

27,302.

Ulcus ventriculi rotundum.

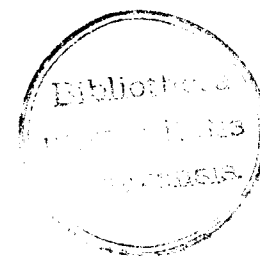
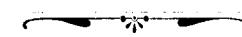
*Dans une science de fait les notions
generales sont presque toujours des
guides infidèles. Si l'on ne sème d'exem-
ples le long chemin des preceptes, on il
ennuit ou il égare.*

Percy.

*Longum iter per praecepta, breve
per exempla.*

Алексѣя Крупецкаго

Ассистента Факультетской Терапевтической Клиники Императорскаго
Юрьевского Университета.



Юрьевъ.

Типографія К. Матисена.

1897.

Къ ученію

объ

Ulcus ventriculi rotundum.

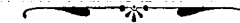
*Dans une science de fait les notions
generales sont presque tousjours des
guides infidèles. Si l'on ne sème d'exem-
ples le long chemin des preceptes, ou il
ennuit ou il égare.*

Percy.

*Longum iter per praecepta, breve
per exempla.*

Алексѣя Крупецкаго

Ассистента Факультетской Терапевтической Клиники Императорскаго
Юрьевскаго Университета.



Юрьевъ.

Типографія К. Матисена.

1897.

Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго Факультета Императорскаго Юрьевского Университета.

Юрьевъ, 15 Марта 1897 г.

(№ 243.)

Деканъ: А. Игнатовскій.

29 140 055

Оглавление.

	стр.
Глава I.	7
Вступленіе. Краткія историческія замѣчанія. Различныя названія язвы. Органы подвергающіеся заболѣванію. Сообщение Oskar'a Beutner'a о круглой язвѣ вагины. Локализациа язвы въ желудкѣ. Примѣчаніе. Число язвъ, форма и размѣры ихъ. Заживленіе. Пробоженіе стѣнки желудка. Нѣкоторыя данныя микроскопическаго изслѣдованія язвъ.	
Глава II.	25
Двадцать пять случаевъ круглой язвы желудка изъ Юрьевской Университетской терапевтической клиники.	
Глава III.	91
Неодинаковая частота заболѣванія круглой язвой желудка въ различныхъ мѣстностяхъ. Свѣдѣнія Sohler'n'a и другихъ о заболѣваемости круглой язвой въ Петербургѣ, Москвѣ и Юрьевѣ Лифляндскомъ. Мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ о причинахъ неодинаковой частоты язвы въ различныхъ мѣстностяхъ. Этиологія круглой язвы желудка.	
Глава IV.	132
Скрытая язва желудка. Симптомы язвы. Боль, ея причина и продолжительность, перемежки боли; значеніе признака для діагноза, отличіе отъ болей при другихъ заболѣваніяхъ. Рвота, значеніе признака. Крoваяя рвота, количество и цвѣтъ крови, отличіе отъ кровавой рвоты при другихъ заболѣваніяхъ. Крoвавыя испражненія; запоръ; другіе субъективные признаки язвы. Состояніе питанія больныхъ. Напряженіе прямыхъ мышцъ живота; локализациа боли; значеніе этихъ признаковъ. Цвѣтъ языка. Содержаніе соляной кислоты въ желудкѣ; опредѣленіе кислотъ въ желудочномъ сокѣ. Всасывательная и двигательная способности желудка. Состояніе крови при язвѣ; отличіе отъ рака. Распознаваніе болѣзни; отличіе отъ другихъ болѣзней.	
Глава V.	179
Теченіе круглой язвы желудка. Клиническія формы. Леченіе, діета, питательныя клизмы, медикаменты. Краткій историческій обзоръ терапіи язвы.	
Глава VI.	214
Исходы язвы; предсказаніе. Оперативная помощь при круглой язвѣ желудка. Показанія къ хирургическому вмѣшательству; возможность расширенія показаній. Заключение.	
Литература	249
Опечатки	255

Глава I.

Вступленіе. Краткія историческія замѣчанія. Различныя названія язвы. Органы подвергающіеся заболѣванію. Сообщеніе Oskar'a Beutner'a о круглой язвѣ вагины. Локализація язвы въ желудкѣ. Примѣчаніе. Число язвъ, форма и размѣры ихъ. Заживленіе. Прободеніе стѣнки желудка. Нѣкоторыя данныя микроскопическаго изслѣдованія язвъ.

Развитіе современной терапіи быстрыми шагами подвигается впередъ, придумываются новыя средства, открываются совершенно новыя методы леченія, дающіе возможность успѣшно бороться съ различными недугами человѣческаго организма; надежда примѣненія специфическихъ агентовъ въ терапіи инфекціонныхъ заболѣваній, повидимому, близка къ осуществленію; далѣе, возстановленію измѣненныхъ функций различныхъ органовъ положено начало въ примѣненіи органотерапіи, которая является какъ бы помощникомъ органу, функція коего нарушена, благодаря болѣзненному процессу, вызвавшему структурныя въ немъ измѣненія. Но все-таки остается цѣлый рядъ болѣзней, гдѣ терапія безсильна или благодаря тому, что еще неизвѣстенъ специфическій агентъ, способный убить микроба (ракъ) и парализовать дѣйствіе вредныхъ соковъ, развившихся въ органахъ, вслѣдствіе присутствія въ нихъ инфекціоннаго начала или, — анатомическія измѣненія въ заболѣвшемъ органѣ и сосѣднихъ съ нимъ частяхъ столь значительны, что примѣненіе терапев-

тическихъ методовъ остается безрезультатно въ смыслѣ восстановления нарушенныхъ болѣзнью частей органа и устранения нарушения правильной его функціи. Въ такихъ случаяхъ, несомнѣнно, огромную пользу можетъ принести ножъ хирурга; удаляя болѣзненный фокусъ, который своимъ присутствіемъ поддерживалъ расстройство отправленій органа, онъ исцѣляетъ болѣзнь и, такимъ образомъ, устраняетъ ненормальность функцій, ею вызванныхъ. Не менѣе, чѣмъ терапия, и хирургія нашего времени достигаетъ блестящихъ результатовъ, будучи основана, кромѣ точнаго знанія анатомическихъ отношеній, еще на правилахъ асептики и антисептики. Проникновеніе въ грудную и брюшную полости, казавшееся лѣтъ 20 назадъ крайне рискованнымъ, въ настоящее время дѣлается явленіемъ обыкновеннымъ, чему доказательствомъ служатъ тысячи лапаротомій, произведенныхъ съ блестящимъ успѣхомъ въ разныхъ концахъ міра. Введеніе въ практику асептики дало толчекъ развитію, главнымъ образомъ, брюшной хирургіи. Асептическое производство операций сдѣлало хирургическое вмѣшательство успѣшнымъ при болѣзняхъ почекъ, желчнаго пузыря, кишекъ, желудка и пр. Результаты операций подобнаго рода настолько хороши, что естественнымъ образомъ побуждаютъ хирурговъ все болѣе и болѣе расширять область ихъ примѣненія; въ этомъ отношеніи терапевты должны идти на встрѣчу хирургамъ; тѣмъ болѣе, что не всегда, какъ уже сказано, терапевтъ въ состояніи примѣненіемъ своихъ методовъ леченія измѣнить тѣ анатомическія ненормальности, которыя составляютъ сущность заболѣванія или являются его послѣдствіями. Къ числу заболѣваній, стоящихъ, такъ сказать, на границѣ терапии и хирургіи, гдѣ желательнo болѣе частое вмѣшательство хирурга, нужно отнести и круглую язву желудка. Въ настоящее время показанія къ хи-

