

О динамике морфологических изменений при сифилисе желудка.

С. А. Покровский (Оренбург—Свердловск).

Висцеральный сифилис за последние годы привлекает внимание медицинской мысли. Клиницисты и сифилидологи отмечают: „что за последние десятилетия под влиянием ряда еще достаточно не изученных причин сифилис клинически изменил свою физиономию, что все реже и реже встречаются грубые изменения кожи и костей третичной стадии сифилиса“ (Р. Лурия). „С 1910 года—говорит Фингер—число вторичных и третичных сифилидов кожи и слизистых оболочек дошло до минимума и на первый план встают, наряду с *tabes*’ом и прогрессирующим параличом, сифилитические заболевания аорты“ (цитир. по Р. Лурия). В настоящее время начинается учение о висцеральном *lues’e*. Глава этого учения, посвященная поражениям желудка, далеко не закончена, а потому еще уместны сообщения отдельных наблюдений, что и дает нам право описать наш случай, прослеженный рентгенологически на протяжении 2½ лет. Частота поражения желудка сифилисом оценивается различными авторами чрезвычайно различно, что находится в прямой связи с тем, что считать сифилисом желудка. Schlesinger (Шлезингер) относит к этой группе только те поражения желудка, где как патолого-анатомически, так и гистологически будет доказано наличие в стенках желудка специфических образований (гумм), как это бывает в других тканях и органах на почве сифилиса. Р. Лурия, не отрицая эту действительно крайне редкую форму патолого-анатомических изменений желудка, „составляющую музейную редкость патолого-анатомических кабинетов“, расширяет понятие о сифилисе желудка и включает все сифилогенные расстройства секреторной, моторной и чувствительной функций желудка, как результат инфекции всего организма или важнейших его систем, в понятие „*Gastro-lues’a*“.

Рентгенодиагностика, так широко привлекаемая для распознавания желудочно-кишечных заболеваний, должна сказать свое слово и в этой области изучения функциональных расстройств желудка в организме, отравленного ядом сифилиса; рентгенологическое же распознавание морфологических изменений при сифилисе желудка, в самом узком смысле этого слова, должно играть роль уже в настоящее время. Переходим к описанию нашего наблюдения.

Больной Ч., 58 лет, служащий, 17/IX 27 г. был направлен в рентгеновский кабинет Оренбургской губ. хирур. 6-цы для исследования желудка из Вендиспансера с клиническим диагнозом—*Tabes dorsalis*—по поводу жалоб на боли в желудке.

Настоящее заболевание желудка появилось около месяца тому назад, когда больной впервые почувствовал боли в верхнем отделе живота и стреляющие боли в ногах. Из семейного анамнеза удалось установить, что две старшие сестры больного живы, два младших брата умерли от туберкулеза в возрасте 32 и 35 лет.

В 1898 г. больной в возрасте 29 лет заразился сифилисом, появилась язва на preputium, через 2 недели язва была вырезана в клинике Воен. медиц. акад., затем там же лечился инъекциями, был проделан один курс. Через 1½ года появилась сыпь на теле, больной, бывший в это время на военной службе, лечился в полковой амбулатории уколами. Через 2—3 года курс серных ванн. В 1908 г. лечился на Кавказе (Пятигорск и Железноводск), где принимал серные ванны и уколы. В том же году врач-специалист в Пятигорске находил признаки *tabes'a* (отсутствие коленных рефлексов?). Тогда же в Железноводске принял курс „электризации“ позвоночника. Из детских болезней отмечает: корь, золотуху, скарлатину. В 1917 г. перенес грипп. В 1906 году женился, имел двоих детей, дети были здоровы, в настоящее время судьба их неизвестна. Вторично женился в 1916 г., детей от второго брака не имел, у жены был один искусственный выкидыш, жена здорова. До 1927 г. на желудок не жаловался. В начале октября этого года, в зависимости от перемены питания, стал ощущать давление под ложечкой, появилась отрыжка воздухом, изжога; временами же наступали резчайшие приступы болей. Тошноты и рвоты не было. Объективно (из истории болезни Оренбургского вендиспансера № 15413, д-р И. С. Розенберг): парез правого века, неравномерность зрачков, левый шире правого, слабая реакция на свет, тремор конечностей, Ромберг положительный, отсутствие коленных рефлексов. Исследование желудочного сока (15/IX 27 г.) тонким зондом, натошак: количество 100; общ. кисл. 4, своб.—связ.—жел. плюс, кровь, плюс, молочн. в последующих порциях через 15, 30, 45 минут, через 1½ ч., 2 ч. общ. 6, своб.—, связ.—, желч.—, кровь—, молочная—.

При ощупывании верхнего отдела живота чувствительность в подложечной области, плотный эластический валик в левом подреберьи?

Рентген 17/IX 27 г. (Рис. 1 и 2).

