

К симптоматологии обширных сужений желудка.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете
27 февраля 1914 г.).

Р. А. Лурия

Когда заходит речь о сужении желудка, то мы чаще всего имеем в виду сужение отверстий его, в кардиальной или пилорической части, и, хотя сужения эти сравнительно невелики по своему протяжению, но они создают весьма существенные нарушения функциональной деятельности желудка; большей частью это—либо новообразования, либо рубцы от заживших язв. Значительно реже встречается сужение остальных частей желудка рубцовыми тяжами, большей частью также вследствие заживших язв или перигастрических процессов, переходящих на желудок со стороны соседних органов, напр., желчного пузыря. Рубцы эти влекут за собою деформацию желудка, часто превращая его в двух-или даже трех-полостной орган,—т. н. Sanduhrmagen.

Раньше, как известно, такие страдания желудка распознавались крайне редко, но с тех пор, как разработано рентгенологическое исследование желудка, диагноз этих сужений в виде „песочных часов“ стал встречаться значительно чаще в историях болезни желудочных больных (F a u l h a b e r).

Хотя во всех вышеупомянутых случаях самое сужение имеет более или менее линейный характер, но тем не менее оно нарушает в известной мере свободное передвижение в желудке пищевых масс и, как везде в полостных органах, вызывает раньше или позже расширение вышележащей части, а потому в конце концов ведет к значительным функциональным расстройствам пищеварения, что, в сущности говоря, и составляет собою клиническую картину расширения желудка, развивающегося из стеноза той или иной части

его. Вот почему в патологии желудка мы и находим такую детальную разработку гастроэктазий, и диагноз расширения желудка не представляет в настоящее время никаких затруднений.

Если не говорить о сужении всего желудка при крайне редкой форме *linitis plastica* ¹⁾, или о значительном уменьшении всей полости его при раке *cardiae* и при старческом маразме (*angustatio ventriculi*, Leube ²⁾), то, собственно говоря, клиника не знает сужений желудка, занимающих большую часть органа, как отдельной носонологической единицы, и соответственной главы ни в руководствах частной патологии и терапии внутренних болезней, ни в специальных монографиях не имеется. Между тем время от времени такие обширные сужения желудка встречаются в клинике желудочно-кишечных болезней, и к ним относится тот больной, на котором я хочу остановить ваше внимание.

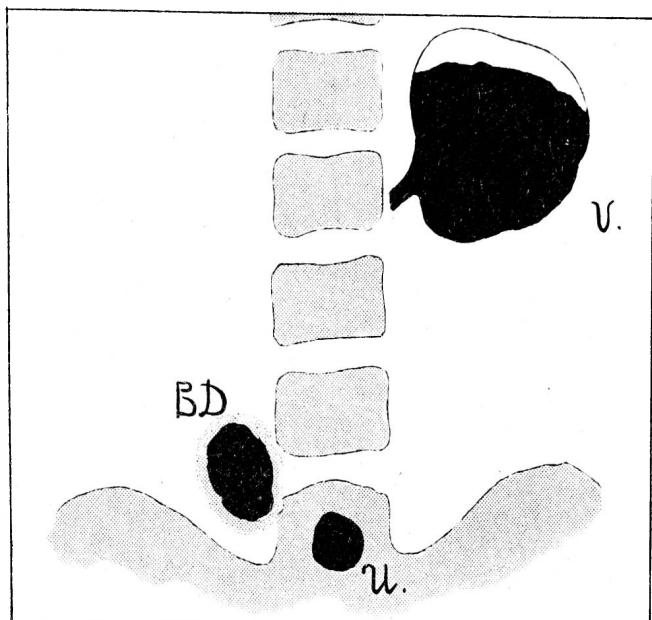
Больной Е., 30 лет. повар, 6 января 1914 г. в первом часу ночи случайно выпил около рюмки *ac. nigricans* *stadi*; в последний раз перед тем ел в 12 часов дня, после отравления почувствовал жжение в зеве; чтобы вызвать рвоту, тотчас выпил молока, но рвоты не наступило, почему он пошел в Губернскую Земскую больницу, близ которой живет; здесь ему была подана первая медицинская помощь, после чего появилась сильная рвота тягучей слизистой массой коричнево-желтого цвета, но без примеси крови; такая сильная рвота продолжалась три дня, затем стала уменьшаться, причем в это время больной страдал только болью при глотании в зеве, но ощущения остановки куска в пищеводе не замечалось; с 12 января рвота прекратилась совсем, остались только небольшие боли в зеве при глотании, и пациент выписался из больницы, считая себя здоровым.

