряду с характерной чрезвычайно резкой болезненностью кожи живота, когда больной не дает прикоснуться к ней, не говоря уже о настоящей пальпации, мы наблюдали чрезвычайно резко повышенный тонус (два случая закончились *exitus letalis* на почве перфорации язвы через несколько дней после исследования). Вообще же при язве можно встретить самый разнообразный тонус.

От тонуса необходимо отличать *спазмы* при указанном нами представлении о тонусе, как о состоянии длинных волокон. При спазме мы наблюдаем сокращение, главным образом, круглых волокон желудка. Это сокращение наблюдается преимущественно на уровне *ulcus* и проявляется в том, что напротив язвы появляется стойкое втяжение на большой кривизне (реже при *ulcus* наблюдаются интермитирующие спазмы—таковые встречаются чаще при других заболеваниях—например, невротозах). Иногда спастические сокращения занимают большой отдел желудка, иногда могут симулировать дефект наполнения. Подобные значительного протяжения спазмы встречаются иногда при *ulcus ad pylorum* (как было указано, в результате такого спазма иногда возникает каскадная форма желудка).

Перистолы в рентгенодиагностике *ulcus'a* имеет значение только при суждении о рефлексе привратника, и поэтому она и будет нами рассмотрена ниже.

Чрезвычайное значение для рентгеновского диагноза *ulcus* имеет *перистальтика*. Значение последней расширилось еще более в последнее время, благодаря введению в практику рентгенокинематографии. Современное состояние этого вопроса позволяет нам различать схематически четыре типа перистальтики: 1) нормальную, 2) повышенную невротическую, 3) повышенную стенотическую и 4) ослабленную. Особняком стоит наблюдаемая

иной раз при стенозах привратника, так называемая, антиперистальтика.

Для большей наглядности мы пытались изобразить означенные типы при помощи кривых. Последние ни в коей мере

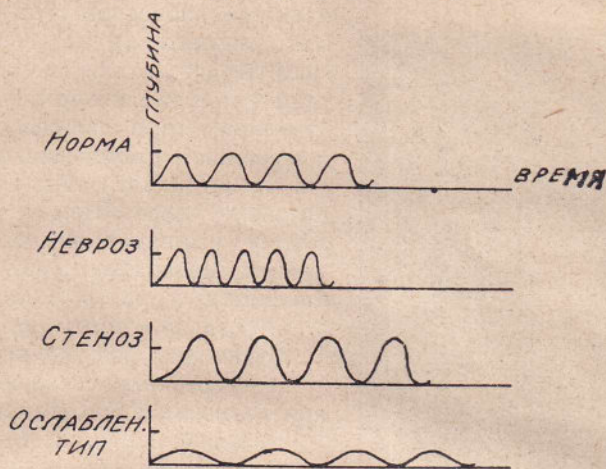


Рис. 10.

не могут претендовать на точность—составлены они исключительно с целью наглядно продемонстрировать указанные перистальтические типы. Относятся они к области *antrum pylori* или, по номенклатуре Forsell'я, к *canalis egestorius*.

Следует различать высоту перистальтической волны или ее глубину, продолжительность отдельной волны и, в зависимости от последней, темп волн в течение произвольно выбранного промежутка времени. При нормальной перистальтике сокращения *antri* следует один за другим, продолжительность каждой волны колеблется в пределах 18—21 секунд (продолжительностью волны называется время, протекающее от появления перистальтической борозды в области начального приблизительно отдела *canalis egestorius* до полного исчезновения ее—проникновения бария в *bulbus duodeni*) глубины до 1 см вглубь от периферии желудочной тени. При повышенной нервной перистальтике—продолжительность волны уменьшена,—следовательно, темп волн ускорен, глубина более нежели в норме (необходимо отметить, что встречаются сокращения, которые не укладываются в приведенную схему). Этот тип перистальтики встречается при функциональных заболеваниях желудка, при неврозах, при околопривратниковых язвах, расположенных ближе к *duodenum*, при пилороспазмах и т. д.

При повышенной спастического типа перистальтике мы имеем: 1) большую глубину, нежели при нормальной и даже невротической перистальтике, 2) резко замедленный темп в

связи с увеличенной продолжительностью отдельной волны. Вначале перистальтическая борозда при этом типе углубляется медленно, затем происходит ускорение *ad maximum* и затем медленное спадение волны. Чрезвычайно важно наблюдать в это

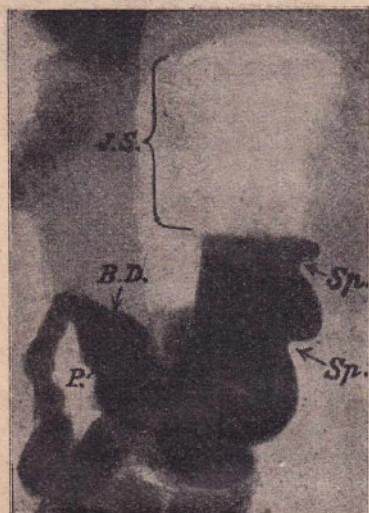


Рис. 11. Невротического типа перистальтики, недостаточный рефлекс привратника, большой интермедийный слой жидкости (при J. S.).

время за диаметром тени *antri*: и при нормальной и невротической перистальтике диаметр этой тени уже, нежели поперечник желудочной тени в теле желудка. При повышенной спастической перистальтике диаметр тени *antri* значительно шире. При чем, даже такому расширенному *antrum* не удастся протолкнуть всю кашу в *duodenum* и часть ее возвращается обратно в *sinus ventriculi*.

Спастический тип перистальтики встречается исключительно при стенозах привратника.

Ослабленный тип перистальтики характеризуется замедлением темпа и увеличенной продолжительностью, но малой глубиной волны. Этот тип встречается при атониях и декомпенсированном стенозе привратника. Иногда при стенозах привратника приходится наблюдать, так называемую, антиперистальтику, т. е. обратную волну

от привратника. Ее приходится видеть довольно редко, но если она есть, то ей необходимо придавать решающее диагностическое значение.

В последнее время, как мы указали, благодаря применению рентгено-кинематографии, область рентгено-диагностики *ulcus*'а еще более расширилась. Frenkel'ю удалось открыть новый симптом, названный им «Riegel-symptom». В случаях *ulcus*, складывая рентгено-кинематограммы желудка, мы обнаруживаем на участке малой кривизны соответствующей язве—полное отсутствие перистальтики.

Диагноз всех трех приводимых случаев (взято у Frenkel'я) подтвержден на операции. До сих пор считалось, что такие мертвые участки перистальтики характерны для карциномы, но оказывается, что при язве они тоже встречаются и притом гораздо чаще. Симптом этот нам дает возможность точной локализации *ulcus simplex*, что до сего времени сделать было нельзя.

Утверждения Frenkel'я, что он мог видеть Riegel-symptom и при обычном просвечивании—нам не удалось подтвердить—попытки наши увидеть эти мертвые участки были неудачны.

Кроме перистальтики, не менее важным является и изучение рефлекса привратника при *ulcus ventriculi*. К сожалению, до самого последнего времени в этом важном вопросе не достигнуто единства взглядов. Это касается не только случаев патологических, но, что самое неутешительное, даже нормального рефлекса. Начать с того, что самый механизм рефлекса объяснен с далеко не исчерпывающей полнотой. Некоторые авторы высказывают предположения, что механизм этот регулируется длинными и круглыми волокнами, являющимися антагонистами по отношению друг к другу. Длинные способствуют расширению привратника, круглые суживают просвет, заведя перистолитической функцией его. Усиленный рефлекс характеризуется усиленной перистолитической функцией привратника, ослабленный — наоборот, ослаблением ее. Возможен и другой способ получения ослабленного рефлекса — это случай, когда напряжение длинных волокон, расширяющих привратник, превалирует над перистолитической функцией его. В этом случае при повышенном тонусе, например, можно встретить понижение рефлекса привратника. Повышение рефлекса при рентгеновском исследовании обнаруживается в удлинении времени между нормальными раскрытиями привратника, понижение — в более частом против нормы раскрытии вплоть до полного зияния при недостаточности привратника. При *ulcus ventriculi* не представляется



Рис. 12. Стенотического типа перистальтика — расширенное antrum pylori.

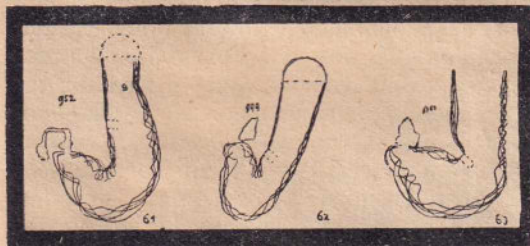


Рис. 13 Riegel-symptom. При :::: на малой кривизне.

возможным дать какую-нибудь общую схему рефлекса. Неправильно, например, утверждение, что можно встретить в некоторых учебниках, что при язвах привратника имеется непременно усиленный рефлекс — в нашей работе нам не менее часто приходится

встречать при той же язве, рефлекс ослабленный. Кроме того, вовсе не обязательно, чтобы язва лежала вблизи привратника,

чтобы влиять на рефлекс—последний при язвах, даже и высоко лежащих, всегда так или иначе изменен. Если мы вспомним о многочисленных работах, которые с несомненностью доказывают, что привратник чрезвычайно чутко ко всякого рода механическим, химическим, термическим и прочим воздействиям, то мы не будем сомневаться в том, что такое грубое нарушение привычных жизненных условий желудка, какое влечет за собой *ulcus*, будет так или иначе отражаться на рефлексе. Как будет реагировать данный привратник на *ulcus*, зависит от обстоятельств, в частности—имеет большое значение указанное отношение между перистолой и тонусом желудка. Кроме того, для язвы чрезвычайно характерна изменчивость рефлекса, интермитирующий характер его: очень часто при одном исследовании мы находим рефлекс усиленный, а при другом—иногда даже через несколько часов—рефлекс ослабленный. Поэтому ни в коем случае нельзя прикрепить к той или иной группе язв определенный ярлык рефлекса. Для рентгенолога важно знать, что в случае *ulcus* рефлекс изменен, а как он изменен—и стойко, либо протекает интермитирующе—важно знать клиницисту, чтобы принять соответствующие меры. Дифференциальный рентгеновский диагноз должен выяснить, какое изменение рефлекса имеет место в данном случае: органическое (на почве карциномы, *perigastritis*), либо чисто функциональное. Лучше всего помогают разобраться повторные исследования, но к ним приходится для этого определения прибегать не часто, так как обычно при органических изменениях рефлекса налицо, большей частью, сопутствующие им изменения (дефект наполнения, *pylorus-carcinom—distanz* и т. д.). Иногда следует применить и то или иное лекарственное воздействие.

Последней в этой группе двигательных симптомов мы поместили *моторную* деятельность, так как она во многом зависит от разобранных движений желудка (как известно—не исключительно от них). Изучение моторной деятельности, мы рентгеноскопически производим, наблюдая желудок через определенный промежуток времени после принятия каши. Эти наблюдения помогают нам контролировать наше первоначальное (при первом исследовании) заключение о функции привратника, перистоле и проч. К сожалению, в области моторной функции пока что возможна только грубая диагностика—*maximum* замедления и *minimum* ускорения. Диагностическое значение имеют остатки, находимые через шесть часов (после принятия двух стаканов кашеобразной массы), да и то только, если они не меньше одной трети данного приема (тоже довольно относительно, так как это определение зависит во многом от глазомера рентгенолога). При ослабленном рефлексе количество каши на наших глазах к концу исследования уменьшается. При интермитирующем рефлексе мы можем найти остаток через шесть часов даже при констатированном ослабленном рефлексе и, наоборот, не найти его при ранее обнаруженном усиленном

рефлексе. Мы опускаем здесь различные формы остатков, дифференциальный диагноз их и прочие дитали,—их можно найти в любом труде по рентгенодиагностике.

Перейдем теперь к рассмотрению моторной деятельности в целом. Прежде всего, следует подчеркнуть то обстоятельство, что при *ulcus* различные проявления этой деятельности вовсе не идут рука об руку друг с другом. Иными словами, наряду с одним проявлением двигательной деятельности, казалось бы логически требующим другого—встречается ему противоположное. Возьмем к примеру тонус и рефлекс привратника, перистолу и перистальтику, перистальтику и тонус и т. д. Сплошь и рядом мы не имеем одновременного повышения или ослабления этих компонентов желудочной деятельности, а часто один усилен—другой же либо нормален, либо повышен. Как мы указывали раньше, объяснить это возможно лишь допустив возможность самостоятельной иннервации этих функций и их несвязанный друг с другом механизм. Конечно, мы не сумеем исчерпывающе изложить здесь все, что до этих пор сделано по этому важному вопросу и все, что еще нужно в этом направлении сделать. Для этого нужны еще добавочные работы. Как нам лично пришлось наблюдать на своем материале, для *ulcus ventriculi* именно характерна эта *диспропорция* между отдельными проявлениями двигательной деятельности. При *ulcus* возможны самые несущезные, на первый взгляд, комбинации их и этому несоответствию мы придаем весьма большое диагностическое значение.

