

в желудке остатки пищи. После завтрака к 72/28. Рентгеноскопия: при обычном просвечивании видны значительно раздутые петли кишок, после приема нескольких глотков контрастной массы виден значительно смещенный и приподнятый вправо желудок. Резкий спазм в области pylori, а также и анастомоза, расположенного кзади, к средней трети к большой кривизне. Через несколько минут отдельные небольшие порции проходят через анастомоз, образуя нишеподобный выступ. Подвижность резко ограничена. Диагноз: Perivisceritis, ulcus pept. jejuni.

Случай 21-й. Больной М.—46 л., учитель. Болен 8 лет. Острые, режущие боли в гипогастрии через 2 часа после еды. Частая рвота непереваренной пищей, два раза каловая рвота. Поносы. В 1927 г. операция г. э. 3 года хорошее состояние, а затем боли возобновились. Жел. сок натошак 250 к. с., остатки непереваренной пищи. Кислотность 92/12. Микроскопически: слизь, ядра лейкоцитов, мышечные и растительные волокна, крахмал, дрожжи, нейтралжир. Рентгеноскопия: Fistula gastro-jejuno-colica.

Выводы.

1. При осложнениях после г. э.—кислотность желудочного содержимого в большинстве случаев повышена.
2. Забрасывание дуоденального содержимого играет незначительную роль в осреднении кислого содержимого желудка.
3. Медленное выделение нейтрального рвота, несмотря на высокие цифры кислотности, говорит за гастрические явления.
4. „Гастроэнтеростомический симптомокомплекс“ является выражением обострения гастрита.
5. % milgr хлоридов в крови оперированных больных повышен.
6. Количество ксантопротеина в крови у оперированных больных повышено.
7. Излишний радикализм в питании оперированных на желудке больных (ранний переход на грубую пищу) увеличивает процент послеоперационных осложнений.
8. В значительном проценте случаев т. н. г. э. симптомокомплекс поддерживается наличием искусственного анастомоза и единственным методом лечения в данном случае является дегастроэнтеростомия.

Из Госпитальной Хирургической клиники Казанского госуд. медицинского института имени Ленина (Директор проф. В. Л. Боголюбов).

К клинике перфоративной язвы желудка.

Асс. П. А. Гулевич.

Перфоративная язва желудка, бывшая лет 15—20 тому назад относительно редкостью, в наши дни становится все более частым явлением в работе хирурга. Для подтверждения этого достаточно указать, что число случаев перф. язвы желудка, опубликованных в одной только русской литературе, превысило далеко за 1000, причем чуть ли не каждый день цифра эта нарастает.

Несмотря, однако, на значительность накопленного материала, мы не можем сказать, что настало время для окончательного подведения итогов и разрешения спорных вопросов, в изобилии накопившихся около этого заболевания.

Это обстоятельство не снимает необходимости дальнейших наблюдений и пристального изучения имеющегося клинического материала.

В основу настоящего сообщения положен накопившийся за последние годы материал Госпитальной хирургической клиники Каз. мединститута.

Наш материал обнимает 67 случаев перфоративной язвы, оперированных за последние 7 лет. Подробной же разработке мы могли подвергнуть только 50 случаев, т. к. часть историй болезни, из-за неполноты записей, не могла быть использованной.

По отношению ко всему язвенному материалу клиники за этот период, перфоративная язва составляет около 12%; однако, это отношение не может претендовать на отражение действительной части этого осложнения. Литературные данные, стремящиеся дать ответ на этот вопрос, колеблются в довольно широких пределах (1,2% Леубе, 10% Соколов) и, по понятным причинам, не могут претендовать на достоверность.

Движение наших случаев по годам:							
1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
(квартал)							
2	6	8	10	11	8	13	9

Для правильной оценки этой таблицы, необходимо отметить, что характер работы клиники за этот период несколько изменился: в первую половину этого периода клиника почти монополично обслуживала экстренную хирургию, а во вторую половину периода удельный вес экстренной хирургии в работе клиники свизился, т. к. открылся ряд новых лечучреждений. Таким образом, и в нашей статистике перфораций мы можем отметить некоторую тенденцию к росту,—обстоятельство, отмечаемое почти всеми авторами.