Диффузное расширение всех отделов арты, удлинение арты, дуга ее выше грудиноключичного сочленения, тень арты усилена. На начальной части *ascendens* местное, резко-контурированное, мешетчатое выпячивание—частичная аневризма.

Желудок атоничный, в форме крючка с нижним отделом пальца на 4 ниже *lin. bilacae*. На большой кривизне на границе верхней и средней 1/3 ее стойкое втяжение, наблюдаемое за все время исследования, втяжение придает желудку форму „песочных часов“. Смещаемость желудка неограниченная и безболезненная. Отмечается повышенная перистальтика и ускоренная эвакуация желудочного содержимого. *Duodenum* вырисовывается в виде широкой полосы, *bulbus duodeni* массивна. Эластический валик в левом подреберьи к желудку не относится (?). Локализованных болевых точек желудка не обнаружено.

Через 1 час в желудке около 1/3 содержимого (давался барий в манной каше). Через 2 недели исследование было повторено, морфологическая картина была та же.

Рентгено-заключение: *Mesaortitis syphilitica aneurismaaortae*. „Старые рубцевые изменения на большой кривизне желудка“.

23/IX 27 г. реакции Вассермана: результат +++ резко положительный, осадочная реакция *Meineke*, *mod III* +++ резко положительная.



Рис. 1.

С 30/IX 27 г. специфическое лечение, сначала инъекции Bijochinol'a по 0,3, десять инъекций. После шести инъекций субъективное улучшение общего состояния: улучшился аппетит, сон, уменьшилось давление под ложечкой.



Рис. 2.

Из истории болезни Оренбургской терапевтической больницы (Д-р О. Э. Мазуровская). Со стороны жалоб: боли в левом подреберьи, кровавая рвота „кофейной гущей“. Объективно: больной резко истощен, слизистые бледны, при пальпации определяется плотный бугристый tumor в области правого края желудка. Левое сердце увеличено в размерах, первый тон нечист, сосуды склерозированы.

Исследования: реакция Девиса положительная, в мокроте палочек Коха и эластич. волокон не обнаружено.

Клинич. диагноз: C—g. ventriculi.

Рентген 5/V 29 г. (Рис. № 3).

Желудок многополостный. Верхний кардиальный отдел нависает в виде каскада. Средняя $\frac{1}{3}$ желудка вырисовывается в виде узкой трубки с довольно ровными контурами по малой кривизне и выпячиванием „типа гаустрации“ по большой. Препилорический и пилорический отделы хорошо развернуты. Pylorus зияет, duodenum чрезвычайно растягивается на всем протяжении. Эвакуация ускорена. Соответственно дефекту выполнения в средней $\frac{1}{3}$ тела желудка прощупывается бугристая опухоль, болезненная. Р—заключение: „многополостный желудок на почве рубцевания гумозной инфильтрации тела желудка“.

27/V 29 г. больной вторично поступил в Вендиспансер для специфического лечения. При исследовании кала на кровь результат положительный. Проведен курс на 16 инъекций биохинола. На этот раз значительного улучшения не произошло, но кровавая рвота не возобновилась, боли в желудке несколько утихли.

Случай был консультирован с хирургами, общее состояние больного не давало больших надежд на хороший исход оперативного вмешательства (обширная резекция, больной от предложенной операции отказался, хирурги не были настойчивы. Совместно с д-ром Н. С. Розенбергом мы продолжали наблюдать больного.

29/X 27 г. присоединяются вливания N-salvarsan'a, всего вливаний 16, за курс Н-сальварсана 4,35, биохиноль продолжается (еще 3 инъекции).

Курс закончен 10/II—28 г. при значительном субъективном и объективном улучшении и прибавке в весе. Боли в желудке прекратились.

Контрольный рентген 18/II 28 г.

Морфологические изменения как и раньше (см. протокол от 17/IX 1927 г.).

Итак, после курса специфического лечения наступило улучшение и больной продолжал работать. Так продолжалось более года.

19/IV 29 г. после обеда, идя по улице, почувствовал сильное давление под ложечкой, вызвал отрыжку и в плевке увидел кровь. Дома открылась кровавая рвота (крови всего до 4-х стаканов). В тот же день помещен в больницу. В больнице при срыгивании в течение $1\frac{1}{2}$ суток появлялась кровь.