17 января больной явился ко мне с жалобами на общую слабость и легкие боли в зеве при глотании; пища проходит хорошо, ощущения остановки куска в пищеводе нет, рвоты и вообще диспептических явлений нет, больной явился больше для того, чтобы выяснить, нет-ли у него каких-нибудь последствий отравления; питается жидкой пищей, кашей, яйцами, сухарями, хлебом; никогда ничем серьезно не болел, *lues* отрицает, желудком никогда не страдал.

Больной небольшого роста, *habitus enteroptoticus*, бледен, несколько истощен; в зеве небольшая краснота, местами помутнение эпителия; брюшные покровы слегка напряжены, область желудка несколько болезненна при ощупывании; со стороны других органов отклонений от нормы нет.

Находя противопоказанным инструментальное исследование больного, я подверг его рентгеноскопии, обратив исключительное внимание на состояние пищевода. Оказалось, что висмутовая капсула № 2 не надолго застревает то при входе в пищевод, то в *cardia*, но исследование висмутовой кашей указывает на полную и

Приложение к статье д-ра Р. А. Лурия
„К симптоматологии обширных сужений желудка“.



Больной Егоров. Схема желудочной тени после висмутового обеда. V-желудок, B.D.—Bulbus duodeni U-umlilicus.

нормальную проходимость пищевода,—ни сужений, ни расширений, ни атонии его не наблюдается. Желудок в этот раз, как сказано выше, рентгеноскопически исследован не был.

Имея в своем распоряжении вышеупомянутые результаты, я успокоил больного насчет угрожающего ему сужения пищевода, прося его, однако, показаться через несколько времени—в виду возможности более позднего появления стеноза пищевода.

25 января больной явился ко мне вторично. Значительно похудел, боли при глотании исчезли, пища по прежнему проходила свободно в желудок и *ощущения остановок ее в пищеводе нет*, но тотчас после еды появляются слюнотечение и тошнота. Обычное исследование больного ничего нового не дает. Больной отпущен.

Через 6—7 дней больной вновь явился, но на этот раз с жалобой на рвоту, которая появляется через час после приема пищи, и на мучительное ощущение жгучей боли в подложечной области тотчас после еды; рвота эта, однако, бывает не **каждый** день.

10 февраля больной явился уже крайне истощенный, он заметно падает в весе, глотание неболезненно, и пища проходит хорошо, но почти тотчас после небольшого даже количества пищи появляется в подложечной области крайне мучительное ощущение в роде изжоги, а часто через 10—15 минут—рвота съеденной пищей. Боится есть. В желудок легко введен эластический зонд № 11, прошел на 50 сант., выделилось небольшое количество содержимого желудка; в нем не обнаружено свободной соляной кислоты; произвести детальное исследование химизма желудка не представляется возможным вследствие рвоты, быстро наступающей после еды.

11 февраля больной вновь подвергнут рентгеноскопии: со стороны пищевода по прежнему отклонений от нормы не имеется, при исследовании же желудка оказывается, что висмутовая каша скопляется на очень небольшом пространстве под диафрагмой, и тень желудка получается совершенно необычной формы.

Этот неожиданный результат рентгеноскопии желудка заставил меня внимательнее отнестись к больному, и в течение следующей недели последний неоднократно подвергался рентгеновскому исследованию, причем оказалось, что желудок у него состоит из очень небольшой полости, соответствующей разве фундальной части его и находящейся на расстоянии 11—12 сант. от пупка. Из этой маленькой полости в остальные, т. е. нижележащие, части желудка ведет, по видимому, узкий канал, только начало которого видно на экране. Перистальтических волн не наблюдается.