рургическому леченію язвы не многочисленны, а между тѣмъ, иногда, въ теченіи болѣзни мы видимъ, что ни правильно установленная діета, ни соотвѣтственное леченіе не приносятъ облегченія больному, благодаря тому, что измѣненія (разрушенія), произведенныя болѣзнью, очень велики; въ такихъ-то случаяхъ и желательно болѣе частое примѣненіе хирургическихъ способовъ леченія, чѣмъ это дѣлается теперь. Но такое расширеніе примѣненія хирургическаго леченія язвы желудка будетъ имѣть мѣсто только тогда, когда, какъ думаетъ Микуличъ¹⁾, терапевты придутъ на помощь хирургамъ и, взявши на себя не легкій трудъ, составятъ ясную картину того, чего можно ожидать въ разныхъ стадіяхъ язвы отъ хирургическаго вмѣшательства.

Въ виду вышеизложеннаго, мнѣ было предложено Профессоромъ Степаномъ Михайловичемъ Васильевымъ воспользоваться матеріаломъ, имѣющимся въ его клиникѣ, и на основаніи его выяснить и установить тѣ признаки, когда въ теченіи язвы желудка желательно вмѣшательство хирурга и, такимъ образомъ, посильно содѣйствовать выясненію чрезвычайно важнаго и интереснаго вопроса о расширеніи показаній къ примѣненію оперативнаго леченія круглой язвы желудка.

Распознаваніе язвы желудка, какъ и всякой другой болѣзни, основывается по преимуществу на той суммѣ признаковъ, которые добываются при первоначальномъ изслѣдованіи больного и дальнѣйшемъ наблюденіи теченія болѣзни. Разсматривая, имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи, исторіи болѣзней, я пришелъ къ тому заключенію, что болѣею частію точный діагнозъ язвы основывается не на однихъ только клиническихъ симптомахъ болѣзни, но также и на данныхъ

1) Южно-русская медицинская газета № 39, 40, 1896 г.

анамнеза и этиологии, поэтому въ своей работѣ мнѣ пришлось коснуться и этого вопроса, а также и анатомическихъ измѣненій, производимыхъ болѣзнію какъ въ желудкѣ, такъ и въ сосѣднихъ органахъ, такъ какъ часто (не всегда) известная сумма анатомическихъ измѣненій обуславливаетъ известный комплексъ клиническихъ симптомовъ, придавая тотъ или другой оттѣнокъ картинѣ болѣзни.

Интересующая насъ болѣзнь сдѣлалась предметомъ тщательнаго и всесторонняго изученія сравнительно недавно. Хотя еще въ древнее время знали объ язвенныхъ заболѣваніяхъ желудка (Galenі. „De locis affectis“ t. IV. libr. V. cap. VI)¹⁾, но свѣдѣнія эти были очень скудны и сбивчивы до того, что даже предшественники Крувелье смѣшивали язву желудка съ карциномой. Впервые круглая язва желудка, по мнѣнію многочисленныхъ авторовъ, была выдѣлена въ отдѣльную нозологическую форму въ 1830 г. Крувелье, который далъ описаніе анатомическихъ измѣненій при названной болѣзни и клиническую картину симптомовъ. (Cruveilhier. Anatomie pathologique. T. I. livr. X. Paris 1829—35)²⁾ Однако, мнѣніе это Лебертъ³⁾ оспариваетъ и утверждаетъ, что ранѣе Крувелье, въ началѣ нынѣшняго столѣтія, Балъи (Morbid Anatomy of the human body, 2 edit. London 1812 г.) первый описалъ круглую язву желудка, какъ отдѣльную патологическую форму, отдѣлилъ ее отъ рака и далъ три рисунка самой язвы. Послѣ этихъ двухъ изслѣдователей, въ концѣ тридцатыхъ годовъ Рокитанскій обнародовалъ прекрасное описаніе круглой язвы желудка.

1) А. Щербаковъ. „Объ условіяхъ развитія круглой язвы желудка. Диссертация 1891 г. Москва стр. 268.

2) А. Щербаковъ I. с.

3) Руководство Практической Медицины ч II. стр. 452 1862 г.

Труды названныхъ ученыхъ послужили базисомъ для дальнѣйшаго изученія круглой язвы; причемъ позднѣйшими изслѣдователями было обращено особенное вниманіе на изученіе анатомическихъ измѣненій при названной болѣзни и на выясненіе ея этиологии, которая, не смотря на многочисленныя изысканія въ этой области, остается недостаточно выясненной. Что-же касается клинической картины страданія, то, со времени Крувелье, дѣло изученія симптомовъ и, слѣдовательно, облегченіе постановки діагноза мало подвинулось впередъ; путь къ распознаванію болѣзни нѣсколько расширился введеніемъ въ практику желудочнаго зонда, благодаря которому сдѣлалось возможнымъ изслѣдованіе состоянія пищеваренія въ больномъ желудкѣ, сдѣлалось возможнымъ опредѣленіе кислотности желудочнаго содержимаго и удалось подмѣтить тотъ фактъ, что при круглой язве очень часто наблюдается повышенное содержаніе соляной кислоты. Заслуга введенія въ практику мягкаго желудочнаго зонда принадлежитъ Эвальду¹⁾, чѣмъ воспользовался Лейбе²⁾ для систематическаго примѣненія въ діагностическихъ цѣляхъ.

Язвенное заболѣваніе стѣнки желудка, получившее вначалѣ отъ Крувелье названіе *Ulcus ventriculi chronicum simplex*, въ послѣдствіи приобрѣло еще много другихъ наименованій (*Ulcus ventriculi rotundum, simplex, perforans, chronicum, corrosivum, pepticum* и пр.), которыя говорятъ о попыткахъ разныхъ авторовъ дать точную характеристику заболѣванія или со стороны этиологическаго момента, или со стороны симптомовъ и исходовъ. Несмотря на такое обиліе названій, все-таки мы не имѣемъ ни одного, которое бы вполне исчерпывало вопросъ. И дѣйствительно, вся номенклатура язвы

1) 2) А. Щербаковъ I. с. стр. 41.

