

—10
2
Mitte müügiks.

Autorilt.

Eraldine äratõmme ajakirjast „EESTI ARST“ 1928, lisa :
VI Eesti Arstidepäev.

W. WADI.

Andmeid ulcus pepticum'i kliinikust.

(Ettekanne peetud VI Eesti Arstidepäeval Viljandis 27. ja 28. augustil 1927
ühes saksakeelse kokkuvõttega)

POSTIMEHE TRÜKK, TARTUS.

(Tartu ülikooli hospitaal sisehaiguste kliinikust).

Andmeid *ulcus pepticum*'i kliinikust.

Dots. dr. med. **W. Wadi.**

Kõigist seedimistrakti haigusist väärub *ulcus pepticum* oma sageduse poolest viimasel ajal jälle suuremat tähelepanu. Prantslane Cruveilhier, kes juba saja aasta eest (1825—1838) seda haigust põhjalikult kirjeldas, rõhutas, et haavand (*ulcus*) on sagedamaid maohaigusi. Hiljem, kui Kussmaul'i leiutatud maosondi abil hakati mao sekretoorse võimet põhjalikumalt uurima ja selle lihtsa ja kättesaadava uurimismeetodi abil oli võimalik määrata mitmesuguseid kõrvalekaldumisi nii mao motoorses kui ka sekretoorses tegevuses, hakati, eriti Saksamaal, mitmesuguseid kõrvalekaldumisi normaalsest funktsioonist uuteks haigusgrupeks jagama kogu rea uute haigusnimetusiga, sellejuures jättes sageli tähelepanemata nende funktsioonihäirete taga peituvat haavandit (*ulcus*). Tänu Taani ja Rootsi kliiniklasile (Knud Faber, Åkerlund) ja eriti G. v. Bergmann'i koolile Saksamaal on nüüd võimalik ulkust täpsamalt diagnoosida ja me leiame jällegi, et *ulc. pept. ventric.* ja samal määral *ulc. duodeni* ja *jejuni* oma pikaldase ja korduva haiguskuluga on tähtsamaid ja sagedamaid seedimistrakti haigusi, mille all inimesed peavad sageli kogu oma eluaega kannatama ja end mitmekesiste haigusnähtude, nagu kardialgiade, gastralgiade, mao nöirooside, niisama ka mao katarride, mao laienemise, *hyperaciditas gastrica* ja hüpersekretsiooni puhul aastakümnete viisi arstima. Saatuslikuks osutuv maovähk ilmub enam-vähem vanemas eas ja on siis inimesele, kes kogu oma elu on ilma iseäraliste takistusteta võinud mõnusesi maitseta, traagiliseks elulõpuks. Sellevastu kannatavad ulkusehaiged pea kogu oma eluaega korduvate haigushoogude all, eriti juhtumisel, kui nende haigust õigel ajal ei tuntud ja neid juba varakult ulkusehaigeina ei ole ravima hakatud. Siin on arstil tänuväärt ülesanne, neid kannatajaid, kelle hulk pole väike, õigel ajal aidata, sest allub ju ulkus, kui teda varakult ravima hakata, hästi internistilisele, samuti ka kirurgilisele terapiale.

Kuigi *ulcus pepticum* patoloogilis-anatoomiliselt hästi tuntud ning teda ka kliiniliselt selgelt ja ühemeelselt defineeritakse kroonilise mao-seinte substantsi puudena, mis esile kutsutud maomahla seedivast toi-

mest, siiski on meile tema tekkimise põhjused veel selgitamata ja ka tänapäev veel selle haiguse patogeneesi suhtes tugeme vaid enam-vähem põhjendatud hüpoteesil. Selle küsimuse lahendamisel on tegevad ja uurivad igäiks oma seisukohast küll pärilikkuse õpetuse uurijad (on ju puht pärilikkude momentide kõrval ka hiljem omandatud kõrvalkaldumised — Tandler'i konditsioon — teatava tähtsusega olnud, niisama kui kogu rida välimisi tingimusi), kui ka mitmesuguste teiste meditsiiniliste distsipliinide, nagu bakterioloogia, embrüoloogia, farmakoloogia kui ka nöiroloogia esitajad. Peale puhtanatoomiliste ja funktsionaalsete muutuste maos eneses on peptiliste vigastuste (erosioonid, akuutne ulkus) tekkimise ja püsivuse (krooniline ulkus) põhjusiks arvatud veel väliseid mehaanilisi kui ka üldisi raskeid funktsionaalseid ja troofilisi muutusi organismis. Vaevalt on ühegi teise kliinilise probleemi lahendamisel nii palju töötatud ja eksperimenteeritud, kui ulkuse probleemi kallal, mille tõenduseks kogu rida teoriasid ulkuse tekkimise seletuseks: 1) vere-soonte sulgemise ja muutuste õpetus, 2) nöirogeenne teoria, 3) keemiliste, fermentatiivsete, toksiliste ja nakkusliste tegurite teoria, 4) põletikuliste protsesside teoria, 5) mehaanilis-funktsionaalsete momentide ja 6) traumalist ja puhtmehaaniliste momentide rõhutamine, 7) konstitutsionaalsete momentide, ka sisesekreetsiooni-näärmete teoria ja 8) kehamahlade ja kudede muudetud reaktsiooni teoria. Viimane on lõplikult esitatud alles tänava Budapesti kliiniklase Bálint'i poolt, kes kindlaks tegi, et kõigi ulkusehaigete vere ja kudede reaktsioon kaldub tunduvalt happese reaktsiooni poole.

Kõigist neist õpetusist on suuremat tähelepanu ja pooldamist leidnud ainult kolm üldtunnustatud teooriat. Esiteks n. n. nöirogeenne ehk spasmogeenne hüpotees, mille G. v. Bergmann juba 1913. a. üles seadis ja mis haavandi peale teatavas mõttes kui üldhaiguse peale vaatab. See teoria on viimase kümne aasta jooksul erilist pooldamist nii eksperimentaatorite kui ka kliiniklaste poolt leidnud ja rõhutab konstitutsionaalseid momente. On hakatud rääkima ulkusediateesist ja dispositsioonist ulkusele n. n. „vegetatiivselt stigmatiseeritud“ liiki inimestest, kellel on ulkusedispositsioon ja kes seda kõige sagedamini põevad. Niisuguseil muidu terveil inimesil on konstitutsionaalselt kalduvus Basedow'i tõve või tetania avaldusile või muile endokriinseile häireile; nende keskel leidub sageli vasonörootilist diateesi ja niisama sageli psüühilisi iseäraldusi. Et aga ulkusehaigel on väga sageli ka nii vagotooniliste kui ka sümpaatikotooniliste sümptomeiga tegemist, tänini aga mitte selge pole, millisel määral üks või teine erk haigusseisundi tekkimisel tegev, on õigem, nagu v. Bergmann seda viimasel ajal teeb, rääkida vegetatiivse erkkonna disharmoonilisest seisundist. Iga arst, kes rohkem ulkusehaigeiga on tegemist teinud, tunneb sellaseid konstitutsionaalselt nöirootilise komponendiga varustatud inimesi, kellel võib ka väga sagedasti asteenilist seisundit täheldada.