Коснемся теперь вкратце вопроса о дифференциальной диагностике. Если в случае ниши нам приходится иметь дело только с дифференциальным диагнозом *ulcus-carcinoma*, то здесь нам приходится наиболее часто сталкиваться с функциональными заболеваниями желудка и заболеваниями желчных путей. Начнем с первых. Как указывал уже Н. А. Свенсон, дифференциальный диагноз здесь во многих случаях очень затруднителен. Основывается он при рентгеновском исследовании, главным образом, на том, что при указанных заболеваниях обычно не бывает диспропорции двигательной деятельности, которая имеет место при язве. Здесь больше взаимного соответствия этой деятельности: при повышенном, например, тонусе, повышенная и перистальтика, повышенный и рефлекс привратника и т. д. Во многих же случаях приходится отказываться от формулировки определенного диагноза на основании одного лишь исследования, прибегать к повторным просвечиваниям и снимкам. И даже в результате таких тщательных и повторных рентгеновских исследований в определенном, правда, небольшом проценте случаев, приходится вообще отказываться от категорических заключений, предоставив решение вопроса клиницисту.

Что касается дифференциального диагноза *ulcus* от заболевания желчных путей, то здесь дело обстоит очень неважно до самого последнего времени, когда Graham'ом был предложен новый

метод непосредственной диагностики заболеваний желчных путей, в особенности же желчного пузыря. Как известно, для этой цели вводится *per os* либо интравенозно тетрабром либо тетрахлор-фенолфтаlein-натрий. Этот препарат обладает свойством

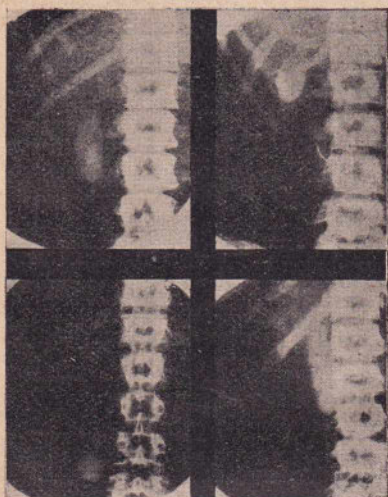


Рис. 14. Рентгенограммы желчного пузыря по методу Graham'a (белый мешочек параллельно тени позвоночника—желчный пузырь, наполненный контрастной желчью).

насыщать желчь и в то же время контрастен почти как всякая другая контрастная масса. Благодаря этим свойствам препарата, получилась возможность рентгенографировать непосредственно желчный пузырь, наполненный такой контрастной желчью, а иногда и желчные пути *in toto*. Проводя указанный способ одновременно с наполнением желудка и *duodenum per os*, нам в большинстве случаев удастся определить взаимоотношения указанных органов, решить вопрос о их смещении, спайках и проч. До введения этого метода дифференциальная диагностика основывалась, главным образом, на болевых ощущениях (см. выше).

Чрезвычайно трудной и интересной областью дифференциального рентген-диагноза является последний с раком желудка. Основ-

ывается он на свойственных последнему заболеванию симптомах—главным образом, на, так называемом, дефекте наполнения. Как указано нами раньше, в случаях *ulcus carcinomatosum*—рентгеновский диагноз в большинстве случаев невозможен.

На этом мы свой короткий обзор функциональной группы и закончим.

В двух словах общие замечания по поводу рентгено-диагностики *ulcus*: 1) в большинстве случаев даже при наличии только функциональных симптомов—рентгеновское исследование, при применении всей современной техники, может дать удовлетворительный ответ клиницисту—имеется-ли *ulcus*; 2) для этого ответа—необходимо иметь в виду очень важное значение указанной диспропорции двигательных движений; 3) в случае наличия ниши возможно ответить точно и на вопрос локализации язвы.

Как указал Н. А. Свенсон, количество диагностированных язв в последнее время сильно возросло, он приписал это отчасти улучшившимся методам диагностики их. Как мы говорили, ниш нам приходится видеть очень мало и с каждым годом количество их уменьшается. Это, конечно, вполне естественно,

так как при улучшившейся диагностике—уменьшается число запущенных случаев, а, следовательно, и ниш, так как последнее—в большинстве результат хронического, плохо леченного *ulcus'a*. Нашим рентгенодиагностическим идеалом должен быть ранний диагноз язвы, *ulcus'a* без ниши. В этом ближайшая и насущнейшая цель рентген-исследования. И к решению этой задачи рентгенолог может прийти только рука об руку с клиницистом, в данных клиники находя для себя опору и, давая своим исследованием возможность клиницисту точно проверять свои заключения.

ПРОФ. Н. Д. СТРАЖЕСКО

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЫ

Я не думаю касаться здесь всех деталей лечения язвы желудка, так как все эти подробности можно найти во всяком более или менее обширном руководстве по болезням желудка¹. Я хочу только остановиться исключительно на тех принципах, которыми должен руководствоваться всякий терапевт, приступая к лечению пептической язвы. Разумеется, я сделаю это не только на основании научного изучения вопроса, но также, базируясь на личном опыте, приобретенном мною за мою многолетнюю практику как в бытность мою ассистентом клиники В. П. Образцова, этого выдающегося специалиста по болезням желудка, в клинике которого всегда было не мало язвенных больных, так и во время моей самостоятельной клинической деятельности. Тем более, что за последние годы изучению пептической язвы и ее лечению я посвятил много времени и труда, как и всякий русский клиницист, встретившийся чуть ли не с развитием в нашей стране в годы войны и революции настоящей эпидемии язвенной болезни.

Широкое наблюдение на громадном материале язвенных больных и всесторонний анализ всех анамнестических и клинических данных позволили среди этиологических и патогенетических моментов язвы выделить также наиболее существенные факторы, без обращения внимания на которые всякое лечение язвы, на мой взгляд, дает только кратковременный успех и не предупреждает рецидивов, обострений и перехода простой поверхностной пептической язвы в хроническую, которая, главным образом, и дает всевозможные осложнения, подчас угрожающие жизни больного и требующие уже не терапевтического лечения, а хирургической помощи².

¹ Могу для ознакомления с деталями лечения рекомендовать прочесть: *Erkrankungen der Verdauungsorgane* из «*Handbuch der Inneren Medizin*», Bergmann u. Stähelin. Bd. III. T. I. 1926 г.; *Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten* von I. Boas. 1925. L. Bourget. *Les maladies de l'estomac et leur traitement* и *Les ulcères digestifs* par Carnot, Harvier et Mathieu. Paris 1922 г.

² См. мою работу—«Про патогенезу та терапію пептичної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки». Укр. Мед. Вісті № I—1924.

Встретивши впервые больного, у которого подозревается пептическая язва или у которого на основании ясных анамнестических и клинических данных она уже установлена, всякий врач обязан, прежде всего, составить себе ясное представление, с одной стороны—об условиях развития и характера течения заболевания, с другой—о локализации язвы, изменениях в анатомическом состоянии желудка, resp. двенадцатиперстной кишки и окружающих органов, а также о тех расстройствах в функциях желудка и кишечника, которые произошли на почве заболевания язвой и осложнений при ней. Это потому необходимо, что лечение пептической язвы должно быть строго индивидуальным, а не шаблонным, так как от этого, главным образом, зависит весь успех лечения, а, во-вторых, из-за того, что всякому врачу сразу приходится решать тот кардинальный вопрос, ведению кого—терапевта или хирурга—данный больной подлежит. Необходимость детального обследования и изучение каждого язвенного больного станет еще понятней тогда, если мы, забегая несколько вперед, скажем, что лечение язвы желудка не может ограничиться определенным небольшим периодом времени, а иногда продолжается всю жизнь больного, и что для суждения об успехе лечения и необходимости изменения в направлении лечения нам приходится пользоваться не субъективными ощущениями больного, но улучшением и исчезновением объективных симптомов язвы.

То и другое возможно разумно и рационально провести только в том случае, если язвенный больной изучен во всех отношениях и со всех сторон, и врач познакомился не только с его организмом в целом и теми изменениями, которые в нем произошли, благодаря заболеванию язвой, но также и со всеми условиями жизни больного, условиями его питания и его работы, словом со всеми теми условиями, в которых придется жить больному, выйдя из под строгой опеки пользующего его врача после проведения курса лечения язвы. Опыт учит, что недостаточно внимательное отношение к этой стороне дела способствует рецидивам язвы и переходу ее в хроническое состояние. Все это достигается строгим, систематическим и педантичным изучением анамнестических данных и детальным исследованием всего организма больного, его обмена веществ, обследованием его нервной системы, преимущественно вегетативной, и, главным образом, изучением анатомических и топографических отношений в брюшной полости с преимущественным обращением внимания на желудок и двенадцатиперстную кишку, а также на печень, поджелудочную железу и кишечник.

В этом отношении нужно быть в деталях знакомым со всей сложной симптомологией язвенной болезни и с изменениями анатомическими и функциональными, которые производит пептическая язва, преимущественно в желудке, resp. двенадцатиперстной кишке.

Особенное внимание должно быть уделено желудку и кишечнику и в этом отношении детальное изучение их анатомического состояния при помощи физической диагностики (в том числе обязательное рентгеновское исследование), изучение в мельчайших деталях функций желудка¹ как секреторной, так и моторной, а также последовательное периодическое исследование на кровь в желудочном содержимом и особенно в фекальных массах,—должно быть проводимо не только в период проведения, так называемого, *Ulcuskur*, но и периодически повторяемо в течение всей жизни больного. Только повторное систематическое исследование больного по указанному плану позволяет правильно оценивать успех лечения, во-время замечать обострение, рецидив или начинающееся осложнение язвы, предупреждать его и своевременно лечить. Руководствоваться же субъективными ощущениями больного, как болями, чувством давления, явлениями ацидизма и проч. можно только наряду с детальным обследованием по указанному плану, так как клиника пептической язвы показывает, что она может возникнуть, существовать, рецидивировать и прогрессировать подчас без всяких ощущений у больного. По необходимости от такого детального обследования приходится отказываться только в тех случаях язвы, когда тяжелое состояние (кровотечение, готовящаяся или происшедшая перфорация и пр.) не позволяет провести его во всех подробностях. Но это исследование, все же необходимо сделать в то время, когда состояние больного улучшится.

Подобного рода повторному исследованию должен подвергнуться не только больной, находящийся все время на попечении терапевта, но и больной оперированный, так как последний, наряду со всяким не оперированным больным многие годы, а иногда и всю жизнь, должен соблюдать определенный общий и пищевой режим, если он желает до известной степени гарантировать себя от возможности рецидива язвы, от возникновения язвы тощей кишки и прочих осложнений. Правда, оперированный больной во многих отношениях находится в лучшем положении, чем не оперированный, но все же у него, по современному взгляду на патогенез пептической язвы, не устраняется возможность нового заболевания язвой или же обострения и рецидива старой.

Итак, детальное изучение больного, его настоящего положения и всего его прошлого должно быть предпослано лечению. Приступая к лечению, прежде всего, как я уже сказал, нужно

¹ Здесь я должен подчеркнуть, что при физическом исследовании нужно, главным образом, пользоваться методичной пальпацией по методу Glénard-Образцова-Гаусмана, перкуссией и рентгенофотографией в различных положениях. При определении секреторной функции недостаточно пользоваться пробной едой по Ewald-Boas'y, Riegel-Leube, но необходимо изучать секрецию при помощи длительного выкачивания, пользуясь завтраком Ehrmann'a, Katsch'a и методикой Зимницкого.

решить, каковым оно должно быть: терапевтическим или хирургическим, а если терапевтическим, то каков должен быть общий пищевой режим для данного больного, какие физические процедуры наиболее ему полезны, и какие фармакологические препараты должны быть назначены? Решение этого вопроса находится в строгой зависимости от детального выяснения анатомо-морфологических изменений в желудке, resp. двенадцатиперстной кишки, от нарушений функций этих органов и состояния всего организма.

В общем надо сказать, что терапевтическому лечению должен подлежать всякий больной, страдающий пептической язвой, особенно в свежих случаях. Только в случае сильных и упорных болей, больших и при том рецидивирующих кровотечениях, признаков наступающей перфорации, свежее, только-что происшедшее уже прободения, гнойного периастрита, сужений выходных отверстий, резко-выраженного желудка в форме песочных часов и старой каллезной язвы с подозрением на ее канцеризацию—должно таких больных подвергнуть той или другой операции. Однако, предпринимая внутреннее лечение, пользующийся врач должен всегда помнить, что в случае неуспеха внутреннего лечения при систематическом его проведении со всеми предосторожностями и по всем правилам по истечении 8—10 недель дальше тянуть нельзя, и такого больного нужно передать в руки хирурга.