На рентгеновском снимке удалось установить, что висмутовая каша появляется также на весьма ограниченном участке соответственно пилорической части желудка, чего я ни разу не видел при просвечивании больного. (См. схему на прилагаемом рисунке).

Из рентгеноскопических наблюдений над больным я не могу обойти молчанием весьма интересного явления, которое можно было наблюдать на экране 17 февраля, а именно, резких антиперистальтических движений висмутовой каши из желудка в пищевод. Эти

антиперистальтические движения наступали не в первый момент наполнения желудка, а несколько позднее, когда больной заявлял, что ему трудно есть кашу, между тем как он в общем получал для исследования не больше $\frac{1}{4}$ количества, обычно назначаемого при исследовании желудка.

Чтобы закончить историю болезни нашего больного, прибавлю, что он на моих глазах худел и значительно терял в весе: весной 1913 года он весил 3 п. 30 ф., с тех пор до 6 января не был болен и не худел, и тем не менее 15 февраля вес его равнялся лишь 3 п. 1 ф.

Итак рентгеноскопическое исследование нашего больного обнаружило у него наличие обширного сужения желудка, занимающего почти все тело его, а может быть, даже и пилорическую часть; это же исследование указало на полную проходимость и функциональную нормальность пищевода и на отсутствие сужения *cardiac*, почему и возможны были те антиперистальтические движения из желудка в пищевод, которые мы наблюдали на экране. Но против этого рентгеноскопического диагноза нам могли сделать два существенных возражения. Во-первых, в виду того, что мы имели, в сущности говоря, только т. н. „*Fühlungsdefect*“, можно было заподозрить огромное новообразование желудка, сузившее почти весь просвет его. Это вполне основательное возражение только лишний раз доказывает, что у постели больного диагноз отнюдь не может ставиться исключительно на основании одних рентгенологических данных. Ясное дело, что при таком огромном *Fühlungsdefect'e*, занимающем чуть ли не весь желудок и зависящим от опухоли, мы должны были бы легко прощупать самый *tumor*, не говоря уж о том что анамнестические данные слишком определенно противоречили этому предположению.

Второе возражение, не менее законное, это—то, что мы имеем здесь дело с небольшим органическим заболеванием желудка вместе с обширным гастроспазмом. Подобный весьма интересный случай в свое время описан *Holzknecht*’ом и *Luger*’ом³⁾.

Больной в этом случае отравился 3/II 1912 г. соляной кислотой. Через три дня при рентгеноскопии обнаружен небольшой желудок с отличным наполнением *partis cardiacae et partis mediae*, между тем как *pars pylorica* отделяется узким каналом,—здесь получился т. о. *Fühlungsdefect*; 10 февраля—та же картина, но 15 февраля и *pars pylorica* стала наполняться нормально, и таким образом говорить о стойком сужении большей части желудка здесь было нельзя. В виду появившейся впоследствии непроходимости самого привратника больному сделали 19 марта *Gastroenterostomiю*, и т. об.

в этом случае на лицо были два страдания: функциональное—*gastrospasmus* и органическое—сужение *pylori*. Больной выздоровел.

Правда, у нашего больного в течение недели рентгеноскопическая картина желудка оставалась все та же, что несвойственно *gastrospasmu*, но в литературе описаны случаи и более длительного спазма желудка (*Stierlin* ¹⁾ *Walko* ²⁾, *Faulhaber* ³⁾, *Portman* ⁴⁾ и др.). Во избежание этого возражения мы применили с детства, рекомендованное *Rieder* ⁵⁾ для дифференциального диагноза между функциональным и органическим сужениями желудка,—впрыснули больному атропину 0,001; однако и через 25 м., когда у больного появилась уже сухость слизистой оболочки рта и расширение зрачков, рентгеноскопическая картина оставалась совершенно та же, что и до впрыскивания атропина.

Против признания у нашего больного функционального сужения желудка, т. е. спастического *Sanduhrmagens*, говорит также и то, что мы никогда не видели на экране быстрого наполнения нижней части желудка,—обстоятельство, имеющее огромное значение для дифференциального диагноза между функциональным и органическим сужением желудка (*Faulhaber*, *Kretschmer*, *Haertel*).