Teine, Aschoff'i ja K. H. Bauer'i poolt esitatud ulkusetekkimise teoria on n. n. mehaanilis-funktsionaalne hüpotees. See kui tuntud ja vanem teoria on ikka suurimat pooldamist leidnud. Tema järele on ja jääb haavand oluliselt ikka ainult lokaalseks haigusseks. Et neil mõlemal teorial on tuliseid pooldajaid, siis on sagedasti mindud äärmusini. Kui tuntud kliiniklane Morawitz räägib „ulkusehaigusest ilma ulkusetä“, sellega täiesti eitades *ulc. pept.* kui lokaalset haigust, siis on G. v. Bergmann püüdnud mõlemaid teoriasid ühendada, mis tähtis on seniks kuni need vaid hüpoteetilisena püsivad. Meie püüd olgu haigusi diagnostitseerida kindlate objektiveeritud andmete põhjal ja sellepärast oleks oletus: „ulkuse haigus ilma ulkusetä“ esialgul küll veel liiga julge ja põhjendamatu.

Kolmas ja kõige noorem ulkuseõpetus, mis erilist pooldamist leidnud, on Konjetzny gastriidi teoria, mille järele viimane on

ulkuse eeltingimuseks, valmistades sellele soodsat pinda. Sedagi teooriat tahab v. Bergmann ühendada nöirogeensega, kuna ju gastriit ise võiks tingitud olla funktsionaalsest vasonörootilisest olukorrast.

Kui siin on mainitud neid rohkeid hüpoteese ulkuse geneesi seletamiseks ja näidatud, et selle nii sagedase ja patoloogiliselt hästi tuntud haiguse tekkimise põhjused on veel täiesti selgitamata, siis toimus see peamiselt sihiga rõhutada, kui tähtis ka edaspidi võiks olla selle haiguse ja tema puhul ettetulevate muutuste kliiniline jälgimine, kuna sellega võib leida uut, mis võiks selle haiguse tekkimise põhjuste selgitamisele lähemale viia, niikui ikka on kliinik see olnud, kes probleemide lahendamisel üles seadnud hüpoteese, mida eksperimentaalne meditsiin on hiljem tõendanud. Sellep. ei ole ka mitte ülearune, kui ma nendest täheldusist teatan, mida me kuigi väheste aastate jooksul oleme teinud ja avaldan mõningaid andmeid *ulcus pepticum*'i kliinikust meil Eestis.

Ulkuse diagnostikas tuleb erilist rõhku panna ulkuse anamneesile. Nende haigete kaebused on väga tüübilised eriti maolukuti (pülooruse) piirkonnas ettetuleva ulkuse puhul (prantslaste *syndrome pylorique*). Siia kuuluvad peamiselt perioodlikkus, teiseks hilised valud ja kolmandaks n. n. öösised näljalvalud. On teada, et ulkusehaigeil mitte ainult pülooruse, vaid ka maokeha ulkuse puhul nende haigus perioodide viisi avaldub. Ühel niisugusel haigusperioodil ilmuvad haigel valud iga vähe-segi söömise järel, haige kannatab nende all ka öösiti; siis tuleb iseenesest, vaatamata ravimisele periood, kus kõik kaebused kaovad ja haiged end tunnevad terveina. On püütud seda perioodlikkust mitmeti seletada. On teada, et akuutsed ulteratsioonid ja ulkus võivad kiiresti paraneda ja sellega ühenduses kaovad ka haiguse sümptomid, kuid teiselt poolt on röntgenoloogiliste uurimuste põhjal kindlaks tehtud, et ka siis, kui ulkus ei ole paranenud, haige võib perioodiliselt end tervena tunda. Niisuguseid muutusi on seletada püütud muutusiga vegetatiivses erkkonnas. Goldscheider räägib sel puhul n. n. ümberkõlastusest (Umstimmung) kogu organismis, mille puhul summeerub valu tundlikkus, edasi antud vistseraalselt sümpaatiliste ja parasümpaatiliste teede kaudu, selja-ajusse. Üldiselt on tunda need perioodilised ümberkõlastused ja muutused organismis, tingitud muutusist endokriinses süsteemis. Tunneme spasmoofilse konstitutsiooni puhul perioodilisi muutusi ja oleme täheldanud, et ka ulkusehaigeil on osalt ühist selle konstitutsionaalse iseäraldusega. Tunneme perioodilisi ümberkõlastusi kogu vegetatiivses erkkonnas ja peame oletama, et niisugused ümberkõlastused võiksid ehk tingitud olla muutusist ionide miliöös. On täheldatud, et ulkusehaigeil korduvalt tulevad ette haiguse perioodid ühenduses aastaaja või kliimaliste muutusiga, eriti sügisel. Teiste *syndrome pylorique* kuuluvate kaebuste juures ei taha ma lähemalt peatuda; tähendan vaid, et need sümptomid võivad sageli ka maksahaiguste puhul ette tulla, mispärast differentsiaaldiagnostiliselt *syndrome pylorique* kompleksi õiguse pärast patognomooniliseks ainult ulkusele alati mitte pidada ei tule. Veel peab arvesse võtma rida teisi, mitte just tüübilisi kaebusi ulkusehaigeil, kuna need on õige sagedased, „ajab rindu, alt täis, kõht on paistetunud, puhutunud, on sellepärast raske tunne pärast söömist, kuigi ei ole suuri valusid, pea on uimane, kõht kinnine.“ Ulkuse anamneesis peame oskama hinnata ja objektiivselt seletada haige kaebusi, sest peab konstateerima, et ka väljaspool puht-loodusteaduslisi meetodeid, kliinilisele arstiteadusele palju kasulikke andmeid haige subjektiivsete kaebuste kaudu kätte antakse. G. v. Bergmann arvab õigusega haige kaebusi olevat tähtsamaid ulkuse sümptomeid, kuna ta leiab, et just viimase 10 aasta väl-

tel, kui objektiivseile leidudele hakati erilist tähelepanu pöörama, subjektiivseid kaebusi kõrvalasjadeks pidama hakates, ka valediagnooside arv suurel määral ja peamiselt ulkuse arvel on kasvanud.

Teiseks, tuleb ulkuse diagnostikas küll suurimat rõhku panna röntgenoloogilisele uurimisele. On teada, et õige röntgenitehnika tarvitamisel võib ulkuse varje ehk niisid õige sageli leida ja sellega on antud võimalus ravi terapeutilist toimet jälgida. Röntgeniraami juures võib mao mootorset tegevust ja selle muutusi täpsalt jälgida ning tundma õppida tüübilisi, ainult ulkusele omapäraseid muutusi. Röntgeni abil võib määrata ulkuse täpsamat lokalisatsiooni; näiteks maolukuti-lähise haavandi (*ulcus juxtapyloricum*) asemel võib nüüd kirurgilise terapia määramisel selgesti diagnoosida, kas haavand asub kaksteistsõrmikus (*duodenum*), maolukutis (*pylorus*) või prepüloorilises osas, kuigi praktikule ei ole lokalistiline diagnoos alati tähtis. Nüüd on tuttavad ulkuse puhul ettetulevad mao peristaltika muutused ja on teada, et ettetulev atooniline mao seisund ühes retentsiooniga, pülooruse spastiline seisund ja elav algusperistaltika niisama ptootiline magu ja varjud (niisid) on patognomoonilised eeskätt ulkusele.

