

Из Желудочно-кишечного отделения пролетарской больницы в Ростове н/Д.
(зав. Л. М. Лихт).

О сифилисе пищевода.

Л. М. Лихт

Еще старыми авторами описаны случаи непроходимости пищевода, благополучно-излечившиеся под влиянием специфической терапии. Достоверные, однако, сведения сообщены впервые Вестом и Вирховым. Несколько возросло описание случаев люэса пищевода в связи с широким применением аутопсий. В значительной мере стал способствовать правильному разрешению этого вопроса и метод эзофагоскопии. Тем не менее и аутопсия, и эзофагоскопия убедили нас в том, что люэс пищевода является весьма редким заболеванием. Так, например, Luisez на 3.000 собственных эзофагоскопий констатировал всего лишь 2 несомненных случая люэса пищевода. Это обстоятельство дает право сделать вывод, что по ходу пищеварительной трубки пищевод является наименее уязвимым местом.

В этой краткой статье я хотел бы поделиться описанием случая люэса пищевода, но, прежде чем перейти к изложению его, следует, хотя бы бегло, остановиться на классификации, предлагаемой Шлезингером. Люэс поражает пищевод обычно в поздней своей стадии. Это поражение может сказаться в виде гуммозно-язвенного процесса; далее, мы наблюдаем случаи с преобладанием рубцовых структур; наконец, описаны формы, для которых характерным является образование фистулезных ходов с другими органами. Эти три типа, переплетаясь между собою, образуют новые, комбинированные формы эзофаголюэса. Далее надо отметить, что каждая из вышеизложенных форм не является вполне изолированной, а представляет подчас переход одной формы в другую. Так, рубцово-стенозирующая форма является исходом гуммозно-язвенного процесса, а фистулезная также является одним из редких проявлений того же гуммозно-язвенного поражения, которое, таким образом, является исходной формой эзофаголюэса. Приведенная классификация по Шлезингеру несколько искусственна, однако, на практике вполне приемлема, т. к. выпукло обозначает те или другие характерные черты, свойственные люэтическому поражению пищевода в данный момент.

Гуммозно-язвенный процесс может локализоваться как в верхнем отделе пищевода, так и внизу, близ кардии. Это поражение носит или чисто местный характер, ограничиваясь, обычно, только стенкой пищевода; или же пищевод вторично вовлекается в процесс, первично расположенный в одном из близ лежащих органов. Часто поражение, расположенное в нижнем отделе пищевода, захватывает и кардиальную часть, сопровождаясь, таким образом, целым рядом также и желудочных жалоб. Подобного рода случаи описаны Вирховым и Вестом. Гуммозно-язвенный процесс при своем рубцевании дает следующую форму, характеризующуюся стенотическими явлениями. Эта рубцовая форма может быть, пожалуй, названа по терминологии Лурья металлюэтической формой эзофаголюэса. Наконец, к третьей форме относятся такие случаи, где трахея, например, и пищевод сообщаются между собой фистулезным ходом, при чем поводом к образованию этого хода служит проникающая гуммозная язва с той или другой стороны. Характерным для этой формы является кашель, появляющийся во время питья или еды, причем часть проглоченного выделяется кашлевыми толчками. Подобного рода случаи нам однажды пришлось наблюдать в амбулаторной практике. К сожалению дальнейшая судьба этого больного нами не прослежена.

Клиника сифилиса пищевода с кардинальным своим симптомом—дисфагией, не является характерной ни для одной из вышеизложенных форм. При дифференциальном диагнозе приходится учитывать результат серологической реакции, указания на перенесенный люэс, возраст больного и другие проявления висцерального сифилиса. Следует обязательно прибегнуть к рентгеноскопическому исследованию, которое дает иногда возможность дифференцировать картину эзофагоспазма от анатомических изменений стенки пищевода. Особенно ценным является эзофагоскопический метод обследования, дающий возможность непосредственно глазом осмотреть место препятствия и порой добыть материал для гистологического исследования. Что касается диагностической ценности метода *ex juvantibus*, то он

также не является вполне надежным: стойкие рубцовые изменения не реагируют на специфическую терапию. Продолжительный срок болезни, исчисляемый подчас годами, также способствует правильным диагностическим выводам. Какексии не следует придавать решающее значение, так как и при люэсе пищевода, из-за затрудненного глотания, может резко понизиться вес больного. У молодых пациентов не следует слишком спешить с диагнозом эзофагоспазма, так как нам сейчас достоверно известно, что длительный спазм пищевода может быть обусловлен анатомическим субстратом в окружности пищевода. В подобном рода случаях особенно желательным является курс пробной специфической терапии, который может в некоторых случаях предупредить развитие стойкой рубцовой ткани (Шлезингер).