Распределение по месяцам:

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
8	4	5	9	13	3	4	3	1	4	6	7

Наибольшее количество случаев падает на апрель-май, затем следует ремиссия в летние месяцы, после чего начинается новый подъем с ноября.

Такое распределение перфоративных язв в течение года в общем соответствует движению язвенных больных в нашем отделении: весна и осень у нас являются своего рода язвенным сезоном,—так как сопровождаются наплывом язвенных больных.

Не останавливаясь на соображениях, высказывавшихся различными авторами по поводу причин обострений язвы в разное время года, отметим, что в наших условиях апрель и май являются месяцами, наиболее неблагоприятными в отношении витаминного рациона населения, — в этом, может быть и кроется причина весеннего подъема кривой перфораций на нашем материале. К этому склоняет нас и тщательный анализ анамнестических данных ряда больных, у которых другие этиологические моменты можно было исключить с большой достоверностью.

Возраст наших больных колеблется от 18 до 65 лет. Средний возраст равняется 36 годам. Превалирование среднего возраста отмечается во всех статистиках, и в этом отношении наш материал не представляет особенностей.

По соц. составу мы имели: рабочих 22, служащих 19, крестьян 16, учащихся 4, красноарм.—1, прочих—5.

По национальности: русских 59, татар 8.

По полу на 67 перфораций—1 женщина. На 1173 случая собранной нами статистики перфораций русских авторов на долю женщин приходится 31 случай (2,6%). Резкое превалирование мужчин в статистике перфораций не имеет еще достаточного объяснения. Хотя отношение частоты распространения язв между полами не может считаться установленным, все же несомненно, что язва у женщин, вопреки данным прежних авторов, встречается значительно реже, чем у мужчин. На материале отдельных хирургов это отношение колеблется: 1:10 (Рейн, Юдин), 1:12 (Успенский); 1:20—на нашем материале.

Если сопоставить эти цифры с 2,6% приведенной нами статистики—то создается впечатление, что язва у женщин менее склонна к перфорации. Нам кажется,

что в происхождении этого явления играют роль не столько внешние моменты, сколько гормональные особенности женского организма (повышенность регенеративных свойств женского организма).

По локализации: желудочных язв 31, дуоденальных 14, в 5 случаях локализация не указана.

Язвы желудочные: препилорических 13, малой кривизны 17, кардиального отдела 1. Дуоденальные язвы локализовались на передней поверхности 12 п. кишки в непосредственной близости пилоруса. Точная локализация двух язв не была установлена — они отнесены к пилородуоденальным.

Превалирование желудочных язв перед дуоденальными отмечается большинством статистиков. На материале Ю д и н а превалируют дуоденальные язвы (33: 56); по его данным дуоденальные язвы нередко имитируют желудочные, „наезжая“ на малую кривизну вследствие рубцового сморщивания сальника.

Однако, такое резкое превалирование дуоденальных язв на материале означенного автора едва ли может быть объяснено частотой „перемещения“ язвы и является скорее особенностью его материала.

Что касается нашего материала, то случаев, где возникали затруднения в отношении локализации, было сравнительно немного и, если бы все их отнести к дуоденальной локализации, — превалирование осталось бы все же за желудочной локализацией.

Средний возраст язв различных локализаций: 33,8 для препилорических, 37 для дуоденальных и 38 для язв малой кривизны.

Бессимптомные язвы дали следующую локализацию: дуоденальные 1, малая кривизна 1.

Величина перфоративного отверстия на нашем материале колебалась от величины просыаного зерна до 2-х см. и в некоторых случаях отверстие пропускало палец. В одном случае, оперированном в стадии поддиафрагмального абсцесса, перфоративное отверстие занимало почти всю малую кривизну.

Перфоративное отверстие дуоденальных язв, как правило, было незначительного размера (просо, чечевица), наибольший размер, наблюдавшийся на нашем материале — 1,5 см. (1 случай).

