

была введена материнская кровь, а троим применена аутогемотерапия. Все они выздоровели.

Все девять больных, подвергавшихся в 1927 году гемотерапии, подвергались и другим терапевтическим воздействиям: одни интралюмбально Sol. Urotropini, другие только люмбальным пункциям, третьи интромускулярно молоком—в общем чистых случаев применения гемотерапии мы не имеем, и это в силу того, что у постели столь тяжелых больных я не считал себя вправе, отказавшись от средств, испытанных медицинскими авторитетами, исключительно заняться изысканием новых методов лечения.

Можем ли мы сделать какие-либо выводы в вопросе применения гемотерапии при эпидемическом цереброспинальном менингите? Конечно нет. Единственный допустимый, без особой погрешности вывод—это параллельно с изложенными выше методами лечения менингита продолжать изучать и действие гемотерапии в области, до сих пор никем не примененной.

В целом при даче оценки всех методов лечения цереброспинального менингита мы можем сказать, что помимо случаев рано диагностированных, где на первом плане должна находиться специфическая серотерапия—все внимание лечащего врача должно быть обращено на то, чтобы возможно энергичнее активировать организм больного в деле его самообороны и самозащиты.

Выводы. В г. Н.-Новгороде из года в год нарастает заболеваемость эпидемическим цереброспинальным менингитом. Возможно, что мы находимся на пути развития сильной эпидемии этого менингита. Контагиозность болезни чрезвычайно незначительна и больные могут быть путем боксирования оставлены в соматических лечебных учреждениях без обязательного выделения в заразные больницы. Возможно раннее распознавание менингита дает много шансов на выздоровление применением специфической сыворотки. Раннему распознаванию болезни способствует спинномозговая пункция, от которой врач в сомнительных случаях не вправе отказаться в силу полной безвредности этой пункции. Протеинотерапия, в том числе и гемотерапия, как методы активации защитных сил больного организма, должны быть горячо рекомендованы врачу у постели больного с эпидемическим цереброспинальным менингитом.

Из Хирургической клиники Харьк. гос. ин-та по усов. врачей (Директор—Ф. Ю. Розе).

К вопросу о пептических язвах анастомоза и тощей кишки.

Д-ра Н. И. Шавинера.

(С 6 рис.).

Причины возникновения пептических язв вслед за тем или иным оперативным вмешательством по поводу язвы желудка или 12-перстной кишки остаются еще мало выясненными. Указания на „язвенные конституции“, методы оперативного вмешательства, на недостатки инструмен-

тария и т. д., как на причины возникновения пептических язв, остаются пока еще чисто теоретическими. Изучение этого вопроса, очевидно, должно идти по пути собирания большого материала и сопоставления отдельных случаев. С этой целью мы приводим в данном сообщении два наблюдения послеоперационных пептических язв, которые, с нашей точки зрения, представляют интерес как в смысле клинического течения, так и оперативного лечения.

Случай I. Б-ой О., 32-х лет. Диагноз: *ulcus duodeni*. Общая кисл. жел. сока—127. Операция (Ф. Ю. Розе) 15/IV 1916 г. Обнаружено: язва в начале 12-перстной кишки; кишка спаяна с поджелудочной железой; вся область *duodeni* в больших плотных сращениях; трудно ориентироваться. Привратник не пропускает мизинца. В виду колоссальных спаек и тяжелого состояния больного резекцию произвести не представляется возможным. Наложен передний вертикальный гастро-энтеро-анастомоз (г.-э.) по Ру.

Через 2 недели после операции быстро нарастающие явления перитонита. 29/IV срочная операция (Ф. Ю. Розе). Между г.-э. и э. э. язва в 15-ти коп. сер. монету в предперфоративном состоянии. В брюшной полости серозный выпот. *Excisio* язвы с последующим швом. Назначена щелочная терапия. Б-ой заметно поправился. Через 1/2 года явления рецидива пептической язвы. 18/X 3-я операция (Ф. Ю. Розе). На месте первой пептической язвы развилась новая язва в 20-копеечную серебряную монету ближе к г. э. Уплотнение, бывшее в области привратника, рассосалось, остались более или менее рыхлые сращения. Привратник свободно пропускает палец. Э. Э. приблизился к г.-э. *Excisio* язвы (рис. 1). После третьей операции б-ой ежегодно ездил в Кисловодск.

