

Заседание 3. III. 1937 года.

1. Д-р Сметанин. К вопросу о брыжеечных кистах тонких кишок (демонстрация).

Докладчик сообщил о случае кисты брыжейки, наблюдавшемся в хир. клин. Мед. ин-та (проф. И. В. Домрачев). Киста располагалась на брыжейке тонкой кишки и, по мнению докладчика, развивалась из расплавленной жировой дольки. В литературе описано 10 таких случаев. Демонстрирует микрофотограммы.

Прения. Проф. И. В. Домрачев. Так как урологическое обследование указывало на заинтересованность левой почки, был сделан почечный разрез; по выяснении ошибки из продолженного разреза опухоль была удалена. Операция произведена под местной анестезией. Считает наблюдение очень редким.

Д-р П. А. Гулявич. Делится впечатлением о случае кисты брыжейки, наблюдавшемся в госп. хир. кл. Мед. ин-та (проф. Н. В. Соколов). Опухоль располагалась на мезосигме, размерами с голову взрослого. Киста пунктирована, и вышло 4½ литра опалесцирующей жидкости, содержащей белок.

Проф. И. П. Васильев. Патолого-гистологический диагноз неясен. Возможно, что здесь имел место резорбирование некротического жира.

Д-р Нигматуллин считает, что случай был недостаточно обследован урологически, в результате чего и был сделан почечный разрез. Надо было сделать внутривенную или ретроградную пиелограмму.

Пред. проф. Н. В. Соколов. Демонстрация интересна с точки зрения диагностики. Клиницисты знают, когда опухоли, расположенные в верхнем отделе брюшной полости, имитируют опухоль почек. Неясна патолого-анатомическая природа опухоли.

2. Д-р Л. Е. Розанов. Случай флегмоны желудка (демонстрация).

Докладчик сообщил подробные литературные данные о флегмоне желудка. Приводит случай флегмоны желудка, наблюдавшийся в клинике неотл. хир. ГИДУВ (проф. Г. М. Новиков). Больной был оперирован экстренно под диагнозом перфоративной язвы желудка. Смерть последовала через сутки. На аутопсии был установлен диагноз—флегмона желудка. Автор отмечает редкость подобного заболевания. В подавляющем большинстве случаев прогноз неблагоприятный. Симптоматология и клиническая картина трудна и мало разработана. Быстро развивающийся перитонит маскирует основное страдание и приводит к ошибочным диагнозам.

Прения. Проф. И. П. Васильев. Правильный диагноз был установлен на патолого-анатомическом вскрытии. Препарат весьма демонстративен: из-под слизистого слоя выдавливался гной в большом количестве. Стенки желудка значительно утолщены и воспалены. Отмечает редкость подобных случаев и подробно останавливается на патологоанатомической сущности их. Склонен трактовать данный случай как «идиопатическую» флегмону желудка.

Проф. В. Г. Герцберг. В Обуховской больнице в Ленинграде наблюдались 15 случаев флегмон желудка (работа Одеса). Чрезвычайно интересны наблюдения Вайля о влиянии микротравм слизистой на возникновение флегмон. Крестовский на заседании Пироговского хир. общ. сообщил об одном случае флегмоны желудка, излеченной резекцией.

Д-р Палулов. Ставит вопрос—не проглядываются ли флегмоны желудка в случаях перитонитов с неясной этиологией.

Проф. Г. М. Новиков. Случай интересен ввиду его сравнительной редкости и трудности диагностики. Больной был оперирован нами с диагнозом перфоративной язвы желудка. Почти никто из имевших подобные случаи авторов не поставил правильного дооперационного диагноза. Это вполне понятно, ибо даже и патологоанатомы иногда просматривают это заболевание, что здесь и подчеркнул проф. Васильев. Прогноз обычно неблагоприятен, и, повидимому, лишь резекция желудка может иногда дать выздоровление, особенно в тех случаях, где имеется не разлитая форма флегмоны, а ограниченная (абсцесс).

Проф. С. М. Алексеев. Анализируя этиологию флегмон указывает на роль алкоголя и инфекционного начала. В этом направлении были произведены эксперименты. При ограниченной флегмоне считает показанной резекцию желудка.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Сообщение д-ра Розанова интересно с этиологической точки зрения, с точки зрения диагностики и характера оперативного вмешательства. Трудность диагностики несомненна. Значение резекции как метода при флегмонах сомнительно. В принципе можно думать, что гастроскопия в случаях подслизистых флегмон облегчит диагностику и в соединении с гастротомией с пожом (со стороны слизистой желудка) облегчит и оперативный подход.

3. Проф. Г. М. Новиков. *К технике обработки культи 12-перстной кишки при резекции желудка.*

Докладчик подверг детальному разбору существующие методы обработки культи 12-перстной кишки при резекции желудка (способы Альберт-Лембера, Бира, Мойнигана, Мосткового, Цеткина, Юдина и др.). В своей практике употребляет ушивание культи кетгутовыми швами с последующим наложением кисетного шва и инвагинации культи. Одобрительно отзываясь о способе Мойнигана, останавливается на прищипках, ведущих к недостаточности швов культи и анастомоза. Наиболее частой причиной является травматизация поджелудочной железы и недостаточно тщательная обработка культи 12-перстной кишки.

Приводит свой случай субтотальной резекции желудка по поводу высоко-расположенной язвы, пенетрировавшей в поджелудочную железу. Отделение желудка от поджелудочной железы было связано с сильной травматизацией последней. На 7-й день — смерть. Из аутопсии — перитонит, расхождение швов культи 12-перстной кишки и кардиального отдела резецированного желудка. В полости желудка — два марлевых шарика, один такой шарик прошел анастомоз. Докладчик ставит перед собранием вопрос: что в данном случае явилось причиной недостаточности.