В 3 случаях перфоративное отверстие было закрыто печенью. Спайки были очень рыхлы и свидетельствовали о последовавшем после перфорации прикрытии; об этом же свидетельствовали фибриновые налеты в верхней части живота, ослизлость кишок и жидкость в брюшной полости.

Последующее закрытие перфорационного отверстия соседними органами оказывает чрезвычайно благоприятное влияние на дальнейшее течение процесса, могущего закончиться выздоровлением без оперативного вмешательства. В настоящее время имеется достаточно подобных наблюдений (Ю д и н, П р о м п т о в а, З и н г е р).

На нашем материале имеется одно наблюдение, где, при типичном анамнезе и клинической картине перфорации, подтвержденной рентгеновским исследованием (газ под диафрагмой), больной выздоровел, не подвергаясь оперативному вмешательству.

Удачные исходы операций на позднем сроке (после 45 часов и выше) по большей части обязаны также раннему прикрытию перфоративного отверстия. Прикрытия перфорации встречаются в общем не часто. У с п е н с к и й на 77 перфораций отмечает 6 случаев. Множественных перфораций, о которых имеются сообщения в литературе (Р а д о е в и ч, Б р у н н е р, Ю д и н), на нашем материале не встречалось.

Характер язв определялся *sub operatione*. Воспалительная отечность стенки желудка и кишок, нередко выраженная в сильной степени, затрудняла исследование и оценку результатов. В 33 случаях отмечен инфильтрат, при чем в 17 подчеркнута его плотность и язвы охарактеризированы как каллезные; в остальные случаях величина и плотность инфильтрата настолько вариировали, что высказаться о его происхождении представлялось затруднительным. Нам думается, что эти затруднения встречались не только у нас, и это следует иметь в виду при оценке данных статистики о характере перфоративных язв (по Р а д о е в и ч у каллезных язв — 60%).

В 3 случаях мы имели дело с раково-перерожденной язвой. Частота подобных находок колеблется от 5 до 10%.

Продолжительность заболевания по данным анамнеза на нашем материале—от 0 до 30 лет. Оставляя пока в стороне случаи, где перфорация возникла совершенно внезапно, имеем след. цифры: до 1 г. 8 случ., от 1—3 лет 9 случ., от 3—5 лет—9 случ., с 5—8 лет—8 случ., от 10—15 лет—4 случ., от 20 до 30 лет—1 случай. В 10 случаях продолжительность не указана.

В группе перфораций до 1 года отмечено появление симптомов со стороны желудка: в 5 случаях за 5 дней до перфорации, в 1 за месяц, в 1 за 2 месяца и в 1 случае за 6 месяцев.

Отмечается ли на нашем материале связь между возрастом язвы, о котором мы судим по изменениям, обнаруженным при операции, и анамнестическими данными о начале заболевания?

Если расположить наши случаи по возрастным группам, причем каллезными считать лишь язвы с плотным инфильтратом, по мере увеличения клинической давности заболевания у нас нарастало и число каллезных язв. Однако были и отклонения, свидетельствующие, что возраст язвы и давность заболевания, в клиническом смысле, не однозначны. Несмотря на это—данные о продолжительности заболевания не лишены своего значения: большинство перфораций приходится на группу молодых в клиническом смысле язв—обстоятельство, имеющее большое значение для клинициста.

В отношении характера *анамнестических жалоб* наш материал может быть разбит на 3 группы:

1. Случаи с язвенным анамнезом—28 случ.
2. Случаи с желудочным анамнезом—20 случ.
3. Без анамнеза—2 случая.

К первым 2 группам отнесено несколько случаев, где продолжительность анамнеза исчисляется несколькими днями (от 3—6 дней).

В случаях первой группы больные в прошлом отмечают кровавую рвоту, боли и изжогу после приема пищи, кровь в испражнениях.

По локализации: 20 приходится на желудок, 7 на дуоденум, локализация одной не отмечена; по характеру—12 каллезных.