желудка не даетъ точнаго понятія о страданіи ни со стороны этиологии, ни со стороны анатомическихъ измѣненій и клиническихъ симптомовъ болѣзни.

Очень часто на вскрытіи мы видимъ, что язва, хотя и называется *rotundum*, не имѣетъ круглой формы, а принимаетъ инныя очертанія, сообразно мѣсту, которое она занимаетъ и времени ея возникновенія; точно также иногда приходится наблюдать нѣсколько язвъ, существующихъ въ одномъ и томъ же желудкѣ одновременно, несмотря на то, что она носитъ названіе *simplex*; названіе *perforans*, указывающее на исходъ язвы, опять таки не даетъ яснаго понятія о предметѣ и съ этой стороны, такъ какъ далеко не всегда происходитъ прободеніе стѣнки желудка; желаніе охарактеризовать болѣзнь со стороны ея теченія (*chronicum*) тоже не приводитъ къ цѣли, ибо извѣстно много случаевъ не имѣющихъ хроническаго теченія; такимъ-же достоинствомъ обладаютъ, повидимому, и остальные названія. Круглая форма язвы всетаки наиболѣе постоянный признакъ, по этому эпителию *rotundum* можно считать болѣе умѣстнымъ.

Круглая язва, кромѣ желудка, встрѣчается и въ другихъ отдѣлахъ пищеварительнаго тракта: въ пищеводѣ, въ *duodenum* и въ тонкихъ кишкахъ; кромѣ того, въ литературѣ имѣются указанія на заболѣваніе вагины аналогичной формой язвы.

Рокитанскій¹⁾ и вмѣстѣ съ нимъ другіе авторы²⁾

1) Въ желудка язва встрѣчается только въ верхней кривизнѣ двѣнадцатиперстной кишки, далѣе нигдѣ не находится по всему протяженію кишечнаго канала." Рокитанскій. Руков. частной патол. Анат., ч. II, стр. 277. 1844.

2) „Хроническая язва встрѣчается только въ желудкѣ и въ верхней части двѣнадцатиперстной кишки; въ другихъ частяхъ кишечнаго канала ея нигдѣ не бываетъ.“ Нимейеръ. Руководство частной патологіи и терапіи. Т. I, стр. 104, 1861 г.

утверждаютъ однако, что круглая язва наблюдается только въ желудкѣ и иногда въ двѣнадцатиперстной кишкѣ. Это мнѣніе Рокитанскаго раздѣляютъ, между прочимъ, Жакъ¹⁾ и патологоанатомъ Вирхъ-Гиршфельдъ: „кромѣ стѣнокъ желудка, совершенно подобное же язвенное образованіе встрѣчается еще только въ двѣнадцатиперстной кишкѣ (случаи круглой язвы въ пищеводѣ и слѣпой кишкѣ сомнительны)“²⁾. Образованіе этого язвеннаго процесса только въ желудкѣ и въ двѣнадцатиперстной кишкѣ заставляетъ думать, что причина лежитъ въ чисто мѣстныхъ условіяхъ, присущихъ только этому отдѣлу пищеварительныхъ путей. Подтвержденіе высказаннаго мнѣнія Циглеръ³⁾ видитъ въ переваривающемъ и растворяющемъ дѣйствіи желудочнаго сока, вліянію коего подвергаются только желудокъ и *duodenum*.

Но положеніе Рокитанскаго и согласныхъ съ нимъ авторовъ не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, такъ какъ на вскрытіи наблюдаются язвы, аналогичныя желудочной, и въ другихъ частяхъ пищеварительнаго канала.

Многіе другіе авторы, какъ-то: Кунце⁴⁾, Осер⁵⁾, Леубе⁶⁾, Н. Засѣцкій⁷⁾, въ противоположность мнѣнію Рокитанскаго, говорятъ, что это заболѣваніе встрѣчается не только въ желудкѣ и *duodenum*, но также въ пищеводѣ и въ нижнихъ отдѣлахъ кишечника, при чемъ заболѣваніе

1) Руководство Внутренней Патологіи т. III, стр. 149, 1878 г.

2) Вирхъ-Гиршфельдъ. Руководство Патологической Анатоміи. 1877 г. стр. 895.

3) Руководство Общей и Частной Патологической Анатоміи ч. I, стр. 484—485. 1883 г.

4) Учебникъ Практической Медицины т. I, стр. 245. 1877 г.

5) Реальная Энциклопедія Eulenburg'a т. VII, стр. 73. 1893 г.

6) Руководство къ болѣзнямъ пищеварительныхъ органовъ т. II, стр. 77. 1881 г. Цимсень.

7) Лекціи частной патологіи и терапіи т. I, стр. 283. 1896 г.

этихъ частей пищеварительныхъ органовъ встрѣчается несравненно рѣже, чѣмъ первыхъ двухъ. Кромѣ того Leube (l. c.) говоритъ, что съ язвой желудка имѣютъ большое сходство язвы, встрѣчающіяся „на шейкѣ матки“, тоже сопровождающіяся молекулярнымъ распадомъ.

До послѣдняго времени почти не было указаній въ литературѣ на заболѣваніе женской половой сферы круглой язвой, аналогичной язвѣ желудка. Чрезвычайная бѣдность литературы по этому вопросу заставляетъ меня остановиться нѣсколько дольше на сообщеніи д-ра Oskar'a Beutner'a¹⁾, появившемся въ 1896 году. Это мнѣ кажется тѣмъ болѣе умѣстнымъ, что этиологія круглой язвы желудка до сихъ поръ, несмотря на дружныя усилія весьма многихъ ученыхъ, недостаточно ясна. Заболѣваніе органа, не имѣющаго ничего общаго съ желудкомъ, и выясненіе этиологіи этого заболѣванія могутъ служить къ разъясненію причинъ появленія круглой язвы и въ пищеварительныхъ органахъ.

Oskar Beutner собралъ въ литературѣ 8 случаевъ заболѣванія вагины круглой язвой и прибавилъ къ нимъ еще два случая своихъ собственныхъ наблюденій; онъ считаетъ, что это заболѣваніе не столь рѣдко, какъ принято думать. Первый опубликовавшій два случая язвы вагины былъ Zahn (одинъ случай онъ описалъ въ 1889 году, другой въ 1894 г.). Beutner, разбирая этиологію собранныхъ имъ случаевъ, прежде всего отмѣчаетъ тотъ фактъ, что рѣшительно всѣ его пациентки преклоннаго возраста, такого возраста, когда обыкновенно происходитъ заболѣваніе кровеносной системы (arteriosclerosis), влекущее за собой нарушеніе питанія различныхъ органовъ. Въ первомъ

1) Oskar Beutner. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaecologie. Bd. III. N. 2. 1896.

