

Отдел III. Из практики.

Из хирургического отделения Давлекановской больницы Баш. А.С.С.Р. (Зав. больницей С. А. Ревякин).

Случай первичного рака желчного пузыря.

С. А. Ревякин.

Первичный рак желчного пузыря является редкостью.

Больная Нюренберг Анна, 40 лет, немка, поступила в Давлекановскую больницу 26/XI 33 г. Считает себя больной с июля 1933 г., когда в первый раз появились не очень сильные боли в области правого подреберья.

В сентябре после быстрой ходьбы и бега перенесла приступ тяжелых болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой и продолжавшийся более суток. Тогда же впервые обнаружила опухоль в области правого подреберья. С тех пор боли временами усиливались, временами исчезали, а опухоль постепенно увеличивалась. Появилось исхудание.

Status praesens. Большая правильного телосложения, питание понижено, бледность покровов. Желтухи не отмечается. В области правого подреберья прощупывается плотная величиной с кулак опухоль, мало подвижная, болезненная при пальпации. Со стороны других органов брюшной полости — нет особых отклонений от нормы. Легкие в пределах нормы. Сердце — границы слегка расширены, тоны глуховаты.

2/XI 33 г. под общим эфирным наркозом — операция. Разрез по Федорову. Желчный пузырь наполнен камнями, дно его канкрозно перерождено, плотно спаяно с передним краем печени, причем раковая опухоль переходит и на печень. К желчному пузырю припаяны желудок, поперечная ободочная кишка с ее брыжейкой и большой сальник. В области шейки пузыря прощупывается плотная железа, величиной с лесной орех, в области ligament. hepato-duodenalis желез не обнаружено. С большими трудностями желчный пузырь отделен от спаек, причем иссечена часть сальника. Обнажен ductus cysticus и произведена холецистэктомия от шейки, причем удалена раково-перерожденная железа. В области дна и ложа пузыря произведена клиновидная резекция печени. На рану печени наложены обкалывающие швы, после чего дефект печени стянут швами. Большой сальник запрокинут вверх и им перитонизирована рана печени и культя пузырного протока. Брюшная полость зашита послойно наглухо.

Послеоперационный период протекал гладко, на 4й день появилась незначительная желтушная окраска склер, которая быстро исчезла.

4/XII сняты швы — prim. intentio.

По выписке из больницы больная быстро поправилась и прибавилась в весе. Имея в виду частоту рецидивов после этой операции (93% по Гарре), я держу больную под наблюдением. Пока признаков рецидива нет, больная продолжает свою обычную работу, прибавилась в весе на 8 кг., является для осмотра ежемесячно.

Из хирургического отделения Чердынской больницы Уральск. обл. (Зав. больницей А. М. Семяков).

Случай самопроизвольного разрыва кишки после дачи слабительного.

С. А. Ревякин

Случаи острой кишечной непроходимости на почве тромбоза сосудов брыжейки являются большой редкостью, поэтому я считаю небезынтересным описать наблюдавшийся мною очень поучительный случай.

Больная Дерваед К. И., 21 года, заключенная местного исправдома, поступила в Чердынскую больницу с сильными болями в животе около 5 час. вечера

3/XI 31 г. По словам больной она весь день провела на работе и, вернувшись около 3 час. дня в помещение, прыгнула с нар, причем почувствовала сильнейшую боль в подложечной области. Дежурный врач больницы (терапевт) при осмотре больной заподозрил симуляцию (!) и велел поставить ей одну за другой 2 клизмы. Однако, клизмы не помогли и больная продолжала стонать. Тогда деж. врач распорядился дать 20,0 natr. sulfuric. Часа через 3—4 после дачи слабительного у больной стал быстро раздуваться живот. Было послано за хирургом.

Придя к больной около 9 час. вечера, я застал ее в очень тяжелом состоянии. Больная очень бледна, выраженные явления „facies Hippocratica“, живот резко вздут, как шар. При перкуссии по всему животу тимпанический тон, такой же тон на месте печеночной тупости. Прощупать ничего не удается, перистальтики кишечных петель незаметно Р на art. radialis едва прощупывается.

Ввиду крайне тяжелого состояния больной, предполагая острую кишечную непроходимость, я решил ограничиться на первый случай лишь наложением калового свища, не давая общего наркоза. После предварительного вливания 600,0 физиологического раствора, приступлено к операции (опер. журнал № 89).

Под местной анестезией разрез в подвздошной обл. по Мак-Бурнею. Осторожно надрезана брюшина. Тотчас же послышался свистящий звук выходящего воздуха и запах кишечных газов. Живот стал быстро опадать, как проколотый футбольный мяч. Во избежание гиперемии *e vasco* я зажал отверстие в брюшине и выпустил газы в несколько приемов. Больная заявила, что ей легче дышать. Расширив отверстие в брюшине, я приступил к осмотру брюшной полости. В брюшной полости много жидкого кала. *Scoenum* не вздута. *Arteridix* в норме. Петли тонких кишек также не вздуты. Признаков *ileus* не было, налицо было прободение. Расширять рану и искать место прободения нельзя было, т. к. больная умирала. Исчез пульс в art. radialis, на сонной артерии пульс был едва ощутим. Операционная рана была быстро зашита, через 5 минут после снятия с операционного стола, несмотря на выскивания *ol. camphorae*, *адrenalina* и т.д., наступил *exitus*.

На другой день было произведено вскрытие.

Сосуды брыжейки поперечной ободочной кишки оказались затромбированными. На поперечной ободочной кишке в местах вхождения сосудистых пучков в стенку кишки—несколько черных некротических бляшек. В одном из таких некротизированных участков обнаружено круглое прободное отверстие, диаметром с карандаш. Причин тромбоза сосудов вскрытие не установило.

Случай этот поучителен в том смысле, что учит обращаться осторожно со слабительным, т. к. разрыв кишки, повидимому, произошел от чрезмерного наполнения газами парализованной кишечной петли после дачи *natr. sulfuric*.

Прободение наступило в первые 6 часов после начала заболевания.

Лишний раз подтверждается правило, что все больные с малейшим подозрением на кишечную непроходимость должны немедленно передаваться в руки хирурга, причем дача слабительных строго противопоказана.

Своевременно сделанная резекция толстой кишки могла бы спасти больную.

Из I-го хирургического отделения 2-ой Сов. больницы (зав. Гладышев).

К казуистике двухстороннего субдиафрагмального абсцесса¹⁾.

Д-р Патлис Г. Д. (Харьков).

Патология субдиафрагмальных абсцессов в медицинской литературе разработана в достаточной мере, за то симптоматология и этиология их нуждаются в дальнейшем изучении. Болезненные симптомы поддиафрагмального нарыва разнообразны, часто неясны и потому распознавание их в некоторых случаях встречает затруднение; каждый отдельный,

¹⁾ Доложено на научной конференции врачей 2-ой Сов. б-цы.