TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

Леченіе

хронической язвы желудка.

Съ дополненіями относительно **этіологіи** и клинической **картины** язвы желудка, а также — діагностики **сращеній** и **деформацій** его.

Изъ клиническихъ лекцій

проф. С. М. Васильева.

Юрьевъ.
Печатано въ типографіи К. Маттисена.
1901.

Est. A - 16841

Глубокоуважаемому товарищу Августу Степановичу Раубеpу

Леченіе

Оказавшуюся

хронической язвы желудка.

Съ дополненіями относительно **этіологіи** и клинической **картины** язвы желудка, а также — діагностики **сращеній** и **деформацій** его.

№ 1026

TARTU ÜLIKOOLI

Изъ клиническихъ лекцій

проф. С. М. Васильева.

№ 1793 / 956.

Юрьевъ.

Печатано въ типографіи К. Маттисена.

1901.

Оттискъ изъ „Ученыхъ Записокъ Импер. Юрьевскаго Университета“ 1901 г.

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU
i 32243686

Введеніе.

Необыкновенная частота язвы желудка въ Прибалтійскихъ губерніяхъ дала намъ возможность въ теченіе девятилѣтней дѣятельности въ Юрьевской Медицинской клиникѣ самымъ обстоятельнымъ образомъ изучить эту болѣзненную форму желудка, крайне рѣдкую въ остальныхъ русскихъ губерніяхъ. На основаній нашего богатаго клиническаго матеріала, патолого-анатомическихъ вскрытій умершихъ больныхъ въ Медицинской клиникѣ, а особенно на основаніи своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій, а также работъ, вышедшихъ изъ лабораторіи профессора Павлова, и частью другихъ литературныхъ данныхъ, мы составили себѣ, какъ намъ кажется, настолько опредѣленный взглядъ на это весьма интересное со многихъ точекъ зрѣнія заболѣваніе и систематизировали столь полно и ясно клиническую картину этого страданія, что считаемъ возможнымъ съ своей точки зрѣнія разсмотрѣть терапію язвы желудка, принявъ во вниманіе предварительно этіологію, діагностику и клиническую симптоматологію этого заболѣванія. Понятно, что только ясное представленіе и полное уясненіе всѣхъ мельчайшихъ проявленій болѣзни даетъ возможность назначить и болѣе правильную терапію; задача леченія, какъ видно въ настоящее время, даетъ богатые результаты только въ томъ случаѣ, когда мы не довольствуемся одними патолого-анатомическими данными, а въ основу своихъ взглядовъ кла-

демъ еще и физіологію, и патологію. И такъ въ виду того, что именно таковой взглядъ положенъ нами въ основу терапіи, мы, прежде чѣмъ говорить о послѣдней, и сдѣлаемъ отступленіе въ сторону этіологіи, діагностики и клинической симптоматологіи этого вообще серьезнаго, а подчасъ и тяжелаго заболѣванія.

ГЛАВА I.

Этіологія язвы.

Изобиліе язвы въ однѣхъ мѣстностяхъ и величайшая рѣдкость этого заболѣванія въ другихъ составляетъ неоспоримый фактъ и невольно останавливаетъ на себѣ вниманіе изслѣдователя. Въ самомъ дѣлѣ статистическія данныя показываютъ, что заболѣваніе язвой, напримѣръ, по анатомическимъ протоколамъ Обуховской больницы (Петербургъ, проф. Виноградовъ) на общее число 900 вскрытій въ годъ попадается не болѣе одного-двухъ случаевъ круглой язвы, а въ Александровской больницѣ (Петербургъ, Петерсенъ) даже только 3 случая на 6000 вскрытій. Въ Военно-Медицинской Академіи на 300 вскрытій язва встрѣчается одинъ-два раза и то не каждый годъ (проф. Ивановскій). Dr. Huber, прозекторъ больницы Маріи Магдалины (Петербургъ), съ 1861 по 1887 годъ встрѣтилъ при вскрытіи только пять случаевъ язвы. На 38344 больныхъ въ Барачной больницѣ имени проф. Боткина за 10 лѣтъ язва желудка была найдена всего два раза. Приблизительно тоже даетъ Фанкенгайзеръ для Петропавловской больницы, а фонъ-Лингенъ для больницы Маріи Магдалины. Мориц въ своей статистикѣ также указываетъ на крайнюю рѣдкость язвы желудка въ С.-Петербургѣ.

По даннымъ же патолого-анатомическаго института Юрьевскаго университета язва встрѣчается довольно часто, а именно не менѣе двухъ съ половиною % на общее число труповъ.

Если теперь мы обратимся къ даннымъ заболѣваемости петербургскаго и московскаго населенія, для которыхъ имѣется въ нашемъ распоряженіи богатый статистическій матеріалъ, то получимъ слѣдующую табличку заболѣванія язвой желудка:

Для С.-Петербурга:	На общее число больныхъ въ гражданскихъ больницахъ.
годы: 90 91 92 93 94	
% случ. язвы. 0,04%; 0,04%; 0,03%; 0,07%; 0,08%;	
годы: 95 96 97 98	
% случ. язвы. 0,03%; 0,04%; 0,04%; 0,05. = сред. 0,046%.	
Для Москвы:	
годы: 90 91 92 93	
% случ. язвы. 0,05%; 0,035%; 0,035%; 0,07%	
годы: 94 95 96 97	
% случ. язвы. 0,07%; 0,06%; 0,08%; 0,08%; = сред. 0,06%.	

По даннымъ Юрьевской Медицинской клиники язва желудка встрѣчается не менѣе 5 % по отношенію къ общему числу больныхъ за девятилѣтній періодъ нашей дѣятельности, среди же только желудочныхъ больныхъ не менѣе 20 %. Слѣдовательно, въ Петербургѣ и Москвѣ язва встрѣчается необыкновенно рѣдко, по крайней мѣрѣ въ 100 разъ рѣже противъ Юрьева.

Далѣе въ статистическихъ отчетахъ русскаго военнаго и морскаго вѣдомствъ язвѣ желудка не отводится даже и отдѣльной графы, до такой степени это заболѣваніе у солдатъ и матросовъ встрѣчается рѣдко.

Если теперь мы обратимся къ даннымъ Западной Европы, то получимъ слѣдующее: для Берлина язва встрѣчалась по протоколамъ патолого-анатомическаго института Вирхова въ 4,2 %, для Бреславля Лебертъ даетъ почти 2 %, для Тюрингіи отчеты Іенскаго патолого-анатомическаго института отъ 10 до 11 % (Мюллеръ, Starke); Grünfeld для Копенгагена даетъ 20 %, для Даніи 13 %, въ Мюнхенѣ по даннымъ Nolte 1,2 %, у англичанъ находимъ отъ

2 до 4 %. Для Цюриха Eichorst даетъ 2,19 %. Для Киля Gries — 8,3 %. По Bertoldy для Берлина 2,7 %; для Берлина и Эрлангена 4,5 %. Для Праги Jaksch считаетъ 5 % на общее число всѣхъ вскрытій. Вообще для Западной Европы по вычисленіямъ Leube на 13605 труповъ язва желудка среднимъ числомъ опредѣляется почти въ 5 %. По Mikulicz'y вообще не менѣе 4—5 % населенія страдаетъ язвой желудка.

Рядомъ съ этимъ фактомъ необходимо указать, съ другой стороны, и на крайнюю рѣдкость язвы желудка въ нѣкоторыхъ мѣстахъ Западной Европы: у горныхъ жителей Роны (Seifert, Mohlmann, Inahof, Obmann), въ Баварскихъ Альпахъ (Erdt, Hacker, Roth) и въ сѣверной Италіи (Sangalli для Милана) она встрѣчается такъ же рѣдко, какъ и вообще въ Россіи, кромѣ Прибалтійскихъ губерній.

Такимъ образомъ, сравнивая частоту заболѣванія язвою желудка въ нашей клиникѣ съ данными, полученными изъ другихъ мѣстъ Россіи, мы видимъ, что въ нашей мѣстности язва желудка занимаетъ весьма видное мѣсто въ ряду другихъ заболѣваній, несвойственное прочимъ русскимъ губерніямъ. Въ тоже время большія цифры заболѣванія язвою желудка у насъ близко подходятъ къ даннымъ Западной Европы, кромѣ вышеуказанныхъ мѣстностей Роны и Баварскихъ Альпъ.

Чѣмъ же объяснить этотъ поразительный фактъ необыкновенной частоты заболѣванія язвою желудка въ Прибалтійскихъ губерніяхъ?

Уже одно то обстоятельство, что язва желудка въ нашей мѣстности по количеству приближается къ даннымъ Западной Европы, невольно заставляетъ насъ искать общей причины для обѣихъ и обратить вниманіе ближайшимъ образомъ на сходство въ условіяхъ и образѣ жизни, особенно же на питаніе Прибалтійскаго населенія и сравнить ихъ съ тѣми же въ другихъ русскихъ губерніяхъ съ одной стороны и въ Западной Европѣ съ другой. При этомъ

сопоставленіи сразу же бросается въ глаза тотъ фактъ, что деревенскіе жители вообще заболѣваютъ язвою чаще, чѣмъ городскіе. Первые питаются преимущественно растительной пищей, тогда какъ вторые смѣшанной и даже чаще преимущественно мясной. Русскій крестьянинъ главнымъ образомъ питается изъ растительной пищи: ржанымъ хлѣбомъ, капустой, горохомъ, бобами, чечевицей, кукурузой, гречихой, пшеномъ и пьетъ квасъ, тогда какъ картофель во многихъ губерніяхъ составляетъ предметъ чуть ли не роскоши, между тѣмъ какъ въ Прибалтійскомъ округѣ картофель — главная пища населенія. Эта разница въ питаніи мѣстнаго населенія въ сравненіи съ русскимъ крестьяниномъ невольно бросилась намъ въ глаза при первыхъ же шагахъ нашей клинической дѣятельности. Въ то же время такое распространенное питаніе картофелемъ мы встрѣчаемъ и въ нисшемъ населеніи Западной Европы.

И такъ, сопоставляя эти данныя, мы и задали себѣ вопросъ, не имѣетъ ли значенія эта разница въ питаніи на частоту заболѣванія желудка язвой у тѣхъ и другихъ. Имѣя въ виду констатированный нами при изученіи отчетовъ военнаго вѣдомства фактъ, что жители Прибалтійскихъ губерній при поступленіи въ военную службу такъ же крайне рѣдко заболѣваютъ язвою желудка, какъ и солдаты изъ другихъ русскихъ губерній, мы на основаніи этого тѣмъ болѣе могли предположить, что такое явленіе весьма вѣроятно находится въ тѣсной связи съ условіями питанія. Нашъ солдатъ, какъ извѣстно, ѣстъ смѣшанную пищу (преимущественно хлѣбъ, мясо и капусту) и этого одного фактора, повидимому, было достаточно для того, чтобы понизить процентъ заболѣванія язвою желудка у солдатъ изъ эстонцевъ и латышей, столь высокій у ихъ сверстниковъ, остающихся на родинѣ при мѣстныхъ условіяхъ питанія. Съ возвращеніемъ домой этотъ же солдатъ эстонецъ снова легко заболѣваетъ язвою желудка, какъ показываютъ клиническія наблюденія.

Какая же опять-таки причина этому? Принявъ во вниманіе всѣ обстоятельства при обсужденіі подобнаго явленія, мы должны были снова остановиться на перемѣнѣ питанія, какъ на единственной причинѣ у нихъ заболѣванія язвою желудка.

Установивъ фактъ совпаденія частоты язвы желудка съ преимущественнымъ питаніемъ картофелемъ, мы стали изслѣдовать дальше, какимъ же образомъ картофель можетъ вызвать заболѣваніе желудка язвою?

Отвѣтъ на этотъ вопросъ мы получили, сопоставивъ съ одной стороны химическій составъ картофеля и другихъ вышеупомянутыхъ пищевыхъ веществъ, а съ другой, продѣлавъ, при соблюденіи нѣкоторыхъ особенныхъ условій, опыты на животныхъ при питаніи ихъ картофелемъ.

Для наглядности сопоставимъ анализы мяса, ржанаго хлѣба, гороха, пшена, гречихи, кукурузы, ржи и капусты съ одной стороны и — картофеля съ другой:

Наименованіе.	Бѣлокъ въ %.	Жиръ въ %.	Экстр. вещ. въ %.	Зола въ %.
1. Мясо . . .	18,36	0,90	1,90	1,30
2. Хлѣбъ ряж. .	6,0	0,5	45,3	1,03
3. Горохъ . . .	23,15	1,89	52,68	2,68
4. Пшено . . .	10,51	4,26	66,43	2,82
5. Гречиха . .	10,18	1,90	71,73	1,86
6. Кукуруза . .	9,45	4,29	64,98	1,29
7. Рисъ . . .	6,73	0,88	77,56	0,82
8. Капуста . .	3,31	0,71	6,02	1,64
Картофель. .	**1,79**	**0,16**	**20,56**	0,97

Изъ этой таблицы мы видимъ, что картофель по количеству бѣлковъ занимаетъ самое послѣднее мѣсто и, слѣдовательно, при почти исключительномъ питаніи имъ орга-

низмъ долженъ вводить громадное количество его для удовлетворенія своихъ потребностей. Не слѣдуетъ при этомъ забывать, что большая часть азота въ картофелѣ, около 35—54%, содержится не въ видѣ бѣлка, а въ формѣ аспарагина, лейцина и т. д. Картофель, слѣд., есть пищевое средство очень бѣдное бѣлкомъ (Рунге). Въ результатѣ уже отъ одного этого непомѣрнаго количества легко ожидать вреднаго дѣйствія и на слизистую оболочку желудка, и на мускулатуру его (растяженіе и т. д.). Если же принять во вниманіе, что подъ вліяніемъ картофеля желудочный сокъ выдѣляется съ наибольшей кислотностью изъ всѣхъ до сихъ поръ изученныхъ веществъ въ лабораторіи проф. Павлова, и въ виду того, что онъ обладаетъ весьма высокой перевариващей силою (наибольшей изъ всѣхъ пищевыхъ веществъ), то естественно предположить и сильное раздражающее свойство желудочнаго сока на слизистую желудка. (Смотри „Леченіе хроническаго гастрита“ проф, С. Васильева). Въ самомъ дѣлѣ, несмотря даже на введеніе большихъ порцій картофеля, изливающаяся на него кислота желудка все таки не можетъ вся связываться бѣлками вслѣдствіе недостатка ихъ, и будетъ, слѣдовательно, производить раздражающее, а затѣмъ и разъѣдающее дѣйствіе на слизистую оболочку желудка, тѣмъ болѣе, что сильная кислотность желудочнаго содержимаго мѣшаетъ и опорожненію его отъ пищевой кашицы вслѣдствіе спазмотическаго сокращенія привратника (Павловъ и его ученики). Вслѣдствіе этого въ желудкѣ и развиваются болѣзненныя явленія — и въ слизистой, и въ нервномъ аппаратѣ.

Въ первой происходитъ некротизація въ поверхностныхъ слояхъ эпителія и образованіе эрозій, изъ которыхъ въ дальнѣйшемъ теченіи подъ вліяніемъ того же переваривающаго дѣйствія сока и образуются настоящія язвы. Заживленію эрозій при сказанныхъ условіяхъ вначалѣ мѣшаетъ постоянно остающійся избытокъ соляной кислоты, а затѣмъ

присоединившаяся hyperaciditas и hypersecretio вслѣдствіе того, что раздраженіе той же кислотой секреторнаго аппарата желудка ведетъ къ гиперстезіи его.

При этомъ замѣчается очень большое выдѣленіе желудочнаго сока, т. е. наступаетъ гиперсекреція, и необыкновенно длительное состояніе сокоотдѣлительнаго періода, въ результатѣ чего наблюдается выдѣленіе сока и натощакъ, отчего, конечно, ускоряется разъѣданіе слизистой оболочки и образованіе язвы желудка.

Такимъ образомъ въ питаніи картофелемъ мы видимъ ясное несоотвѣтствіе съ физіологическими понятіями и требованіями о нормѣ питанія, вслѣдствіе чего и получается съ одной стороны не экономическая работа желудка, т. е. гиперсекреція желудочнаго сока, а съ другой стороны и ненормально высокое содержаніе свободной кислоты, не утилизирующейся наличностью пищевой массы.

Далѣе, если принять во вниманіе, что при исключительно картофельной пищѣ вводится въ организмъ чрезвычайно малое количество органическаго фосфора и извести, столь существено необходимыхъ для образованія и питанія всѣхъ клѣтокъ въ организмѣ, то понятно, что при этомъ условіи у такихъ субъектовъ клѣтки будутъ менѣе устойчивы ко всякаго рода вредностямъ. Дѣйствительно, опыты Foster'a, Weiske съ Wildt'омъ, Dusart наглядно показываютъ, что при недостаткѣ подвоза означенныхъ веществъ клѣтки организма претерпѣваютъ глубокія измѣненія и подвергаются атрофіи. Только благодаря фосфорно-кислой извести, говорятъ братья Dusart, азотистыя вещества и принимаютъ форму клѣтки, волокна и т. д. Поэтому то недостаточный подвозъ фосфора и извести такъ губительно отражается на состояніи всего организма.

Вслѣдствіе этого намъ понятенъ и тотъ фактъ, который наблюдается въ Юрьевской акушерской клиникѣ, гдѣ рѣдкіе роды проходятъ безъ разрыва промежности, до такой степени легко ранимы ткани у здѣшнихъ эстонокъ и латы-

шекъ. Всѣмъ нашимъ врачамъ хорошо извѣстно, насколько, напротивъ, это явленіе необычно для русской женщины.

По этой же причинѣ намъ вполнѣ ясно и то обстоятельство, почему у лицъ, злоупотребляющихъ картофельнымъ питаніемъ, составъ крови значительно отступаетъ отъ нормы: у эстонцевъ мы весьма часто констатируемъ количество гемоглобина отъ 70% до 80% вмѣсто 90% — 100% по Fleischl'ю; количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ падаетъ до 5—6 тысячъ, красныхъ же до 4 милліоновъ. Такимъ образомъ, кровь, претерпѣвая такія измѣненія, не можетъ вполнѣ удовлетворять нуждамъ клѣточныхъ элементовъ и доставлять имъ энергію, необходимую для защиты отъ всякаго рода вредностей.

Наконецъ, слѣдуетъ имѣть въ виду и весьма большое содержаніе въ картофелѣ калійныхъ солей, которыя въ желудкѣ могутъ оказывать сосудосъуживающее дѣйствіе и, слѣдовательно, вызывать анемію слизистой оболочки, особенно въ тѣхъ мѣстахъ, которыя прилегаютъ къ привратнику. Послѣдній въ силу большаго содержанія соляной кислоты въ желудкѣ рѣзче сокращается, чѣмъ при нормальныхъ условіяхъ пищеваренія, а, слѣдовательно, и ткани его, дѣлаясь анемичными, легче подвергаются вредному дѣйствію непомѣрно кислаго желудочнаго сока, тѣмъ болѣе, что онѣ больше подвергаются и механическому вліянію.

Этотъ выводъ вполнѣ выясняетъ изслѣдованія Pavy, Quinque, Daettweiller'a, Silbermann'a, Sehrwald'a о значеніи измѣненія состава крови на этіологію азвы. Точно также и наблюденія Hoffmann'a, Leube, Potain'a, Rendu, Ritter'a дѣлаютъ понятнымъ съ нашей точки зрѣнія значеніе травмы въ области epigastrii на происхожденіе ulcus ventriculi.

При питаніи картофелемъ не слѣдуетъ упускать изъ виду возможность въ частныхъ случаяхъ вреда отъ принятія пищи въ слишкомъ горячемъ видѣ, на что уже давно было обращено вниманіе Curling'омъ, а въ послѣдее Костюринымъ, Decker'омъ и др. Rosenheim также отмѣчаетъ, что

частота заболѣванія язвой желудка у кухарокъ, указанная еще Bamberger'омъ, а послѣ него Huber'омъ и у служанокъ, дѣйствительно подтверждается. Слѣдовательно, приэтомъ условіи мы встрѣчаемся лишь съ благопріятнымъ моментомъ для скорѣйшаго развитія язвы.

Если все вышесказанное относительно картофельнаго питанія дѣйствительно имѣетъ то значеніе, на которое мы указали, то естественно являлся вопросъ, что будетъ съ желудкомъ собаки, если поддразнивать ее мясомъ, а удовлетворять аппетитъ только картофелемъ т. е. веществомъ бѣднымъ бѣлками и жиромъ, а богатымъ, напротивъ, крахмаломъ? Опыты, поставленные въ этомъ направленіи нами и однимъ изъ нашихъ учениковъ, дали намъ чрезвычайно интересный результатъ. Въ то время какъ у голодающей собаки мы не могли констатировать никакихъ измѣненій со стороны слизистой оболочки желидка [опыты Павлова надъ выдѣленіемъ желудочнаго сока при голоданіи вполнѣ уясняютъ причину этого], у собаки при поддразниваніи мясомъ и удовлетвореніи аппетита картофелемъ, а равно при мнимомъ кормленіи, мы получили эрозіи на слизистой оболочкѣ и большей или меньшей величины язвы. Несомнѣнно, что нарушеніе кровообращенія въ этихъ случаяхъ даетъ еще болѣе рѣзкій эффектъ, чѣмъ въ первомъ случаѣ. Слѣдовательно, фактъ, что слизистая оболочка желудка, даже вполнѣ здоровая, можетъ подвергнуться изъязвленію отъ дѣйствія желудочнаго сока, для насъ остается внѣ всякаго сомнѣнія.

Только что изложенный взглядъ на причину развитія язвы желудка нашелъ себѣ подтвержденіе не только въ нашихъ опытахъ, но еще и въ цѣнныхъ изслѣдованіяхъ доктора Волковича, изъ лабараторіи проф. Павлова. Его наблюденія интересны для насъ въ томъ отношеніи, что ими не только подтверждается все вышесказанное нами о происхожденіи язвы желудка, но выясняется подробнѣе и клиническая картина этого заболѣванія.

Дополняя и расширяя изслѣдованіе своихъ предшественниковъ (Кетчера, Саноцкаго, Хижина, Лобасова) относительно физіологіи желудочнаго пищеваренія у сабакъ, съ изолированнымъ желудкомъ по способу Гейденгайнъ-Павлова, онъ случайно натолкнулся на слѣдующія обстоятельства. Экспериментируемая имъ собака послѣ цѣлаго ряда поставленныхъ имъ опытовъ съ различными пищевыми веществами — мясомъ, хлѣбомъ, жиромъ, молокомъ, холоднымъ и теплымъ, газированнымъ и простымъ, — неожиданно з а б о л ѣ л а. Это обстоятельство и побудило Волковича глубже вникнуть въ причину этого явленія и взяться за изученіе и разъясненіе этого заболѣванія. Болѣзнь собаки, говоритъ Волковичъ, „в н а ч а л ѣ выразилась тѣмъ, что количество сока, льющагося на опрѣделенное количество извѣстной пищи стало постепенно все больше и большее увеличиваться. Сперва этому факту не было придано большаго значенія, потому что легкія к а т а р р а л ь н ы я заболѣванія не рѣдкость у лабораторныхъ собакъ (слѣд. нашъ взглядъ на гиперсекрецію при gastritis acida, вопреки мнѣнію Ewald'a, имѣетъ себѣ полное подтвержденіе въ этомъ фактѣ). Но увеличенное выдѣленіе не уменьшалось, а, напротивъ, становилось все обильнѣе и, наконецъ, обычный ходъ отдѣленія при изученныхъ сортахъ пищи сталъ измѣняться. На ряду съ этимъ крайне обильнымъ сокомъ наблюдалась еще необычайная жадность собаки къ различной ѣдѣ, и, несмотря на это, быстро прогрессировавшее истощеніе ея: затѣмъ изъ маленькаго желудка нѣсколько разъ происходили довольно обильныя кровотеченія — все это клиническіе, такъ сказать, признаки вмѣстѣ съ непосредственнымъ изслѣдованіемъ стѣнокъ маленькаго желудка, позволили намъ, говоритъ. Волковичъ, точно діагностировать у сабаки я з в у маленькаго желудка съ г и п е р с е к р е ц і е й. Это вполнѣ подтвердилось результатомъ вскрытія, когда собака вскорѣ умерла при явленіяхъ остраго разлитого перитонита, вслѣдствіе прободенія язвы. Наблюденія автора въ теченіи почти

всего періода болѣзни привели его къ весьма цѣннымъ результатамъ. Давая собакѣ обычную пищу — молоко, мясо, и хлѣбъ въ тѣхъ же количествахъ, какъ и до заболѣванія, докторъ Волковичъ констатировалъ слѣдующее. Въ то время, какъ собака въ здоровомъ состояніи выдѣляла на 400 граммъ мяса отъ 135 до 150 куб. сант. сока, при заболѣваніи она давала уже отъ 200 до 270 куб. сант; для 200 гр. мяса при первомъ состояніи отъ 75 до 80 куб. сант., а во второмъ отъ 140 до 181 куб. сант. Для 250 гр. бѣлаго хлѣба количество сока выдѣлясось около 100 куб. сант. — это въ здоровомъ состояніи, а при болѣзни отдѣлялось до 130 к. сант; на молоко же (600 к. сант.) около 60 к. с. въ первомъ случаѣ, при болѣзни же отъ 100 к. с. 150—160 к. сант.

Слѣдовательно, изъ этихъ опытовъ прежде всего необходимо было сдѣлать такое заключеніе, что въ общемъ количество сока въ періодъ заболѣванія возросло почти вдвое противъ нормы.

Такимъ образомъ вопросъ о гиперсекреціи желудочнаго сока стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія. Нарушеніе правильности отдѣленія желудочнаго сока сказывается затѣмъ и въ чрезмѣрной длительности сокоотдѣлительнаго періода: наприм., при 100-граммахъ мяса вмѣсто обычныхъ 5—6 часовъ отдѣленіе продолжается отъ 7 до 10 час.; при хлѣбѣ вмѣсто 9—10 час. 13—14 часовъ. Но особенно рѣзко затягивается отдѣленіе при молокѣ: вмѣсто обычныхъ 4—6 часовъ оно тянется отъ 9 до 11 часовъ, причемъ цѣлыми часами держится на сравнительно ничтожныхъ цифрахъ. Эти цѣнныя наблюденія представляютъ, по нашему мнѣнію, весьма большое значеніе для клинической картины язвы и у человѣка, такъ какъ намъ становится понятнымъ не только констатируемая гиперсекреція во время самаго пищеваренія, но и натощакъ. Гиперсекреція желудочнаго сока въ послѣднемъ случаѣ, слѣдовательно, можетъ быть разсматриваема лишь какъ затянувшееся отдѣленіе, вызванное

предварительнымъ пріемомъ пищи. Дальнѣйшія наблюденія дали возможность Волковичу констатировать, что отдѣленіе психическаго сока у собаки не подверглось никакимъ измѣненіямъ и ненормальнымъ единственно является лишь фаза рефлекторнаго отдѣленія, такъ какъ при всѣхъ сортахъ пищи страдала въ его опытахъ химическая фаза отдѣленія. Вслѣдствіе этого найдено было: чѣмъ пища богаче химическими возбудителями въ готовомъ состояніи, тѣмъ раньше и тѣмъ рѣзче приходитъ въ растройство рефлекторная фаза отдѣленія. Молоко, какъ изобилующее такими возбудителями въ готовомъ состояніи, въ этомъ отношеніи стоитъ на первомъ планѣ, за нимъ идетъ мясо, — послѣднее мѣсто занимаетъ хлѣбъ, содержащій весьма мало химическихъ возбудителей [опыты доктора Лобасова.] Такимъ образомъ, приведенныя наблюденія несомнѣнно заставляютъ допустить, что при язвѣ поражаются спеціальныя нервныя окончанія, которыя заложены въ самомъ поверхностномъ слоѣ слизистой оболочки желудка, и непосредственно соприкасаются съ пищей.

Разсматривая обстоятельства, при которыхъ заболѣла собака, легко замѣтить, что тутъ имѣлись на лицо два условія: съ одной стороны несомнѣнная гиперсекреція, съ другой же стороны й благопріятный моментъ — механическое раздраженіе; конецъ резиновой трубочки, лежавшей на стѣнкѣ изолированнаго мѣшка, вслѣдствіе постоянныхъ движеній собаки, несомнѣнно раздражалъ слизистую оболочку и, повидимому, произвелъ настоящее раненіе ея, которое подъ вліяніемъ обильнаго сока и дало круглую язву желудка съ характерными для нея признаками.

Такимъ образомъ давно высказанное предположеніе Osborne'омъ [1845 г.], Günsburg'омъ (1852), Förster'омъ (1854), Virchow'ымъ (послѣдній требуетъ предварительнаго измѣненія слизистой оболочки вслѣдствіе нарушенія кровообращенія) и потомъ поддержанное Leube, особенно Riegel'емъ, Яворскимъ

№ 1026

и Корцинскимъ, Ozer'омъ, Debow'омъ, Bouweret, Hayem'омъ и др. о значеніи чрезмѣрно кислаго сока въ происхожденіи язвы и по нашимъ изслѣдованіямъ, и по наблюденіямъ Волковича вполнѣ подтверждается и можетъ считаться въ настоящее время прочно установленнымъ фактомъ.

Но самый капитальный вопросъ въ происхожденіи язвы, именно о причинѣ того, почему желудочный сокъ при однихъ условіяхъ въ состояніи вызвать изъязвленіе въ желудкѣ, а при другихъ нѣтъ, оставался до сего времени мало разработаннымъ.

Вслѣдствіе этого обстоятельства мы и остановились болѣе подробно на выясненіи участія пищи въ развитіи язвы желудка.

Резюмируя вообще нашъ взглядъ на этіологію язвы желудка, мы приходимъ къ слѣдующему заключенію:

1) Причина необыкновенной частоты язвы желудка въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Европы зависитъ отъ преимущественнаго питанія картофелемъ и пищей вообще бѣдной бѣлками, органическими соединеніями фосфора и извести, а также жирами и, напротивъ, богатой крахмаломъ.

2) Вслѣдствіе злоупотребленія пищей такого рода, идущей въ разрѣзъ съ требованіями физіологіи и діэтетики, выдѣляющійся желудочный сокъ, притомъ съ бо́льшей кислотностью и перевари вающей силой, чѣмъ при другой пищѣ, всецѣло не утилизируется введенной пищей: соляная кислота не связывается наличными бѣлками т. е. остается свободной, не нейтрализуется; избытокъ ея и способенъ произвести, даже и на здоровой, а тѣмъ болѣе на предрасположенной къ заболѣванію (анэмія, травма и. т. д.) слизистой оболочкѣ желудка некротизирующее дѣйствіе и развитіе эрозій. Одновременно тотъ же избытокъ соляной кислоты производитъ раздраженіе и на весь нервный аппаратъ желудка — чувствующій, двигательный и секреторный. [Результатомъ послѣдняго наблюдается всѣмъ хорошо извѣст-

ное непріятное чувство, испытываемое, когда человѣкъ проголодается: боль въ области желудка, щемленіе и давленіе подъ ложечкой, отрыжка кислотой, усиленное отдѣленіе слюны, тошнота и даже рвота, вслѣдствіе усиленной перистальтики желудка и одновременнаго спазма привратника.] Если подобное раздраженіе нервнаго аппарата продолжается хронически, то въ результатѣ получается ненормально повышенная возбудимость его. Со стороны секреторнаго аппарата это и проявляется выдѣленіемъ желудочнаго сока большей кислотности и въ большемъ количествѣ: наступаетъ пищевая hyperaciditas и hypersecretio. Работа железъ, какъ говоритъ Волковичъ, становится не цѣлесообразной и не экономичной: онѣ производятъ больше сока и дольше его выдѣляютъ, благодаря повышенной возбудимости, гиперестезіи секреторнаго аппарата.

Слѣдовательно, избытокъ свободной соляной кислоты при картофельномъ питаніи служитъ причиной какъ некротизаціи поверхностнаго эпителія и образованія эрозій, такъ и гиперстезіи секреторнаго нервнаго аппарата.

3) Благодаря все болѣе и болѣе возрастающему количеству выдѣляемаго желудочнаго сока съ одной стороны, повышенной перистальтикѣ желудка и спазму привратника, мѣшающему свободному опорожненію желудка отъ содержимаго, съ другой, — заживленіе эрозій нарушается вслѣдствіе механическаго раздраженія и растяженія ихъ, а также разъѣданія кислотой, особенно въ мѣстахъ, подверженныхъ наибольшему тренію т. е. въ области привратника.

При нормальныхъ условіяхъ такія поверхностныя пораненія слизистой оболочки желудка, какъ показываютъ опыты Щербакова и др., легко и скоро заживаютъ и именно благодаря отсутствію избытка соляной кислоты. Совсѣмъ другое мы видимъ въ томъ случаѣ, когда повысимъ тѣмъ или другимъ способомъ кислотность желудочнаго содержимаго:

въ этомъ случаѣ уже пораненія не только не заживаютъ, но и превращаются въ настоящія язвы.

4) Хронически продолжающееся раздраженіе нервнаго секреторнаго аппарата постепенно выдѣляемой въ избыткѣ соляной кислотой ведетъ, наконецъ, къ тому, что железы впослѣдствіи начинаютъ выдѣлять желудочный сокъ значительно дольше, чѣмъ то требуется извѣстной пищей: отдѣленіе чрезмѣрно затягивается и совершается тогда, когда желудочное содержимое уже перешло въ тонкія кишки. Другими словами — къ пищевой hyperaciditas и hypersecretio въ дальнѣйшемъ теченіи язвы присоединяется и отдѣленіе желудочнаго сока натощакъ. Послѣднее обстоятельство мы разсматриваемъ такимъ образомъ, какъ затянувшееся отдѣленіе, вызванное предшествующимъ пріемомъ пищи. Эта внѣпищевая гиперсекреція желудочнаго сока, при соединяющаяся обычно во второмъ стадіи язвы желудка, конечно, должна оказывать еще болѣе разрушительное дѣйствіе на пораненную слизистую оболочку, усиливая ея разъѣданіе, а равно и болѣе сильное нарушеніе въ иннервації желудка.

5) Слѣдовательно, простой избытокъ соляной кислоты въ началѣ заболѣванія, а затѣмъ присоединившаяся hyperaciditas, и hypersecretio и натощакъ вызываютъ и поддерживаютъ развитіе язвеннаго процесса въ желудкѣ; до тѣхъ поръ, пока существуетъ и то и другое, нельзя ожидать и остановки разрушительнаго процесса.

6) Ближайшая причина этого избытка кислоты въ желудочномъ сокѣ и заключается именно въ указанномъ ненормальномъ и нецѣлесообразномъ питаніи. Вредъ отъ такого питанія заключается въ томъ, что при этомъ постоянно образуется, или точнѣе, остается избытокъ свободной соляной кислоты во время пищеваренія, которая и служитъ причиной развитія гиперстезіи секреторнаго аппарата желудка, т. е., отвѣчающаго на пищевое раздраженіе ненормально большимъ количествомъ выдѣляемаго желудочнаго сока и ненормально долго продолжающагося, такъ что въ

дальнѣйшемъ теченіи болѣзни такое отдѣленіе сока констатируется натощакъ. Сама соляная кислота, какъ извѣстно изъ опытовъ проф. Павлова и его учениковъ, не обладаетъ сокогоннымъ дѣйствіемъ. Но вредъ отъ такого питанія не ограничивается только нарушеніемъ нервнаго аппарата желудка, такъ какъ и слизистая оболочка послѣдняго, вслѣдствіе большой кислотности сока, претерпѣваетъ патологическое измѣненіе, проявляющееся въ началѣ некротизаціей поверхностнаго эпителія и образованіемъ эрозій, переходящихъ затѣмъ въ настоящія язвы.

Такимъ образомъ послѣ сказаннаго фактъ частоты язвы желудка у бѣдняковъ (Budd, Lebert, Devic и Bouveret) вообще и у лицъ, питающихся пищей, по составу неотвѣчающей законамъ діэтетики, съ вышеизложенной нами точки зрѣнія становится легко объяснимымъ.

Принимая во вниманіе преимущественное питаніе картофелемъ, химическій составъ его и только что изложенные опыты, для насъ дѣлается теперь понятнымъ необыкновенная частота язвы желудка въ нашемъ округѣ у эстонцевъ, латышей и нѣмцевъ. Въ тоже время ясно, почему среди русскихъ крестьянъ, питающихся богатой бѣлками растительной пищей, встрѣчается крайне рѣдко заболѣваніе желудка язвою.

Если у эстонцевъ и латышей такъ часто наблюдается язва желудка, то положительно приходится еще допустить, что подобная неустойчивость желудка со временемъ можетъ принять характеръ и наслѣдственной причины. Эта мысль находитъ себѣ подтвержденіе и въ наблюденіяхъ Lebert'а и если бы на нее чаще обращалось вниманіе, то, по нашему мнѣнію, она чаще была бы констатируема.

Считаемъ необходимымъ добавить, что приводимые въ учебникахъ по частной патологіи и терапіи различные этіологическіе моменты для развитія язвы желудка, конечно, въ отдѣльныхъ случаяхъ могутъ имѣть свое мѣсто, но во всякомъ случаѣ не представляютъ, само собою разу-

мѣется, характера общей причины, на что мы видимъ указанія и у Birsch-Hirschfeld'a, Hayem'a, Debove'a, Bouveret и многихъ другихъ. Мы и сами видѣли на вскрытіи язву желудка, напр. развившуюся вслѣдствіе тромбоза артеріи; за то при другихъ вскрытіяхъ съ язвой желудка объ этомъ не могло быть и рѣчи.

ГЛАВА II.

Клиническая картина язвы желудка.

Изложивъ этіологію язвы желудка съ своей точки зрѣнія, мы сообщимъ вкратцѣ и свой взглядъ на клиническую картину этого заболѣванія, такъ какъ ни въ учебникахъ по частной патологіи и терапіи, ни въ спеціальнымъ монографіяхъ мы не встрѣтили, по нашему мнѣнію, составленному на основаніи сообственныхъ наблюденій, многого изъ того, на что слѣдуетъ обратить вниманіе. По клиническому теченію и проявленію болѣзненныхъ симптомовъ мы раздѣляемъ язву желудка на 4 періода, принявъ при этомъ во вниманіе патолого-анатомическія данныя, положенныя въ основу ученія объ язвѣ желудка Cruveilhier и Rokitansky'мъ. Приводимъ подлинныя слова самого Cruveilhier относительно дѣленія всего цикла язвы желудка на періоды, съ чѣмъ мы не только согласны, но еще и настаиваемъ, рѣзче характеризуя и освѣщая каждый періодъ въ отдѣльности. La serie des faits m'a permis d'observer tous les degrés de ce travail ulcéreux perforateur. Dans le premier degré, l'ulcération est limitée á la membrane muqueuse: c'est d'ordinaire une éroision folliculeuse, dans le deuxiéme degré, la tunique fibreuse, veritable charpente de l'estomac, a été envahie et detruite; le fond de l'ulcère est constitué par les fibres musculaires qui sont à nu. Dans le troisième degré, les fibres musculaires ont disparu et il ne reste plus des parois de l'estomac, que la tunique périto-

néale. Dans un quatrième degré, l'estomac, detruit dans toute son épaisseur, est remplacé par les organes environnants, avec lesquels il a contracté des adhérens intimes. (Arch. génér. de médec. 1856 V. 1. p. 151.)

Первый стадій съ патолого-анатомической стороны характеризуется пораженіемъ слизистой и подслизистой оболочекъ, второй-слизистой, подслизистой и мышечной; третій-вовлеченіемъ въ процессъ всѣхъ оболочекъ, но безъ прободенія серозной, когда же наступаетъ послѣднее, мы говоримъ уже о четвертомъ стадіи, причемъ происходитъ или полное прободеніе серозной оболочки и развитіе общаго перитонита или же чаще ограниченное скопленіе гноя, при чемъ въ страданіе вовлекаются и близь лежащіе органы-поджелудочная железа, печень, лимфатическія железы и т. д.

A. Первый стадій язвы желудка.

Общее состояніе. Питаніе больныхъ вообще настолько удовлетворительно, что оно мало чѣмъ отличается отъ такого у лицъ того же положенія и живущихъ при равныхъ условіяхъ. Leube, Ozer, Liebermeister, Prior, Bouveret, Hayem et Lion, G. Sée и другіе единогласно свидѣтельствуютъ, что у больныхъ съ язвою желудка можетъ быть общій видъ очень хорошимъ и питаніе совершенно ненарушено. Это указаніе различныхъ авторовъ о сохраненіи питанія мы и относимъ на основаніи своихъ наблюденій къ больнымъ, находящимся чаще всего въ первомъ періодѣ развитія язвы желудка. Значительно рѣже силы больныхъ въ этомъ стадіи нарушены или выражено малокровіе, да и то во всякомъ случаѣ незначительное. Постоянно констатируется наслѣдственно подготовленная почва въ вышеуказанномъ смыслѣ для ulcus ventriculi: питаніе недостаточное бѣлками съ одной стороны и обильное введеніе картофеля въ ущербъ другимъ питательнымъ веществамъ съ другой. Заболѣваніе сосудовъ вслѣдствіе сифилиса, алкоголизма, маляріи и т. д. и пораженіе слизистой оболочки

различными механическими и химическими агентами являются лишь благопріятствующими моментами для происхожденія язвы при указанныхъ условіяхъ питанія. Какъ правило — больные этого рода лица молодые, обычно послѣ 15 лѣтъ, чаще между 20—25 годами; по происхожденію эстонцы, латыши, нѣмцы и крайне рѣдко русскіе; вообще преимущественно деревенскій людъ. Что касается пола, то, по нашимъ наблюденіямъ, мы не можемъ сказать, чаще ли страдаютъ женщины, какъ объ этомъ свидѣтельствуютъ многіе авторы, или мужчины.

До нынѣшняго года мы имѣли въ клиникѣ преимущественно мужчинъ съ язвою желудка, въ настоящемъ же году констатируемъ обратное. Точно также и въ Петербургскихъ больницахъ, по нашимъ вычисленіемъ за 8 лѣтъ, находимъ на 474360 больныхъ 160 мужчинъ, изъ общаго числа ихъ 285993, и только 70 женщинъ съ язвою желудка, изъ 188367 страдавшихъ женщинъ. Въ процентномъ отношеніи это будетъ: мужчинъ 0,04 %, женщинъ же 0,03 %.

Мѣстныя явленія Аппетитъ вообще хорошъ, даже нерѣдко усиленъ (Lindner und Kuttner) и. мн. др. Онъ можетъ быть уменьшеннымъ и даже совсѣмъ пропадать при вполнѣ опредѣленныхъ условіяхъ: при истощеніи, общемъ ослабленіи, вслѣдствіе напр. голоданія, при гастритахъ, сильныхъ кровотеченіяхъ и т. п. Но такъ какъ эти моменты встрѣчаются въ первомъ стадіи язвы крайне рѣдко, то общее правило усиленія или полнаго сохраненія аппетита всегда имѣетъ свое мѣсто. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить и тотъ постояннно констатируемый фактъ, что уменьшеніе аппетита вообще недолго продолжается: напр. послѣ сильныхъ кровотеченій онъ необыкновенно быстро возстановляется, что составляетъ весьма характерную особенность для больныхъ съ язвой желудка преимущественно въ первомъ стадіи ея, когда организмъ вообще еще мало пострадалъ

отъ своей болѣзни. Жажда повышена, равно и слюнотеченіе. Языкъ чистый и очень часто краснѣе нормальнаго.

Субъективныя ощущенія со стороны желудка. Изъ нихъ на первомъ планѣ стоятъ по значенію б о л и. Въ этомъ стадіи, правда, боли нерѣдко почти совсѣмъ отсутствуютъ (G. See), если язвенный процессъ занимаетъ ничтожные размѣры (Oppolzer, Budd и др.) До какой степени въ самомъ дѣлѣ изъязвленія на слизистой оболочкѣ желудка могутъ быть н и ч т о ж н ы, а вмѣстѣ съ тѣмъ крайне опасны вслѣдствіе разъѣданія кровеносныхъ сосудовъ, объ этомъ съ особенною наглядностью свидѣтельствуютъ наблюденія, приводимыя Dieulafoy въ его клиническихъ лекціяхъ. Съ другой стороны размѣры язвы могутъ быть настолько велики, какъ въ случаяхъ Cruveilhier и Budd'a, что все пространство отъ pylorus'a до cardi'и можетъ представлять почти сплошное пораженіе. Чаще же размѣры встрѣчаются величиною отъ 10 до 50 копѣечной монеты. Въ происхожденіи и интензивности болей играетъ большую роль и мѣстоположеніе язвы въ желудкѣ. Язвы, расположенныя на малой кривизнѣ, могутъ протекать совершенно безъ болей, тогда какъ въ другихъ мѣстахъ, какъ правило, язвы сопровождаются болевыми ощущеніями. Если боли при язвѣ желудка существуютъ, то онѣ являются весьма характерными по своей л о к а л и з а ц і и, и н т е н с и в н о с т и и п а р о к с и з м а л ь н о м у т е ч е н і ю. Чрезвычайно интересно именно то, что боль при язвѣ желудка очень точно ограничена и локализуется на пространствѣ 1—2 дюймовъ, преимущественно въ области epigastrii у scrobiculum cordis, вправо отъ l. mediana на уровнѣ седьмого ребра. Эта подложечная, мечевидная, или эпигастральная точка представляетъ самое частое явленіе. За нею по частотѣ слѣдуетъ, обычно по времени появляющаяся послѣ первой, спинальная болевая точка (Cruveilhier).

Значительно рѣже встрѣчается болевая точка у лѣваго подреберья или надъ пупкомъ. Вообще частота тѣхъ или

другихъ строго локализированныхъ болевыхъ точекъ и зависящихъ, какъ сказано, отъ мѣстораспоположенія язвы въ желудкѣ несомнѣнно совпадаетъ съ частотою пораженія того или другого отдѣла желудка, какъ это не разъ было констатируемо при аутопсіяхъ. Какъ Cruveilhier и Rokitansky, такъ и послѣдующіе изслѣдователи согласно указываютъ, что наибольшая частота язвы желудка приходится на pars pylorica ventriculi, по меньшей мѣрѣ въ $^4/_5$ всѣхъ случаевъ (Brinton, Jaksch, Budd и др.). Такое же значеніе, какъ частота болей, имѣетъ и усиленіе ихъ при давленіи; обычно сами больные обращаютъ вниманіе врача на то, что замѣчаютъ повышенную чувствительность подъ ложечкой при стягиваніи платьемъ, корсетомъ, шнуровкой и. т. д. Эта повышенная чувствительность еще рѣзче и правильнѣе наблюдается при давленіи рукой. Вслѣдствіе чего субъективный признакъ — боль получаетъ объективное значеніе и по тому то составляетъ весьма цѣнный симптомъ для язвы желудка. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ при давленіи подъ ложечкой, иногда даже очень поверхностномъ, ощущается болѣе или менѣе сильная боль, иногда же страшно жестокая и при томъ всегда на весьма ограниченномъ мѣстѣ, на пространствѣ одного двухъ дюймовъ, или, какъ говоритъ Chambers, на пространствѣ, занимаемомъ двумя поперечными пальцами. При давленіи нерѣдко больной ощущаетъ усиленіе болей не только въ подложечной точкѣ, но и въ спинальной. Конечно, разъ боли усиливаются при давленіи, то подобное же замѣчается при рѣзкихъ движеніяхъ и какой бы то ни было работѣ.

Еще точнѣе объ измѣненіи чувствительности можно судить съ помощью барэстезіометра Ейленбурга, а еще лучше альгезиметра Boas'a.

Что касается силы болей, то вообще онѣ при язвѣ достигаютъ большой интенсивности, какой мы не встрѣчаемъ при различныхъ формахъ гастрита, а равно и при раковомъ заболѣваніи желудка. Онѣ могутъ быть на-

столько жестоки, что даже и терпѣливые больные едва въ состояніи выносить ихъ. По своему характеру онѣ бываютъ грызущія, сверлящія, жгучія, колющія, рѣже болѣе тупыя.