Ulkuse diagnostikas väärib suuremat tähelepanu konstitutsionaalsete omapärasuste jälgimine ja päriik moment. Sageli ettetulev asteeniline tüüp (Stiller'i järele) ja teatav labiilne vegetatiivse erkkonna seisund, ühes vasonöirootiliste muutusiga ja teatavad perifeersed tundlikkuse muutused on tingitud n. n. vistsero-vistseraalseist refleksist ja Head'i tsoonide määramine peaks ulkuse diagnostikas rohkem tähelepanu leidma.

Mis puutub ulkusehaige mao sekretoorsesse võimesse, siis peab tähendama, et see harilikult tarvitusel oleva Ewald-Boas'e katsu ühekordse uurimise järele ei ole alati hüperatsiidne. Nimelt on näidanud Katsch'i ja Kalk'i põhjalikumad uurimused n. n. fraktsioneeritud mao sisu uurimismeetodiga, kuidas suurel osal haavandi ja eriti kaksteistsõrmiku-haavandi haigeil sektretsiooni ja atsiidsuse kõverjoon näitab järk-järgulist astmelist tõusu ja alles 2—3 tunni järel kõrget atsiidsust. Need autorid on leidnud oma meetodiga (arvates kõrgemaiks üldhappesuse andmeiks 30-hüpatsiidne, 30—70-normatsiidne ja üle 70-hüpatsiidne), et *ulcus ventriculi* puhul on happesus 35% hüp- või anatsiidne, 41% normatsiidne ja 24% hüperatsiidne; *ulcus duodeni* puhul 0% hüp- või anatsiidne, 57% normatsiidne ja 43% hüperatsiidne. Igatahes näitavad need andmed, et hüperatsiidsus *ulcus ventriculi* korral ei ole sugugi seadusepärane näht.

Niisama näitavad kliinilised teadumused, et haavandi diagnoosimiseks pole okkultsete verejooksude määramisel roojas alati seda otsustavat tähtsust, nagu üldiselt arvatakse. Kui n. n. tõrv-väljaheide tingimata ulkuse poolt räägib, siis haigete ravimisel on väga hästi teada, kui kiiresti isegi suuremate verejooksude järel veri roojast kaob, ilma et selle aja vältel ulkus oleks võinud paraneda. Nii kaovad ulkusehaigeil aegajalt verejooksud ja sel ajal ei leidu verd ka väljaheites.

Enne kui ulkuse ravist rääkida, peatume nende kliinilis-statistilisel andmeil, mida meie viimase 2½ aasta jooksul Tartu Ülikooli hospitaal-sisehaigustekliinikus *ulcus pepticum*'i haigete kohta oleme kogunud ja mis ühtlasi pakuvad teatavat kliinilist pilti nende haigete ja selle haiguse liikumise kohta Eestis. Kuigi need andmed suhtelised, on nad siiski esimesed sarnased meil ja sellepärast praktiku seisukohastki küllalt huvitavad. Kõigepealt on huvitav kindlaks teha, kui sageli meil esineb ulkus, kuidas see aastaaegade, sugu ja eluea järele jaotub.

Tabel 1.

Andmed maohaavandi-haigete liikumisest hospital-sisehaigusteklinikus 1925.—1927. a.

Kuud	Maohaavandi-haigete arv									Kõik kokku
	1925. a.			1926. a.			1927. a.			
	meest.	naist.	Kokku	meest.	naist.	Kokku	meest.	naist.	Kokku	
Jaanuar	4	0	4	9	1	10	3	2	5	19
Veebruar	4	0	4	8	3	11	8	0	8	23
Märts	5	2	7	7	2	9	8	0	8	24
Aprill	4	1	5	17	2	19	7	2	9	33
Mai	1	1	2	7	1	8	4	0	4	14
Juuni	0	1	1	6	0	6	10	0	10	17
Juuli	2	1	3	8	1	9	—	—	—	12
August	8	2	10	8	1	9	—	—	—	19
September	3	1	4	8	4	12	—	—	—	16
Oktoober	3	2	5	6	0	6	—	—	—	11
November	5	1	6	5	2	7	—	—	—	13
Detsember	1	2	3	11	1	12	—	—	—	15
Kokku	40	14	54	100	18	118	40	4	44	216
Haigete üldarv			792			1129			584	2505
% %	77	23	6,5	84,7	15,3	10,4	91	9	7,5	8,5

Tabel 1 näitab, et 1925. a. hosp.-sisehaigustekliinikus on ravimisel olnud ulkusehaigeid 40 meest ja 14 naist, seega 6,5% haigete üldarvust (792). 1926. a. tõuseb haigete üldarv 1129 peale, kuna mees-ulkusehaigete arv tõuseb 100-ni, naishaigete oma 18-ni, seega kokku 118 ulkusehaiget, ehk 10,4% haigete üldarvust. 1927. a. esimese kuue kuu jooksul on kliinikus ravimisel olnud üldse 584 haiget, nendest ulkusega mehi 40 ja naisi 4, kokku 44 ehk 7,5% üldarvust. Kokku viimase 2½ aasta vältel seega 216 ulkusehaiget, 180 meest ja 36 naist ehk 8,5% haigete üldarvust (2505). Kõigi nende haigete diagnoos on täpsate kliiniliste uurimiste põhjal kindlaks tehtud ning röntgenoloogiliselt ja osalt ka operatiivselt kontrollitud. Need andmed näitavad, et ulkus on meil sagedamaid sisehaigusi, moodustades viimaste hulgas vähemalt 8,5%. Võib arvata, et see protsent peaks olema tõelikult veel suurem, kuna oletama peab, et suur hulk ulkusehaigeid end ambulatoorselt ravivad ja nendestki kindlasti paljud mitmesuguste teiste haiguste pähe. Kirjanduses leiduvate statistiliste andmete järele tuleb *ulcus ventriculi* hari-

likult sagedamini esile naiste- kui meesterahvail; nii on Brinton'i järele naiste ja meeste vahekord nagu 2:1; Riegel'i järele tuleb 124 naishinge kohta 126 meeshaiget. Ainult jaapanlaste seas (Jukawa) tuleb ulkust meesterahvail rohkem ette kui naisterahvail. Meiegi andmete järele esineb maohaavand sagedamini meesterahvail: 216 haigest on 180 meest (84%) ja 36 naist (16%). Üksikuil aastail näeme selles vahekorras kõikumisi, nii 1925. a., kus meeshaigeid oli 77%, naishaigeid — 23% ulkusehaigete üldarvust. Need kõikumised aga ei muuda eelpooltähendatud vahekorda, kuigi ka üldiselt meeshaigete arv on meil pisut suurem naishaigete omast.

Nagu eelpool tähendatud, on *ulcus pepticum*'i ilmumine sageli aastaegade ja kliimaliste muutusiga seotud. Ka meie andmete järele (tab. 1) võib teatavat haigete arvu kõikumist ühenduses aastaegadelega täheldada ja nimelt näitab ulkusehaigete arv kaks korda aastas teatavat tõusu: kevadel märtsi- ja aprillikuus ja sügisel augusti- ja septembrikuus.

Et *ulcus pepticum*, nagu seda statistikast näha, on nooremas elueas ettetulev haigus, seda näitavad ka meie andmed (v. tabel 2). Kõige sagedamini leiame meie ulkust 20—40 a. vahel, kuna ta alla 20. a. ja peale 50 a. tuleb võrdlemisi harva ette. Suur osa vanemaid haigeid on, nagu seda ulkuse puhul harilikult näha, juba varemalt 10—20 a. eest haigustunud ja tuleb seega nendegi haiguse algust 20—40 aastaisse asetada.