случаѣ Zahn'a, кромѣ ясно выраженной *endarteritis chronica*, можно было доказать еще, что *arteria uterina* и вѣтвь ея *arteria vaginalis* сильно склерозированы, а одна вѣтвь, идущая къ *ulcus* совершенно не проходима; второй случай Zahn'a былъ съ тѣми же склеротическими измѣненіями *arteriae uterinae et vaginalis*, хотя закупорки сосуда не было найдено. Авторъ цитируемой нами статьи, относительно этиологіи приведенныхъ случаевъ, вполне соглашается съ Zahn'омъ, что „недостаточный притокъ артеріальной крови, вслѣдствіе непроходимости сосуда и отсутствія возможности образованія коллатеральнаго кровообращенія, и былъ причиной образованія язвъ.“ Третій случай, Browicz'a, относительно этиологіи (артероматозъ сосудовъ), вполне соотвѣтствуетъ случаямъ Zahn'a. Braithwaite'у первому пришлось наблюдать при жизни пациентки круглую язву вагины. У пациентки 55 лѣтъ, жившей въ очень дурныхъ гигиеническихъ условіяхъ, внезапно заболѣлъ глазъ, который пришлось удалить; существовавшая одновременно *ulcus rotundum vaginae* не поддавалась мѣстному леченію, которое поэтому было оставлено и назначено общее укрѣпляющее леченіе; язва зарубцевалась сама собой. Braithwaite полагаетъ, что здѣсь главную роль играли найденныя имъ бактеріи; Beutner же думаетъ, что язва возникла вслѣдствіе мѣстнаго расстройства питанія на почвѣ заболѣванія сосудовъ, чему была дана возможность во внѣшнихъ неблагоприятныхъ условіяхъ жизни больной, бактеріи же могли здѣсь играть только второстепенную роль. Случай Скавронскаго, въ отношеніи этиологіи, тоже указываетъ на заболѣваніе кровеносныхъ сосудовъ, съ сильной анеміей и систолическимъ шумомъ въ сердцѣ. Случаи самого автора заставляютъ его, какъ и Zahn'a, придти къ тому заключенію, что главная причина язвъ вагины мѣстное расстройство кровообращенія, явившееся въ результатъ болѣзненно

измѣненныхъ кровеносныхъ сосудовъ; при чемъ, рядомъ съ измѣненіемъ въ кровеносной системѣ, въ числѣ производящихъ факторовъ нужно поставить и патологическое (разъѣдающее) выдѣленіе матки. На дѣйствительность этого фактора можетъ указывать то обстоятельство, что въ четырехъ случаяхъ язва локализовалась на задней стѣнкѣ *vaginae*, влѣво отъ *linea mediana*, приближаясь болѣе или менѣе къ наружному маточному зѣву, т. е., къ задней губѣ матки. Секретъ матки течетъ по преимуществу по задней стѣнкѣ вагины, а разъ онъ обладаетъ разъѣдающимъ свойствомъ (кислота), то нѣтъ ничего удивительнаго, что, дѣйствуя постоянно на одно и тоже мѣсто слизистой, измѣненной заболѣваніемъ сосудовъ, а слѣдовательно сдѣлавшейся менѣе способной противустоять разнымъ вреднымъ вліяніямъ, этотъ секретъ можетъ вызвать изъязвленіе слизистой *vaginae*. Второй случай автора интересенъ еще и въ томъ отношеніи, что рядомъ съ *ulcus rotundum vaginae* было констатировано и *ulcus duodeni*, что даетъ право думать объ общности причинъ въ томъ и другомъ случаѣ.

Ulcus rotundum vaginae можетъ протекать совершенно безъ всякихъ симптомовъ и жалобъ со стороны больной, и открывается только на вскрытіи, какъ это было въ случаѣ Zahn'a гдѣ больная пробыла въ больницѣ 6 лѣтъ и никто не подозрѣвалъ о существованіи у нея *ulcus rotundum vaginae*. У другихъ больныхъ бываютъ непріятныя субъективныя ощущенія, сильныя боли, частые позывы, жженіе и боль при мочеиспусканіи; жженіе и болѣзненное давленіе въ половыхъ частяхъ, увеличивающееся при ходьбѣ; сила всѣхъ этихъ ощущеній зависитъ, конечно, отъ индивидуальныхъ особенностей больной.

Часто смѣшивали *ulcus rotundum vaginae* съ сифилисомъ и карциномой, но въ первомъ случаѣ при распознаваніи помогаетъ отсутствіе индураций и бесполезность специфическаго леченія,

а во второмъ — отсутствіе опухоли и инфильтраціи сосѣднихъ частей, что часто наблюдается при ракѣ. Леченіе въ подобныхъ случаяхъ рекомендуется выжидательное, при чемъ укрѣпленіе всего организма вліяетъ на заживленіе язвы.

Обратимся опять къ круглой язвѣ пищеварительныхъ путей. Изъ всѣхъ частей этого тракта, въ конхъ она локализуется, наичаще этимъ заболѣваніемъ поражается желудокъ. Что касается мѣста, которое она занимаетъ въ желудкѣ, то, по Рокитанскому и другимъ авторамъ, это есть выходная часть желудка: „всего чаще встрѣчается въ средней части, принадлежащей къ выходной половинѣ желудка, чаще на задней, чѣмъ на передней стѣнкѣ и почти постоянно около малой кривизны, нерѣдко на самой кривизнѣ“¹⁾. Лебертъ²⁾, дѣлающій свои выводы на основаніи 53 случаевъ, говоритъ, что язва наичаще встрѣчается на малой кривизнѣ, вблизи *pylorus'a*, далѣе — на задней стѣнкѣ желудка и рѣже всего — на днѣ желудка и передней его стѣнкѣ. По Brinton'у, на котораго ссылаются Кунце, Leube, Засѣцкій, и др., собранному 220 случаевъ, язва помѣщалась: на задней стѣнкѣ 45,3 %, на *curvatura minor* 26,8 %, на выходной части 15,6 %, что составляетъ $\frac{4}{5}$ или 87,7 % всѣхъ случаевъ; въ остальныхъ 12,3 % или въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ случаевъ язва была расположена на передней стѣнкѣ 8 %, на *curvatura major* 2,4 %, и на входной части 1,9 %³⁾; по Rosenheim'у (*Pathologie und Therapie* стр. 169)⁴⁾: на задней стѣнкѣ — 40 %, на малой кривизнѣ — 15 %, *pars pylorica* — 25 %, на передней стѣнкѣ — 20 %.