Весьма характерно для этихъ болей постоянная ихъ зависимость отъ принятія пищи, особенно же грубой, острой и кислой. Жидкая пища — какъ молоко, иногда даже облегчаетъ эти боли, особенно же сливки и жиръ. Хлѣбъ, картофель, мясо и всякаго рода пища въ кускахъ, а равно вино и кислые напитки вызываютъ обычно очень сильныя боли; щелочи, напротивъ, очень рѣзко и быстро успокаиваютъ ихъ. Боли при язвѣ въ области cardia являются чрезвычайно интенсивными уже во время самаго акта ѣды, между тѣмъ какъ обычно боли усиливаются и достигаютъ наибольшаго напряженія на высотѣ желудочнаго пищеваренія, появляясь черезъ 5—20 минутъ послѣ принятія пищи. Боли продолжаются во все время желудочнаго пищеваренія и оканчиваются съ переходомъ пищи въ кишки или послѣ рвоты. Такая зависимость болей отъ принятія пищи объясняетъ причину ихъ появленія: несомнѣнно химическія и механическія вліянія — желудочный сокъ и движенія желудка — одинаково вызываютъ ихъ. При пустомъ желудкѣ мы обычно ихъ не имѣемъ, хотя всеже иногда въ первомъ стадіи язвы онѣ констатируются и натощакъ: въ этомъ случаѣ легко доказать гиперсекрецію желудочнаго сока. Эти утреннія боли, зависящія отъ присутствія свободной соляной кислоты, послѣ принятія жидкой пищи значительно облегчаются. Послѣднее обстоятельство, конечно, зависитъ отъ связыванія пищей выдѣляющагося въ большомъ количествѣ кислаго желудочнаго сока. Подобное явленіе мы наблюдаемъ у такихъ больныхъ, которые, сохраняя желаніе ѣсть и постоянно думая объ удовлетвореніи аппетита, въ то же время избѣгаютъ болѣе значительныхъ пріемовъ пищи, изъ боязни увеличить желудочныя боли. Впрочемъ повторяемъ, что въ первомъ стадіи это обстоятельство встрѣчается только у нервныхъ субъектовъ,

изнѣженныхъ и слабаго сложенія, вообще же рѣдко и потому не характерно для этого періода. Тоже самое должны сказать и относительно иррадіаціи (Brinton, Traube) болей. Въ этомъ стадіи насколько характерны выше указанныя болевыя точки, настолько же, напротивъ, мало выражены пути распространенія этихъ болей: больной не можетъ указать ни типичности, ни постоянства въ иррадіаціи болей. Совсѣмъ другое мы увидимъ въ третьемъ стадіи язвы желудка.

Для діагностики мѣсторасположенія язвы въ желудкѣ имѣетъ большое значеніе признакъ Osborne-Brintona'а т. е. зависимость усиленія болей отъ положенія, принимаего больнымъ. Явленіе это интересно при язвѣ желудка главнымъ образомъ потому, что мы совершенно не встрѣчаемъ его ни при гастритахъ, ни при ракѣ желудка, ни при другихъ его заболѣваніяхъ. При расположеніи язвы на задней поверхности желудка боли усиливаются при лежаніи на спинѣ, тогда какъ при существованіи язвы на передней поверхности боли увеличиваются при лежаніи на животѣ; если язва находится на днѣ желудка, то боль усиливается при лежаніи на лѣвомъ боку, а при язвѣ въ области привратнтка боль сильнѣе при положеніи на правомъ боку. Менѣе зивиситъ усиленіе болей отъ положенія больнаго при язвѣ желудка, находящейся на малой кривизнѣ, но и здѣсь не очень рѣдко можно констатировать облегченіе боли въ сидячемъ положеніи, особенно же при подвѣшиваніи и поднятіи рукъ кверху.

Зависимость болей отъ положенія больнаго констатируется весьма часто и мы вполнѣ соглашаемся съ мнѣніемъ Osborne, Brinton'а, Leube, Niemeyer'а, и др. относительно важности этого симптома. Это мнѣніе отчасти раздѣляется и Gerhardt'омъ, Rosenheim'омъ, Hayem'омъ, Mathieu и другими. Мы не согласны впрочемъ съ Rosenheim'омъ въ томъ отношеніи, будто мѣстоположеніе патологическаго процесса неважно въ практическомъ отношеніи. По нашимъ

наблюденіямъ, напротивъ, точное констатированіе локализаціи язвы играетъ важную роль и въ прогнозѣ, и въ терапіи, и при хирургическомъ вмѣшательствѣ, въ случаѣ показанія послѣдняго. Всѣмъ врачамъ хорошо извѣстно, насколько опаснѣе язвы желудка, помѣщающіяся на передней поверхности его, въ сравненіи съ язвами на другихъ мѣстахъ желудка (Brinton, Le Comte, C. Pariser). Точно также извѣстно, что язвы желудка на задней стѣнкѣ особенно часто даютъ кровотеченія (Gerhardt) и легко ведутъ къ сращеніямъ желудка съ сосѣдними органами. (Cruveilhier, Rokitansky, Hoffmeister и мн. др.). Никто не станетъ сомнѣваться, что это обстоятельство въ практическомъ отношеніи также имѣетъ смыслъ. При достиженіи язвой сосѣднихъ органовъ и образованіи въ нихъ фистулезныхъ ходовъ положеніе больнаго всетаки значительно лучше, чѣмъ при наступленіи прободного перитонита, хотя діагнозъ язвы значительно затемняется вслѣдствіе присоединенія измѣненій со стороны затронутыхъ органовъ. При вовлеченіи въ болѣзненный процессъ напр. діафрагмы или плевры, язва желудка можетъ почти совершенно маскироваться болѣзненными явленіями со стороны указанныхъ органовъ, и леченіе послѣднихъ, конечно, получаетъ уже иное направленіе, — разъ мы признаемъ въ нихъ самостоятельное заболѣваніе, — чѣмъ въ то время, когда точно будетъ установлена зависимость пораженія ихъ отъ язвеннаго процесса въ желудкѣ и лишь послѣдовательное ихъ заболѣваніе.

Точно также не безразлично знать и хирургу локализацію язвы въ желудкѣ, такъ какъ болѣе точное указаніе на положеніе язвы значительно облегчитъ самую операцію. (Heidenreich, Lindner und Kuttner и др.). Для терапіи вопросъ о мѣстонахожденіи также не безразличенъ, особенно при леченіи по способу Bonnemaison и Fleiner'a. Нерѣдкое отсутствіе болей при расположеніи язвы на малой кривизнѣ ведетъ къ тому, что больной не

можетъ своевременно обратиться къ терапевтической помощи и излечиться отъ своего педуга или, по крайней мѣрѣ, помѣшать распространенію разрушительнаго процесса въ глубину.

Признакъ Boas'a указываетъ на степень чувствительности при давленіи, измѣряемой съ помощью устроеннаго имъ прибора альгезиметра. При примѣненіи упомянутаго прибора легко доказать, что чувствительность обычно бываетъ максимумумъ 4 кило; показанія же свыше четырехъ говорятъ въ пользу язвы желудка — это для эпигастральной зоны. Dorsal'ная же зона при опредѣленіи степени болей альгезиметромъ даетъ цифры вдвое большія, т. е. отъ 5 до 6—7 кило. Изъ исторій болѣзни, приводимыхъ Boas'омъ, видно, насколько важенъ этотъ симптомъ для діагностики и для дальнѣйшихъ наблюденій во время теченія болѣзни. Усиленіе болей, субъективно ощущаемое больнымъ и объективно констатаруемое давленіемъ пальцами и альгезиметромъ, несомнѣнно указываетъ на ожесточеніе болѣзни — распространеніе язвы или на вовлеченіе peritoneum'a въ болѣзненный процессъ. При констатированіи пониженія чувствительности альгезиметромъ наступаетъ улучшеніе. Такимъ образомъ этотъ способъ изслѣдованія можетъ оказать цѣнную услугу и при терапіи, особенно у нервныхъ субъектовъ, которые слишкомъ преувеличиваютъ свои боли и силу ихъ, что, конечно, не можетъ дать точной опоры для сужденія о ходѣ болѣзненнаго процесса. Съ этой точки зрѣнія альгезиметръ можетъ оказать несомнѣнно больше пользы, чѣмъ простое изслѣдованіе чувствительности давленіемъ пальцами, особенне у молодыхъ и капризныхъ субъектовъ. Въ первомъ стадіи язвы желудка при малыхъ размѣрахъ ея и въ свѣжихъ случаяхъ данныя, получаемыя этимъ способомъ изслѣдованія, могутъ представить неясныя указанія, въ выраженныхъ же случаяхъ онѣ вполнѣ опредѣленны.

Рвота въ первомъ стадіи желудка встрѣчается довольно часто — не менѣе какъ въ одной трети случаевъ.

Появленіе рвоты чрезвычайно характерно по своей зависимости отъ принятія пищи (Ozer), особенно грубой, кислой и острой; какъ правило рвота не появляется послѣ жидкой пищи и натощакъ. Она наступаетъ не сейчасъ же послѣ принятія пиши, а часа черезъ два, и обычно не позже, какъ это мы видимъ при стриктурахъ привратника, когда она бываетъ черечъ 5 или 7 часовъ послѣ ѣды. Передъ рвотой мы наблюдаемъ усиленіе желудочныхъ болей, спазмотическое сокращеніе привратника, на что обращаетъ вниманіе и Doyen, и сильныя перистальтическія движенія желудка, легко замѣтныя при тонкихъ стѣнкахъ брюшныхъ покрововъ. Послѣ рвоты боли обычно прекращаются. Происхожденіе рвоты, такимъ образомъ, мы объясняемъ не только сильнымъ болевымъ раздраженіемъ стѣнокъ желудка, но и спазмомъ привратника, наступающимъ отъ чрезмѣрно большого содержанія кислоты въ желудочномъ сокѣ. Появленіе спазма привратника субъективно сказывается присоединеніемъ давящей и сжимающей боли въ области привратника съ распространеніемъ по направленію пищевода. Вслѣдствіе того же спазматическаго сокращенія привратника происходитъ и задержка пищи въ желудкѣ, ведущая за собой расширеніе послѣдняго съ гипертрофіей его стѣнокъ. Благодаря сильнымъ перистальтическимъ сокращеніямъ желудка, наполненнаго пищей, происходитъ растяженіе краевъ язвы желудка, препятствующее ея заживленію. Уже въ виду одного этого обстоятельства дѣлается понятнымъ, почему пріемъ щелочей, мѣшающій спазму привратника и способствующій переходу пищи съ желудка въ кишки, долженъ имѣть важное практическое значеніе. Во рвотѣ находимъ пищевыя массы сильнокислой реакціи, хорошо переваренныя, за исключеніемъ крахмала; біуретовая реакція на пептоны оказывается чрезвычайно рѣзкой. Примѣсь крови констатируется только микроскопически, хотя и не такъ часто, какъ въ послѣдующихъ стадіяхъ.

Желудочное кровотеченіе въ первомъ стадіи со-

ставляетъ далеко не рѣдкое, хотя и не частое явленіе — неболѣе какъ въ одной трети случаевъ. Если принять во вниманіе статистическія данныя относительно желудочнаго кровотеченія у авторовъ, то найдемъ весьма большое разногласіе: 29% у Brinton'a и Müller'a, 47% у Gerhardt'a, 50% у Leube, Lindner'a и Kuttner'a. Мы объясняемъ себѣ эту разницу именно тѣмъ, что авторы не дѣлаютъ различія, или вѣрнѣе не говорятъ о томъ, при какихъ стадіяхъ язвы желудка наблюдались ими кровотеченія. По нашимъ наблюденіямъ въ первомъ стадіи онѣ почти въ три раза рѣже, чѣмъ въ третьемъ стадіи. Несомнѣнно для насъ также и то, что эти кровотеченія особенно часты при расположеніи язвы на задней стѣнкѣ желудки, на что обратилъ вниманіе и Gerhardt. Количество изливающейся крови въ нѣкоторыхъ, правда очень рѣдкихъ, случаяхъ бываетъ до такой степени велико, что больные могутъ подвергаться большой опасности и даже можетъ наступить смертельный исходъ, если не будетъ оказана своевременно быстрая терапевтическая или хирургическая помощь (Dieulafoy). Въ громадномъ же большинствѣ случаевъ эти кровотеченія весьма характерны тѣмъ, что послѣдствія, вызванныя ими, чрезвычайно быстро проходятъ (потеря аппетита, слабость, малокровіе и. т. д.); силы больныхъ послѣ такихъ кровотеченій быстро возстановляются; между тѣмъ какъ послѣ кровотеченій у раковыхъ больныхъ, напротивъ, и силы, и аппетитъ, и кровь претерпѣваютъ еще большія измѣненія къ худшему. Такимъ образомъ характеръ желудочныхъ кровотеченій при язвѣ весьма типиченъ по своей клинической картинѣ и рѣзко отличаетъ язву желутка отъ рака. Слѣдуетъ при этомъ имѣть въ виду, что разъ при язвѣ желудка получается кровотеченіе, то кровь бываетъ темно-красная, обычно выдѣляется въ большомъ количествѣ и при томъ мало измѣнена, тогда какъ при ракѣ желудка она выдѣляется и чаще, и въ меньшемъ количествѣ, но за то болѣе измѣненная и имѣетъ цвѣтъ кофейной

гущи. Вслѣдствіе того, что кровотеченіе при язвѣ желудка бываетъ обильно, часть крови легко переходитъ изъ желудка въ кишки и больной выдѣляетъ испражненія черныя, какъ деготь (Melaena). Кровавая рвота, разъ она появляется, представляетъ чрезвычайно важный діагностическій признакъ язвы желудка; она можетъ быть первымъ симптомомъ, указывающимъ на язву и именно въ первомъ стадіи, особенно при положеніи язвы на малой кривизнѣ, когда, какъ мы выше сказали, болевыя ощущенія могутъ совершенно отсутствовать. Появленіе кровавой рвоты наступаетъ внезапно, часто безъ всякой причины, иногда же послѣ нарушенія режима, травматическаго поврежденія, сильныхъ движеній, а у женщинъ нерѣдко передъ наступленіемъ менструальныхъ кровей (Crisp).

Считаемъ мимоходомъ замѣтить, что при появившемся желудочномъ кровотеченіи приходится ставить дифференціальный діагнозъ послѣдняго отъ легочнаго кровотеченія. Если легкія здоровы и въ мокротѣ нѣтъ примѣси крови втеченіи первыхъ дней послѣ кровотеченія, то мы считаемъ послѣднее не легочнымъ, особенно, если при этомъ отсуствуетъ кашель и указаніе на возможность кровохарканья во время него; кромѣ того, легочная кровь алая, пѣнистая и, конечно, щелочная, тогда какъ кровь желудочная-темная и постоянно кислой реакціи. Отличіе сердечнаго кровотеченія или изъ варикозныхъ венъ пищевода, вслѣдствіе отсутствія объективныхъ указаній на заболѣваніе сердца и печени, дифференцируется легко. Точно также при заболѣваніяхъ половой сферы и закрытомъ геморроѣ, особенно долго существующемъ, появленіе желудочнаго кровотеченія не составляетъ особенной рѣдкости, тѣмъ не менѣе оно безъ труда различается вслѣдствіе своей правильной періодичности появленія.

Кислотность желудочнаго сока. Указанное впервые v. d. Velden'омъ появленіе чрезмѣрной кислотности въ желудочномъ сокѣ у язвенныхъ больныхъ, самымъ обстоятель-

нымъ образомъ было затѣмъ изучено и подтверждено Riegel'емъ и его школою, а послѣ него Яворскимъ и Корцинскимъ, Ewald'омъ, Liebermeister'омъ, Rosenheim'омъ, — во Франціи Georges'омъ, Debove'мъ, Bouveret, Hayem'омъ, Mathieu, G. See и другими. Расматривая старую летературу (Osborne, Budd, Brinton, Günsburg), мы уже и тамъ встрѣчаемъ положительныя указанія на существованіе большой кислотности при язвѣ желудка, а нѣкоторыми изъ авторовъ даже отмѣчено значеніе этого явленія въ происхожденіи язвы (Osborne, Günsburg).

Во всякомъ случаѣ точныя ислѣдованія по этому вопросу составляютъ достояніе нашего времени. Этотъ симптомъ въ виду его чрезвычайной частоты при язвѣ желудка получаетъ не только діагностическое, прогностическое, но и патолого-генетическое значеніе. Если въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ отсутствіе чрезмѣрной кислотности несомнѣнно и встрѣчается, какъ это указано Ritter'омъ, Hirsch'омъ, Gerhardt'омъ, Lenhartz'омъ, Liebermeister'омъ и другими, то это обстоятельство нисколько не умаляетъ важнаго значенія самого симптома, тѣмъ болѣе, что всѣ авторы указываютъ, при какихъ условіяхъ и отчего наблюдается подобное уменьшеніе кислотности желудочнаго сока. Чаще всего это бываетъ при анеміяхъ — Rosenheim, G. See, Gerhardt, Mathieu, Jaworski, особенно Liebermeister, — или послѣ кровотеченій, или при осложненіи гастритомъ и вообще при истощеніи вслѣдствіе голоданія. Временное уменьшеніе кислотности желудочнаго сока при этихъ условіяхъ намъ остановится совершенно понятнымъ послѣ извѣстныхъ опытовъ проф. Павлова надъ выдѣленіемъ желудочнаго сока при голоданіи, когда черезъ нѣсколько дней, послѣ прекращенія пріема пищи, констатировано было полное прекращеніе функціи желудка.

Такъ какъ вышеуказанные ослабляющіе моменты у больныхъ съ желудкомъ въ первомъ стадіи встрѣчаются лишь изрѣдка, то понятно, почему мы констатируемъ такъ часто

этотъ важный симптомъ, который мы называемъ симптомомъ Riegel'я.

Кислотность желудочнаго сока, обычно опредѣляемая послѣ Ewald'овского завтрака, нерѣдко достигаетъ 3,0 %о, хотя у насъ встрѣчались случаи съ кислотностью до 6,0 %о. Кромѣ повышенной кислотности обычно констатируется и гиперсекреція желудочнаго сока во время желудочнаго пищеваренія, а изрѣдка и натощакъ; вообще же послѣдняя наблюдается болѣе въ старыхъ (Debove и Regnault) случаяхъ, а по нашему дѣленію особенно часто во II и III періодахъ, и по тому здѣсь мало характерна. Происхожденіе этой гиперсекреціи при язвѣ желудка чрезвычайно демонстративно доказано опытомъ доктора Волковича изъ лабораторіи проф. Павлова. „Гиперсекреція, резюмируетъ онъ, есть неврозъ, касающійся периферическихъ окончаній рефлекторно-секреторныхъ нервовъ и зависитъ отъ особенной возбудимости секреторныхъ нервныхъ окончаній, развившейся вслѣдствіе дѣйствія неблагопріятныхъ внѣшнихъ агентовъ. Она характеризуется нарушеніемъ обычныхъ отношеній между психической и рефлекторной фазами сокоотдѣленія съ рѣзкимъ преобладаніемъ послѣдней. Приведенный въ состояніе усиленной дѣятельности нервно-железистый приборъ желудка долго не можетъ утихнуть, отдѣляя такое обиліе сока, которое не соотвѣтствуетъ нормальной потребности въ немъ. Такимъ образомъ работа железъ теряетъ самое главное качество, которымъ она характеризуется при обычныхъ условіяхъ — именно ея строгую цѣлесообразность. Это выражается въ несоотвѣтствіи количествъ сока количествамъ пищи: сока точетъ гораздо больше, чѣмъ слѣдуетъ, т. е. сокоотдѣленіе становится ненормальнымъ."

Эта непроизводительная трата силъ со стороны желудка на производство сока въ нѣкоторыхъ случаяхъ даетъ намъ возможность понять, почему больные съ язвою желудка легко худѣютъ, такъ какъ опытами Рясенцева изъ той же лабораторіи не менѣе точно установлено соотвѣтствіе между

работою желудка и выдѣленіемъ азота въ мочѣ. Чѣмъ не экономичнѣе работа желудка, вызываемая той или иной пищею, тѣмъ болѣе происходитъ и потеря азота мочей.

Значеніе Riegel'евского симптома особенно цѣнно въ случаяхъ язвы желудка, протекающихъ болѣе или менѣе съ неясно выраженными симптомами или даже вполнѣ скрытно, т. е. когда субъективныя ощущенія отсутствуютъ, а имѣется на лицо лишь повышеніе аппетита и обильное выдѣленіе слюны. При такихъ явленіяхъ существованіе язвеннаго процесса на слизистой оболочкѣ желудка мы можемъ тѣмъ скорѣе подозрѣвать, если видимъ передъ собою эстонца, латыша или нѣмца, питающихся преимущественно картофелемъ, или вообще пищей, мало содержащей бѣлковъ, и не находимъ въ тоже время гастрита первой стадіи изъ гипертрофической формы т. е. Gastritis acida. (См. Леч. хронич. гастр.)

Пищевой лейкоцитозъ. Значеніе этого симптома также не безразлично для діагностики язвы желудка, въ чемъ мы согласны съ Müller'омъ и Schneyer'омъ. Въ Юрьевской Медицинской клиникѣ мы постоянно опредѣляемъ пищевой лейкоцитозъ при всѣхъ заболѣваніяхъ желудка, въ томъ числѣ и при язвѣ желудка. Обычно для этого пользуемся назначеніемъ двухъ яицъ и булочки (на 1 коп.) со стаканомъ чая. Опредѣленіе дѣлается на третьемъ часу послѣ ѣды. Увеличеніе количества лейкоцитовъ обычно въ этомъ стадіи достигаетъ не менѣе 30 %—50 %. При другихъ заболѣваніяхъ желудка увеличеніе пищевого лейкоцитоза, хотя также наблюдается, но вообще не достигаетъ такихъ большихъ цифръ, а при ракѣ желудка даже большею частью и совсѣмъ отсутствуетъ; въ видѣ исключенія наблюдается значительное развитіе пищевого лейкоцитоза только въ тѣхъ случаяхъ, когда къ язвѣ желудка присоединяется carcinoma (Leube, Rosenheim, Hauser и др.), что по нашимъ наблюденіямъ встрѣчается нерѣдко, доказательство чему мы имѣемъ въ прекрасныхъ экземплярахъ, полученныхъ нами при аутопсіяхъ. Значеніе этого симптома

также весьма важно въ случаяхъ язвы желудка, протекающихъ въ скрытой формѣ, т. е. съ неясно выраженными признаками. Кстати здѣсь же замѣтимъ, что въ первомъ стадіи язвы желудка мы никогда не наблюдали общаго лейкоцитоза, что, какъ увидимъ ниже, является весьма характернымъ для IV-го стадія.

Микрохимическое изслѣдованіе желудочнаго содержимаго. Въ первомъ стадіи язвы желудка при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго самымъ характернымъ является почти отсутствіе въ измѣненіи крахмала вслѣдствіе большой кислотности желудочнаго сока, затѣмъ наблюдается быстро наступающая реакція на пептоны и при этомъ она всегда рѣзко выражена, а также весьма быстрое перевариваніе мышечныхъ волоконъ. Какъ правило, форменные элементы по количеству не увеличиваются, при гастритахъ же и ракѣ желудка они, напротивъ, всегда констатируются въ большомъ количествѣ. Присутствіе неизмѣненной крови при микроскопическомъ изслѣдованіи встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ въ макроскопическомъ, особенно послѣ рвоты и при усиленіи локализаціонныхъ болей. Чѣмъ дальше существуетъ язва, чѣмъ менѣе она уступаетъ леченію, тѣмъ скорѣе констатируется примѣсь крови и въ количествахъ большихъ противъ обычнаго. Въ этомъ случаѣ кровь является измѣненной и напоминаетъ собою кофейную гущу раковыхъ больныхъ. При неосложенныхъ и недавнихъ случаяхъ язвы желудка бактеріи, какъ правило, въ желудочномъ содержимомъ отсутствуютъ, при затянувшихся же формахъ и особенно соединенныхъ съ расширеніемъ желудка онѣ обычно наблюдаются и тѣмъ въ большемъ количествѣ, чѣмъ сильнѣе развито расширеніе желудка, несмотря даже на то, что кислотность желудочнаго содержимаго можетъ быть значительно выше нормы.

Мѣстный спазмъ въ Musc. recti abdomin. Этотъ симптомъ мы замѣтили очень давно, еще съ 92 г., и онъ на столько характеренъ по своей частотѣ, интенсивности и

локализаціи, что мы считаемъ необходимымъ сказать нѣсколько словъ по этому поводу. Во первыхъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ спазмъ musculi recti бываетъ ассиметричный: чаще справа, чѣмъ слѣва: значительно рѣже бываетъ на обѣихъ сторонахъ. Во вторыхъ, этотъ симптомъ встрѣчается въ первомъ стадіи язвы желудка нетолько при типичныхъ боляхъ, но замѣчается и тогда, когда боли нерѣзко выражены. Спазмъ усиливается при ожесточеніи болей и при всѣхъ тѣхъ условіяхъ, которыя способствуютъ послѣднему: — давленіе на epigastrium, движеніе, грубая, острая, кислая пища и т. д. Въ третьихъ, спазмъ musculi recti бываетъ только на опредѣленномъ мѣстѣ, именно въ верхнемъ отрѣзкѣ его — въ области epigastrii, и обычно не спускается ниже пупочной линіи; только при жестокихъ боляхъ спазмъ наблюдается не только въ musculi recti, но и въ другихъ мышцахъ живота. Явленіе мѣстнаго спазма объясняется рефлекторнымъ образомъ. Для діагностики этотъ симптомъ по своей частотѣ имѣетъ громадное значеніе, не менѣе, чѣмъ выше указанныя типичныя боли. Необходимо помнить, что при наличности этого симптома слѣдуетъ обращать вниманіе на одновременное отсутствіе спазма въ правомъ подреберьи и во всей правой половинѣ живота, такъ какъ при существованіи желчныхъ камней наблюдается спазмъ въ первомъ мѣстѣ, а при подвижныхъ ущемленныхъ почкахъ и почечныхъ камняхъ въ послѣдней. При жестокихъ боляхъ въ обоихъ органахъ такъ же, какъ и при язвѣ желудка, спазмъ можетъ распространиться и за указанные предѣлы. Въ большинствѣ же случаевъ онъ остается мѣстнымъ и во всякомъ случаѣ наибольшій спазмъ констатируется въ области пораженнаго органа. Въ литературѣ, кромѣ упоминанія въ диссертаціи одного изъ нашихъ учениковъ, безъ ссылки впрочемъ на насъ, мы не встрѣтили указаній на существованіе этого симптома, и потому считаемъ нужнымъ обратить вниманіе на важное значеніе его для діагностики, тѣмъ болѣе, что въ

первомъ стадіи язвы желудка объективныхъ симптомовъ можетъ быть очень немного. Въ дальнѣйшихъ стадіяхъ, какъ увидимъ ниже, онъ получаетъ еще больше значеніе по своей выраженности и частотѣ.

Кровь. Кромѣ мѣстныхъ симптомовъ для діагностики язвы желудка имѣетъ важное значеніе изслѣдованіе крови. У многихъ нашихъ больныхъ мы констатировали уже въ первомъ стадіи уменьшеніе гемоглобина, иногда до 70% и даже 60% вмѣсто 80%—90%, находимыхъ у лицъ изъ той же среды. Кромѣ абсолютнаго уменьшенія играетъ большую роль и наблюденіе за колебаніями его: какъ правило, съ улучшеніемъ болѣзни количество гемоглобина быстро поднимается. Послѣ кровотеченій происходитъ быстрое возстановленіе крови, что слѣдуетъ считать характернымъ для этого стадія. Эти быстрыя колебанія въ измѣненіи состава крови при указанныхъ условіяхъ даютъ прочную опору для отличія язвы желудка отъ раковаго его пораженія. Что касается измѣненій бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ количественномъ отношеніи, то въ этомъ стадіи, какъ раньше уже мы замѣтили, отсутствіе общаго лейкоцитоза очень характерно для него.

Моча. Если у больнаго не бываетъ сильныхъ рвотъ, то количество мочи и качество ея ничѣмъ не отличается отъ нормы. Совсѣмъ другое мы получаемъ въ періодъ рвоты: моча въ своемъ количествѣ уменьшается, кислотность ея сильно падаетъ, такъ что можетъ получиться даже нейтральная моча съ большимъ осадкомъ фосфатовъ. Въ этомъ случаѣ постояннно констатируется и рѣзкое измѣненіе въ количествѣ хлоридовъ: вмѣсто суточной дозы 12—15 граммъ мы имѣемъ 5—6 и даже до 2-хъ граммъ; съ прекращеніемъ рвотъ количество хлоридовъ быстро поднимается и снова достигаетъ до нормальной величины. Если принять вовниманіе измѣненіе количества хлоридовъ послѣ рвоты у гастритиковъ и раковыхъ больныхъ, то вышеуказанныхъ колебаній не замѣчается. Эта громадная раз-

ница въ количествѣ хлоридовъ послѣ рвоты у язвенныхъ въ сравненіи съ гастритиками и раковыми больными объясняется именно тѣмъ, что при язвѣ желудка выводится со рвотой громадное количество соляной кислоты, чего не наблюдается у послѣднихъ. Въ виду этого въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, когда соляная кислота у язвенныха больныхъ уменьшена, не получается и рѣзкихъ колебаній въ количествѣ хлоридовъ послѣ рвоты. Отсюда вытекаетъ, что значеніе этого симптома для діагностики язвы желудка не безразлично для изслѣдователя, особенно при дифференціальномъ діагнозѣ.

Испражненія. Благодаря тому, что желудочное кровотеченіе въ первомъ стадіи наблюдается сравнительно рѣдко и въ стулѣ присутствіе крови не составляетъ частой находки. Считаемъ необходимымъ замѣтить, что, по нашимъ наблюденіямъ, измѣненная кровь въ стулѣ наблюдается гораздо чаще, чѣмъ объ этомъ можно было бы судить по заявленію больныхъ. Такимъ образомъ, изслѣдованіе кала на измѣнную кровь у язвенныхъ больныхъ можетъ служить хорошимъ подспорьемъ для діагностики, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда кровавой рвоты не наблюдается и боли еще не рѣзко выражены. Само собой разумѣется, что при разспросѣ больного относительно присутствія крови въ калѣ необходимо точно выяснять ея происхожденіе, тѣмъ болѣе, что геморроидальная кровь можетъ примѣшиваться очень нерѣдко. Въ виду этого и желательно, чтобы въ каждомъ данномъ случаѣ изслѣдованіе каловыхъ массъ время отъ времени производилось лучше всего самимъ врачемъ.

Отрицательные признаки, указывающіе на первый стадіи язвы желудка.

Во-первыхъ, — лихорадка, какъ правило, отсутствуетъ.

Во-вторыхъ, — общіи лейкоцитозъ въ крови, а равно и бактеріи не наблюдаются.

Въ-третьихъ — уплотненій или опухолей въ области желудка никогда не бываетъ.

Въ-четвертыхъ, — иррадіація болей непостоянна и не характерна по своимъ проявленіямъ.

Въ-пятыхъ, — никакихъ осложненій не наблюдается; болѣзнь протекаетъ исключительно съ мѣстными симптомами.

Для діагностики перваго стадія имѣетъ также большое значеніе быстрый успѣхъ отъ назначенія гигіены, режима, терапіи, какъ это увидимъ впослѣдствіи.

Исходъ первого стадія язвы желудка вообще благопріятный, такъ какъ смертельныя кровотеченія крайне рѣдки, заживленіе же рубцеваніемъ, какъ показываютъ и патолого-анатомическія вскрытія (Rokytansky, Jaksch, Dietrich, Brinton и другіе), происходитъ по меньшей мѣрѣ въ половинѣ случаевъ, даже по старой статистикѣ. Точно также и вредныя послѣдствія отъ рубцеванія язвы наблюдаются крайне рѣдко. Намъ извѣстенъ всего лишь одинъ случай Ромма, гдѣ изъ за рубца послѣ заживленія язвы, причинявшаго жестокую кардіальгію, пришлось прибѣгнуть къ операціи надъ желудкомъ. Такимъ образомъ только часть больныхъ и притомъ меньшая переходитъ во второй стадій, такъ какъ процентъ выздоровленія при современной терапіи несомнѣнно больше прежняго.

Таблица признаковъ I-го періода язвы желудка.

1) *Общее состояніе* вообще довольно удовлетворительно, очень часто даже хорошее. По времени заболѣваніе недавнее.

2) Въ анамнезѣ указаніе на питаніе преимущественно пищей бѣдной бѣлками, особенно картофелемъ. Эстонцы, латыши и нѣмцы, особенно изъ бѣднаго класса.

3) *Возрастъ* — Лица скорѣе молодыя, обычно послѣ 15 лѣтъ, чаще между 20—25 г. Повидимому, чаще женщины, чѣмъ мужчины.

4) *Аппетитъ* въ громадномъ большинствѣ случаевъ сохраненъ и даже усиленъ. Языкъ красный. Жажда повышена.

5) *Боли* вообще не очень рѣзкія, но сильнѣе, чѣмъ

при гастритѣ, локализированныя и усиливающіяся послѣ грубой пищи и кислыхъ напитковъ, при движеніи, извѣстномъ положеніи больнаго; натощакъ обычно ихъ не бываетъ. Иногда болей совсѣмъ не бываетъ. — Скрытыя формы язвы здѣсь чаще, чѣмъ въ другихъ стадіяхъ. Появленіе иррадіирующихъ болей рѣдко и не характерно, чаще бываетъ спинальная боль.

6) *Признакъ* Boas'a замѣчается.

7) *Спазмъ* musculi recti abdominis тѣмъ сильнѣе выраженъ, чѣмъ рѣзче боли.

8) *Желудочное содержимое.* Кислотность желудочного сока рѣзко выражена. Вообще наблюдается пищевая hyperaciditas и hypersecretio сока; значительно рѣже hypersecretio сока и на пустой желудокъ. Осложненіе гастритомъ рѣдко.

9) *Рвоты*, появляющіяся по крайней мѣрѣ въ $^1/_3$ — $^1/_2$ случаевъ и вообще значительно чаще, чѣмъ при гастритахъ; только послѣ пріятія пищи — черезъ 1—2 часа, сильно кислой реакціи, съ хорошо переваренымъ содержимымъ.

10) *Пищевой лейкоцитозъ* сильно выраженъ.

11) *Кровотеченія* по меньшей мѣрѣ въ $^1/_4$ — $^1/_3$ случаевъ. Быстрое возстановленіе состава крови послѣ нихъ — характерно для этого стадія язвы.

12) *Въ испражненіяхъ* — черныя массы изъ измѣненной крови не часты.

13) *Кровь.* Количество гемоглобина незначительно лишь понижено. Общаго лейкоцитоза нѣтъ.

14) *Моча.* Вообще представляетъ измѣненія только въ періоды сильныхъ рвотъ; измѣненіе реакціи кислой до щелочной и уменьшеніе хлоридовъ.

15) *Вѣсъ* больныхъ мало отличается отъ нормальнаго и прогрессирующаго паденія нѣтъ.

16) Послѣдовательныя заболѣванія послѣ заживленія язвы, въ видѣ, напр., гастральгій, крайне рѣдко.

17) *Исходъ* болѣзни благопріятный въ большинствѣ случаевъ.

ГЛАВА III.

Б. Второй стадій язвы желудка.

Язва желудка въ этомъ стадіи протекаетъ при ясно выраженныхъ и чрезвычайно характерныхъ симптомахъ и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь остается скрытой, что̀ наблюдается чаще всего при расположеніи язвы на малой кривизнѣ.

Общее состояніе больныхъ, перешедщихъ во второй стадій язвы желудка, замѣтно страдаетъ, такъ какъ продолжительность болѣзни здѣсь болѣе значительна, чѣмъ въ первомъ періодѣ; конечно, исключаемъ быстро протекающіе случаи, каковые по большей части приходится наблюдать у дѣвицъ и молодыхъ женщинъ. Больные обычно указываютъ, что хвораютъ уже нѣсколько мѣсяцевъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ считаютъ себя настолько пострадавшими, что отказываются отъ многаго, что позволяютъ себѣ здоровые, или больные язвой перваго стадія; они сокращаютъ или совершенно бросаютъ свои занятія и стараются больше лежать въ постели. Лица преимущественно также молодыя — особенно дѣвицы около двадцати лѣтъ, или мужчины и женщины въ возрастѣ отъ 20 до 30 лѣтъ, по происхожденію эстонцы, латыши и нѣмцы, главнымъ образомъ бѣдные и плохо питающіеся въ смыслѣ подвоза бѣлковой пищи.

Малокровіе, выраженное по большей части не въ сильной степени, можетъ даже совершенно отсутствовать, особенно при быстро протекающихъ и скрытыхъ формахъ язвы.

Аппетитъ. Аппетитъ покрайней мѣрѣ въ половинѣ случаевъ въ предѣлахъ нормы, нерѣдко однако остается увеличеннымъ, кромѣ непродолжительныхъ періодовъ, какъ, напр., послѣ кровотеченій. Въ меньшемъ числѣ случаевъ аппетитъ незначительно пониженъ и едва ли когда отсутствуетъ. Если же больные удерживаются отъ принятія пищи, особенно твердой, то только по причинѣ болей, ибо

изъ опыта отлично знаютъ, насколько усиливаются боли послѣ принятія такой пищи. Такимъ образомъ общее ослабленіе организма, зависящее отъ меньшаго подвоза пищи, объясняется не уменьшеніемъ аппетита, а просто боязнью вводить пищу, почему больные нерѣдко и ограничиваютъ свое питаніе только однимъ молокомъ, да и то въ недостаточномъ количествѣ.

Въ этомъ стадіи аппетитъ можетъ совершенно пропадать при тѣхъ же условіяхъ, какъ и въ первомъ періодѣ, т. е. послѣ сильныхъ кровотеченій, частыхъ рвотъ, голоданія и т. д., — но во всякомъ случаѣ онъ скоро приходитъ къ нормѣ, разъ прекращаются вредные моменты.

Языкъ чистый, красноватый; отдѣленіе слюны достаточно, иногда увеличено. Тоже сомое слѣдуетъ сказать и относительно жажды.

Субъективныя ощущенія со стороны желудка. Очень многіе больные указываютъ на повышенную чувствительность въ подложечной области, вслѣдствіе чего и избѣгаютъ тугого затягиванія платья, распуская шнуровки и корсеты.

Боль. Боль состовляетъ самый частый и весьма характерный по своимъ проявленіямъ симптомъ болѣзни. Во второмъ стадіи язвы боль въ большинствѣ случаевъ появляется пароксизмами, такъ что свѣтлые промежутки рѣзко выражены, только въ затяжныхъ и рецидивирующихъ язвахъ боли принимаютъ непрерывный характеръ (Brinton, Шеметовъ, Rosenheim, C. Suffit, Oser и др.).

Если, правда, въ меньшемъ числѣ случаевъ и замѣчается, что боли становятся почти непрерывными, то во всякомъ случаѣ усиленіе ихъ отъ пищи рѣзко сказывается. Боль занимаетъ весьма ограниченное мѣсто, строго опредѣленное, на пространствѣ не больше 1—2 дюймовъ; чаще всего въ области привратника, чаще спереди, чѣмъ со спины, значительно рѣже въ лѣвомъ подреберьи. Натощакъ больной обычно не замѣчаетъ этихъ болей, но достаточно ввести

немного грубой пищи, или вообще какой либо раздражающей, чтобы онѣ появились.

Въ тѣхъ же случаяхъ, когда больной испытываетъ чувство голода, т. е. имѣетъ постоянное желаніе ѣсть и постоянное представленіе о пищи, боль можетъ появляться и натощакъ, и обычно нѣсколько успокаивается послѣ принятія извѣстной пищи. Очевидно, послѣднее обстоятельство зависитъ отъ связыванія кислоты пищей, или отъ уменьшенія ея продукціи, какъ напр. послѣ пріемовъ сливочнаго масла и вообще жировъ.

Боль послѣ принятія пищи появляется очень скоро, усиливается въ теченіи одного-двухъ часовъ и прекращается съ выведеніемъ желудочнаго содержимаго или въ кишки или со рвотою.

Давленіе въ подложечной области очень рѣзко вліяетъ на усиленіе болей; иногда достаточно даже одного прикосновенія къ извѣстнымъ точкамъ въ этой области, чтобы вызвать усиленіе ихъ. Чрезвычайно интересно, что давленіе въ области epigastrii сказывается усиленіемъ болей только на весьма ограниченномъ мѣстѣ, а не на всей области. Усиленіе болей при давленіи составляетъ важный діагостическій признакъ язвы желудка, особенно въ виду его объективности.

Боли усиливаются также при движеніи, физическомъ трудѣ, особенно въ случаяхъ расположенія язвы на передней стѣнкѣ. Точно также нравственныя огорченія: испугъ, страхъ, горе, непріятности, вообще дурное настроеніе вліяютъ на интенсивность болей; тогда какъ душевное спокойствіе и хорошее настроеніе часто облегчаютъ ихъ. Боли усиливаются за 1—2 дня передъ менструаціями, передъ кровотеченіемъ, при распространеніи язвы по поверхности, а также вглубь на серозную оболочку желудка (Budd, Brinton). Боли иногда при сильныхъ спазмахъ привратника принимаютъ характеръ давящихъ; подобныя сжимающія пилоротическія боли сравнительно чаще появляются у нервныхъ лицъ и особенно при обильномъ

содержаніи кислоты въ желудкѣ. Одновременно съ ними по временамъ замѣчаются сильныя перистальтическія сокращенія желудка, замѣтныя простымъ глазомъ; этотъ послѣдній симптомъ наблюдается именно при сильномъ спазмѣ привратника вслѣдствіе раздраженія его соляной кислотой (Doyen). На уменьшеніе болей сильно вліяютъ пріемы щелочей — соды, щелочныхъ земель-магнезіи.

Иррадіація болей. Подложечная боль обычно отдаетъ въ спину, какъ-бы пронизывая острымъ оружіемъ спереди назадъ. Рѣже боли отдаютъ въ крестецъ, въ ноги, внизъ живота, въ грудную клѣтку, въ верхнія конечности, въ подреберья. Самое же характерное для этого періода то, что иррадіація болей непостоянна и неправильна по своему проявленію: одинъ разъ боли изъ подложечной области распространяются внизъ живота, въ другой разъ въ верхнія конечности и. т. д., словомъ онѣ мѣняютъ свое положеніе и направленіе. Совсѣмъ другое мы увидимъ въ третьемъ стадіи язвы желудка, гдѣ иррадіація болей чрезвычайно характерна по своему постоянному проявленію и распространенію.

Значеніе положенія больнаго на усиленіе или облегченіе болей. Въ этомъ стадіи съ особеннымъ постоянствомъ констатируется зависимость болей отъ положенія больного. Фактъ этотъ чрезвычайно интересенъ, такъ какъ онъ имѣетъ важное значеніе для діагностики язвы желудка вообще и мѣста разрушительнаго процесса въ частности. Боли, ухудшающіяся отъ положенія больного на животѣ, указываютъ на язву передней стѣнки, на спинѣ — на задней, при лежаніи на правомъ боку — въ области привратника, а на лѣвомъ — у дна желудка. Усиленіе болей во время самыхъ пріемовъ пищи и горячихъ напитковъ указываетъ на язву въ области cardiae или на малой кривизнѣ (Brinton, Leube и др.); въ такихъ случаяхъ больные обычно указываютъ, что сидячее положеніе значительно облегчаетъ ихъ боли.

Если во второмъ періодѣ язвы желудка замѣчается повышеніе чувствительности и обостреніе локализаціонныхъ болей, то является мысль или о распространеніи язвы по поверхности, или вглубь, т. е. о переходѣ разрушительнаго процесса и на серозные покровы желудка. Подобное ожесточеніе болей появляется иногда отъ неизвѣстныхъ причинъ, иногда послѣ погрѣшности въ діэтѣ, въ несоблюденіи покойнаго положенія, а у женщинъ передъ регулами, и, конечно, немедленно требуетъ принятія строгихъ мѣръ для ограниченія вредныхъ моментовъ.

Признакъ Boas'a. Повышеніе чувствительности, опредѣляемое альгезиметромъ, выражается очень рѣзко. Явленіе это вмѣстѣ съ усиленіемъ болей отъ давленія и съ строгой локализаціей ихъ на весьма ограниченномъ мѣстѣ чрезвычайно характерно для язвы желудка и потому важно для діагностики.

Мѣстный спазмъ musculi recti во второмъ стадіи обычно выраженъ очень рѣзко и наблюдается чрезвычайно часто: чѣмъ сильнѣе боли, тѣмъ рѣзче и спазмъ мышцы. Необходимо имѣть въ виду, что при констатированіи этого признака мы не подразумѣваемъ гипертрофіи мышечнаго слоя, иногда встрѣчающейся при язвѣ желудка, хотя правда и крайне рѣдко (Leube).

Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго. При изслѣдованіи желудочнымъ зондомъ, уже утромъ натощакъ очень часто констатируется гиперсекреція желудочнаго сока, еще болѣе рѣзко выраженная послѣ пробнаго завтрака. При химическомъ изслѣдованіи изъ кислотъ опредѣляется главнымъ образомъ соляная кислота, количество которой обычно колеблется отъ 2,0% до 4,0%; лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ замѣчается молочная кислота или масляная: то и другое наблюдается или при расширеніи желудка или при значительномъ упадкѣ соляной кислоты. Подъ микроскопомъ находятъ чаще, чѣмъ въ первомъ стадіи, большое количество измѣненныхъ клѣтокъ,

лейкоцитовъ; иногда только зимѣчаются sarcinae (Bamberger, Jaccoud) и другія бактеріи — bacil. acidi lactici (Boas). Но обращаемъ особенное вниманіе на болѣе частое присутствіе крови въ желудочномъ содержимомъ, открываемой ближе всего микроскопически, химически или спектроскопически. Здѣсь кровь чаще открывается, чѣмъ въ первомъ стадіи.

Гиперсекреція и hyperaciditas. Обильное выдѣленіе соляной кислоты во второмъ стадіи язвы желудка также составляетъ весьма характерное явленіе, особенно, если принять во вниманіе нѣсколько пострадавшее питаніе. По меньшей мѣрѣ въ половинѣ случаевъ выдѣленіе соляной кислоты превышаетъ среднюю норму (Rosenheim). (Смтр. наше замѣч. по этому поводу въ статьѣ — „О леченіи хроническаго гастрита“). Въ остальныхъ случаяхъ количество соляной кислоты колеблется около нормы и лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ количество ея можетъ быть ниже 1,0‰. Послѣдній фактъ наблюдается при осложненіи язвы желудка гастритами второй стадіи, при анэміи, послѣ кровотеченій и вообще при упадкѣ питанія. Полное отсутствіе свободной соляной кислоты наблюдается въ исключительныхъ случаяхъ и всегда имѣетъ реальное объясненіе: или при рѣзко выраженномъ истощеніи организма вслѣдствіе голоданія, или послѣ сильныхъ кровотеченій, или при глубокомъ психическомъ угнетеніи и т. п. Но и въ этихъ случаяхъ характерно то обстоятельство, что уже при малѣйшемъ замѣтномъ улучшеніи питанія, вызванномъ тѣмъ или инымъ способами, быстро увеличивается количество соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ; это замѣчается при язвѣ желудка, напр. послѣ примѣненія питательныхъ клистировъ, подкожнаго введенія физіологическаго раствора поваренной соли, тогда какъ при ракѣ желудка и атрофическомъ гастритѣ мы не получаемъ его. Для втораго стадія характерно особенно частое развитіе hypersecretio, которое въ первомъ обычно еще очень мало выражено. Притомъ гиперсекреція

сока констатируется нетолько во время пищеваренія, но и натощакъ. Въ то время какъ hyperaciditas съ теченіемъ язвы начинаетъ все болѣе и болѣе отходить на задній планъ, hypersecretio, напротивъ, появляется все чаще и чаще. Такимъ образомъ во второмъ стадіи и hyperaciditas и hypersecretio констатируются уже почти одинаково часто.

Увеличенное количество желудочнаго сока съ большимъ содержаніемъ соляной кислоты въ немъ объясняетъ намъ причину, почему при язвѣ желудка во второмъ стадіи наблюдается съ одной стороны и болѣе замѣтное расширеніе желудка, а съ другой — явленіе рѣзко выраженнаго пищеваго лейкоцитоза. Первое несомнѣнно нужно поставить въ связь съ частымъ спазмомъ привратника, препятствующимъ опорожненію желудка отъ его содержимаго, и ведущимъ такимъ образомъ къ растяженію его мускулатуры. Расширеніе желудка, по нашему мнѣнію, существуетъ еще, слѣдовательно, во время язвеннаго процесса, однако оно можетъ увеличиваться и послѣ заживленія послѣдняго, но лишь при благопріятныхъ къ тому условіяхъ, какъ напр. при развитіи рубцевой ткани въ области привратника.

Вообще же расширеніе желудка во второмъ стадіи не представляетъ такихъ громадныхъ размѣровъ, какъ при атоническихъ гастритахъ второй и третьей стадіи или вслѣдствіе раковаго и рубцеваго съуженія pylorus'a. Кромѣ того слѣдуетъ отмѣтить, что это расширеніе желудка при правильномъ леченіи быстро проходитъ, чего нельзя сказать про послѣдніе случаи.

Пищевой лейкоцитозъ. Благодаря обильному выдѣленію желудочнаго сока и соляной кислоты мы весьма часто отмѣчаемъ при язвѣ желудка второй степени усиленіе пищеваго лейкоцитоза послѣ принятія пищи или назначенія нуклеиновъ.

Отсутствіе этого признака наблюдается въ тѣхъ же рѣдкихъ случаяхъ, какъ потеря аппетита, отсутствіе соляной кислоты, при сильномъ психическомъ угнетеніи и т. д.

При ракѣ желудка пищевой лейкоцитозъ наблюдается значительно рѣже и, если констатируется, то всегда менѣе сильно проявляется, чѣмъ здѣсь. Его колебанія идутъ параллельно съ колебаніями въ выдѣленіи желудочнаго сока. Въ сравненіи съ первымъ періодомъ язвы онъ здѣсь выраженъ менѣе рѣзко.