Теперь, прежде чем перейти к изложению принципов внутреннего лечения язвы, я позволю себе в немногих словах коснуться профилактики пептической язвы. К этому меня побуждает не только чрезмерное распространение язвы в последнее время, но также и то, что профилактические меры имеют еще важное значение при терапии в том периоде пептической язвы, когда последняя уже зажила и когда все внимание как пользующего врача, так и больного должно быть направлено на предупреждение рецидива или на возможность образования новой язвы. Но профилактика язвы могла бы быть проведена с успехом только лишь в том случае, если бы мы уже окончательно установили как ее этиологию, так и патогенез. К сожалению, мы пока еще возвращаемся в области гипотез, из которых некоторые, правда, начинают приобретать достоверность, но все же полной уверенности и ясности в этом вопросе еще нет.

По моим представлениям, сложившимся, главным образом, после изучения условий возникновения язвы и перехода ее в хроническое состояние среди нашего населения за время голода и тяжелых нервных потрясений в последние годы, пептическая язва в большинстве случаев возникает на почве врожденной или приобретенной конституциональной аномалии при расстройстве в равновесии пара- и симпатической нервной системы, на почве чего изменяется клеточный и тканевой обмен во всем организме, а также солевой и водный баланс, понижается жизнедеятельность слизистой оболочки желудка resp. двенадцатиперстной

кишки и возникают более стойкие нарушения кровообращения в слизистой оболочке.

В пользу того, что у язвенного больного действительно имеется нарушение в вегетативной нервной системе и в солевом балансе, больше всего говорят наблюдения нашей клиники и клиники проф. Bergmann'a. Изучение кровообращения у язвенных больных в нашей клинике, а также в клинике О. Müller'a путем капилляроскопии показало, что у них действительно есть особенности, очень напоминающие таковые же при, так называемом, вазоневротическом диатезе. Heimberger, Schinpek и Duschl видали в самом желудке язвенных больных нарушения кровообращения с капиллярной и венозной гиперемией вдали от места, где находились язвы. В последнее время это было подтверждено гистологическими исследованиями желудка, после резекции по поводу язвы в клиниках Sauerbrucha, Flörken'a и Anschütz'a¹.

Если при такого рода состоянии слизистой желудка, т. е. при пониженной ее сопротивляемости, происшедшей на почве хронического голодания организма, вызванного непривычным и дурным составом пищи, а также местным расстройством кровообращения, присоединится еще механический момент, в виде грубой, долго остающейся в желудке пищи и гиперсекреция, — то, естественно, легко возникает травматизация слизистой и переваривание ее кислым желудочным соком, т. е. образуются поверхностные эрозии, легко углубляющиеся и переходящие впоследствии в язву. Увеличение секреции желудочного сока вызывается, с одной стороны, задержкой NaCl в организме, с другой — возбуждением и дисгармонией секреторных нервов — блуждающего и симпатического, которые поддерживаются хроническим раздражением ganglii coeliaci, вызванным рефлекторно со всех тех органов и мест брюшной полости, как, например, appendix, желчный пузырь, colon ascendens и пр., которые связаны с ним нервными путями. Как известно, через ganglion coeliacum, а от последнего к желудку и duodenum, идут нервные волокна, регулирующие кровоснабжение желудка и сокращение мышечных его оболочек, посылающие секреторные импульсы и влияющие на биологические процессы в его тканях (секреторные, моторные, вазомоторные и трофические). При склонности, благодаря общей нервной стигматизации такого рода больных, к спазму, последний в области желудка, resp. двенадцатиперстной кишки, поддерживается импульсами из раздраженного ganglion coeliacum. Этот спазм местами начинается с muscularis mucosa, а также в сосудах ее и при наличии суперсекреции желудка на этой почве происходит переваривание слизистой, следовательно, образование язвы. Быстрое

¹ См. О. Müller'a на 89 Съезде естествоиспытателей и врачей в Дюссельдорфе. Приложение к Klinische Wochenschrift 26—XI—1926.

заживление здесь уже невозможно, так как спазм и расстройство кровообращения, благодаря постоянным рефлекторным раздражениям, идущим из ganglion coeliacum, продолжается, и к тому же нередко присоединяется вторичная инфекция язвы. Таким образом, пептическая язва переходит в хроническое состояние.

Такого рода взгляд на патогенез пептической язвы, являющийся дальнейшим развитием взглядов, главным образом, Bergmann'a, Westphal'я и Rössle, сложившийся у меня на основании детального изучения условий возникновения язвы, а также изучения особенностей организма язвенных больных, должен служить руководящей основой к рациональному терапевтическому лечению язвы и ее профилактике.

Мне думается, что улучшение социальных условий жизни населения вообще, растительно-молочное питание с запрещением употреблять в пищу большое количество мяса, грубые, соленые и пикантные вещества и алкоголь, а также своевременное и рациональное лечение аппендицита, холецистита, болезней женской половой сферы, гигиенический образ жизни, лечение физическими методами для лиц, страдающих вегетативным неврозом имеет громадное профилактическое значение и может у них предупреждать развитие язвы. Те же меры должны быть строго проводимы в период относительного затишья для того, чтобы охранить этих больных от рецидива язвы, зажившей после лечения.

По каким же принципам нужно проводить лечение и каково по сути оно должно быть при установленной уже язве?

Задача внутреннего лечения состоит в том, чтобы путем назначения соответствующей диеты и некоторых фармацевтических средств сначала добиться в наиболее короткий срок стойкого заживления язвы и эпителизации язвенной поверхности, а затем предупредить рецидивы. При этом шаблона и общего режима решительно для всех больных по существу дела не должно быть, и выбор как диеты, так и медикаментов, по понятным причинам, должен быть проведен по строго индивидуальным показаниям.

В самом деле, совершенно другой в деталях должна быть диета больного, страдающего язвой желудка, сопровождающейся гиперсекрецией и задержкой эвакуации пищи, как это обычно бывает при локализации язвы в пилорическом канале или двенадцатиперстной кишке, чем при язве дна желудка, где нередко ни задержки эвакуации, ни гиперсекреции нет. Совершенно иной должна быть диета и медикаментозное лечение для больного, только-что перенесшего огромное кровотечение и еще кровоточащего, чем для больного, не дающего кровотечения, но страдающего жестокими болями, вызванными задними (перигастритическими) спайками или угрожаемого получить перфорацию. Вот почему все те, так называемые Ulcuskur'y (Lembе, Lenhartz, Senator, Bickel, Яроцкий, Sirpy

Bergmann, Bourge, Mac Collum и пр.), являются только простыми схемами, от которых в каждом отдельном случае приходится постоянно отступать. Этим нужно объяснить, почему лечение язвы, руководимое опытным врачом, сопровождается результатом, а тот же самый Ulcuskur в руках неопытного терапевта успеха не дает.

Спор о том, какой Ulcuskur, из предложенных до сих пор, лучше—пустое занятие: в руках опытного клинициста каждый Ulcuskur дает хорошие результаты, так как он знает, когда и в каком отношении нужно сделать от него отступление и что нужно к нему добавить для того, чтобы создать наиболее благоприятные условия для заживления язвы у пользующегося больно́го. Успех терапевтического лечения базируется на строгой индивидуализации каждого отдельного случая, основанной на изучении больно́го, анатомических изменений и функциональных нарушений в желудке, а еще в большей мере на *ранней диагностике язвы*. Чем язва более поверхностна, чем потеря вещества слизистой меньшая, тем скорее она заживает, а при соблюдении определенной диеты после лечения редко дает рецидивы. И в этом отношении надо сказать, что *лучше провести в интересах больно́го строгий курс лечения только по подозрению на язву*, т. е. в период отсутствия кардинальных, безусловных язвенных симптомов, чем дать язве углубиться и перейти в калёзное состояние. Хотя, к слову сказать, как показывает опыт и систематическое рентгеновское исследование, даже калёзные язвы и язва с нишей могут стойко рубцеваться. Вот почему надо взять себе за правило, что больных вегетативно-стигматизированных, иногда происходящих из язвенных семей, у которых введение пищи, острая пища, нервное возбуждение, умственная работа вызывают боли и спазмы желудка и явления ацидизма, у которых констатируется также гиперсекреция, иногда постоянная гастродуоденит (болезнь Reichmann'a), но у которых нет еще скрытых кровотечений, нет еще типической рентгеновской картины, нужно трактовать как язвенных больных и подвергать систематическому лечению.

Назначение диеты и медикаментов при проведении курса лечения язвы должно преследовать две цели: во-первых, создать по возможности полный покой больно́му и его желудку, уменьшив спазмы и перистальтику и облегчив эвакуацию пищи и, во-вторых—возможно больше уменьшить секрецию: то и другое должно быть достигнуто в наиболее короткий срок и без особенного истощения больно́го, так как, несомненно подрыв питания больно́го понижает способность слизистой оболочки к развитию стойкого рубца.

При назначении диеты и создании обстановки для больно́го нужно базироваться на данных физиологии пищеварения, которыми клиники обогатились, благодаря исследованиям школы проф. И. П. Павлова. С этой точки зрения требования

А. И. Яроцкого относительно выделения больных в период лечения язвы в отдельные палаты, запрещение им говорить о еде, назначение отдельно ухаживающего за ними персонала, все это с целью устранения психического выделения сока,—заслуживает полного внимания,—но вряд ли оно практически где-либо осуществимо. Однако, базируясь при выборе пищи на достижениях физиологии, не нужно забывать и клинического опыта и результатов наблюдений, сделанных чисто эмпирически на сотнях тысяч больных многими выдающимися клиницистами. Тем более, что не всегда «физиологическое лечение» удастся провести: приходится считаться и со вкусами больного и с его ощущениями, его привычками и психикой. И со стороны врача было бы очень грубой ошибкой настаивать до конца на строгом проведении принятого курса, видя, что больной чувствует отвращение к предлагаемой пище, упорно от нее отказывается, недостаточно питается и истощается.

Здравый смысл и интересы больного требуют от искусного врача умения выйти из положения путем изменения диеты, и для этого, зная индивидуальные отклонения в функциях больного желудка и пользуясь результатами наблюдений в физиологической лаборатории и клинике, нужно бывает изменить диету уже в период проведения лечения. Такого же изменения в принятом плане лечения требует всякое небольшое осложнение со стороны язвы, стойкость и упорство некоторых язвенных симптомов (скрытое кровотечение, боли, появление повышения температуры и пр.). Словом, в терапии никакого шаблона не должно быть, и все лечение должно быть проведено под постоянным контролем язвы, из которых *кровотечения* занимают первое место.

Во время всего курса лечения нужно не менее одного раза в неделю производить исследования фекальных масс на присутствие крови. От присутствия или отсутствия в фекальных массах крови зависит расширение или сужение диеты и прекращение строгого курса,—в общем, если у больного на протяжении двух недель в фекальных массах ни разу не было обнаружено крови, тогда только можно с большей или меньшей вероятностью считать курс лечения законченным. Но даже в периоды затишья, время от времени подобного рода исследования должны повторяться так же, как и исследование секрета и рентгеновское исследование, так как надо всегда помнить, что пептическая язва имеет сама по себе склонность к цикличности течения и к рецидивам, и во время обнаруженное присутствие крови в фекальных массах при проведении снова курса лечения нередко предупреждает профузные кровотечения, а иногда и перфорацию.

Несколько слов относительно того, возможно ли лечить язву на ходу. Не отрицая того, что при поверхностных язвах можно и на ходу достичь заживления, думаю, что все дело излечения пойдет быстрее и результаты будут гораздо прочнее, если лечение

проводить при постельном, по крайней мере в течение первых двух-трех недель, содержания и при устранении больного от работы, забот и волнений. При этих условиях и диететическое лечение проводить легче, и нервная система, играющая такую выдающуюся роль в клинике язвы, скорее приходит в равновесие. Вот почему, как показывает опыт, лечение язвенных больных успешнее всего проводится в хорошо устроенных уютных санаториях, к тому же снабженных методами физического лечения.

Теперь, не вдаваясь в излишние подробности, я хочу коснуться того, какая пища и в каком виде является наиболее подходящей при лечении язвы.