Во второй группе жалобы носят менее определенный характер, причем большинство их не связано с приемом пищи. Язвы этой группы локализованы: 8 в желудке, 7 в дуоденуме, в 5 локализация не указана. В этой группе отмечено 4 каллезных язвы.

Если попытаться охарактеризовать связь характера жалоб больных с локализацией язв по отдельным группам,—то можно было бы отметить, что, с уменьшением числа язв с желудочной локализацией, анамнез больных становится менее рельефным и приобретает все более неопределенный „желудочный“ характер,—обстоятельство, отмеченное и другими (Юдин).

Несколько замечаний по поводу язв без анамнеза. Частота этих случаев на материале отдельных авторов колеблется в широких пределах (4% у Успенского, 11,3% у Шмидта, 21% у Радоевича, 23% на материале клиники Гессе). Нам кажется, что объяснение этому надо искать, как в тщательности собирания анамнеза, так и в строгости оценки добытых данных. По крайней мере, на нашем материале, применяя повторную проверку анамнеза в периоде выздоровления, мы могли убедиться, что в ряде случаев, зарегистрированных первоначально как не имеющих анамнеза,—анамнез все же обнаруживался; но он по большей части не имел яркого характера.

В 2 случаях мы все же не могли найти никаких анамнестических указаний на бывшее ранее заболевание желудка, несмотря на тщательный, несколько раз сделанный, распрос больных.

Близко к этим случаям стоят случаи, где, при отсутствии каких бы то ни было явлений со стороны желудка в прошлом, перфорация наступила вскоре после появления первых симптомов болезни.

Частота подобных „молодых“ язв по Радоевичу 10%, Успенскому 2%.

О характере процесса, приводящего эти язвы к перфорации, как известно, нет единодушия.

На нашем материале эти язвы ни по локализации, ни по изменениям, обнаруженным при операции, ничем не отличались, кроме перфорации, от обычных хронических язв желудка.

Продромальные явления на нашем материале отмечены в 22 случаях; боли в этом периоде не только усиливались, но и принимали постоянный характер. В 2 случаях наблюдалось повышение температуры до 38. Продолжительность продромальных явлений колебалось от нескольких часов до 22 дней.

Не останавливаясь детально на численном отношении отдельных *этиологических моментов*, нашедших свое отражение в анамнезе наших больных, отметим, что в качестве таковых в нашем материале фигурируют; алкоголь, грубое нарушение диеты, физическое напряжение, злоупотребление никотином. Однако, на ряду с этими случаями, где роль упомянутых моментов выступает довольно ярко, имеется ряд других случаев, где означенные моменты совершенно отсутствовали: случаи наступления перфорации натощак при полном покое, у абстинентов и т. д. Влияние эпидемического фактора и особенно гриппа на нашем материале не отмечается. В ряде случаев решающее значение мы могли приписать авитаминозу. Из случаев, где отмечаются механические моменты, отметим 2 случая, где перфорация последовала в терапевтической клинике после рентгеновского исследования и случай, где перфорация последовала вслед за заворотом сигмы.

Переходя к *клинической картине* перфораций, отметим, что она различна, в зависимости от времени, протекшего от момента перфорации. Яркая вначале — она постепенно затухевывается явлениями развивающегося перитонита.

Из *субъективных жалоб* на первое место выступает *боль*, развившаяся внезапно и чрезвычайно интенсивная. Двое больных отмечают, что в момент возникновения боли они падали на землю, при чем один даже терял сознание; другие указывают, что в момент возникновения боли они сами ложились на землю. Боль с течением времени ослабевала, но не исчезала совсем: только в одном случае, через 3 часа после перфорации, наблюдалось настолько полное исчезновение боли, что, в связи с невыраженностью других симптомов, чуть не послужило причиной ошибки диагноза. В 2 случаях боль носила схваткообразный характер. Большинство больных отмечает возникновение боли в верхней части живота, в одном случае боль началась внизу живота — в области мочевого пузыря и отсюда распространилась по всему животу. В части случаев отмечаются иррадиации в спину, лопатку, в левую надключичную ямку. В одном из наших случаев иррадиация в затылок была настолько резкая, что составляла главную сущность жалоб больного. В случаях, поступавших на более позднем сроке, наибольшие жалобы сосредоточивались нередко — на боли в правой подвздошной впадине.