Рвота. Рвота во второмъ стадіи язвы желудка наблюдается чрезвычайно часто, хотя постоянно нужно имѣть въ виду зависимость ея отъ принятія грубой пищи, кислой и вообще сильно раздражающей желудокъ. Съ переходомъ на болѣе легкую пищу, рвота обычно пріостанавливается на время или даже совсѣмъ прекращается. Она наступаетъ въ первые часы послѣ принятія пищи и предъ наступленіемъ ея обычно замѣчаются давящія боли у привратника вслѣдствіе спазмотическаго сокращенія его кислымъ содержимымъ желудка. Во рвотѣ констатируется присутствіе соляной кислоты и часто даже въ большомъ количествѣ. Весьма нерѣдко во рвотѣ при микро-химическихъ реакціяхъ обнаруживается, какъ сказано, и присутствіе крови. Постоянная и чрезвычайно правильная зависимость рвоты отъ принятой пищи и усиленіе болей отъ послѣдней несомнѣнно указываютъ на рефлекторное происхожденіе рвоты. Съ этой точки зрѣнія рвота при язвѣ желудка и характерна, а потому представляетъ немаловажное значеніе и для діагностики страданія.

Кровотеченіе. Кровотеченія во 2-мъ періодѣ язвы желудка встрѣчаются гораздо чаще, чѣмъ въ первомъ, и притомъ онѣ болѣе профузны. По меньшей мѣрѣ почти въ половинѣ случаевъ можно констатировать кровотеченія у больныхъ, перешедшихъ уже во второй стадій, съ чѣмъ согласуются и наблюденія Gerhardt'a — 47 % и Leube — 50 %. Характеръ ихъ и зависимость отъ различныхъ вредныхъ моментовъ ничѣмъ не отличается отъ картины, описанной уже при первомъ періодѣ. Во время кровотеченія и въ

первые дни послѣ него наблюдается уменьшеніе желудочнаго сока, гемоглобина и мочи, быстро приходящихъ къ нормѣ вслѣдъ за остановкой кровотеченій. Необходимо помнить, что кровотеченіямъ часто предшествуютъ повышеніе мѣстной чувствительности, ожесточеніе болей и значительное усиленіе ихъ отъ давленія. Несомнѣнно, что на появленіе кровотеченій особенно вліяетъ тяжелая физическая работа, какъ это мы видимъ у нашихъ больныхъ изъ земледѣльческаго класса; очень часто мы слышали отъ нихъ, что кровотеченія появлялись у нихъ послѣ сильныхъ физическихъ напряженій. Появленіе кровотеченій у лицъ моложе 30 лѣтъ имѣетъ громадное значеніе для констатированія язвы желудка, до тѣхъ поръ скрыто протекавшей, хотя нужно сказать, что въ этомъ періодѣ скрытыя формы наблюдаются значительно рѣже, чѣмъ въ 1-мъ стадіи и лишь обычно въ тѣхъ случаяхъ язвы желудка, когда послѣдняя располагается на малой кривизнѣ и не вблизи самаго привратника. Микрохимическое изслѣдованіе испражненій въ этомъ періодѣ язвы открываетъ гораздо чаще присутствіе крови, чѣмъ въ первомъ стадіи.

Расширеніе желудка. Едва замѣтное въ первомъ періодѣ расширеніе желудка дѣлается яснымъ во второмъ стадіи язвы желудка, кромѣ случаевъ быстро протекающихъ. Нерѣдко у нашихъ язвенныхъ мы констатируемъ расширеніе желудка до пупка, а иногда даже и ниже; это расширеніе желудка характерно тѣмъ, что оно вскорѣ послѣ заживленія язвы быстро излечивается, если этому не препятствуетъ рубцовое развитіе ткани, съуживающее pylorus. При болѣе рѣзко выраженныхъ случаяхъ расширенія желудка, несмотря даже на присутствіе достаточнаго количества соляной кислоты, въ желудочномъ содержимомъ констатируются съ одной стороны жирныя кислоты, съ другой — микроорганизмы (сарцины и др.).

Изслѣдованіе крови. Количество гемоглобина во вто-

ромъ стадіи язвы желудка въ сравненіи съ первымъ еще болѣе падаетъ; чаще всего количество его колеблется около 60%—65%.

При улучшеніи питанія быстро наблюдается его поднятіе, при ухудшеніи же, особенно вслѣдствіе голоданія, значительно падаетъ. Эти колебанія въ количествѣ гемоглобина въ зависимости отъ улучшенія или ухудшенія общаго состоянія чрезвычайно характерны для язвы желудка, такъ какъ онѣ не наблюдаются ни при какихъ другихъ заболѣваніяхъ желудка въ такой степени выраженными. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ колеблется отъ 2 до 3—4 милліоновъ; значительно рѣже падаетъ до 1—2 милліоновъ. Колебанія въ количествѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ обычно идутъ параллельно съ колебаніями гемоглобина.

Общій лейкоцитозъ. Какъ въ первомъ стадіи, такъ и во второмъ наблюдается отсутствіе увеличенія общаго лейкоцитоза и это явленіе представляетъ характерную особенность обоихъ названныхъ періодовъ въ отличіе отъ четвертаго стадія язвы желудка, когда общій лейкоцитозъ поднимается до высокихъ цифръ.

Содержаніе бактерій въ крови. Для перваго и второго періодовъ язвы желудка чрезвычайно характерно рядомъ съ отсутствіемъ въ крови общаго лейкоцитоза и отсутствіе бактерій въ крови, появленіе которыхъ, какъ будетъ сказано ниже, несомнѣнно указываетъ на IV періодъ язвы.

Моча. Въ зависимости отъ частыхъ рвотъ и моча въ этомъ стадіи заболѣванія представляетъ болѣе измѣненій въ сравненіи съ первымъ періодомъ. Количество ея нѣсколько уменьшено, реакція можетъ стать менѣе кислой, и даже нейтральной и слабощелочной. Одновременно при этихъ условіяхъ наблюдается выпаденіе фосфатовъ и паденіе въ количествѣ хлоридовъ. Интересно для язвы желудка и от-

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU

сутствіе увеличенія индикана въ мочѣ, тогда какъ при ракѣ желудка послѣдній обычно увеличенъ, а равно и при абсцессахъ. Если рвоты прекращаются и подвозъ пищи совершается въ достаточномъ количествѣ, то моча не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Общій азотистый метаморфозъ при язвѣ желудка не представляетъ рѣзкихъ перемѣнъ отъ нормы, что составляетъ для рака желудка напротивъ весьма характерную особенность, такъ какъ количество мочевины въ послѣднемъ случаѣ сильно падаетъ, экстрактивныя же вещества значительно возрастаютъ. При этомъ вообще расходъ азота превалируетъ передъ приходомъ.

Лихорадка. Во 2-мъ стадіи язвы желудка лихорадка отсутсвуетъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ и, если появляется, то на очень короткое время, преимущественно въ случаяхъ быстро текущихъ и у нервныхъ особъ. Вообще же отсутствіе и непостоянство лихорадки составляетъ отличительную черту второго періода въ этомъ отношеніи.

Вѣсъ. Вѣсъ измѣняется въ зависимости отъ питанія, частоты рвотъ и кровотеченій. Характерно въ отличіе отъ рака желудка то обстоятельство, что вѣсъ больныхъ при язвѣ вообще незначительно падаетъ и быстро поднимается при улучшеніи питанія, прекращеніи рвотъ, кровотеченій и тому подобныхъ ослабляющихъ условій.

Прогнозъ. Вообще для второго стадія язвы желудка предсказаніе должно считаться болѣе серьезнымъ въ сравненіи съ первымъ, такъ какъ никогда нельзя поручиться за то, что не послѣдуетъ или обильнаго кровотеченія, могущаго убить больного, или перехода язвы въ третій періодъ. Въ случаяхъ же быстро протекающихъ, какъ это наблюдается у дѣвицъ и молодыхъ женщинъ, прогнозъ долженъ быть очень серьезнымъ, такъ какъ и то другое у нихъ встрѣчается значительно чаще, чѣмъ у другихъ лицъ. Особенно же прогнозъ ухудшается у дѣвицъ, потерявшихъ menstrua (Crisp).

Продолжительность второго періода вообще значительно больше, болѣзнь тянется мѣсяцами и даже годами. По нѣкоторымъ авторамъ (Budd) заживленіе язвы этого періода считается въ большинствѣ случаевъ временнымъ; по нашимъ же наблюденіямъ въ этомъ періодѣ, принимая во вниманіе этіологію, о которой мы уже говорили своевременно, заживленіе можетъ считатся стойкимъ. Въ случаяхъ же, гдѣ можно подозрѣвать ближайшую причину развитія язвы желудка въ зависимости отъ измѣненныхъ сосудовъ, дѣйствительно, теченіе язвы затягивается и послѣ временнаго улучшенія снова наблюдается повтореніе той же картины. Если подобное затяжное теченіе, съ временными улучшеніями и ухудшеніями, несмотря на самое правильное леченіе, остается безъ измѣненія, то это обстоятельство заставляетъ ставить весьма неблагопріятный прогнозъ. Подобныя язвы обычно тянутся чрезвычайно долго, трудно поддаются леченію и сильно истощаютъ больныхъ.

Эти рецидивирующія язвы съ калезными краями въ прежнее время носили названіе серпигинозныхъ и недаромъ пользовались дурной репутаціей въ смыслѣ прогноза. Ихъ встрѣчаемъ особенно у потаторовъ, артеріосклеротиковъ, сифилитиковъ и тому подобныхъ лицъ.

Исходъ. Въ большей половинѣ случаевъ исходъ болѣзни благопріятный, такъ какъ болѣзнь уступаетъ леченію, разъ оно своевременно и правильно предпринято; въ противномъ же случаѣ можетъ переходить въ третій стадій, хотя не исключается возможность заживленія путемъ vis medicatrix naturae, какъ это видно изъ наблюденій Jaksch'a, Dietrich'a, Brinton'a и другихъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ заживленія язвы можетъ наступить тяжелое осложненіе, какъ напр. съуженіе pylorus'a, или перетяжка желудка въ видѣ песочныхъ часовъ. Первое можетъ вести къ механическому расширенію желудка и потребовать хирургическаго вмѣшательства, — это, нужно замѣтить, наиболѣе

частый исходъ изъ вѣсхъ осложненій язвы желудка въ этомъ стадіи. Перетяжка желудка можетъ повести къ сильному нарушенію пищеваренія въ зависимости отъ происшедшихъ измѣненій въ каждомъ индивидуальномъ случаѣ. Если изъявленіе было обширно, то рубецъ, образовавшійся при заживленіи язвы, значительно измѣняетъ объемъ и форму желудка и болѣе или менѣе съуживаетъ его полость. Съуженіе желудка бываетъ иногда такъ сильно, что желудокъ раздѣляется какъ бы на двѣ части, между которыми остается незначительное отверстіе, отчего пища и не можетъ свободно проходить черезъ желудокъ, а остается во входѣ и, растягивая, производитъ одновременно его гипертрофію. Budd упоминаетъ о двухъ препаратахъ желудка, хранящихся въ Лондонскомъ музеѣ Королевской коллегіи, въ которыхъ желудокъ раздѣленъ на два мѣшка, сообщающихся между собою узкимъ отверстіемъ, отчего желудокъ имѣетъ видъ, какъ будто онъ перетянутъ веревкою. Но вообще рубцы, измѣняющіе такимъ образомъ форму и полость желудка, обычно происходятъ только при заживленіи очень большихъ язвъ (см. случаи Cruveilhier, Budd'a), существовавшихъ долгое время и сопровождавшихся сращеніемъ съ сосѣдними органами. Поэтому такой исходъ для 2-го стадія и не такъ частъ и не такъ характеренъ, какъ для третьяго стадія.

Таблица признаковъ II-ого періода язвы желудка.

1) *Общее состояніе* питанія замѣтно пострадало. Заболѣваніе продолжается нѣсколько недѣль, чаще нѣсколько мѣсяцевъ и рѣже больше года.

2) Заболѣваніе преимущественно у той же національности и при томъ же питаніи, какъ въ первомъ періодѣ.

3) *Возрастъ* обычно отъ 20—30 лѣтъ.

4) *Аппетитъ* часто существуетъ, даже увеличенъ, крайне рѣдко уменьшенъ. Языкъ красный. Жажда.

5) *Боль* чрезвычайно характерна: она мѣстная, ограниченная, часто одновременно съ подложечной и спинная; рѣзкая и постоянная зависимость отъ принятія грубой, кислой пищи. Боль часто острая, очень жестокая; давленіе, движеніе и положеніе больного вліяютъ на усиленіе ея; ни при гастритахъ, ни при ракѣ боли съ такими признаками не замѣчаются.

6) *Признакъ Boas'a* выраженъ ясно.

7) *Нашъ признакъ* также.

8) *Желудочное содержимое.* Кислотность сока и гиперсекреція одинаково часто и чрезвычайно характерны по своему постоянству.

9) *Рвота* по крайней мѣрѣ въ $^3/_4$ случаяхъ, сильнокислой реакціи. Появленіе рвоты послѣ принятія пищи, черезъ 1—2 часа.

10) *Пищевой лейкоцитозъ* рѣзко увеличенъ.

11) *Кровотеченія* часты, почти въ половинѣ случаевъ.

12) *Расширеніе желудка* не рѣдко.

13) *Кровь* — ясное уменьшеніе гемоглобина до 60% по Fleischl'ю.

14) *Общій лейкоцитозъ*
15) *Бактеріи въ крови* } отсутствуютъ.

16) *Лихорадка* очень рѣдка и не постоянна.

17) *Моча* — какъ въ первомъ періодѣ.

18) Вѣсъ тѣла вообще ниже нормальнаго, хотя часто замѣчается наклонность къ паденію, но послѣднее быстро возстановляется при улучшеніи мѣстныхъ симптомовъ.

19) *Послѣдовательныя заболѣванія* также крайне рѣдки, какъ почти и въ первомъ періодѣ.

Исходъ въ большинствѣ случаевъ благопріятный.

ГЛАВА IV.

Клиническая картина 3-го стадія язвы желудка.

Разъ язвенный процессъ съ мышечной оболочки переходитъ на субсерозный и серозный слои желудка, то наступаетъ третій періодъ язвы. При этомъ является опасность полнаго прободенія желудка и послѣдовательно развитіе или молніеносной формы общаго прободнаго перитонита, или осумкованнаго. Первое т. е. прободеніе въ полость брюшины бываетъ значительно рѣже второго, такъ какъ оно предотвращается тѣмъ, что развивается мѣстный слипчивый перитонитъ т. е. перигастритъ и происходитъ слипаніе, а затѣмъ болѣе или менѣе прочное сращеніе стѣнки желудка съ сосѣдними органами. Такое сращеніе нерѣдко случается между малою кривизною или переднею стѣнкою желудка и вогнутою поверхностью лѣвой доли печени; но всего чаще между задней стѣнкой желудка и поджелудочною железой и близь лежащими лимфатическими железами; очень рѣдко между заднею желудочною стѣнкою и притянутой къ ней селезенкой, а также между желудкомъ и грудобрюшною преградою (Aberkrombie и другіе). Насколько часты сращенія желудка съ сосѣдними органами, это можно видѣть изъ наблюденій Jaksch'a, который въ 57 случаяхъ круглой язвы нашелъ такое сращеніе желудка 22 раза, т. е. почти въ 40%. Изъ 22 случаевъ сращенія желудка — 15 разъ задняя стѣнка желудка или малая кривизна его соединялась съ поджелудочною железой, пять разъ выходъ желудка или малая кривизна его сросталась съ печенью, одинъ разъ съ брыжжейкою и одинъ разъ съ селезенкою. Изъ этого одного уже видно, что 3-й стадій язвы желудка долженъ встрѣчаться въ практикѣ не рѣдко; эта частота еще больше увеличится, если принять во вниманіе, что дѣлается съ рубцовою тканью, соединяющею желудокъ съ сосѣдними органами.

Дѣйствительно, послѣ сращенія круглая язва можетъ или вполнѣ зажить съ образованіемъ рубца, при сморщиваніи котораго наступаетъ сближеніе желудка съ сосѣдними органами, — или же при свободномъ отверстіи, благодаря напору содержимаго желудка, можетъ наступить мѣшковидное выпячиваніе стѣнки желудка съ образованіемъ такъ называемаго дивертикула или боковой пазухи, стѣнками которой будутъ съ одной стороны утолщенная serosa, а съ другой — слизистая оболочка самаго желудка. Въ другихъ же случаяхъ происходитъ образованіе фистулезнаго хода вслѣдствіе разъѣданія новообразованной ткани и тогда обычно въ глубинѣ находится тотъ органъ, по направленію къ которому идетъ развитіе фистулезнаго хода; чаще всего это бываетъ поджелудочная железа или печень, которыя при этомъ также болѣе или менѣе вовлекаются въ разрушительный процессъ. Слѣдовательно, въ этомъ случаѣ мы еще не имѣемъ полнаго прободенія серозной оболочки желудка, а потому и клиническая картина въ 3-мъ періодѣ по преимуществу продолжаетъ удерживать характеръ мѣстнаго страданія, чѣмъ рѣзко и отличается отъ картины 4-го періода, гдѣ на первый планъ выступаютъ общія явленія въ организмѣ, тогда какъ мѣстныя явленія отходятъ на второй планъ. Съ патолого-анатомической стороны слѣдуетъ добавить еще одно весьма интересное явленіе, а именно — почти полное отсутствіе нагноительнаго процесса въ боковомъ мѣшкѣ, или столь незначительное развитіе его, въ силу постояннаго воздѣйствія со стороны желудочнаго сока, что никакихъ общихъ явленій въ организмѣ не отмѣчается. Благодаря такимъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ въ 3-мъ періодѣ язвы желудка, клиническая картина представляется чрезвычайно характерной по своимъ симптомамъ, которые въ этомъ періодѣ достигаютъ наибольшей выразительности и большаго числа.

Общее Состояніе. Больные обычно въ возрастѣ около 30 лѣтъ, нерѣдко страдаютъ уже по нѣсколько лѣтъ, часто

же не менѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ и только въ быстропротекающихъ случаяхъ лишь нѣсколько недѣль. Общее состояніе тяжелѣе, чѣмъ въ первыхъ двухъ стадіяхъ; больные предпочитаютъ оставаться въ постели изъ за сильныхъ грызущихъ, острыхъ, колющихъ болей, вообще же легко замѣтить ихъ страдальческое положеніе. Исхуданіе довольно значительное; малокровіе ясно выражено, хотя общій видъ больного не указываетъ на кахектическое состояніе и рѣзко отличается отъ того, что представляютъ собою раковые больные.

Аппетитъ. Аппетитъ, несмотря даже на тяжелое состояніе, всетаки обычно существуетъ, нерѣдко даже мы находимъ его увеличеннымъ; рѣже онъ уменьшенъ, еще рѣже вполнѣ отсутствуетъ, какъ это бываетъ при голоданіи, послѣ сильныхъ кровотеченій и тому подобныхъ ослабляющихъ моментовъ. Если больной и не принимаетъ пищи, несмотря на чувство голода, то это чаще всего зависитъ отъ боязни вызвать жестокія боли, а никакъ не отъ отсутствія аппетита. Языкъ обычно красноватый, рѣдко обложенный; слюноотдѣленіе вообще не уменьшено, но иногда даже продолжаетъ оставаться увеличеннымъ, какъ въ первыхъ періодахъ.

Боли. При язвѣ 3-ей степени боли принимаютъ болѣе постоянный характеръ, такъ что свѣтлые промежутки могутъ и совсѣмъ отсутствовать. Онѣ бываютъ и днемъ, и ночью, не давая больнымъ покоя. Боли носятъ характеръ грызущихъ, сверлящихъ, колющихъ, вообще болѣе острыхъ, рѣже болѣе тупыхъ. Эта продолжительность и постоянство болей особенно характерны для язвы 3-ей степени. На появленіе ихъ въ этомъ періодѣ и на измѣненіе ихъ характера вліяетъ еще одинъ новый моментъ, отсутствующій при 1 и 2 стадіяхъ, т. е. большее или меньшее раздраженіе peritoneum'a съ его послѣдствіями. Такимъ образомъ кромѣ вышеуказанныхъ моментовъ, обусловливающихъ боли при первыхъ періодахъ, здѣсь присоединяются

еще, во-первыхъ — раздраженіе перитонеальнаго покрова желудка и, во-вторыхъ — растяженіе новообразованныхъ соединительно-тканныхъ перепонокъ при движеніяхъ желудка. Этимъ, конечно, и объясняется причина интенсивности болей, болѣе постояннаго существованія ихъ и другихъ нижеприводимыхъ отличительныхъ особенностей ихъ. Пріемъ пищи весьма рѣзко усиливаетъ появленіе болей, вслѣдствіе чего больные лишаютъ себя пищи; особенно же боль усиливается послѣ твердой, острой пищи и спиртныхъ напитковъ. Въ виду этого болѣе или менѣе продолжительный постъ (Budd), питаніе клистирами, мѣстное прикладываніе льда или припарокъ, покойное положеніе, отсутствіе физическихъ напряженій, даже такихъ, какія сопутствуютъ кашлю, чиханію, натугъ при дефекаціи и т. п. рѣзко сказываются на уменьшеніи болей. Однако описываемыя боли иногда не только не увеличиваются послѣ пріема пищи, но даже нѣсколько успокаиваются, — это послѣднее обстоятельство зависитъ отъ того, что у больного сохраненъ аппетитъ и существуетъ постоянное желаніе ѣсть т. е. постоянное представленіе о пищи, что ведетъ къ выдѣленію на пустой желудокъ психическаго сока, сильно раздражающаго язвенную поверхность желудка. Введеніе въ такихъ случаяхъ пищи связываетъ желудочный сокъ и тѣмъ притупляетъ до нѣкоторой степени раздражающее дѣйствіе его. Уменьшеніе болей отъ принятія пищи наблюдается также въ случаяхъ затянувшихся и редидивирующихъ язвъ, т. е. когда можно ожидать уже болѣе стойкихъ сращеній желуда съ сосѣдними органами: нѣкоторые больные такого рода чувствуютъ себя лучше всего, какъ это заявляетъ и проф. Цимсенъ, именно въ то время, когда желудокъ слабо наполненъ. Если желудокъ сильно наполняется, то является растяженіе находящихся въ окружности сращеній нервныхъ волоконъ желудочной стѣнки, что и ведетъ къ жестокимъ кардіальгическимъ приступамъ и другимъ тяжелымъ припадкамъ, которые проходятъ лишь

съ принятіемъ въ небольшомъ количествѣ теплаго супа или молока и т. п. По Жакку больной съ подобными сращеніями, препятствующими движеніямъ желудка, сохраняетъ на всю жизнь диспепсію и болевые приступы.

Боли въ этомъ періодѣ сохраняютъ свою строгую локализацію, нерѣдко ожесточаются передъ регулами за день, за два до наступленія ихъ, передъ кровотеченіемъ, прободеніемъ и вообще при распространеніи разрушительнаго процесса и усиленіи раздраженія серознаго покрова желудка.

На появленіе болей оказываетъ чрезвычайно рѣзкое вліяніе и положеніе больного, какъ въ этомъ мы могли убѣдиться при изслѣдованіи своихъ больныхъ. Такой рѣзкой зависимости усиленія болей отъ положенія больного и такого замѣчательнаго постоянства этого признака въ 3-мъ стадіи язвы желудка мы не встрѣчали среди больныхъ 2-го стадія и тѣмъ болѣе перваго періода; въ послѣднемъ случаѣ больные всетаки имѣютъ свободные отъ болей промежутки и даже совсѣмъ могутъ не замѣчать ухудшенія ихъ отъ перемѣны положенія.

Такимъ образомъ патогенія болей въ этомъ стадіи слѣдующая: раздражающее вліяніе пищи на поверхность язвы, усиленное отдѣленіе желудочнаго сока, раздраженіе нервныхъ волоконъ, до которыхъ достигаетъ язва (Bamberger), растяженіе сращеній и раздраженіе peritoneum'a.

Чувствительность въ области epigastrium'a въ этомъ стадіи выражена значительно интенсивнѣе, чѣмъ въ первыхъ двухъ стадіяхъ; больные обычно растегиваютъ свое платье, чтобы не производитъ давленія на эту область. Словомъ здѣсь мы нерѣдко встрѣчаемъ то, что наблюдается вообще при развитіи мѣстнаго перитонита. Примѣняя съ цѣлью опредѣленія болевой чувствительности давленіе въ области локализированныхъ мѣсть, легко убѣдиться въ томъ, какъ ничтожно оно должно быть, чтобы вызвать усиленіе болей. Очень нерѣдко бываетъ достаточно даже

одного прикосновенія пальцемъ, чтобы замѣтить рѣзкое проявленіе этого признака.

Иррадіація болей. Въ 3-мъ стадіи мы наблюдаемъ цѣлый рядъ иррадіирующихъ болей: или въ область праваго, или лѣваго плеча, или въ видѣ правосторонней межреберной невралгіи, или діафрагматическую, или подключичную, или чаще всего въ формѣ спинальной точки, также крестцовой и т. д. Всѣ эти болевыя области и точки по своему постоянству проявленія составляютъ чрезвычайно характерный симптомъ при язвѣ желудка третьяго періода, такъ какъ проявленіе ихъ въ той или другой области нерѣдко указываетъ на вовлеченіе въ болѣзненный процессъ перитонеальнаго покрова того или другого органа, на который переходитъ процессъ съ желудка (Cruveilhier, Brinton, Traube, Eisenlohr, Oser и Prior).

Признакъ Boas'a. Вслѣдствіе того, что въ третьемъ стадіи страдаетъ и перитонеальный покровъ желудка, признакъ Boas'a проявляется въ весьма рѣзко выраженной формѣ, удерживая свой строго локализированный характеръ.

Точно также и *спазмъ* верхняго отдѣла m. recti здѣсь чрезвычайно рельефенъ, причемъ въ отличіе отъ спазма при предыдущихъ обоихъ стадіяхъ онъ, въ силу бо́льшаго развитія болѣзненнаго процесса и раздраженія перитонеума, проявляется на большемъ пространствѣ, такъ что въ области подложечной ямки замѣчается вполнѣ симметричное мышечное вздутіе.

Желудочное содержимое. Въ 3-мъ стадіи нерѣдко существуетъ и гиперсекреція, и hyperaciditas; первая наблюдается чаще, вторая рѣже. Послѣднее обстоятельство легко объясняется тѣмъ, что чѣмъ дольше существуетъ язва, тѣмъ скорѣе присоединяется и гастритъ, ведущій къ уменьшенію hyperaciditas, вслѣдствіе нейтрализаціи желудочнаго сока щелочною слизью. Констатированіе гиперсекреціи въ этомъ періодѣ при незначительной кислотности желудочнаго сока становится вполнѣ понятнымъ, разъ

примемъ во вниманіе тѣ экспериментальныя данныя, о которыхъ мы упоминали въ отдѣлѣ этіологіи язвы (опыты доктора Волковича). Рѣже не находимъ ни гиперсекреціи, ни усиленной кислотности; но тогда всетаки легко убѣдиться въ томъ, что желудочный сокъ продуцируется и притомъ то въ большемъ, то въ меньшемъ количествѣ, смотря по общему состоянію организма. Въ періодѣ улучшенія желудочный сокъ и кислотность его возрастаютъ, въ періодѣ же ухудшенія количество свободной кислоты можетъ опуститься даже до нуля.

Вотъ эти то колебанія въ количествахъ сока при сравнительно тяжеломъ общемъ состояніи и чрезвычайно характерны для хронической язвы. Ничего подобнаго нельзя констатировать при ракѣ желудка, а потому вышеуказаный симптомъ и имѣетъ свое значеніе при дифференціальномъ діагнозѣ язвы желудка отъ карциномы послѣдняго. Полное отсутсвіе соляной кислоты наблюдается очень рѣдко; однако, все же можно видѣть въ періоды сильнаго истощенія, вызваннаго или голоданіемъ (опыты проф. Павлова), или жестокими болями. Во всякомъ случаѣ послѣднее явленіе составляетъ только временное и обычно скоропроходящее явленіе, такъ какъ послѣ прекращенія кровотеченій или по успокоеніи болей скоро снова возстановляется аппетитъ, а съ нимъ вмѣстѣ и кислый желудочный сокъ. Слѣдуетъ замѣтить, что въ этомъ періодѣ изслѣдованіе зондомъ должно быть практикуемо какъ можно рѣже и съ особенной осторожностью, такъ какъ крайне легко причинить больному тяжелыя поврежденія со стороны желудка т. е. повести къ перфораціи subserosae и serosae и къ острѣйшей формѣ перитонита. Въ желудочномъ содержимомъ 3-го стадія чаще, чѣмъ въ первыхъ двухъ стадіяхъ, констатируется присутствіе другихъ органическихъ кислотъ — молочной, уксусной или масляной, и особенно микроорганизмовъ; между послѣдними легко найти и sarcinae. Такой задержки въ перевариваніи крахмальныхъ зеренъ, какъ это было отмѣчено въ

первыхъ періодахъ язвы, здѣсь почти не наблюдается. Подъ микроскопомъ почти постоянно можно встрѣтить гной, очень часто красные кровяные шарики и измѣненныя клѣтки эпителія. Реакція на пептоны вообще констатируется, но далеко не въ такой степени, какъ въ первыхъ двухъ стадіяхъ язвы желудка.

Пищевой лейкоцитозъ наблюдается часто, хотя въ менѣе рѣзко выраженной картинѣ вслѣдствіе меньшаго выдѣленія желудочнаго сока и соляной кислоты. Вообще можно отмѣтить, что въ этомъ отношеніи пищевой лейкоцитозъ въ первыхъ двухъ стадіяхъ повторяетъ картину gastritis acida, тогда какъ въ третьемъ стадіи онъ приближается къ атоніи желудка — gastritis atonica по нашей номенклатурѣ. (См. Леченіе хроническихъ гастритовъ).

Рвота. Въ этомъ стадіи рвота, во-первыхъ — гораздо чаще наблюдается, а во-вторыхъ — и легче наступаетъ т. е. раньше по времени появленія, чѣмъ въ предыдущихъ стадіяхъ. Зависитъ это отъ того, что къ причинамъ, обусловливающимъ рвоту, здѣсь присоединяется еще одинъ новый моментъ — раздраженіе серознаго покрова желудка, болѣе сильная чувствительность и рѣзкія боли; вліяніе пищи, а равно и другихъ вышеупомянутыхъ моментовъ сохраняетъ свое значеніе и здѣсь. Къ рвотнымъ массамъ примѣшиваются гнойные элементы, кровь и распадъ тканей.

Кровотеченія. Точно также желудочныя кровотеченія наблюдаются здѣсь гораздо чаще, чѣмъ въ первыхъ періодахъ, кромѣ того въ этомъ стадіи онѣ бываютъ весьма профузными и нерѣдко убиваютъ больныхъ при первомъ же своемъ появленіи; зависитъ это отъ того, что кровотеченія происходятъ изъ сосудовъ большаго калибра, вслѣдствіе проѣданія такихъ стволовъ, какъ: arteria lienalis, coronaria ventriculi, pylorica, gastro-epiploica, gastro-duodenalis, съ ихъ развѣтвленіями, и въ особенности артеріи поджелудочной железы.

Расширеніе желудка. Расширеніе желудка наблюдается такъ часто, что едва ли въ этомъ стадіи оно отсутствуетъ, развѣ только въ случаяхъ быстро протекающихъ, какъ это бываетъ у молодыхъ людей. Расширеніе желудка вообще не достигаетъ большихъ размѣровъ и характеризуется быстрымъ исчезаніемъ вслѣдъ за заживленіемъ язвы, если къ тому не встрѣтится случайныхъ препятствій: съуженіе привратника, сращеніе стѣнокъ желудка съ прилегающими органами и т. д.

Причина расширенія и здѣсь та же самая, что и въ первыхъ стадіяхъ, т. е. спазматическое сокращеніе привратника, препятствующее опорожненію желудка отъ его содержимаго; кромѣ того для расширенія желудка въ данномъ стадіи являются еще новые благопріятные моменты — нерѣдкіе гастриты, анемія и вообще ослабленіе организма. Благодаря расширенію желудка и характеръ желудочнаго содержимаго значительно измѣняется вслѣдствіе появленія бродильныхъ процессовъ въ желудкѣ и развитія бактеріальнаго населенія.

Сращеніе желудка. Въ III-мъ стадіи язвы желудка наблюдается новый симптомъ, отсутствующій въ первыхъ двухъ стадіяхъ, это — сращеніе желудка съ сосѣдними органами; чаще всего оно наблюдается съ поджелудочной железой, съ забрюшинными железами, съ лѣвой долью печени, съ желчымъ пузыремъ, рѣже съ селезенкой и съ передней стѣнкой живота и т д.

[Діагностика сращеній желудка, въ виду вообще клинической важности вопроса и особенно громаднаго значенія его для III-го періода язвы, излагается наиболѣе подробно въ приложеніи къ этой главѣ, — тѣмъ болѣе, что съ этимъ явленіемъ приходится считаться и при послѣдовательныхъ осложненіяхъ за окончаніемъ язвеннаго процесса въ III-мъ періодѣ.]

Этотъ симптомъ для діагностики III-го періода составляетъ кипитальнѣйшее значеніе, такъ какъ на основаніи

его одного мы въ состояніи поставить діагнозъ III-го періода язвы.

Перитонеальное треніе. Въ третьемъ стадіи нерѣдко появляется еще новый симптомъ, отсутствующій въ первыхъ двухъ, это — перитонеальное т р е н і е, вслѣдствіе раздраженія брюшиннаго покрова. Если этотъ симптомъ и не констатируется часто, то вполнѣ по понятной причинѣ, ибо язва на передней стѣнкѣ желудка встрѣчается лишь въ 5% (Brinton.) Само собой разумѣется, что наличность этого симптома весьма важна для діагностики III-го періода.

Опухоли. Плотныя, ограниченныя опухоли, или только разлитое набуханіе, вслѣдствіе образованія рубцовыхъ тяжей или мѣстнаго рубца на мѣстѣ зажившей язвы, или утолщенія серозной оболочки при язвахъ долго существующихъ, или рецидивирующихъ наблюдаются также не часто, какъ и перитонеальное треніе, и по той же причинѣ. Констатированіе такого уплотненія въ области желудка весьма важно для діагностики хронической язвы желудка, такъ какъ оно чрезвычайно характерно по своимъ свойствамъ и рѣзко отличается отъ карциноматозной опухоли. Послѣдняя бугриста, болѣзненна, прогрессивно увеличивается, тогда какъ при язвѣ опухоль или стаціонарна, или даже временами уменьшается вслѣдствіе рубцеванія, не бугриста, а скорѣе носитъ характеръ болѣе разлитого уплотненія и безболѣзненна, разъ наступило уже заживленіе язвы. Но что особенно характерно для опухолей язвы желудка, это — ихъ долгая п р о д о л ж и т е л ь н о с т ь: въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ онѣ остаются безъ измѣненій, чего никогда не наблюдается при раковыхъ опухоляхъ, существующихъ обычно не болѣе нѣсколькихъ мѣсяцевъ до наступленія exitus letalis. Кромѣ указанныхъ весьма рѣзкихъ отличій между обоими родами опухолей, не слѣдуетъ упускать изъ виду и другихъ мѣстныхъ измѣненій со стороны желудка, о которыхъ мы неоднократно уже выше говорили, а равно и общихъ явленій, какъ возникновеніе поліаденита, общей кахексіи и т. д.

Изслѣдованіе крови. Изслѣдованіе крови представляетъ для діагностики язвы желудка весьма важное значеніе. Прежде всего нужно отмѣтить абсолютное уменьшеніе количества гемоглобина, доходящее въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже до 30%. Колебаніе гемоглобина въ сторону повышенія и пониженія въ зависимости отъ измѣненія аппетита, желудочныхъ явленій — болей, рвотъ, и кровотеченій — представляетъ также весьма характерную особенность язвы желудка, рѣзко отличающую ее въ этомъ отношеніи отъ рака. Количество красныхъ шариковъ обычно уменьшено до трехъ и двухъ милліоновъ и даже ниже; количество же бѣлыхъ — вообще въ этомъ стадіи не увеличено. Красные шарики претерпѣваютъ рѣзкія измѣненія, свойственныя тяжелой анеміи, но только въ затянувшихся случаяхъ язвы, обычно же ничего похожаго на пойкилоцитозъ не наблюдается. Слѣдовательно, для третьяго стадія характерно лишь малое количество гемоглобина и уменьшенное количество кровяныхъ шариковъ.

Моча. Моча въ третьемъ стадіи язвы желудка, вслѣдствіе болѣе частыхъ рвотъ, представляетъ измѣненія въ отношеніи кислотности, принимая по временамъ даже нейтральную или слабо-щелочную реакцію съ одновременнымъ выпаденіемъ фосфатовъ и уменьшеніемъ хлоридовъ. Слѣдуетъ однако замѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, когда во рвотѣ не наблюдается соляной кислоты, какъ это бываетъ при осложненіи язвы гастритомъ, хлориды остаются въ мочѣ не уменьшенными, а также и реакція не претерпѣваетъ сильныхъ измѣненій. Здѣсь, такимъ образомъ, опредѣленіе хлоридовъ для діагностики язвы не является надежнымъ признакомъ въ виду того, что подобное же явленіе замѣчается и при гастритахъ, и при карциномѣ желудка.

Стулъ. При изслѣдованіи испражненій весьма часто приходится констатировать измѣненную кровь, и притомъ чаще, чѣмъ объ этомъ можно бы было судить по желудочнымъ

кровотеченіямъ, выводимымъ со рвотою. Стулъ вообще имѣетъ характеръ запора, какъ и въ первыхъ стадіяхъ.

Лихорадка. Въ третьемъ стадіи язвы желудка является еще новый признакъ — это повышеніе температуры. Послѣдняя характеризуется своей крайней неустойчивостью и непостоянствомъ. Температура можетъ чрезвычайно быстро подниматься, особенно у нервныхъ особъ, даже до 39 градусовъ, однако она въ тотъ же денъ можетъ быстро упасть до нормы. Вообще характерно для повышенія температуры въ этомъ стадіи небольшая продолжительность ея; очевидно, она находится въ зависимости отъ большаго или меньшаго раздраженія перитонеальнаго покрова желуда, такъ какъ при воздержаніи отъ пріемовъ пищи, при примѣненіи льда, при назначеніи наркотическихъ, она легко и скоро приходитъ къ нормѣ. Въ періоды уменьшенія раздраженія температура остается нормальной, какъ въ первыхъ стадіяхъ. Значеніе этого симптома для діагностики язвы важно въ томъ отношеніи, что появленіе его указываетъ на распространеніе процесса и потому значительно ухудшаетъ прогнозъ. Весьма интересно, что эти легкія лихорадочныя движенія темпратуры, быстро проходящія, не вызываютъ въ крови общаго лейкоцитоза, а равно мы не могли констатировать и появленія гноеродныхъ бактерій въ крови, что, какъ увидимъ ниже, составляетъ вмѣстѣ съ повышеніемъ температуры весьма интересную особенность въ діагностическомъ отношеніи четвертаго періода. Отсутствіе этихъ двухъ симптомовъ при незначительныхъ поднятіяхъ температуры въ третьемъ стадіи язвы желудка еще болѣе подтверждаетъ зависимость послѣдней отъ чисто мѣстнаго воспалительнаго процесса на серозномъ покровѣ желука.

Вѣсъ тѣла. Колебанія въ вѣсѣ тѣла для діагностики язвы въ этомъ стадіи представляютъ тотъ же интересъ, какой мы видѣли при изученіи состава крови, а равно и при разсмотрѣніи вопроса объ аппетитѣ. Вообще вѣсъ тѣла довольно значительно падаетъ, но никогда не наблю-

дается продолжительнаго прогрессивнаго пониженія его, что составляетъ, какъ извѣстно, весьма характерную особенность при ракѣ желудка. При незначительномъ даже улучшеніи мѣстнаго процесса, вѣсъ тѣла быстро начинаетъ измѣняться въ сторону увеличенія; при ухудшеніи же снова падаетъ. Наблюденіе за колебаніемъ вѣса, слѣдовательно, можетъ представить въ нѣкоторыхъ случаяхъ не малый интересъ, не только для діагностики, но и для прогноза, и для оцѣнки терапевтическихъ мѣропріятій.

Прогнозъ. Въ третьемъ стадіи прогнозъ должно ставить всегда съ крайней осторожностью, несмотря, повидимому, во многихъ случаяхъ на отсутствіе кахексіи и довольно удовлетворительное состояніе общаго питанія. На ухудшеніе прогноза особенно вліяетъ сосредоточеніе болѣзненнаго процесса въ желудкѣ между мышечнымъ слоемъ и брюшиною, гдѣ проходятъ артеріальные стволы желудка, составляющіе иногда источникъ совершенно неожиданныхъ и самыхъ опасныхъ кровотеченій, могущихъ убить больного даже мгновенно или въ теченіе нѣсколькихъ часовъ, чаще же въ первые два — три дня по своемъ возникновеніи. Другое обстоятельство, сильно вліяющее на ухудшеніе прогноза разбираемаго стадія, это легкая возможность прободенія желудка и наступленія общаго перитонита.

Въ третьемъ стадіи, когда разрушительный процессъ перешелъ на subseros'y и seros'y нужно было бы ожидать вообще быстраго и частаго прободенія т. е. перехода третьяго стадія въ четвертый; на дѣлѣ же бываетъ иначе. Даже и въ тѣхъ случаяхъ, когда язвенный процессъ разрушаетъ всѣ оболочки, всетаки не всегда наблюдается изліяніе его содержимаго въ брюшинную полость, вслѣдствіе существованія фистулезныхъ ходовъ. Зависитъ это отъ того, что вмѣстѣ съ углубленіемъ разрушительнаго процесса въ тканяхъ развивается ограниченное воспаленіе брюшины, образующее сращенія между желудкомъ и близлежащими органами. Эти послѣдніе становятся, такимъ образомъ, составной частью язвы и ис-

полняютъ роль стѣнки, такъ что, если процессъ захватываетъ даже и всю серозную оболочку, то изліянія все таки въ брюшную полосль не происходитъ и послѣдствія перфораціи предотвращены. Подобныя спасительныя сращенія обыкновенно совершаются съ лѣвой долей печени, поджелудочной железой, сальникомъ и съ сосѣдними лимфатическими железами; рѣже съ поперечной толстой кишкой, еще рѣже съ селезенкой, грудобрюшной преградой, или съ передней брюшной стѣнкой. Связь желудка съ органомъ, исполняющимъ роль стѣнки, не бываетъ непосредственной; она состоитъ изъ болѣе или менѣе толстаго слоя межлежащей соединительной ткани, причемъ основаніе язвы и слизистая оболочка желудка притягиваются къ соединительно-тканной массѣ и къ приросшему органу. Предохраняющее вліяніе подобныхъ сращеній часто бываетъ окончательнымъ; значительно рѣже встрѣчаются такіе случаи, когда разъѣданіе продолжается и въ образовавшемся тяжѣ: тогда въ глубинѣ фистулы можно видѣть или обнаженную головку поджелудочной железы, или печень и т. д. Затѣмъ и эта фистулезная полость снова затягивается и притомъ почти безъ нагноенія, что и характерно для даннаго стадія. Въ 4-мъ періодѣ, напротивъ, мы всегда встрѣчаемся въ подобныхъ случаяхъ съ нагноительнымъ процессомъ.

Вообще слѣдуетъ имѣть въ виду, что чѣмъ чаще и сильнѣе происходятъ движенія желудка на мѣстѣ изъязвленія, тѣмъ труднѣе образуются сращенія изъязвленнаго мѣста желудка съ соприкасающеюся съ нимъ поверхностью сосѣднихъ органовъ. Этимъ и объясняется, почему при изъязвленіи передней стѣнки желудка сращенія образуются крайне рѣдко, несмотря на то, что язвы здѣсь встрѣчаются сравнительно часто. О мѣстѣ прободенія можно судить по 192 случаямъ, приведеннымъ Brinton'омъ.

Изъ этого числа 69 разъ прободеніе было найдено на малой кривизнѣ, 55 разъ на передней, 11 разъ на задней поверхности желудка, 19 разъ близъ pylorus'а, 10 разъ

около cardiae, 4 раза посреди желудка и въ 24 случаяхъ одновременно и на задней и на передней стѣнкахъ желудка; причемъ послѣдняя прободалась, а первая сросталась съ pancreas.

На исходъ болѣзни имѣетъ большое вліяніе и характеръ сращеній: при сращеніяхъ желудка съ печенью, панкреатической железой, онѣ имѣютъ видъ плотной волокнистой ткани, тогда какъ сращенія желудка съ большимъ сальникомъ бываютъ столь нѣжны и тонки, что легко разрываются при малѣйшемъ напряженіи, напр. при поднятіи тяжестей, кашлѣ, чиханіи, натугахъ, при дефекаціи и даже при неумѣренномъ наполненіи желудка пищею. Такія нѣжныя сращенія наблюдаются особенно въ быстро протекающихъ случаяхъ у молодыхъ лицъ. Подобный случай мы имѣли возможность наблюдать въ послѣднемъ семестрѣ у мальчика 14 лѣтъ, у котораго язва протекала скрыто и весьма быстро, такъ какъ не привела къ сильному упадку питанія. При аутопсіи были найдены на малой кривизнѣ ближе къ cardia двѣ язвы, прободавшія стѣнку желудка; окружность язвы была сращена съ діафрагмой лишь очень нѣжными и легко разрываемыми пленками.

Наконецъ, на исходъ круглой язвы имѣетъ вліяніе мѣсто и характеръ образованія рубца, такъ какъ заживленіе этимъ путемъ, какъ уже сказано, совершается далеко нерѣдко. По даннымъ напр. Дитриха, Якша, Виллика рубцеваніе язвы изъ 303 случаевъ найдено было въ 147, а незажившихъ въ 156; слѣдовательно, число рубцовъ равно почти числу изъязвленій. Почти тоже отношеніе найдено и по вычисленіямъ Brinton'a, который на 7226 труповъ нашель 360 или почти 5% язвъ; изъ нихъ 190 было незажившихъ и 160 зарубцевавшихся.

Если изъязвленіе было обширно, то рубецъ, образовавшійся при заживленіи, можетъ значительно измѣнить объемъ и форму желудка и повести болѣе или менѣе къ съуженію полости желудка, или къ деформаціи его въ формѣ, напр., песочныхъ часовъ. (См. При-

ложеніе въ концѣ „Діагностика деформацій желудка“). Если рубецъ образуется въ области привратника, то можетъ наступить затрудненіе при опорожненіи желудка отъ содержимаго и повести такимъ образомъ къ тяжелой формѣ расширенія желудка со всѣми послѣдствіями отъ того (анемія, истощеніе), — словомъ здѣсь можно ожидать самые разнообразные случаи исхода язвы въ зависимости отъ большей или меньшей величины язвы и мѣста будущаго рубца.

Слѣдовательно, имѣя въ виду подобный исходъ язвы въ 3-мъ періодѣ, нужно быть очень осторожнымъ съ прогнозомъ. Если больной и можетъ въ одной половинѣ случаевъ считать себя совершенно застрахованнымъ отъ неблагопріятнаго исхода, то въ другой половинѣ случаевъ легко могутъ наступить: или опасныя кровотеченія изъ желудка, или прободеніе его, или съуженіе привратника и послѣдовательное расширеніе полости желудка. Или, наконецъ, образуются такія непрочныя сращенія, которыя могутъ ежеминутно угрожать своимъ разрывомъ съ послѣдовательнымъ перитонитомъ; иногда, наоборотъ, столь плотныя склейки желудка съ сосѣдними органами могутъ быть причиной сильнѣйшихъ приступовъ гастральгій и другихъ вышеуказанныхъ симптомовъ.

Продолжительность третьяго періода можетъ быть отъ нѣсколькихъ недѣль — въ болѣе быстро протекающихъ случаяхъ, до нѣсколькихъ лѣтъ — въ затяжныхъ, рецидивирующихъ язвахъ.

Изъ нарисованной клинической картины ясно, насколько иногда можетъ быть затруднительна діагностика въ этомъ періодѣ. Поэтому съ улучшеніемъ метода гастродіафаніи и особенно рентгеноскопіи можно ожидать громадной пользы для діагноза язвы въ 3-мъ періодѣ, а равно и въ слѣдующемъ 4-мъ стадіи. По крайней мѣрѣ, насколько показываютъ наши наблюденія, примѣненіе рентгеноскопіи для опредѣленія плевритическихъ сращеній чрезвычайно легко

достигается и особенно рельефно выходитъ на фотографическихъ снимкахъ. Въ виду этого и можно ожидать подобныхъ же результатовъ и при просвѣчиваніи желудка, особенно по способу Bade съ предварительнымъ раздуваніемъ его газами.