Начну с *молочной диеты*, которая со времен Cruveilhier считалась наиболее подходящей для язвенного больного и входила, как главная основная часть во всех Ulcuskur'ax. В последнее время против нее восстают А. И. Яроцкий, Bergmann и Katsch и другие. Противники молочного режима указывают на то, что он вызывает раздражение желудка, длительную секрецию, а пища долго остается в желудке и нередко вызывает вздутие кишок. И с этим, при некоторых случаях язвы, нельзя не согласиться,—это касается, главным образом, случаев язвы, идущих со спазмом привратника и с высокой гиперсекрецией. Для таких больных, особенно если они пьют залпом большое количество молока и из него образуется большой плотный сверток, затем долго остающийся в желудке, молоко в чистом виде является пищей, действительно мало подходящей, особенно если оно вызывает поносы или вздутие кишок, что встречается при сопутствующем колите. Но больным, и не страдающим спазмом привратника и суперсекрецией, да еще со здоровым кишечником, как показывает клиника, молоко переносится хорошо, особенно при рациональном его назначении, маленькими порциями, с прибавлением сливок, в виде рисовых протертых кашек, с небольшим прибавлением не крепкого чая; при этих условиях большой сверток не образуется и молочная пища быстро оставляет желудок. При спазме привратника нужно устранить последний, нужно понизить гиперсекрецию и тогда преподнесенная в рациональном виде молочная пища также хорошо переносится. Здесь назначение жира в виде масла до еды, назначение перед едой щелочи, вскрывание атропина, а также назначение щелочи с белладонной через 2¹/₂—3 часа после еды в тот период, когда начинается вторичный подъем секреторной кривой, в силу кишечно-химической фазы, вызванной, главным образом, образовавшимися из жиров молока мылами, уменьшает гиперсекрецию и способствует более быстрой эвакуации желудка. Поэтому требование А. И. Яроцкого исключить совершенно молоко из диеты язвенных больных¹,

¹ Смотри его статью: «Eine Diät nach der Gastroenterostomie um Ulcusrezidive vorzubeugen». Zentralblatt für Chirurgie. 1925. № 24.

для всех случаев язвы нужно признать слишком суровым, и молоко при тех и других предосторожностях и комбинациях недаром выдержало испытание на протяжении многих десятков лет.

Такой же заслуженной славой пользуются жиры. Они, будучи высоко ценными по своей калорийности, имеют громадное значение, как средство, уменьшающее секрецию, и облегчающее эвакуацию желудка и назначение жидкого масла (прованского, миндального, по *Sohnheim*'у за полчаса до еды, или большие количества свежего коровьего масла, по *Яроцкому*), имеет, как физиологическое, так и клиническое основание; хотя я должен сказать, некоторыми больными с резкой гиперсекрецией оно переносится иногда скверно, повышая секрецию и вызывая усиленные изжоги.

Чрезвычайно подходящей пищей являются жидкие, почти сырые яйца, которые охотно принимаются больными и в большинстве случаев относительно хорошо переносятся даже в большом количестве (6—8 яиц в день).

Но наиболее подходящей пищей для язвенных больных является углеводная пища, в виде всяких слизистых кашек из всевозможных круп, сваренных или на воде или на слабом несоленом курином бульоне с прибавлением масла, а также на молоке со сливками. Хорошим добавлением к ним будет сахар и даже не кислые фруктовые сиропы. Как показали наблюдения из клиники *Bergman*'а, углеводы вызывают очень небольшие выделения сока, быстро оставляют желудок и, будучи достаточно питательны, вместе с жирами являются лучшей пищей для язвенного больного. Полезным добавлением к кашкам является пюре из хорошо протертых овощей, а также сухая булка, которые в большинстве случаев переносятся вполне удовлетворительно.

Что касается мясных продуктов, то будучи даже измельчены и протерты, они в силу своего сокогонного действия являются малоподходящими и, если приходится в рацион язвенного больного их все-таки вводить, то, главным образом, из-за их вкусовых свойств и для поддержания у больного аппетита, а по существу их бы следовало исключить из диеты язвенных больных. То же, но еще в большей мере, относится к мясным супам, супам из овощей и ухе, которые, как кофе, крепкий чай и алкоголь, а также как пикантные вещества, в силу своего сильного сокогонного влияния, во всех случаях язвы и особенно при гастросукоррее должны быть совершенно вычеркнуты из употребления.

Таким же обязательным условием является малосольная диета. Как выше было указано, у язвенного больного нарушен обмен NaCl и понижено выделение NaCl из организма. Базируясь на наблюдениях *Voita*, Павлова, *Enriquez*, *Ambard*'а, и других, что обеднение организма NaCl уменьшает секрецию желудочного сока, а также на том, что организм язвенного больного склонен к задержке NaCl , надо признать, что малосольная диета имеет полное рациональное обоснование. Наблюдения клиники

проф. В. П. Образцова и нашей клиники показали, что язвенному больному надо давать столько граммов NaCl за сутки, сколько он свободно выводит мочей, после предварительного периода почти бессолевой диеты, предпринятой для освобождения организма от NaCl. При подобном проведении малосолевого режима гиперсекреция падает часто сама собой.

Таковы главные принципы назначения диеты язвенным больным. В общем, режим для всякого рода язвенных больных должен быть разбит на три группы: 1) диета при чрезвычайно строгом *Ulcuskur*, 2) диета при менее строгом *Ulcuskur*, и 3) диета при легком *Ulcuskur*.

Строгий *Ulcuskur* показан непосредственно после больших кровотечений, при больших болях и перфорации или же в самых свежих случаях язвы, у крепких, хорошо упитанных больных, когда строгим режимом мы стремимся достичь быстрого излечения язвы. Он состоит в полном воздержании в периоде 2—3—4 дней от введения всякой пищи и, по возможности, питья и введении лучше всего в вену или под кожу раствора глюкозы и, затем, постепенном очень осторожном добавлении тех пищевых продуктов, которые по указанным основаниям легче всего переносятся язвенными больными (слизистые сваренные на воде без соли каши с добавлением масла), с тем, чтобы к концу второй и началу третьей недели дойти до сливок, черствой булки, размоченной в молоке, шоре и проч. и до калорийности пищи в 2000—2400 калорий. Применение питательных клизм в первые дни нужно признать нерациональным, так как они, по-видимому, вызывают секрецию желудочного сока.

Менее строгий курс назначается больным с небольшими субъективными жалобами и с небольшой кровоточивостью. Он состоит из назначения сливок, масла, молока, яиц, всяких слизистых супов на воде и на молоке, картофельного шоре, сухой белой булки в небольшом количестве, протертого белого мяса, курицы, голубя, свежей вареной рыбы. Пища вводится небольшими порциями и в первое время не превышает 1500 калорий, а затем постепенно увеличивается до 3000 калорий, на протяжении трех недель.

Наконец, легкий курс проводят больные, у которых не было кровотечений, по крайней мере 5—6 недель, нет субъективных жалоб, а по социальным и экономическим условиям нет возможности, не теряя своей временной нетрудоспособности, подвергнуться более строгому режиму. Подобного рода режим в сущности должны соблюдать без больших отступлений все больные, перенесшие когда-либо пептическую язву. Он состоит в том, что больной должен избегать вводить пищу сразу в больших количествах, должен избегать грубой пищи и той, которая требует и вызывает большое выделение желудочного сока и долго остается в желудке. Таким больным нужно запретить грубые сорта хлеба, жареное неизмельченное мясо, жирную

жареную птицу, сырые фрукты, всякие компоты, мармелад и кислые фруктовые соки, салат, белую капусту, шпинат, мясные бульоны, всякие пряности, пикантности, маринады и соления. На этих же основаниях им запрещается алкоголь и курение. При этом каждый раз, если у них появляется какие-либо жалобы, и в особенности, когда у них при исследовании фекальных масс обнаружится кровь, они должны садиться на более строгий пищевой режим.

Большим подспорьем при лечении язвы желудка диетой (что составляет главную сторону лечения) является назначение некоторых медикаментов и физических процедур, без которых во многих случаях просто невозможно обойтись, а в других приходится прибегать к ним довольно редко. Не имея целью входить здесь в рассмотрение всех средств, которыми приходится пользоваться при лечении язвенных больных, коснусь только некоторых, именно:—щелочей, висмута, белладонны, наркотических средств, протейнотерапии и лечения припарками.

Щелочи должны быть назначаемы с целью понижения высокой кислотности желудочного содержимого, уменьшения секреции и устранения мучительного состояния изжоги и болей. В этом отношении щелочь должна быть назначаемая, главным образом, на пустой желудок и в периоды максимального подъема секреторной кривой, т. е. в большинстве случаев через $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ часа после приема пищи. При этом в количестве не особенно большом (около 1,0—1,5 на прием соды), так как большие дозы щелочей согласно наблюдениям лаборатории Павлова и клиники Bergmann'a при возбудимом желудке могут дать сами по себе повод к гиперсекреции. Чрезмерное назначение щелочи (напр., при *Ulcus Kurruppi*, когда за сутки вводится 32,0 *Natri bicarbonici*, 7,5 *Magnesiae ustae* и 8,0 *Calcariae carbonicae*) с целью полной нейтрализации, является излишним и даже вредным (алкалоз). Наилучшим из препаратов являются препараты магнезии в соединении с содой. Заслуживает внимания, по моим наблюдениям, предложение Glaesner'a назначать на пустой желудок едкую щелочь (*Natri caustici* 0,2—0,4% по 2-3 ложки за полчаса до еды в четверти стакана воды). Действует она не только как обыкновенная щелочь, но прижигая поверхность язвы и вызывая отделение большого количества слизи, способствует, повидимому, заживлению язвенной поверхности.

В силу содержания в них щелочных солей бывает полезно питье теплых щелочных или щелочно-глауберовых минеральных вод, а также периодическая посылка больных на воды, где больной не только лечит свой желудок, соблюдая диету и употребляя минеральные воды, но, пользуясь всеми благами курорта, покоем, хорошим воздухом, бальнеотерапией и отдыхом восстанавливает свое здоровье и, главное, приводит более или менее в равновесие свою нервную систему, которая, как мы видели, как в патогенезе так и в клинических проявлениях пептической язвы играет громадную роль.

Назначение висмута со времен Odier, Kussmaul'a и особенно Fleinerg'a в терапии язвы играет немаловажную роль. Покрывая язвенную поверхность непроницаемым слоем, усиливая отделение слизи и понижая отделение желудочного сока, висмут, повидимому, благоприятно влияет на течение язвы и назначение его утром натошак вместе со щелочью и белладонной заслуживает внимания (5,0 Bismuthi carbonici, +1,0 Natri bicarbonici + 0,015 E-ti belladonnae—разболтать в полустакане Боржома и выпить натошак).

Что касается атропина, то нужно сказать, что обойтись без него или в виде систематических ежедневных впрыскиваний (0,001—0,002) или же назначая белладону (0,015—0,02 три-четыре раза в день) в большинстве случаев просто невозможно. Атропин, угнетая влияние парасимпатического нерва на желудок и кишечник, понижает секрецию желудочного сока, угнетает повышенный тонус мускулатуры желудка, уменьшает местные спазмы в области тела желудка и пилорической части и регулирует повышенную нередко перистальтику. Отсюда понятно его благоприятное влияние на течение язвы и успокаивающее действие на боли, вызванные или спазмом или чрезмерной перистальтикой желудка. Вот почему заслуживает внимания предложение Табог'a атропинизировать больных во время курса язвенного лечения. Однако же, на основании своих наблюдений и по литературным данным (Ключарев, Клес) я должен заметить, что атропин несколько не устраняет спазма привратника и боли, вызванные им, в некоторых случаях даже усиливаются. Столь же мало и даже вредно влияет, повидимому, вследствие угнетающего влияния на симпатическую систему, морфий, пантопон; и, если к ним приходится прибегать все же с целью устранения болей, то в смеси с атропином.

Чрезвычайно полезным средством для устранения болей является папаверин, которой парализует гладкую мускулатуру, легко устраняет спазм и даже спазм привратника. Вот почему, на основании опыта, я чрезвычайно охотно прибегаю одновременно с атропином к папаверину (Magnesiae perhydrolice 0,3 + Natri bicarbonici 0,4 + E-ti belladonnae 0,015 + Papaverini hydrochlorici 0,02 два-три раза перед едой, за 15 минут).

Что касается парентерального введения белка (вакциневрин, новопротин, казеозан, jatrein-kasein и пр.), так называемой *протеинотерапии*, то после шумного успеха (Bier, Pribram, Holler, Schmidt, Первушин, Шефтель и др.) как-будто в последнее время по отношению к ней стали более сдержанными. Большого личного опыта я не имею, но думаю, что та же цель достигается путем систематического применения горячих припарок, так как они вызывают при небольшом ожоге свертывания белков кожи, которые всасываются впоследствии в кровь; применение припарок отвечает принципу протеинотерапии. Но, с другой стороны, еще большее внимание должно быть уделено

припаркам, как средству, устраняющему спазмы желудка, успокаивающему боли, вызывающему гиперемию в желудке и окружающих органах, и, следовательно, способствующему рассасыванию отложений при перигастрите. Вот почему применение припарок, по предложению Leube, при некровоточащих язвах, выдержало все нападки и является существенным физическим методом лечения язвы.