Из наших двух случаев сифилиса пищевода особенно ценным является первый, прослеженный нами уже в течение нескольких лет; к описанию его мы перейдем.

Больной Г., 55 лет, мастер обувной фабрики, поступил с жалобами на задержку твердой пищи в области нижней трети пищевода; жидкая же пища, особенно принятая в большом количестве сразу, проходит свободно. В течение дня, независимо от приема пищи и без видимой на то причины, неожиданно появляются сжимающие боли под ложечкой, продолжительностью, примерно, до 2—3 минут. За последние полтора месяца несколько похудел, хотя аппетит полностью сохранен: „жена даже обижается на мой аппетит“. Больной себя считает около 12 лет. По поводу данного заболевания неоднократно лечился в разных городах Союза. В 1925 году при исследовании желудочного сока обнаружено было: общая кислотность 92, свободная солевая кислота 64, связанная 23; в дальнейшем общая кислотность снизилась и не подымалась уже выше 30. В 1926 году больной впервые был подвергнут в г. Москве рентгенокопии пищевода. Исследование обнаружило: сужение пищевода близ кардии постоянного характера; очертания суженного участка представляются неровными. Густая висмутовая каша медленно проходит суженное место пищевода, некоторое время задерживаясь в вышележащем расширенном участке его. Рентгенологический диагноз: сужение пищевода органического характера, повидимому, на почве рака. Аорта удлинена, дуга ее выдается в левую сторону; пульсация аорты усилена. Наибольший поперечник сосудистого пупка $7\frac{1}{2}$ см. Произведенная реакция Вассермана дала тогда отрицательный ответ. Систематические приемы иода в течение двух-трех недель всегда значительно облегчали прохождение пищи; наступавшие, однако, обычно явления иодизма заставляли каждый раз прекращать лечение. Из 12 беременностей у жены четыре закончились абортom, одна — мертворожденным, семеро детей умерло в раннем детстве. Больной в годы молодости умеренно злоупотреблял алкоголем, венерические болезни отрицает. Ожогов пищевода не было. Данные объективного исследования: наружные покровы слегка бледны, питание понижено, вес больного 52 кило, лимфатический аппарат — норма, легкие — норма, тоны сердца слегка глухи. При пальпации живота небольшое мышечное напряжение и болезненность в эпигастриальной области. Исследование желудочного сока: химификация комкообразная, общ. кисл.—37, своб. НС1—20, связ. НС1—15, слизь в небольшом количестве. Общ. исслед. крови: гемогл.—71%, эритроц.—4.020.000, лейкоц.—6.900, соотно. между ними 1:582, цвет. показ.—0,9; лейкоц. ф-ла по Шиллингу: эоз.—0, пал.—14,5, сегмен.—34, 5, лимф.—39, мон.—12. Реакц. Вассермана — положительная. Рентгенокопия желудка; контрастная масса, проходя по пищеводу, образует слепок, резко суживающийся на уровне 6—7 см. над куполом диафрагмы и ниже, и узкой ровной струей проходит в желудок. Над местом сужения пищевод расширен воронкообразно, а сверху диффузно. Контрастная масса проходит толчками, благодаря усиленной перистальтике пищевода. Желудок гипотоничен. Положение, форма, подвижность — норма. Широкая зона гиперсекреции. Перистальтика глубокая, начинается у самого свода по большой кривизне. Опорожнение — норма. Через шесть часов в желудке контрастной массы нет“ (С. Гурвич). При консультации с невропатологом у б-ного диагностирован *tabes dorsalis*.