Наконецъ, въ отдѣльныхъ случаяхъ, когда, какъ это увидимъ ниже, и терапія не можетъ помочь діагностикѣ, слѣдуетъ рекомендовать пробную лапаротомію. На послѣднюю особенно слѣдуетъ обратить вниманіе, такъ какъ она иногда можетъ не только выяснить діагностику тяжелаго страданія, но принести и лѣчебную помощь, такъ какъ сплошь и рядомъ бываютъ случаи, когда уничтоженіе тяжей и разрывъ сращеній можетъ оказаться вполнѣ достаточнымъ для освобожденія больного отъ упорныхъ, жестокихъ болей и другихъ тяжелыхъ сопутствующихъ симптомовъ (анэмія, истощеніе). Мы, по крайней мѣрѣ, при язвахъ желудка въ 3-мъ стадіи далеко нерѣдко рекомендуемъ обращаться къ хирургической помощи съ вышеуказанными цѣлями.

Таблица признаковъ III-ого періода язвы желудка.

1) *Общее состояніе* вообще сильно пострадало, кромѣ случаевъ, быстро протекающихъ.

2) *Возрастъ* чаще около 30 лѣтъ.

3) *Аппетитъ* вообще существуетъ, хотя нерѣдко уменьшенъ, но можетъ быть и усиленъ.

4) *Боли* въ высокой степени характерны своей большой напряженностью, часто грызущаго характера, продолжаются днемъ и ночью и не даютъ покоя въ теченіи цѣлаго дня; рѣзко зависятъ отъ давленія, особенно же отъ положенія больного; иррадіація болей также характерна въ этомъ періодѣ.

5) *Признакъ Boas'a* рѣзко выраженъ.

6) *Нашъ признакъ* тоже и на большемъ пространствѣ, чѣмъ въ первыхъ періодахъ.

7) *Желудочное содержимое.* Преобладеніе гиперсекреціи надъ hyperaciditas; характерно вообще постоянное и довольно значительное присутствіе HCl, не смотря даже на большой упадокъ силъ.

8) *Пищевой лейкоцитозъ* замѣчается.

9) *Рвота* очень часто, болѣе чѣмъ въ $^3/_4$ случаевъ, очень часто съ примѣсью крови; въ утреннихъ порціяхъ часто соляная кислота.

10) *Кровотеченія* необыкновенно часты, не менѣе 75% и нерѣдко профузны.

11) *Расширеніе желудка* въ хроническихъ случаяхъ обычное явленіе.

12) *Сращенія желудка* нерѣдки еще и при незажившей язвѣ, но долго длящейся.

13) *Перитонеальное треніе* наблюдаются иногда въ случаяхъ язвы на передней стѣнкѣ.

14) *Опухоли, утолщенія* иногда наблюдаются, характерныя своимъ постоянствомъ и большой продолжительностью безъ наклонности къ прогрессированію.

15) *Кровь* представляетъ большія измѣненія; количество гемоглобина значительно падаетъ; въ застарѣлыхъ случаяхъ пойкилоцитозъ и явленія, свойственныя злокачественному малокровію.

16) *Моча* — тѣ же измѣненія, какъ въ первыхъ періодахъ.

17) *Вѣсъ тѣла* падаетъ. При улучшеніи мѣстныхъ симптомовъ вновь поднимается.

18) *Лихорадка* часто, но не постоянно, и очень непродолжительна.

19) Послѣдовательныя явленія очень часты въ видѣ сращеній желудка съ сосѣдними органами, стеноза привратника, деформаціи желудка и т. д.

Исходъ. Прогнозъ очень серьезный.

ГЛАВА V.

Клиническая картина 4-го стадія язвы желудка.

Съ полнымъ прободеніемъ всѣхъ оболочекъ стѣнки желудка и поступленіемъ желудочнаго содержимаго въ открывшуюся полость наступаетъ 4-ый періодъ язвы. При этомъ слѣдуетъ отличать: прободеніе съ образованіемъ частичнаго, гнойного, осумкованнаго перитонита, и прободеніе, ведущее за собой появленіе общаго перитонита, чаще всего въ молніеносной формѣ его. Въ клиническомъ отношеніи оба рода прободенія далеко не одинаковы по своимъ симптомамъ, особенно по продолжительности, по отношенію къ терапіи и по исходу. Осумкованные гнойники могутъ тянуться мѣсяцами, тогда какъ общій перитонитъ много — много 2—3 недѣли, а обычно ведетъ къ exitus letalis въ первые же дни. Хирургическое пособіе въ первомъ случаѣ нерѣдко оказываетъ существенную помощь и даетъ большой процентъ выздоровленія, которое даже можетъ наступитъ и само по себѣ въ случаяхъ самопроизвольнаго вскрытія гнойника. Во 2-мъ случаѣ — хирургическая помощь приноситъ меньше пользы, а самопроизвольное излеченіо наступаетъ въ рѣдчайшихъ случахъ, развѣ при поступленіи въ брюшную полость желудочнаго содержимаго въ незначительномъ количествѣ и, быть можетъ, даже почти свободнаго отъ бактерій, что, конечно, бываетъ лишь, какъ курьезъ.

Несмотря на эту разницу, мы все-таки оба случая относимъ къ одной группѣ, т. е. къ 4-му стадію, и дѣлаемъ это на томъ основаніи, что патолого-анатомическій процессъ въ обоихъ одинаковъ, представляя лишь разницу въ количественномъ отношеніи: въ одномъ случаѣ имѣется нагноительный процессъ на ограниченномъ мѣстѣ, а въ другомъ онъ болѣе разлитой.

Какъ при общемъ, такъ и при мѣстномъ перитонитѣ полное прободеніе всѣхъ оболочекъ желудка и воспалительно-нагноительный процессъ выступаютъ при этомъ до такой степени на первый планъ, что прежняя картина язвы въ видѣ мѣстнаго процесса въ желудкѣ отодвигается какъ-бы на второй планъ. Вслѣдствіе этого и въ клиническомъ отношеніи язва 4-го стадія характеризуется не столько мѣстными симптомами, сколько общими, конституціональными. Слѣдовательно, всякій разъ, когда мы констатируемъ такое явленіе при предшествующемъ заболѣваніи язвой желудка, мы должны подумать именно о наступленіи 4-го стадія. Въ патологическомъ отношеніи крайне интересно то, что мы и въ 3-мъ стадіи можемъ найти такіе мѣстные разрушительные процессы и фистулезные ходы, но здѣсь процессъ никогда почти не сопровождается нагноеніемъ, въ зависимости отъ чего мы и можемъ ожидать благопріятнаго исхода съ образованіемъ плотнаго рубца, совсѣмъ не прибѣгая къ хирургической помощи (Rokitansky). Наличность гноя въ одномъ случаѣ и отсутствіе въ другомъ мы объясняемъ себѣ различной кислотностью желудочнаго сока: въ третьемъ періодѣ нерѣдко наблюдается ни только гиперсекреція, но и hyperaciditas, вслѣдствіе чего и проявляется здѣсь въ полной силѣ переваривающее дѣйствіе желудочнаго сока; тогда, какъ здѣсь вслѣдствіе упадка питанія и вообще при истощеніи hyperaciditas отсутствуетъ, благодаря чему нагноительный процессъ подъ вліяніемъ гноеродныхъ бактерій и беретъ перевѣсъ надъ дѣйствіемъ желудочнаго сока.

Въ 4-мъ стадіи язвы заживленіе гнойной полости, конечно, можетъ послѣдовать только путемъ опорожненія отъ содержимаго — либо силами самой природы, либо при помощи хирургическаго вмѣшательства.

Что язвенный процессъ 3-го стадія можетъ при благопріятныхъ условіяхъ перейти въ нагноительный, это, конечно, само собою разумѣется, но до тѣхъ поръ, пока мы не находимъ послѣдняго, мы относимъ его къ 3-му періоду

даже и въ томъ случаѣ, если бы, напр., потомъ при аутопсіи оказались вовлеченными въ разрушительный процессъ и сосѣдніе органы: печень, поджелудочная железа и т. д. Словомъ, присоединеніе въ теченіе заболѣванія язвой воспалительно — нагноительнаго процесса, мѣстнаго или общаго, со всѣми его послѣдствіями для организма, мы считаемъ характернымъи весьма важнымъ признакомъ для 4-го періода.

Въ виду такого представленія о 4-омъ стадіи мы при изложеніи клинической картины его прежде всего обратимъ вниманіе именно на общіе признаки, какъ самые характерные для него, а затѣмъ уже разсмотримъ мѣстные симптомы, которые помогутъ выясненію въ происхожденіи нагноительнаго процесса, развившагося вблизи желудка или даже по всей брюшной полости. Такъ какъ выше было сказано, что въ 4-омъ періодѣ мы различаемъ 2 формы — мѣстный и общій перитониты, то изложимъ клиническую картину сперва перваго, а потомъ втораго.

Б. Картина болѣзни при прободеніи язвы желудка съ образованіемъ мѣстнаго перитонита.

До какой степени вообще трудна діагностика мѣстнаго перитонита въ зависимости отъ предшествовавшаго заболѣванія желудка, — это видно изъ того, что напр. изъ всѣхъ случаевъ поддіафрагмальнаго абсцесса вслѣдствіе вскрывшейся язвы желудка точная діагностика была поставлена при жизни, до 1879 года, лишь въ 2-хъ случаяхъ (Barlow'a и Eisenlohr'a.) Да и послѣ того діагностика не всегда устанавливалась при жизни.

Какіе же симптомы мы считаемъ характерными для мѣстнаго перитонита?

На первомъ планѣ нужно поставилъ анамнестическія данныя, изъ которыхъ можно убѣдиться въ существованіи, въ одной группѣ случаевъ, долго длящейся язвы желудка съ характерными симптомами для послѣдней, съ общимъ сильнымъ истощніемъ организма, и т. д., въ дру-

гой же узнаемъ о быстромъ теченіи язвы при сохранившемся хорошемъ общемъ состояніи. Такимъ образомъ, при осумкованномъ перитонитѣ, вслѣдствіе вскрывшейся язвы, мы имѣемъ 2 типа больныхъ: сильно истощенныхъ и сохранившихъ удовлетворительное питаніе. Первые напоминаютъ по своему внѣшнему виду скорѣе чахоточныхъ больныхъ, тогда какъ вторые-тифозныхъ.

Лихорадка. Второй весьма важный признакъ осумкованнаго перитонита — повышенная температура со знобами, потами, напоминающая собою по теченію вообще нагноительную лихорадку. Появленіе этого симптома въ теченіи язвы желудка очень важно для діагноза. Въ первыхъ двухъ стадіяхъ лихорадка, какъ правило, отсутствуетъ. Если иногда она и появляется, особенно у нервныхъ особъ и въ случаяхъ быстропротекающихъ или при сильныхъ боляхъ, то также быстро и проходитъ. Въ 3-емъ стадіи лихорадка представляетъ уже большій интересъ, такъ какъ она тамъ обычно является при болѣе или менѣе значительномъ раздраженіи и воспаленіи брюшиннаго покрова желудка, но также долго не держится: лишь только уменьшаются перитонеальныя боли, лихорадка исчезаетъ.

Совѣмъ другое теченіе имѣетъ лихорадка въ 4-омъ стадіи язвы желудка: здѣсь она характерна своимъ постоянствомъ и свойствами нагноительной; мы не разъ наблюдали частые знобы, нѣсколько разъ наступающіе въ сутки и постоянно предшествовавшіе каждому повышенію температуры. Типъ лихорадки скорѣе ремиттирующій, чѣмъ интермиттирующій и гектическій, на что обратили вниманіе уже старые наблюдатели Rudd, Jaksch, Niemeyer и др., а въ настоящее время Leyden, Eichhorst, Rosenheim и др. Продолжительность лихорадки съ нагноительнымъ характеромъ представлетъ такимъ образомъ для 4-го стадія язвы желудка цѣнный діагностическій признакъ.

Третье мѣсто въ діагнозѣ IV-го стадія занимаетъ систе-

матическое изслѣдованіе крови, которое также даетъ цѣнныя указанія.

Кровь. Прежде всего мы считаемъ весьма характернымъ для этого періода, въ случаяхъ долгодлящихся, значительное паденіе въ количествѣ гэмоглобина: цифры отъ 30—40% далеко не составляютъ рѣдкости; въ нѣкоторыхъ случаяхъ процентъ содержанія гэмоглобина можетъ упасть даже до 20, и тогда кровь наблюдается со всѣми измѣненіями, свойственными перниціозной анеміи, на что впервые обратилъ вниманіе Rosenheim. Колебанія гэмоглобина въ ту или другую сторону несомнѣнно зависятъ отъ общаго состоянія организма: періоды повышенія гэмоглобина совпадаютъ съ улучшеніемъ состоянія, вслѣдствіе усиленія аппетита, или прекращенія кровотеченій и рвотъ. Это явленіе, эта способность быстрой регенераціи крови и характерна для этого періода язвы желудка въ отличіе отъ рака, при которомъ колебанія гэмоглобина совершаются только въ сторону минуса. Красные кровяные шарики здѣсь очень нерѣдко представляютъ болѣе или менѣе рѣзкія измѣненія, приближающія ихъ къ таковымъ при злокачественной анеміи и тяжеломъ хлорозѣ. Въ случаяхъ же быстропротекающихъ кровь представляетъ лишь нехарактерныя уклоненія отъ нормы и по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ и гемоглобину.

Далѣе для обѣихъ формъ перитонита весьма характерно появленіе общаго лейкоцитоза: цифры бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ у нашихъ больныхъ отъ 12 до 20,000 вмѣсто нормальныхъ 5—8,000 составляютъ обычное явленіе. Но этотъ признакъ, разъ онъ существуетъ, даже хотя бы и въ менѣе выраженной формѣ, обязательно сопровождается лихорадочными движеніями температуры; безъ послѣдняго нѣтъ и перваго.

Въ тоже время нерѣдко въ крови можно найти и гноеродныя бактеріи: мы въ нѣкоторыхъ нашихъ случаяхъ получили изъ крови чистыя культуры стрептокок-

ковъ и стафилококковъ; въ первыхъ же трехъ стадіяхъ бактерій въ крови мы никогда не могли констатировать. Присутствіе бактерій въ крови всегда сопровождается лихорадочной температурой и общимъ лейкоцитозомъ, вслѣдствіе чего эти три признака получаютъ весьма важное значеніе для діагноза 4-го стадія язвы желудка.

Одновременно съ такими цѣнными признаками нерѣдко констатируется присутствіе соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ, и притомъ въ количествахъ даже иногда превышающихъ среднюю норму въ $1^1/_2$—2%. Подобное комбинированіе явленій представляетъ для діагноза язвы 4-го стадія немалое значеніе, такъ какъ намъ, напр., неизвѣстно другого заболѣванія съ лихорадочнымъ теченіемъ, гдѣ бы наблюдались и hyperaciditas и hypersecretio (судя, правда, впрочемъ большею частью по изслѣдованію рвотныхъ массъ).

Вѣсъ тѣла. Вѣсъ тѣла въ большемъ числѣ случаевъ значительно падаетъ, даже и въ быстропротекающихъ. Иногда онъ такъ малъ, что больные погибаютъ единственно отъ истощенія, а не отъ мѣстнаго процесса; словомъ, истощеніе можетъ быть выражено въ высокой степени сильно и даже тогда, когда приходится наблюдать у больныхъ порядочный аппетитъ, хотя и не удовлетворяемый въ силу болей. При малѣйшемъ же улучшеніи мѣстныхъ явленій вѣсъ быстро идетъ на прибыль; это то колебаніе въ вѣсѣ тѣла въ зависимости отъ указанныхъ условій и составляетъ яркую особенность язвы въ IV стадіи, что рѣзко отличаетъ ее отъ рака желудка, гдѣ постоянно существуетъ наклонность къ паденію вѣса. Въ виду этого понятно, почему діэта съ давнихъ временъ, еще съ Cruveilhier, всегда принималась во вниманіе при дифференцированіи язвы желудка отъ рака.

Въ наше время это значеніе діеты для діагноза съ особенной настойчивостью рекомандуетъ Leube въ его такъ называемомъ „Ulcuskur.“

Изъ мѣстныхъ симптомовъ, имѣющихъ значеніе и для діагностики IV стадія и происхожденія нагноительнаго процесса, слѣдуетъ обратить вниманіе на боли, аппетитъ, рвоту, кровотеченія, и. т. д.

Боли. Насколько боли характерны въ первыхъ трехъ стадіяхъ по мѣстному проявленію, ограничивающемуся областью желудка, и по своей строгой локализаціи, настолько же здѣсь, наоборотъ, весьма интересно констатированіе ихъ въ области сосѣднихъ органовъ, при одновременномъ усиленіи ихъ въ epigastrium'ѣ.

Такимъ образомъ, смотря по направленію образованія гнойнаго очага, мы имѣемъ передъ собой или межреберныя боли, справа или слѣва, при пораженіи печени или селезенки — особенно брюшиннаго покрова ихъ, или діафрагматическія, плечевыя, спинныя, крестцовыя и т. п. Словомъ иррадіація болей въ 4-омъ стадіи имѣетъ свою особенность и играетъ немалое значеніе при діагнозѣ. (Brinton, Traube, Eisenlhor).

Боли вообще сильныя, упорныя и жестоко мучатъ больныхъ, такъ что послѣдніе ни днемъ, ни ночью не имѣютъ покоя и приходятъ въ отчаяніе отъ нихъ. Характеръ боли скорѣе грызущій, ноющій сверлящій, чѣмъ жгучій и остропронизывающій, какъ это мы видимъ въ 1-хъ стадіяхъ. Пріемъ пищи острой, кислой, горячихъ и спиртныхъ напитковъ, а равно и представленіе о нихъ сильно обостряютъ боли; нерѣдко однако встрѣчается и обратное: послѣ пищи онѣ нѣсколько успокаиваются. Объясненіе этому мы приводили уже выше. Подобное же вліяніе на боли оказываютъ и питательные клистиры; при болѣе продолжительномъ употребленіи послѣднихъ боли съ постояннымъ характеромъ замѣняются иногда періодическими болями, т. е. на сцену являются свѣтлые, безболѣзненные промежутки, благодаря чему боли и принимаютъ пароксизмальный характеръ, свойственный особенно первымъ періодамъ язвы. Очевидно, здѣсь подъ вліяніемъ клистировъ наступаетъ успокоеніе раздраженія

аппетитнаго центра въ головномъ мозгу и послѣдовательная задержка въ отдѣленіи психическаго сока. Движеніе и физическій трудъ дѣлаютея невозможными. Точно также оказываетъ вліяніе на боли и положеніе больного, хотя больные здѣсь вообще безпокойны и потому часто мѣняютъ свое положеніе. Боли усиливаются при давленіи, на что при этомъ больные уже сами обращаютъ вниманіе врача. Интересно, что при давленіи боли принимаютъ характеръ болѣе разлитыхъ т. е. нѣтъ уже той характерной локализаціи, какую мы видѣли въ первыхъ стадіяхъ язвы. Тоже самое относится и къ сильно повышенной чувствительности въ области желудка. Въ области спины нерѣдко ощущаются боли такого свойства, какъ будто отъ нарыва; по мѣсту онѣ занимаютъ большій районъ, чѣмъ спинальная точка Cruveilhier; здѣсь онѣ сосредоточены на пространствѣ отъ 10 груднаго позвонка до 2-го поясничняго и даже ниже.

Спазмъ m. recti. Вслѣдствіе сильныхъ болей въ области epigastrii и спазмъ мышцъ выраженъ очень рѣзко и притомъ здѣсь, въ 4-омъ стадіи, онъ проявляется постоянно. Затѣмъ, благодаря болѣе разлитому характеру болей, спазмъ принимаетъ болѣе обширный размѣръ; обычно напряженіе мышцъ занимаетъ оба m. recti и бываетъ иногда до такой степени сильно выражено, что подъ пальцемъ ощущается какъ-бы доска. По своему постоянству и рѣзкому проявленію этотъ симптомъ чрезвычайно характеренъ для язвы четвертаго періода.

Симптомъ Boas'a. Одинаково съ симптомомъ напряженія мышцъ въ подложечной области рѣзко выраженъ и симптомъ Боаса, а потому для діагностики 4-го періода язвы имѣетъ подобное же значеніе, какъ и спазмъ m. recti.

Аппетитъ. Аппетитъ часто, несмотря на общее ослабленіе, существуетъ, вообще же онъ уменьшенъ. Если больные и отказываютъся нерѣдко отъ пищи, то только вслѣдствіе жестокихъ болей, усиливающихся вслѣдъ за

принятіемъ пищи, а не столько отъ полной потери аппетита; напротивъ, у такого рода больныхъ мы можемъ предполагать даже усиленную продукцію психическаго сока (Павловъ). Объ этомъ позволительно судить по заявленію самихъ больныхъ, что у нихъ существуетъ желаніе ѣсть т. е. аппетитъ и представленіе о пищѣ, и о выборѣ наиболѣе подходящаго блюда.

Желудочное содержимое и рвота. Рвота наблюдается очень часто, притомъ натощакъ, а не только послѣ ѣды; наступаетъ довольно нерѣдко въ большихъ массахъ, чѣмъ это мы видѣли раньше. Въ тоже время она получаетъ характерную окраску, смотря по большей или меньшей примѣси крови, которая въ малыхъ количествахъ наблюдается здѣсь очень часто (не менѣе 75 %). Въ появленіи рвотъ играютъ роль не только боли, вызываемыя пищей, но и тѣ продукты броженія, которые обычно здѣсь развиваются, какъ это бываетъ въ случаяхъ долго длящейся язвы, благодаря застою желудочнаго содержимаго въ расширенномъ желудкѣ и меньшему содержанію соляной кислоты, сравнительно съ первыми періодами язвы.

Гиперсекреція и hyperacidităs въ этомъ періодѣ, на сколько объ этомъ можно судить по отдѣльнымъ немногимъ даннымъ и по изслѣдованію рвотныхъ массъ, получаетъ иное направленіе: въ то время, какъ гиперсекреція все больше выступаетъ на первый планъ, hyperacidităs отходитъ на второй. Зависитъ это отъ того, что здѣсь нерѣдко присоединяются гастриты второй степени.

Во рвотныхъ массахъ открывается довольно значительное количество соляной кислоты; вообще же абсолютное отсутствіе соляной кислоты, несмотря даже на нагноительную лихорадку, почти никогда не встрѣчается, если, конечно, дѣлать повторныя изслѣдованія, а не довольствоваться однократнымъ.

Значеніе повторныхъ изслѣдованій на гиперсекрецію и hyperacidităs было бы важно въ 4-мъ періодѣ язвы для отли-

чія отъ рака желудка, съ которымъ именно здѣсь можетъ быть смѣшана язва, — но къ сожалѣнію мы лишены это сдѣлать въ большинствѣ случаевъ. Картина же общаго сильнаго истощенія невольно можетъ повести къ мысли, не имѣется ли здѣсь дѣло съ карциномой желудка. Такое предположеніе тѣмъ болѣе допустимо, что на почвѣ язвы ракъ возникаетъ ставнительно нерѣдко, на что впервые обратили вниманіе Rokitansky, Dittrich и др., а особенно наглядно доказалъ Hauser своими патолого-анатомическими изслѣдованіями. Lebert говоритъ, что 9% всѣхъ карциномъ желудка возникаютъ на почвѣ язвы, Rosenheim даетъ около 6%. Такъ какъ именно въ такихъ случаяхъ рака наблюдается и hypersecretio и hyperaciditas, то является большое затрудненіе для отличія язвы желудка отъ рака, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ становится даже почти невозможнымъ. Въ этомъ случаѣ изслѣдованіе мочи на индиканъ и азотистый метаморфозъ, опредѣленіе количества гемоглобина вмѣстѣ съ тщательнымъ наблюденіемъ за вѣсомъ тѣла могутъ особенно помочь болѣе точному распознаванію. Колебанія вѣса тѣла и гемоглобина, особонно послѣ сильныхъ кровотеченій, при улучшеніи аппетита въ сторону повышенія весьма характерны для язвы желудка. Даже и въ 4-мъ періодѣ всякій разъ послѣ остановки сильныхъ кровотеченій легко замѣтить быструю регенерацію крови, чего нѣтъ, напротивъ, при ракѣ желудка. Повышеніе температуры не имѣетъ значенія для дифференціальнаго діагноза, такъ какъ, на что́ уже было нами обращено вниманіе въ докладѣ съѣзду германскихъ терапевтовъ, она можетъ наблюдаться и въ неосложненныхъ случаяхъ рака желудка, становясь хорошимъ признакомъ для констатированія быстрой диссеминаціи его.

Въ рвотномъ содержимомъ кромѣ соляной кислоты часто открываются и другія кислоты — молочная, уксусная и масляная, и тѣмъ больше, чѣмъ рѣзче выраженъ застой пищи въ расширенномъ желудкѣ, какъ бываетъ въ долго

затянувшихся случаяхъ язвы желудка. Тоже самое нужно сказать относительно частаго нахожденія микроорганизмовъ, особенно sarcinae, saccharomyces cerevisiae и т. д. (Bamberger, Boas и др.). Для діагноза язвеннаго процесса особенно интересно микрохимическое изслѣдованіе рвотнаго содержимаго, такъ какъ при этомъ мы часто находимъ примѣсь къ пищевымъ массамъ [особенно, если вводить наиболѣе простыя изъ нихъ — молоко, яйца, овсянку и т. д.] гноя въ очень порядочномъ количествѣ, распадъ тканей и красныхъ кровяныхъ шариковъ, измѣненныхъ въ большей или меньшей степени; присутствіе послѣднихъ въ этомъ періодѣ констатируется чрезвычайно часто. Въ виду этого необходимо прибѣгать при изслѣдованіи желудочнаго содержимаго почаще къ пробамъ на кровь по способу Heller'a, Schönbein'a, Teichmann'a или къ спектроскопу.

Пищевой лейкоцитозъ. Выраженъ и здѣсь, но далеко не въ такой степени, какъ въ первыхъ стадіяхъ, хотя все же въ рѣдкихъ случаяхъ можно встрѣтить его довольно интенсивнымъ, особенно въ быстро протекающихъ случаяхъ и при сохраненіи аппетита.

Кровотеченія. Въ этомъ періодѣ кровотеченія бываютъ очень часто (неменѣе 75 %), хотя онѣ и менѣе профузны, чѣмъ въ третьемъ періодѣ, когда разрушенію подвергаются большіе стволы, заложенные подъ мышечнымъ слоемъ желудка. Утреннія кровотеченія напонимаютъ собою скорѣе кровотеченія изъ паренхиматозныхъ органовъ; поэтому то кровь, изливаясь въ маломъ количествѣ, и не вызываетъ рвоты, а лишь составляетъ примѣсь къ пищевымъ массамъ. Вслѣдствіе той же причины кровь успѣваетъ болѣе или менѣе измѣниться и потому теряетъ характеръ крови 3—го періода, а скорѣе напоминаетъ кровавыя рвоты при ракѣ желудка.

Расширеніе желудка то въ большей, то въ меньшей степени составляетъ постоянный симптомъ 4—го періода язвы во многихъ случаяхъ долгаго ея теченія. Очень не-

рѣдко границы желудка переходятъ пальца на 1 1/2—2, ниже пупка, чаще нѣсколько выше; это явленіе иногда такъ рѣзко выражено, что выступаетъ на первый планъ, представляя собою не менѣе важный и частый симптомъ, чѣмъ всѣ остальные.

Перитонеальное треніе. При существованіи воспалительнаго процесса, наступившаго послѣ прободенія всѣхъ оболочекъ желудка, въ области гнойнаго очага можно констатировать и шумъ перитонеальнаго тренія, особенно въ лѣвой подложечной области.

Опухоль. Вслѣдствіе рубцовой ткани въ окружности фистулы и гнойнаго очага можно при пальпаціи обнаружить присутствіе опухоли или чаще болѣе разлитого уплотненія съ тѣми же характерными признаками, о которыхъ мы выше говорили при 3-мъ стадіи язвы желудка.

Моча. Въ виду того, что рвоты въ 4-мъ стадіи очень часты и кромѣ того нерѣдко и очень обильны, становится яснымъ, почему наступаетъ измѣненіе реакціи мочи, несмотря даже на повышеніе температуры, до нейтральной и слабощелочной, съ выпаденіемъ фосфатовъ и сильнымъ уменьшеніемъ хлоридовъ. Иногда появляется реакція на пептоны, указывающая на гнойный очагъ; также нерѣдко обнаруживается и увеличенное содержаніе индикана — тоже значеніе для діагноза. Количество мочи вообще уменьшено незначительно въ сравненіи съ нормой, даже не смотря на существованіе лихорадки. Бѣлокъ находится въ мочѣ рѣдко. Моча представляется темной и гуще нормальной. Нерѣдко ацетонъ и ацето-уксусная кислота.

Продолжительность 4-го стадія. Болѣзнь въ этомъ періодѣ, при мѣстномъ перитонитѣ, можетъ существовать недѣлями и даже мѣсяцами безъ леченія.

Исходъ. Выздоровленіе можетъ наступить или послѣ самопроизвольнаго опорожненія полости отъ гнойнаго со-

держимаго, что бываетъ крайне рѣдко, или же при помощи хирургическаго вмѣшательства. Въ противномъ случаѣ больной погибаетъ или отъ нагноительной лихорадки и общаго истощенія, или большей частью отъ осложненій, которыя наступаютъ послѣ вскрытія гнойника черезъ прободеніе въ сосѣдніе органы или полости, напр. черезъ діафрагму въ легкія съ образованіемъ легочно-желудочнаго свища (15 %), или гнойникъ вскрывается въ брюшную полость и ведетъ за собой развитіе общаго перитонита и т. д.

Такимъ образомъ изъ сказаннаго о 4-омъ періодѣ язвы съ осумкованной гнойной полостью или мѣстнымъ перитонитомъ ясно видно, до какой степени характерна клиническая картина этого заболѣванія. Что же касается въ частности тѣхъ спеціальныхъ симптомовъ, которые присоединяются къ вышеуказаннымъ, при распространеніи процесса на сосѣдніе органы или полости, то все дѣло будетъ зависѣть отъ того, какой органъ или какая полость вовлечена въ связь съ разрушительнымъ процессомъ, выходящимъ изъ желудка. Несмотря на весь интересъ, каковой представляютъ различныя формы осложненій, мы тѣмъ не менѣе считаемъ излишнимъ болѣе подробно останавливаться на изложеніи для нихъ спеціальныхъ симптомовъ, такъ какъ это отвлекло бы насъ въ другую область патологіи отъ прямой задачи — изложить здѣсь свой взглядъ на клиническое теченіе язвы желудка.

Въ виду этого мы ограничимся здѣсь лишь общими указаніями. Ограниченный или мѣстный перитонитъ отъ прободенія неминуемо влечетъ за собою образованіе гнойнаго очага; послѣдній можетъ занимать различное мѣсто въ зависимости отъ локализаціи язвы: то онъ развивается спереди желудка и выпячивается подъ кожей — это поверхностная форма осумкованнаго перитонита, постоянно обнаруживающая наклонность вскрыться черезъ кожу. Но гораздо

чаще гнойный очагъ помѣщается на задней стѣнкѣ и вверху желудка, вдаваясь въ нижнюю поверхность діафрагмы, это глубокая форма и иногда проявляющаяся весьма неясными симптомами: исхуданіемъ, лихорадкой, болью на мѣстѣ пораженія и т. д. Обычно въ такихъ случаяхъ предполагаютъ существованіе бугорчатки, гнойный же очагъ распознается только на вскрытіи. Въ другихъ случаяхъ гнойный очагъ проявляется чрезвычайно характерно, особенно когда перитонитъ сосредоточивается у основанія грудной клѣтки и образуетъ въ этой области подъ діафрагмой абсцессъ, это — такъ называемый гнойный подъ-діафрагматическій абсцессъ (pyopneumothorax subphrenicus (Leyden) или поддіафрагматическій газовый абсцессъ французскихъ авторовъ (Debove, Remond и Ramadan) или phreno-peritonite Mauclair'a.

Впервые діагнозъ этого интереснаго страданія былъ поставленъ Barlov'ымъ, а послѣ него Wintrich'омъ и Williams'омъ; въ наше время на него обратили особенное вниманіе Leyden, Jaccoud, Senator, Maydl, Pfuhl, Debove et Remond, Ramadan, — въ Россіи — Боголѣповъ, Лангъ, Трояновъ, Нечаевъ, Парійскій, Гольдъ, Финкельштейнъ и др.

Больной лежитъ большею частью на спинѣ, избѣгая положенія на больномъ боку. На грудной клѣткѣ, расширенной у основанія, иногда находятъ отекъ, распространяющійся книзу на поясничную область; точно также и подреберье и надчревная область припухаютъ, становясь чрезвычайно чувствительными къ давленію, мышцы въ подложечной области напряжены; діафрагма мало подвижна, а на больной сторонѣ совершенно даже безъ движеній, вслѣдствіе чего дыханіе пріобрѣтаетъ реберный типъ; кромѣ того весьма характерной особенностью является сильная болѣзненность по всему мѣсту прикрѣпленія діафрагмы (Bouton diaphragmatique — Mussy.)

При немъ замѣчается нѣкоторая ригидность туловища,

мѣшающая больному сидѣть въ постели. Затѣмъ весьма характерна икота, зависящая отъ раздраженія діафрагмы — n. phrenici.

Для постановки діагноза этого интереснаго заболѣванія необходимо обращать вниманіе на развитіе болѣзни: при abscessus subphrenicus всегда можно замѣтить за болѣе или менѣе долгое время ясное указаніе на заболѣваніе брюшныхъ органовъ — язвой желудка, аппендицитъ и т. д. На это обстоятельство, играющее весьма важное и первостепенное значеніе для діагноза, особенно обращаютъ вниманіе Leyden, Jaccoud, Debove et Remond, Ramadan. При всѣхъ этихъ явленіяхъ легочный аппаратъ остается здоровымъ, или поражается на больной сторонѣ и при томъ очень характерно: болѣзненный процессъ развивается только внизу, тогда какъ верхній отдѣлъ остается здоровымъ. Сердце смѣщается высоко кверху (въ нашемъ случаѣ), рѣже въ сторону, а печень книзу. При пробномъ проколѣ получается гной съ страшно вонючимъ фекальнымъ запахомъ (Leyden, Jaccoud). При вдыханіи быстрота истеченія гноя увеличивается (Jaffe), а не уменьшается, какъ это бываетъ при плевритахъ. Если соединить гнойную полость съ манометромъ, то во время фазы дыханія ртуть повышается при вдохѣ и понижается при выдохѣ.

Leyden приписываетъ также діагностическое значеніе пониженію границы тимпаническаго тона при перкуссіи во время глубокаго вздоха; перкуторный тонъ вообще пониженъ на больной сторонѣ, но только внизу. Вслѣдствіе оттѣсненія діафрагмы на уровень 4—3 ребра кверху, легкое сдавливается, а потому при выслушиваніи констатируются субкрепитирующіе хрипы, бронхіальное дыханіе или даже амфорическое; со стороны плевры, особенно вначалѣ, замѣчается шумъ тренія, который въ дальнѣйшемъ или остается, или исчезаетъ вслѣдствіе образованія эксудата.

Основаніе легкаго тѣсно можетъ быть приращено къ діафрагмѣ, такъ что содержимое плевры не сообщается съ

гнойной полостью, а потому и не имѣетъ отвратительнаго запаха абсцесса. При прободеніи діафрагмы и легкаго гной, проходя черезъ бронхи, сохраняетъ свой противный фекальный запахъ; въ нашемъ случаѣ вмѣстѣ съ гноемъ въ мокротѣ выдѣлялось и принимаемое молоко.

Такой осумкованный перитонитъ оканчивается либо кахексіей и гектической лихорадкой послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго нагноенія, либо піэміей, инфекціонными тромбами, или вскрытіемъ въ сосѣдніе органы, съ послѣдовательнымъ образованіемъ легочной гангрены, бронхіальнаго свища, (какъ это произошло въ нашемъ случаѣ), если не будетъ оказана хирургическая помощь. Въ болѣе счастливыхъ случаяхъ гной самопроизвольно вскрывается наружу и наступаетъ полное выздоровленіе. Своевременно примѣненное хирургическое пособіе можетъ дать сравнительно удовлетворительные результаты (Debove et Remond, Ramadan). На общее число 67 случаевъ поддіафрагмальнаго абсцесса, описанныхъ Финкельштейномъ, счастливый исходъ констатированъ въ 12.

Б. Продобной перитонитъ.

Вторую разновидность 4-го стадія язвы желудка составляетъ прободной перитонитъ, который наблюдается по Gerhardt'у въ 13% всѣхъ случаевъ, а по Habersohn'у даже въ 18%. Между нашими больными мы, несмотря на громадное число язвенныхъ, встрѣтили всего одинъ случай прободенія язвы желудка съ развитіемъ общаго перитонита. Больной былъ мальчикъ, 14 лѣтъ, находился въ чрезвычайно дурныхъ условіяхъ питанія въ вышеуказанномъ смыслѣ. Язва протекала скрыто и прободеніе наступило вскорѣ послѣ поднятія большой тяжести. Больной почувствовалъ сильную боль подъ scrobiculum cordis, появилась рвота, сильнѣйшее напряженіе мышцъ живота, болѣзненная подвижность туловища, повышеніе температуры, причемъ сознаніе было

совершенно сохранено. При аутопсіи были найдены 2 язвы на малой кривизнѣ, величиной каждая въ 15 коп. монету, причемъ curvatura minor тѣсно прилегала къ діафрагмѣ и была спаяна съ послѣдней самыми нѣжными перепонками, между которыми и было отверстіе, пропускавшее желудочное содержимое въ брюшную полость.

Діафрагма соотвѣтственно язвѣ подвергалась гангренесценціи, а равно и основаніе легкаго, тѣсно спаянное съ діафрагмой, хотя до прободенія послѣдней все же дѣло не дошло. Разсматривая симптоматологію нашего случая въ сравненіи съ имѣющимися въ литературѣ указаніями на этотъ счетъ, особенно у Ebsteina'a, мы можемъ отмѣтить, что при діагнозѣ прободнаго перитонита особенно нужно обращать вниманіе на 2 симптома: во первыхъ — на сильное напряженіе мускулатуры брюшнаго пресса вмѣстѣ съ болѣзненностью въ подложечной области, и во вторыхъ — на сильныя рвоты. Въ отличіе отъ туберкулезнаго перитонита особенно важно констатировать быстрое развитіе его, съ предшествующими указаніями на заболѣваніе въ области желудка.

Что касается другихъ признаковъ прободнаго перитонита вслѣдствіе язвы желудка, то они ничѣмъ не отличаются отъ такихъ же симптомовъ прободнаго перитонита, произшедшаго въ силу другихъ причинъ. Не слѣдуетъ упускать изъ виду и того обстоятельства, что въ нашей мѣстности наблюдается поразительно рѣдко заболѣваніе аппендицитомъ съ одной, а съ другой стороны частое заболѣваніе язвою желудка. Это обстоятельство должно быть принято во вниманіе при діагнозѣ прободного перитонита, особенно при скрыто протекающихъ формахъ язвы желудка. Въ другихъ мѣстахъ Россіи, гдѣ язва желудка необыкновенно рѣдка, а перитифлиты и аппендициты чрезвычайно часты, при выясненіи этіологіи прободного перитонита послѣдніе будутъ имѣть съ своей стороны большое значеніе.

Таблица признаковъ IV-аго періода.

Общіе симптомы.

1) *Общее состояніе* въ хронически протекающихъ случаяхъ сильно подорвано; въ быстро же идущихъ формахъ оно можетъ быть довольно удовлетворительно. Видъ больнаго вообще напоминаетъ лихорадящаго, а при общемъ перитонитѣ свой особенный типъ (facies Hyppocratica.)

2) *Температура* въ обѣихъ формахъ (мѣстный и общій) прободенія повышена и сохраняетъ типъ кривой нагноительнаго характера.

3) *Кровь* характерна увеличеніемъ въ ней общаго лейкоцитоза, а въ хронически протекающихъ случаяхъ съ явленіями свойственными тяжелой формѣ анэміи. Кромѣ того въ крови могутъ быть констатированы и гноеродныя бактеріи. Гемоглобинъ по проценту содержанія очень сильно пониженъ въ затянувшихся формахъ, въ быстропротекающихъ же такого рѣзкаго паденія не наблюдается.

4) *Вѣсъ тѣла* очень сильно упалъ въ хронически протекающихъ случаяхъ, въ болѣе остро идущихъ вообще пониженъ, но не такъ сильно.

Мѣстные симптомы.

5) Не смотря на тяжесть случая, аппетитъ вообще можетъ существовать и даже не менѣе нормальнаго.

6) *Желудочное содержимое.* Не смотря на тяжелое состояніе и лихорадку въ желудочномъ содержимомъ констатируется соляная кислота. Подъ микроскопомъ можно видѣть распадъ тканей, измѣненные и неизмѣненные кровяные шарики, гнойныя тѣльца и бактеріи. Въ хронически протекающихъ случаяхъ и жирныя кислоты.

7) *Кровотеченія* — часты, не рѣже, чѣмъ въ III-емъ періодѣ, но менѣе профузны.

8) *Расширеніе желудки* — обычное явленіе въ хронически протекающихъ случаяхъ.

9) *Перитонеальное треніе* иногда наблюдается при существованіи язвы на передней стѣнкѣ.

10) *Опухоль и разлитое опуханіе* въ нижней части грудной клѣтки частое явленіе, а при общемъ перитонитѣ вздутіе всего живота.

11) *Сильное напряженіе въ мускулахъ брюшнаго пресса* характерный симптомъ при продобной язвѣ желудка.

12) *Боль* очень рѣзкая по всему животу при общемъ перитонитѣ, иногда съ наибольшей локализаціей въ epigastrium'ѣ. При мѣстномъ перитонитѣ боль очень характерна въ epigastrium'ѣ съ иррадіаціей въ нижній отдѣлъ грудной клѣтки, спину и крестецъ и т. д., смотря по мѣсту гнойника и распространенію его.

13) *Моча* представляется характерной въ отличіе отъ первыхъ 3-хъ періодовъ, такъ какъ она удерживаетъ всѣ свойства лихорадочной.

Прогнозъ. Очень серьезный даже въ оперируемыхъ случаяхъ и pessima въ неоперированныхъ.

ГЛАВА VI.

Леченіе язвы желудка.

А. Гигіеническая терапія.

Леченіе язвы желудка, какъ само собой понятно изъ только что представленной клинической картины ея, не можетъ быть одинаково во всѣхъ стадіяхъ ея. Другое дѣло — режимъ и діэта, которые одинаково тщательно должны примѣняться при всѣхъ періодахъ язвы желудка. Въ виду этого всѣ авторы, писавшіе объ язвѣ желудка, вполнѣ согласно указываютъ на два обстоятельства, которыя необходимо строго соблюдать прн леченіи любой формы язвы желудка, именно: покой и пищу.

Несомнѣнно, что язвенные больные всегда чувствуютъ себя хуже при всякаго рода движеніяхъ и физическомъ трудѣ, не говоря уже о томъ, что при этомъ является и опасность перфораціи язвы, а потому постоянное содержаніе больного въ постели, при соблюденіи наибольшаго покоя, ставится всѣми первымъ условіемъ при терапіи язвы. Предложенный впервые во Франціи Cruveilhier, затѣмъ Rokitansky и Jaksch'емъ въ Австріи, строго проводимый потомъ англійскими врачами — Osborne'омъ, Budd'омъ, Chambers'омъ, Brinton'омъ, полный покой въ наше время въ Германіи обратился въ особою систему лѣченія, такъ называемую „Ulcuskur" (Leube, Ziemssen).

Такимъ образомъ во всѣхъ стадіяхъ язвы больной обязательно долженъ сохранять покойное положеніе въ постели и притомъ до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ болѣзненные симптомы.

Относительно пищи еще Cruveilhier замѣтилъ, что если выбрана соотвѣтственная пища для больного, т. е. такая, которая наилучшимъ образомъ переносится больнымъ, то излеченіе язвы обезпечено.

Всѣ единогласно запрещаютъ во всѣхъ стадіяхъ грубую пищу, кислую, острую и раздражающую (пряности, маринады, острыя блюда и п. д.), а равно и спиртные напитки; въ то же время особенно горячо рекомендуютъ молоко, начиная съ Cruveilhier, ставя его между всѣми родами пищи на первомъ планѣ, такъ какъ оно составляетъ нетолько самую нѣжную пищу, которою можно поддерживать силы больного, но и въ то же время — какъ бы лекарственное вещество, такъ какъ несомнѣнно при одномъ молокѣ больные выздравливали отъ язвы желудка. „Молочный режимъ, говоритъ Cruveilhier, представляетъ собой лучшее средство для излеченія простой язвы желудка, единственое пищевое вещество, которое этотъ органъ можетъ переносить безъ особенной реакціи и единственное мѣткое лекарство, которое лучше всего для него подходитъ; иногда молоко

если оно хорошо переносится, излечиваетъ какъ по волшебству". Тоже самое говоритъ и Lebert, который также видѣлъ поразительные успѣхи отъ молока, назначаемаго до 7 стакановъ въ день. Въ настоящее время, когда физіологія пищеварительныхъ железъ подверглась самому тщательному изученію, необыкновенно полезное значеніе молока при язвѣ желудка для насъ становится вполнѣ понятнымъ. Прежде всего мы должны обратить вниманіе на то, что въ виду гиперсекреціи и hyperaciditas при язвѣ желудка необходимо назначать его всегда въ цѣльномъ видѣ, а не снятомъ, какъ это рекомендуютъ нѣкоторые авторы (Cruveilhier). Въ этомъ видѣ молоко, благодаря содержанію жира, ограничиваетъ выдѣленіе желудочнаго сока и понижаетъ его кислотность, а также пищеварительную способность. Въ тоже время молоко требуетъ для своего перевариванія со стороны желудка наименьшей затраты силы (проф. Павловъ, Рясенцовъ), слѣдовательно, ограничиваетъ его движенія, которыя, очевидно, сильно вліяютъ на язвенный процессъ, растягивая рану и мѣшая ея заживленію. Такимъ образомъ, этимъ способомъ питанія лучше всего достигается принципъ, впервые выставленный Cruveilhier „дать отдыхъ больному органу". Молоко должно быть назначаемо не въ холодномъ видѣ, т. е. незамороженнымъ, (вопреки совѣту Chambers'a), такъ какъ оно можетъ вести само къ заболѣванію гастритомъ, какъ это видно изъ наблюденій проф. Павлова и его учениковъ, а равно не должно быть назначаемо по той же причинѣ и слишкомъ горячимъ.

Лучше всего назначать его такимъ теплымъ, какъ парное молоко, т. е. около 25^0 гр. Разовое количество молока никогда не должно превышать болѣе 200 граммъ и даже 100 гр., такъ какъ въ этомъ случаѣ мы получимъ небольшіе свертки казеина, а если къ тому же оно выпивается маленькими глотками и не часто, то свертки имѣютъ наименьшій объемъ, и, слѣдовательно, причиняютъ наименьшее

возбужденіе перистальтическихъ движеній. Суточное количество принятаго молока, назначаемаго черезъ каждый часъ или два, смотря по гиперсекреціи, можетъ достигать даже до 3—хъ литровъ. Молочную діэту желательно продолжать каждый разъ до тѣхъ поръ, пока не прекратятся всѣ болѣзненные симптомы. Въ свѣжихъ язвахъ для этого требуется около 2—4 недѣль; въ застарѣлыхъ же гораздо больше.

Во многихъ случаяхъ, при избыткѣ кислоты въ желудочномъ сокѣ, чрезвычайно полезно назначать молоко съ известковой водой, отъ одной до трехъ столовыхъ ложекъ на 200 граммъ перваго, или со щелочной водой — Боржомъ, Виши, Фахингенъ и т. д. на тоже количество молока. Для больного, находящагося въ постели, доза молока отъ 2 до 3 литровъ совершенно достаточна для покрытія всѣхъ затратъ со стороны организма. Если больной въ состояніи выдержать абсолютное молочное леченіе, то для насъ оно получаетъ двойной интересъ: во первыхъ-больной можетъ очень скоро поправиться, а во вторыхъ — мы имѣемъ возможность судить по этому о стадіи язвы желудка.

Несомнѣнно, что язва желудка въ первомъ стадіи при абсолютномъ молочномъ леченіи можетъ зажить въ самое короткое время, даже въ 10 дней, обычно 2—3 недѣли, тогда какъ во второмъ періодѣ на это потребуется не менѣе 3 недѣль.

Въ третьемъ стадіи язвы желудка заживленіе ея наступаетъ не ранѣе 4 недѣль, а обычно затягивается до 2—3 мѣсяцевъ.

Такимъ образомъ при назначеніи абсолютнаго молочнаго леченія, если больной въ состояніи его переносить, мы можемъ получить дѣйствительно цѣнный признакъ для діагноза стадія язвы желудка. По этому невыносливость къ нему со стороны больного составляетъ для врача большое затрудненіе при леченіи язвы жвлудка, такъ какъ никакое

другое средство не можетъ сравниться съ молокомъ по своему дѣйствію на язвенныхъ больныхъ.