Наши наблюденія почти совпадаютъ съ указаніями выше-

1) Рокитанскій. I. с. стр. 277.

2) Лебертъ. I. с. стр. 453.

3) Засѣцкій I. с. стр. 284.

4) O. Wegele. Терапія болѣзней желудка и кишокъ стр. 231. Москва 1896 г.

приведенныхъ авторовъ; такъ изъ протоколовъ 1) вскрытій, имѣвшихся въ нашемъ распоряженіи можно констатировать, что язва помѣщалась на задней стѣнкѣ близъ pylorus'a и малой кривизны — одинъ разъ (протоколъ вскрытія при исторіи болѣзни № 19), на малой кривизнѣ — два раза (протоколъ при исторіи болѣзни № 24 и примѣчаніе — протоколъ № 1), въ выходной части (pylorus) — два раза (примѣчаніе протоколъ № 2 и № 3.) и на передней стѣнкѣ, вблизи pylorus'a одинъ разъ (протоколъ при исторіи болѣзни № 22.)

1) Примѣчаніе. Ниже приведенные протоколы вскрытій, равно и протоколы, помѣщенные при исторіяхъ болѣзней, были любезно предоставлены въ мое распоряженіе профессоромъ В. А. Афанасьевымъ.

Выдержки изъ протоколовъ вскрытій.

Протоколъ № 1. Авраамъ Манникъ 31 года. Умеръ 23 Февраля 1892 г., вскрытіе 24 Февр.

Клиническій діагнозъ: Stenosis pylori ex ulcere ventriculi.

... Въ желудкѣ находится 2—3 литра буровой, весьма мутной жидкости, слабо-кислаго запаха, и большое количество газа, горящаго синеватымъ пламенемъ. При наполненіи желудка (предварительно опорожненнаго) водою, онъ принимаетъ свои первоначальные размѣры — емкость 4—6 литровъ. При вливаніи 8 литровъ, стѣнки желудка становятся растянутыми, подобно барабану. При такомъ наполненіи въ желудокъ попадаютъ 2—3 кб. с. воздуха. Послѣ вскрытія желудка, на слизистой оболочкѣ его оказывается крупная зернистость, толстый слой стекловидной слизи и много точечныхъ геморрагій. Кромѣ того на малой кривизнѣ находится большая язва, продольный размѣръ которой 5 ст., поперечный — 3 ст., дно язвы имѣетъ рубцовое строеніе и вдается глубоко въ ретроперитонеальную ткань. Ткань окружающая дно язвы пропитана водою, а на днѣ язвы множество мелкихъ, въ видѣ песка, зеренъ; дно язвы сращено съ pancreas'омъ. Также и слизистая pylorus'a представляется сильно набухшей, другихъ измѣненій нѣтъ...

Анатомическій діагнозъ: Ulcus ventriculi simplex et dilatatio ventriculi.

Протоколъ № 2. Александръ Блокъ 39 лѣтъ. Умеръ 7 Марта 1892 г., вскрытіе 8 Марта. Клиническій діагнозъ: Ulcus ventriculi.

... Въ желудкѣ большое количество черного содержимаго, слизистая сильно имbibирована кровью; складки слизистой сильно выдаются. У самого мѣста перехода pylori въ duodenum, на задней стѣнкѣ кишки замѣчается дефектъ стѣнки, посредствомъ котораго кишка находится въ открытомъ сообщеніи съ брюшной полостью. Край дефекта острый, весьма красны и образуютъ нѣсколько пазухъ. Содержимое duodeni окрашено желчью; слизистая безъ измѣненія. На мѣстѣ дефекта стѣнка кишки сильно сращена съ шейкой желчнаго пузыря.

Анатомическій діагнозъ: Ulcus perforans pylori, peritonitis fibrinosa, oedema pulmonum, nephritis interstitialis, arteriosclerosis.

и тамъ-же ближе къ Cardia — одинъ разъ (примѣчаніе, протоколъ № 4). Такимъ образомъ изъ вышеприведеннаго мы видимъ, что наичаще поражается болѣзною часть желудка, прилежащая къ pylorus'у, именно задняя стѣнка ближе къ малой кривизнѣ, или язва развивается на ней; остальная же часть желудка, гораздо большая, заболѣваетъ несравненно рѣже.

Что касается числа язвъ, появляющихся въ одномъ и томъ-же желудкѣ, то оно бываетъ различно. Въ большинствѣ случаевъ развивается одна язва, какъ это наблюдалось

Протоколъ № 3. Вильгельмъ Шульцъ 44 года. Умеръ 19 Марта 1892 г., вскрытіе 20-го. — Клиническій діагнозъ: Ulcus ventriculi. Icterus catarrhalis. ... Въ желудкѣ газъ, горящій синевато-фіолетовымъ пламенемъ, кромѣ того большое количество сѣрой жидкости съ примѣсью слизи.

Слизистая оболочка желудка, въ общемъ сильно набухшая, весьма зернистаго строенія. Pylorus узокъ; на слизистой его много продолговатыхъ рубцовъ и складокъ.

Анатомическій діагнозъ. Atrophia marantica, catarrhus et dilatatio ventriculi, cicatrices post ulcera pylori.

Протоколъ № 4. А. З. 21 года; умеръ 26 Февраля 1896 г., вскрытіе 27 Февраля.

Трупъ мужчины 21 года, среднего роста и сложенія, удовлетворительнаго питанія. Брюшная полость. При вскрытіи брюшной полости, съ нѣкоторымъ шумомъ выдѣляется струя воюпаго газа; въ ней, кромѣ газовъ, находится большое количество (около 6 фун.) грязно-мутной, отчасти желтоватой жидкости. На передне-верхней поверхности желудка, недалеко отъ мѣста вхожденія въ него пищевода замѣчается отверстіе круглой формы 1½ сент. въ діаметрѣ. Это отверстіе ведетъ въ небольшую полость, величиною въ грецкій орѣхъ, помѣщающуюся между серозной и слизистой оболочками желудка; на днѣ ея видѣтъ развѣтвляющійся артеріальный сосудъ съ свернувшейся кровью. Полость эта въ свою очередь сообщается съ желудкомъ при помощи другого также круглаго отверстія, но имѣющаго въ поперечникѣ 4 сент. Край обоихъ отверстій какъ бы обрѣзаны, гладки и блѣдны. Черезъ оба эти отверстія происходитъ свободное сообщеніе желудка съ брюшной полостью. Слизистая оболочка желудка вокругъ внутренняго отверстія блѣдно-розоваго цвѣта, безъ всякаго утолщенія; отверстіе это находится на передне-задней поверхности малой кривизны желудка, на разстояніи 4 ст. отъ пищевода; прочая часть слизистой оболочки желудка утолщена, рыхла, нѣсколько полнокровна; привратникъ желудка безъ измѣненій.