Итак, для нас не оставалось никакого сомнения в том, что мы имеем перед собою обширное сужение желудка на почве рубцового стягивания его, появившегося вследствие язвений, полученных больным при отравлении соляной кислотой, причем пищевод остался проходимым. Больной, очевидно, подлежал хирургическому лечению, для чего он и был направлен в Факультетскую хирургическую клинику.

28 февраля (на другой день после того, как сделано настоящее сообщение) больной был оперирован в клинике проф. Геркеном м.—ему под редоналом сделана гастроэнтеростомия по *Rooux* с некоторым видоизменением. Желудок оказался рубцово-стянутым, *curvatura minor* срослась с печенью, *curvatura major* — с селезенкой, большая часть желудка превращена в рубец, вытянуть желудок в рану не удалось, для гастроэнтеростомии была вытянута начальная часть тонкой кишки и перерезана, в приводящий отрезок вставлена одна половинка пуговицы *Migro*, а отводящий конец зашит и инвагинирован; отступя 25 сант. от инвагинированного конца, в кишке сбоку было сделано отверстие, в которое была вшита другая половинка пуговицы, и затем обе половинки были соединены; инвагинированный конец кишки был подтянут вперед ободочной кишки к желудку, и между ними сделано соустье.

Рана зажила первичным натяжением. Пуговка вышла 16/III. Выписан здоровым.

На снимке, сделанном 2 апреля, уже после того, как больной выписался из клиники, гастроэнтероанастомоз виден ясно и функционирует отлично.

В последний раз я видел больного 23 XI 1914 г. Вес тела 3 п. 23 ф., прибавился со времени болезни на 27 фунтов, пищеварение отличное.

„Ожоги желудка представляют“, говорит Moutier ¹⁰⁾, „первостепенный интерес“, но тем не менее клиническая картина этой болезни разработана крайне слабо, и только в *Traité de maladies d'estomac Matieu* и *Tuffier*, коллективном труде терапевтов и хирургов, нам удалось найти небольшую главу, посвященную этому страданию, как отдельной нозологической единице. Случаи ожогов желудка и их последствия вазуистически разработаны в хирургической литературе и естественно рассматриваются не с семиотической, а, главным образом, с хирургической точки зрения, т. е. в смысле показаний к тому или другому оперативному вмешательству, результатов его и техники. Между тем симптоматология этого страдания представляется интересной уже потому, что, только разработав ее, терапевт может поставить ранний диагноз органических последствий ожога желудка и вовремя передать больного хирургу. Вот почему я позволяю себе ненадолго остановиться на тех особенностях нашего случая, которые заслуживают быть отмеченными с симптоматологической точки зрения.

Прежде всего остановлюсь на парадоксальной на первый взгляд полной проходимости пищевода наряду с обширным поражением желудка. Больной за все время болезни не жаловался на ощущение остановки пищи в пищеводе, и рентгеноскопически органических изменений в пищеводе не обнаружено. Оказывается, что „между интенсивностью поражений пищевода и степенью поражений желудка нет никакого параллелизма“ (Moutier). Quenu и Petit ¹¹⁾, которым принадлежит, насколько я знаю, наиболее обстоятельная работа, посвященная рубцовому сужению привратника после отравления едкими кислотами и щелочами, приводят 59 протоколов вскрытий больных, погибших от отравления едкими веществами. Из них 29 погибло немедленно после отравления (здесь, за весьма небольшим исключением, наряду с поражениями желудка были везде тяжёлые язвенные процессы и в пищеводе); из остальных 30 случаев, где больные погибли значительно позднее, — спустя месяц или даже несколько лет после отравления, — в 7 случаях.

причиной смерти были исключительно поражения пищевода, в 5 наряду с поражениями желудка были глубокие изменения в пищеводе, повлекшие за собою смерть, в 18 же остальных случаях смерть последовала исключительно от болезни желудка; из этих 18 случаев в 13, т. е. почти в 22%, всех 59 случаев, сужение рудогі было единственной причиной смерти, в пищеводе же изменений не было никаких.