Въ виду сказаннаго объ угнетающемъ дѣйствіи жировъ на отдѣленіе желудочнаго сока понятно, почему молоко при назначеніи язвеннымъ больнымъ должно быть цѣльное и жирное. Такимъ образомъ козье молоко, ослиное (на которое особенно обращаетъ Lebert), буйволиное, верблюжье по своему дѣйствію будетъ приносить большую пользу, чѣмъ коровье и особенно кобылье. Слѣдуетъ замѣтить, что молоко въ виду необыкновенной частоты жемчужной болѣзни у рогатаго скота нужно назначать лишь въ хорошо прокипяченномъ видѣ.

По той же причинѣ и назначеніе сливокъ въ количествѣ отъ одного до двухъ — трехъ стакановъ въ день весьма желательно, тѣмъ болѣе, что многими больными они переносятся очень хорошо.

Такое же значеніе при леченіи язвы желудка имѣетъ и употребленіе сливочнаго масла и сметаны (Rosenheim), на что было обращено вниманіе однимъ изъ учениковъ проф. Павлова.

Что касается назначенія газированнаго молока при язвѣ желудка, то въ свѣжихъ случаяхъ мы не можемъ оправдать его употребленія, какъ вслѣдствіе его большой способности усиливать выдѣленіе желудочнаго сока, такъ и большого содержанія въ немъ углекислоты, которая можетъ быть не безопасна при изъязвленіи стѣнки желудка. Въ старыхъ же случаяхъ язвы, затянувшихся, съ калезными краями и утолщеннымъ дномъ, особенно при осложненіи гастритомъ второго стадія, когда уменьшается аппетитъ и отсутствуетъ гиперсекреція и hyperacidităs, газированное молоко можетъ, напротивъ, приносить пользу, тѣмъ болѣе, что оно въ желудкѣ даетъ маленькіе казеиновые свертки и дѣйствуетъ анестезирующимъ образомъ на слизистую оболочку вообще и на изъязвленную поверхность въ частности.

Такого же взгляда мы держимся и относительно примѣненія кэфира, несмотря на благопріятные отзывы Цюрихской клиники (Федоровъ), такъ какъ мы считаемъ умѣстнымъ и полезнымъ назначеніе кэфира при язвѣ желудка только въ случаяхъ, указанныхъ для примѣненія газированнаго молока, напротивъ противопоказаннымъ въ свѣжихъ случаяхъ язвы (Rosenheim тоже). Кобылій кумысъ можетъ быть назначаемъ въ тѣхъ же случаяхъ, какъ и кэфиръ, но еще съ большей осторожностью, вслѣдствіе большаго содержанія въ немъ углекислоты и малаго количества жировъ.

Такимъ образомъ всякій разъ, когда представляется случай лѣчить язву желудка, необходимо прежде всего позаботиться о назначеніи молока, такъ какъ оно будетъ лучшимъ пищевымъ средствомъ, кромѣ того имъ достигается и куративная цѣль. Въ тѣхъ же случаяхъ, далеко нерѣдкихъ къ сожалѣнію, когда этого невозможно сдѣлать, питаніе язвенныхъ больныхъ значительно затрудняется.

Слѣдовательно, о выборѣ другой пищи рѣчь можетъ идти только въ тѣхъ случаяхъ, когда больной, чаще же больная, не можетъ выносить молока и рѣшительно отказывается отъ пріемовъ его. Тогда при выборѣ пищи необходимо обращать вниманіе на то, чтобы она прежде всего принималась обязательно только въ жидкомъ видѣ, не обладала раздражающимъ дѣйствіемъ и, наконецъ, не оказывала бы на желудокъ сильнаго сокогоннаго дѣйствія. Назначеніе растительной пищи, — протертые супы изъ риса, овсяной крупы, ячменя, горошка, бобовъ, чечевицы, перловой крупы, спаржи и другой зелени, изъ тапіоки и саго, — вообще должно быть предпочитаемо назначенію всякаго рода суповъ изъ мяса и дичи. На второмъ мѣстѣ можно поставить студенистыя вещества — студень изъ телячьихъ ножекъ, заливное изъ рыбы, а также устрицы.

Въ нѣкоторыхъ спеціальныхъ случаяхъ, когда приходится считаться съ привычками больного, при хорошемъ

состояніи аппетита и явленіяхъ гиперсекреціи и hyperaciditas, мы назначаемъ супы — пюре изъ дичи, молодой домашней птицы, а также мясной растворъ Leube. Особенно рекомендуемъ назначать язвеннымъ больнымъ творогъ, у нѣкоторыхъ больныхъ даже со смѣтаной, который не только связываетъ кислоту (при hyperaciditas), но и принимаемый въ раздробленномъ видѣ чрезвычайно легко переносится больными. Этому пищевому продукту, вообще нужно сказать, слишкомъ мало отводится мѣста при леченіи язвы, между тѣмъ творогъ, особенно въ сухомъ видѣ и превращенный въ порошекъ, совершенно безопасно назначать во всѣхъ періодахъ язвы, какъ для питанія больнаго, такъ и съ цѣлью бороться съ различными припадками, зависящими отъ гиперсекреціи и hyperaciditas. Благодаря дешевизнѣ творога, онъ играетъ особенно большое значеніе у бѣдняковъ.

Однако считаемъ необходимымъ замѣтить, что назначенія мясной пищи, а равно яичныхъ желтковъ, картофеля, хлѣба, сардинокъ мы по возможности избѣгаемъ у своихъ больныхъ или сводимъ пріемъ ихъ до минимума, такъ какъ подобная пища по своему вліянію на отдѣленіе желудочнаго сока и болѣе раздражающему дѣйствію на желудочныя железы, какъ это доказано теперь и физіологическими и клиническими изслѣдованіями и у насъ, должна считаться противопоказанной, кромѣ особыхъ случаевъ, когда является необходимость въ томъ со стороны больного.

Кромѣ молочныхъ суповъ и изъ зелени, нами особенно разрѣшается больнымъ уха изъ рыбы, а равно и самые нѣжные сорта рыбъ, лучше всего въ протертомъ видѣ, какъ напр. кремъ -- Аспази.

Изъ напитковъ можно разрѣшать кипяченую воду, содовую, щелочныя минеральныя воды — Боржомъ, Виши т. д.

Квасъ, пиво, спиртные напитки должны быть вообще запрещены вслѣдствіе своего сокогоннаго дѣйствія, кромѣ спеціальныхъ случаевъ, когда они могутъ приносить даже

пользу; это послѣднее наблюдается въ старыхъ, затянувшихся случаяхъ язвъ, при упадкѣ питанія, при отсутствіи аппетита и пониженномъ выдѣленіи желудочнаго сока. Съ этой точки зрѣнія понятно и заявленіе Brinton'a, который въ нѣкоторыхъ случаяхъ видѣлъ, что водка и горячая вода даже уменьшаютъ боль, — равно иногда и пиво, особенно у стариковъ, довольно хорошо переносится и вообще благопріятно дѣйствуетъ на весь организмъ. Мы не говоримъ здѣсь объ идіосинкразіи, какъ это было у Oppolzer'a, когда легковаримая пища усиливала боль и рвоту, а трудноваримая — свиное мясо, ветчина и соленая рыба хорошо переносились.

Переходъ съ жидкой пищи къ твердой долженъ совершаться весьма осторожно и лишь постепенно, причемъ обязательно лишь по прекращеніи всѣхъ симптомовъ, указывающихъ на язву. Сначала можно прибавлять различнаго рода каши: манную, рисовую, пшенную, перловую и т. д., затѣмъ заливныя блюда изъ студенистыхъ веществъ — телячьей головки, ножекъ и свѣжей рыбы. Особенно слѣдуетъ имѣть въ виду: шпинатъ, спаржу, артишоки и другую зелень, хорошо разваренную или въ тушеномъ видѣ. Далѣе можно: телячьи ножки, паровые цыплята и молодое рыбное мясо — сазанчиковъ, ершей, окуней и т. д. Потомъ переходить на бѣлое и молодое мясо: телятина, курица, индѣйка и т. д., лучше въ скобленномъ видѣ, а затѣмъ — на котлеты изъ говяжьяго мяса. Картофель и мучныя блюда мы назначаемъ позже всего и то лишь въ небольшемъ количествѣ: лучше всего переносятся англійскіе бисквиты, черствый бѣлый хлѣбъ; черный хлѣбъ совсѣмъ запрещается. Послѣдней пищи больной долженъ остерегаться и послѣ окончанія леченія. Сыры, колбасы, маринады, острыя и пряныя вещества мы надолго запрещаемъ больнымъ. Спиртные напитки — вино бѣлое и красное, пиво, квасъ вообще не разрѣшаемъ, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, о которыхъ было уже раньше сказано, они мо-

гутъ допущены къ употребленію. Всякаго рода сладости также не разрѣшаемъ больнымъ. Фрукты и особенно ягоды могутъ быть очень полезны, послѣ затяжныхъ случаевъ язвы, вообще же нужно строго индивидуализировать: одни больные хорошо переносятъ, напр., лишь мандарины, и не переносятъ апельсинъ, другіе же напротивъ и т. д. Большинство отлично переноситъ землянику. Если фрукты и ягоды увеличиваютъ и безъ того повышенный аппетитъ, то, конечно, они не должны быть разрѣшаемы. По этому въ первомъ стадіи язвы желудка, послѣ заживленія, ихъ приходится рѣже разрѣшать, чѣмъ въ послѣдующихъ.

Изъ nervina: чай, кофе разрѣшаются въ небольшомъ количествѣ и обязательно не горячими. Лучшій напитокъ чистая ключевая вода, столовая минеральная вода — Гисгюблеръ, Виши, Боржомъ и др.

Больной можетъ оставить свою постель и приняться за свой трудъ лишь по исчезновеніи всѣхъ припадковъ и укрѣпленіи силъ.

Подобный режимъ и питаніе больные съ язвой желудка въ 1 и 2 стадіи легко переносятъ и послѣ своего излеченія, и тѣмъ самымъ предотвращаютъ рецидивы язвы. Если же мы имѣемъ язву желудка въ третьемъ стадіи, то въ первое время послѣ заживленія больные также обычно хорошо чувствуютъ себя и считаютъ даже излеченными, однако въ дальнѣйшемъ, въ зависимости отъ величины, мѣста язвы и большаго или меньшаго образованія склеекъ желудка съ сосѣдними органами, мало по малу могутъ наступить страданія, о которыхъ мы уже выше говорили при характеристикѣ 3-го стадія. Эти послѣдовательныя страданія весьма интересны именно для 3-го стадія язвы желудка, когда онѣ выступаютъ на сцену мало по малу и постепенно послѣ заживленія. Такое развитіе и появленіе болѣзненныхъ симптомовъ лишь по истеченіи извѣстнаго болѣе или менѣе длиннаго періода послѣ заживленія язвы объясняется тѣмъ, что соединительно-тканныя образованія съ

теченіемъ времени принимаютъ все больше и больше характеръ стойкой, рубцовой, настоящей фиброзной ткани, отчего и наступаютъ вышеуказанныя непріятныя явленія. Въ такихъ то случаяхъ всѣ наши научно обоснованныя положенія о выборѣ пищи теряютъ всякую почву и приходится тогда руководиться лишь индивидуальными особенностями каждаго даннаго субъекта.

Но сказанное относительно значенія питанія у язвенныхъ вполнѣ приминимо къ больнымъ лишь съ этіологіей, указанной съ нашей точки зрѣнія; въ случаяхъ же, когда въ этіологіи язвы имѣются указанія или подозрѣнія на эмболіи, тромбы сосудовъ подобное питаніе даже при самомъ строгомъ выполненіи его не гарантируетъ отъ рецидивовъ. Въ виду этого и понятно, какъ важно въ каждомъ частномъ случаѣ самымъ тщательнымъ образомъ изучить этіологію развитія язвы. Вообще мы замѣтили, что больные, хотя бы получили язву и при выше указанныхъ нами ненормальныхъ условіяхъ питанія, всетаки представляютъ отличіе отъ обычнаго хода, разъ они имѣли сифилисъ или были потаторами. Это отличіе состоитъ въ томъ, что заживленіе язвы у нихъ, во первыхъ, легко затягивается, а во вторыхъ — послѣдняя легко и рецидивируетъ у нихъ.

Далѣе, если больные не откажутся отъ своей вредной привычки питаться преимущественно картофелемъ, то вся терапія по своимъ результатамъ сводится къ нулю. Такъ было у насъ съ двумя больными. Въ одномъ случаѣ — мужчина эстонецъ, а въ другомъ латышка, которые упорно отказывались отъ пріема всякой пищи, кромѣ картофеля. У обоихъ язва была въ 3-мъ стадіи и, несмотря на ужасныя боли и страшное истощеніе, больные тѣмъ неменѣе настойчиво требовали картофеля. У эстонца кровь представляла типичную картину злокачественной анэміи; аппетитъ былъ сохраненъ при существованіи гиперсекреціи на тощакъ. Несмотря на то, что послѣ каждаго пріема пищи появлялись боли и наступала сильнѣйшая рвота, больной

продолжалъ упорствовать на питаніи картофелемъ и, дойдя до страшнаго изнуренія, выписывался изъ клиники, не согласившись на настойчиво предлагаемую ему операцію.

Такимъ оразомъ, если больной поступаетъ подъ наше наблюденіе съ язвой желудка въ періодъ, когда кровотеченій или совсѣмъ не было, или, если послѣднія были, но послѣ нихъ прошелъ болѣе или менѣе продолжительный срокъ, то въ большинствѣ случаевъ мы и примѣняемъ у своихъ клиническихъ больныхъ выше указанный способъ питанія, особенно у дѣвицъ и молодыхъ женщинъ. Мужчины же охотнѣе подчиняются болѣе идеалному способу питанія, при которомъ достигается полный покой со стороны больного желудка и излеченіе наступаетъ быстрѣе, иначе сказать — самый періодъ болѣзни значительно укорачивается. Мы разумѣемъ здѣсь питаніе per rectum.

Питательные клистиры.

Въ виду существованія въ желудкѣ язвеннаго процесса, поддерживаемаго желудочнымъ сокомъ и движеніями желудка при введеніи пищи, идеальная терапія этого страданія должна стремиться къ тому, чтобы дать желудку полный покой отъ его функціи. Къ сожалѣнію такая терапія очень рѣдко можетъ быть выполнена на практикѣ, въ силу нежеланія больныхъ подчиниться лишенію пищи съ одной стороны и замѣнѣ питанія клистирами съ другой стороны. До какой степени послѣдняя процедура многимъ больнымъ не симпатична, особенно молодымъ женщинамъ и дѣвицамъ, можно судить потому, что онѣ отказываются отъ назначенія питательныхъ клистировъ даже въ періоды сильнѣйшихъ кровотеченій и продолжаютъ принимать пищу обычнымъ путемъ.

Посмотримъ теперь, насколько дѣйствительно оправдывается назначеніе клистировъ и именно прежде всего съ той точки зрѣнія, что при нихъ мы достигаемъ полнаго прекращенія функціи желудка.

Вопросъ этотъ съ практической точки зрѣнія чрезвычайно важенъ, такъ какъ при отрицательномъ его рѣшеніи назначеніе питательныхъ клистировъ, само собою разумѣется, теряетъ всякій raison d'être. Принимая во вниманіе клиническія наблюденія [Leube, С. Васильевъ, Donkin, Ewald, Eichhorst, Boas, M. C. Anderson, Williams, Rost и др.] мы несомнѣнно должны сказать, что онѣ подтверждаютъ и оправдываютъ назначеніе питательныхъ клизмъ; тѣмъ неменѣе нѣкоторые авторы указываютъ или вѣрнѣе ограничиваютъ назначеніе ихъ при язвѣ желудка и именно вслѣдствіе того, что будто бы при питательныхъ клистирахъ происходитъ выдѣленіе желудочнаго сока. Такъ напр. на это дѣло смотритъ Winternitz. Въ виду этого мы считаемъ необходимымъ указать, что изслѣдованія, произведенныя нами въ клиникѣ, равно и лабораторные опыты Саноцкаго на собакѣ, а въ самое послѣднее время и наблюденія Ziarko — всѣ съ положительностью доказали, что какъ количество желудочнаго сока, такъ и общая кислотность его, при наличности желудочнаго содержимаго, всегда понижались, а при отсутствіи въ желудкѣ пищи отдѣленіе сока не наступало. Слѣдовательно и съ экспериментальной точки зрѣнія назначеніе питательныхъ клистировъ при язвѣ желудка вполнѣ оправдывается. Объясненіе тому, отчего зависитъ пониженіе кислотности желудочнаго содержимаго при употребленіи питательныхъ клистировъ, по нашему мнѣнію, сводится къ удовлетворенію чувства голода, а, слѣдовательно, къ прекащенію раздраженія аппетитнаго центра, что и препятствуетъ отдѣленію психическаго сока.

Итакъ, назначеніе питательныхъ клистировъ аналогично назначенію средствъ, понижающихъ возбудимость аппетитнаго центра въ мозгу — хлоралъ-гидрату, брому и т. п. или перерѣзкѣ N. Vagi. — Въ виду этого и понятно, почему при клиническихъ наблюденіяхъ мы дѣйствительно видимъ, что язвенные больные при питательныхъ клисти-

рахъ скорѣе освобождаются отъ своихъ болей и скорѣе излечиваются, чѣмъ при другихъ условіяхъ питанія. По этому то, какъ мы сказали, и желательно было бы въ каждомъ данномъ случаѣ начинать леченіе язвы желудка именно прекращеніемъ пріема пищи per os и назначеніемъ питательныхъ клистировъ.

Послѣдніе слѣдуетъ примѣнять во всѣхъ періодахъ язвы желудка, разъ къ тому не встрѣчается препятствій. Но кромѣ сказаннаго о назначеніи питательныхъ клистировъ существуютъ еще и болѣе спеціальныя показанія, требующія безотлагательнаго ихъ примѣненія. Во первыхъ — существованіе кровотеченій изъ желудка, особенно сильныхъ; во вторыхъ — въ періодъ обостренія болей, иногда предшествующихъ кровотеченіямъ и прободенію желудка, слѣдовательно особенно въ 3-мъ періодѣ; въ третьихъ — при затянувшихся и рецедивирующихъ язвахъ т. е. преимущественно опять таки въ 3-мъ періодѣ; въ четвертыхъ — при жестокихъ и упорныхъ боляхъ, не дающихъ ни днемъ, ни ночью покоя больному, какъ это наблюдается въ 3-мъ и 4-мъ періодѣ (при осумкованномъ перитонитѣ), вслѣдствіе попаданія разъѣдающаго желудочнаго содержимаго въ язвенные ходы или гнойныя полости; въ пятыхъ, — при частыхъ и упорныхъ рвотахъ, угрожающихъ кровотеченіемъ и прободеніемъ желудка; въ шестыхъ — при сильномъ истощеніи и полномъ отказѣ отъ пріемовъ пищи, для поддержанія силъ больного, особенно въ виду предстоящей операціи, какъ это наблюдается при 3-мъ и 4-мъ стадіяхъ.

Schlesinger считаетъ показаніемъ для назначенія питательныхъ клистировъ и рецидивы язвы, которыя излѣчивались послѣ 2-хъ недѣльнаго лѣченія питательными клизмами (Mac. C. Anderson, Donkin, Boas).

Для питательныхъ клистировъ мы пользуемся въ клиникѣ чаще всего смѣсью Leube. Она состоитъ изъ 150

граммъ мяса, освобожденнаго отъ жира, сухожилій и превращеннаго въ кашицу, изъ 50 граммъ поджелудочной железы (телячья или баранья), также освобожденной отъ жира. Эта смѣсь разводится тепловатой водой, отъ 36% до 38%, до консистенціи жидкой кашицы и вводится въ кишку въ количествѣ 250—300 граммъ на пріемъ. Иногда у чувствительныхъ особъ прибавляется отъ 10 до 15 кап. опійной настойки, для лучшаго удержанія клизмы. Передъ питательной клизмой ставится обыкновенная промывательная. Клизмы Leube мы назначаемъ по 2 раза въ день, утромъ и вечеромъ. Обыкновенно они переносятся довольно хорошо въ теченіе первой недѣли, послѣ же замѣчается нѣкоторое раздраженіе со стороны прямой кишки и потому больные неохотно соглашаются на продолженіе ихъ. Въ такихъ случаяхъ, если обстоятельства дѣла требуютъ продолженія питанія клизмами, мы прибѣгаемъ къ молочнымъ клизмамъ Boas'a. Для этого берется 250 граммъ молока, 2 яичныхъ желтка, 1 столовая ложка краснаго вина, 1 столовая ложка муки и одна чайная ложка поваренной соли. Послѣднюю при раздраженіи кишки мы нерѣдко совсѣмъ исключаемъ. Клизмы Боаса вводятся чаще, отъ 2 и до 4 разъ въ сутки, Донкинъ для клизмъ беретъ слѣдующій составъ: 75 граммъ молока или бифти, 1 яичный желтокъ, отъ 15 до 30 граммъ рома и нѣсколько капель опія. Вообще слѣдуетъ замѣтить, что многіе англійскіе врачи весьма охотно прибавляютъ къ питательнымъ клизмамъ алкоголь. Такая прибавка, по нашему мнѣнію, вполнѣ заслуживаетъ вниманія, такъ какъ всѣ питательныя клизмы съ алкоголемъ даютъ гораздо большій % увеличенія числа лейкоцитовъ, чѣмъ безъ него. На значеніи этого послѣдняго обстоятельства мы здѣсь не станемъ останавливаться, ибо этотъ вопросъ достаточно извѣстенъ изъ общей патологіи. Съ своей стороны мы можемъ лишь указать на работы, касающіяся этого вопроса и вышедшія изъ нашей клиники, особенно на весьма солидный трудъ Богаевскаго

о пищевомъ лейкоцитозѣ и на интересныя изслѣдованія Уварова о лейкоцитозѣ при питаніи черезъ прямую кишку.

Ewald предлагаетъ для клизмы слѣдующій составъ: 2 или 3 свѣжихъ яйца сбиваютъ со столовой ложкой холодной воды; приготовляютъ кромѣ того 1/2 чашки 20% раствора сахара съ небольшимъ количествомъ муки, подогрѣваютъ и прибавляютъ одинъ стаканъ краснаго вина; затѣмъ медленно смѣшиваютъ бѣлковый растворъ съ сахарнымъ, слѣдя за тѣмъ, чтобы температура смѣси не была очень высока, во избѣжаніе свертыванія и осажденія бѣлка; вся клизма не должна превышать 1/4 литра. Ewald не прибавляетъ пептоновъ къ питательнымъ клизмамъ такъ же, какъ и мы, не признавая за ними питательнаго значенія. Зингеръ даетъ для питательныхъ клизмъ слѣдующій составъ: по 125,0 молока и вина, 2 яичныхъ желтка и 1 ложка сухого пептона; 2—3 клизмы ежедневно.

По нашимъ наблюденіямъ прибавка пептона едва ли достигаетъ своей цѣли, такъ какъ быстрое всасываніе въ кишкѣ пептона ведетъ къ выведенію его черезъ почки, хотя теоритически разсуждая, можно было бы ожидать отъ прибавки пептона къ питательной клизмѣ привлеченіе лейкоцитовъ для поглощенія всасывающихся бѣлковыхъ и жирныхъ веществъ. Слѣдуетъ также имѣть въ виду, что клизмы съ пептономъ сильнѣе раздражаютъ кишку, чѣмъ безъ нихъ.

Можно точно также для клизмы брать и слѣдующій составъ: 3 или 5 яицъ сбиваютъ съ стаканомъ 15—20% раствора сахара и вводятъ въ прямую кишку или предварительно прибавляютъ еще крахмала, гумми-арабика и нѣсколько капель опія.

Наконецъ иногда для клизмы берутъ дефибринированную кровь отъ 200 до 250 граммъ и вводятъ это количество отъ 2 до 3-хъ разъ въ день. Кровяныя клизмы мы особенно рекомендуемъ при истощеніи и сильно измѣненномъ составѣ крови.

Вообще для приготовленія питательной клизмы можно рекомендовать: молоко, бульонъ, кровь, вино, яйца, соль, сахаръ и т. п. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наши больные хорошо переносили свѣжій коровій кумысъ послѣ предварительнаго освобожденія отъ углекислоты.

Температура клизмы не должна быть ниже 35 грд., иначе легко вызываются перистальтическія движенія со стороны мускулатуры кишки и слѣдуетъ обратное выведеніе пищевой смѣси. Клизмы не должны ставиться очень часто, хотя англичане и доводятъ ихъ даже до 6 разъ въ день.

Какъ выше мы сказали, въ литературѣ много спорили о томъ, насколько клизмы имѣютъ дѣйствительно питательное значеніе; но до сего времени этотъ вопросъ считается неразрѣшеннымъ. Англичане, вѣроятно, на основаніи этого и приравниваютъ способъ леченія язвы питательными клизмами къ голоданію и называютъ этотъ способъ „леченіе голоданіемъ“.

Насколько мы можемъ судить по своимъ наблюденіямъ, то фактъ утоленія чувства голода для насъ остается внѣ всякаго сомнѣнія и это уже одно, какъ выше было объяснено, имѣетъ важное практическое значеніе, хотя наши изслѣдованія указываютъ кромѣ того, что вѣсъ больныхъ при питательныхъ клизмахъ гораздо менѣе падаетъ, чѣмъ при голоданіи. Наконецъ, наблюденія Уварова о повышеніи лейкоцитоза при питательныхъ клизмахъ также скорѣе говорятъ въ пользу назначенія ихъ. Далѣе и по изслѣдованіямъ Eichhorst'a, Ewald'a, Huber'a перевариваніе бѣлковыхъ веществъ молока и яицъ совершается въ прямой кишкѣ очень хорошо даже безъ предварительной пептонизаціи, особенно при прибавленіи поваренной соли 1,0 на 1 яйцо. Тоже самое нашелъ и Boas, который въ тяжелыхъ случаяхъ расширенія желудка въ теченіе 10—14 дней поддерживалъ исключительное питаніе клизмами и добивался даже временной прибыли въ вѣсѣ; тоже нашли Singer и Schlesinger. Такимъ образомъ названіе этого

способа лѣченія „голоданіемъ“, какъ то дѣлаютъ англичане, едва ли справедливо. Продолжительность пользованія клизмами вполнѣ зависитъ отъ индивидуальности больного; одни переносятъ совершенно свободно даже въ теченіе трехъ недѣль, какъ это было въ случаяхъ Донкина и др., тогда какъ другіе послѣ двухъ дней представляютъ картину проктита.

Съ практической точки зрѣнія, разъ клизмы переносятся хорошо, желательно продолжать ихъ до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ болевыя ощущенія со стороны желудка, на что въ первомъ стадіи потребуется отъ 7 до 10 дней, во второмъ до 2-хъ недѣль. Въ третьемъ стадіи намъ случалось получать лишь значительное улучшеніе, окончательный же результатъ весьма рѣдко, да и то по истеченіи не менѣе 3 недѣль; чаще же въ этомъ стадіи приходилось раньше полнаго исчезанія болевыхъ ощущеній прямо переходить на питаніе per os.

Изъ вышеизложенныхъ показаній для примѣненія питательныхъ клизмъ само собой понятно, что въ 3-мъ и 4-мъ стадіяхъ къ питательнымъ клизмамъ приходится прибѣгать иногда по нѣскольку разъ, особенно, если больные очень чувствительны и невыносливы.

Клизмы вводятся черезъ большую воронку съ короткой трубкой широкаго діаметра; наконечникъ долженъ быть съ широкимъ отверстіемъ и обязательно не менѣе двухъ четвертей (8 верш.). При этомъ способѣ введенія клизма не охлаждается и гораздо лучше удерживается, чѣмъ при маленькомъ наконечникѣ. Иногда для введенія клизмы мы пользуемся нагнетательнымъ насосомъ, употребляя минимальное давленіе, т. е. необходимое или достаточное лишь для передвиженія питательной массы.

Изъ сказаннаго о питательныхъ клизмахъ такимъ образомъ видно, что мы предлагаемъ ихъ во всякомъ случаѣ язвы, если нѣтъ препятствій, и достигаемъ положительнаго результата въ первыхъ двухъ періодахъ обычно

въ теченіе двухъ недѣль; въ третьемъ періодѣ рѣже съ одного раза приходится получать окончательный результатъ, а чаще необходимо прибѣгать къ повторному назначенію ихъ. Еще чаще въ этомъ послѣднемъ является потребность при 4-мъ стадіи и до, и послѣ операціи.

Если больной не можетъ переносить клизмъ, то мы назначаемъ абсолютное молочное леченіе до полнаго исчезновенія припадковъ, и тогда лишь переходимъ къ другой пищѣ, сначала жидкой, а затѣмъ при положительномъ улучшеніи прибавляемъ и другую пищу. Если больной не переноситъ питательныхъ клизмъ и молока, то прямо переходитъ къ вышеуказанной жидкой пищѣ. Слѣдовательно, извѣстный успѣхъ питательной терапіи черезъ большій или меньшій промежутокъ времени можетъ съ своей стороны дать новую опору для діагноза язвы и ея стадія.

Леченіе язвы по способу Leube.

Въ виду первенствующаго значенія гигіеническаго леченія язвы желудка мы считаемъ необходимымъ привести здѣсь весьма распространенный въ Германіи способъ леченія „покоемъ“. Впервые онъ былъ примѣненъ Niemeyer'омъ еще въ 1856, а затѣмъ особенно подвергся детальной разработкѣ Leube, Ziemssen'омъ и Liebermeister'омъ. По свидѣтельству этихъ авторовъ онъ даетъ очень хорошіе результаты, особенно въ свѣжихъ случаяхъ.

Leube про свой способъ говоритъ: „я убѣжденъ, что чѣмъ строже у постели больного будутъ примѣняться діэтетическія предписанія, тѣмъ больше отступитъ на задній планъ лекарственное леченіе язвы желудка“.

Сущность этого метода лѣченія „покоемъ“ заключается въ слѣдующемъ. Больной остается все время въ постели, (по Liebermeister'у обыкновенно четыре недѣли) и прикладываетъ себѣ на животъ горячія припарки, замѣняемыя на ночь согрѣвающими компрессами; послѣдніе умень-

шаютъ раздраженіе и дѣйствуютъ болеутоляющимъ образомъ. При кровотеченіи прикладывается на подложечную область пузырь со льдомъ. Утромъ больной выпиваетъ глотками 300—500 гр. Карлсбадской воды; у бѣдныхъ 1/2 литра воды съ прибавленіемъ искуственной Карлсбадской соли. Для этого берется Sal carolinum factit., или выписывается порошекъ изъ Natr. bicarb. 40,0 Natr. sulfur. 40,0 и Natr. chlorat. 20,0. Смотря по индивидуальности, даютъ чайную или столовую ложку этой смѣси и даже больше, именно столько, чтобы добиться по меньшей мѣрѣ двухъ обильныхъ жидкихъ испражненій. Этотъ растворъ пьютъ тепловатымъ, отъ 35 до 40о/Ц., но отнюдь не горячимъ, какъ справедливо обратилъ на это вниманіе Liebermeister. Больной долженъ выпивать медленно въ теченіе 1/4—1/2 часа. При этомъ больной продолжаетъ сохранять постельное содержаніе. Послѣ послѣдняго стакана больной приступаетъ къ ѣдѣ лишь черезъ 1/2 часа. Первые 2—5 дней, а по Донкину даже до 15—21 дня, больной вовсе не принимаетъ пищи per os, а получаетъ только ежедневно по двѣ питательныхъ клизмы.

Это первый періодъ. Затѣмъ въ началѣ второго періода дается молоко, которое должно выпиваться глотками. Если оно хорошо переносится, то больной можетъ постепенно дойти отъ 1 1/2 до 3 литровъ въ день. Рядомъ съ молокомъ Leube назначаетъ Leube-Rosenthal'евской мясной растворъ. Больной съѣдаетъ въ день чайными ложками 1 коробку этого консерва, соотвѣтствующую 1/2 ф. мяса. Его можно принимать и съ бульономъ или съ небольшимъ количествомъ Либиховскаго мяснаго экстракта. Liebermeister кромѣ жидкой пищи и Карлсбадской воды все другое въ теченіе 4 недѣль запрещаетъ, даже яйца. Послѣднія, по нашему мнѣнію, вполнѣ основательно въ виду ихъ сильнаго сокогоннаго дѣйствія. Въ отдѣльныхъ случаяхъ Leube разрѣшаетъ въ небольшомъ количествѣ размягченные сухари или англійское печеніе и яйца сырыя или въ смятку, а также

мучной супъ на молокѣ. По Liebermeister'у супъ состоитъ изъ мяснаго бульона, въ которомъ долго отваривaютъ рисъ, ячмень, овсяную крупу и т. д. Передъ процѣживаніемъ онъ разрѣшаетъ для вкуса прибавлять петрушку, чеснокъ, марковь или какое-нибудь другое пріятное больному растительное вещество. Такимъ образомъ и заканчивается второй періодъ и діэтетическое содержаніе больного. Онъ продолжается отъ 2 до 3 недѣль и даже больше, смотря по теченію язвы. Черезъ двѣ-три недѣли переходятъ къ болѣе плотной пищѣ и назначаютъ: голубя, курицу, картофельное пюре, небольшой кусокъ бѣлаго хлѣба, мелко скобленную говядину, бифштексъ — и затѣмъ переходятъ къ болѣе трудноваримой пищѣ т. е. къ 4-му періоду.

Даже по заживленіи язвы больные должы еще въ теченіе долгаго времени избѣгать хлѣба, цѣльнаго или нарѣзаннаго кусками, картофеля, зеленыхъ овощей, стручковыхъ плодовъ, а также слишкомъ кислыхъ и жирныхъ (?) блюдъ. Такимъ путемъ большею частью удается приблизительно въ 6 недѣль устранить главнѣйшіе симптомы. Rosenheim предлагаетъ, если молоко не переносится, растворъ пептона, свѣжія яйца, супы изъ желатины, различные студени и желе (назначеніе послѣднихъ трехъ мы особенно рекомендуемъ въ виду и кровоостанавливающаго ихъ дѣйствія), позднѣе отваръ изъ мелкосмолотой бобовой муки. Далѣе онъ разрѣшаетъ сметану и запрещаетъ кумысъ и кэфиръ, въ виду содержащейся въ нихъ углекислоты, а также сельтерскую и т. п., въ виду вліянія ея на усиленіе перистальтики желудка. Если больные не переносятъ мясного раствора, то для сохраненія бѣлковаго обмѣна, назначается больнымъ яичный бѣлокъ въ видѣ сырыхъ, свѣжихъ или слегка сваренныхъ въ смятку яицъ. Яичный бѣлокъ, подобно казеину молока, не только связываетъ кислоты, но дѣйствуетъ еще нейтрализующимъ образомъ (v. Pfungen), предотвращая до нѣкоторой степени развитіе чрезмѣрной кислотности на высотѣ пищеваренія.

Діэта Leube распадается на 4 росписанія кушаній, къ которымъ больной долженъ привыкнуть мало по малу. Если оказывается, что болѣе обильное питаніе ухудшаетъ самочувствіе или вызываетъ рецидивы, то слѣдуетъ немедленно возвратиться къ болѣе простому питанію. Первыя двѣ недѣли во всякомъ случаѣ больной долженъ оставаться въ постели и класть, какъ сказано, горячіе компрессы, а на ночь присницевскія обертыванія.

1. Росписаніе кушаній по Leube, которое должно соблюдаться по крайней мѣрѣ въ теченіе 10 дней.

Утромъ: 250,0 молока,
2 бисквита по 5,0,
въ 10 ч. 250,0 молока или бульона,
1 бисквитъ,
въ 12 ч. 150,0 бульона,
50,0 мяснаго раствора или 1 яицо,
въ 4 ч. 250,0 бульона,
2 бисквита,
веч. 150,0 бульона,
50,0 мяснаго раствора или 1 яйцо,
2 бисквита.

2. Росписаніе кушаній по Leube, которое должно соблюдаться по крайней мѣрѣ въ теченіе 7 дней.

Утромъ: 250,0 молока,
3 бисквита,
въ 10 ч. 200,0 бульона,
1 яйцо,
Обѣдъ: 1 вареный голубь,
около 200,0 риса въ бульонѣ,
въ 4 ч. 250,0 молока,
2 бисквита,
въ 8 ч. 150,0 бульона,
100,0 телячьяго сладкаго мяса.

3. Росписаніе кушаній по Leube, которое должно соблюдаться по крайней мѣрѣ въ теченіе 5 дней.

Утромъ: 2 чашки чая или кофе,
100,0 молока,
20,0 сахара,
3 бисквита;

въ 10 ч. 200,0 бульона,
1 яйцо.

Обѣдъ: 200,0 супа,
150,0 бифштекса,
100,0 картофельнаго пюре;

въ 4 ч. 2 чашки чая,
100,0 молока,
20,0 сахара,
3 бисквита;

веч. 100,0 скобленной ветчины,
200,0 супа.

4. Росписаніе кушаній по Лейбе, которое должно соблюдаться по крайней мѣрѣ въ теченіе одной недѣли.

Утромъ: 2 чашки чая съ 100,0 молока,
1 булка въ молокѣ (50,0);

въ 10 ч. 200,0 бульона,
1 яйцо.

Обѣдъ: 200,0 супа,
150,0 жареной птицы,
100,0 моркови или шпината,
200,0 легкаго мучнаго блюда;

въ 4 ч. 2 чашки чая или кофе съ 100,0 мол.,
20,0 сахара,
1 булка на молокѣ;

веч. 100,0 холоднаго жаркого,
150,0 пюре изъ тапіоки.

Примѣчаніе. Вмѣсто кофе или чая можно давать также молоко, что, конечно, значительно повышаетъ питательность этой діэты. Относительно перваго росписанія слѣдуетъ замѣтить, что вмѣсто мясного раствора можно давать яйца, распущенныя въ супѣ. Во 2 и 3 росписаніяхъ вечеромъ можно давать вмѣсто мяса 2—3 яйца въ смятку. 4 росписаніе можно спустя нѣкоторое время расширить, какъ въ количественномъ, такъ и въ качественномъ отношеніи, присоединивъ къ нему изъ мяснаго филе, ростбифъ, бифштексъ, телячье жаркое, молодыхъ куръ, голубей, куропатокъ, оленину; изъ рыбъ — щуку и судака вареныхъ, а изъ овощей — шпинатъ и мелкую рѣпку; изъ мучныхъ кушаній можно давать: пирожныя изъ риса, манной каши, тапіоки, а также омлетъ, суфле; вечеромъ можно давать какую нибудь кашицу со взбитыми яйцами; изъ компотовъ осторожно яблочное пюре.

Салатовъ слѣдуетъ избѣгать. Вино въ малыхъ порціяхъ можно разрѣшать подъ конецъ лѣченія передъ ѣдой. Постепенно увеличивая порціи, можно усилить питаніе больного до тѣхъ поръ, пока начнется наростаніе вѣса. Приведенныя цифры, конечно, имѣютъ лишь приблизительное, но не абсолютное значеніе.

Мы считали необходимымъ подробно изложить германскій способъ лѣченія язвы желудка „покоемъ“ именно вслѣдствіе того, что онъ вошелъ тамъ во всеобщее употребленіе и во всѣхъ новѣйшихъ руководствахъ діэтѣ Leube отводится первенствующее значеніе при лѣченіи язвы желудка, тогда какъ лѣкарственной терапіи совершенно второстепенная роль. Послѣдняя въ Германіи примѣняется преимущественно для амбулаторнаго лѣченія язвы желудка, когда по различнымъ условіямъ нельзя воспользоваться діэтой Leube.

Изъ сказаннаго о діэтѣ Leube и вообще о діэтетическомъ лѣченіи легко замѣтить, что она несомнѣнно можетъ

быть примѣнима, съ извѣстными ограниченіями въ зависимости отъ индивидуальности случая, главнымъ образомъ къ первому и второму періоду язвы желудка по нашему дѣленію. Что касается третьяго періода, при которомъ особенно часто встрѣчаются случаи съ затяжнымъ теченіемъ, то, конечно, здѣсь приходится дѣлать часто большія отклоненія какъ въ отношеніи продолжительности лѣченія жидкой пищей, такъ особенно и по отношенію къ питательнымъ клизмамъ. Послѣднія играютъ здѣсь первенствующую роль и потому къ нимъ приходится прибѣгать у одного и того же больного нерѣдко по нѣскольку разъ, прежде чѣмъ послѣдуетъ полное исчезаніе припадковъ. Слѣдовательно, въ третьемъ періодѣ чѣмъ дольше больной содержится на жидкой пищѣ и остальномъ содержаніи, тѣмъ лучше. Очень нерѣдко въ нашихъ случаяхъ больнымъ приходилось соблюдать и то, и другое въ теченіе 6—8 и даже больше 10 недѣль. Въ четвертомъ же періодѣ, при осумкованномъ перитонитѣ или разлитомъ, все приведенное въ росписаніи кушаній по 4 періодамъ совершенно не выдерживаетъ критики, тѣмъ болѣе, когда больной рѣшается на операцію. Впрочемъ, оба вида 4-го нашего стадія другими авторами относятся къ осложненіямъ и потому при нихъ указанная діэта не имѣется въ виду.

Резюмируя теперь все сказанное о діететически-гигіеническомъ содержаніи больныхъ съ язвой желудка, мы видимъ, что въ каждомъ данномъ случаѣ лучше всего, въ смыслѣ пользы, держать больного въ постели, назначать питаніе клизмами и запрещать всякій подвозъ пищи и даже напитковъ per os. Подобнымъ содержаніемъ больныхъ достигается не только освобожденіе больного отъ тяжелыхъ припадковъ — болей, рвотъ, кровотеченій и т. д., но и куративная цѣль. Свѣжая язва въ первомъ періодѣ очень нерѣдко при этомъ режимѣ заживаетъ даже въ семь дней, чаще въ 10—12 дней, рѣже до 2 недѣль. Во второмъ періодѣ заживленіе свѣжей язвы наступаетъ обычно въ

первыя двѣ недѣли, рѣже затягивается до 3 недѣль, — очевидно, при большихъ язвахъ.

Въ третьемъ періодѣ клизмы могутъ повести къ рубцованію въ три недѣли; чаще же на время приходится оставлять клизмы, а черезъ извѣстный промежутокъ снова возобновлять ихъ.

Въ четвертомъ періодѣ, съ установленіемъ діагноза, больному рекомендуется немедленно прибѣгать къ операціи, предварительно поднимая всѣми средствами питаніе больнаго и пользуясь въ тоже время питательными клизмами.

Далѣе, если больной не можетъ почему-либо воспользоваться или согласиться на принятіе питательныхъ клизмъ, то назначаемъ строгое молочное питаніе и выдерживаемъ больного на этомъ столько времени, пока не исчезнутъ всѣ болѣзненные симптомы. При этомъ замѣчается слѣдующее: въ первыхъ стадіяхъ язва перестаетъ давать о себѣ знать обычно въ первыя двѣ-три недѣли, рѣже меньше или больше. Въ третьемъ періодѣ такое питаніе затягивается на большій срокъ, обычно за три недѣли.

Въ 4-мъ періодѣ больной долго не удерживается на молокѣ, вслѣдствіе операціи.

Если больной не соглашается на предлагаемую операцію, то преимущественное молочное содержаніе можетъ затягиваться на неопредѣленное время, тѣмъ болѣе, что оно обычно и не проводится въ видѣ такъ называемаго абсолютнаго.

Случаи самостоятельнаго излѣченія язвы въ 4-мъ періодѣ, путемъ свободнаго выхода гноя тѣмъ или инымъ путями, хотя и крайне рѣдко, но наблюдаются, и также лучше всего проходятъ при молочномъ лѣченіи. Такъ было и въ нашемъ случаѣ, когда у больной послѣ вскрытія абсцесса въ бронхъ, послѣдовало улучшеніе въ общемъ состояніи ея настолько, что она и теперь, черезъ $1^1/_2$ года по выходѣ изъ клиники, чувствуетъ себя удовлетворительно.

Если больной не можетъ воспользоваться питательными клизмами и абсолютнымъ молочнымъ лѣченіемъ, то тогда лишь прибѣгаемъ къ другой пищѣ, назначая ее только въ жидкомъ видѣ. Вмѣстѣ съ этимъ на сцену выступаетъ и фармацевтическая терапія

Несмотря на то, что лучшіе результаты при леченіи язвы желудка получаются прежде всего отъ питательныхъ клистировъ, а затѣмъ при абсолютномъ молочномъ лѣченіи, на практикѣ всетаки приходится воспользоваться тѣмъ и другимъ лишь въ одной части случаевъ язвы. Въ виду этого и является необходимость обращаться къ фармацевтической терапіи, которая, по нашимъ наблюденіямъ, вообще играетъ въ лѣченіи язвы желудка далеко не послѣднюю роль. Можно даже сказать, что въ первыхъ трехъ стадіяхъ язвы лекарственное лѣченіе приноситъ нетолько палліативную, но и весьма существенную пользу, а въ четвертомъ значительно облегчаетъ страданія больного, прежде чѣмъ послѣдній рѣшится прибѣгнуть къ хирургической помощи.

ГЛАВА VII.

Лекарственная терапія ПЕРВАГО стадія язвы желудка.

А. Лекарственная терапія.

Она имѣетъ цѣлью: во первыхъ — способствовать скорѣйшему рубцеванію язвы, во вторыхъ — ограничивать повышенную функцію желудка — секреторную и двигательную, мѣшающія заживленію язвы; въ третьихъ — ограничивать пребываніе пищи въ желудкѣ, облегчая болѣе быстрый переходъ ея въ тонкія кишки, благодаря чему сокращается періодъ функціонированія желудка, а, слѣдовательно, ограничивается и вредное дѣйствіе послѣдняго на процессъ рубцеванія язвы; въ четвертыхъ — успокаивать боли и

тѣмъ давать больному возможность лучше справляться съ пищевареніемъ и облегчать подвозъ пищи, а одновременно и ограничивать секреторную и двигательную функцію желудка; въ 5-хъ — мѣшатъ процессамъ броженія вслѣдствіе застоя пищи, вызваннаго спазмами привратника и препятствовать расширенію желудка; въ 6-хъ — бороться съ различнаго рода болѣзненными симптомами, могущими угрожать даже жизни, какъ напр. желудочныя кровотеченія, упорныя рвоты, прободеніе желудка и т. д.

Argentum nitricum. Изъ всѣхъ средствъ, могущихъ удовлетворить приведеннымъ показаніямъ при язвѣ желудка, мы на первомъ мѣстѣ ставимъ ляписъ. Въ благотворномъ дѣйствіи этого препарата въ первомъ стадіи мы убѣдились на сотняхъ случаевъ и потому горячо рекомендуемъ его примѣненіе здѣсь. Назначеніемъ argenti nitrici мы достигаемъ: сильнаго вяжущаго дѣйствія, а, слѣдовательно, и кровоостанавливающаго, — пониженія чувствительности слизистой оболочки, уменьшенія гиперсекреціи, пониженія кислотности желудочнаго содержимаго, а также и сильнаго дезинфецирующаго дѣйствія.

Многочисленныя экспериментальныя изслѣдованія на клиническихъ больныхъ дали намъ возможность несомнѣнно признать за ляписомъ указанныя свойства и потому мы вполнѣ раздѣляемъ мнѣніе Rosenheim'a, Löwenthal'я, Bouveret, Reichmann'a, Hayem'a, также экспериментально занимавшихся разработкой этого вопроса.

Равно мы находимъ себѣ подтвержденіе относительно пользы этого средства и въ клиническихъ наблюденіяхъ какъ старыхъ авторовъ, такъ и современныхъ (Canstatt, Trousseau, Gros, Schützenberger, Gerhardt, Liebermeister, Boas, Wade, Braun, Popper и. др.). Trousseau, Gros и Schützenberger восхваляютъ пилюли изъ ляписа, содержащія одинъ сантиграммъ этого вещества. Пріемъ постепенно увеличивается

до 10 пилюль въ день. Wade также назначалъ ляписъ въ видѣ пилюль и получалъ превосходные результаты. Rosenheim по поводу этого средства говоритъ: что касается азотнокислаго серебра, то оно представляетъ превосходное средство при гиперсекреціи желудка и невыносливости его ко всякаго рода пищѣ.

Arg. nitr. назначаютъ въ растворѣ (0,2—0,3 : 100,0) по 1/2 столовой ложкѣ въ винномъ стаканчикѣ воды, 3 раза въ день натощакъ, т. е. за 1/4 часа до ѣды.