Анамнез, полученные объективные данные, положительная реакция Вассермана, поражение аорты, наличие *tabes'a* и давность процесса давали полную возможность исключить злокачественное новообразование в пищеводе и диагностировать специфическое поражение его нижнего отдела. Однако, мы заранее не ожидали большого успеха от антилюэтического лечения, так как длительность процесса заставляла ожидать уже развития рубцовой ткани.

Дальнейшее течение подтвердило наше предположение: наряду с увеличением веса больного на 5 кг., улучшением картины красной крови, слабо-положительной

реакции Вассермана и исчезновением сжимающих болей под ложечкой, — наряду со всем этим прохождение твердой пищи по пищеводу улучшилось лишь слегка; зато жидкая п. стала проходить совершенно свободно. Уже четыре года больной находится под нашим наблюдением; он продолжает нести ответственную работу мастера на обувной фабрике. Чувствует себя вполне хорошо. Трудоспособность его сохранена полностью. Повторная рентгеноскопия сердца и пищевода от 15/X 33 г. дала следующие результаты: рентгеноскопия сердца: размеры сердца в пределах нормы, тень аорты широка, дуга ее резко выступает влево от тени позвоночника; диффузное аневризматическое расширение восходящей аорты. Пищевод: бариевая каша, наполняя пищевод, переходит в желудок по тонкому каналу; в кардиальной части пищевод воронкообразно суживается; здесь контуры его гладкие. Наблюдается перистальтика пищевода в остальной, несколько расширенной его части (Трапезонцев).

В проблеме висцерального сифилиса, наряду с такими крупными вопросами, как сифилис аорты, сердца, печени и т. д., люэс пищевода занимает второстепенное место; однако, полнота и цельность картины требует освещения и этого вопроса, несмотря на всю его редкость; это тем более важно, что не всегда нам бывает ясна этиология эзофагоспазмов в молодом возрасте: люэс может и здесь играть не последнюю роль.

Из Акушерско-гинекологического отделения Чебоксарской советской больницы ЧАССР.

К казуистике фибромиом матки.

Д-р Н. Е. Евдокимов.

Из практики мы знаем, что фибромиомы в матке развиваются преимущественно у женщин в полном расцвете их половой способности и что они возникают обычно у женщин или совершенно не рожавших, или мало рожавших. Кроме того, нам известно, что рост фибромиомы, за исключением случаев перерождения, прекращается с наступлением климактерического периода и что до наступления половой зрелости развития фибромиомы совершенно не наблюдается. Поэтому предполагаемая связь между развитием фибромиомы матки и деятельностью яичника вполне естественна и реальна, на что впервые указал А. Хегар в 1887 году.

В настоящее время, в генезе фибромиомы доминирующая роль приписывается гиперемии тех или других органов женской половой сферы, в частности активности гиперемии, зависящей от повышения внутренней секреции яичников, дисфункция которых, как утверждает Р. Шредер, служит причиной нарушения кровообращения в малом тазу и в органах в нем заключающихся.

И действительно, исследования новейших авторов показывают, что у женщин с фибромиомами матки продукция лютеиновой ткани в яичниках, в элементах которой современная наука видит главных носителей внутрисекреторной функции, является значительно повышенной. Зейтс даже говорит о существовании особого „*myoöthormone*“ в яичнике.

Кроме того, как отметил Ф. Катц, когда фибромиома развивается в цветущем возрасте женщины, наблюдалось у нее и раннее наступление половой зрелости. С другой стороны, наблюдения показывают, что у женщин, имеющих фибромиому, наступление климактерического периода, как правило, затягивается. Приписывать большое значение внутрисекреторному влиянию фиброзной ткани на деятельность яичника, конечно, здесь нет достаточного основания (Ашнер). К тому же еще исследованиями целого ряда авторов установлено, что при фибромиомах матки мелкокистозное перерождение и другие дегенеративные изменения яичников представляют собой явление частое и постоянное, а Lahn указывает еще на часто встречающиеся в яичнике содрога fibrosa, которые, по его мнению, образуются путем атрезии фолликулов. В результате своих исследований Lahn приходит к выводу, что в яичнике при фибромиоме происходит значительное по числу развитие фолликулов, без образования, однако, в конечном итоге желтого тела и развития т. наз.