Анатомическій діагнозъ: Ulcus ventriculi perforans, inde peritonitis stercorealis. Hypaeremia meningeae et — cerebri. Pleuritis adhaesiva utriusque lateris. Hypaeremia pulmonum. Degeneratio fusca cordis.

и у нашихъ больныхъ, сдѣлавшихся въ послѣдствіе предметъ аутопсіи; образованіе двухъ и болѣе язвъ въ желудкѣ не представляетъ, однако, особенной рѣдкости, такъ Лебертъ (I. с. стр. 453) находилъ болѣе одной язвы въ $\frac{1}{5}$ всѣхъ своихъ случаевъ; по Brinton¹⁾ изъ 463 случаевъ въ 97 наблюдалось болѣе одной язвы, а именно: по 2 язвы 57 случаевъ, по 3—16 случаевъ, по 4—3 случая, по 5—2 случая и болѣе 5—4 случая; число язвъ по Wollmann'y (Засѣцкій, Эйхгорстъ) можетъ въ иныхъ случаяхъ дойти до 8. Рокитанскому²⁾ тоже приходилось наблюдать отъ 2-хъ до 5 язвъ одновременно, и въ такихъ случаяхъ язвы помѣщались обычно рядомъ чаще на малой кривизнѣ или на задней стѣнкѣ; а расположеніе язвъ одна противъ другой на передней и задней стѣнкѣ, впротивность мнѣнію Бирхъ-Гиршфельда³⁾, встрѣчается рѣдко.

Форма язвы, какъ видно изъ самаго названія, большею частію круглая, что относится, главнымъ образомъ, къ свѣжимъ язвамъ, не получившимъ еще большого распространенія въ ширину, и неизмѣнившимся поэтому круглой своей формы на овальную или — иныхъ очертаній. Въ дальнѣйшемъ теченіи, обыкновенно, очертанія язвъ измѣняются, большею частію онѣ принимаютъ овальную форму, рѣже, — вслѣдствіе не одинаковой глубины дна — извилистую; въ самомъ началѣ развитія овальная форма встрѣчается рѣдко. Иногда, при одновременномъ существованіи двухъ язвъ, онѣ соединяются вмѣстѣ и тогда очертаніе язвы соответствуетъ имъ обѣимъ. Такое же неправильное очертаніе имѣетъ язва въ томъ случаѣ, когда она расположена

1) Brinton. I. с. Die Krankheiten des Magens, стр. 112. 1862.

2) Рокитанскій. I. с. стр. 278.

3) Бирхъ-Гиршфельдъ. I. с. 892.

вокругъ привратника (Лебертъ¹⁾). Въ чистой формѣ язва желудка имѣетъ очень характерный видъ. Если смотрѣть на нее изъ внутри желудка, то она представляется конусообразной, основаніе конуса обращено внутрь желудка, а вершина къ периферіи; въ случаяхъ старыхъ язвъ потеря вещества бываетъ одинакова во всѣхъ слояхъ желудочной стѣнки и тогда утрачивается воронкообразность формы²⁾. Края язвы представляются обрѣзанными, какъ будто часть стѣнки желудка выбита пробойникомъ³⁾, спускается язва къ дну своему ступенеобразно; въ дальнѣйшемъ теченіи края дѣлаются толстыми и твердыми.

Глубина язвы бываетъ различна, въ однихъ случаяхъ страданіе ограничивается одной слизистой оболочкой или подслизистымъ слоемъ, а въ другихъ идетъ дальше на мышечный и оканчивается продыравливаніемъ стѣнки желудка. Дно язвъ обыкновенно бываетъ чисто и, когда изъязвленіе доходитъ до мышечнаго слоя, то мышцы становятся видны, какъ на анатомическомъ препаратѣ⁴⁾; иногда на днѣ замѣчается буроватый или геморрагическій налетъ. Поверхность дна бываетъ гладкая тогда, когда въ образованіе его не входятъ близлежащіе органы; оно бываетъ бугристо, какъ въ нашихъ наблюденіяхъ, гдѣ въ днѣ язвы находились передняя часть лѣвой доли печени и головка pancreas (протоколъ при исторіи болѣзни № 19), или — когда образуются въ сосѣднихъ частяхъ рубцевыя разращенія (протоколъ при исторіи болѣзни № 24). Иногда на днѣ язвы замѣчаются зіяющіе кровеносные сосуды, принадлежащіе или стѣнкамъ желудка или другимъ органамъ, принимающимъ участіе въ образованіи дна язвы.

1) Лебертъ. I. с. стр. 453.

2) Бирхъ-Гиршфельдъ. I. с. стр. 892.

3) Рокитанскій. I. с. стр. 277.

4) Эйхгорстъ. I. с. стр. 140.

Величина язвы бывает не одинакова, она колеблется от величины чечевицы до величины ладони, язвы послѣднихъ размѣровъ бываютъ рѣдко (Рокитанскій, Бирхъ-Гиршфельдъ). По наблюденіямъ Леберта обыкновенная величина язвы бываетъ отъ 2 до 5 франковой монеты. Самая большая язва была описана Cruveilhier'омъ: длина ея была 16,5, а ширина 8,5 ст.; намъ приходилось наблюдать язву длиною 6¹/₂, а шириною въ 3¹/₂ ст. (протоколъ при исторіи болѣзни № 19). Діаметръ язвы не всегда соответствуетъ глубинѣ ея, иногда маленькая язва вызываетъ перфорацию и наоборотъ — язва большихъ размѣровъ бываетъ поверхностна.

Въ случаѣ благопріятнаго исхода, язва заживаетъ, на ея мѣстѣ образуется лучистый рубецъ; наибольшую склонность къ заживленію обнаруживаютъ язвы небольшихъ размѣровъ и не глубокія. Язвы съ большой потерей вещества рѣдко излѣчиваются, за исключеніемъ, такъ называемыхъ, опоясывающихъ язвъ, которыя имѣютъ большое протяженіе въ длину и очень узкій поперечникъ.

Заживленіе глубокихъ язвъ, прободающихъ мышечную оболочку, по Рокитанскому¹⁾, происходитъ такимъ образомъ, что на днѣ язвы развивается рубцовая ткань, которая, стягиваясь, сближаетъ края язвы и они срастаются; въ такомъ случаѣ получается рубецъ, который, будучи самъ разнообразенъ, смотря по своимъ размѣрамъ и направленію, измѣняетъ форму желудка. Слѣдствіемъ такого рубцеванія, большею частію, происходятъ суженіе и непроходимость, если рубецъ находится возлѣ pylorus'a; если же язва находилась на малой кривизнѣ и простиралась на переднюю и заднюю стѣнки желудка, то, по зарубцеваніи, получается

1) Рокитанскій. I. с., стр. 280.