Объективно: больной с самого начала производит впечатление тяжелого больного, скуп на разговоры, на заданные вопросы отвечает с трудом, с неохотой. Избегает менять принятое положение, иногда корчится (реже). Что касается отдельных симптомов, то на нашем материале отмечено:

1. *Напряжение мышц живота*. В 26 случаях мышцы были напряжены „как доска“, в остальных напряжение было менее выражено. Там, где напряжение было менее интенсивным, отмечалась наибольшая резистентность правой прямой мышцы в верхней части. В слу-

чаях поздних и особенно, где предварительно был впрыснут морфий, напряжение казалось меньшим и носило более равномерный характер. В 1 случае, наблюдавшемся через 3 часа после перфорации, напряжение совершенно отсутствовало.

2. *Реберный тип дыхания* отмечен в значительном большинстве случаев, в более поздних он не был резко выражен.

3. *Исчезновение печеночной тупости* отмечается в 16 случаях; в некоторых случаях наблюдалось не полное исчезновение, а, так называемое, сглаживание. На материале других авторов частота этого симптома колеблется от 25% (Дивер) до 50% (Гутчинсон).

4. *Френикус—симптом* отмечен в 18 случаях.

5. *Жидкость в животе* определялась главным образом в случаях более поздних и очень редко в первые часы после перфорации.

6. *Рвота* отмечена в 17 случаях и наблюдалась как в случаях ранних (через 3 часа), так и более поздних. Рвота носила по большей части однократный характер и наблюдалась нередко после приема любым какого-либо лекарства; в 2 случаях отмечена рвота кровью.

7. *Пульс* в большинстве случаев, наблюдавшихся первые часы после перфорации, замедлен, хорошего наполнения. Учащение пульса отмечается лишь в 3 случ., поступивших на раннем сроке.

Из других симптомов, наблюдавшихся на нашем материале, нередко отмечался стаз кишечной перистальтики вслед за перфорацией.

Случаев резкого шока на нашем материале не отмечается.

Не останавливаясь на диагнозе перфораций, не представляющем в типических случаях затруднений, отмечу, что там, где возникали затруднения, нередко большую помощь оказывала *гемограмма* и, иногда, *рентгеновское исследование*.

Лейкоцитоз, по данным наших гемограмм, относящихся к первым часам после перфорации, колеблется от 8450 до 28350. Отмечается нейтрофилия порядка 80—82%. Особенно характерным является сдвиг в группе нейтрофилов, причем отношение сегментоядерных к палочкоядерным и юным выражается цифрами, близкими к единице. Обладая значительным количеством гемограмм, относящихся к случаям „острого живота“, мы ни при одном из заболеваний этой категории, с которым приходится дифференцировать перф. язвы, не наблюдали в первые часы такого сдвига, как при язве. *Поэтому гемограмме мы придаем большое диагностическое значение.*

Диагностические ошибки, имевшие место в нашем материале, относятся как в сторону нераспознавания имевшейся язвы, так и в сторону распознавания перфорации там, где ее не было. В 4 случаях перфорация была принята за острый аппендицит, 2 раза за илеус. Ошибка была распознана при операции. В одном случае за перфорацию был принят ileus verminosus, в 1 случае—lymphadenitis mesenterialis. В 2 случаях пневмония чуть не послужила причиной ошибки, и только повторное общее исследование позволило правильно распознать страдание.

Лечение. В наших случаях применялся шов (30 раз) или шов + gastroenterostomia (20 раз). Последняя применялась преимущественно в случаях, где грозило сужение желудка. Жидкость из брюшной полости удалялась протиранием марлевыми компрессами. В правой илеоцекальной области делалось противоотверстие, через которое заводилась

полоска в малый таз (18 р.). Брюшная рана зашивалась наглухо 47 раз, суживалась швами 4 р. Под кожу, как правило, вводилась полоска, удаляемая через 24—48 часов.