Boas въ легкихъ случаяхъ ulcus ventriculi, а также у больныхъ, которые по какимъ-либо причинамъ не въ состояніи продѣлать типическаго лѣченія „Ulcuskur“, систематически примѣняетъ ляписъ въ растворѣ и на сотняхъ примѣровъ убѣдился въ хорошихъ результатахъ. Онъ начинаетъ съ 0,25 : 120,0, по 3 раза въ день, по столовой ложкѣ на бокалъ дистиллированной воды. Послѣ доза увеличивается до 0,3—0,4 : 120,0. Boas указываетъ даже, что въ нѣсколькихъ тяжелыхъ случаяхъ онъ видѣлъ вполнѣ удовлетворительные результаты, примѣнивъ argentum nitricum и діэту. Въ послѣднемъ случаѣ, т. е. въ застарѣлыхъ случаяхъ, когда типичное лѣченіе не давало полнаго излѣченія, Liebermeister получалъ хорошіе результаты отъ назначенія ляписа: больному утромъ натощакъ даютъ столовую ложку раствора 0,15 : 100,0, крѣпость котораго постепенно увеличивается до 0,4 : 100,0. Пища принимается лишь черезъ 1 1/2 часа послѣ пріема ляписа. „Если этимъ способомъ, говоритъ Liebermeister, достигнуто нѣкоторое улучшеніе, то впослѣдствіи удается иной разъ успѣшно провести и Карлсбадское лѣченіе“. Gerhardt также рекомендуетъ argentum nitricum при желудочныхъ болѣхъ. Flemming предложилъ вводить растворъ ляписа въ желудокъ прямо посредствомъ желудочнаго зонда. Тоже самое предлагаетъ и Hayem. „Гораздо лучше, говоритъ онъ, употреблять ляписъ только въ видѣ промываній у тѣхъ больныхъ, у которыхъ возможно примѣненіе зонда. Произ-

водятъ рядъ промываній (отъ 10 до 12) растворомъ 0,50—1,0: 1000,0. Это сразу успокаиваетъ больныхъ и кромѣ того вызываетъ уменьшеніе выдѣленія желудочнаго сока, а также понижаетъ и кислотность его.

Точно также Rosenheim и Löwenthal видѣли хорошій эффектъ отъ орошенія желудка 1‰ растворомъ ляписа при гиперсекреціи, а Bouveret и Reichmann нашли при этомъ пониженіе кислотности желудочнаго содержимаго.

Pepper, комбинируя питательныя клизмы съ одновременнымъ назначеніемъ argenti nitrici, также получилъ хорошіе результаты при лѣченіи язвы желудка отъ этой модификаціи.

Что касается способа назначенія ляписа, то мы пользуемся, смотря по индивидуальности случая, то пилюлями, то растворомъ, то промываніями. Въ легкихъ случаяхъ мы вообще даемъ пилюли и этого одного достаточно бываетъ для излеченія; въ случаяхъ съ болѣе рѣзко выраженными симптомами и мало поддающихся въ теченіе первыхъ 10 дней первому способу примѣненія мы обращаемся къ раствору, а если и отъ послѣдняго не видимъ результата, то примѣняемъ argentum nitricum въ видѣ орошеній. Чаще всего въ первомъ стадіи язвы желудка намъ приходилось органичиваться именно первой формулой назначенія ляписа; къ двумъ другимъ же обычно прибѣгаемъ только при очень сильныхъ боляхъ, hypersecretio, hyperaciditas и въ затянувшихся случаяхъ язвы.

Вотъ наши формулы для прописыванія Argenti nitrici:

1) Rp. Argenti nitrici 0,1.
Ext. Belladonae 0,3.
„ et Pul. Liquirt. q. s. ut. f. pil. N. 30.

DS. По 1—2 пилюли отъ 2 до 5 разъ въ день за $^1/_2$ часа передъ ѣдой.

При не сильныхъ боляхъ, незначительной hypersecretio, hyperaciditas и рѣдкой рвотѣ.

2) Rp. Argenti nitrici 0,2 (и даже 0,3).
Morphii acetici 0,1.
Ext. et Pul. Liquirt. q. s. ut. f. pil. N. 30.

DS. По 1—2 пилюли отъ 2 до 4—5 разъ въ день.

При сильныхъ боляхъ, значительной hyperaciditas и hypersecretio, сильной и частой рвотѣ, бурной перистальтикѣ желудка.

3) Rp. Argenti nitrici 0,1 (постепенно увеличивать
Aq. Destil. 100,0. до 0,4)

MDS. ad. vitr. nigr. По столовой ложкѣ 3 раза въ день.

При сильной hyperaciditas, продолжительныхъ боляхъ, hypersecretio, въ затянувшихся случаяхъ.

4) Rp. Argenti nitrici 0,5 (постепенно увеличивать до
Aq. Destil. 1000,0. 1, 5—2,0).

MDS. Для орошенія желудка.

При болѣе разлитыхъ боляхъ или очень сильныхъ, hyperaciditas и hypersecretio, при повышенной чувствительности слизистой оболочки желудка и невыносливости его ко всякаго рода пищѣ, при частыхъ рвотахъ, осложненіи гастритомъ первой степени (gastritis acida) и въ затяжныхъ случаяхъ.

Въ первомъ стадіи отъ примѣненія Argentum nitricum положительный результатъ обычно получается очень скоро.

Черезъ 7—10 дней субъективныя явленія рѣзко уменьшаются или даже совсѣмъ пропадаютъ. Мы держимся даже того взгляда, что, если въ теченіе двухъ первыхъ недѣль, максимумъ трехъ, не получается рѣзкаго результата отъ этого средства, то язва перешла уже изъ перваго во второй стадій т. е. въ пораженіе вовлечены и болѣе глубокіе слои желудка — submucosa и muscularis.

Словомъ при діагностикѣ перваго стадія язвы желудка мы обращаемъ большое вниманіе на то, какой результатъ даетъ терапія лаписомъ. Въ громадномъ числѣ случаевъ мы могли убѣдиться, что въ первомъ стадіи язвы желудка совершенно достаточно для излеченія одного argentum nitricum, чего обычно уже бываетъ недостаточно для послѣдующихъ стадій.

Успокаивающія средства. Ext. Belladonae, atropinum sulfuricum, morphium, codein, cocain, chloralhydrat, strontium et kalium, natrium bromatum, extr. cannabis inidica, orthoformium novum, nirvanin.

Въ первомъ стадіи язвы мы чаще всего изъ успокаивающихъ назначаемъ Extr. Belladonae и обычно одновременно съ Argent. nitricum, отъ одновременнаго дѣйствія которыхъ скорѣе и прочнѣе достигается желаемая цѣль.

Какъ раньше уже было замѣчено, что, благодаря положительному успѣху отъ нихъ, мы въ нашихъ случаяхъ вообще ограничивались чаще всего этими средствами. Клиническое подтвержденіе результатамъ мы видимъ въ наблюденіяхъ Ozer'a, Rosenheim'a, Wegele, Войновича, Jorlanini.

Послѣдніе оба примѣняли Artopinum sulfuricum съ цѣлью пониженія кислотности и уменьшенія болей и получили при этомъ очень хорошіе результаты. Мы прибѣгаемъ къ назначенію атропина лишь при рѣзко выраженной hyperaciditas и hypersecretio и даемъ его по слѣдующей формулѣ:

Rp. Atropini sulfurici 0,05
Aq. Distil. 1,0.

MDS. По 2 капли 2 раза въ день передъ ѣдой.

Или: Rp. Atropini sulfurici 0,05,
Aq. Distil. 20,0.

MDS. Отъ 5 до 10 капель передъ ѣдой.

А при очень сильныхъ боляхъ соединяемъ вмѣстѣ съ

морфіемъ, или кодеиномъ, на что уже давно было обращено вниманіе Jaksch'емъ и Bamberger'омъ.

Rp. Codeini phosphorici 0,03
Ext. Belladonae 0,01
Sacchari lactis 0,3
Mfp. Dtd. № 10.

S. По порошку 2—3 раза въ день передъ ѣдой.

Или: Rp. Morphii muriatici 0,1,
Atropini sulfurici 0,05,
Ap. Destil. 20,0.

MDS. По 5 капель передъ ѣдой, 2—3 раза въ день.

При подкожномъ введеніи эффектъ получается быстрѣе и сильнѣе, черезъ 3—5 минутъ послѣ вспрыскиванія.

R. Codeini phosphorici 0,3
Aq. Destil. 10,0.

MDS. По $^1/_4$—$^1/_2$ шприца, 2—3 раза въ день.

Rp. Morphii muriatici 0,1
Aq. Destil. 10,0.

MDS. Отъ $^1/_4$ до 1 шприца, 2—3 раза въ день.

Клиническія наблюденія относительно полезнаго дѣйствія морфія подтверждаются и изслѣдованіями Нечаева Ziehen'a, Hitzig'a, Leubuscher'a и Schäfer'a, которые согласно показали, что подкожныя вспрыскиванія морфія рѣзко понижаютъ отдѣленіе соляной кислоты, тогда какъ внутреннее употребленіе морфія вліяетъ мало въ этомъ отношеніи.

Опій мы назначаемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда больной постоянно жалуется на сильный аппетитъ, булимію, вслѣдствіе возбужденія психическаго аппетитнаго центра, а между тѣмъ удовлетвореніе его ограничивается какъ предписаніемъ врача, такъ и самимъ больнымъ изъ за

сильныхъ болей. Brinton уже давно отмѣтилъ эту особенность за опіемъ (послѣ него Gallard, Duj.-Beaumetz и Boas), позволяющую на нѣкоторое время удерживать больного такъ сказать впроголодь.

Rp. Opii puri 0,02,
Ext. Belladonae 0,03,
Sacchari 0,3.
Mfp. Dtd. № 10.

S. По порошку 2—3 раза въ день за 1/2 часа до ѣды.

Съ тою же цѣлью можно назначать и кокаинъ, какъ предлагаетъ Duj.- Beaumetz:

Rp. Cocaini muriat. 0,5
Aq. Destil. 300,0.

MDS. Черезъ 2 часа по столовой ложкѣ.

Или: Rp. Cocaini muriat. 0,2
Aq. Amygd. amar. 10,0

MDS. По 10 капель нѣсколько разъ въ день.

Или еще лучше въ соединеніи съ морфіемъ и белладоной, когда кромѣ булиміи существуютъ сильные боли и hyperaciditas.

Rp. Cocaini muriat. 0,3—0,5
Morphii muriat. 0,03—0,2.
T-rae Belladonae 5,0—10,0
Aq. Amygd. amar. 25,0.

MDS. По 5—10—15 капель за 1/2 часа до ѣды.

Съ тою же цѣлью понизить возбудимость аппетитнаго центра въ мозгу мы назначаемъ иногда кокаинъ вмѣстѣ съ хлоралъ-гидратомъ или съ бромидами; изъ послѣднихъ, повидимому, особеннаго вниманія заслуживаетъ бромистый стронцій, отъ котораго G. Sée видѣлъ хорошій результатъ въ 32 случаяхъ hyperaciditas.

Тоже замѣчено было и Wegele при гиперсекреціи и гиперстезіи желудка.

Rp. Cocaini muriat. 0,3
Chlorali hydrat. 2,0—5,0
Gummi arabici 3,0
Aq. Mentae pip. 50,0
Aq. Destil 100,0.

MDS. По столовой ложкѣ 2—3—4 раза въ день.

Rp. Strontii bromat. 10,0
Aq. Destil. 150,0

MDS. 3 ложки въ день.

Хлоралъ-гидратъ мы назначаемъ и при кровотеченіяхъ и считаемъ его въ этомъ отношеніи выше всѣхъ другихъ кровеостанавливающихъ. Ch. Hertzka, первый примѣнившій хлоралъ при леченіи язвы желудка, очень хвалитъ его. Въ свою очередь и мы были очень довольны имъ, особенно при указанныхъ явленіяхъ со стороны аппетитнаго центра.

При общемъ возбужденіи и у неврастеничныхъ мы даемъ:

Rp. Natrii bromat.
Ammon. bromat
Natri bicarb. $\frac{}{aa}$ 4,0.
Aq. Destil. 200,0.

MDs. По столовой ложкѣ 2—3 раза въ день.

Изъ новѣйшихъ успокаивающихъ средствъ мы въ послѣдніе годы всѣмъ выше приведеннымъ наркотическимъ предпочитаемъ Orthoformium или nirvanin. Однако въ первомъ стадіи, какъ уже было сказано, мы прибѣгаемъ къ нимъ значительно рѣже, чѣмъ въ послѣдующихъ, гдѣ они составляютъ драгоцѣнное обезболивающее и по своей продолжительности дѣйствія незамѣнимое средство.

Rp. Orthoformii novi 0,5—1,5
(или Nirvanini) D. t. d. № 10.

S. По порошку отъ 1 до 3 разъ въ день передъ ѣдой. Обычно достаточно одной дозы на сутки.

Б. Леченіе минеральными водами.

Прекрасное дѣйствіе минеральныхъ водъ при леченіи язвы желудка засвидѣтельствовано очень многими компетентными врачами и, какъ раньше было сказано, онѣ играютъ весьма существенную роль при лѣченіи діэтой Leube, Ziemssen'a и Liebermeister'a. Sorger еще въ 1842 г. наблюдалъ, что Карлсбадскія и Маріенбадскія воды оказываютъ благотворное дѣйствіе на круглую язву желудка. При употребленіи этихъ водъ, преимущественно не горячихъ, а умѣренно теплыхъ (на чёмъ особенно настаиваетъ въ наше время и Liebermeister), безъ всякаго другого лѣченія, въ скоромъ времени облегчались всѣ припадки болѣзни и язва совершенно излѣчивалась.

Jaksch также съ пользою посылалъ своихъ язвенныхъ больныхъ въ Карлсбадъ, гдѣ употребленіе минеральной воды, особенно Schlossbrunn и Theresienbrunn, доставило имъ совершенное излѣченіе отъ этой болѣзни.

Послѣ Sorger'a и Jaksch'a рекомендуютъ минеральныя воды при лѣченіи язвы особенно Niemeyer, въ 1856 г., и Lebert, а затѣмъ Ziemssen, Leube, Liebermeister, Rosenheim, Ewald, Boas, Wegele, Debove, Hayem, Luca и многіе другіе, а изъ русскихъ — Захарьинъ, Оболенскій (Боржомская вода).

Замѣчательно, что Niemeyer послѣ безуспѣшности лѣченія діэтой и минеральными водами, обращался къ Argent. nitric., а также къ Bismuth., ставя послѣднія такимъ образомъ въ терапевтическомъ отношеніи какъ-бы выше первыхъ. Не менѣе интересно и то, что и Liebermeister, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, особенно при затянувшихся язвахъ или, если больной не переносилъ Карлсбадской воды, иногда

наблюдалъ хорошіе результаты отъ употребленія Argentum nitric. въ растворѣ. Если этимъ способомъ удавалось достигнуть нѣкотораго улучшенія, то впослѣдствіи успѣшнѣе шло и лѣченіе Карлсбадской водой.

Въ нѣкоторомъ противорѣчіи съ названными авторами стоитъ Gerhardt. Онъ, напротивъ, говоритъ, что щелочи при лѣченіи язвы мало пригодны, такъ какъ послѣ пріема ихъ увеличивается образованіе соляной кислоты; можно давать, пожалуй, Карлсбадъ, Эмсъ и т. д. Тоже самое и Braun не придаетъ особаго значенія употребленію минеральныхъ водъ при лѣченіи язвы желудка, хотя и отмѣчаетъ тотъ фактъ, что отъ умѣреннаго лѣченія Карлсбадскими водами иногда наблюдается излѣченіе. Напъ личный опытъ, основанный на большомъ числѣ больныхъ, даетъ намъ право признавать за минеральными водами весма существенное значеніе ихъ при лѣченіи язвы. Мы вполнѣ присоединяемся къ результатамъ Яворскаго, что при продолжительномъ употребленіи Карлсбадской, а по нашимъ изслѣдованіямъ Виши и Боржома, отдѣленіе соляной кислоты уменьшается и можетъ упасть ниже нормы. Что касается тѣхъ авторовъ (Claude Bernard, Leube, G. Sée, Boas и др.), которые признаютъ за малыми дозами щелочей, даваемыми передъ ѣдой, возбуждающее дѣйствіе на отдѣленіе желудочнаго сока, то мы лично смотримъ на это дѣло совершенно иначе. Если принять во вниманіе экспериментальныя изслѣдованія на собакахъ изъ лабораторіи проф. Павлова, съ положительностью доказывающія угнетающее дѣйствіе щелочей на желудочную секрецію, съ одной стороны, и нерѣдко наблюдаемое при клиническомъ изслѣдованіи больныхъ несомнѣнное улучшеніе аппетита и повышеніе кислотности вскорѣ послѣ назначенія щелочныхъ и щелочно-глауберовыхъ водъ, съ другой стороны, то, намъ кажется, необходимо согласиться съ тѣмъ, что послѣднее обстоятельство неправильно лишь толкуется указанными авторами; въ противномъ же случаѣ намъ пришлось бы и

совсѣмъ отказаться отъ самого употребленія минеральныхъ водъ. Въ самомъ дѣлѣ, если принять во вниманіе, что щелочи, принимаемыя на тощакъ, обычно за 1 часъ до ѣды, растворяютъ желудочную слизь и быстро переходятъ въ тонкія кишки, то при этомъ условіи послѣдующее выдѣленіе HCl несомнѣнно будетъ опредѣляться въ большемъ количествѣ, такъ какъ часть кислоты теперь не нейтрализирована слизью, абсолютное же количество останется даже ниже нормы вслѣдствіе уменьшенія ея продукціи подъ вліяніемъ щелочей. Но благодаря тому, что соляная кислота не нейтрализуетя щелочной слизью, происходитъ уменьшеніе разложенія пищи, вслѣдствіе лучшаго смѣшенія ея съ желудочнымъ сокомъ, а также пониженнаго образованія и повышеннаго разрушенія токсиновъ, черезъ что и самое пищевареніе несомнѣнно совершается легче, чѣмъ до принятія щелочей. При продолжительномъ же употребленіи щелочей аппетитъ несомнѣнно понижается и количество HCl падаетъ.

Такимъ образомъ мы назначаемъ минеральныя воды съ двоякой цѣлью: во 1-хъ — прописываемыя натощакъ, за часъ — $1^1/_2$ часа до ѣды, онѣ несомненно уменьшаютъ отдѣленіе желудочнаго сока и соляной кислоты, а во 2-хъ, назначаемыя во время пищеваренія, вскорѣ послѣ принятія пищи, онѣ нейтрализуютъ кислое содержимое желудка, уменьшаютъ раздражающее дѣйствіе послѣдняго на язву, успокаиваютъ боли, способствуютъ скорѣйшему переходу пищи въ тонкія кишки и мѣшаютъ наступленію рвоты. Слѣдовательно, въ обоихъ случаяхъ облегчается заживленіе язвы. Изъ всѣхъ минеральныхъ водъ мы отдаемъ предпочтеніе Карлсбаду, Виши и Боржому.

Воды назначаемъ тепловатыми, которыя въ этомъ видѣ способствуютъ и успокоенію болей. Больной принимаетъ ихъ натощакъ, за часъ — $^1/_2$ часа до ѣды, отъ $^1/_2$ до 1 стакана на пріемъ, 3—4 раза въ день. Пользованіе водами продолжается до тѣхъ поръ, пока усиленный аппетитъ не

придетъ къ нормѣ или даже меньше, а отдѣленіе упадетъ ниже нормы. Вмѣстѣ съ послѣднимъ одновременно констатируется и уменьшеніе въ продукціи соляной кислоты и гиперсекреціи. Чтобы достигнуть этого результата больному, смотря по конституціи, приходится пить воду отъ 3 до 6 недѣль.

При сильной hyperaciditas, жестокихъ боляхъ послѣ принятія пищи, спазмѣ привратника, бурныхъ сокращеніяхъ желудка и скоро слѣдующихъ за ними рвотахъ, мы назначаемъ иногда тѣ же воды, но во время пищеваренія, съ цѣлью понизить большую кислотность желудочнаго содержимаго, способствовать скорѣйшему переходу послѣдняго въ тонкія кишки и тѣмъ самымъ облегчить больного отъ его страданій. Если больной не принимаетъ минеральной воды во время лѣченія язвы, то послѣ зарубцеванія ея весьма нерѣдко всетаки приходится прибѣгать къ ней съ цѣлью уменьшить hyperaciditas и hypersecretio, и тѣмъ самымъ воспрепятствовать рецидиву язвы. Чтобы сократить срокъ лѣченія язвы въ первомъ ея стадіи, мы обычно съ назначеніемъ Argent. nitric. и одного изъ успокаивающихъ средствъ предписываемъ и внутреннее употребленіе Карлсбадской воды, или Боржомской, или Виши. Больной 3—4 раза въ день за часъ до ѣды пьетъ тепловатую воду, а за $^1/_4$ часа принимаетъ указанныя средства. Послѣднія прекращаемъ часто гораздо раньше окончанія питья минеральной воды, которую больной оставляетъ лишь послѣ того, какъ желудочное содержимое придетъ къ нормѣ или даже количество соляной кислоты упадетъ ниже послѣдней.

Съ цѣлью нейтрализаціи соляной кислоты мы однако передъ всѣми другими средствами отдаемъ предпочтеніе, по примѣру Budd'a, жженной магнезіи, тѣмъ болѣе, что для нейтрализаціи 1 ч. кислоты требуется ея меньше — всего 0,5, чѣмъ другихъ средствъ, напр. двууглекислаго натра — 2,3 ч. Хотя изъ всѣхъ щелочей больше всего въ практикѣ употребляется двууглекислый натръ, но большія дозы его представляютъ то неудобство, что выдѣляютъ

много углекислоты и производятъ вздутіе желудка, а, слѣдовательно, могутъ быть не безопасны для изъязвленной стѣнки желудка. На это обстоятельство еще въ 40-хъ годахъ обратилъ вниманіе Budd, а въ наше время особенно Boas. Мы не согласны съ послѣднимъ лишь въ томъ отношеній, будто natr. bicarbon. оказываетъ прижигающее дѣйствіе на слизистыя оболочки. По послѣднимъ изслѣдованіямъ русскихъ врачей именно этому препарату и приписывается прекрасное его дѣйствіе на язвенныя поверхности, а не наоборотъ. Въ виду послѣдняго свойства natr. bicarbon., ему, напротивъ, и принадлежало бы первое мѣсто при нейтрализаціи кислаго желудочнаго содержимаго, еслибы ни его свойство производитъ сильное вздутіе желудка. Нѣкоторые авторы еще съ 40-хъ годовъ кромѣ жженой магнезіи и двууглекислаго натра назначаютъ при избыткѣ кислоты — calcar. carbon., magnes. carbon., concha praepar., borax.

Кромѣ щелочныхъ водъ и солей англійскіе врачи съ того же времени отдаютъ предпочтеніе Magist. Bismuthi, назначая его въ большихъ пріемахъ (Chambers). Мы лично въ первомъ стадіи язвы обычно не даемъ этого средства, за то въ послѣдующихъ стадіяхъ оно играетъ у насъ весьма большую роль.

Въ заключеніе о минеральныхъ водахъ считаемъ необходимымъ указать и на послабляющее ихъ дѣйствіе. Rosenheim по этому поводу говоритъ: „надо имѣть въ виду и то, что большія количества Карлсбадской воды прочищаютъ и промываютъ весь желудокъ и, наконецъ, дѣйствуютъ послабляющимъ способомъ. Тамъ, гдѣ послабляющаго дѣйствія не происходитъ, больные чувствуютъ себя не такъ хорошо, какъ въ томъ случаѣ, когда удается вызвать правильныя, ежедневныя испражненія. Для усиленія слабительнаго дѣйствія Карлсбадской воды къ послѣдней приходится прибавлять 1—3 чайныя ложки искусственной Карлсбадской соли или же прибѣгать къ другимъ слабительнымъ.“

Назначеніе теплыхъ ваннъ и грязей въ первомъ періодѣ язвы обычно не требуется, а потому здѣсь мы и не будемъ говорить о нихъ. Чаще всего въ этомъ періодѣ приходится довольствоваться или припарками, или согрѣвающими компрессами; рѣже вмѣсто тепла прибѣгаемъ къ холоду. Тепло успокаиваетъ боли и способствуетъ заживленію язвы. Холодные пузыри назначаемъ въ случаяхъ сильнаго мѣстнаго раздраженія и чувствительности брюшины, при кровотеченіи, и при опасеніи на прободеніе, - слѣдовательно, при язвахъ быстропротекающихъ. При обыкновенномъ же хроническомъ теченіи язвы въ этомъ періодѣ холодъ рѣдко примѣняется.

Всѣми вышеперечисленными средствами діэтетически-гигіеническими, фармацевтическими и бальнеотерапевтическими достигается нетолько заживленіе язвы, но вмѣстѣ съ тѣмъ и прекращеніе всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ-болей, рвотъ, кровотеченій и т. д. Въ виду этого о симптоматическомъ лѣченіи намъ и не приходится здѣсь говорить, такъ какъ это было бы повтореніемъ сказаннаго.

Боли, рвоты, кровотеченія прекращаются особенно быстро при питательныхъ клизмахъ.

Менѣе рѣзко это вліяніе сказывается при абсолютномъ молочномъ лѣченіи, а еще меньше при другой жидкой пищѣ.

Боли и рвоты уменьшаются какъ отъ щелочей и щелочныхъ земель, такъ равно и отъ вышеуказанныхъ успокаивающихъ. Противъ кровотеченій хорошо дѣйствуетъ полное лишеніе пищи, постоянный ледъ, arg. nitricum въ растворѣ, особенно же, по нашимъ наблюденіямъ, хлоралъ-гидратъ, а по Lemoine'у антипиринъ, — далѣе желатина и горячія клизмы изъ простой воды. Къ эрготину мы въ послѣдніе годы совсѣмъ перестали прибѣгать, такъ какъ очень рѣдко видѣли отъ него пользу, за то отъ хлоралъ-гидрата мы часто наблюдали блестящіе результаты.

Rp. Chlorali hydrat. 4,0—5,0,
Gummi arabici 5,0—10,0,
Aq. Destil. 200,0.

MDS. Для двухъ клизмъ.

Этотъ препаратъ намъ рѣдко приходилось примѣнять чаще двухъ разъ въ день и притомъ не болѣе какъ въ теченіе 2—3 дней.

Rp. Antipyrini 1,0
Dtd. № 5.

S. По порошку 1—3 раза въ день.

При геморроидальныхъ кровотеченіяхъ мы имѣли возможность часто во очію убѣждаться въ дѣйствительной и быстрой пользѣ отъ этого средства; поэтому назначаемъ его и при желудочныхъ кровотеченіяхъ.

Въ послѣдніе годы при желудочныхъ кровотеченіяхъ мы съ особенной пользой назначаемъ желатину и при томъ въ самыхъ разнообразныхъ видахъ — и въ пищѣ, и въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли. Иногда мы вводили желатину до 200,0—300,0 въ сутки.

Послѣдовательное лѣченіе. Послѣ заживленія язвы больному необходимо подвергнуться послѣдовательному лѣченію по способу, подробно изложенному нами при терапіи хроническаго гастрита, именно gastritis acida (см. наше „Леченіе хроническаго гастрита“). Тамъ указано и относительно выбора минеральныхъ водъ, назначенія ваннъ и діэты съ гигіеной. Здѣсь только нужно быть еще болѣе осторожнымъ съ фруктовымъ, ягоднымъ, виноградным и кумыснымъ лѣченіемъ. Лучше же всего и совсѣмъ не назначать ихъ въ первое время послѣ излеченія язвы.

Что касается хирургическаго вмѣшательства въ первомъ стадіи, то оно настолько рѣдко здѣсь примѣняется, что подробно о немъ сказать считаемъ нужнымъ въ другомъ мѣстѣ. Самое частое и почти единственное, по нашему, показаніе для хирургической помощи въ этомъ стадіи — это

угрожающія кровотеченія, какъ то можно видѣть изъ случаевъ, сообщенныхъ Dieulafoy въ его клиническихъ лекціяхъ. Еще рѣже приходится прибѣгать къ хирургическому пособію послѣ заживленія язвы, такъ какъ образующіеся при этомъ рубцы обычно ничѣмъ необнаруживаютъ себя. Намъ лично извѣстенъ лишь одинъ случай Ромма, гдѣ изъ за рубца на слизистой оболочкѣ желудка пришлось прибѣгнуть къ гастротоміи и съ хорошимъ результатомъ.

ГЛАВА VIII.

Лѣченіе ВТОРОГО стадія язвы желудка.

А. Фармацевтическое леченіе.

Во второмъ стадіи язвы вслѣдствіе перехода процесса со слизистой оболочки въ болѣе глубокіе слои лѣченіе должно быть проводимо еще строже, чѣмъ въ первомъ стадіи. Въ виду этого больной долженъ обязательно находиться въ постели, а не лѣчиться амбулаторно, какъ то нерѣдко бываетъ съ больными перваго стадія. Равнои діэтетическія предписанія должны выполняться аккуратнѣе, разъ язвенный процессъ имѣетъ наклонность къ прогрессированію въ глубь. Поэтому необходимость пользованія питательными клистирами здѣсь гораздо важнѣе и врачу слѣдуетъ быть болѣе настойчивымъ съ ихъ примѣненіемъ, такъ какъ ничто такъ быстро не останавливаетъ язвеннаго процесса и не ведетъ къ скорѣйшему заживленію язвы, какъ именно исключеніе подвоза пищи per os и замѣны послѣдней питательными клизмами. Послѣднія продолжаютъ до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ болѣзненные симптомы — боли, рвота и кровотеченія. Заживленіе язвы можно считать съ того времени, когда отсутствуетъ кардіалгія, даже

послѣ пріема грубой пищи и констатируется отсутствіе болѣзненности въ раньше чувствительной къ давленію epigastrii. Вѣсъ тѣла при этомъ значительно увеличивается. По Boas'y при показаніяхъ алгезиметра 6 — 5 kilo въ подложечной области и 10 въ дорзальной — язву можно считать залеченной. Тогда можно переходить на абсолютное молочное лѣченіе и если въ теченіе нѣсколькихъ дней не появятся снова болѣзненные симптомы, то назначать другую пищу въ жидкомъ видѣ, какъ объ этомъ подробно было сказано при лѣченіи перваго стадія. Если больной не переноситъ питательныхъ клизмъ, то назначаемъ прямо абсолютное молочное лѣченіе и одновременно лѣкарственную терапію. Послѣднюю можно назначать одновременно и съ питательными клизмами, что несомнѣнно ускоряетъ процессъ рубцеванія язвы и способствуетъ облегченію болѣзненныхъ симптомовъ.

Во второмъ стадіи язвы мы въ виду того, что клиническая картина ея рѣзко выражена, въ послѣдніе годы все рѣже и рѣже обращаемся къ Argentum nitricum, и, если назначаемъ, то только въ растворѣ, а сразу приступаемъ къ лѣченію Bismuthum subnitric. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда діагнозъ второго стадія еще окончательно не выясненъ, назначаемъ сначала ляписъ въ пилюляхъ, потомъ дней черезъ пять, при отрицательномъ результатѣ, переходимъ къ раствору ляписа. Если и при послѣднемъ въ теченіе двухъ недѣль не достигается очень рѣзкаго результата, то считаемъ язву перешедшею во второй стадій и переходимъ къ висмуту.

Послѣдній препаратъ уже давно пользуется заслуженной извѣстностью. Odier еще въ 1786 г. рекомендовалъ его при боляхъ послѣ ѣды и судорогѣ желудка, по 6,0 на пріемъ 4 раза въ день.

Brach и Burdach также считали его въ этомъ случаѣ за specificum и назначали по примѣру Odier въ большихъ дозахъ.

Старые англійскіе врачи Budd, Chambers, Brinton назначали его особенно при избыткѣ кислоты въ желудкѣ и при сильной кардіальгіи, въ отдѣльности или въ комбинаціи съ морфіемъ (Jaksch, Bamberger). Доза обычно не превышала нѣсколькихъ гранъ въ сутки, даваемыхъ натощакъ, за 1/4 часа до пріема пищи. Лишь Chambers считаетъ Magist. Bismuthi тогда только полезнымъ, когда онъ дается въ большихъ пріемахъ, отъ 15 гр. до скрупула и даже до драхмы. Trousseau также назначалъ при язвѣ желудка висмутъ по 2—3 грм., 3 раза въ день въ теченіе 10 дней, а затѣмъ Argentum nitricum 5 дней и т. д. впродолженіи 2-хъ лѣтъ. Въ Германіи точно также держались преимущественно малыхъ дозъ до самаго послѣдняго времени (Jaksch, Bamberger, Wunderlich, Niemeyer, Eichhorst), когда по почину Kussmaul'я перешли къ большимъ дозамъ, даваемымъ по особому способу. Ziemssen, впрочемъ, еще раньше, въ 1871 г., утверждалъ, что Bismuth. оказываетъ во многихъ случаяхъ язвы благопріятное дѣйствіе, если дается не въ слишкомъ малыхъ дозахъ. Во франціи Mag. Bismuthi уже съ давнихъ временъ предлагался въ очень большихъ дозахъ. Monneret (1849 г.), кажется, впервые сталъ назначать такія дозы, доходя до 70,0—80,0 въ сутки. Ему вполнѣ слѣдовалъ и Bonnemaison, а Duj.- Beaumetz доходилъ даже до 50,0 на пріемъ.

По примѣру французскихъ врачей и въ Германіи въ наше время, по предложенію Kussmaul'я, стали прибѣгать къ большимъ дозамъ, рекомендованнымъ еще въ началѣ 40-хъ годовъ Brach'омъ и Burdach'омъ. Работа Fleiner'а, ученика Kussmaul'я, въ этомъ отношеніи особенно заслуживаетъ вниманія врачей по своей обширной разработкѣ, а послѣ него — Pick'а, Cramer'а и Н. А. Савельева. Ewald, Rosenheim, Boas, Hayem, Mathes также подтверждаютъ благопріятные результаты лѣченія язвы желудка по способу Fleiner'а. Послѣдній состоитъ въ слѣдующемъ.

Паціенту, послѣ предварительнаго промыванія желудка,

вводится черезъ зондъ 10,0—20,0 Mag. Bismuthi, размѣшанныхъ въ 200,0 тепловатой воды. Послѣ того больной долженъ пролежать 1/4 часа въ соотвѣтствующемъ положеніи, чтобы порошекъ висмута могъ осѣсть на предполагаемомъ мѣстѣ язвы. Зондъ остается короткое время въ желудкѣ и удаляется послѣ того, какъ станетъ вытекать чистая вода. Эти вливанія совершаются ежедневно, а впослѣдствіи черезъ день, два, до дѣйствія. Обычно лѣченіе продолжается до 3 недѣль, пока больной не приметъ 200,0 висмута. Но самъ Fleiner уже замѣчаетъ, что при язвѣ желудка, гдѣ противопоказано введеніе зонда, висмутъ въ дозѣ 10,0 можно прямо давать въ стаканѣ тепловатой воды натощакъ. За послѣдній способъ стоитъ и Wegele. По Fleiner'у висмутъ противопоказанъ при пораженіяхъ желудка, сопровождающихся уменьшенной секреціей соляной кислоты, за исключеніемъ случаевъ геморрагическихъ эрозій и изязвляющихся опухолей. M. Mathes экспериментально доказалъ, что подъ покровомъ висмута изъ смѣси его со слизью образуется тонкая пленка, покрывающая тканевые дефекты въ слизистой оболочкѣ и что дѣйствительно при этомъ условіи образуется грануляціонная ткань и новый железистый эпителій.

Результатомъ такого лѣченія наблюдается: быстрое успокоеніе болей, уменьшеніе болѣзненности и чувствительности къ давленію въ области желудка, прекращеніе рвотъ, улучшеніе аппетита, — словомъ больные поправляются и прибываютъ въ вѣсѣ. Даже въ случаяхъ затянувшихся, гдѣ лѣченіе Карлсбадомъ не приносило пользы, при этомъ способѣ получался хорошій результатъ.

Мы на основаніи очень большаго числа своихъ наблюденій прибѣгаемъ къ висмуту весьма часто, начиная со второго періода язвы и даемъ его нѣсколько иначе, чѣмъ вышеупомянутые авторы. Въ виду того, что во второмъ стадіи, особенно въ свѣжихъ случаяхъ и быстропротекающихъ, нѣтъ особенныхъ показаній для промыванія желудка,

мы послѣднія употребляемъ только при хроническихъ язвахъ, долго тянущихся. Вслѣдствіе этого мы и не прибѣгаемъ къ зонду для введенія висмута по способу Fleiner'а, а даемъ его исключительно въ 1/2 до 1 стаканѣ тепловатой воды или въ бульонѣ, по 10,0—15,0, смотря по случаю и эффекту средства, причемъ больной принимаетъ соотвѣтствующее положеніе, разъ изъ наблюденій выяснилось мѣстоположеніе язвы. Если мѣсто послѣдней не опредѣлено, то больной послѣ пріема висмута ложится на спину, а потомъ на тотъ и другой бокъ. Больной принимаетъ висмутъ за 1/4—1 ч. до утренней ѣды, за часъ до обѣда и ужина т. е. три раза въ день и обычно не менѣе двухъ разъ. Послѣ нѣсколькихъ дней, черезъ 5—7, смотря по показаніямъ, дѣлается промываніе желудка до тѣхъ поръ, пока вода не будетъ вытекать совершенно чистой, что достигается введеніемъ нѣсколькихъ литровъ воды. Дѣлаемъ мы это въ виду того, что иногда наблюдали послѣ лѣченія висмутомъ такіе припадки, которыхъ раньше больной не замѣчалъ. Изъ главныхъ жалобъ больного въ такихъ случаяхъ особенно заслуживаетъ вниманія — появленіе тяжести послѣ пріема пищи и даже боли, но тупой и главное разлитой, а не локализированной. Такія же промыванія мы дѣлаемъ и послѣ окончанія лѣченія висмутомъ [обычно, впрочемъ, это дѣлается въ третьемъ стадіи], такъ какъ опытъ показалъ намъ, что висмутъ можетъ надолго задерживаться въ желудкѣ, и слѣдовательно, мѣшать правильному пищеваренію, препятствуя нормальному отдѣленію соляной кислоты и смѣшиванію послѣдней съ пищей.

Лѣченіе висмутомъ въ первую недѣлю ведется такъ, какъ было сказано выше. На второй недѣлѣ, когда эффектъ отъ такого лѣченія уже рѣзко сказывается, начинается уменьшеніе разовой дозы, но даемъ попрежнему не менѣе двухъ разъ въ день. Съ третьей недѣли назначается обычно разъ въ день передъ обѣденной порціей, и заканчивается пріемами черезъ день-два до полнаго пре-

кращенія субъективныхъ и объективныхъ симптомовъ язвы. Во второмъ стадіи язвы желудка положительный результатъ обычно наблюдается очень скоро, иногда даже въ теченіи одной недѣли больной освобождается отъ всѣхъ своихъ болевыхъ ощущеній. Въ слѣдующемъ стадіи, какъ увидимъ дальше, для достиженія благопріятнаго результата требуется значительно большій срокъ. Вотъ эта то быстрота эффекта отъ лѣченія висмутомъ, въ сравнительно небольшихъ разовыхъ дозахъ по 10,0 на пріемъ и среднихъ суточныхъ до 30,0, и характерна для язвы во второмъ стадіи, такъ же, какъ мы это видѣли для Argentum nitricum въ первомъ стадіи.

Эта разница въ дѣйствіи обоихъ препаратовъ отчасти дѣлается понятной изъ свойствъ самихъ средствъ. Висмутъ легко и очень тѣсно пристаетъ къ углубленнымъ язвамъ и, напротивъ, быстро спадаетъ съ здоровой слизистой оболочки или только поверхностно измѣненной.

Въ первомъ случаѣ висмутъ, попадая въ углубленія, до такой степени плотно внѣдряется въ ткани, что его трудно отмывать струей воды и при движеніяхъ желудка онъ остается на своемъ мѣстѣ.

Въ высшей степени наглядно сказанное можно прослѣдить при изъязвившихся и выпавшихъ геморроидальныхъ шишкахъ, какъ это мы имѣли случай наблюдать на массѣ больныхъ. Висмутъ, присыпаемый на такія шишки, чрезвычайно легко, быстро и плотно пристаетъ къ изъязвленнымъ мѣстамъ, — на экскоріаціяхъ онъ удерживается непрочно, а на здоровой слизистой оболочкѣ еще менѣе того, въ чемъ легко убѣдиться при вправленіи шишекъ и обратномъ выведеніи ихъ изъ кишки.

Совершенно другое мы видимъ при фармацевтическихъ дозахъ отъ Argentum nitricum, которое свое вяжущее свойство одинаково проявляетъ по всей слизистой оболочкѣ, производя совершенно поверхностное дѣйствіе. Блестящій эффектъ отъ Arg. nitric. мы, конечно,

могли бы имѣть въ томъ только случаѣ, если бы могли примѣнить in substantia или въ крѣпкомъ растворѣ. Образовавшійся тогда струпъ, конечно, служилъ бы болѣе прочной защитой, чѣмъ мы имѣемъ то при нашихъ фармацевтическихъ дозахъ, назначаемыхъ внутрь; но и при этомъ условіи всетаки разница въ дѣйствіи едва ли оказалась бы въ пользу Arg. nitric. именно вслѣдствіе того, что струпъ отъ послѣдняго легко могъ бы перевариться отъ желудочнаго сока, тогда какъ порошокъ висмута не подверженъ дѣйствію послѣдняго. Слѣдовательно, онъ болѣе прочно и стойко защищаетъ язву. Если обсыпать слизистую оболочку языка порошкомъ висмута и изслѣдовать чувствительность къ электричеству до и послѣ того, то никакой разницы мы не замѣтимъ. Совсѣмъ другое найдемъ мы, если сдѣлаемъ тоже съ растворомъ серебра: чувствительность несомнѣнно понижается послѣ смазыванія. Въ этомъ опытѣ мы видимъ наглядное объясненіе причины быстраго пониженія чувствительности оболочки послѣ назначенія сильно вяжущаго средства ляписа и отрицательный эффектъ висмута. При существованіи язвъ присыпка висмута напротивъ вызываетъ большій эффектъ, чѣмъ смазываніе растворомъ серебра, какъ это легко видѣть при изъязвившихся геморроидальныхъ шишкахъ.

Изъ сказаннаго такимъ образомъ понятно, почему во второмъ стадіи язвы, когда она проникаетъ въ болѣе глубокіе слои желудка, висмутъ оказываетъ весьма скорую и стойкую пользу, и почему, напротивъ, онъ, не обладая вяжущими свойствами Arg. nitr., мало приноситъ пользы въ первомъ стадіи, когда процессъ ограничивается лишь самыми поверхностными слоями слизистой оболочки желудка. Въ пользу этого объясненія говоритъ и тотъ замѣчательный фактъ, который мы постоянно констатируемъ и въ третьемъ стадіи язвы при леченіи висмутомъ, особенно же при мѣшковидныхъ ея выпячиваніяхъ, когда послѣ излѣченія ихъ мы можемъ вымывать иногда громадныя коли-

чества висмута, очевидно задержанныхъ въ этихъ язвенныхъ дивертикулахъ. Точно также и опыты Mathes дѣлаются понятными только при томъ условіи, что висмутъ такъ плотно защищалъ дефекты слизистой оболочки и такъ долго, что подъ покровомъ его могла образоваться грануляціонная ткань и новый железистый эпителій.

Cramer также говоритъ, что висмуть, повидимому, лучше пристаетъ къ вдавленной, изъязвившейся поверхности, чѣмъ къ здоровой слизистой оболочкѣ желудка.

Имѣя въ виду это свойство висмута, мы пробовали его замѣнить углемъ, какъ совершенно безвреднымъ средствомъ и обладающимъ къ тому же и другими цѣнными свойствами, и также въ большихъ дозахъ, но результатъ получился далеко не въ пользу послѣдняго. Эта разница въ дѣйствіи обоихъ препаратовъ отчетливо проявляется и при присыпкѣ ими геморроидальныхъ шишекъ.

Изъ всѣхъ препаратовъ висмута мы всетаки предпочитаемъ при лѣченіи язвы желудка именно Bismuthum subnitricum. Bismuthum же salicylicum мы назначаемъ особенно охотно при кишечныхъ страданіяхъ, а относительно Bismuthum carbonicum, предложеннаго Boas'омъ, пока не имѣемъ своихъ наблюденій.

Rp. Magisterii Bismuthi 10,0
Dtd. № 10.

S. По одному порошку въ 1/2—1 стаканѣ тепловатой воды за часъ до ѣды, 2—3 раза въ день.

Успокаивающія средства. Очень часто одновременно съ висмутомъ мы назначаемъ и успокаивающія средства. Между ними мы отдаемъ въ послѣдніе годы особенное предпочтеніе ортоформу, нирванину и атропину. Первые два назначаемъ съ цѣлью купированія болей или для предупрежденія появленія ихъ. Даваемыя въ дозѣ отъ 0,5—1,5 на пріемъ, они оказываютъ блестящій эффектъ какъ по быстротѣ дѣйствія, такъ и по своей продолжительности.

Доза въ одинъ граммъ бываетъ часто вполнѣ достаточной для того, чтобы освободить больного отъ болей на цѣлый день и даже на сутки. Ни морфій, ни опій, ни кокаинъ ничего подобнаго, какъ извѣстно, не производятъ въ сравненіи съ ортоформомъ и нирваниномъ: но это дѣйствіе принадлежитъ имъ только въ случаяхъ наличности язвенной поверхности, тогда какъ при цѣлости слизистой оболочки эффектъ отъ нихъ мало замѣтенъ.

Rp. Orthoformii novi 0,5—1,0—1,5.
Dtd. № 10.
S. По порошку отъ 1 до 3 разъ въ день, по мѣрѣ надобности.

Ортоформъ или нирванинъ мы даемъ передъ назначеніемъ пищи за $^1/_2$—$^1/_4$ часа; часто достаточно бываетъ одной дозы въ граммъ на сутки; рѣже 2 грм. Вообще при лѣченіи висмутомъ ортоформъ или нирванинъ примѣняются лишь въ первые дни лѣченія, такъ какъ въ послѣдующее время въ нихъ не бываетъ надобности.

Точно также одновременно съ висмутомъ и ортоформомъ, играющихъ важную роль въ лѣченіи язвы, во второмъ стадіи мы назначаемъ часто и атропинъ, который впрочемъ требуетъ спеціальнаго показанія, именно-наличности натощакъ желудочного сока, появленіе котораго особенно и характерно для II стадія язвы желудка. Атропинъ мы даемъ лишь въ первую недѣлю, такъ какъ вскорѣ переходимъ къ назначенію минеральныхъ водъ, которыя хотя и медленнѣе дѣйствуютъ на секрецію желудочнаго сока, но за то совершенно безвредны. Изъ другихъ наркотическихъ средствъ опій даемъ лишь при существованіи булиміи и обычно вмѣстѣ съ кокаиномъ, какъ въ первомъ стадіи; при кровотеченіяхъ хлоралъ-гидратъ, желатину и антипиринъ. Морфій употребляемъ рѣдко, въ видѣ подкожнаго впрыскиванія, при очень жестокихъ боляхъ, когда не имѣется подъ рукой ортоформа.

Б. Леченіе минеральными водами.

Во второмъ стадіи мы такъ же, какъ и въ первомъ стадіи, во многихъ случаяхъ, именно при большой кислотности, назначаемъ утромъ натощакъ минеральныя воды — Карлсбадъ или Виши. Послѣ даемъ ихъ чаще — до 2—3 разъ въ день, за 1 1/2 часа до ѣды. Больной продолжаетъ пить воды до тѣхъ поръ, пока изслѣдованіе желудочнаго сока не укажетъ на пониженіе его кислотности и прекращеніе hypersecretio и замѣтное паденіе аппетита. Для этого требуется пить минеральную воду въ теченіе времени отъ трехъ до 6 недѣль. Если съ самаго начала, при наблюденіи больного, не констатируется ни hyperaciditas, ни гиперсекреціи, ни булиміи и нѣтъ вообще усиленнаго возбужденія аппетитнаго центра, то минеральной воды какъ и атропина мы совсѣмъ не назначаемъ, а ограничиваемся лишь діэтой и висмутомъ, съ прибавкой, смотря цо показаніямъ, ортоформа, нирванина и т. д. Вообще мы назначаемъ минеральныя воды при язвѣ желудка лишь при наличности *большой кислотности*, тогда какъ атропинъ при рѣзко выраженной hypersecretio. Такъ какъ во II стадіи язвы то и другое составляютъ характерную особенность ея, то, понятно, почему здѣсь мы должны прибѣгать къ обоимъ средствамъ — и къ минеральнымъ водамъ и къ атропину, помимо прикрытія язвы присыпкой висмута, для уменьшенія ея разъѣданія непомѣрно кислымъ желудочнымъ сокомъ и къ тому же выдѣляемымъ въ большомъ количествѣ даже и натощакъ. Если же существуетъ пониженное противъ нормы выдѣленіе соляной кислоты и одновременно съ этимъ явленія гастрита второй стадіи, то мы прибѣгаемъ къ содѣйствію даже щелочно-соляныхъ водъ, какъ напр.: Эмса, Эссентуковъ № 4 (грифонная струя) и т. д. Во второмъ стадіи точно также приходится назначать щелочныя воды и во время пищеваренія, разъ существуетъ рѣзко выраженная hyperaciditas и сильныя боли.