Tabel 2.

Andmed maohaavandihaigete elueast.

Eluiga	1925. a.			1926. a.			1927. a.			Üldarv
	meest.	naist	Kokku	meest	naist.	Kokku	meest.	naist.	Kokku	
10—20 a.	2	1	3	5	2	7	—	—	—	10
21—30 a.	19	4	23	24	4	28	13	2	15	66
31—40 a.	6	5	11	35	6	41	11	0	11	63
41—50 a.	11	1	12	21	4	25	10	1	11	48
51—60 a.	4	0	4	13	0	13	5	0	5	22
61—70 a.	0	1	1	2	2	4	1	1	2	7

Nagu teada, leidub arvamisi, et ka puhtmehaanilised insuldid mao enese suhtes kui ka välispidine trauma võiksid ulkuse patogeneesis tähtsat osa etendada. Kuigi see osalt hüpoteetiline arvamine erilist tähelepanu suurema osa ulkuse uurijate poolt pole leidnud, ei ole siiski huvitusetä jälgida, missuguste kutsete ja ühenduses sellega elutingimuste puhul meie oludes *ulcus pepticum* kõige sagedamini ette tuleb. Vastavaid andmeid leiame järgnevas tabelis 3.

Tabel 3.

Andmed maohaavandi-haigeist kutse järele.

Kutse	1925. a.			1926. a.			1927. a.			Kokku	% üld-arvust
	meest.	naist.	Kokku	meest.	naist.	Kokku	meest.	naist.	Kokku		
Põllutöölised . .	12	4	16	40	4	44	18	2	20	80	8,2
Käsitöölised . .	1	0	1	3	0	3	—	—	—	4	3,6
Vabrikutöölis. ja raskema kehalise töö tegijad	7.	0	7	19	0	19	5	0	5	31	13,6
Lihttöölised, voo- rimehed, pakikandjad jne. .	9	1	10	17	1	18	5	0	5	33	11,5
Ametnikud ja kooliõpetajad .	3	6	9	10	13	23	2	2	4	36	6,1
Politsei ja raudteelased . . .	5	0	5	6	0	6	10	0	10	21	14,8
Üliõpilased ja kooliõpilased .	2	1	3	5	0	5	—	—	—	8	5,0

Neist andmeist on näha kõigepealt, et raske töö tegijad, nagu põllumehed, vabriku- ja lihttöölised, palju suuremal määral ulkuse all kannatavad, kui näit. käsitöölised. Kirjanduses leidub kogu rida juhte, kus äkilise välise trauma järel lühikese aja vältel tekkis ulkus, niisama on arvatud, et kauemat aega kestvad traumad võiksid ulkuse tekkimist põhjustada. Kuigi meie statistilised andmed ei saa otsekohe seda oletust tõendada, siiski näitavad nad, et välise trauma kui etioloogilise momendi peale peaks tähelepanu pöörama rohkem, kui seda tänini on tehtud. Edasi on veel kahtlustatud ulkuse tekitamises toidu enese mehaanilist ja termilist toimet mao limanahasse. Kuigi täheldused sel alal on liiga väikearvulised, et nendega oleks eriliselt arvestatud, tuleks kliinilisest seisukohast meilgi ka nende momentide peale rohkem rõhku panna. Kui meie põllutöölise hulgas rohkemasti mao ulkust leida, siis tuleks mõelda küll muude sotsiaalsete ja hügieeniliste elutingimuste kõrval eriliselt ka meie põllutöölise enam-vähem ühekülgse toitumise peale. Meie andmeist on näha edasi, et maohaavand esineb väga sageli neilgi inimestel, kes vähe kehalist tööd teevad, kuid kelle kutse eriti seotud on sagedaste ärrituste ja vaimliste läbielamisega, nagu raudteelaste ja politseinikkude oma. Siin lubavad meie andmed küll oletada, et on tegemist nõiogeensete momentidega ulkuse tekkimisel. Ja tuleb arvata, et eriti soodsalt haiguse tekkimise suhtes toimivad iga- sugused vaimlised pingutused neisse isikuisse, kes on konstitutsionaalselt

disponeeritud ulkuseel, nagu seda on vegetatiivselt stigmatiseeritud indiviidid. Kõik uurijad, kes n. n. ulkusediateesiga on tegemist teinud, on tulnud ühisele arvamisele, et mitte ulkus ei kutsu esile närvlikkuse sümptomeid või vegetatiivse erkkonna disharmoonilist seisundit, vaid ümberpöörduvalt, ulkus on tingitud juba organismis olemasolevaist konstitutsionaalseist iseäraldusist.

Andmeid kliinilisest sümptomatoloogiast.

Eeskätt on huvitav märgendada ulkusehaigete konstitutsionaalseid iseäraldusi, mida võib eriti nooremail haigeil väga sageli täheldada. Arst, kes on rohkem ulkusehaigega tegemist teinud, võib sageli juba haige näoilmeist tunda seda, mida G. v. Bergmann vegetatiivselt stigmatiseeritud seisundiks peab. Neil haigeil leidub sageli Basedow'haige sarnast näoilmet („B-tüübid“), nimelt, silmade läiget, suuri silmavasiid (pupille), niisket nahka, eriti kätel ja jalgadel, vasonöirootilisi muutusi mitmesugusel kujul (kõrgenenud dermografism jne.). Sageli leidub ulkusehaigeil ka vagotoonilise seisundi tunnuseid, nagu bradükardiat, madalat keha t^o, spastilist obstipatsiooni, või aga sümptatikotoonilise seisundi sümptomeid, nagu eksoftalmust, niisket nahka, kananahka, hõõtsikut (*struma*) jne. Et maohaavandi-haigeil võib näha ühel ajal nii uitergu (*n. vagus*) kui ka sümpaatikuse häireid, siis on v. Bergmann ette pannud, niisugust seisundit nimetada vegetatiivse erkkonna disharmooniaaks, ilma et oleks täiesti lahendatud küsimus, kas haigeil on ülekaalus uitergu või sümpaatikuse ärritused. Peab tähendama, et üheltpoolt üksikute sümptomite objektiivne määramine ja teiselt poolt nende tekkimise põhjuste kindlakstegemine tekitab tänapäev veel suuri raskusi, sellep. on ka küsimine nii vagotonia kui ka sümptatikotonia suhtes veel selgusetu. Suurema osa uurijate järele on küll ulkusehaigeil vagotoonilise seisundiga tegemist, mida tõendavad eeskätt mao enese nii motoorsed kui ka sekretoorsed funktsioonihäired.

Jälgides oma haigeil nende konstitutsionaalseid omapärasusi, leidsume 88 selles suhtes uuritud ulkusehaigest 42 juhul eelpooltähendatud vegetatiivse erkkonna disharmoonilist seisundit. Kui üldarvust 88 lahutada need 24 juhtu, kus oli enam-vähem selgelt arenenud Stiller'i järele *habitus asthenicus* ühes üksikute vegetatiivse ergustiku stigmadega G. v. Bergmann'i mõttes, siis näeme, et suurem osa meie haigeist avaldab vegetatiivse erkkonna disharmoonilist seisundit. Ühtlasi näeme, et kliinilisest seisukohast peab küll suuremat tähelepanu ulkuse diagnostikas konstitutsionaalsete momentide peale pöörama.