Таковы принципы и направление внутреннего лечения пептической язвы. При умелом применении его, индивидуализируя каждый раз в зависимости от характера, локализации язвы, клинических ее проявлений и особенностей, можно достичь полного излечения приблизительно в *трех четвертях* случаев. Одно можно сказать, что, чем раньше лечение применяется, следовательно, чем раньше язва диагностирована, тем успех лечения больший, а залог не получить рецидивов почти полный. Ранняя диагностика пептической язвы, можно сказать, оберегает жизнь больного и в большинстве случаев избавляет его от полунвалидного существования. Однако, и врач и больной должны всегда помнить, что пептическая язва желудка не исключительно местная болезнь, а поэтому при лечении нужно обращать внимание не только на пораженный орган, но и на весь организм и особенно на состояние нервной системы,—вот почему, проделав определенный режим, вылечившийся больной должен соблюдать его всегда как и постоянно должен быть под наблюдением опытного терапевта. Это относится не только к лицам, подвергшимся терапевтическому лечению, но и к лицам, перенесшим операцию. Однако, терапевт, проводя лечение язвенного больного, должен всегда помнить о том, что там, где он не всегда может помочь, иногда может лучше его это сделать всегдашний друг и помощник терапевта—хирург. Словом, пептическая язва принадлежит к тем заболеваниям, где в интересах здоровья больного терапевт и хирург должны действовать согласно, не забывая для блага больного о существовании друг друга.

Проф. А. П. КРЫМОВ

ХИРУРГИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

В 1856 году Cruveilhier впервые представил в Академию Естественных Наук, два доклада о «простой — хронической обыкновенной — язве желудка», где он устанавливает анатомические и клинические признаки ее. Доклады эти были написаны на основании тридцатилетней его работы. Таким образом, в настоящее время исполнилось семидесятилетие доклада Cruveilhier и столетие изучения вопроса о язве желудка. Интересно отметить, что язва двенадцатиперстной кишки ускользнула от внимания великого анатома, и была впервые точно описана только в 1861 г. Klinger'ом из Вюрцбурга.

Язва желудка переживает уже третий период своего изучения, она до некоторой степени пережила терапевтический период, хирургический период и теперь переживает рентгенологический, который начался всего только 12 лет назад. Хирургический период также сравнительно не стар, он насчитывает лишь 25—30 лет своего интенсивного развития. Мы можем сказать, что вопрос этот вырос и растет на наших глазах. Хирурги, которые уже вписали свои имена в историю изучения язвы желудка, наши современники — таковы: Bier, Eiselsberg, Finsterer, Haberer, Payr и др. — в Австрии и Германии; Delbet, Duval, Hartmann, Mathien, Terrier и др. — во Франции; Moynihan — в Англии; бр. Mayo — в Америке; Брайцев, Богораз, Вознесенский, Греков, Сажежко, Федоров и др. — у нас в Союзе.

Вопрос о язве желудка уже дважды был программным вопросом на наших съездах, и рассматривался на соединенных заседаниях с терапевтами: первый раз это было на IX съезде Российских хирургов в 1910 г., а второй раз на XV съезде в 1923 г. Но, несмотря на то, что блестящие имена медицинского мира занимались и занимаются изучением вопроса о язве желудка, тем не менее и до сего времени, как отмечено уже и предыдущими авторами, ни одна теория не объясняет нам возникновения язвы желудка.

Патогенез язвы желудка, по выражению покойного Рейна, как клад не дается нам в руки. А раз мы не знаем патогенеза,

то вполне понятно, что мы не знаем и правильного метода лечения язвы желудка.

Интересно отметить, что в вопросе о лечении язвы желудка хирурги с терапевтами находятся в довольно большом согласии: терапевты, часто сознавая свое бессилие в деле лечения язвенных больных, начали охотно передавать их хирургам. Я, однако, должен сказать, что хирурги перед терапевтами в долгу не остались: несколько лет назад как на заграничных с'ездах, так и на нашем XV Всесоюзном мы с терапевтами пришли к совместному заключению, что вопрос этот ни терапевтам одним, ни хирургам не по плечу, и только тесная дружеская работа может дать нужные результаты. Изучая общими усилиями патогенез язвы желудка, мы, в конце концов, найдем и правильный метод ее лечения.

Должен остановить еще внимание на диагностике язвы желудка с хирургической точки зрения. Я познакомился с работами Моупиан и клиники бр. Мауо—хирургов, авторитетных в этом вопросе и обладающих самым большим материалом. Они категорически заявляют, что безошибочный диагноз язвы желудка ставится хирургом при лапаротомии, когда он видит глазом и ощущает пальцами язву, или рентгенологом после целого ряда просвечиваний и снимков больного. Но у последних вопрос этот приобретает особенное значение для практических целей, так как в центрах приходится проводить режим экономии на рентген-пластинках, а периферия в массе своей этих пластинок и не видит и не знает. Вот почему хирурги, получая нередко от терапевтов больных с диагнозом язвы желудка, при лапаротомии этой язвы не находят. Одни, и я в том числе, не найдя никаких заболеваний, требующих хирургической помощи при самом тщательном осмотре брюшной полости, просто зашивают лапаротомную рану, а другие, скажу, более ретивые, делают все таки гастроэнтеростомию. Вот откуда, позволительно думать, излишек напрасно сделанных соустьев между желудком и кишкой и вот каким образом выявляется одна из причин, почему гастроэнтеростомия сделалась, действительно, новой болезнью.

Так как значительное количество наших врачей не в состоянии пользоваться рентгеновскими исследованиями, то для них следующие слова Моупиан'a имеют немаловажное значение. Моупиан пишет: «когда терапевт говорит—этот больной не имеет язвы желудка и бесполезно его оперировать, то нельзя придавать большого значения этим словам, так как мы не знаем, существует язва или нет, но не надо забывать также, что в случае воздержания от операции больной может подвергнуться разного рода осложнениям язвы желудка, если таковая у него есть». Интересно отметить, что сам Моупиан приводит статистику из отделения своего коллеги профессора-терапевта M. J. Stewart'a, где за время с 1910 по 1921 г. умерло от кровотечения и перфорации язвы желудка 75 человек, при чем 61 больных

умерли от перфорации, при этом только в одном случае язва была в остром периоде, и 14 больных умерли от кровотечения, где также только в одном случае язва была в остром периоде. Таким образом, оказывается, что и высоко культурная Англия не без упрека. «Когда терапевт говорит (продолжает Moupinhan)—этот больной имеет язву желудка, и я его вылечу терапевтическими мерами, то это утверждение не имеет почти никакой гарантии и ценности, так как, во-первых, возможно, что больной не имеет никакой язвы, а, во-вторых, если язва и есть, то выздоровление может быть только кажущимся, так как течение язвы желудка подвержено ремиссиям, т. е. чередованиям покоя, полного прекращения всяких болезненных явлений и снова приступов и ожесточений. И вот этот временный покой терапевт нередко и принимает за излечение язвы». Указано уже, и я это подчеркиваю, что отметка «излечение» без проверки рентгеном не имеет никакой ценности, и это следует твердо помнить.

Означает ли все это, что терапевт не в состоянии вылечить язвы желудка? Нет. Мы признаем, что хроническая язва желудка, которая нас, главным образом, и интересует, может быть излечена терапевтическими мерами только в течение очень долгого времени, благодаря настойчивому и упорному проведению определенного режима.

Думали, что язва желудка есть приятная привилегия жителей городов, теперь обширные статистики наших бывших земских хирургов показали, что 80% язвенных больных у них принадлежат крестьянскому населению. Над этим стоит задуматься. А задумавшись, придешь к заключению, что, к сожалению, прав Успенский, когда говорит: «крестьянская язва, язва глухих медвежьих углов гибнет без помощи и диагноза даже и в том случае, если попадает в руки участковых врачей». И вот теперь, представьте себе—наше крестьянство и продолжительный пищевой режим! Что может сделать здесь терапевт, несмотря на все свои благие желания? Да и хирург также в этих условиях особенно довольным быть не может, так как послеоперационный период в большинстве случаев требует тоже на продолжительное время пищевого режима.

По течению болезненного процесса язвы желудка разделяются на острые и хронические. Острые язвы бывают или в виде простых эрозий слизистой оболочки или, напротив, в виде глубоких изъязвлений. Если острые язвы, как отметили еще старые авторы, являются в течение или в конце инфекционных процессов, то они обычно быстро проходят. Острые язвы в громадном большинстве случаев множественны, тогда как хроническая язва, напротив, в громадном большинстве случаев единична.

Как с хирургической точки зрения, так и со стороны клиники большое значение имеет расположение язвы желудка.

Welch на 793 случая язвы желудка нашел в 288 случаях язву на малой кривизне желудка (36%), в 235 случаях—на задней стенке препилорической части (29,6%), в 95 случаях—на привратнике (11,9%), в 69 случаях—на передней поверхности (8,6%), в 50 случаях—у входа в желудок (6%), в 27 случаях—на большой кривизне (3,4%) и в 25 случаях—на дне желудка (3,1%).

Kossinsky, отметив, что у мужчин чаще всего поражается язвой пилорическая часть желудка, а у женщин малая кривизна, дает такие числа: pars pylorica—27,1%, малая кривизна—21,2%, задняя стенка—18,6%, 12-перстная кишка—11,1%, большая кривизна—7,8%, cardia—6,3%.

Таким образом, язва всего охотнее локализуется в привратниковой части желудка и на малой его кривизне. В этом смысле дорожка Waldeyer'a приобретает некоторое значение, и рентгеноскопические наблюдения многих авторов и мои в том числе говорят за несомненную ценность этого указания, принимая во внимание только более или менее нормальную величину желудка.

С патолого-анатомической стороны хроническая язва желудка разделяется на простую и каллезную. Я опишу то, что мы обычно находим при чревосечении язвенных больных. При простой язве со стороны серозной желудка соответственно расположению язвы на слизистой мы находим обычно следы хронического воспаления: серозная оболочка желудка потеряла в этом месте свой блеск, и в одних случаях она красноватого цвета с точечными кровоизлияниями, а в других случаях сероватого цвета, отечна и утолщена. Нередко место изъязвления слизистой отмечается на серозной присутствием как-бы звездчатого рубца в виде гладкой, блестящей, бледной поверхности. Нередко в толще малого сальника при язве на малой кривизне желудка, и в толще большого сальника при язвах пилорической части, дна и большой кривизны желудка находят увеличенные лимфатические железы. В отличие от карциноматозных, они большой величины, мягки и подвижны. Желудок, при отсутствии затруднения выхода, т.е. если язва помещается вне пилорической части, обычно сохраняет свою нормальную форму. При нахождении язвы на малой кривизне желудка малый сальник нередко имеет отечный вид, и наблюдается присутствие спаек между ним и желудком, в особенности в том месте, которое соответствует изъязвлению. При разрушении этих спаек на серозной поверхности желудка остаются точечные кровоизлияния. При ощупывании язвы желудка пальцами обычно находят утолщение в этом месте стенки желудка, если же инвагинировать стенку желудка посредине язвы, то получается впечатление вдавления. Если язва находится в периоде своего роста, то нередко при пальпации желудка в этом месте получается в окружности сокращение желудочной стенки, иногда наблюдали даже образование песочных часов. Если подобное сокращение желудочной стенки не получается, то это вовсе не говорит за то,

что язва зажила, так как все зависит от того, в каком состоянии находится нервная система желудка. Что же касается утолщения стенки желудка вокруг язвы, то это вызывается воспалительной инфильтрацией, которая может распространяться по желудочной стенке на большую или меньшую длину.

Каллезная язва всегда характеризуется опухолью более или менее плотной на ощупь, спаянной в большей или меньшей степени с окружающими органами. Инфильтрация желудочной стенки в одних случаях наблюдается только вокруг опухоли, а в других она продолжается иногда почти на весь орган, так что весь желудок представляется уплотненным. Плотную, резко ограниченную, большую, воспалительного характера опухоль чрезвычайно трудно отличить от новообразования, и только микроскоп может поставить правильную диагностику. Со стороны серозной оболочки желудка опухоль представляет разнообразную картину: серозная бывает то гладкая, то бугристая, то темноватого цвета с красными точками, то белая и отечная. Сращения с окружающими органами (печень, поджелудочная железа, поперечно-ободочная кишка, селезенка и задняя стенка брюшной полости) могут быть настолько плотными, что делают опухоль неподвижной. Состояние лимфатических желез, когда они налицо, также как и при простой язве, обычно дает возможность дифференцировать воспалительную опухоль от новообразования, когда железы малы, тверды и неподвижны. При язвах желудка, согласно исследованиям Сипёо, может наблюдаться аденопатия тройного рода, соответственно: 1) желудочным сосудам, 2) селезеночным сосудам и 3) сосудам печени. На деталях останавливаться мы не имеем возможности.

С клинической точки зрения язва желудка наблюдается в двух видах: 1) в форме осложненной язвы и 2) неосложненной. Вся грозность язвы желудка в осложнениях, и не даром терапевты без всякого спора давным давно передали хирургам осложненную язву. К осложнениям относятся: *кровотечение, перфорация, желудочные свищи, всевозможного рода рубцовые стяжения желудка и превращение язвы в рак*. К сожалению, точных цифр этих осложнений мы до сих пор еще не имеем. Можно сказать только, что, к счастью, угрожающее кровотечение и желудочные свищи, редкое осложнение, но перфорация язвы имеет место по последним данным разных авторов в границах от 3—10%. Что же касается превращения язвы в рак, то существуют самые разнообразные мнения, и процент здесь колеблется по разным авторам еще больше, а именно от 3 до 60. Лично я примыкаю к тем, которые держатся того мнения, что канкروزная язва появляется, где бы то ни было вообще и в желудке в частности, всегда как таковая, но что она иногда может иметь атипическое медленное течение, т. е. мы имеем своего рода *ulcus rodens*. Так или иначе, но во всяком случае такая язва является осложненной.