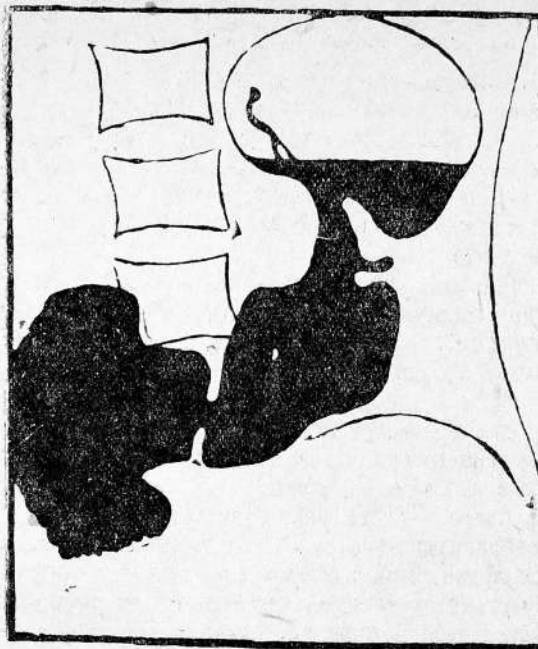


Рис. 3.

Эвакуация ускорена" (рис. 4). Для выявления проходимости пищевода дается капсула. Капсула стойко задерживается в кардии. Только многократная дача воды вымывает капсулу в желудок.

Результат заключения „рубцевание и сморщивание в средней $\frac{1}{3}$ тела желудка прогрессирует и переходит на кардию“.

Состояние больного все ухудшалось, явления затруднения глотания все нарастали. В декабре 1929 г. ввиду тяжелого состояния больного консилиум. Жалобы больного сводились к затруднениям глотания и вновь появившимся желудочным кровотечениям небольшими порциями (до $\frac{1}{3}$ рюмки). Консультировавший хирург (проф. Н. И. Туревич) на основе клинической и рентгеновской картины высказал предположение, что в данном случае имеются два процесса—сифилис желудка и злокачественная опухоль (скирр).

Через 5 месяцев (5/X 29 г.) рентгеновское исследование по поводу вновь появившихся жалоб на затруднение глотания твердой пищи, нарастающей слабости и истощения. Сначала дается барий в какао.

Нижний отдел пищевода расширяется проходящей жидкой массой и заполняется до уровня средней $\frac{1}{3}$. Виден узкий, неровный канал в кардии. Выполнить желудок не удастся, так как жидкая контр. масса быстро покидает его через зияющий *pylorus*. Затем дается барий в каше. „Желудок вырывается в виде двух полостей (рис. 4): верхней в форме чаши, соответствующей кардиальному отделу желудка, и нижней, соответствующей препилорической и пилорической части. Соединяющий обе полости центрально расположенный, узкий канал едва намечается. *Pylorus* зияет. Начальная часть *duodeni* чрезвычайно расширена, к. масса в ней имеет горизонтальный уровень.

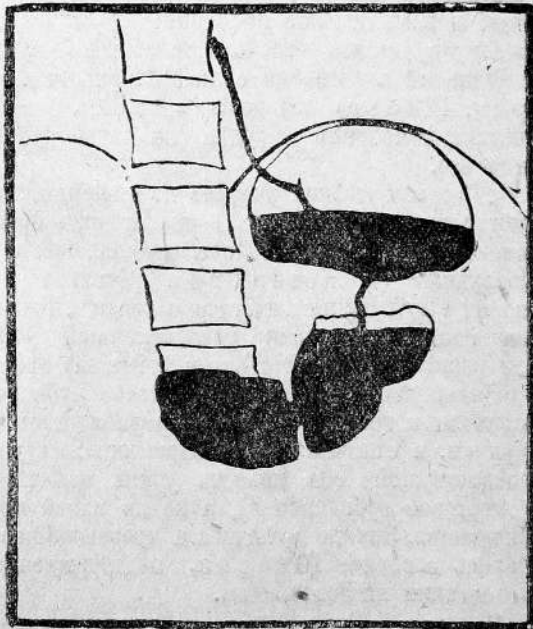


Рис. 4.

Больной умер 9/II 30 г. при нарастающих явлениях со стороны пищевода и общего истощения. Вскрытия не было, так как родственники отклонили предложение поместить больного перед смертью в больницу, не желая вскрытия.

Итак, у нашего больного, заведомого сифилитика, о чем свидетельствует анамнез, положительная RW, изменения со стороны аорты, табетический симптомокомплекс, на наших глазах в течение $2\frac{1}{2}$ лет, развиваются чрезвычайно своеобразные и атипичные изменения в желудке.

Имеем ли мы в данном случае злокачественное новообразование желудка у сифилитика или пред нами сифилис желудка? Мы склонны к второму мнению и попытаемся это доказать.