Таким образом эти патолого-анатомические данные показывают, что ожоги желудка при отсутствии поврежд ния в пищеводе не должны быть таким редким явлениём, как это кажется на первый взгляд,—это бывает, очевидно, в тех случаях, когда больной быстро глотает, большей частью по ошибке, едкое вещество. Как раз так было и с нашим больным. Вероятнее всего, быстрый глоток соляной кислоты вызвал энергичное сокращение привратника, силою которого небольшое количество едкой жидкости распределилось по стенкам пустого в этот момент желудка и вызвало изъязвление большей поверхности его с последующим ее рубцованием.

Второе, что обращает на себя внимание в нашем случае,—это время появления у больного поздних жалоб со стороны желудка. Больной отравился 6 января, 9-го у него прекратилась рвота, и только 25/1 появились вновь первые беспорядки со стороны желудка, а около 10 февраля, т. е. через 6—7 недель после отравления, опять начина тся рвота, и теперь появляющаяся не каждый раз после приема пищи. Это позднее и, я бы сказал, коварное развитие гастрических симптомов тяжелого заболевания отмечается в большинстве историй болезни (Eiselsberg ¹²), Busch ¹²), Шварц ¹⁴), Moutier ¹⁰), Holz knecht ³). Бабицкий ⁵), случай которого вызвал крайне интересные прения на XI Съезде Российских Хирургов, особенно подробно останавливается на этом именно симптоме и говорит, что к диагнозу сужения привратника после отравления нашатырным спиртом он пришел, главным образом, изучая анамнез больного и остановив свое внимание на том, что при полной проходимости пищевода в период кажущегося выздоровления через 14 дней после отравления больной отказался есть, чтобы избавиться от мучительной боли и рвоты после еды.

Quenu и Petit ¹¹), указывая на позднее появление желудочных симптомов при стриктурах привратника, приводят наблюдения, когда оперативное пособие потребовалось через восемь лет после отравления. Dujardin-Baumez ¹⁶), Vardleben ¹⁷), Orthmann ¹⁵) и Mikulicz приводят еще более длинные про-

межутки между отравлением и моментом оперативного пособия, но во всех этих случаях дело шло, очевидно, не об обширных сужениях желудка, а о вторичных гастроэктазиях, как результатах стеноза привратника.

Эти наблюдения сюда, разумеется, не относятся, и, говоря о поздних желудочных симптомах при обширных сужениях его, я имею в виду время в 5—6 недель после отравления и во всяком случае короткий период благополучия между первичной и поздней рвотой.

Третье обстоятельство, заслуживающее нашего внимания, — это быстрое исхудание больного. Больной после отравления, особенно в первые недели, питался сравнительно удовлетворительно молоком, яйцами, сухарями, хлебом; его рвало не каждый раз; мы видели, висмутовая каша, притом довольно густая, проходила через желудок и долго оставалась в кишечнике, а между тем больной на глазах худел и потерял за месяц не менее 30 фунтов в весе. Это прогрессивное и быстрое исхудание отмечают многие авторы, — *Quen и Petit*¹⁴⁾, *Moutier*¹⁵⁾ и особенно *Греков*²⁰⁾, который говорит, что у этих больных развивается совершенно своеобразная кахексия, напоминающая цыngu, хронический сепсис и т. п., против которой почти невозможно бороться, и считает, что мы имеем здесь дело с какой-то интоксикацией со стороны обожженного желудка. Мы, говорит *Греков*, считаем ожоги желудка страданием более тяжелым, чем рак.

Как последний симптом, имеющийся на лицо у нашего больного и отмеченный авторами (*Moutier*, *Шварц*, *Holzkepecht* и др.), я упомяну об отсутствии соляной кислоты в содержимом желудка. Это исследование было сделано у нашего больного дважды; соляная кислота не появилась и после операции, когда общее состояние больного быстро улучшилось.