В кратких словах остановимся на этих осложнениях. Желудочное кровотечение бывает в виде двух форм: 1) обильное, угрожающее жизни кровотечение, которое очень быстро может вызвать у больного грозные явления малокровия, и 2) небольшие, повторные кровотечения, которые, однако, также, в конце концов, приводят к прогрессирующему малокровию. Если мы имеем случай обильного желудочного кровотечения, то нельзя забывать, что прогностика вообще, и при хирургическом вмешательстве в частности, очень тяжелая, так как организм больного быстро теряет сопротивляемость и оперативную выносливость. Помимо этого нельзя забывать также, что при обильном желудочном кровотечении можно при операции не найти источника кровотечения, даже больше того—его нередко, как однажды и мне это пришлось увидеть, не находили даже при аутопсии. В таких случаях хирурги находили обыкновенно резко гиперемизированную слизистую желудка, кровоточащую при малейшем прикосновении, «плачущую кровью», по выражению Moynihan'a, но без следов изъязвлений. Иногда находили трещины. Несмотря на все это, нельзя также забывать, что операция все-таки является подчас единственным выходом из этого тяжелого положения. Правильным методом поведения врача в таких случаях надо признать следующий: если покой, полное воздержание от принятия пищи и питья через рот, интравенозное вырыскивание хлористого кальция и переливание крови не останавливает кровотечения, то приходится оперировать, несмотря на состояние больного. Многие авторы особенно хвалят для остановки кровотечения переливание крови и отмечают иногда поразительные успехи.

Если кровотечение под влиянием этих мероприятий остановилось, то следует дать возможность больному окрепнуть, чтобы оперировать его в так сказать «сухом периоде». Если же кровотечение, несмотря на все принятые меры, продолжается и приступают к операции и находят источник кровотечения в виде язвы с изъеденным сосудом, то методом выбора следует признать или способ Balfour'a или резекцию желудка, так как перевязка сосудов оказывается, к сожалению, недействительной. Хирурги, много оперировавшие такого рода больных, отмечают, к счастью, что раньше слишком преувеличивали опасность операции. Gazin сравнительно недавно опубликовал статистику хирургического вмешательства при остром кровотечении из желудка, где на 26 случаев он получил 23 выздоровления, при чем операция производилась под местной анестезией и заключалась во вскрытии желудка с вырезыванием язвы, наложении лигатур en masse на слизистую, выжиганием язвы, по Balfour'у. Вообще надо сказать, что результаты лечения острых желудочных кровотечений за последние годы значительно улучшились, что видно из диссертации Gur'a, который отметил, что операции, сделанные в период 1890—1900 г.г. дали 41,7% смертности, в период 1900—1910 г. 27,6%, а в период 1910—1920 г.

только 11,70%. Можно надеяться, что цифра эта еще уменьшится.

Насколько положение хирурга в смысле выбора оперативного метода более или менее определено в случае нахождения источника кровотечения, настолько оно становится неопределенным, если источник кровотечения не найден. Правда, известны случаи, когда хирург, не найдя после осмотра желудка источника кровотечения, зашивал раны, и кровотечение больше не повторялось, но такой метод действия рекомендовать нельзя. Некоторые хирурги в таких случаях применяли гастроэнтеростомию и получали иногда выздоровление больных. В одном случае чрезвычайно обильного желудочного кровотечения я при операции, несмотря на широкое вскрытие желудка, выворачивание слизистой и тщательный осмотр ее, все-таки источника кровотечения не нашел, желудок же был очень расширен, тогда я широко вытащил в рану желудок и затампонировал его, случай окончился благополучно. Если хирургическое вмешательство происходит при небольших повторных желудочных кровотечениях, то обычно в таких случаях источник кровотечения в виде язвы обнаруживается при операции, и с ней поступают тогда по одному из вышеупомянутых способов. Для определения кровоточащего участка в желудке Kraft в 1910 г. предложил пользоваться гастродиафаноскопией: через небольшой разрез желудка вводится в него электрическая лампочка и при просвечивании стенки можно видеть дающую кровотечение артерийку, которая теряется в темном пятне. Этот метод дал автору успех в 4 случаях.

Перфорация язвы желудка может произойти как в свободную брюшную полость, так и в изолированную полость, образовавшуюся вследствие сращений органов. В этом последнем случае можно наблюдать образование ограниченного гнойника в брюшной полости, что дает по большей части довольно определенную клиническую картину, нередко с хроническим течением. Расположение гнойника находится в зависимости от местоположения язвы в желудке. Иногда диагностика трудна. Такие ограниченные гнойники в верхней части брюшной полости чаще всего исходят из желудка, что доказывают следующие цифры: на 234 гнойника только в 36 случаях исходным пунктом была двенадцатиперстная кишка, а во всех остальных были язвы желудка. Мне пришлось оперировать случай, где была поставлена диагностика реберного хондрита с образованием гнойника в области восьмого, девятого и десятого реберных хрящей с левой стороны. При операции оказалось, что имелась перфорация латентной язвы желудка, расположенной на передней его поверхности, при чем желудок был тесно спаян с печенью и передней брюшной стенкой. Перфорация язвы в свободную брюшную полость, напротив, всегда дает характерную клиническую картину: сразу появляется острая абдоминальная боль, локализирующаяся в epigastrium, чувство сжатия нижней части груди, резкое напряжение

брюшных мышц (живот как доска) и перитонический вид больного. Печеночная тупость обыкновенно исчезает. Непосредственное давление на брюшину через паховые каналы или rectum вызывает резкую болезненность. Анамнезу следует уделять максимальное внимание: страдание желудком в прошлом с характерной картиной в настоящем обычно решает вопрос о диагностике. Необходимо отметить, что иногда у больных после такой бурной болезненной картины появляется эуфория, которой, однако, доверяться не следует; точно также следует отметить, что главная болезненность из epigastrium через несколько часов после перфорации может перемениться в правую подвздошную впадину, где произойдет скопление жидкости из желудка.

В случае латентной язвы возможно смешение с перфорацией червеобразного отростка. Если диагностическая ошибка была сделана и при разрезе в правой подвздошной впадине из полости живота вылилась серозно-мутная без запаха жидкость, а червеобразный отросток найден в нормальном состоянии, то необходимо сейчас же сделать разрез выше пупка и тщательно осмотреть желудок и двенадцатиперстную кишку. Если найдена язва, а больной очень слаб, то надо быстро кончить операцию и самым подходящим методом в таких случаях надо признать обшивание язвы двухэтажным швом с вворачиванием ее в полость желудка. Шов желудка можно покрыть еще свободной пластикой сальника. Если силы больного позволяют, то желательно к зашиванию язвы присоединить заднюю гастроэнтеростомию. Если же силы больного вполне удовлетворительны, то возможно применение одного из радикальных методов лечения язвы.

Таким образом, из сказанного уже ясно, что выбор оперативного метода зависит как от состояния больного, так и от индивидуальности хирурга. Несомненно одно, что при перфорации язвы в свободную брюшную полость спасает больного только операция, и при том главным образом тогда, когда она сделана в первые часы после перфорации. Отсюда сам собой вытекает вывод, что желательно определять, где это возможно, конечно, предперфорационный момент и оперировать в это время больных. К сожалению, предупреждение этой катастрофы далеко не всегда в наших руках, так как в громадном большинстве случаев она наступает совершенно неожиданно. Хирурги, имевшие большой материал перфорационных язв желудка, довольно согласно показывают, что операция, произведенная за первые полусутки, дает около 75% выздоровления, за вторые полусутки процент этот падает до 50—55, а после суток он падает уже до 20—30, операция на третьи и четвертые сутки после перфорации дает уже очень малые надежды на успех, так как к этому времени больные бывают большею частью уже в периоде агонии.

В свежих случаях прободения и при незначительном загрязнении брюшной полости вполне показано зашивание брюшной раны наглухо.

Из свищей желудка мы рассмотрим только желудочно-кишечный и желудочно-кожный свищ. Язва желудка при своей перфорации может спаяться с соседними органами, и, в конце концов, перфорация может произойти в этот орган. На месте

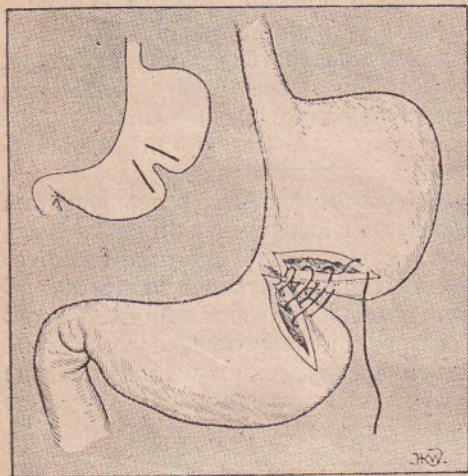


Рис. 1. Gastro-gastrostomia.

перфорации образуется свищ, соединяющий этот орган с желудком. Таким образом, чаще всего наблюдали сообщение желудка с поперечно-ободочной кишкой и с кожей передней брюшной стенки. Я не останавливаюсь на редких случаях сообщения желудка с отдаленными органами благодаря прорыву гноя туда при осумкованных перфорациях желудочной язвы, например, сообщение полости плевры с желудком. Я имею в виду только случаи непосредственных свищей желудка. Сообщение желудка с поперечно-

ободочной кишкой имеет свою довольно определенную клиническую картину, благодаря непосредственному переходу пищи из желудка прямо в толстую кишку, или же благодаря попаданию фекальных масс из кишки в желудок. Рентгеновское исследование точно устанавливает диагностику. Если pylorus вполне проходим, то желудочно-кишечный свищ может подвергаться обратному развитию вскоре после своего образования, т. е. постепенно суживаясь, может зарости совсем. Такой случай мне пришлось однажды наблюдать, и поэтому я считаю, что операция, *ceteris paribus*, становится безусловно обязательной только тогда, когда повторные рентгеновские исследования указывают на отсутствие способности свища к самопроизвольному закрытию. Желудочно-кожные свищи встречаются реже; хотя K r o n h e i m e r в 1897 г. собрал 74 подобных наблюдений, при чем только в 15 случаях причиной свища была раковая язва. Желудочно-кожный свищ по большей части является последствием перигастрического нарыва, но может образоваться также благодаря непосредственному спаению желудка на месте язвы с брюшной стенкой и постепенному ее изъязвлению.

Стенозы желудка в форме рубцовых сужений, как последствия язвенного процесса, наблюдаются, главным образом, в двух видах: 1) стеноз привратника и 2) стеноз средней части желудка, дающий органу форму песочных часов. На показаниях к операции

и на диагностике этого рода изменений желудка мы здесь останавливаться не можем. Что же касается оперативных методов, то опять-таки они, главным образом, пожалуй, находятся в зависимости от индивидуальности хирурга: более активный хирург при стенозе привратника делает резекцию, а более консервативный — заднюю гастро-энтеростомию. Последняя, конечно, проще и в громадном большинстве случаев вполне достигает цели. Равным образом и при стенозе средней части желудка практикуется как резекция, так и более консервативная операция — *gastro-gastrostomia* (рис. 1 и 2). Я не являюсь сторонником абсолютных формул при выборе оперативного метода вообще и полагаю, что общее состояние больного, местные изменения органа как в

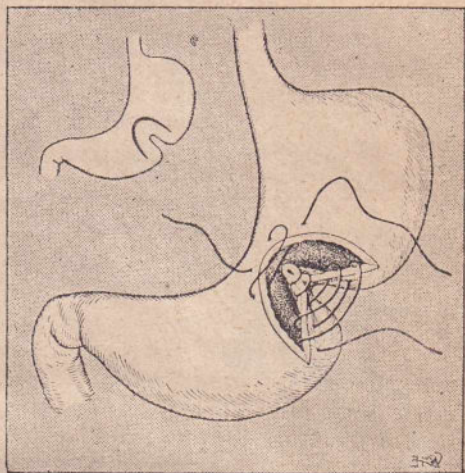


Рис. 2. *Gastro-gastrostomia* по Finne'y.

смысле распространения болезненного процесса в нем самом, так и в смысле сращения его с окружающими органами, должны быть приняты во внимание прежде всего, а затем и силы самого хирурга. Помимо этих стенозов, обезображивающих форму органа и нарушающих его моторную функцию, наблюдаются еще ограниченные рубцы в других местах желудочной стенки, тоже как последствия язв, спаивающие желудок с прилежащими органами и вызывающие нередко целый ряд болезненных припадков. Кроме этих ограниченных перигастритов, Mikulicz выделил еще разлитую форму в виде опухолевидной инфильтрации органа. Понятно, что во всех таких случаях избавить больного от страданий может только хирург.