Прения. Проф. И. П. Васильев. Детально разъясняет картину патолого-анатомического вскрытия. На секции оказалось: разошлись швы на культе 12-перстной кишки и на кардиальном отделе резецированного желудка. В желудке оказалось два марлевых шарика, один такой же шарик прошел анастомоз. Анализируя механизм расхождения швов культи 12-перстной кишки и желудка, затрудняется ответить на вопрос о роли марлевых шариков, тем более, что один из них прошел анастомоз.

Д-р В. Н. Помосов. На секции оказалось расхождение швов желудка в кардиальном отделе, и это, по видимому, явилось первопричиной возникновения перитонита, а уже перитонит сыграл роль фактора, способствующего расхождению культи 12-перстной кишки.

Проф. Б. Г. Гершберг. Не исключена возможность вторичного расхождения культи 12-перстной кишки в результате первичного перитонита, однако, ввиду очень высоко лежавшей язвы не исключено и первичное расхождение орального отдела желудка. Считает лучшей обработкой культи 12-перстной кишки по Бире. При пенетрирующих язвах в поджелудочную железу путь должен идти через язву; бояться излившейся жидкости при высокой кислотности желудочного сока не следует, надо прижигать раствором карболовой кислоты и обязательно перитонизировать. Отрицает роль марлевых шариков в желудке в возникновении недостаточности швов.

Проф. И. В. Домрачев. Считает, что причиной расхождения культи 12-перстной кишки являются оставленные марлевые шарики.

Проф. С. М. Алексеев. Указывает на роль тампонов и считает их виновниками расхождения швов культи 12-перстной кишки. Делится впечатлением о наблюдавшемся случае, где тампон, оставленный в желудке, закупорил отверстия и обусловил явления непроходимости желудка, ликвидированные повторными промываниями желудка. Тампон был извлечен зондом, в глазок которого он всосался.

Д-р П. А. Гулевич. Склоняется к трактовке данного случая, данной д-ром Помосовым.

Д-р С. П. Вилесов. Делает ряд замечаний по поводу метода обработки культи 12-перстной кишки способом Мойнигана. Не исключено в процессе расхождения нарушение трофики стенки 12-перстной кишки.

Проф. Г. М. Новиков (заклучит. слово). Считает способ Бира нерациональным. Возражает против подтягивания к культе перипанкреатической клетчатки. Мало вероятна возможность развития перитонита в ранние сроки от загрязнения. Трудно исключить и роль инородных тел.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). При резекции желудка по методу Б. П. и его модификаций обработке культи 12-перстной кишки должно уделяться большое внимание. Еще Финстерер в своей монографии указал на большой напор дуоденальной жидкости, имеющий иногда место при перистальтике желудка после резекции, в таких случаях недостаточно тщательная обработка культи 12-перстной кишки может оказаться роковой для больного.

Что служило причиной расхождения швов культи и желудка в случае проф. Новикова, сказать трудно. Во всяком случае при высокой резекции перитонизация культи желудка иногда бывает очень трудной, и в этом случае метод Вильмса—подшивание к культе приводящего отдела тонкой кишки имеет полное обоснование.

4. Д-р Максудов. *Влияние аппендэктомии на секрецию желудочного сока.*

5. Д-р Осиповский. *Новый зажим для резекции желудка.*

Автор продемонстрировал сконструированный им коленчатый съемный жом для резекции желудка. Предлагаемый жом имеет ряд преимуществ перед ранее предложенными. Применение его исключает необходимость пользоваться дополнительными клеммами, дает одинаковую возможность произвести резекцию по Бильрот I или по Рейхель-Полия. Методика применения жома иллюстрирована рисунками; жом с успехом опробован на трупах и животных в кафедре оперативной хирургии ГИДУВ (проф. Н. В. Соколов) и в четырех случаях (1 хроническая и 3 перфоративные язвы) применялся на больных в клинике неотложной хирургии ГИДУВ проф. Г. М. Новиковым.

Прения. Проф. Б. Г. Герцберг. Инструмент заслуживает внимания, ибо будет способствовать асептичности операции, но он должен быть усовершенствован. Предложенная модель громоздка и не универсальна.

Проф. И. В. Домрачев. Считает инструмент д-ра Осиповского весьма выгодным для операции резекции желудка. Выражает желание опробовать данный жом на материале своей клиники. Высказывает опасения, что при применении жома могут встретиться технические затруднения при наложении швов на „мертвый“ угол резецированного желудка.

Д-р В. А. Суворов. Считает предложенный д-ром Осиповским жом для резекции желудка очень ценным. Высказывает опасение, что в области изогнутого колена возможна травматизация стенок желудка, могущая вызвать последующее скрытое кровотечение. Предлагает это колесо устроить, используя принцип желобоватости Спасокукоцкого. При наличии указанной желобоватости, жом можно считать лучшим из всех известных желудочных зажимов.

Проф. Г. М. Новиков. Дает положительную оценку жому д-ра Осиповского на основании четырех резекций желудка в своей клинике. Жом упрощает технику, ускоряет ход операции, что особенно важно при резекциях по поводу перфоративных язв, и исключает всякую возможность загрязнения брюшной полости. Априорные рассуждения предыдущих товарищей не обоснованы. Практическое применение жома в клинике не оставляет никакого сомнения в этом.

Пред. проф. Н. В. Соколов (резюме). Предложенный д-ром Осиповским желудочный жом имеет характер рационализаторского, не лишнего остроумия, предложения; практическое значение его несомненно, особенно для случаев, когда простой жом нельзя завести далеко от культи и затрудняется перитонизация и наложение первого шва (Альберта).

Председатель проф. Н. В. Соколов.
Секретарь д-р В. М. Осиповский.