Итак появление болей в подложечной области тотчас после приемов даже небольшой еды, рвота вскоре введения пищи, особенно твердой, значительное и быстрое исхудание, отсутствие соляной кислоты, отсутствие ощущений остановки куска пищи в пищевод — вот симптомокомплекс, который должен остановить внимание наше в периоде выздоровления после отравления едкими кислотами и щелочами, приблизительно через 3—5 недель, и заставить заподозрить сужение желудка. Но будет-ли это достоверным и точным диагнозом? Я-бы ответил отрицательно на этот вопрос. Распознавание это получит силу полной достоверности только тогда, когда мы сможем

документировать его рентгеноскопической схемой или, еще лучше, рентгеновскими снимками. Вот почему, думается мне, до сих пор диагноз этих заболеваний желудка находился в руках хирургов, ставивших его при *autopsia in vivo*, а часто, может быть, заболевание это и совсем просматривалось.

Но, имея в руках такой быстрый и объективный метод распознавания обширных сужений желудка, как рентгеновское исследование его, мы здесь, как и везде в диагностике заболеваний внутренних органов, отнюдь не должны игнорировать других, — главным образом субъективных, — симптомов, внимательный анализ которых даст иногда возможность поставить ранний диагноз обширных сужений желудка и там, где нет рентгеновских аппаратов, причем, если этот ранний диагноз, может быть, и не будет таким достоверным и точным, как рентгеноскопический, то он тем не менее может стать спасительным для этих трудных больных.

Да и там, где имеется возможность увидеть на экране положение, форму и движения желудка, надо ведь будет подумать о том, что это необходимо сделать, а заставить нас рентгеноскопировать не только пищевод, но и желудок больного, должны будут все те же субъективные жалобы его, если мы внимательно соберем их, сумеем правильно оценить и будем помнить, что благополучие больных, счастливо выздоровевших после отравления кислотами и щелочами, может быть крайне обманчивым, и что за этим кажущимся благополучием скрывается иногда сужение желудка.

Литература.

- 1) Matieu, Lencert et Tuffier. *Traité medicochirurgical de maladies de l'estomac.*
- 2) Leube. *Болезни желудка. Рук. Ziemssena, т. 7.*
- 3) Holznecht und Luger. *Zur Pathologie und Diagnostik der Gastrospasmus. Mitteilungen aus der Grenzgebiete der Med. und Chirurg., Bd. 26.*
- 4) Stierlin. *Münc. med. Woch., 1912, № 15.*
- 5) Hoffman. *Arch. f. Verdaungskrankh., Bd. XIX.*
- 6) Walko. *Die spastischen Erkrankungen d. Verdauung-sorgane. Albu's Abhandl.*
- 7) Faulhaber. *Die Röntgenodiagnostik d. Magenkrankheiten. Albu's Abhandl.*

- 8) Rieder. Die Sanduhrform des Magens. 1910.
 - 9) Kretschmer. Berlin. klin. Wochensch., 1911, № 29.
 - 10) Moutier. Brûlures de l'estomac. Traité Matieu et Tuffier, p. 786.
 - 11) Quènu et Petit. Des sténoses cicatricielles du pylore, consécutives à l'ingestion de liquides caustiques. Revue de chirurgie, 1902, 25 août.
 - 12) Eiselsberg. Ueber Verätzungstricturen der Pylorus. Arch. f. klin. Chirur., Bd. 62.
 - 13) Busch. Ueber die chirurgische Behandlung gutartiger Magenaffectionen u. s. w. Arch. f. klin. Chirurg., Bd. 90.
 - 14) Шварц. Обзор хирургической деятельности СПб городск. Рожд. больницы. Диссертация, 1910.
 - 15) Бабицкий. Распознавание стеноза pylori. XI Съезд Российских Хирургов, отч. в „Хирургии“, XXXI.
 - 16) Dujardin-Beaumez. Bull. de la Societ. med. des hôpit., 1882, p. 10.
 - 17) Bardeleben. Berlin. klinisch. Woch., 1889, № 38.
 - 18) Orthmann. Deutsch. medic. Woch., 1889, 172.
 - 19) Miculicz. Arch. f. klinische Medicin, Bd. 37.
 - 20) Греков. XI Съезд Российских Хирургов, стр. 111.
-