Et Stiller viimasel ajal uuesti on arvanud patognomooniliseks ulkusele *habitus asthenicus*'t, mida identseks on peetud *habitus phthisicus*'ega, siis jälgisime me ka oma haigeil selle ettetuolemist. 88-st haigest leidsime 24 asteenilist kehaehitust. Stiller tahab leida sidet tuberkuloosi ja ulkuse vahel, oletades tuberkuloosis ühte patogeneetilist momenti ulkuse tekkimiseks. Kuid nii varemad kui ka meie statistilised andmed ei saa seda Stiller'i arvamist kinnitada. Esiteks ei ole *habitus asthenicus*'i ja tuberkuloosi nakkuse vahel midagi ühist (Wenckebach) ja teiseks näitavad ka meie andmed, et suurel osal meie ulkusehaigeist ei ole võimalik tuberkuloosi ei aktiivsel ega latent-sel kujul kindlaks teha. 140 ulkusehaigest, keda tuberkuloosi suhtes

põhjalikult uuriti ja röntgenoloogiliselt kontrolliti, leidsime me ainult 19 juhul tuberkuloosi, osalt lahtisel kujul, suuremal osal aga varem olnud tuberkuloosi tunnuseid.

Mis puutub perifeerseisse tundlikkuse muutussisse ulkusehaigil, mida on kirjeldanud Head (n. n. Head'i tsoonid), Mendel (n. n. Mendel'i koputlemis-tundlikkus) ja Boas (n. n. Boas'e surumis-punktid), siis on nendel ulkuse diagnostikas oma tähtsus, kuid mitte seda otsustavat tähendust, nagu nimetatud autorid on arvanud. Eriti, mis puutub Head'i tsoonisse, siis näitavad meiegi esialgsed teadumused, et need esinevad vähem seadusepäraselt ulkusehaigil kui mitmesuguste maksahaiguste korral. v. Bergmann on kõiki neid fenomene seletanud kui reflektorselt tingitud n. n. vistsero-vistseraalseist (muskulaarseist ja nöirogeenseist) refleksist ja sellest seisukohast omavad kõik need fenomenid suurema kliinilise tähtsuse eriti kõhuõõne haiguste diagnostikas. Kui nende jälgimisel ei ole suuremaid positiivseid kliinilisi tagajärgi saavutatud, siis usun, et selle põhjuseks on kindlasti nende pealiskaudne uurimine ja tundmine.

Mao sekretoorse funktsiooni muutused. Kui kõigist diagnostika õpperaamatuist võib lugeda, et *ulcus pepticum*'i puhul on reeglipäraselt hüperatsiidse seisundiga maos tegemist ja ainult sarnane leid võib ulkuse poolt rääkida, siis tegelikult on näha väga sageli kõrvalkaldumisi sellest reeglipärasusest. Fraksioneeritud mao sekretsiooni uurimismeetodi abil on võimalik põhjalikumalt uurida ulkusemao sekretoorset võimet ja omapärasusi. Selgus, et ulkusemaos on mao sekretoorne võime väga mitmeti muutunud, ja et siin on arvatavasti tegemist muutunud mao ärritus-seisundiga. Teame nüüd, et hüperatsiidse seisundi kõrval, mis rohkem *ulcus juxtapyloरिकum*'ile tüübiline, ka norm- ja anatsiidsed seisundid ette tulevad. Tõenäolik on v. Bergmann'i järele, et siin suurt osa etendab ka muutunud mao motoorne võime, mao tühjenemise suhtes. Mis puutub eriti kliinikus harilikult tarvitusel olevasse Ewald-Boas'e meetodisse, siis on arusaadav, et sellega on võimalik vaid osaliselt mao sekretoorset võimet jälgida. Harilikuks kliiniliseks otstarbeks täidab ta võrdlusandmete saamisel oma ülesannet, kuna see meetod ka arstlikes praksis on lihtsam. Meie andmed ulkusemao kemismist on saavutatud ka Ewald-Boas'e meetodiga. Oleme leidnud, et meie happesuse andmed normaalses seisundis vaba HCl-il kõiguvad 16—35 ja üldhappesuse omad 30 ja 55 vahel. Sel põhjal oleme oma ulkusehaiged kolmeks liigiks jaotanud: hüperatsiidsed, kellel vaba HCl-andmed kõrgemad kui 36 ja üldhappesus kõrgem kui 55; normatiidsed, kelle andmed meie normi piirides kõiguvad, ja hüpatsiidsed, kelle andmed seisavad allpool normi.

140-nest uuritud ulkusehaigest leidsime ainult 56 (40%) hüperatsiidset, 56 (40%) normatiidsed ja 28 hüp- või anatsiidset seisundit. Seega ainult 40%-il vastavad meie andmed üldarvamisele, kuna niisama palju juhte näitavad täiesti normaalset mao sekretoorset võimet ja 20% koguni hüp- või anatsiidsust. Sellest järgneb, kui ettevaatlik peab ulkuse diagnoosimisel olema Ewald-Boas'e katsueine järele saadud

andmete hindamisega ja et eriti krooniliste ulkuste puhul nagu selle peale v. Bergmann erilisel tähendab, ei saa hüperatsiidsuse reegli-pärasusest juttugi olla.

Mis puutub ulkusemao motoorse funktsiooni muutuste uurimisesse, siis on siin röntgenidiagnostikal kõige suuremaid saavutusi. Mitte ainult, et röntgenoanatomiliselt võib ulkust täpsalt diagnoosida ja terapia suhtes seisukohta võtta, nimelt kas teataval juhul internistilist või kirurgilist terapiat tarvitada, vaid et ka mao peristaltilisi muutusi võib analüüsida ja ulkusemaole omapäraseid diagnostiliselt tähtsaid iseäraldusi kindlaks teha ja seega haiguse patogeneesi uurimisele kaasa aidata.

Kuigi uuemaaja röntgenidiagnostika tahab ulkust otseselt selle varju (niši) leidmisega kindlaks teha, jääb siiski paljudel juhtudel mao motiilsuse muutusile oluline tähtsus. On ju iseloomulikud maolukuti-eelsele haavandile (prepüloorilisele ulkusele) näiteks maolukuti spastiline seis, kaksteistsõrmiku-haavandile eriti elav algeristaltika, elav maolukuti tegevus ja püstiline spastiline seis, mis tekitab hilist peetust (retentsiooni). Krooniliste ulkuste puhul ei ole mitte haruldased nähud gastroptoos ja eriti tüübiline mao atooniline seis, tingitud pikemat aega väldanud maolukuti haiglasest tegevusest, ja viimasel ajal on selgunud, et nende seisundite puhul on sageli tegemist ulkusega.

Meie röntgenoloogilised andmed 140 ulkusehaiget näitavad, et 91 haigel (65%) oli võimalik 6 tunni järel hilist peetust (retentsiooni) maos kindlaks teha. Elavat algeristaltikat ja maolukuti spasmi leidsime me 25 haigel, atoonilist ja ptootilist magu 42 haigel. Neist andmeid on näha, et ülaltähendatud motiilsuse muutused ei ole tingimata seadusepärased nähud *ulcus ventriculi*'i puhul, küll aga tuleb retentsioon 6 tunni järel siin väga sagedasti ilmsiks. Ühtlasi lubavad need andmed oletada, et meil kõige sagedamini tegemist on prepüloorilise ulkusega või ulkusega mao väikses kõverikus ja vähemal arvul maolukuti-lähise haavandiga.