особая форма желудка въ видѣ песочныхъ часовъ, на что указываютъ и прежніе авторы, и недавно такой случай былъ описанъ д-ръ Karl'омъ Schwarz'емъ¹⁾.

По статистическимъ даннымъ почти половина язвъ зарубцовывается, такъ напр. у Лейбе²⁾ приведены цифры Brinton'a, гдѣ при вскрытіяхъ приходится открытыхъ язвъ 278 на 265 рубцовъ. Заживленіе язвъ нельзя, однако, всегда считать прочнымъ, часто наблюдаются возвраты, или вслѣдствіе изъязвленія рубцовъ, или же на новыхъ мѣстахъ образуются новыя язвы. Въ тяжелыхъ случаяхъ очень глубокія язвы ведутъ къ прободенію стѣнки желудка, и тогда содержимое его можетъ излиться въ брюшную полость и вызвать общій перитонитъ; это осложненіе язвы, равно какъ и разрывъ сосуда на днѣ ея съ послѣдующимъ кровотеченіемъ принадлежатъ къ самымъ опаснымъ осложненіямъ.

Не всегда, однако, прободеніе оканчивается общимъ перитонитомъ и смертью, но этотъ исходъ иногда отсрочивается; это бываетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда стѣнка желудка прочно срастается съ сосѣдними органами. Вслѣдствіе проникновенія язвы вглубь происходитъ слипчивое воспаленіе, ограниченный перитонитъ, который отсутствуетъ только въ ¹/₂ случаевъ, — такъ по Jaksch'y³⁾ изъ 57 случаевъ слипчивое воспаленіе было 22 раза; результатомъ его является сращеніе желудка съ сосѣдними органами, отчего можетъ произойти ограниченіе движеній желудка, въ иныхъ же случаяхъ сращенія происходятъ, вслѣдствіе давленія желудочнаго содержимаго, образованіе пазухъ и кармановъ⁴⁾. Наичаще желудокъ срастается съ печенью, селезенкой, рап-

1) Schwarz. Wiener klinische Wochenschrift 1896 г. № 25.

2) Лейбе. I. с., стр. 78.

3) Bouveret. I. с., 234.

4) Рокитанскій. I. с., стр. 283.

сгeас, лимфатическими железами, сальникомъ, тонкими кишками, ободочною кишкою, діафрагмой и передней брюшной стѣнкой. Последнее сращеніе наименѣе прочно, и оно, вслѣдствіе движеній желудка, часто разрывается и ведетъ къ разрыву желудка съ послѣдующимъ поступленіемъ содержимаго его въ полость брюшины. По Brinton'у въ 75 случаяхъ язвъ передней стѣнки прободеніе наступило 64 раза¹⁾. Кровотеченіе, представляющее значительную опасность, наступаетъ въ тѣхъ случаяхъ, когда изъязвляется какой нибудь значительный сосудъ; наичаще этому подвергаются *art. lienalis, coronaria ventriculi, pylorica, gastroepiploicae, gastroduodenalis* и ихъ вѣтки.

Микроскопическое изслѣдованіе свѣжихъ язвъ указываетъ на весьма слабо выраженные воспалительныя явленія²⁾. Слѣпые концы железистыхъ мѣшечковъ и отчасти мышечныя волокна не сильно инфильтрованы мелкими соединительно-тканными клѣтками. Стѣнки капилляровъ инфильтрованы сильно преломляющей свѣтъ субстанціей, которая хорошо красится пикрокарминомъ. По Опенховскому (*Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie. Bd. CXVII, Heft 2*) это есть гіалиновая инфильтрація. Такимъ образомъ распаду тканей здѣсь не предшествуетъ сколько нибудь значительная клѣточная инфильтрація; слизивое воспаленіе, ведущее къ сращенію желудка съ сосѣдними органами, есть явленіе вторичное³⁾, а потому язва желудка не вполне подходитъ къ понятію о язвѣ, такъ какъ съ нимъ связано представленіе, кромѣ потери вещества, еще о нагноеніи и разращеніи грануляціонной ткани, здѣсь же дѣло идетъ о потерѣ веще-

1) Эйхгорстъ. I. с. стр. 142.

2) Bouveret. I. с. 231.

3) Циглеръ. I. с. стр. 485.

ства вслѣдствіе ограниченнаго некроза, безъ воспаленія¹⁾. Относительно грануляцій Ozer²⁾ полагаетъ, что онѣ всетаки развиваются, но въ большинствѣ случаевъ перевариваются желудочнымъ сокомъ, такъ что на вскрытіи мы ихъ и не наблюдаемъ.

Глава II.

Двадцать пять случаевъ круглой язвы желудка изъ Юрьевской Университетской терапевтической клиники.

Прежде чѣмъ заняться изученіемъ признаковъ, наличность коихъ можно считать за указаніе на необходимость хирургическаго вмѣшательства въ теченіи круглой язвы желудка, я считаю необходимымъ привести здѣсь описаніе тѣхъ клиническихъ случаевъ, на основаніи которыхъ можно судить о томъ, насколько эти признаки рельефны и насколько само теченіе болѣзни у субъектовъ, подлежащихъ операциі, разнится отъ такового у лицъ, излеченіе коихъ возможно и безъ операциі; сдѣлать это необходимо еще и потому, что въ дальнѣйшемъ изложеніи намъ придется дѣлать ссылки на приводимые ниже случаи заболѣванія круглой язвой желудка.

Мы собрали исторіи болѣзней 25 больныхъ, которыя и приводятся ниже. Всѣ больные были стаціонарные.

1) Бирхъ-Гиршфельдъ. I. с. стр. 892.

2) Энциклопедія Eulenburg'a, I. с. стр. 73.

Случай I.

Ж. С., 32 лѣтъ, поступилъ въ клинику 1 Марта, 1893 года, жалуясь на постоянныя боли въ подложечной области, которыя усиливаются послѣ ѣды и иногда ночью и распространяются на грудь и спину. Болѣзнь началась 1½ года назадъ.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ; жилище имѣетъ удовлетворительное, питается, главнымъ образомъ, растительной пищей. — черный хлѣбъ и картофель въ большомъ количествѣ съ селедкой составляютъ главные предметы его довольствія, мясо ѣстъ рѣдко, чаю и кофе вовсе не пьетъ, спиртные напитки употребляетъ очень рѣдко и въ малыхъ количествахъ. Женатъ, имѣетъ одного ребенка, выкидышей у жены не было.