Общий наркоз—38 раз, местная инфильтрационная анестезия—12 раз.

Результаты лечения непосредственные: на 67 случаев 25 смертей (37,3%). Если откинуть из этого числа 2 случая, где смерть последовала на 32 и 39 день после операции от причин, не находящихся в прямой связи с операцией, то общая смертность выразится 34,3%.

Непосредственные результаты, в зависимости от времени, протекшего до операции, сгруппированы в таблице 1.

Таблица I.		
Время до операции	Оперировано	Умерло.
1— 6 ч.	8	3
6—12 ч.	18	6
12—24 ч.	15	7
24—72 ч.	9	7
Всего:	50	23

Для правильной оценки приведенных данных необходимо иметь в виду, что из 67 оперированных случ. перф. яз. в таблицу, из за неполноты записей в части историй болезни, вошло только 50 случ., причем таблица охватывает 92% (23 из 25) летальных исходов и только 66% выздоровлений (27 из 42), наблюдавшихся на нашем материале. Не вошедшие в таблицу цифры выздоровлений, можно думать, относятся, главным образом, к ранним срокам и могли бы изменить наши результаты в лучшую сторону, придав таблице более нормальный вид.

Не останавливаясь пока на вероятном % выздоровлений по той или иной группе,—отметим: 1) что таблица в общем подтверждает общее положение о зависимости исходов от срока, протекшего до операции, и 2) позволяет характеризовать наш материал как „не свежий“, что имеет большое значение при оценке общей смертности, наблюдавшейся на нашем материале.

Особенностью таблицы является большая смертность на раннем сроке. Если отнести к этому сроку все не вошедшие в таблицу сл. выздоровлений, то и тогда наши результаты на этом сроке дали бы 14% смертности (3 из 23 сл.)—процент слишком высокий для консервативных операций при перфорации язвы желудка (5,9% по Красинцеву и Грекову и 4,8% на 103 опер. сл. в первые 6 часов по сборной статистике русских авторов).

Эти неблагоприятные результаты на раннем сроке были обусловлены исключительной тяжестью материала. Если отбросить 2 случая перфораций карциноматозных язв, дающих, как известно, более плохой прогноз, то наши непосредственные результаты на раннем сроке, можно думать, не отличались бы от приведенных выше статистик (4,8%—5,9%).

Исходы, в зависимости от характера вмешательства.

Таблица II. III о в.		
Время до операции	Оперировано	Умерло.
1— 6	4	1
6—12	8	1
12—24	10	6
24—72	8	7
	30	15

Табл. III. III о в. + Г. Э.		
Время до операции	Оперировано	Умерло.
1— 6	4	2
6—12	10	5
12—24	5	1
24—72	1	0
	20	8

Сравнивая обе таблицы и принимая во внимание, что шву подвергались наиболее тяжелые случаи, трудно отказаться от впечатления, что Г. Э. на нашем материале не являлась отягчающим моментом.

Причины смерти. Большая часть нашего материала не подвергалась вскрытию и причины смерти устанавливались на основании клинического наблюдения за послеоперационным течением. Случаи, в которых возникали какие-либо сомнения, подвергались вскрытию. Из 23 лет. исходов 18 отнесены к перитониту, в 3—пневмония, в 1—туберкулез (больной погиб на 39-й день), в 1—сепсис с скарлатинозной сыпью (больной погиб на 4-й день). Осложнения со стороны брюшной раны: в 3-х случаях расхождение раны до апоневроза; в 1 случае, проводившемся с полоской в брюшной полости, вслед за расхождением брюшной раны (на 5-й день) наблюдалось расхождение швов на желудке (на 10-й день). Случай этот кончился летально.

Нагноение кожных швов отмечено 13 раз.

Отдаленные результаты. Сведения об отдаленных результатах имеются лишь относительно 18 случаев. Из разосланных 35 опросных карточек поступили заполненными 18, 10 карточек вернулось с отметкой о выбытии адресата, 7 не ответили. Давность наблюдения—от несколько месяцев до 6 лет.