Первое рентгеновское исследование (рис. 2) давало картину рубцевания на большой кривизне при наличии резких болей в желудке (кризы²⁾), ахилии, при сифилитическом анамнезе и статусе. Уже на той стадии морфологических изменений в желудке мы должны были предполагать возможность сифилитического его поражения, а потому, в согласии с сифилидологом, применили специфическое лечение. Наступало временное, значительное улучшение общего состояния больного, но, как показало дальнейшее рентгеновское наблюдение, процесс в желудке прогрессировал, и через 20 месяцев после первого рентгеновского исследования мы имеем чрезвычайно своеобразную морфологическую картину (рис. 3) дальнейших изменений в желудке при наличии клинических данных: явного кровотечения, присутствия в течение длительного промежутка времени крови в кале, нарастающего истощения. Атипичность морфологических изменений желудка, его „многополостность“ на почве своеобразной сегментации большой кривизны, напоминающей „гаустрацию опавшей кишки“, зияние пилоруса, обширное выполнение *bulbus duodeni* и всех отделов *duodenum*, локализация процесса в верхнем отделе желудка, ахилия—все вместе взятое на данном этапе морфологических изменений в согласии с литературными данными (Шлезингер, Лурья, Шварц) мы должны считать очень характерным для сифилитических изменений желудка на почве рубцевания гуммозной инфильтрации его.

Так как сифилитические изъязвления часто множественны, то также могут появиться два или более стеноза просвета желудка. Такая находка очень сильно подкрепляет предположение о люэтических изменениях желудка“ (Комстон-Грин [Cumston-Green], цитир. по Шлезингеру). Шлезингер в главе „Диагноз сифилиса желудка“ относит рентгенологически установленный множественный стеноз желудка „к решающим (*verwertbaren Kriterien*) критериям“.

Дальнейшие изменения на почве рубцевания гуммозной инфильтрации привели к типичной картине двуполостного желудка („песочные часы“), причем, в отличие от двуполостного желудка на почве рубцевания язвы, соединяющий обе полости узкий канал расположен по оси желудка („крутовое рубцевание“), а не по малой кривизне, как это обычно наблюдается. Зияние *pylorus'a* и чрезвычайно расширение *duodenum* отмечались в случае Шварца, подтвержденном секцией и патолого-гистологическим исследованием.

Первая стадия морфологических изменений (рис. 2) еще могла трактоваться, как рубцевание при обычной язве, дальнейшие морфологические изменения (рис. 3), чрезвычайно своеобразные, уже с большей до-

лей вероятности должны трактоваться, как сифилис желудка, что подтверждалось рядом рентгенологических и клинических симптомов: изменение со стороны аорты, данные анализа желудочного сока, явления со стороны нервной системы и т. п. В этой стадии превалировали явления сморщивания, охватывающие циркулярно тело желудка, что дифференцирует данный случай от изменений при скирре, когда, как это чаще всего наблюдается, сморщивание начинается с каудального отдела желудка.

М. И. Неменов, правда, в своем руководстве по рентгенологии приводит случай скирры, „инфильтрирующего среднюю часть желудка“, но в нашем случае мы имеем не столь равномерную инфильтрацию, как мы обычно встречаем при скирре, а скорее рубцевание, придающее желудку вид многополостного (рис. 3). Дальнейшая стадия морфологических изменений (рис. 4) дает полную перетяжку тела желудка с очень узким соединяющим каналом, чего опять-таки при скиррах мы обычно не встречаем.

На основании этих соображений мы и полагаем, что в нашем случае дело шло о сифилитических изменениях желудка и не было одновременно ракового процесса.

К сожалению, мы уже отмечали, патолого-анатомического исследования, могущего решить вопрос с абсолютной достоверностью, произведено не было.

Теперь остается выяснить, к какой же форме сифилитических поражений желудка мы можем отнести наш случай.

По классификации Гаусмана, а она ближе всего рентгенологу, так как в основу ее положен патолого-анатомический принцип, наш случай мы должны рассматривать, как частичное сморщивание желудка на почве гуммозных инфильтраций, охватывающих тело желудка (2 и 5 группы).

Р. Лурия дву- и многополостный желудок относит к группе „метасифилитических заболеваний“. Мы знаем, что процессы гуммозный и фибропластический могут протекать одновременно, как это, повидимому, имело место и в нашем наблюдении, где после установленного рентгенологически рубцевания (двуполостный желудок, рис. 2) в последующем была кровавая рвота и длительное кровотечение на почве распада, а в дальнейшем форма желудка на наших глазах претерпевала изменения (рис. 3 и 4) вследствие продолжавшихся рубцовых, фибропластических процессов. Но все же наблюдаются формы, указывает Лурия, где превалируют явления сморщивания, ведущие к деформациям желудка, как и в нашем случае, и где специфическая терапия, способствуя рубцеванию гуммозной инфильтрации, усиливает и ускоряет сморщивание и деформацию. В этих случаях Лурия считает, что хирургический метод лечения должен стоять впереди специфического. В нашем наблюдении процесс рубцевания и, как следствие его, деформация желудка прогрессировали, несмотря на энергичную специфическую терапию. И, быть может, было бы целесообразнее сначала пойти на резекцию желудка, а затем уже прибегнуть к специфическому лечению.