Через 6 лет рецидив пептической язвы. 22/IX 1922 г. 4-ая операция (Ф. Ю. Розе). Колоссальные сращения в области г.-э. и э. э. Отводящая петля тонкой кишки резко расширена (рис. 2). Произведена обширная резекция в од-

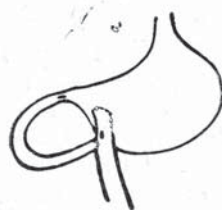


Рис. 1.

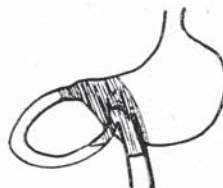


Рис. 2.



Рис. 3.

ном куске привратника и значительного отдела желудка вместе с пептической язвой анастомоза. Таким образом образовалось четыре отверстия. Отверстие желудка вшито в 12-перстную кишку по Билльроту 1. Отрезки тощей кишки, участвовавшие в гастро-энтеро-анастомозе, сшиты бок о бок. Следовательно, этим оперативным вмешательством мы восстановили нормальные соотношения желудка и тощей кишки, не считая резекции отдела желудка (рис. 3).

Первые дни после операции полное отсутствие соляной кислоты в желудочном соке; с 5-го дня кислотность стала восстанавливаться; через неделю стойко установилась на 90. Недавно б-ой являлся: самочувствие значительно улучшилось, остались небольшие изжоги. Кислотность все же 90.

Быстрое возникновение (через 2 недели после операции) пептической язвы можно объяснить наложением анастомоза по Ру. В настоящее время установлен взгляд, что когда имеется чрезмерная повышенная кислотность желудочного сока (в нашем случае 127)—анастомоз по Ру противопоказан (первая операция произведена нашему больному в 1916 г.).

Появление последующих пептических язв, как видно, нужно рассматривать как признак конституционального предрасположения данного

б-го к язвенной болезни. Может быть, этот б-ой относится к той категории лиц, которым операция г.-э. вообще противопоказана.

Чрезвычайно важное обстоятельство мы констатируем во время 4-ой операции—расширение отводящего отрезка тонкой кишки. Это указывает, что, несмотря на большой воспалительный процесс в области соустья и наличие пептической язвы тонкой кишки, анастомоз все же работоспособен и не суживается.

Несомненно, гастро-энтеро-анастомоз оказал терапевтическое действие на первичную круглую язву 12-перстной кишки в смысле Кронляйна. Следует отметить, что наступило не только заживление первичной язвы, но и исчезли те колоссальные сращения, которые помешали во время первой операции сделать первичную резекцию. Привратник стал хорошо проходим. Резекция же желудка во время 4-ой операции—операция вынужденная, в виду глубокого изменения тканей и колоссальнейших сращений в области пептической язвы. Может быть, эта резекция желудка дала б-ому значительное улучшение благодаря удалению большей части привратника, если рассматривать это с точки зрения Финстера.

Случай 2. Б-ой Б., 32 лет. Оперировался в 1925 г. по поводу язвы желудка (в другом учреждении). Через полгода после операции появились жестокие боли в подложечной области и запоры. В 1928 г. он начал прибегать к морфию. Дважды провел „Ulcuskur“. Общая кислотность желудочного сока—22. Б-ой истощен, в тяжелом состоянии. 7/X 1928 г. операция (Ф. Ю. Розе). Обнаружен передний г.-э. высоко в области дна желудка. На анастомозе большая пептическая язва с твердым воспалительным инфильтратом вокруг; отводящее колено расширено. Привратник рубцово сужен на месте первой язвы; едва пропускает мизинец. В виду неблагоприятного расположения анастомоза (рис. 3) невозможно произвести резекцию желудка вместе с анастомозом, так как резекции подлежало бы 2/3 желудка.

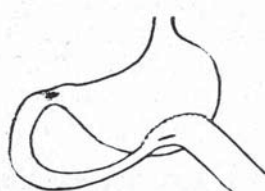


Рис. 3.