Что касается теперь случаев *язвы-рака*, то поставить клиническую диагностику этого осложнения — дело очень не легкое. Конечно, возраст больного, скрытые продолжительные кровотечения (исследования кала), более резкое исхудание и диагностические приемы в виде различных реакций могут давать повод подозревать это осложнение, но и только. Не в лучшее положение попадает хирург и в том случае, когда он должен решать этот вопрос при чревосечении. Правда, состояние лимфатических желез, если они имеются налицо, может выручить хирурга, и то только в том случае, если железы увеличились вследствие метастазов новообразования, но, с другой стороны, правда и то, что если железы поражены, то на радикальное излечение мало

надежды. Если принять точку зрения превращения язвы в рак, то, как понятно само собой, надо сделать вывод, что принципиально следует каждую каллезную язву резецировать. В общем же, как и при других случаях, я все-таки скажу так—если силы

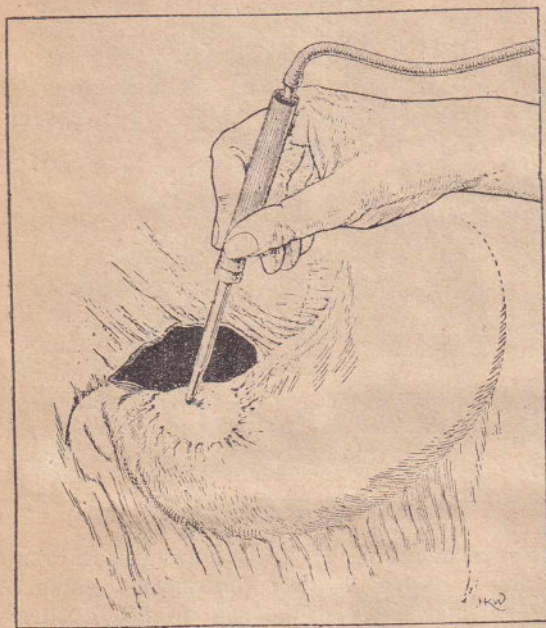


Рис. 3. Способ Balfour'a.

большого позволяют, то, конечно, следует делать радикальную операцию—резекцию желудка с язвенной опухолью, а если нет, то позволительно ограничиться паллиативной операцией.

Итак, мы рассмотрели целый ряд осложнений язвы желудка и видели, что все эти осложнения могут быть излечены почти исключительно хирургическим путем. Я говорю «почти» потому что исключительные случаи остановки обильного желудочного кровотечения терапевтическими мерами или самоизлечение перфори-

рованной язвы в изолированную полость все-таки известны как в литературе, так и каждому с большим опытом врачу. Но, в общем, осложненная язва—достояние хирурга, тут спора нет, это—безусловное показание к операции.

К таким безусловным показаниям к операции следует отнести также и те случаи хронических язв желудка, которые не поддаются терапевтическому лечению, рецидивируют, или сопровождаются очень мучительными болями, или повторными кровотечениями. Сюда, главным образом, относятся каллезные язвы. К относительным показаниям можно отнести те случаи, когда больные в силу социальных условий не могут лечиться долгое время терапевтически.

Посмотрим теперь, какими же методами обладает хирург в борьбе с хронической язвой желудка. Все эти методы могут быть разбиты на три категории: 1) прямые методы, действующие непосредственно на язву; 2) не прямые методы, действующие косвенным образом на заживление язвы, и 3) смешанные методы, когда применяются сразу методы первой и второй категории. К первой категории относятся: 1) способ Balfour'a и 2) резекция

желудка. Ко второй категории относятся: 1) способ Богораза, 2) способ Брайцева-Грекова, 3) способ Eiselsberg-Kelling'a и 4) gastro-enterostomia. К третьей категории относится соединение способа Balfour'a с gastro-enterostomia. Я остановлюсь в самых кратких словах на этих методах.

Способ американца Balfour'a только-что выходит за пределы Нового Света, но по отзывам всех, испытавших его, заслуживает внимания. Способ этот состоит в выжигании язвы термокаутером, при чем выжигание это может быть произведено как снаружи язвы, т. е. со стороны серозной желудка, так и снутри, т. е. со стороны слизистой после вскрытия желудка (рис. 3). После выжигания язвы делается многослойное закрытие дефекта желудка. Автор проделал этот способ на не-

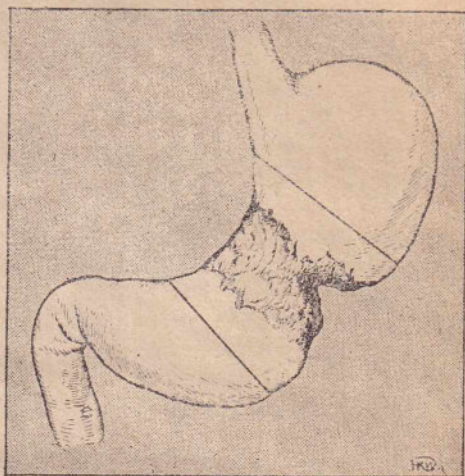


Рис. 4. Поперечная резекция желудка.

скольких сотнях больных в клинике бр. Mayo и получил только около 1,5% смертности. Moynihan отдает этой операции предпочтение перед простым вырезыванием язвы, так как при простом вырезывании часто получался рецидив, между тем как пакелен совершенно разрушает язву, даже более того—благодаря жару достигается стерилизация на значительном протяжении желудочной стенки, что имеет немаловажное значение в виду присутствия микроорганизмов в язве. Выжиганием могут быть разрушены и канцероматозные клетки, если в данном случае была злокачественная язвенная опухоль. На XV Всесоюзном Съезде хирургов В. Н. Шамов заявил, что в клинике Федорова способ Balfour'a был применен с успехом в 32 случаях.

Резекция желудка большинством хирургов на Западе и меньшинством у нас в Союзе считается операцией выбора при язве желудка. Должен, однако, добавить, что последние годы и среди этих радикальных хирургов произошел перелом, так как отдаленные результаты и при резекции в смысле рецидива язвы принесли некоторое разочарование. Поэтому Vier, например, на съезде германских хирургов в 1921 г. заявил, что он, хотя и сторонник резекции, все более отходит от нее и возвращается к операции gastro-enterostomiae. Другие, вроде Finsterer'a, наоборот, под давлением тех же самых фактов должны были

волей-неволей расширять границы резецируемой части желудка вплоть до полного его удаления.

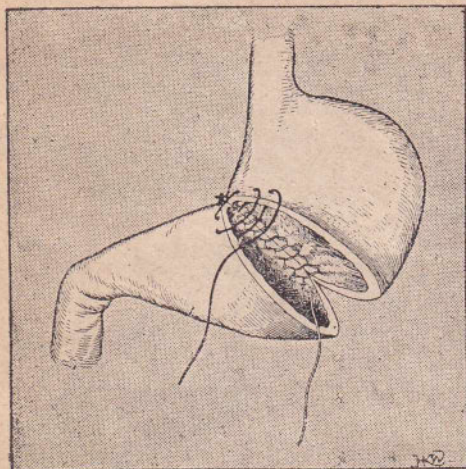


Рис. 5. Сшивание желудка после поперечной резекции.

Резекцией удаляется или средняя часть желудка при язвах на малой кривизне (рис. 4 и 5), или пилорическая и препилорическая часть желудка при существовании язвы в этом месте. В последнем случае начинают отдавать предпочтение или способу Billroth I, где применить его позволяет длина и состояние культи двенадцатиперстной кишки или способу Polya (рис. 6) с дальнейшими водоизменениями Reichel, Balfour, Moynihan'a и др. (рис. 7). За последнее время первенствующее значение способа Billroth II поко-

лебалось. Оказалась, что пептическая язва тонкой кишки при способе Billroth II не такое уже редкое явление. Так, у энергичного сторонника резекции желудка, Haberer'a, на 410 резекций по способу Billroth II зарегистрировано 5 пептических язв. Friedmann, сделавший за четыре года 650 резекций, сообщает отдаленные результаты у 104 больных, при чем в 38 случаях, где была сделана резекция по способу Billroth II, были получены две пептические язвы тонкой кишки. Способ Billroth I рекомендует особенно горячо Haberer, который при этом отмечает, что при употреблении этого способа он ни разу не встретил пептической язвы. Однако, необходимо все-таки отметить, что способ Billroth I очень труден технически и тре-

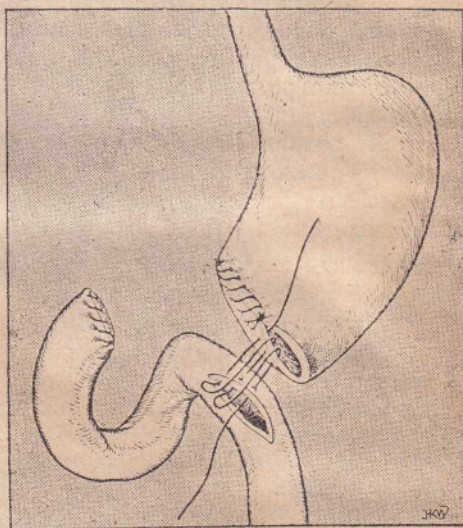


Рис. 6. Gastropyloroplasty (по Polya).

бует помимо силы оператора хорошей еще ассистенции. Проще других и скорее может быть выполнен способ Polya-Mounihan.



Рис. 7. Gastro-jejunostomia после резекции желудка (по М о у н и а н'у).

Техника операции резекции желудка вообще в зависимости от случая может быть или сравнительно не трудной, или очень тяжелой. Необходимо для выполнения ее хороший инструментарий и тщательное наложение швов. Если применяется способ Billroth II, то внимание хирурга должно быть сосредоточено на тщательной обработке культи двенадцатиперстной кишки.

Сторонники резекции желудка приводят такие преимущества этой операции: 1) язва уничтожается сразу, 2) больной сразу же освобождается от осложнений язвы и 3) небольшой процент рецидивов (от 2 до 8 по разным авторам). Присутствие в желудке множественных язв одни авторы считают показанием для резекции, а другие противопоказанием. Смертность при резекции желудка у разных хирургов колеблется от 1,5 до 15%, в среднем она равна 9%. В среднем также полное выздоровление наблюдается в 70%, улучшение—в 16% и рецидив в 5%.

Из непрямых методов рассмотрим сначала наименее употребительные.

На XVI Съезде российских хирургов Богораз предложил для лечения язвы желудка устройство желчно-пузырно-желудочного свища. В 1920 г. эту же операцию предложил американский хирург Вабсск. Богораз считает, что раз патогенез язвы желудка не установлен, то надо держаться пока твердо установленных фактов. Таким фактом в громадном большинстве случаев является связь между возникновением и существованием язвы и перекислением желудочного содержимого. По учению школы Павлова, при нормальных условиях нейтрализация перекисленного желудочного содержимого совершается в самом желудке путем забрасывания дуоденального сока и желчи в желудок. Исходя из этих соображений, автор и предложил свою операцию. Дальнейшие наблюдения показали, что больные быстро после операции поправлялись, исчезали совсем даже каллезные язвы, а если у больных, оперированных по этому способу, появлялся рецидив, то новая лапаротомия обыкновенно указывала, что свищ зарос или резко сузился, тогда новое устройство свища снова спасало больных. Техника операции крайне проста, свищ накладывается автором в препилорической части желудка, которая очень близко прилежит к дну желчного пузыря. Свищ следует накладывать по возможности большой, около 3 см в длину. Автором прооперировано уже 25 больных, при чем в 8 случаях имелись старые каллезные язвы, одна больная с хорошим результатом находится под наблюдением более двух лет, а 10 больных более года. Назаров опубликовал 31 случай операций Богораз из клиники В. И. Разумовского с хорошим результатом, но прослеженные не более 1½ года.

В 1920 г. Брайцев, а затем Греков предложили для лечения язвы желудка операцию рассечения жома привратника на подобие пилоропластики по Mikulicz'у, при чем Брайцев рекомендует ее делать экстрамукозно, а Греков рассекает и слизистую оболочку, вырезывая при этом часть сфинктера. Рауг, исходя из того соображения, что поперечный шов на передней стенке привратника может способствовать образованию клапана, затрудняющего опорожнение желудка, предложил с своей стороны зашивать рану также в продольном направлении. Предлагая эту операцию, Брайцев исходит из той мысли, что боли при язве желудка возникают от того, что желудок превращается в герметически закрытый полый орган вследствие спазма привратника. Благодаря этому же спазму, нарушается и осредоливание желудочного содержимого. Брайцев держится того мнения, что при язвах желудка, удаленных от привратника, как простых, так и каллезных, пилоропластика по Mikulicz'у или лучше экстрамукозная должна составлять операцию выбора и заменять собою гастроэнтеростомию за исключением случаев расширения желудка, где более показан анастомоз. Греков

держится того же мнения. Отмечу еще, что Рауг, описавший эту операцию в 1925 году, также указывает на ее достоинства, и эта операция начинает распространяться по Западу под именем операции Рауга, хотя сам Рауг и указывает на русских авторов. На основании своих наблюдений я также считаю, что операция эта дает непосредственно хорошие результаты, но каковы будут отдаленные результаты еще неизвестно.