Need meie andmed *ulcus pepticum*'i¹⁾ kliinikust näitavad, et siin palju on niisuguseid momente, mis lubavad meil *ulcus pepticum*'i, kui üldhaiguse peale vaadata, tingitud omapäraseist konstitutsionaalseist ja konditsioonilisist (Tandler'i mõttes) tegureist. Kui tänapäev veel tagasihoidlik oldakse n. n. ulkuse diateesist rääkimast, siis küll peamiselt sündsusest nende autorite vastu, kes on teistsuguses arvamises, kuna selle haiguse patogenees pole veel lõplikult lahendatud. Seniks olgu meie kliiniklaste ja praktikute ülesandeks edasi jälgida selle haiguse tekkimist, tema krooniliseks muutumist, lokaliseerimist ja seda perioodilikkust, mis nii tüübiline on selle haiguse kulus. Ja, võib olla, selgub siis lõpuks, missugust osa konstitutsioon selle sõna laiemas ulatuses ulkuse patogeneesis etendab.

1) Me ei tee põhimõttelist vahet *ulcus ventriculi*, *duodeni* ja *jejuni* vahel, pidades neid haigusi patogeneetilisel üheks.

Verepilt. Vere morfoloogiliste muutuste kohta leidub üldiselt vähe andmeid, kuna on leitud, et ulkusehaige verepildis ei tule mingisuguseid kõrvalekaldumisi normist ette. Kui aga ulkuse tekkimisel konstitutsionaalseid momente ja vegetatiivse erkkonna n. n. disharmooniat tähtsaks on peetud, siis võiks *a priori* oletada, et ka verepildis peaks leiduma omapäraseid muutusi. Kui ulkusehaigeid on vegetatiivselt stigmatiseeritute hulka arvatud ja basedovitiübilisile grupele lähedal seisvaiks peetud, siis peaks sel juhtumisel vastavate verepildi muutuste abil võimalus olema seda arvamist veel kinnitada. Ma ei ole kirjanduses leidnud, et ulkusehaigete vere morfoloogilist uurimist kunagi põhjalikumalt oleks käsitletud. Sellep. avaldan siinkohal meie vereuurimiste tulemused 52 ulkusehaige kohta. Nende seas olid 15 haiget täiesti normaalse verepildiga, 4 haigel leidus väljakujunenud sekundaarse anemia pilt, 27 h. selgesti arenenud hüperlümfotsütoos, kus üksikuil juhtudel lümfotsüütide % tõusis üle 50. Mis puhtub valgesse verepildisse üldse, siis peab tähendama, et me oma haigeil kunagi löikotsüütide hulga kõrvalekaldumisi normist ei leidnud, vaid 5 juhul oli valge verepildi nihkumist vasemale poole Arneht-Schilling'i järele. Neist andmeist on näha, et 52% haigeil tuleb tunduv lümfotsütoos ilmsiks, kuna löikotsüütide eneste arvus kui ka punases verepildis ei tule kunagi erilisi kõrvalekaldumisi normist ette. Ühtlasi oli nende uurimuste puhul võimalik täheldada, et lümfotsütoos oli selgesti arenenud eeskätt neil haigeil, kellel konstateerisime vegetatiivse erkkonna disharmoonilist seisundit. Sellep. tuleb arvata, et seda leidu võib ulkuse diagnostikas tulevikus kindlasti kasutada, kuigi seda mitte kõigil haigeil ei näe, vaid peamiselt neil, kus tegemist on n. n. ulkusediateesiga.

Ulkusetapia. Kokku võttes meie ulkusehaigete kliinilise ravi tagajärgi, leiame, et 142 haigest paranesid internistilise terapia järele 119 (ligi 84%) mitmesuguse aja vältel, kuna 23 juhtu, mis kuulusid kirurgilise ulkuse hulka, raviti operatiivsel teel. Suuremal osal haigeist viidi läbi dieetiline ulkusetapia ühenduses lamamise ja soojuse applikatsiooniga, vähemal osal tarvitati Sippy ja Jarotski ravisid ja parenteraalselt ärritusterapiat. Et meie teadumuste järele dieetiline ravi ühenduses lamamise ja soojuse määramisega annab kõige paremaid ja püsivamaid tagajärgi, oleme oma haigeid viimasel ajal jällegi ainult sellega ravinud. Meie dieetiline ravi on järgmine: haige, kellel pole anamneesis suuremaid verejooksusid olnud, saab esimesel päeval piima (300—400 ccm), suhkrut, kaeratummi (500 ccm), 2 muna ja umb. 200 ccm jahu- või mannaputru ja magedat võid, seega päevas 1000—1200 kalorit; kui haiged niisuguse dieediga end hästi tunnevad, siis lisatakse järgnevatil päevil piima ja üks muna. Niisugune dieet vältab üks nädal; kui selle aja jooksul subjektiivsed kaebused kaovad, lisatakse järgmisel nädalal toidule putrusid (manna-, riisi- ja lõpuks kartulipüree), võid ja lõpuks kuivikuid. Kolmandal nädalal lubatakse mitmekesisemaid suppe (manna-, riisi-, nuudli- jne.) ja saia. Kannatab haige seda dieeti hästi ja ei ilmu okkultseid verejookse, mille suhtes meie haigeid tingimata kontrollime, siis lubatakse kolmanda nädala lõpul üle minna kerge lihata

piimatoidu peale ja selle järel ka kergemate lihatoitude tarvitamisele. Meie oleme selle ravi läbiviimisel lamamist ikka tähtsaks pidanud, kuna meie haiged korralliku lamamise puhul harilikult juba esimestel päevadel valudest vabanevad ja kiiresti paranevad. Sellep. peame ka tähtsaks, et ulkusehaigeid okkultsete verejooksudega tingimata ainult kliinikus, või kindla kliinilise režiimi järele ravitakse. Niisama tähtis on, et haiged vähemalt 3 korda päevas kuuma termofoori või elektrisoojendajat kõhu peal hoiavad. Sellele ravile lisaks anname harilikult veel *extr. bella-donnae*'t ühes vähese leeliselega 3 korda päevas. Üksikuil raskemal ja vanemal juhtudel kõrge hüperatsiidsusega, kui meie selle dieteetilise raviga algusest peale tagajärgi ei saanud, oleme tarvitanud omal ajal meie kliinikus prof. Jarotski poolt soovitatud n. n. ölidieeti, mis seisab selles, et haigele antakse korralikult iga tunni järel mingisugust õli, eeskätt oliiviõli ehk ka *ol. provinciale* ja piima, pikkamööda nende päevast hulka tõstes kuni 150—200 g õli *pro die*. Selle dieediga võib häid tagajärgi saada eriti hüperatsiidseil haigeil, kuna hüpersekreetsioon ja atsiidsus tõesti langevad ja haige subjektiivsed kaebused kiiresti kaovad. Muudkui seda dieeti, kui iseenesest raskemaid paljudest ulkuse-ravidest on võimalik vaid üksikuil haigeil läbi viia, kuna üldiselt vastikuse tunne õli vastu paljudel haigeil sunnivad seda ravi katkestama.