Распростъ о теперешнемъ состояніи больного. Аппетитъ хорошій, но ѣстъ мало, боясь усиленія болей; жажда не усилена; пищу плохо пережевываетъ, во рту непріятный кислый вкусъ. Послѣ ѣды кислая отрыжка, иногда изжога, постоянная боль въ подложечной области послѣ ѣды дѣлается очень сильной, имѣетъ характеръ рвущій, рѣжущій, распространяется въ грудь, спину, правое плечо и весь животъ; продолжительность такой сильной боли различна и проходитъ послѣ рвоты. Дефекація бываетъ дня черезъ 2—3, сопровождается головокруженіемъ и сердцебіеніемъ, feces очень тверды, на нихъ иногда жилки крови. Въ животѣ, кромѣ вышеупомянутыхъ болей, ничего не замѣчалъ. Незначительный кашель по утрамъ. За время болѣзни сильно похудѣлъ и поблѣднѣлъ, силы упали. Спитъ не всегда хорошо; на-

строеніе духа угнетенное, память ослабѣла. На кожѣ ничего не замѣчалъ, кромѣ холодного пота во время приступа сильныхъ болей.

Анамнезъ. Полтора года назадъ у больного появился поносъ, который скоро прошелъ и смѣнился запорами; вскорѣ послѣ этого больной началъ замѣчать, что у него послѣ каждаго принятія пищи вздуваетъ животъ и дѣлается невыносимая боль подъ ложечкой, проходящая только послѣ рвоты. Въ дальнѣйшемъ теченіи боли сдѣлались постоянными и послѣ ѣды ожесточались; припадки сильной боли иногда дѣлались и на тощій желудокъ и ночью. — На 8 году жизни пациентъ перенесъ корь. Во время военной службы у него была какая то горячка.

Объективное изслѣдованіе. Ростъ средній, тѣлосложеніе слабое, вѣсъ 3 п. 21 ф., кожа блѣдная, тургоръ ея ослабленъ, на правой сторонѣ шеи замѣчается старый рубецъ, вслѣдствіе пораненія еще въ дѣтствѣ; жиръ подкожной клѣтчатки атрофированъ, мышцы дряблы. Видимыя слизистыя оболочки блѣднаго цвѣта. Шейныя железы не увеличены. Грудная клѣтка длинная; лопатки отстоятъ вродѣ крыльевъ; надключичныя и подключичныя пространства сильно выражены, межреберныя пространства растянуты. Объемъ груди 90, экскурсія 4 сант. При вдохѣ правая половина груди нѣсколько отстаетъ отъ лѣвой; границы легкихъ нормальны, перкуторный тонъ слегка притупленъ надъ обѣими верхушками, здѣсь же повышенъ *fremitus pectoralis*; въ правой верхушкѣ и у угла правой лопатки немного слышно среднепузырчатыхъ влажныхъ хриповъ; замѣчается небольшое количество слизистой мокроты; подъ микроскопомъ кое гдѣ видны бѣлые кровяные шарики, бациллъ нѣтъ. Въ сердцѣ ничего ненормального не найдено. Животъ втянутъ, прямыя мышцы живота

напряжены; при надавливании — ограниченная болезненность подъ ложечкой ближе къ лѣвому подреберью; нижняя граница желудка лежитъ на *linea umbilicalis*, содержаніе соляной кислоты повышено. Еосесъ кромѣ твердости ничего особеннаго не представляютъ. Мочи 1000 к. с., прозрачна, кислой реакціи, уд. вѣсъ 1023, въ ней ничего патологическаго не найдено. Нб. 70 %, красныхъ шариковъ 3,850,000, бѣлыхъ 4000.

Діагнозъ. *Ulcus ventriculi*. — Больному было назначено молоко и пилюли изъ *Arg. nitric.* и *extr. belladonae*.

2/III. Послѣ обѣда у больного появились очень сильныя боли въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи, больной не можетъ лежать, сидить, согнувшись и прижавши колѣна къ животу; такое положеніе нѣсколько облегчаетъ боль; область желудка очень болезненна при ощупывании; прямыя мышцы живота напряжены и тверды, какъ доска; приступъ боли тянется около часу, наконецъ, больного вырвало и ему стало легче, въ рвотѣ остатки пищи; чрезъ нѣсколько минутъ больного опять вырвало кровью; реакція рвотныхъ массъ сильно кислая; подъ микроскопомъ видны бѣлые кровяные шарики и измѣненные красные шарики. Больной чувствуетъ себя очень слабымъ. Вечеромъ и ночью такіе же приступы болей, сопровождавшіеся рвотой, но безъ крови — болеутоляющія не приносятъ облегченія. Былъ незначительный стулъ послѣ клистира.

3/III. Приступъ болей повторялся разъ 5 и всякій разъ сопровождался рвотой, но безъ крови. Въ даянѣйшемъ теченіи (3 недѣли) какъ боли, такъ и рвота оказались очень упорными и вслѣдствіе этого, *Argent. nitric.* былъ замѣненъ, *Bismuth subnitric.* по 1,0 три раза въ день. Къ концу четвертой недѣли больному стало нѣсколько лучше, боли пере-

стали появляться по ночамъ, такъ что онъ началъ спать спокойно и дневныя боли, наступавшія послѣ ѣды, сдѣлались не такъ рѣзки и продолжительны, рвота не всегда стала сопровождать приступъ болей и къ концу мѣсяца совершенно прекратилась. Съ 8 Апрѣля, т. е., чрезъ 38 дней послѣ поступленія въ клинику, боли уже больше не появлялись; больной чувствуетъ себя хорошо, спитъ достаточно, силы немного прибавилось; продолжаетъ принимать *Bismuth*. Съ 10 Апрѣля больному стали прибавлять къ молоку легкую удобоваримую пищу ввиду его слабости и сильнаго истощенія. Больной начинаеть полнѣть, силы прибавляются, аппетитъ прекрасный, настроеніе духа тоже, спитъ хорошо. 1 Мая больной выбылъ изъ клиники съ совершенно исчезнувшими желудочными явленіями; остался только упорный запоръ. Вѣсу прибыло $8\frac{3}{4}$ ф. При выходѣ изъ клиники больному былъ данъ совѣтъ быть осторожнымъ въ ѣдѣ, и ввиду явленій со стороны легкихъ, которыя остались почти тѣ-же, что при поступленіи въ клинику, былъ назначенъ еще *Creosot* и рекомендовано отдохнуть и не заниматься тяжелой работой въ теченіе лѣта. — Въ клиникѣ больной провелъ 60 дней.

Случай II.

Ю. К., 26 лѣтъ, поступилъ въ клинику 18 Авг. 1893 г., жалуясь на сильныя боли въ подложечной области, отрыжку и рвоту темнокраснаго цвѣта. Рвота бываетъ послѣ ѣды и началась 2 недѣли назадъ, а боли въ первый разъ появились весной прошлаго года.

Условія и образъ жизни больного. Больной, эстонецъ, занимается земледѣліемъ, жилище имѣетъ удовлетворительное, питается по преимуществу растительной пищей, главнымъ образомъ, крахмалистыми