В 1918 г. Kelling, основываясь на данных гистолога Står'a, который установил, что пилорические железы занимают пояс шириною в 6 см, а затем на протяжении 4 см встречаются в области смешанной зоны, предложил делать выключение препилорической части желудка на расстоянии 12 см от привратника. Операция эта является в сущности операцией Eiselsberg'a, предложившего ее еще в 1895 г. с другой целью, а именно—он имел в виду делать выключение привратника при неооперабельных новообразованиях pylori. Мысль Kelling'a, как само собой понятно, другая. Операция эта производится так: делается поперечное рассечение желудка с зашиванием обоих отрезков наглухо. Таким образом раз'единяются вход и выход желудка, так что один отрезок желудка, верхний, будет содержать в себе cardia, а другой, нижний, будет в связи с pylorus. Затем в верхнем отрезке накладывается gastro-enteroanastomosis. Эта операция была проверена при язвах желудка, между прочим, и в клинике Соловова, где пришли к заключению, что она не заслуживает по многим причинам доверия, та же участь постигла ее и среди большинства хирургов Запада, но меньшинство все еще иногда ее применяет.

Самой распространенной операцией при язве желудка, по крайней мере у нас в Союзе, следует признать гастроэнтеростомию. Подчеркиваю, что правильная техника ее наложения играет большую роль, и поэтому я должен вкратце остановиться на ней. Большинство хирургов в настоящее время предпочитает, где это выполнимо, делать заднюю гастроэнтеростомию с короткой петлей, а там, где ее сделать нельзя, накладывается передняя с Браун'овским анастомозом. Как правило, анастомоз следует накладывать ближе к пилорической части, но при птозе и атонии желудка, следует накладывать анастомоз в самой низкой части желудка, беря при этом длинную петлю и делая Браун'овский анастомоз. Величина анастомоза не должна быть слишком большой и слишком малой, в среднем она должна равняться окружности пришиваемой кишечной петли. От сужения привратника большинство хирургов отказалось. Большинство хирургов употребляет клеммы, хотя за последнее время и раздаются голоса против применения их, чтобы избежать травматизации стенок желудка и кишок, что якобы предрасполагает к появлению пептической язвы. Я лично употребляю мягкие клеммы и никакого вреда никогда от них не видел, но удобство при операции с ними признаю, что признают и их противники.

Кишечная петля по отношению к желудку может располагаться различным образом, так что отверстие анастомоза может располагаться на желудке как вертикально, так и горизонтально. В последнем случае кишечная петля может быть подшита как изоперистальтически, так и анизоперистальтически. Необходимо обращать внимание на то, чтобы не произвести перекручивания кишечной петли, что, как само собой понятно, поведет к осложнениям.

Следует обращать внимание на подшивание кишечной петли на более или менее порядочном пространстве к желудку и на основательную фиксацию желудка в отверстии брыжжейки поперечно-ободочной кишки. Накладывать-ли многоэтажный шов или одноэтажный, как за последнее время рекомендовал Вieg,—я считаю делом выбора каждого хирурга, со своей стороны, как более безопасный,—я предпочитаю многоэтажный. Отмечу только, что слизистую оболочку не следует сшивать непрерывным швом, в особенности шелком, следует отдать предпочтение узловатым швам и при том кэтутом или в крайности очень тонким шелком. Описаны случаи образования пептической язвы как раз на месте прохождения шелковой нити.

В чем же заключается благотворное действие операции gastroenterostomiae на язву желудка? Мы должны признаться, что в *точности* не знаем, хотя несомненно, такое действие существует и подтверждено фактами, когда на вскрытиях больных, умерших от других причин, видели полное заживление каллезных язв после сравнительно недавно наложенного гастроэнтеростомоза. В первую голову выдвигаются механические моменты, обуславливающие улучшение опорожнения желудка и *устранение* раздражения язвы пищевыми массами. Затем выдвигается другой момент, а именно: изменение химической реакции в желудке благодаря осредосоливанию желудочного содержимого кишечным содержимым. Недаром Roux в свое время назвал гастроэнтеростомию «внутренней аптекой». Наконец, выдвигается третий момент, а именно: вопрос об изменении иннервации желудка, прекращающем спазматическое состояние желудочной мускулатуры. Можно думать, что гастроэнтеростомия, как и операция Брайдера, уничтожая герметизм желудка, устраняет таким образом одно из тех условий, при которых преимущественно развиваются и прогрессируют язвы желудка. Скорее всего приходится допустить, что все эти моменты, а может быть и некоторые другие, о которых мы еще не знаем, имеют значение и оказывают совокупное действие на язву желудка.

Операция эта проделана в громадном размере, так что наши цифры кажутся ничтожными, в особенности в сравнении с прямо астрономическими цифрами американских хирургов. Так, в клинике бр. Мауо она была сделана на 7000 больных. У нас в Союзе, кажется, единственный Успенский из Твери собрал 1500 случаев гастроэнтероанастомоза, о чем он сообщал на XV Съезде Российских Хирургов, а на заседании Русского

Хирургического Общества в Москве (1 ноября 1926 года) он сообщал уже о 2500 операциях на желудке и определенно высказался за гастроэнтеростомию при лечении язвы желудка.

Общий процент смертности колеблется у разных авторов от нуля до восьми, в среднем он равен четырем.

Приверженцы резекции указывают (и с ними приходится соглашаться), как на главный недостаток операции гастроэнтеростомии, на то, что язва остается нетронутой, в известном проценте она не исчезает, а может давать осложнения. Массовые наблюдения показали, что после наложения гастроэнтероанастомоза все-таки наблюдались кровотечения из язвы, а также и прободение язвы. В среднем процент кровотечений после гастроэнтеростомии равен 1,5, а прободений 0,5. Одним из серьезных также осложнений после операции гастроэнтеростомии следует признать более частое появление пептической язвы тонкой кишки. На это явление обращено уже внимание хирургов всех стран, и вопрос этот очень живо обсуждается сейчас в печати. Наряду с указанием на небольшой сравнительно процент этого осложнения, а именно в среднем 4%, раздаются авторитетные голоса о более высоких цифрах. Так, Haberer говорит уже о 20%, а Clairmont о 27%—они производили операцию с выключением привратника. Необходимо поэтому тщательно изучать отдельные результаты *gastro-enterostomiae*.

Общепризнано, что наилучший эффект получается от гастроэнтеростомии в тех случаях, когда язва занимает пилорическую часть желудка. В общем, однако, надо сказать, что гастроэнтеростомия дает 60% хороших исходов, 20% улучшений и 20%—плохих результатов, т. е. когда у больных остаются все те же болезненные явления, что и были до операции, а иногда даже и усиливаются. Снова считаю нужным отметить, что два последние исхода зависят в известной степени от пробелов техники и ошибок диагностики.

По статистикам Krönlein, Kocher, Hartmann, Roux, Mayo и др. задняя гастроэнтеростомия при расположении язвы вблизи выходной части желудка дает около 90% стойкого излечения.

К смешанным методам следует отнести, главным образом, соединение метода Balfour'a с операцией гастроэнтеростомии. Наблюдения многих авторов показали, что при расширении желудка и ослаблении моторной функции его одного метода Balfour'a не достаточно—в таких случаях должна быть присоединена и *gastro-enterostomia*. К такому же выводу пришел и сам автор. Другие модификации единичны, и я на них останавливаться не буду.

Чтобы, в конце концов, ответить на вопрос, какому же оперативному методу следует отдать предпочтение, я должен сказать, что *одного* какого-либо метода лечения язвы желудка нет и быть не может, по крайней мере, в настоящее время, в

силу хотя бы уже одного того, как разнообразно месторасположение язвы в желудке и связанное с этим различие патолого-анатомической и клинической картины. Если бы мы поставили даже такой вопрос, чему отдать предпочтение—резекции или гастроэнтеростомии, то я ответил-бы, что прав Finsterer, говоря, что точного правила, когда производить резекцию, а когда gastro-enterostomiam установить нельзя, так как это зависит (на что я много раз уже указывал) от очень многих условий, которые кроются как в самом больном, так и в личности хирурга.

Чтобы судить о результатах оперативной помощи при язве желудка на основании данных одной клиники, я приведу таблицу, взятую мною из работы авторитетного в этой области хирурга P. Clairmont'a, который работал сначала в клинике Eiselsberg'a в Вене, а затем перешел в Цюрих. В основу работы легли наблюдения над 1160 оперированными больными:

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ	Число	Смертность послеопе- рационная	Смертность отдающая	Неизвестно	Остальные	Неудачи	Успех	Улучшение
Резекция поперечная	181	10(5,50/0)	9	14	148	49(330/0)	99(670/0)	—
Рез. поперечн. + G. E.	2	—	—	—	2	1	1	—
Billroth II	245	22(90/0)	18	45	160	37(230/0)	123(770/0)	—
Billroth I	16	2(12,50/0)	—	10	4	—	4	—
РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ	444	34(7,70/0)	27	69	314	87(280/0)	227(720/0)	—
Выключение pylorus'a .	85	4(4,70/0)	5	11	65	33(500/0)	32(500/0)	—
Gastro-enterostomia . .	448	23(5,10/0)	74	62	289	96(330/0)	162(560/0)	31
Gastro-gastrostomia . .	8	—	—	2	6	1	4	1
Gastro-gastrost. + G. E.	3	—	—	—	3	1	1	1
ПАЛЛИАТИВНЫЕ МЕТОДЫ	544	27(50/0)	79	71	363	121(360/0)	199(550/0)	33

Причины смерти были: 1) при поперечной резекции—перитонит—4, анестезия—1, pneumonia—5; 2) при Billroth II—перитонит—10, ранение ductus choledochi или d. Wirsungiani—6, кровотечение из язвы (неотложная операция)—2, cachexia—1, pneumonia—3; 3) при Billroth I—перитонит—1, стеноз—1; 4) при

выключении *pylorus'a*—перитонит—1, кровотечение из язвы—1, другое заболевание (ошибка диагноза)—2; 5) *при gastro-enterostomia*—перитонит—5, стеноз или порочный круг—3, кровотечение из язвы—6, *cachexia*—2, *diarrhea*—1, *pneumonia*—4, ошибка диагностики—2.

В заключение мне хотелось бы в двух словах остановиться еще раз на значении личности хирурга в деле оперативной помощи вообще и в желудочной хирургии в частности. В желудочной хирургии особенно ярко выявляется личность хирурга и отличие его профессии от терапевта. В самом деле, возьмем такое грубое сравнение: известно, например, что морфий облегчает боль, и, конечно, эффект от него получится одинаковый, будет-ли он прописан большим авторитетом или только что начинающим врачом. Я думаю, что никто не будет спорить со мною, если я скажу, что эффект от всякой операции и гастроэнтеростомии в частности получится совсем иной, будет-ли ее делать мало опытный хирург или авторитет. Как это ни грустно, но несомненно, что триумф хирургии поконится на наших ошибках. Я прошу вдуматься, от скольких условий зависит хороший исход наших операций, и, конечно, не трудно тогда прийти к заключению, что прав Моупіан, когда говорит, что хирургия есть высоко моральное действие. Между тем как установился различный взгляд не только среди публики, но даже и некоторой части врачей, напр., на смертные исходы у терапевта и у хирурга. Если смерть при терапевтическом лечении считается как бы естественной, то смерть после операции считается уже как бы насильственной. Правда, что у нас с терапевтами очень различны методы и приемы лечения, но, ведь, различны также и условия, при которых нам приходится оперировать. Мы оперируем тогда, когда консервативные методы уже не действительны, и больному в буквальном смысле слова нередко предоставляется на выбор или подвергнуться операции, или владеть существованием в страданиях, а иногда даже и ожидая смерти. Вот когда все терапевты проникнутся идеей, что хирург не только их друг, но и настоящий помощник во всех тяжелых случаях, тогда наша дружная работа пойдет гораздо легче, и язву желудка мы, в конце концов, одолеем,—в этом сомнения быть не может.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Проф. Ф. Г. Яновский	
Предисловие	V
Проф. М. М. Губергриц	
Патогенез круглой язвы желудка	1
Проф. А. Н. Свенсон	
Диагностика и клиника язвы желудка	39
Д-р Ф. П. Богатырчук	
Рентгено-диагностика язвы желудка	77
Проф. Н. Д. Стражеско	
Терапевтическое лечение язвы	94
Проф. А. П. Крымов	
Хирургия язвы желудка	108

782