Niisama oleme raskemal hüperatsiidseil haigeil hea eduga tarvitanud Sippy ravi, mille puhul antakse päeva vältel k. 7 hom. kuni k. 7 õhtuni iga tund 100 ccm piima pooleks koorega. Peale selle k. 7 hom. kuni k. 1/2 10 õhtul iga 1/2—1 tunni järel vaheldades kahte järgmist pulbrit: 1) *magn. usta, natrium bicarbon. aa* 0,5; 2) *calcium carbon. 0,5 + natr. bicarb. 1,5*. Sellele lisaks saab haige järjest toidu lisana muna, kuivikuid, võid, kaera- ja riisiputru. Üksikud eined peavad väikesed olema ja mitte palju üle 100 g tõusma. Niisugune ravi ühes voodis lamamisega vältab 3—4 nädalat, mille järel pikkamisi kerge üldtoidu peale üle minnakse. Üksikuil juhtudel soovivad ameeriklased leeliste igapäevast annust veelgi tõsta. Sippy eeskirja järele peab alkaliseerimist peale ravi lõpetamist jätkama veel kogu aasta. Kuigi mitmel pool, eriti Saksamaal, selle ravi peale teatava umbusaldusega vaadatakse, võime seda kiinilise režiimi puhul oma teadumuste põhjal raskemal juhtudel, kus harilik dieteetiline ravi tagajärgi ei anna, ainult soovitada. v. Bergmann, kes tema kliinikus Kalk'i ja Lang'i poolt ettevõetud uurimuste põhjal arvab, et leelised ja eriti *natr. bicarbon.*, küll alul nõitraliseerivalt toimib, selle järel aga ärritus-seisundis olevasse maosse maosekreetsiooni suurendavalt ja seega hüpersekreetsiooni esile kutsuvalt, soovib Sippy ravi tarvitamisel ettevaatlik olla või parem teda mitte tarvitada. Kuid nagu hilisemad Budapesti kliiniklase Bálint'i ulkusehaigete uurimused on näidanud, toimib leelis ja nimelt suurtes dooses hästi sellepärast, et tema tarvitamisel suurtes hulkades ulkusehaige nii kui nii kõrgendud happene reaktsioon organismis nõitraliseeritakse. Bálint'i arvamise järele oleneb ulkuse paranemine eeskätt organismi reaktsioonist ja igasugune ravi, mis haige happest reaktsiooni vähendab, soodustab ka ulkuse paranemist. Kui ulkusehaigeil suurema verejooksu

järel kõik objektiivsed kaebused korruga kaovad, või kui parenteraalse ärritusraviga, niisama röntgenraviga häid tagajärgi on saavutatud, siis võiks seegi tingitud olla organismi reaktsiooni leelisuse (alkaalsuse) poole nihkumisest. Sellest seisukohast paistab meile Sippy ravi õigus-
tatud olevat ja me tahame ka tulevikus teda tarvitada teatava ettevaa-
tusega kliinilises ulkusterapias ja kontrollida tema toimet.

Tähendame veel, et meie dieteetilist ravi ikka medikamendilisega oleme kombineerinud. Valude vähendamiseks anname oma haigeile ainult *extr. belladonnae*'t suuremais annuseis (0,03 kuni kolm korda päevas), kuna oopiumi derivaadid on täiesti kontrainditseeritud. Viimased, selle asemel, et mao mootorset tegevust halvata, nagu seda *belladonna* ja atropiini puhul näeme, tekitavad sageli tugevat maolukuti (pülooruse) spasmi, millele tundlikud haiged harilikult reageerivad oksendamisega, kuna valud sel puhul koguni suurenevad. v. Bergmann soovitab *belladonna* asemel määrata suurtes annuseis atropiini parenteraalselt 1 kord päevas ja on sellega paremaid tagajärgi saavutanud, kui *bella-*
donna'ga väikseis annuseis.

Meie teadumused parenteraalse ärritusterapia alal on esialgu nii väikesed, et siinkohal sellel ei peatu. Haigeil, kus meie seda ravi tarvitase harilikult siis, kui dieteetilise ravi järel iseäralikke tagajärgi ei saadud, ei saanud me kunagi eriliselt paremaid tagajärgi, mida tuleb seletada osalt sellega, et me ei saanud seda ravi sageli lõpule viia. Sedagi ravi kombineerisime dieteetilisega.

Oma teadumuste põhjal olen arvamisel, et ulkuse terapia peab olema eeskätt ikkagi dieteetiline. Niikaua kui ulkuse patogenees pole veel selge, peab utel hüpoteetilisil alusel põhjenevate ulkuse ravide tarvitamisel ettevaatlik olema, nagu seda v. Bergmann'gi täie õigusega rõhutab. Me teame väga hästi, et praegusel ajal veel puudub õige kriteerium selleks, kunas ulkusehaiget tervistunuks või paranenuks lugeda. Subjektiivsete kaebuste kadumisega ja okkultsete verejooksude puudumisel ei ole ulkusehaige mitte veel paranenud või tervistunud. Retsidiivid ja perioodiline haiguse sümptomite ilmumine ja kadumine on ulkusele eriti iseloomulikud ja sellep. võime haigeile ainult sel juhul abi anda, kui neile pikemaks või koguni eluks ajaks teatava dieedi pidamist soovitame. Ja seda võib ja tohib julgesti ainult siis teha, kui on kindel diagnoos. Teadumused õpetavad, et mida varem ulkust diagnoositakse ja haiget dieteetiliselt ravitakse, seda paremad on meie terapia tagajärjed ja seda vähem ja kergemal kujul kannatab haige retsidiivide all. Sellep. on tähtis, et ulkust diagnoositakse varakult ja haigeile määratakse vastav terapia, olgu see kas puhtdieteetiline ükskõik mis-sugusel kujul, või alkaal- või mõni teine ravi. Sellega suudetakse kõige rohkem neid palju kannatajaid haigeid aidata ja saavutada oma raviga parimaid tagajärgi.

K o k k u v ö t e.

1. *Ulcus pepticum* on sagedamaid sisehaiguste hulgas, kuna vähemalt 8,5% kõigist sisekliinilisist haigeist tema all kannatavad. Kõige

sagedamini näeme ulkust raskema kehalistöö tegijail ja vabrikutöölisel, kuid ka põllutöölise keskel mitte harva. Silmatorkavalt palju ulkust tuleb ette raudteelaste ja politseinikkude keskel, mis minu arvamise järele on nende elukutseiga ühenduses olevate sagedaste ärrituste, hingeliste põrutuste ja mittekorrapärase elamistingimusega osalt seletatav, kuna neis kutseis võib üldse sageli üldist närvlikkust ja mitmesuguseid nõiroose täheldada. Meie andmete järele tuleb ulkust meestel palju rohkem ette kui naistel (84% meeshaigeid ja 16% naishaigeid). Prevalentseks elueaks ulkusehaigeile on meiegi andmete järele noorem eluiga — 20—40 a. vahel. Teatavat perioodlikkust võib ulkuse liikumises täheldada ühenduses aastaaegade muutusega, kuna meiegi andmete järele on näha sagedamat haigustumist kevade alul märtsis ja aprillis ja sügise alul — augustis ja septembris.