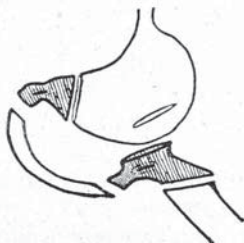


Рис. 4.

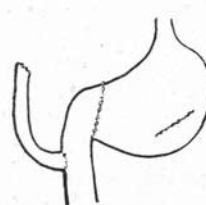


Рис. 5.

Перерезаны приводящий и отводящий отделы тонкой кишки (участвовавшие в гастро-энтеро-анастомозе) и, после, круговым разрезом иссечена стенка желудка вокруг гастро-энтеро-анастомозного отверстия. Таким образом произведена экцизия пелюком пептической язвы со стенкой желудка и петлями прилегающей кишки. Отверстие желудка на месте бывшего соустья зашито. Стенозированный привратник вместе с antrum pylorici резецированы. Культи duodeni зашита наглухо. Наложен анастомоз между отводящим расширенным отрезком тонкой кишки и желудком по способу конец в конец; приводящий отрезок кишки вшит в отводящий по способу конец в бок на расстоянии 2—3 сант. от нового г.-э.

Через 1½ года б-ой чувствует себя вполне удовлетворительно (демонстрирует на заседании Хир. секции Х. М. О-ва).

В данном случае трудно уяснить себе причину появления пептической язвы. Пониженная кислотность (22), казалось бы, должна говорить против возможности образования пептической язвы. Может быть, здесь

сыграла определенную роль топография первого анастомоза. Положение его в дне желудка могло создать между ним и привратником мешок, где происходило накопление желудочного сока (lehrs Secretion). Последний являлся постоянным раздражителем слизистой желудка и анастомоза. Это, в конечном итоге, могло повести к образованию пептической язвы.

Наше атипичное вмешательство было обусловлено чрезвычайно сложной ситуацией, создавшейся в процессе операции.

После резекции анастомоза и привратника получилось 5 отверстий (рис. 4). Место анастомоза на желудке зашито; культя 12-перстной кишки закрыта. Следующим этапом операции могло быть соединение отрезков тонкой кишки и наложение соустья между тонкой кишкой и просветом желудка (G. E. oralis totalis). Для этого надо было закрыть обе культы тонкой кишки, наложить между ними соустье и сделать г.-э. между просветом желудка и восстановленной тонкой кишкой. Но в виду тяжелого состояния б-го у нас не было уверенности, что он перенесет такого рода вмешательство. Боязнь потерять б-го диктовала нам более сокращенный план операции. Воспользовавшись тем, что просвет отводящего отрезка тонкой кишки соответствовал просвету желудка—мы анастомозировали их (рис. 5).

Конечно, здесь мы имеем операцию, несколько напоминающую Ру, но наличие небольшой общей кислотности желудочного сока и предварительная резекция пилорической части желудка позволили нам произвести описанную, несколько упрощенную операцию.

Приводя эти два наблюдения, мы лишний раз хотим подчеркнуть, что при выборе оперативного вмешательства при язвах желудка и 12-перстной кишки, вопрос должен решаться в пользу резекции. Этот метод по новым статистикам дает меньший % последующих пептических язв, чем при наложении гастро-энтеро-анастомоза той или иной модификации.

Мы хотели бы обратить еще внимание на то обстоятельство, что, несмотря на наличие обширных пептических язв, в наших обоих случаях наблюдается очень заметное расширение отводящего отрезка тонкой кишки. На это мы имеем указания и в некоторых случаях, приводимых в работе Соколова.

Следует, наконец, отметить те чрезвычайные трудности, с которыми сталкивается хирург при операции по поводу пептической язвы. Повидимому, общего правила оперативного лечения пептической язвы установить нельзя, а в каждом отдельном случае хирург обязан поступать вполне индивидуально.

Литература: 1. Schur. «Klinik des peptischen Magens und Duodenalgeschwürs».—2. Бельц А. А. Вр. дело, № 16-17, 1923 г.—3. Соколов С. Е. «Послеоперацион. пептич. язвы тощей кишки».—4. Кох Э. X. Н. Хир. Ар. № 74. 1928 г.