При ясно выраженной анеміи мы, вопреки многимъ, совсѣмъ не назначаемъ желѣзистыхъ водъ — Franzensbad, Pyrmont и т. д., такъ какъ давно отмѣтили, согласно съ Boas'омъ и Jaworsky, что такія воды нехорошо вообще переносятся язвенными больными и даже ухудшаютъ болѣзнь.

Можно ли язвенныхъ больныхъ посылать на курорты? Мы лично противъ этого, но случайно имѣли возможность на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ наблюдать больныхъ изъ 2-го стадія; всѣ случаи поправились отъ Эссентуксой воды внутрь и одновременнаго пріема щелочно-соляныхъ ваннъ.

Ни кумыса, ни кэфира мы также не разрѣшаемъ во второмъ стадіи, какъ и въ первомъ до тѣхъ поръ, пока существуютъ ясные признаки, указывающіе на существованіе язвы. Но въ старыхъ, рубцующихся язвахъ, съ калезными краями и утолщеннымъ дномъ, при уменьшенномъ аппетитѣ и при значительномъ пониженіи соляной кислоты, мы не препятствуемъ назначенію кэфира, отъ котораго Ѳедоровъ получалъ хорошій эффектъ.

Въ случаяхъ хроническихъ и долго затянувшихся, когда есть указаніе на калезный характеръ язвы, мы кромѣ назначенія внутрь щелочно-соляныхъ водъ рекомендуемъ и теплыя продолжительныя ванны съ морской солью или щелочно-соляныя, а мѣстно кромѣ того припарки или согрѣвающіе компрессы. То и другое способствуетъ заживленію язвы, улучшая кровообращеніе. Грязевыхъ ваннъ въ этомъ стадіи мы не назначаемъ.

На большую пользу отъ лѣченія продолжительными ваннами мы видимъ указаніе еще у Cruveilhier и Rokitansky.

Первый назначалъ ванны изъ молока, бульона, животной студени и въ нихъ больные должны были оставаться впродолженіе 2—3—4 часовъ.

По мнѣнію Cruveilhier одна такая ванна приноситъ несравненно больше пользы, нежели 3—4 ванны, каждая

по одному часу. Онъ даже совѣтуетъ въ ваннѣ принимать пищу и ожидать въ ней окончанія пищеваренія.

Въ упорныхъ случаяхъ язвъ общія теплыя ванны по Якшу также оказываютъ хорошее дѣйствіе, даже и въ томъ случаѣ, когда больные остаются въ водѣ меньше 2—4 часовъ, какъ это совѣтуетъ Cruveilhier. Намъ кажется, что если можно говорить о посылкѣ язвенныхъ больныхъ на курорты, то именно съ такими торпидными формами, но ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ разрѣшать этого въ свѣжихъ случаяхъ и тѣмъ болѣе въ быстропротекающихъ, какъ это мы видимъ особенно у молодыхъ, малокровныхъ женщинъ, хлоротичныхъ дѣвушекъ, особенно при потерѣ ими menstrua.

Съ цѣлью улучшенія состава крови мы не пользуемъ своихъ больныхъ и желѣзными препаратами, а замѣняемъ ихъ или салоломъ или подкожными впрыскиваніями мышьяка. Оба средства даютъ, можно сказать, во многихъ случаяхъ прямо блестящіе результаты.

При упадкѣ общаго питанія, худобѣ и анэміи, мы начинаемъ съ мышьяка, а при удовлетворительной жировой подкладкѣ и плохомъ состояніи кишечника, съ явленіями броженія въ немъ, обычно съ салола.

Мышьякъ выписываемъ по формулѣ:

Rp. Natrii arsenicici 0,15—0,2.
1/4 % Sol. acidi carbol. cryst. 15,0.
DS. Для подкожнаго впрыскиванія, по 1/4—1 шприцу (проф. Голубевъ).

Этотъ препаратъ для подкожныхъ впрыскиваній превосходитъ Solut. Arsenicalis Fowleri тѣмъ, что при немъ исключается всякая болѣзненность, образованіе затверденій и воспалительная реакція на мѣстѣ инъекцій.

Омовеніе кожи сѣрнымъ эфиромъ, конечно, еще болѣе способствуетъ обезболиванію при впрыскиваніи мышьяковаго

раствора. Слѣдуетъ обращать вниманіе и на то, чтобы иглы были самыя тонкія и превосходно отточены. Послѣ впрыскиванія не нужно растирать или массировать мѣсто укола. Вначалѣ дѣлаемъ впрыскиванія по 1/4 шприца, а затѣмъ, постепенно увеличивая дозу, доходимъ даже до двухъ шприцевъ въ день, смотря по индивидуальности.

Съ полученіемъ положительнаго улучшенія впрыскиванія дѣлаемъ черезъ день, а затѣмъ, мало по малу убавляя дозу, и совсѣмъ прекращаемъ. На одинъ курсъ мы больше 25—30 впрыскиваній обычно не дѣлаемъ, кромѣ такихъ случаевъ, какъ напр. при риносклеромѣ гортани, гдѣ подрядъ у одного больного дѣлали до 60 впрыскиваній, не замѣчая никакихъ дурныхъ послѣдствій, а, напротивъ, могли констатировать при этомъ поразительный эффектъ. Тоже при леченіи саркомъ и лимфосаркомъ.

Салолъ выписываемъ по формулѣ:

Rp. Saloli 1,5—1,0
Dtd. № 10.

S. По порошку отъ 2 до 3 разъ въ день во время ѣды.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, даже при злокачественной анэміи, а тѣмъ болѣе у простыхъ анэмичныхъ и хлоротичныхъ мы получали настолько быстрое и положительное улучшеніе въ составѣ крови и общемъ состояніи организма, что въ послѣдніе годы отдаемъ ему полное предпочтеніе передъ желѣзными препаратами, не исключая яичныхъ желтковъ, ферратина и т. п. Мы тѣмъ болѣе охотно обращаемся именно къ салолу, что находимъ назначеніе желѣзныхъ препаратовъ при язвѣ желудка и вскорѣ послѣ заживленія ея прямо противопоказаннымъ, до такой степени они вредно дѣйствуютъ въ подобныхъ случаяхъ (Boas, Яворскій).

Противъ рвотъ рѣдко прибѣгаемъ къ спеціальнымъ средствамъ, такъ какъ при вышеуказанномъ діэто-гигіеническомъ леченіи и фармацевтическомъ онѣ обычно скоро

проходятъ. Въ крайнемъ случаѣ, если и прекращеніе введенія пищи per os не останавливаетъ ихъ, то назначаемъ тѣ же средства, которыя были указаны при терапіи перваго стадія.

При кровотеченіяхъ первое условіе — покой, лишеніе пищи per os, ледъ на подложечную область и питаніе клистирами. Изъ фармацевтическихъ средствъ мы лично, на основаніи своихъ многочисленныхъ клиническихъ наблюденій, отдаемъ предпочтеніе передъ всѣми средствами хлоралъгидрату въ дозахъ, какъ объ этомъ было сказано при терапіи перваго стадія, и притомъ почти исключительно назначаемъ его въ видѣ клизмъ. Рѣже обращаемся къ помощи антипирина и скипидарнаго масла. Послѣднее мы назначаемъ обычно или какъ ultimum refugium, или при долго продолжающихся кровотеченіяхъ. Средство это старое, горячо рекомендованное особенно англичанами, еще Hunter'омъ, а затѣмъ Budd'омъ, Graves'омъ и Billroth'омъ въ Германіи. По нашимъ наблюденіямъ оно вполнѣ оправдываетъ репутацію одного изъ лучшихъ кровоостанавливающихъ средствъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мы прибѣгаемъ съ пользою и къ желатинѣ въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній.

Rp. Ol. Terebinth. 15,0.

DS. Отъ 10 до 20 капель черезъ 2 часа.

Или: Rp. Ol. Terebinth.
Spirit. vini $\frac{7}{aa}$ 5,0
Acidi sulfurici dil. 10,0

MDS. Черезъ часъ по 40 капель, 4 раза въ день.

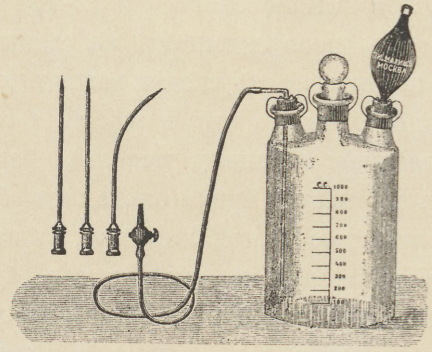
Rp. Solut. Gelatinae (1 % до 5 %) 200,0

DS. Для подкожнаго впрыскиванія.

Меньшимъ вниманіемъ съ нашей стороны пользуются другія средства, рекомендованныя противъ кровотеченій: Secale cornutum, Digitalis, Hydrastis canad. Gossypium и т. д.

Отъ первыхъ трехъ, особенно въ комбинаціи ихъ вмѣстѣ, мы видѣли блестящіе результаты при маточныхъ кровоте-

ченіяхъ, въ атонической маткѣ, и напротивъ неясный результатъ при язвѣ. Если, несмотря на всѣ вышеуказанныя мѣры и средства, кровотеченіе всетаки продолжается, и вмѣстѣ съ тѣмъ обнаруживаются явленія малокровія мозга и нитевидный пульсъ, то необходимо приступить къ подкожному введенію физіологическаго раствора поваренной соли (0,6%). Послѣднее дѣлается посредствомъ чрезвычайно простого прибора, которымъ мы весьма часто пользуемся въ клиникѣ при самыхъ разнообразныхъ случаяхъ — съ цѣлью промыванія организма, напр. у тяжелыхъ инфекціонныхъ — тифозныхъ, скарлатинозныхъ, и т. д., у нефритиковъ, съ цѣлью поднятія упавшей дѣятельности сердца и т. д.



Вливанія дѣлаемъ, смотря по положенію больного, или въ складку кожи подъ угломъ лопатки, или въ паху. Въ одинъ пріемъ съ помощью этого прибора легко вводится отъ 300 до 500 граммъ раствора. Въ случаѣ нужды можно повторить вливаніе еще той же дозы въ тѣ же мѣста, но съ другой стороны. Такія вливанія, смотря по случаю, мы иногда доводили до двухъ-трехъ литровъ въ день. Этотъ способъ введенія подъ кожу жидкости до такой степени простъ, что имъ слѣдуетъ всегда пользоваться въ тяжелыхъ случаяхъ кровотеченія, тѣмъ болѣе, что имъ можетъ въ крайнемъ случаѣ манипулировать даже сидѣлка и самъ больной.

Если однако и при этомъ способѣ кровотеченіе не останавливается и является опасность за exitus, то необходимо обращаться къ хирургической помощи, которая въ нѣкоторыхъ случаяхъ, Dieulafoy, дала блестящій эффектъ. Вырѣзываніе всей язвы, дававшей поводъ къ кровотеченіямъ, съ успѣхомъ было произведено впервые Rydygier'омъ, затѣмъ Billroth'омъ и Kleef'омъ въ періодѣ, свободномъ отъ кровотеченій. Въ виду такихъ случаевъ и выступаетъ на сцену необходимость и громадная важность точнѣе опредѣлять мѣстоположеніе язвы въ каждомъ данномъ случаѣ, такъ какъ само собою понятно, что быстрота хирургической помощи главнымъ образомъ зависитъ отъ знанія этого послѣдняго обстоятельства.

Хирургическое вмѣшательсто во 2-мъ стадіи можетъ понадобиться и въ послѣдующемъ за заживленіемъ язвы періодѣ, когда вслѣдствіе съуженія partis pyloricae, конечно, при существованіи язвы въ этомъ мѣстѣ, развивается мало по малу выступающая на сцену тяжелая форма экстазіи желудка. Если въ первое время очевидное облегченіе больному и приносятъ промыванія желудка, а затѣмъ и большія клизмы, назначаемыя по нашему способу т. е. черезъ $2^1/_2$—$3^1/_2$ послѣ принятія пищи, то въ дальнѣйшемъ теченіи, при очень сильномъ съуженіи привратника, отъ этого уже нельзя ожидать особенной пользы. Въ такихъ то случаяхъ лучше всего заблаговременно прибѣгнуть къ хирургической помощи. Послѣдняя со времени предложеннаго Loreta'ю способа механическаго расширенія привратника двумя пальцами, введенными черезъ разрѣзъ желудочной стѣнки, и дававшая смертность въ 40%, по Barton'у, въ наше время при новомъ способѣ Heineke-Mikulicz'a дала возможность понизить послѣднюю почти до 20%, по Köhler'у и Löbker'у. Въ этомъ послѣднемъ способѣ расширеніе съуженнаго прохода достигается тѣмъ, что стриктура расщепляется продольно и сшивается поперечно, что и составляетъ сущность такъ называемой операціи пило-

ропластики. Точно также при доброкачественномъ стенозѣ нерѣдко прибѣгаютъ и къ гастро-энтеростоміи, впервые произведенной Wölfler'омъ въ 1881 г. и получившей въ послѣдніе годы широкое распространеніе. Но вообще нужно замѣтить, что хирургическая помощь послѣ зарубцеванія язвы наичаще примѣняется въ послѣдующемъ за 3-мъ стадіемъ язвы періодѣ, чѣмъ здѣсь.

Послѣдовательное лѣченіе. Язва желудка во второмъ стадіи встрѣчается въ практикѣ чаще всѣхъ видовъ ея, поэтому и результатъ терапевтическаго вмѣшательства намъ наиболѣе извѣстенъ. Вообще можно сказать, что успѣхъ послѣдняго при своевременномъ обращеніи больного къ врачу въ большей части случаевъ бываетъ положительный (Leube, у насъ и др.). У Leube смертность отъ язвы опустилась до 2%, у насъ до 5%.

Такъ какъ изъ многихъ наблюденій извѣстно, что рецидивы этой болѣзни представляютъ весьма нерѣдкое явленіе, то больному необходимо дать самый подробный совѣтъ относительно гигіены и діэты и назначить такъ называемое „послѣдовательное лѣченіе".

Больные должны быть прежде всего осторожны въ отношеніи физическаго труда, соблюдать вообще спокойную жизнь и избѣгать всякаго рода насилій и травмъ въ подложечную область.

Въ отношеніи выбора пищи слѣдуетъ руководиться тѣми же правилами, которыя были нами подробно указаны при лѣченіи хроническаго гастрита — gastritis acida (См. наше „Леченіе хроническаго гастрита"), гдѣ подробно разъяснено и значеніе разныхъ видовъ пищи по отношенію къ выдѣленію желудочнаго сока. Вообще же пищу не слѣдуетъ принимать ни слишкомъ холодной, ни тѣмъ болѣе горячей. Необходимо избѣгать злоупотребленія вообще крахмалистой пищей, — картофеля, хлѣба, мучныхъ блюдъ, — а также и всѣхъ сильныхъ сокогонныхъ пищевыхъ веществъ, изъ которыхъ

на первомъ планѣ стоятъ желтки, капуста, икра, сыры, сардинки, говяжій бульонъ, колбаса и мясо, — изъ напитковъ особенно вино богатое алкоголемъ. Напротивъ, молоко и молочные продукты, особенно сливки и масло, растительная пища, кромѣ картофеля и капусты, супы изъ легуминозы, всѣ сорта свѣжей рыбы, кромѣ копченой и балыка, а равно и бѣлое мясо, преимущественно молодое и богатое студенистыми веществами — телятина, телячьи ножки, заливныя блюда изъ головки телячьей и т. д., — могутъ быть вполнѣ разрѣшены и рекомендованы на первомъ планѣ. Вообще пища должна быть смѣшанная и правильно составленная въ своихъ составныхъ частяхъ, особенно же слѣдить за достаточнымъ подвозомъ бѣлка и жира и не злоупотреблять крахмаломъ.

Для утоленія жажды лучше всего слабыя щелочныя воды, но вообще вводить жидкость во время пищеваренія въ небольшимъ количествѣ.

Ни фруктоваго, ни ягоднаго, ни виноградnаго, ни кумыснаго лѣченія въ видѣ такъ называемаго Nachkur лучше не назначать въ силу ихъ въ высокой степени возбуждающаго аппетитъ дѣйствія.

За то лѣченіе минеральными водами въ послѣдовательномъ періодѣ весьма важно. Что касается выбора ихъ, то слѣдуетъ въ этомъ случаѣ вполнѣ держаться тѣхъ правилъ, которыя нами указаны въ терапіи хроническаго гастрита.

Считаемъ необходимымъ предупредить только относительно водъ, содержащихъ желѣзо, назначеніе которыхъ мы избѣгаемъ, согласно съ Boas'омъ и Яворскимъ, въ силу вреднаго ихъ дѣйствія на перенесшихъ язву желудка. Одновременно съ питьемъ минеральной воды мы назначаемъ ванны изъ морской воды, щелочныя, щелочно-соляныя, сѣрно-щелочныя и даже грязевыя, смотря по конституціи больного и вообще индивидуальности.

Больной, окончивъ это послѣдовательное лѣченіе, долженъ и послѣ того строго соблюдать вышеприведенный режимъ, гигіену и діету.

ГЛАВА IX.

Лѣченіе ТРЕТЬЯГО стадія язвы желудка.

А. Фармацевтическое леченіе.

При назначеніи терапіи въ третьемъ стадіи необходимо прежде всего обращать вниманіе на то, свѣжій ли случай или хроническій, долго тянувшійся. Первый внушаетъ, такъ сказать, ежеминутно опасность за прободеніе желудка, тогда какъ второй поражаетъ, напротивъ, своимъ упорствомъ и стойкостью не поддаваться терапевтическимъ мѣропріятіямъ.

Въ свѣжихъ случаяхъ язвы, въ виду раздраженія брюшины, острыхъ и колющихъ болей, нестойкой температуры, съ нерѣдкой наклонностью къ повышенію, частыхъ рвотъ и въ виду возможности кровотеченій, больной долженъ быть прежде всего подвергнутъ самому строгому постельному содержанію. Больной сохраняетъ полный покой и не встаетъ съ постели даже на судно, или для выпусканія мочи. Въ тоже время на подложечную область кладется пузырь со снѣгомъ или со льдомъ черезъ салфетку и удерживается въ теченіе цѣлаго дня. Больной лишается подвоза пищи per os и все питаніе должно ограничиваться исключительно питательными клистирами до тѣхъ поръ, пока не пройдутъ острыя явленія. Чрезвычайно важна въ этомъ случаѣ прибавка опія въ той или другой формѣ, такъ какъ этимъ путемъ достигается кромѣ желаемыхъ явленій для клизмы, успокоеніе болей въ подложечной области и рвотныхъ движеній, а равно уменьшается опасность появленія кровотеченій.

Въ хроническихъ, затянувшихся случаяхъ, при мѣшковидныхъ выпячиваніяхъ или при сращеніяхъ желудка съ сосѣдними органами, когда опасность за прободеніе желудка исчезаетъ, мы назначаемъ днемъ постоянныя припарки на подложечную область или грязевыя лепешки, а на ночь согрѣвающіе компрессы. Въ этомъ же случаѣ назначаемъ и продолжительныя теплыя соляно-щелочныя или изъ морской соли ванны.

Кормленіе также начинается съ питательныхъ клистировъ, затѣмъ переходимъ на абсолютное молочное лѣченіе или, при невозможности провести его, вообще на жидкую пищу. Къ питательнымъ клизмамъ въ третьемъ стадіи обычно приходится прибѣгать не одинъ разъ, а 2—3 и даже 4 раза. Комбинируя такимъ образомъ питаніе больныхъ, мы вмѣстѣ съ тѣмъ и скорѣе достигаемъ заживленія язвы. Такое поперемѣнное питаніе per os и per rectum въ третьемъ стадіи необходимо дѣлать и въ видахъ того, чтобы предупредить развитіе и образованіе стойкихъ сращеній желудка съ сосѣдними органами. Если при этомъ существуетъ гиперсекреція желудка, какъ это нерѣдко на самомъ дѣлѣ и бываетъ, то мы охотно прибѣгаемъ къ слабощелочнымъ промываніямъ желудка по утрамъ, 2—3 раза въ недѣлю. Этимъ способомъ достигается не только облегченіе отъ появляющихся натощакъ болей и освобожденіе желудка отъ застоя пищи, но и образованіе и даже уничтоженіе сращеній съ сосѣдними органами. Если такія промыванія желудка вмѣсто успокоенія субъективныхъ ощущеній вызываютъ даже ухудшеніе ихъ, то нужно думать о болѣе стойкихъ соединительно — тканныхъ образованіяхъ, а, слѣдовательно, и о болѣе радикальномъ пособіи т. е. о хирургической помощи (Landerer, Rosenheim).

Вообще же въ періоды обостренія болей и раздраженія брюшины мы назначаемъ только питательныя клизмы, а въ періоды затишья сажаемъ больного на абсолютное молочное питаніе, или вообще на жидкую пищу и дѣла-

емъ промыванія желудка и т. д. Въ первомъ случаѣ, мы, благодаря лишенію пищи, достигаемъ полнаго покоя желудка, тогда какъ во второмъ вызываемъ напротивъ болѣе или менѣе сильныя въ немъ перистальтическія движенія, наступающія вслѣдъ за пріемами пищи и промываніями. Съ цѣлью предупрежденія сращеній полезно дѣлать и систематическія вдуванія воздуха въ желудокъ по Frerichs'у. Конечно, форсированныхъ манипуляцій слѣдуетъ избѣгать.

Въ свѣжихъ случаяхъ мы не назначаемъ внутрь и минеральныхъ водъ, но за то очень часто прибѣгаемъ къ успокаивающимъ средствамъ, вяжущимъ и защищающимъ. Изъ успокаивающихъ средствъ, смотря по случаю, назначаемъ или ортоформъ и опійные препараты, кокаинъ, хлоралъ-гитдратъ, бромиды или особенно атропинъ, ляписъ, а чаще всего висмутъ.

При разсмотрѣніи терапіи втораго стадія язвы желудка мы подробно изложили показанія для назначенія всѣхъ этихъ средствъ, а равно и представили наиболѣе часто употребляемыя формулы для прописыванія ихъ, вслѣдствіе чего здѣсь и не будемъ болѣе детально останавливаться на нихъ. Замѣтимъ только, что въ третьемъ стадіи изъ всѣхъ перечисленныхъ средствъ особенно висмутъ и ортоформъ играютъ важную роль въ лѣченіи, и потому то здѣсь мы чрезвычайно часто и прибѣгаемъ къ нимъ. Успокоить страшныя грызущія боли, — не дающія больному ни днемъ, ни ночью покоя и возникающія вслѣдствіе разъѣданія желудочнымъ сокомъ язвенной поверхности, — необходимо нетолько въ видахъ облегченія больного отъ этихъ страданій, но и особенно въ цѣляхъ предупрежденія перфораціи желудка. Вслѣдствіе этого безъ ортоформа, опія и атропина такихъ больныхъ оставлять нельзя, и мы именно въ этомъ-то случаѣ особенно часто пользуемся ими и вообще даемъ тѣмъ чаще, чѣмъ больше видимъ угрожающія явленія и со стороны желудка и со стороны брюшины. Опій здѣсь

именно цѣненъ въ томъ отношеніи, что онъ дѣйствуетъ на головной мозгъ и понижаетъ возбужденіе аппетитнаго центра, препятствуя тѣмъ самымъ отдѣленію такъ называемаго психическаго сока, обладающаго, какъ извѣстно, сильной переваривающей способностью. Въ существованіи послѣдняго мы на основаніи своихъ клиническихъ изслѣдованій убѣдились самымъ положительнымъ образомъ.

Атропинъ помогаетъ дѣйствію опія въ томъ же направленіи, но проявляетъ свое задерживающее дѣйствіе на периферическій секреторный аппаратъ желудка (Riegel).

Прибавка кокаина и хлоралъ-гидрата къ опію усиливаетъ его дѣйствіе, а прибавка ляписа, особенно въ растворѣ, къ атропину или extr. Belladonae повышаетъ энергію послѣдняго.

Но самое драгоцѣнное и незамѣнимое средство при лѣченіи третьяго стадія язвы желудка всетаки составляетъ, по нашимъ наблюденіямъ, висмутъ, даваемый въ громадныхъ дозахъ. Поэтому на немъ мы считаемъ необходимымъ остановиться дольше.

Мы уже раньше сказали, что многіе врачи отрицательный результатъ отъ висмута при заболѣваніяхъ объясняли именно назначеніемъ его въ слишкомъ малыхъ дозахъ. Проф. Monneret, основываясъ на многочисленныхъ фактахъ, говоритъ, что дозы Magist. Bismuthi до 4,0 ни только не могутъ причинить никакого вреда, но что они остаются недѣйствительными почти во всѣхъ болѣзняхъ, противъ которыхъ употребляютъ этотъ препаратъ. Долгое время Monneret давалъ отъ 1,0 до 6,0 висмута въ страданіяхъ желудочно-кишечнаго тракта, но это не излѣчивало и не облегчало больныхъ. Все дѣло пошло успѣшно, когда тоже лѣкарство было назначено по чайной ложкѣ 3—4 и до 6 разъ въ день, т. е. отъ 30,0 и до 80,0 грм. въ сутки. Monneret хвалитъ дѣйствіе висмута при простыхъ

поносахъ, припадочныхъ — отъ поврежденія кишекъ, холеринѣ, при боляхъ желудка и рвотѣ. Онъ назначалъ порошокъ висмута принимать въ ложкѣ бульона, или отвара овощей, или съ другой жидкостью, или же просто въ облаткахъ. Отъ дозы висмута менѣе 8,0—10,0 нельзя ожидать пользы; обычно нужно для этого 50,0—60,0 и даже до 80,0. Въ виду того, что Monneret никогда не замѣчалъ отъ висмута никакого вреднаго дѣйствія, а къ тому же препаратъ совершенно нерастворимъ и не имѣетъ запаха, онъ сталъ назначать его даже столовыми ложками. Паралль, провѣряя на себѣ дѣйствіе висмута по 15,0—30,0 на пріемъ, также убѣдился въ нерастворимости и безвредности magist. Bismuthi. Отъ употребленія висмута, какъ извѣстно, испражненія получаютъ черный цвѣтъ или вѣрнѣе цвѣтъ мышьяка, въ виду этого и слѣдуетъ предупреждать больныхъ, чтобы они не безпокоились на этотъ счетъ. Monneret говоритъ, что висмутъ, по его мнѣнію, дѣйствуетъ чисто механически — такъ, какъ дѣйствовалъ бы угольный порошокъ; прилипая въ желудкѣ къ раневой поверхности, онъ защищаетъ ее отъ непосредственнаго соприкосновенія съ пищевыми веществами и образуетъ такъ сказать защитительный покровъ для слизистой оболочки. Русскіе врачи, изъ нихъ Бальбіани еще въ 49 г., провѣрявшіе наблюденія Monneret, также убѣдились какъ въ пользѣ висмута въ большихъ пріемахъ, такъ и въ полной его безвредности.

Имѣя въ виду затѣмъ вышеприведенныя указанія Bonnemaison, Dujardin-Beaumetz'a, Fleiner'a, Cramer'a и другихъ, мы также, по примѣру Monneret, стали назначать въ третьемъ стадіи язвы желудка громадныя дозы висмута т. е., проще сказать, дессертными ложками и столовыми.

Въ результатѣ отъ назначенія такихъ дозъ мы прежде всего замѣтили то, что больные въ этомъ стадіи стали чаще и скорѣе поправляться и показанія для хирургическаго вмѣшательства стали все болѣе и болѣе ограничиваться. Въ первые же годы нашей дѣятельности въ Юрь-

евѣ, когда мы не прибѣгали къ такимъ героическимъ дозамъ, лѣченіе этого стадія язвы давало намъ болѣе ограниченные результаты.

Но нѣсколько уже лѣтъ тому назадъ мы радикально измѣнили свой взглядъ на это дѣло. На причину такой замѣны прежней нашей терапіи язвы небольшими дозами висмута громадными послужилъ намъ особенно одинъ замѣчательный случай, наблюдавшійся въ нашей клиникѣ.

Больной, поступившій въ клинику съ язвой желудка на задней поверхности его и въ третьемъ стадіи, несмотря на продолжительное лѣченіе висмутомъ въ дозахъ не свыше 4,0—6,0 въ сутки, и другими средствами, тѣмъ не менѣе не переставалъ жестоко мучиться отъ страшныхъ болей. Въ виду этого мы, попрежнему нашему взгляду на подобнаго рода случаи, настойчиво предлагали больному подвергнуться операціи, отъ которой онъ однако упорно отказывался. Не имѣя въ то время въ своемъ распоряженіи ортоформа, мы и прибѣгли къ назначенію висмута прямо столовыми ложками по 2—3—4 раза въ день, смотря по силѣ болей. Результатъ такой терапіи не заставилъ долго себя ждать и былъ настолько поразителенъ, что объ операціи послѣ того не могло быть и рѣчи. Но больной, освободившійся въ теченіи двухъ — трехъ недѣль отъ своего стараго заболѣванія, сталъ вмѣсто того представлять картину быстро развивающагося расширенія желудка. Такъ какъ причина послѣдняго для насъ была совершенно ясна, то мы снова стали предлагать больному подвергнуться операціи, отъ которой онъ также отказался и выписался изъ клиники. По возвращеніи въ Псковъ его состояніе настолько ухудшилось, что онъ поступилъ въ губернскую больницу, гдѣ вскорѣ и скончался. Полученный при аутопсіи желудокъ оттуда былъ присланъ намъ; при осмотрѣ его мы наглядно могли убѣдиться какъ въ существованіи большаго, почти величиной съ яйцо, дивертикула, такъ и въ послѣ-

довавшемъ уже зарубцеваніи его стѣнокъ. Быстро развившееся расширеніе желудка находило себѣ объясненіе въ мѣстѣ рубцевой ткани у самаго привратника. Видя передъ собой такую громадную полость, стѣнки которой были сплошь покрыты рубцевой тканью, намъ, конечно, нельзя было сомнѣваться въ возможности достигать заживленія язвенныхъ мѣшковидныхъ выпячиваній одними теравпетическими средствами. Послѣ этого случая мы и стали въ третьемъ стадіи язвы желудка, особенно при подозрѣніи на существованіе фистулезныхъ ходовъ и мѣшковидныхъ выпячиваній, пользоваться только громадными дозами висмута.

Чѣмъ больше имѣется въ нашихъ рукахъ данныхъ для того, чтобы признать существованіе язвенной полости, тѣмъ энергичнѣе мы поступаемъ съ назначеніемъ висмута.

Въ прошломъ семестрѣ мы имѣли новый случай видѣть блестящій результатъ отъ такой терапіи у одной эстонки, у которой былъ признанъ нами подобный язвенный дивертикулъ на задней поверхности желудка. У этой больной давнія, жестокія, грызущія боли, преимущественно въ спинѣ и крестцѣ, существовавшія и натощакъ и усиливавшіяся лишь незначительно послѣ пріема пищи, а иногда даже и облегчавшіяся, дней черезъ десять послѣ терапіи громадными дозами висмута настолько уменьшились, что мы сочли возможнымъ прибѣгнуть къ промываніямъ желудка и при этомъ убѣдиться въ слѣдующемъ интересномъ фактѣ.

Намъ пришлось ввести воды не менѣе ведра, до такой степени велико было количество задержаннаго въ желудкѣ висмута и притомъ не измѣненнаго, но гдѣ? Конечно, только при условіи накопленія и внѣдреніи его въ язвенную поверхность какого-либо дивертикула, въ противномъ случаѣ висмутъ такъже, какъ и въ нормальномъ состояніи, болѣе или менѣе быстро, но всетаки цѣликомъ, перешелъ бы въ кишки и обнаружилъ бы себя чрезвычайно

обильнымъ и характернымъ цвѣтомъ стула. Ничего подобнаго мы никогда не замѣчали при гастритахъ, даже съ рѣзко выраженнымъ расширеніемъ желудка и при язвѣ во второмъ стадіи, а потому полагаемъ, что наше приведенное объясненіе относительно задержки висмута при язвенныхъ выпячиваніяхъ и въ полостяхъ желудка и накопленіи висмута тамъ, даетъ намъ возможность ближе понять тотъ блестящій результатъ, который былъ полученъ у этой больной послѣ лѣченія висмутомъ и обратнаго его выведенія промываніемъ. Больная, неполучавшая облегченія отъ щелочей и argentum nitricum, ни только освободилась послѣ героическихъ дозъ висмута отъ всѣхъ своихъ болей, рвотъ и. т. д., но и отлично переваривала назначаемую ей пищу во все время дальнѣйшаго пребыванія въ клиникѣ, которое случайно затянулось на цѣлый мѣсяцъ, вслѣдствіе лишь добровольнаго съ ея стороны согласія ухаживать за своей молодой сосѣдкой, также страдавшей язвой желудка, но въ быстропротекавшей формѣ. У послѣдней вслѣдствіе перфораціи желудка образовался abscessus subphrenicus (сухой плевритъ, сращеніе діафрагмы съ нижней поверхностью лѣваго легкаго, прободеніе діафрагмы и вскрытіе абсцесса въ бронхъ, такъ что больная съ мокротой выдѣляла и молоко, которымъ она питалась). Благодаря послѣдней больной мы, такимъ образомъ, снова имѣли возможность убѣдиться на первой въ стойкости излѣченія язвы послѣ висмута, быстро наступившаго послѣ примѣненія его столовыми ложками, отъ двухъ до трехъ разъ въ день. Для насъ несомнѣнно также и то, что висмутъ изъ такихъ язвенныхъ выпячиваній по мѣрѣ развитія въ нихъ рубцевой ткани мало по мало отторгается и переходитъ въ кишечникъ, или можетъ быть вымытъ при промываніи желудка.

Цѣлый рядъ случаевъ, наблюдавшихся нами за послѣдніе годы, окончательно привелъ насъ къ тому убѣжденію, что язву желудка въ третьемъ стадіи, даже при существованіи большихъ мѣшковидныхъ образованій т. е.

безъ прободенія стѣнокъ желудка и при отсутствіи абсцессовъ, можно излѣчить одними терапевтическими средствами, и между послѣдними на первомъ мѣстѣ долженъ быть поставленъ висмутъ, а затѣмъ ортоформъ.

Лѣченію висмутомъ мы приписываемъ и тотъ отмѣченный нами за послѣдніе годы фактъ, что кровотеченія у язвенныхъ у насъ въ клиникѣ стали рѣже наблюдаться, чѣмъ прежде. Очевидно, висмутъ, покрывая болѣе или менѣе толстымъ слоемъ язвенную поверхность, тѣмъ самымъ защищаетъ отъ разъѣданія и сосуды, пробѣгающіе по послѣдней, и служитъ, слѣдовательно, лучшимъ профилактическимъ средствомъ противъ кровотеченій. Ничего подобнаго, конечно, нельзя ожидать ни отъ внутреннихъ пріемовъ ляписа, ни отъ промываній желудка растворомъ его, ни отъ среднихъ, а тѣмъ болѣе отъ малыхъ дозъ висмута. Въ виду этого въ послѣднее время мы почти совершенно отказались отъ примѣненія ляписа при третьемъ стадіи язвы желудка, не только въ видѣ пилюль, раствора, но и промываній черезъ зондъ, такъ какъ на многихъ больныхъ убѣдились, насколько онъ приноситъ существенную пользу въ первыхъ двухъ стадіяхъ, при поверхностныхъ изъязвленіяхъ, настолько же сомнительны результаты отъ него въ послѣднемъ, при болѣе глубокихъ и особенно мѣшковидныхъ выпячиваніяхъ. Въ послѣднемъ случаѣ, какъ само собою понятно, можетъ случиться даже и такъ, что принятый ляписъ внутрь перейдетъ въ кишечникъ, и не коснется пораженнаго мѣста, особенно, если послѣднее расположено, какъ это чаще всего и бываетъ, на задне-верхней поверхности.

Слѣдуетъ замѣтить, что мы при назначеніи ляписа внутрь и въ первыхъ двухъ стадіяхъ держимся того же правила, какъ и при висмутѣ, т. е. даемъ больному соотвѣтствующее положеніе, что, какъ выше было сказано, въ большинствѣ случаевъ язвы возможно.

Такимъ образомъ наша главнѣйшая терапія язвы въ третьемъ стадіи въ настоящее время преимущественно ограничивается діэтетическимъ режимомъ, висмутомъ и ортоформомъ.

Б. Леченіе минеральными водами.

Что касается свѣжихъ случаевъ язвы, то при нихъ мы почти не назначаемъ минеральныхъ водъ. Въ старыхъ, хронически протекающихъ также приходится обращаться къ нимъ не часто, такъ какъ обычныя явленія перекисленія въ третьемъ стадіи отходятъ болѣе на задній планъ, а констатируется скорѣе гиперсекреція безъ hyperaciditas. Это обстоятельство, а равно и общій упадокъ питанія и силъ больного и служитъ причиной того, что мы вообще здѣсь рѣже пользуемся минеральными водами. Когда же наблюдается большой аппетитъ у больного, hyperaciditas, сохранившееся питаніе, мы охотно прибѣгаемъ къ Карлсбаду, а чаще всего къ Боржому. Даемъ ихъ также натощакъ, за часъ до пріема, 2 или 3 раза въ день, отъ $^1/_2$ стакана до 1 стакана на пріемъ, въ продолженіи двухъ, трехъ, рѣже четырехъ недѣль.

Гораздо чаще назначеніе минеральныхъ водъ практикуется нами въ послѣдовательномъ періодѣ лѣченія язвы, о чемъ и будетъ рѣчь ниже.

В. Симптоматическое лѣченіе.

При изложеніи терапіи первыхъ двухъ стадій язвы мы подробно изложили способы лѣченія наиболѣе важныхъ и частыхъ симптомовъ, почему и не считаемъ нужнымъ здѣсь болѣе останавливаться на нихъ. Замѣтимъ лишь еще разъ, что при существованіи у больного жалобъ на страшныя и мучительныя боли наилучшее въ такихъ случаяхъ средство — ортоформъ. Его мы назначаемъ какъ въ отдѣльныхъ пріемахъ, такъ и одновременно

съ висмутомъ. Дешевле ортоформа новый препаратъ — нирванинъ, который можно давать вдвое больше перваго; дѣйствуетъ онъ также продолжительно и кромѣ того обеззараживающимъ образомъ (Einhorn и Heinz).

На слѣдующемъ симптомѣ — кровотеченіяхъ мы, въ виду частоты его въ III періодѣ — неменѣе 75 %, считаемъ необходимымъ подробнѣе остановиться при изложеніи леченія. При кровотеченіяхъ, которыя, въ виду прохожденія большихъ сосудовъ въ подсерозной клѣтчаткѣ, въ третьемъ стадіи могутъ быть очень опасны, слѣдуетъ немедленно прибѣгать къ громаднымъ дозамъ висмута и къ хлоралъ-гидрату въ клизмахъ. Къ первому одновременно можно прибавлять и антипиринъ, по 1 грмм. на пріемъ. Въ крайнемъ случаѣ не слѣдуетъ забывать и знаменитаго кровеостанавливающаго средства т. е. ol. Terebinthini. Мы особенно обращаемъ вниманіе на то, что эрготинъ, liq. Ferri sesquichlor. и т. п. средства имѣютъ здѣсь лишь второстепенное значеніе, а потому лучше не терять на нихъ дорогого времени, а переходить или къ вышеуказаннымъ, или къ подкожнымъ впрыскиваніямъ солевыхъ растворовъ, которые при сильныхъ кровотеченіяхъ оказываютъ безусловно хорошее дѣйствіе. Впрыскиванія можно повторять нѣсколько разъ въ день, вводя каждый разъ 200,0—300,0—500,0 раствора. Для раствора брать или 6—7 грм. поваренной соли или 5 грм. (по формулѣ Hayem'a) поваренной соли и 10 грм. сѣрнокислаго натра на литръ воды. Dieulafoy употребляетъ растворъ, содержащій 8 грм. хлористаго натра и одинъ дециграммъ бензойно-кислаго коффеина. Мы лично предпочитаемъ физіологическій растворъ поваренной соли. За подкожныя впрыскиванія при кровотеченіяхъ особенно стоятъ французскіе врачи — Hayem, Dieulafoy, Hartmann, Heidenreich и др.

По Dieulafoy хорошіе услуги оказываетъ кислородъ, обильно распространяемый вокругъ постели больного, а

также впрыскиванія эфира въ случаѣ обморока. Не мѣшаетъ имѣть въ виду при кровотеченіяхъ изъ желудка то обстоятельство, что если больной съ самаго начала и въ одинъ пріемъ теряетъ громадное количество крови — 1/2 литра, литръ и даже больше, то нужно допустить вскрытіе или разъѣданіе значительной артеріи. Въ тѣхъ же случаяхъ, когда кровавая рвота бываетъ въ незначительномъ количествѣ — 50,0—100,0—200,0, и даже если она повторяется довольно часто, то все таки она скорѣе представляетъ кровотеченіе паренхиматозное, а не изъ большаго сосуда. Въ первомъ случаѣ, особенно при быстромъ повтореніи кровавой рвоты, больной легко можетъ погибнуть, если не будетъ во время оказана хирургическая помощь. Во второмъ же случаѣ кровавая рвота не внушаетъ такого опасенія за исходъ больного и подлежитъ только вышеуказаннымъ терапевтическимъ пріемамъ. Нужно впрочемъ замѣтить, что сами хирурги, особенно производившіе эту операцію, какъ Hartmann, Heydenreich, Mikulicz, Lindner и Kuttner рекомендуютъ лучше прибѣгать къ терапевтическимъ средствамъ. По Hartmann'у „показаніе къ операціи при кровотеченіи сомнительно". По Heydenreich'у „при сильномъ кровотеченіи лапоротомія почти всегда безуспѣшна". Mikulicz говоритъ, что онъ знаетъ только два случая, одинъ Roux и другой лично ему принадлежащій, въ которыхъ операція имѣла успѣхъ. По Mikulicz'у операція, послѣ сильнаго кровотеченія, связана обыкновенно съ большими затрудненіями. Кровотеченіе чаще всего бываетъ изъ важной артеріи, обычно изъ art. splenicae. Область желудка, соотвѣтствующая этой послѣдней, доступна только при слишкомъ кропотливой операціи, которая является опасной въ виду истощенія больнаго. Въ иныхъ случаяхъ хирургу не удается найти язвы желудка, какъ это было съ Mikulicz'емъ, Hartmann'омъ, благодаря незначительности ея и недоступности для изслѣдованія. Въ виду этого Heydenreich также присоединяется къ вышесказанному Hartmann'омъ положенію относительно показаній къ операціи

при сильныхъ кровотеченіяхъ. То же самое видимъ у Lindner'a и Kuttner'a, Rosenheim'a и другихъ.

Намъ извѣстно изъ литературы всего 19 случаевъ язвы, при которыхъ была сдѣлана операція изъ за сильныхъ кровотеченій: 1 случай Küster'a, 1 Roux, 4 Mikulicz'a, 12 Hartmann'a и 1 Dieulafoy. Изъ нихъ выздоровленіе достигнуто въ 8, что составляетъ 42 %. Въ виду того, что терапевтамъ приходится прибѣгать къ хирургическому пособію, какъ ultimum refugium, когда всѣ вышеперечисленныя мѣры уже были своевременно примѣнены, по нашему мнѣнію, слѣдуетъ, несмотря на пессимизмъ хирурговъ, настоятельно при указанныхъ показаніяхъ рекомендовать операцію, которая всетаки даетъ 42 % выздоровленія (Talma).

Иное дѣло съ примѣненіемъ хирургической помощи въ случаяхъ менѣе серьезныхъ кровотеченій, но безпрестанно, недѣлями и мѣсяцами продолжающихся и доводящихъ больныхъ до состоянія тяжелой анэміи, а затѣмъ и exitus letalis; слѣд., при такъ называемыхъ гэморрагическихъ формахъ язвы желудка. И тутъ то, какъ говоритъ Heydenreich, „хирургическое вмѣшательство можетъ быть необходимымъ, при условіи, чтобы оно не было позднимъ“. Въ такихъ именно случаяхъ вырѣзываніе всей язвы, дававшей поводъ къ кровотеченіямъ, съ успѣхомъ было произведено Rydygier'омъ, Billroth'омъ и Kleef'омъ. Deyen изъ своихъ шести операцій по поводу такихъ кровотеченіи потерялъ всего 1, примѣнивъ гастро-энтеростомію. Благопріятные результаты отъ этой послѣдней операціи зависятъ отъ того, что она даетъ покой желудку, облегчаетъ переходъ пищи въ кишку и уничтожаетъ судорожное сокращеніе привратника. Того же взгляда относительно операціи при гэморрагическихъ язвахъ держатся Дунинъ, Minz, Kamerer, Hirch, Rosenheim, Lindner und Kuttner, Greenough и Joslin, и другіе.

Вообще мы должны замѣтить, что по нашимъ наблюденіямъ смертельныя кровотеченія бываютъ гораздо рѣже.

чѣмъ то сообщаетъ Gerhardt, Debove et Remond, Welch, Greenough и Joslin. По ихъ вычисленіямъ будто бы отъ 3% до 5% погибаетъ только отъ однихъ кровотеченій, между тѣмъ какъ у насъ даже общая смертность отъ язвы не превышаетъ 5%, въ чемъ мы ближе всѣхъ авторовъ сходимся съ Leube, у котораго она почти 2%, а отъ кровотеченій и въ нашихъ наблюденіяхъ, и у Leube неболѣе 1%.

Леченіе въ послѣдовательномъ періодѣ язвы.

Послѣ заживленія язвы, при рѣзко выраженной анэміи и общемъ истощеніи, необходимо прежде всего позаботиться о скорѣйшемъ поднятіи аппетита, улучшеніи пищеваренія и возстановленіи крови. Съ этой цѣлью имѣются всѣ показанія для назначенія кэфира, или кумыса: оба средства лучше всего давать послѣ незначительнаго пріема пищи, дабы послѣдняя лучше переваривалась. Въ такихъ именно случаяхъ кэфиръ даетъ прекрасные результаты, въ дозахъ отъ 3-хъ до 5-ти бут. въ день, уже по истеченіи 3-хъ до 4-хъ недѣль. Смотря по индивидуальности больного и даннымъ химическаго изслѣдованія желудочнаго содержимаго, мы особенно рекомендуемъ шпинатъ и спаржу, какъ вещества очень богатыя органическимъ желѣзомъ. Вообще же должно давать ѣсть часа черезъ $2^1/_2$ и понемногу. Внутрь даемъ чистую телячью кровь до 50—100 грм. въ сутки, если больные переносятъ. Необходимо совѣтовать больнымъ пребываніе на чистомъ воздухѣ, какъ можно чаще и дольше.

Изъ минеральныхъ водъ въ этомъ періодѣ, если существуютъ указанія на гастритъ, чаще всего приходится прибѣгать лишь къ слабымъ тепловатымъ водамъ щелочно-солянымъ, напр. Эмсъ или водамъ поваренной соли: Kissingen, Wiesbaden, Soden, Baden-Baden, смотря по силамъ больного, какъ объ этомъ подробно было изложено при леченіи гастритовъ.

Въ подходящихъ случаяхъ особенно рекомендуемъ земляничное и вообще плодовое леченіе. Землянику мы даемъ въ дозахъ до 3—4 и даже 5 фунтовъ въ день. При этомъ мы разсчитываемъ преимущественно на усиленіе аппетита и перистальтики со стороны желудочно-кишечнаго тракта; по мимо того, земляника прекрасно гонитъ желчь, дѣйствуетъ на кровь, благодаря обильному содержанію въ ней органическаго желѣза, наибольшему изъ всѣхъ плодовъ. Результаты получаются одинаково хорошіе какъ отъ полевой и лѣсной земляники, такъ и отъ садовыхъ сортовъ. Наряду съ земляничнымъ леченіемъ можно рекомендовать и виноградное, хотя послѣднее и не такъ доступно большинству больныхъ и требуетъ спеціальной поѣздки на извѣстные курорты. Между тѣмъ леченіе земляникой одинаково доступно и бѣдняку, и богачу, при томъ оно можетъ быть продѣлано на мѣстѣ жительства больного. При такомъ режимѣ слабые и истощенные больные обычно очень скоро поправляются и сильно прибываютъ въ вѣсѣ.

Если у больного, не смотря на улучшеніе общаго состоянія, появляются боли въ желудкѣ (послѣ заживленія язвы), то возникаетъ мысль о возможности развитія сращеній желудка съ сосѣдними органами. Въ такихъ случаяхъ необходимо 2—3 раза въ недѣлю дѣлать промыванія желудка, а въ промежуткахъ вдуванія воздуха по Frerichs'y. Если къ этому прибавить еще назначеніе теплыхъ ваннъ съ солью, а при удовлетворительномъ общемъ состояніи организма и даже съ грязью, то тѣмъ самымъ еще легче удается предотвратить развитіе сращеній. При невозможности пользоваться ваннами, необходимо прибѣгать къ мѣстнымъ припаркамъ днемъ и согрѣвающимъ компрессамъ на ночь.

Въ то же время назначить сеансы электризаціи и массажа желудка.