Оценка результатов производилась по данным анкеты, включающей 12 вопросов, касающихся самочувствия, диеты, работоспособности, а также заболеваний, перенесенных после операции. К разряду хороших относились ответы, где больной сам считает себя здоровым; к удовлетворительным—где сохранилась работоспособность, но имеются временами некоторые жалобы (вздутие живота, тошнота и т. д.); к плохим, где имелись более или менее постоянные жалобы и нарушена работоспособность.

Результаты представлены в след. таблице:

Таблица IV.				
Результаты:				
Давность	Число наблюд.	Хорош.	Удовлет.	Плох.
До 1 г.	8	6	—	2
1—2 л.	2	—	2	—
2—3 л.	6	4	1	1
3—4 л.	1	—	1	—
6 л.	1	1	—	—
	18	11	4	3

В 12 случаях был применен шов с 8 хорошими результатами, в 6 шов + Г. Э. с 3 хорошими результатами, 2 удовлетворительными и 1 плохим. Незначительное количество наблюдений, а также разнородность их не позволяют делать заключения в пользу того или другого способа.

На основании литературных данных и настоящего материала мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Перфоративная язва есть осложнение хронической язвы желудка.

2. Обострение язвенных симптомов у лиц с соответствующим анамнезом, а также появление резких язвенных симптомов у лиц, не страдающих язвой, противопоказывают диагностические манипуляции, особенно рентгеновское исследование, и требуют бдительного наблюдения в стационаре.

3. Исследование крови при начинающемся перфоративном перитоните имеет большое дифференциально-диагностическое значение.

4. Содержимое брюшной полости в первые часы после перфорации является нередко резко инфицированным—поэтому туалет брюшной полости является обязательным моментом операции.

5. Простейшие оперативные методы (шов или шов + Г. Э. при сужении) являются наиболее рациональными при операции перфоративной язвы.

6. При наличии показаний к более радикальным вмешательствам (не возбуждающие сомнения случаи злокачеств. перерождения язвы, язвы, склонные к кровотечениям), таковые могут быть рекомендованы лишь на ранних сроках и при хорошем состоянии больных.

Из Терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурия гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани (директор проф. Р. И. Лепская)

Лечение гиперацидных гастритов и язв желудка путем откачивания желудочного содержимого.

Ассистент Э. Р. Могилевский и аспирант С. И. Биткова.

Анализ предложенных до сих пор методов лечения гиперацидных гастритов и язв желудка показывает, что, при всей пестроте и разноречивости современных теорий этиологии и патогенеза язвы, большинство методов все же стремится понизить кислотность и уменьшить чрезмерную секрецию. Это кажущееся противоречие между однородностью терапевтических устремлений и принципиальными расхождениями в отношении этиологии и патогенеза находит свое объяснение в той роли, которую повышенные кислотность и секреция играют в клинике язвы и гастрита. И действительно, если видеть в гиперсекреции и гиперацидитас первопричину язвы, то устранение их диктуется, как главная цель этиологического лечения. Если же смотреть на эти секреторные расстройства как на один из основных осложняющих моментов, то и в этом случае, без их устранения, не мыслится заживление язвы, возникшей, хотя бы, на другой основе.

Но борьба с гиперсекрецией и гиперацидитас приобретает особую актуальность и теоретическую обоснованность в свете тех новых и интересных данных, которые являются достоянием последних лет.

Так, Бюхнер доказал возможность получения язв у крыс после инъекции гистамина. Эппингер и Лаухтенбергер при остром и хроническом отравлении гистамином наблюдали у животных тяжелые изменения желудка и 12-ти перстной кишки характера гастрита и инфарктообразного кровоизлияния с некрозами, которые, отторгаясь, могут вести к образованию язв. Они объясняют свои результаты перевариванием слизистой оболочки желудка тем активным желудочным соком, который секретируется в ответ на инъекции гистамина. Зильбер-