2. Jälgides meie haigeil nende konstitutsionaalseid omapärasusi võib ütelda, et nendel vegetatiivse erkkonna disharmoonilist seisundit tuleb väga sageli ette, kuna Stiller'i *habitus asthenicus* on haruldasem näht. Meie andmete põhjal ei saa oletada, et ulkuse tekkimine kuidagi viisi tuberkuloosinakkusega võiks olla seotud.

3. Ulkuse diagnostikas tuleks meie teadumuste järele perifeersetel tundlikkuse muutustel peale enam rõhku panna, kui seda seni on tehtud.

4. Hüperatsiidsus ei ole *ulcus ventriculi* puhul mitte seaduspärane näht. Meie andmete järele tuleb siin ainult 40% hüperatsiidsust. 40% — normatsiidsust ja 20% — hüp- või anatsiidsust ette.

5. *Ulcus pepticum*'i diagnostikas omab röntgen suurima tähtsuse, kuna tema abil on võimalik mitte ainult anatoomiliselt diagnoosida, vaid ka ulkusemao omapäraseid motiilsuse häireid täpsalt jälgida.

6. Lümfotsüütide arvu suurenemine nöitrofiilsete arvel on ulkuse puhul sagedane näht ja tuleb eeskätt vegetatiivselt stigmatiseeritud haigeil ilmsiks, mispärast sellel valge verepildi muutusel on differentsiaal-diagnostiline tähtsus.

7. Ulkuse terapis jääb tähtsamale kohale dieteetiline ravi kombineeritud lamamise ja soojuste määramisega, kuna see annab kõige paremaid terapeutilisi tagajärgi. Moodsail hüpoteetilisel alusel põhjendavate ulkuse ravide suhtes tuleb olla ettevaatlik ja nende tarvitamisel dieteetilist režiimi silmas pida.

8. Tähtsamaks momendiks ulkusehaigete edurikkas ravis tuleb pidada varast diagnoosi, kuna ainult selleläbi on võimalik neid haigeid algusest peale ratsionaalselt ravima hakata ja lõpuks sellele haigusele sarnast ravi leida, mis annaks tervistamise suhtes paremaid tagajärgi kui praegused.

Kirjandus: Koguteosed: 1) G. v. Bergmann — *Ulcus pepticum* (ventriculi, duodeni, jejuni). Hndb. d. inner. Med., Mohr-Staeckelin, 2. Aufl., Bd. III, Tl. 1, lk. 633. — 2) L. Rüttimeyer — Kraus-Brugsch: *Spez. Pathol. und Therap. inner. Krankh.* Bd. V, Tl. 1, 1921; sealsamas kogu küsimust käsitlev literatuur. — 3) L. Al-

kan: Endokrine Faktoren in d. Genese u. Therapie d. *Ulc. ventriculi*. Verh. d. Ges. f. Verd.-Stoff. Krankh. V Tagung. 1926. — 4) R. Bálint: Extraventrikuläre physikalisch-chemische Faktoren in d. Pathogenese d. Magengeschwürs — *ibid.* — 5) R. Bálint: Ulcusproblem und Säurebasengleichgewicht. Karger, Berlin 1927. — 6) G. v. Bergmann: D. nervös. Erkrankungen d. Magens. Verh. d. deutsch. Ges. f. inner. Med. Kissingen 1924. — 7) Faber, Knud: D. Krankheiten d. Magens u. d. Darmes, Springer, Berlin 1924. — 8) G. Katsch: Normale und veränderte Tätigkeit d. Magens. Hndb. d. inn. Med. Mohr-Staehelin Bd. III, Tl. 1, lk. 245, 1926. — 9) W. Ruhmann: Der Ulcusranke, Karger, Berlin, 1926.

*

W. Wadi: Beiträge zur Klinik des *Ulcus pepticum*. (Aus der inneren Hospitalklinik der Universität Tartu — Dorpat.)

Auf Grund von 216 klinisch genau beobachteten Ulcusfällen werden einige klinisch-statistische Angaben über die Häufigkeit des Ulcus in Estland gemacht und einige neue Beiträge zur Klinik des *Ulcus pepticum* gegeben. Verf. findet, dass das chronische Magengeschwür in Estland eine recht verbreitete Magenerkrankung ist. Von allen internistischen Kranken der Klinik beträgt der Prozentsatz der Ulcuskranken mindestens — 8,5. Am häufigsten beobachtet man Ulcus bei körperlich Schwerarbeitenden (Fabrikarbeiter, Lasträger, Landarbeiter u. s. w.) und bei Eisenbahn- und Polizeibeamten. Die unvermeidlichen psychischen Erregungen und ungünstigeren hygienischen Arbeitsbedingungen der letztgenannten Berufe werden als begünstigende Momente für die Entstehung des Magengeschwürs bei den konstitutionell Veranlagten zu diesen Berufskreisen angehörigen Leuten angesehen. Im Gegensatz zu den früheren statistischen Angaben über das Vorkommen des Magengeschwürs bei beiden Geschlechtern, findet Verf., dass das *Ulcus pepticum* bei Männern eine viel häufigere Erkrankung ist, als bei den Frauen. Das prozent. Verhältnis zwischen Männern und Frauen war 84% zu 16%. Das Prädilektionsalter des Ulcuskranken wird zwischen 20—40 Lebensjahr übereinstimmend mit den früheren Statistikern bestätigt. Es wird die Periodizität des Ulcusleidens mit den klimatischen Schwankungen der Jahreszeiten in Parallele gestellt, indem es sich erwies, dass der Prozentsatz der Erkrankungen besonders im Frühjahr (Monate März—April) und im Herbst (August—September) eine Steigerung aufweist. Autor führt an, dass eine konstitutionelle Bereitschaft für die Ulcuserkrankung wohl nicht mehr zu bezweifeln ist. Aus eigenen Untersuchungen geht hervor, dass mehr als 54% aller Ulcuskranken zu den „vegetativ stigmatisierten“ Menschen (nach G. v. Bergmann) gehören. Bei einem ansehnlichen Prozentsatz der Fälle konnte der von Stiller beschriebene Habitus asthenicus festgestellt werden. Ein Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Ulcus, wie es von Stiller mehrfach hervorgehoben worden ist, wird abgelehnt. Aus den Untersuchungen der Sekretionsstörungen des Ulcusmagens geht hervor, dass die Hyperacidität bei Ulcus keineswegs als Regel gilt. Nur

in 40% aller Fälle ist Hyperacidität, in 40% — Normacidität und in 20% Hyp- oder Anacidität gefunden worden.

Es wird angegeben, dass im weissen Blutbilde des „vegetativ stigmatisierten“ Ulcuskranken eine Vermehrung der Lymphozyten auf Kosten der neutrophilen Leukozyten ein häufiger Befund ist, was differentialdiagnostisch zu bewerten wäre. Von den internistischen Behandlungsmethoden wird die diätetische Therapie als grundlegende Haupttherapie angesehen. 84% aller Ulcusfälle sind mit der diätetischen Kur, kombiniert mit Liegekur und Wärmeapplikation, günstig beeinflusst worden. Von den modernsten Behandlungsmethoden wird die Sippy-Kur im Bálint'schen Sinne als Alkalisierungstherapie (des Blutes und der Gewebe) auf Grund eigener Erfahrungen bei schweren Fällen mit hoher Hyperacidität empfohlen.