Электричество назначается по способу Ziemssen'a, т. е. берутся широкіе электроды и хорошо смоченные въ растворѣ

поваренной соли. Сеансы дѣлаются ежедневно, разъ въ день по 10 –15—20 мин. напр. утромъ; массажъ желудка тогда назначается уже вечеромъ.

Если при такомъ способѣ леченія, къ тому-же настойчиво проводимомъ въ теченіе 6—8 недѣль, не будетъ рѣзкаго результата, то придется отказаться отъ дальнѣйшаго примѣненія терапевтическихъ средствъ и передать больного въ руки хирурга для оказанія ему соотвѣтствующей помощи. Впрочемъ Jänicke, Roux и Nicaise совѣтуютъ выжидать результата отъ терапіи, а не спѣшить съ хирургической помощью.

Сказаннымъ ограничивается роль врача терапевта при леченіи язвы желудка въ послѣдовательномъ періодѣ.

Хирургическое леченіе язвы желудка.

Для хирурга въ III стадіи язвы открывается широкое поле дѣятельности: онъ не только вынужденъ оказывать пособіе еще въ періодѣ незажившей язвы, когда послѣдняя упорствуетъ всякой терапіи или угрожаетъ либо профузными, либо малыми, но постоянными кровотеченіями, но къ помощи его приходится прибѣгать частенько и въ послѣдовательномъ періодѣ за заживленіемъ язвы, такъ какъ оставшіеся рубцы отъ зажившей язвы, образовавшіяся сращенія желудка съ сосѣдними органами, стенозъ привратника и измѣненія въ формѣ желудка далеко не рѣдкія явленія и могутъ причинять тяжелыя разстройства въ организмѣ, какъ это видно изъ литературы хирургіи желудка.

Какую-же помощь вообще оказываетъ хирургія при леченіи язвы желудка?

Чтобы отвѣтить на этотъ вопросъ, мы дадимъ здѣсь статистику смертности отъ язвы, приводимую съ одной стороны терапевтами, а съ другой хирургами.

Процентъ смертности при язвѣ желудка по даннымъ терапевтовъ:

Brinton	50 %.
Debove et Rémond	50 %.
Gerhardt	28—26 %.
Welch	15 %.
Lebert	8 %.
Greenough et Joslin . . .	8 %.
Мы Riedel	5 %.
Leube	2,2 %.

Процентъ смертности при язвѣ желудка по даннымъ хирурговъ:

Mikulicz (при резекціи)	27,8 %, gastroent. — 16,2 % и pyloropl. 13,2 %, общ. 16,1 %
Haberkant (по 94 г.)	25,5 %.
Chlumsky (по 96 г.) .	21,42 %.
Doyen	21,6 %.
Czerny	14,3 %.
Carle	7,4 %.
Petersen	2,3 %.
Mikulicz (въ послѣд. г.)	4,35 %.

При первомъ же взглядѣ на обѣ таблицы рѣзко бросается въ глаза тотъ фактъ, что смертность отъ язвы была прежде значительно больше, чѣмъ въ послѣдніе года; слѣдовательно, медицина въ этомъ отношеніи сдѣлала несомнѣнные успѣхи, а по нашему мнѣнію и даже очень крупные, разъ смертность съ 50 % понизилась почти до 2 %. Далѣе, такъ какъ на долю хирургіи выпадаютъ по-преимуществу тѣ случаи, въ которыхъ уже терапія не могла оказать помощи, т. е. болѣе тяжелые, то необходимо признать, что хирургія достигла блестящихъ результатовъ. При этихъ числахъ смертности, сообщаемыхъ хирургами,

невольно приходится сознаться, что парадоксъ Heydenreich'a — язва опаснѣе операціи, — какъ будто и въ самомъ дѣлѣ оправдывается.

Въ виду такихъ успѣховъ хирургіи вполнѣ понятна и причина, почему мы такъ часто направляемъ своихъ больныхъ въ хирургическое отдѣленіе, разъ не получаемъ явной пользы отъ терапіи.

Но помимо блестящаго непосредственнаго результата отъ операціи, мы должны особенно отмѣтить результаты послѣдней въ послѣдовательномъ, болѣе отдаленномъ періодѣ. Многочисленныя наблюденія лучшихъ заграничныхъ клиникъ и русскихъ вполнѣ согласно омѣтчаютъ, что болѣзненныя явленія со стороны желудка — гастральгіи, болевые спазмы pylorus'a, рвоты, расширеніе желудка съ его послѣдствіями, — hyperaciditas и hypersecretio совершенно проходятъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ. Двигательная функція желудка возстановляется къ нормѣ, — словомъ, пищевареніе несомнѣнно улучшается и вѣсъ больныхъ прибываетъ.

На сколько результаты послѣ операціи бываютъ продолжительны и прочны, объ этомъ можно судить хотя-бы по тому случаю, который Rydigier описываетъ по поводу своей 100-ой операціи на желудкѣ.

Больной, 21/XI 81, была произведена операція резекціи привратника по поводу круглой язвы, перешедшей на поджелудочную железу, часть которой также была удалена. Больная здорова по настоящее время и родила 5-хъ дѣтей.

Такимъ образомъ терапевтъ имѣетъ всѣ основанія къ тому, чтобы горячо рекомендовать хирургическое пособіе въ подходящихъ случаяхъ.

Какую операцію производить въ каждомъ данномъ случаѣ, это дѣло всецѣло зависитъ отъ усмотрѣнія хирурга. Иниціаторъ резекціи привратника, проф. Rydygier горячо стоитъ за резекцію его; Doyen, напротивъ, восхваляетъ гастроэнтеростомію, Mikulicz — пилоро-пластику и т. д.

Словомъ способовъ операцій на желудкѣ въ настоящее время такъ много, что однихъ русскихъ насчитывается не менѣе 7 (Проф. Зернова, Проф. Подреза, Земацкаго, Зыкова, Постникова, Трофимова, Троянова), не говоря уже объ иностранныхъ (Roux, Murphy и т. д.), и каждый авторъ защищаетъ свой методъ операціи.

Такимъ образомъ изъ сказаннаго о хирургическомъ вмѣшательствѣ при леченіи язвы желудка видно, что въ настоящее время показанія для хирургіи очень часты и разнообразны, и ихъ можно резюмировать такимъ образомъ:

1) Профузныя кровотеченія, не поддающіяся никакимъ терапевтическимъ средствамъ, требуютъ немедленной хирургической помощи (Leube, Riedel, Mikulicz, Petersen и др.).

2) Гэморрагическія, долго продолжающіяся кровотеченія, также не уступающія терапевтическимъ пособіямъ и хотя медленно, но неминуемо приводящія больного къ истощенію и даже къ exitus letalis, должны быть лечимы хирургическимъ путемъ (Leube, Mikulicz, Rosenheim, Doyen и др.).

3) Затяжные случаи язвъ со рвотой, сильными болями, повторными кровотеченіями и другими тяжелыми диспептическими явленіями, не поддающіеся никакимъ гигіено-діэтетическимъ и терапевтическимъ средствамъ также составляютъ достояніе хирургіи (Leube, Mikulicz, Doyen, Petersen и другіе).

4) Послѣдствія отъ зажившихъ язвъ, со стороны внутреннихъ оболочекъ желудка — гастральгіи, диспептическія явленія и т. д. (Doyen, Роммъ, Кадьянъ и др.)

5) Сращенія желудка съ сосѣдними органами, если онѣ проявляютъ себя, конечно, какими либо тяжелыми разстройствами: боли, диспептическія явленія, перегибы привратника, расширеніе желудка и т. д. (v. Hacker, Landerer, Hoffmeister, Lauenstein, Robson, Mikulicz, Leube, Оболенскій, Guelliot, Petersen и др.).

Jaunicke, Roux, Nicaise настаиваютъ на терапевтическомъ леченіи.

6) Рубцовыя съуженія желудка, чаще всего въ области желудка, ведущія къ расширенію (Loreta, Rydygier, Mikulicz и многіе другіе) или къ деформаціямъ его (Wölfler, Kruckenberg, v. Eiselsberg, Lauenstein, Schwarz и другіе).

Слѣдовательно, при леченіи язвы желудка хирургическое вмѣшательство чаще всего требуется именно въ третьемъ періодѣ, и притомъ нерѣдко еще во время существованія самой язвы, но особенно послѣ зарубцеванія послѣдней.

ГЛАВА X.

Леченіе ЧЕТВЕРТАГО стадія язвы желудка.

Если язва переходитъ въ IV періодъ, то вся терапія сводится лишь къ симптоматической, такъ какъ ожидать самопроизвольнаго излеченія отъ мѣстнаго гнойнаго перитонита, а тѣмъ болѣе отъ общаго разлитаго едва-ли былобы благоразумно со стороны врача. Въ виду этого, какъ только установленъ діагнозъ четвертаго періода язвы желудка, необходимо спѣшить съ хирургической помощью, чтобы избѣжать съ одной стороны неожиданностей (вскрытіе гнойника въ брюшную полость, перикардіумъ, плевру, легкія, и т. д.) и предотвратить общее истощеніе организма, а, слѣдовательно, и exitus letalis съ другой.

Насколько операція необходима при четвертомъ періодѣ язвы желудка, это наглядно видно напр. изъ собранной Финкельштейномъ статистики поддіафрагмальныхъ нарывовъ, развившихся на почвѣ язвы.

Въ случаяхъ неоперированныхъ онъ вычислилъ смертность равной 100 %.

Послѣ операціи счастливый исходъ наблюдался только въ 12-ти случаяхъ на общее число 67 (т. е. 17,9 %). По Боголѣпову при поддіафрагмальныхъ нарывахъ смертность на 50 случаевъ составляетъ 74 %, по Scheurlen'у 82 % на 34; по Лангу на 176 сл. выздоровленіе наблюдалось въ 47,9 % всѣхъ оперированныхъ случаевъ, а у лѣченныхъ безъ операціи лишь въ 12,3 %. По Maydl'ю изъ 104 случаевъ при выжидательномъ лѣченіи выздоровѣло лишь 6, тогда какъ на 74 оперированныхъ получилось 39 выздоровленій.

Несмотря и на такой низкій процентъ отъ операцій, всетаки необходимо прибѣгать къ ней и чѣмъ скорѣе будетъ примѣнена послѣдняя, тѣмъ лучшихъ результатовъ можно ожидать и отъ операціи.

Тоже самое слѣдуетъ сказать и о леченіи прободнаго перитонита. По собраннымъ Pariser'омъ даннымъ до 94 г. видно, что при операціи наблюдается выздоровленіе почти въ четверти случаяхъ, тогда какъ безъ операціи смертность превосходитъ 95 %. По новымъ даннымъ смертность еще болѣе упала: по вычисленіямъ Боброва, Mikulicz'а и C. Pariser'а выздоровленіе наблюдается въ 33 % при общихъ прободныхъ перитонитахъ, по Körte 35,2 %, а Krecke даже въ 43 %.

Такимъ образомъ при наличности прободного перитонита является настоятельная необходимость прибѣгать къ скорѣйшей хирургической помощи.

Въ послѣдовательномъ періодѣ за операціей для возстановленія силъ и поднятія питанія рекомендуется сказанное въ третьемъ періодѣ по тому же поводу.

Приложеніе I.

Діагностика сращеній желудка.

Въ виду того, что сращенія желудка послѣ зажившенія язвы въ III стадіи, а иногда даже еще и при затянувшемся ея теченіи, наблюдаются очень часто, какъ это видно изъ протоколовъ вскрытія (Jaksch напр. даетъ 40 %) и при операціяхъ на желудкѣ (напр. у Hartmann'a et Soupaut, Добротворскаго и мног. др.), и такъ какъ впослѣдствіи они могутъ проявить себя жестокими болѣзненными явленіями, то мы считаемъ здѣсь не лишнимъ указать на клиническіе признаки сращеній желудка съ сосѣдними органами, хотя и предупреждаемъ, что вообще діагностика сращеній иногда можетъ быть довольно затруднительна (Leube, Mikulicz), вообще же лишь болѣе или менѣе вѣроятна.

Несмотря на то, что на внутрибрюшныя сращенія очень давно было обращено вниманіе патолого-анатомами и указано было ими на значеніе ихъ для клиники: Рокитанскимъ въ 40-хъ год. въ Австріи, а особенно Virchow'ымъ въ 50 год. въ Германіи, Cruveilhier въ 30 и 40-хъ год. во Франціи, — всетаки клинической интересъ они начинаютъ пріобрѣтать лишь въ наше время, главнымъ образомъ съ конца 80 годовъ. Именно, благодаря работамъ Credé, (съ 87 г.), Maydl'я, v. Hacker'a. особенно Ziemssen'a, Riedel'я, Lauenstein'a, Landerer'a, Fränkel'я, Hoffmeister'a, Rosenheim'a и др. въ Австріи и Германіи, — Bouveret, Nicaise, Terrier,

L. Championnière, Lepine, Roux, Guelliot и др. во Франціи, — Gay, L. Tait, K. Thornton, Robson и др. въ Англіи, — Codivilla въ Италіи, и наконецъ — Оболенскаго, Перетца, Токаренко, Вестфалена и Фика, Своехотова въ Россіи, — діагностика перитонеальныхъ сращеній въ наше время, можно сказать изъ области „гаданій“ вышла на прочную дорогу и настолько подвинулась впередъ, что мы теперь можемъ поставить діагностику сращеній желудка съ сосѣдними органами съ не меньшею точностью, чѣмъ гастрита или рака желудка.

Изъ всѣхъ объективныхъ способовъ, примѣняемыхъ при изслѣдованіи желудка, мы особенно должны обратить вниманіе на тщательное и повторное опредѣленіе подвижности желудка, его способности къ расширенію, къ измѣненію при этомъ формы и величины при раздуваніи его углекислотой, или, проще по нашему и лучше, прямо воздухомъ черезъ введенный желудочный зондъ. Въ виду этого и нужно предварительно рекомендовать дѣлать нѣсколько изслѣдованій съ раздуваніемъ желудка у здоровыхъ лицъ, тогда всѣ уклоненія отъ нормы въ вышеуказанныхъ явленіяхъ выступятъ чрезвычайно наглядно, разъ имѣются сращенія желудка съ сосѣдними органами. Затѣмъ нужно помнить, какъ это впервые указалъ Angerer, что pylorus у здороваго человѣка при раздуваніи желудка опускается внизъ и вправо, при сращеніяхъ же его онъ фиксированъ. Нижняя граница желудка, при сращеніи большой кривизны съ сосѣдними органами, также фиксирована и желудокъ при раздуваніи растягивается въ стороны, а не внизъ.

Какіе же признаки мы имѣемъ для діагноза сращеній?

1) Изъ субъективныхъ ощущеній самый важный симптомъ — постоянная боль въ области желудка. Она бываетъ или непрерывная или чаще періоды жестокихъ болевыхъ приступовъ смѣняются болѣе глухими болями на нѣсколько часовъ и даже дней.

Вообще боль весьма часта и констатируется чаще у женщинъ, чѣмъ у мужчинъ; у первыхъ уже въ возрастѣ съ 20 лѣтъ, у вторыхъ съ 30 лѣтъ. Мѣсто ея въ области желудка; не смотря даже иногда на большую площадь занимаемую ею, всетаки не трудно найти строго локализированныя точки, гдѣ боль особенно сильна при давленіи пальцемъ.

Иногда боль такъ ограничена, какъ при ulcus ventriculi, т. е. на пространствѣ какихъ-нибудь двухъ пальцевъ въ ширину (Rosenheim, Killing).

Иррадіація боли очень характерна для перигастрита и именно своимъ постоянствомъ проявленія въ строго опредѣленныхъ направленіяхъ.

При сращеніи желудка, напр., съ pancreas и съ забрюшинными железами боли изъ epigastrium распространяются въ спину, причемъ 1 и 2 поясничные позвонки становятся чувствительными при давленіи.

Боли отсюда чаще всего спускаются въ крестецъ и рѣже въ нижнія конечности.

При сращеніяхъ желудка съ colon боль усиливается передъ, вовремя или сейчасъ же послѣ дефекаціи.

При сращеніяхъ pylorus'a съ colon боль точно также усиливается во время дефекаціи (Killing, Вестфаленъ).

При сращеніи съ брюшнымъ покровомъ печени появляются боли въ правомъ соскѣ, правой рукѣ (Brinton, Traube, Eisenlohr).

При сращеніи съ діафрагмой боли при дыханіи въ лѣвой половинѣ и внизу грудного ящика, а также въ лѣвой рукѣ и сзади подъ лопаткой.

При сращеніяхъ передней поверхности желудка съ брюшной стѣнкой появляются боли около пупка.

Свойство боли. Она чаще всего имѣетъ характеръ жестокихъ коликъ въ области желудка, спазмотическихъ судорогъ; боль крайне мучительна, не даетъ покоя больнымъ

ни днемъ, ни ночью, и доводитъ ихъ до полнаго отчаянія. „Лучше умереть, чѣмъ дольше жить съ такими болями“ заявляли больные Lauenstein'у. Эта боль характерна именно своей большой продолжительностью: у нѣкоторыхъ больныхъ она существовала больше 10 лѣтъ (Credé, Lauenstein, Maydl, Riedel etc), обычно не менѣе 5 лѣтъ.

Боль обычно усиливается послѣ пріема пищи, особенно при переполненіи желудка, тогда какъ умѣренныя количества пищи даже успокаиваютъ ее, и въ этихъ послѣднихъ случаяхъ боль усиливается обычно на пустой желудокъ (Ziemssen); вообще-же чѣмъ сильнѣе вызывается перистальтика въ стѣнкахъ желудка, тѣмъ рѣзче боль (Ziemssen, Перетцъ). Такимъ образомъ, полной параллели между введеніемъ пищи и силой боли нѣтъ. Въ виду этого и такія манипуляціи, какъ раздуваніе желудка газами, промываніе (Lindner und Kuttner) большими массами воды также вліяютъ на усиленіе болей.

Развитіе боли. Боли никогда не являются сразу сильными, а постепенно, въ теченіе болѣе или менѣе продолжительнаго періода; все болѣе и болѣе усиливаясь, онѣ достигаютъ maximum'а своего развитія лишь современемъ, на которомъ и останавливаются in statu quo въ теченіи даже многихъ лѣтъ. Въ случаяхъ же, когда наступаетъ растяженіе сращеній и можно ожидать полнаго разъединенія ихъ, боли начинаютъ мало по малу терять свою силу и, наконецъ, совершенно пропадаютъ (Ziemssen).

На второмъ мѣстѣ по своему значенію для діагностики сращеній имѣютъ данныя анамнеза и наблюденія за теченіемъ и леченіемъ.

2) *Анамнезъ.* Обычно въ большинствѣ случаевъ имѣется ясное указаніе на бывшую ulcus ventriculi chronicum, или даже на существованіе послѣдней въ видѣ такъ называемой затяжной формы, т. е. неподдающейся никакой терапіи; въ этомъ послѣднемъ случаѣ рубцеванію язвы мѣшаютъ именно перигастритическія сращенія.

Большое значеніе имѣетъ вопросъ о мѣстности. Въ нашей, напр., мѣстности ulcus ventriculi составляетъ самую частую причину сращеній. Въ другихъ же мѣстахъ, гдѣ часто наблюдаются желчные камни, съ повторными коликами, приводятъ именно послѣдніе какъ причину сращеній (Riedel). На 210 случаевъ желчныхъ камней онъ въ 14 могъ констатировать сращеніе желчнаго пузыря съ pylorus'омъ.

Рѣже причиной сращеній служила травма въ области желудка (Оболенскій, Credé), или протекшіе воспалительные процессы въ животѣ: у женщинъ, напр., въ половой сферѣ или appendicitis, хотя нужно замѣтить, послѣднія вызываютъ сращенія чаще всего въ маломъ тазу и въ большомъ.

3) *Наблюденіе* за больнымъ позволяетъ убѣдиться въ слѣдующихъ цѣнныхъ фактахъ для діагноза сращеній.

Болѣзнь характерна своей большой продолжительностью теченія, обычно не менѣе пяти лѣтъ, чаще-же больше десяти, и, несмотря на это, протекаетъ безъ лихорадки и безъ измѣненій въ другихъ органахъ; многіе больные указываютъ, что они лечились то отъ желудочныхъ судорогъ, невралгіи кишечника, то истеріи, неврастеніи и т. п.

Всегда существуетъ сильное исхуданіе, очень часто рвота, черезъ 1—3 часа послѣ принятія пищи; рѣже другія диспептическія явленія.

Самымъ тщательнымъ образомъ проведенная терапія противъ ulcus ventriculi (леченіе большими дозами висмута, или Arg. nitric., какъ на этомъ особенно настаивалъ Rosenheim, питательные клистиры, абсолютное молочное леченіе, ulcus-kur Leube) не даетъ никакого прочнаго результата, а равно и другіе физическіе методы леченія (электричество, души, массажъ, компрессы, грязь, промываніе желудка), направленные противъ указанныхъ болей. Именно въ такихъ-то случаяхъ и можетъ идти рѣчь о сращеніяхъ. Въ случаяхъ-же, поддающихся физическимъ методамъ леченія, особенно электричеству, можно думать о непроч-

ныхъ сращеніяхъ и, слѣдовательно, можно надѣяться съ теченіемъ времени совершенно избавить больного отъ его страданій.

Объективныя данныя, получаемыя при изслѣдованіи желудка въ случаѣ его сращенія съ сосѣдними органами.

1) Химическая дѣятельность желудка, несмотря на жестокія страданія, очень долго сохраняется въ нормальномъ состояніи и лишь при глубокомъ упадкѣ питанія она страдаетъ. Такимъ образомъ присутствіе соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ постоянно констатируется и химизмъ желудочнаго пищеваренія мало чѣмъ отличается отъ нормы. Но всасывательная способность обычно страдаетъ; въ нашихъ случаяхъ мы находимъ ее только черезъ 20, 30 мин. и даже черезъ часъ (тоже Добротворскій).

Точно также страдаетъ и двигательная способность желудка. У насъ появленіе реакціи въ мочѣ на салицилуровую кислоту иногда констатировалось лишь черезъ нѣсколько часовъ. Сейчасъ въ клиникѣ лежитъ больной, у котораго реакція наступаетъ лишь черезъ 3 часа (въ случаяхъ Добротворскаго тоже).

2) Размѣры желудка обычно увеличены и тѣмъ больше, чѣмъ больше вовлеченъ въ процессъ pylorus, благодаря чему наступаетъ большое препятствіе къ опорожненію желудка отъ его содержимаго.

При этомъ характерно то, что желудокъ увеличивается при раздуваніи, напр., поперекъ при сращеніяхъ curv. maj. съ pancreas и позвонками, а при сращеніяхъ съ pylorus **внизъ**.

3) При ощупываніи желудочной области часто констатируется усиленное сопротивленіе, или повышеніе резистентности, или даже присутствіе разлитой опухоли, могущей симулировать злокачественную, но характерно отличающуюся отъ послѣдней своимъ долгимъ теченіемъ и

отсутствіемъ наклонности къ росту и появленія метастазовъ (Mikulicz, Brenner, Guelliot), а равно отсутствіемъ измѣненій въ другихъ органахъ: крови, почкахъ и т. д.

4) Еще болѣе цѣнныя данныя для діагноза получаются при повторной инсуфляціи желудка (Bouveret, Bourget, Оболенскій), а также и толстыхъ кишекъ: при этомъ очень часто удается отчетливо видѣть и ощупать величину, форму и подвижность желудка. Фиксація желудка въ мѣстѣ сращенія при раздуваніи желудка можетъ выступать очень явственно, на что особенно настаиваетъ Bouveret. Тоже самое получается и при введеніи большихъ количествъ воды.

Обычно обѣ манипуляціи вызываютъ болѣе или менѣе сильныя боли (Landerer). При этомъ при сращеніи желудка легко замѣтить, что желудокъ при своемъ расширеніи встрѣчаетъ препятствіе; напр., при сращеніяхъ curvat. major. съ pancreas онъ не опускается внизъ и т. д.

5) Такія же данныя иногда получаются и при тѣхъ условіяхъ, когда въ стѣнкахъ желудка наблюдается усиленная перистальтика.

При нихъ тогда (Оболенскій, въ одномъ изъ нашихъ случаевъ) удается видѣть мѣсто сращенія, такъ какъ въ этомъ послѣднемъ перистальтика уменьшается и даже останавливается, а за мѣстомъ препятствія она снова проявляется въ болѣе рѣзкой степени.

6) Наконецъ, діагнозу можетъ помочь просвѣчиваніе электричествомъ и особенно рентгеновскими лучами, при предварительномъ раздуваніи желудка газами, какъ это рекомендуетъ Bade.

7) Въ случаяхъ тяжелыхъ и при отсутствіи большинства вышеприведенныхъ признаковъ необходимо прибѣгнуть съ цѣлью установки діагноза къ пробной инцизіи.

Необходимо помнить, что при сращеніяхъ желудка слѣдуетъ ставить діагнозъ per exclusionem.

Отрицательные признаки при брюшныхъ сращеніяхъ.

1) При сращеніяхъ въ тонкихъ кишкахъ, особенно въ нижнемъ отрѣзкѣ, отрицательныя явленія со стороны желудка и позднее наступленіе припадковъ -- вечеромъ, — при здоровомъ состояніи, конечно, желудка.

2) При сращеніяхъ желудка, обратно, отрицательныя явленія въ послѣднихъ т. е. отсутствіе кишечныхъ колик ъ.

3) Отсутствіе лихорадки.

4) Отсутствіе измѣненій въ крови.

5) Отсутствіе измѣненій въ другихъ органахъ.

Приложеніе II.

Діагностика деформацій желудка (въ видѣ песочныхъ часовъ и др.).

Изложивъ вкратцѣ наиболѣе существенныя данныя для діагностики сращеній желудка, мы считаемъ вполнѣ умѣстнымъ сдѣлать тоже и для деформацій желудка. Дѣлаемъ это на слѣдующемъ основаніи. Въ настоящее время мы, — благодаря трудамъ Cruveilhier, Glénard'a, Sappey, Charpy et Chabrié, Perret'a, Bouveret, Bourget, Tessier и др. во Франціи, Grunfeld'a и Rasmussen'a въ Даніи, Rokitansky, Klebs'a, Betz'a, Wölfler'a, v. Hacker'a, Langenbuch'a, Langerhans'a, Schwarz'a, Jaworsky, v. Eiselsberg'a и др. Австріи и Германіи, — Peacock'a, Robinson'a, Brinton'a, Quain'a, Steven'a, Jago, Green, Stoker'a, Hudson'a, Turner'a, Jinny и др. въ Англіи, а также Руднева, Ниссена и Цейдлера въ Россіи, — можемъ съ большимъ основаніемъ разсматривать деформаціи желудка какъ послѣдовательное страданіе за рубцеваніемъ язвы третьяго періода.

Въ самомъ дѣлѣ, частота деформацій желудка вполнѣ совпадаетъ съ частотой распространенія язвы желудка.

Какъ извѣстно, Копенгагенъ въ этомъ отношеніи занимаетъ первое мѣсто въ Европѣ.

Тамъ же мы находимъ и наибольшую частоту деформацій желудка. По статистикѣ Grünfeld'a на 1150 аутопсій двойной желудокъ констатированъ имъ въ 30% на 100

зарубцевавшихся язвъ. Rasmussen тоже говоритъ, что желудокъ двойной встрѣчается часто въ Даніи. Далѣе язва желудка составляетъ обычное явленіе и во Франціи. Вмѣстѣ съ этимъ мы находимъ у знаменитаго патолого-анатома *Cruveilhier* такого рода заявленіе: que rien n'est plus fréquent que de le (l'estomac biloculaire) trouver à l'autopsie; т. е. что ничего нѣтъ легче, какъ встрѣтить двойной желудокъ при аутопсіи.

Точно также смотритъ на это дѣло и Glénard, который двойной желудокъ находилъ въ 7,5% на общее число аутопсій.

Charpy, а равно и Chabrié спеціально обратившіе вниманіе на это страданіе, при аутопсіяхъ также находили двойной желудокъ не рѣдко.

Не менѣе часто встрѣчается деформація желудка и въ Германіи. По крайней мѣрѣ, въ послѣдней своей статьѣ о желудкѣ въ видѣ песочныхъ часовъ v. Eiselsberg находитъ возможнымъ сказать, что онъ встрѣчалъ это страданіе въ 7% на 100 операцій на желудкѣ.

Судя по всѣмъ приведеннымъ ссылкамъ англійскихъ авторовъ, нужно допустить, что это страданіе не составляетъ рѣдкости и для Англіи.

Совсѣмъ другое мы имѣемъ для Россіи: у насъ деформаціи желудка также рѣдко встрѣчаются при аутопсіи, какъ и язвы.

Достаточно напр. указать, что въ богатомъ музеѣ Военно Медицинской Академіи имѣется всего лишь одинъ препаратъ желудка въ видѣ песочныхъ часовъ (отъ проф. Руднева 70 г.)

Проф. Виноградовъ въ теченіе 30 лѣтной своей патолого-анатомической дѣятельности ни разу не встрѣтилъ двойного желудка, или въ видѣ песочныхъ часовъ ни въ Военно-Медицинской Академіи, ни въ больницахъ С-Петербурга.

Такимъ образомъ, благодаря сказанному необходимо

согласиться съ тѣмъ, что деформаціи желудка удерживаютъ полную параллель съ язвой желудка.

Вслѣдствіе этого понятно и то, почему громадное большинство авторовъ, сообщившихъ о двойномъ желудкѣ въ видѣ песочныхъ часовъ, разсматриваетъ это страданіе именно какъ послѣдствіе зарубцевавшейся язвы желудка (Cruveilhier, Rokitansky, Brinton, Peacock, Paganucci, Klebs, Birch-Hirschfeld, Eichhorst, Bouveret, Teissier и др.). Лишь Chabrié и Rasmussen нѣсколько отличаются отъ общаго взгляда на происхожденіе двойного желудка отъ зарубцевавшейся язвы тѣмъ, что придаютъ большое значеніе внѣшнему давленію на область желудка, ведущему за собою некротизацію въ стѣнкѣ желудка, образованіе язвы и затѣмъ деформацію желудка вслѣдъ за рубцеваніемъ послѣдней. Оба автора, пораженные частотой съ одной стороны язвы желудка у женщинъ, а съ другой деформацій его, особенно придаютъ большое значеніе въ происхожденіи того и другого страданія корсету у женщинъ и давленію, производимому имъ на желудокъ. Что взглядъ послѣднихъ авторовъ совершенно ошибоченъ, въ доказательство этого мы можемъ привести хоть то, что язва желудка, а, слѣдовательно, и деформація его, одинаково часто встрѣчается и въ такихъ мѣстахъ, гдѣ корсета женщины совсѣмъ не носятъ, какъ, напр., мы видимъ это въ прибалтійскихъ губерніяхъ.

Изъ всѣхъ извѣстныхъ намъ наблюденій относительно деформацій желудка лишь Betz'a, v. Hacker'a, Sharkey'я и Dini представляютъ исключительную этіологію — карциному, смѣщеніе селезенки и т. д.

Что касается пола, то по изслѣдованіямъ Grünfeld'a и Perret'a на долю женщинъ приходится самое большое число случаевъ деформацій желудка. Первый могъ констатировать у мужчинъ лишь въ 4%, тогда какъ у женщинъ въ 16% изъ общаго числа описанныхъ имъ 38 случаевъ. Второй на 58 наблюденій, найденныхъ имъ въ

литературѣ, отмѣчаетъ 49 у женщинъ. Въ дѣтскомъ возрастѣ указанной деформаціи желудка, при самомъ тщательномъ изслѣдованіи французскими авторами, ни разу не удалось констатировать (Charpy, Perret и др.).

Возрастъ больныхъ у Grünfeld'a показанъ во всѣхъ случаяхъ за 50 лѣтъ; причемъ всѣ мужчины были старше 50 лѣтъ, а всѣ женщины старше 60 лѣтъ.

Perret встрѣтилъ лишь одинъ случай деформаціи желудка въ возрастѣ менѣе 25 лѣтъ; всѣ другіе имѣли отъ 25 до 50 лѣтъ. При жизни громадное число случаевъ не было узнано; большинство лечилось отъ расширенія желудка. Лишь въ наблюденіяхъ Betz'a, еще въ 56 г., Krukenberg'a (случай Schmidt-Monnard'a), Eichorst'a (случай простой - двойной желудокъ прямо обрисовывался подъ брюшнымъ покровомъ), Bouveret, Bourget, нашихъ и Jaworsky'аго діагностика была установлена при жизни. По Perret'у до 96 года точное распознаваніе было сдѣлано всего 2 раза.

Въ виду такой трудности діагноза деформацій желудка мы и считаемъ необходимымъ здѣсь вкратцѣ указать на тѣ признаки, которые, разъ они будутъ констатированы, могутъ съ положительностью говорить за это страданіе.

1) На первомъ планѣ здѣсь должно быть поставлено раздуваніе желудка по способу Frerichs-Ziemssen'a или, проще всего и демонстративнѣе, воздухомъ черезъ введенный желудочный зондъ. При этомъ способѣ очень рѣзко обрисовывается форма желудка, размѣры его, положеніе и смѣщаемость.

При деформаціи не трудно доказать существованіе раздѣленія полости желудка на двѣ части — большую часть, pars cardiaca, лежащую влѣво отъ l. mediana и при раздуваніи воздухомъ быстро расширяющуюся, а затѣмъ и меньшую, pars pylorica, вправо отъ lin. mediana. При этомъ легко замѣчается и мѣсто перетяжки желудка, иногда доступное и простому ощупыванію пальцами.

Необходимо дѣлать повторное вдуваніе воздуха, чтобы точнѣе отмѣтить всѣ уклоненія отъ нормы. Обычно одновременно съ деформаціей желудка констатируется и сращеніе желудка (Perret), а, слѣдовательно, и фиксація его у извѣстнаго пункта. Этимъ способомъ могли доказать существованіе раздвоенія желудка при жизни Bouveret, Bourget и мы.

Для того, чтобы лучше всего судить о формѣ желудка при этомъ способѣ изслѣдованія, необходимо предварительно продѣлать его у возможно большого числа здоровыхъ лицъ.

Слѣдуетъ помнить, что pylorus у здороваго человѣка смѣщается внизъ и вправо, а большая кривизна очень рѣзко обрисовывается и безъ перерыва.

2 Слѣдующій признакъ — шумъ плеска и въ тоже время невозможность освободить желудокъ отъ содержащейся въ немъ жидкости. Это обстоятельство, очевидно, указываетъ на то, что шумъ плеска образуется въ pars pylorica, тогда какъ зондъ вводится въ pars cardiaca. Особенно отчетливо этотъ признакъ отмѣченъ въ сообщеніяхъ Glenard'a, Jaworsky и Bouveret. Комбинація инсуфляціи желудка (partis cardiacae) и изслѣдованіе шума плеска (въ partis pylorica) можетъ дать очень цѣнныя указанія для діагноза (Bouveret), какъ это и было въ одномъ изъ нашихъ случаевъ.

3) Помутнѣніе промывной жидкости послѣ того, какъ промываніе казалось уже оконченнымъ, т. е. когда послѣ выведенія чистой воды черезъ зондъ вдругъ снова начинаетъ выдѣлятся примѣсь пищевой массы. Такъ было въ случаяхъ Jaworsky'аго, Bouveret, Rispal'я, и нашемъ.

4) Аускультативныя явленія въ области желудка позволили Betz'y еще въ 56 году при жизни установить раздѣленіе желудка на двѣ полости. При выслушиваніи иногда удается констатировать два шума — одинъ при вдохѣ, другой при выдохѣ. Первый шумъ — glou-glou выслушивается при вдохѣ и зависитъ отъ прохожденія

жидкости и газовъ черезъ съуженное отверстіе, при этомъ получается такое ощущеніе, какъ будто двѣ-три крупныхъ капли воды съ газомъ падаютъ въ полость, уже содержащую и газъ и жидкость. Шумъ носитъ амфорическій характеръ. Кромѣ Betz'a подобный шумъ отмѣченъ былъ Glénard'омъ, Chapotot и Bouveret. Второй шумъ, вызываемый обратнымъ поступленіемъ газовъ изъ малой полости въ большую, прослушивается при выдохѣ (Betz). Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ шумъ glou-glou можно было особенно отчетливо выслушивать и притомъ произвольно вызывать его, переводя жидкость изъ одной полости въ другую.

5) Введенная вода въ желудокъ не можетъ быть обратно выведена черезъ короткій промежутокъ времени, очевидно, вслѣдствіе перехода ея изъ pars cardiaca въ pars pylorica. Такъ было въ случаѣ Schwarz'a.

6) Данныя осмотра, пальпаціи и перкуссіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ также могутъ помочь установленію правильнаго діагноза. Въ случаѣ напр. Eichhorst'a и нашемъ однимъ осмотромъ легко было убѣдиться въ раздвоеніи желудка, до такой степени рѣзко и характерно оно обрисовывалось при видимой перистальтикѣ. При пальпаціи въ нашемъ случаѣ можно было прощупать ясное утолщеніе по lin. mediana сейчасъ-же надъ пупкомъ, и здѣсь же при раздуваніи желудка замѣчалось раздѣленіе его на двѣ полости. Еще интереснѣе получаются результаты при перкуссіи, особенно при комбинированіи съ раздуваніемъ, изслѣдованіемъ шума плеска, наполненіемъ водою, пищей и т. д. Въ этомъ случаѣ удается доказать, что pars cardiaca одна только раздувается или наполняется, а pars pylorica, вслѣдствіе сильнаго съуженія перегородки, не расширяется, почему и получаются различныя перкуторныя данныя справа и слѣва отъ l. mediana въ области желудка. Перкуссіей иногда можно убѣдиться, что pars cardiaca не переходитъ lin. med. и желудокъ ка-

жется по своему объему меньше нормальнаго. Точно также иногда нижняя граница обѣихъ половинъ опредѣляется на одной высотѣ. Въ случаѣ напр. Bouveret и нашемъ pars cardiaca стояла выше, чѣмъ pars pylorica, а въ случаѣ Bourget обратно: лѣвая половина желудка была опущена, а правая приподнята.

7) Иногда послѣ принятія пищи замѣчалось появленіе и увеличеніе опухоли въ лѣвомъ подреберьи и быстрое исчезаніе ея послѣ рвоты (Perret, Цейдлеръ).

8) Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго и faeces необходимо производить для того, чтобы доказать отсутствіе сообщенія между желудкомъ и поперечной кишкой. Въ первомъ, нужно исключить присутствіе фекальныхъ массъ, а во вторыхъ — непереваренной пищи, ліэнтеріи (Bouveret, Bauermeister, Kern).

9) Анамнестическія данныя также могутъ дать цѣнныя указанія для деформаціи желудка. Во первыхъ, — во всѣхъ случаяхъ послѣдняя была отмѣчена какъ очень давнее страданіе, во вторыхъ, — тяжелыя диспептическія явленія (боли, рвоты и т. д.), сопровождающія это страданіе и не смотря на самое энергичное леченіе не поддававшіяся никакой терапіи, и въ третьихъ, — въ громаднѣйшемъ большинствѣ случаевъ существуетъ ясное указаніе на перенесенную язву желудка. Тоже самое касается и относительно выясненія національности больного и мѣстности, въ которой онъ живетъ.

10) Не слѣдуетъ упускать изъ виду и просвѣчиванія желудка рентгеновскими лучами, пользуясь способомъ Bade.

11) Въ сомнительныхъ случаяхъ необходимо рекомендовать пробную лапоротомію, тѣмъ болѣе что къ послѣдней все равно придется прибѣгнуть и съ лечебной цѣлью.

Оглавленіе.

		стр.
Введеніе	. . . . .	3
Глава I.	Этіологія язвы желудка	5
Глава II.	Клиническая картина язвы желудка	21
	Первый стадій язвы желудка	22
	Таблица признаковъ I-го періода	40
Глава III.	Второй стадій язвы желудка	42
	Таблица признаковъ II-го періода	54
Глава IV.	Клиническая картина III-го періода язвы желудка .	56
	Таблица признаковъ III-го періода	72
Глава V.	Клиническая картина IV періода язвы желудка . .	74
	Картина болѣзни мѣстнаго перитонита	76
	Поддіафрагмальный нарывъ	87
	Прободной перитонитъ	89
	Таблица признаковъ IV періода язвы желудка .	91
Глава VI.	Леченіе язвы желудка	92
	Гигіеническая терапія (покой и пища)	92
	Абсолютное молочное леченіе	92
	Питательные клистиры	102
	Леченіе язвы по способу Leube	109
Глава VII.	Лекарственная терапія I-го стадія язвы желудка .	117
	Фармацевтическое леченіе	117
	Успокаивающія средства	122
	Леченіе минеральными водами	126
	Послѣдовательное леченіе	132
Глава VIII.	Леченіе II-го стадія язвы желудка	133
	Фармацевтическое леченіе	133
	Успокаивающія средства	140
	Леченіе минеральными водами	142
	Послѣдовательное леченіе	149
Глава IX.	Леченіе III-го стадія язвы желудка	151
	Фармацевтическое леченіе	151
	Леченіе минеральными водами	160
	Симптоматическое леченіе	160
	Боли	160
	Кровотеченіе	160
	Леченіе въ послѣдовательномъ періодѣ язв. жел. .	164
	Терапевтическое	164
	Земляничное	164
	Механическое	164
	Электричествомъ	164
	Хирургическое леченіе язвы желудка въ III-емъ стадіи и въ послѣдовательномъ по заживленіи .	166
Глава X.	Леченіе IV-го стадія язвы желудка	170
Приложеніе I.	Діагностика сращеній желудка	175
Приложеніе II.	Діагностика деформацій желудка	185

Труды того же автора:

Гистологическое изслѣдованіе симпатическихъ узловъ въ легкихъ и сердцѣ. (Протоколы Общ. Естеств. при СПб. Университетѣ 1874 г. — Изъ кабинета проф. Ф. В. Овсянникова.)

Случай смѣщенной селезенки. (Изъ клиники проф. С. П. Боткина. Архивъ клиники проф. С. П. Боткина 1878 г. и St. Petersb. med. Wochensch. 1878 г. № 40.)

Вліяніе пѣнія на развитіе груди. (Воен. Мед. Журн. 1879 г. и St. Petersb. med. Wochenschr. 1879.)

Питательные клистиры по способу Лейбе. (Изъ клин. проф. Манассеина. Воен. Мед. Журн. 1879 г.)

Вліяніе военной службы на здоровье солдатъ. (Воен. Мед. Журн. и St. Petersb. med. Wochenschr. 1879 г.)

Изслѣдованіе физическаго здоровья ученицъ въ городскихъ училищахъ СПб. (Журналъ Здоровье, издав. проф. Доброславинымъ 1880 г.)

Вліяніе спиртныхъ растираній кожи на потоотдѣленіе. (Изъ клин. проф. Манассеина. Врачъ т. I.)

О значеніи азотистаго метаморфоза при тифозныхъ лихорадкахъ. (Изъ клин. проф. С. П. Боткина. Еженед. клин. газ. Боткина 1881 г. № 33 и St. Petersb. med. Wochenschr. 1881 г.)

О молочномъ леченіи и прогнозѣ въ болѣзняхъ сердца. 1882 г.

Къ вопросу о лихорадкѣ. (Изъ клин. проф. Боткина. Дис. 1885 г.)

Къ вопросу объ изученіи рыбьяго яда. (Новости Ветерин. Литер. 1885 г. № 3.)

Матеріалы къ изученію вліянія Эссентукской минеральной воды на азотистый обмѣнъ веществъ и усвоеніе азота изъ пищи. 1887 г.

Виноградныя станціи, какъ лѣчебные пункты. 1888 г.

Олеомаргаринъ. Медицина 1889 г. № 1.

Къ вопросу о леченіи почечнаго литіазиса Эссентукской водой. (Медицина 1889 г. № 11.)

Подсолнечникъ (Helianthus annuus) при болотныхъ лихорадкахъ. (Мед. 1889 № 21.)

Случай поноса продолжавшагося 30 лѣтъ и излѣченнаго въ короткое время Bismuth. salicyl. (Медицина 1889 г. № 2.)

Бураки, какъ народное слабительное. (Мед. 1889 г. № 6.)

Виноградное леченіе. (Медицина 1890 г. № 73—74 и Медицин. календарь.)

Заболѣваніе нижнихъ носовыхъ раковинъ, какъ причина сердечной астмы и ложной грудной жабы. (Запис. ассист. Ессентукской лабораторіи д-ромъ Л. Берберовымъ 1890 г. Медицина № 26.)

Общая водянка при атоніи мочеваго пузыря вслѣдствіе старческаго простатита. (Тамъ же.)

Диспепсія желудочно-кишечнаго тракта вслѣдствіе старческаго простатита. (Тамъ же.)

Natrum bicarbonicum при леченіи хронической ангины. (Тамъ же.)

Методы клиническаго изслѣдованія больныхъ. (Труды Юрьевской Мед. Клиники проф. С. М. Васильева т. I.)

Случай истерическихъ припадковъ вслѣдствіе заболѣванія носовой полости. (Запис. ассист. клиники д-ромъ В. Герлахомъ. Тамъ же.)

Два случая подвижной увеличенной селезенки. (Запис. студ. Биллигомъ. Тамъ же.)

Случай ложныхъ желчныхъ коликъ при обструкціи главнаго желчнаго протока. Нѣкоторыя данныя къ фармакологіи каломеля и oleum olivarum. Бактерійная теорія образованія желчныхъ и почечныхъ камней. (Записано студ. Шульцемъ. Berlin. Klinisch. Wochen. 1893 г. Труды Мед. клин. т. I.)

Два случая злокачественнаго малокровія. (Запис. студ. Мункомъ. Труды Мед. кл. т. I.)

Пониженіе температуры, какъ клиническій симптомъ распада внутреннихъ опухолей. (Запис. студ. Янесомъ. Тамъ же.)

Отсутствіе увеличенія селезенки, какъ діагностическій признакъ мускатнаго цирроза печени. (Запис. студ. Либовымъ. Тамъ же.)

Къ распознаванію аневризмъ грудной аорты. (Запис. студ. Бичунскимъ. Тамъ же.)

Случай расширенія желудка съ отрыжкою воспламеняющихся газовъ. (Запис. студ. Канелемъ, Тамъ же.)

Три случая полезнаго примѣненія кровоизвлеченія по способу проф. Г. А. Захарьина. (Запис. студ. Мункомъ. Тамъ же.)

Къ діагнозу наддіафрагматическаго нарыва, подтвержденнаго аутопсіей. (Запис. студ. Канелемъ. Тамъ же.)

Отчетъ о дѣятельности медицинской клиники за 1892/93 Академическій годъ.

О полиморфизмѣ раковыхъ опухолей и клиническомъ значеніи температуры при ракѣ внутреннихъ органовъ. (Докладъ 13-му конгрессу Германскихъ терапевтовъ. Verhandl. des XIII Congr. f. inner. Med. Труды Медиц. клин. т. II.)

Къ казуистикѣ злокачественныхъ новообразованій въ грудной полости. (Запис. ассист. клин. Крупецкимъ. Труды Мед. Кл. т. IV.)

Случай желѣзнодорожнаго невроза. (Запис студ. Губергрицомъ. Тамъ же.)

Случай злокачественнаго малокровія. (Запис. д-ромъ Рыбальченко. Тамъ же.)

Случай терапевтическаго примѣненія поджелудочной железы при diabet. mellit. (Запис. студ. Борманомъ. Тамъ же.)

Введеніе въ курсъ клиники внутр. болѣзней. Юрьевъ 1897 г.

Леченіе хроническаго гастрита. Юрьевъ 1900.

Газета „Медицина“ съ 1889 г.

Труды Юрьевской Медицинской клиники съ 1892 г. (пять томовъ).

Замѣченныя опечатки.

Стр.:	Строка:	Напечатано:	Нужно:
1	7 сверху	На основаній	На основаніи
8	8 снизу	пишу	пищу
31	6 снизу	желутка	желудка
39	6 сверху	язвенныха	язвенныхъ
41	17 сверху	пріятія	пріемовъ
54	5 сверху	изъявленіе	изъязвленіе
55	13 сверху	часто	часты
59	0 снизу	редидивирующихъ	рецидивирующихъ
62	1 сверху	экспериментальныя	экспериментальныя
64	1 снизу	кипитальнѣйшее	капитальнѣйшее
67	12 сверху	желуда	желудка
67	6 снизу	желука	желудка
68	6 снизу	брюшинную	брюшную
69	3 сверху	полосль	полость
74	13 снизу	излеченіо	излеченіе
76	5 снизу	поставилъ	поставить
77	1 сверху	сохринившемся	сохранившемся
77	13 снизу	Совѣмъ	Совсѣмъ
89	14 снизу	Продобной	Прободной
122	6 снизу	Aq. Distil. 1,0	Aq. Destil. 10,0
130	13 сверху	производитъ	производить
134	9 снизу	перешедшею	перешедшую
142	17 сверху	цо	по
153	14 сверху	хлоралъ-гитдратъ	хлоралъ-гидратъ
163	11 снизу	Deyen	Doyen
175	8 сверху	они	онѣ
177	6 снизу	они	онѣ
185	12 сверху	Green	Greenfield
185	13 сверху	Jinny	Finny