

слизистая дегенерация. В некоторых фолликулах содержится жидкий коллоид в небольшом количестве—резко ацидофильный. Такие мелкие фолликулы разбросаны среди очагов паренхиматозных разрастаний с намеком на тубулярные разрастания. Очаги лимфоидной инфильтрации.

Диагноз: struma carcinomatosa.

Впечатление от примененного мною приема,—фаринготомия и тубаж трахеи, легко превратившего отчаянный случай в спокойный, а также трудности, встретившиеся при дальнейшем выделении зоба, убедили меня, что успех в моем случае обязан примененному мною приему и едва ли был бы возможен при каком-либо другом образе действий.

Печальный исход нашего случая в дальнейшем не может быть поставлен в вину примененному мною вмешательству, т. к. был обусловлен распадом трахеи, проросшей злокачественным образованием.

Продумав свой случай, я прихожу к заключению, что примененный мною прием—*фаринготомия и тубаж трахеи* имеет ряд существенных преимуществ перед другими предложениями, а потому *может найти применение не только в отчаянных случаях (каковым был мой случай), но и в других, особенно в тех, где при операции зоба может встать вопрос о трахеотомии*. Нам кажется, что трахеотомия, как средство борьбы с зобной асфиксией, не должна применяться до удаления зоба. Она может быть показана лишь в послеоперационном периоде, если расстройства продолжаются и по удалении зоба и другие мероприятия не приводят к цели.

Преимущества примененного мной приема:

1. Он крайне прост и для осуществления своего требует минимального количества времени.
2. Он выполним при всяком зобе, за исключением разве редчайших форм, чего нельзя сказать ни про трахеотомию, ни про вывихивание зоба.
3. Он безопасен, или во всяком случае, сопряжен с меньшими опасностями, чем другие, предложенные для этой цели вмешательства.

Из Госпитальной хир. клиники Днепропетр. мед. института (Дир. проф. Я. О. Гальперн).

Отдаленные результаты пилоропластики.

Д-р Д. С. Клебанов.

Теоретические обоснования пилоропластики, как лечебного метода у взрослых, опираются на положения, являющиеся еще на сегодняшний день весьма проблематичными. Русские авторы (Брайцев, Греков и др.), впервые предложившие эту операцию у взрослых, ставили показания к этому рода вмешательству весьма широко и считали ее показанной не только при пилороспазме без видимой язвы, но и при язвах малой кривизны и при язвах 12-типерстной кишки. При этом эти авторы исходили из того положения, что центральным пунктом в патогенезе и течении язв является пилороспазм и устранению его они придавали очень важное значение в деле оперативного лечения язв. На пилоропластику в этом отношении возлагались большие надежды и большинство сторонников этой операции, выступавших на XV, XVI, XVII и отчасти XX

съездах рос. хирургов, полагало, что операция эта рано или поздно вытеснит гастро-энтеростомию. Расхождения касались, главным образом лишь методики производства операции (типичная пилороластика по Heineke-Misculicz'у с рассечением всех слоев в продольном направлении и сшиванием в поперечном, экстрамукозная пластика по Веберу, пилоромииотомия по Рамштедту). Последнюю модификацию для взрослых предложил в 1924 м году Рауг. При этом, последний указывал, что точных показаний к этой операции установить нельзя еще и считал ее безусловно показанной лишь при пилороспазмах без налечия язвы. Остальные же показания Рауг считал относительными для накопления опыта.

Таким образом, основным безусловным показанием к пилоропластике все авторы, без исключения, признавали пилороспазм при отсутствии видимой язвы. К сожалению, однако, само учение о пилороспазмах еще не вполне бесспорно. Существует ли и у взрослых „чистый“ пилороспазм, как самостоятельное заболевание, на подобие кардиоспазма? В то время, как некоторые авторы (Finney, Souligoux) совершенно отрицают необходимость анатомических изменений как в самом привратнике, так и в полости живота для возникновения пилороспазма, допуская существование его как проявление истерии или ваготонии, другие, большинство, высказываются в том смысле, что пилороспазм обусловлен изменениями, имеющими определенный анатомический субстрат. Но какова роль пилороспазма в патогенезе и течении язв, в язвенном симптомокомплексе без язвы? Что чему предшествует? Занимает ли действительно пилороспазм в цепи факторов, вызывающих язвенную болезнь такое положение, что прорыв цепи в эт м месте решает исход борьбы—все это еще требует дальнейшего изучения.

Каждому практическому хирургу приходится иногда у операционного стола констатировать у больного отсутствие язвы при наличии у него полной клинической картины этого заболевания, вплоть до значительной, многочасовой задержки пищи в желудке и расширения его. Различно пробовали хирурги выходить из этого положения: зашивали обратно брюшную полость, иногда после разрушения нескольких спаек, накладывали анастомоз для улучшения эвакуации, а некоторые решались даже на резекцию, надеясь, что микроскоп оправдает этот радикализм. И те, и другие, и третьи, в зависимости от основной причины, вызвавшей процесс, получали рецидивы, а радикалисты, вопреки ожиданию, не получали оправдания своему героическому вмешательству, так как самое тщательное микроскопическое исследование резецированных желудков (там, где оно в таких случаях производилось) не обнаруживало никаких признаков язвы. Konjetzny придает большое значение гастритам в происхождении язв и ими объясняет язвенный симптомокомплекс—вплоть даже иногда и до желудочных кровотечений. Но в какой степени язвенный симптомокомплекс зависит от гастрита, вызывает ли последний спазмы пилоруса с застоем желудочного содержимого или, наоборот, застой желудочного содержимого и спазмы ответственны за воспалительные изменения слизистой желудка—сказать трудно. Что же предпринять хирургу у операционного стола, когда он вместо предполагавшейся язвы, находит судорожно сокращенный привратник, гипертрофированный жом, но не язву? Резецировать желудок и оправдать это вмешательство гипертрофическими воспалительными изменениями слизистой по Konjetzny? Произвести

пилоропластику или пилоромиотомию, потому что „операция эта совершенно безопасна для больного“, как полагает большинство сторонников этой операции? И то и другое не гарантирует от возможности рецидива, а считать как „выход из положения“ мы не должны не только резекцию, но и пилоропластику, потому что и она, как это видно будет из дальнейшего, не совсем безразлична для больного особенно в случаях, требующих повторного вмешательства. Поэтому, мы полагаем, что готового рецепта на действия хирургов в упомянутых выше случаях нет и на сегодняшний день.

Всякое хирургическое вмешательство при язвенном симптомокомплексе без наличия язвы (а также и при язве), направленное к устранению спазма, будь то резекция привратника, гастроэнтеростомия или пилоропластика является мерой симптоматического порядка. Основная цель при этом—это устранение наиболее тягостного симптома-болевого, который в большинстве случаев и является главной причиной поступления больного в хирургическое отделение. Зависят ли боли от пилороспазма? По мнению большинства авторов, вопрос этот должен быть решен положительно. По общему признанию, спазм привратника является чуть ли не единственной причиной болевых ощущений. Однако, каждому практическому хирургу известны случаи рецидива болей, которые нельзя объяснить моментами, вновь обусловившими возникновение пилороспазма. В одном из наших случаев приступы периодических болей у больного не исчезли после пилоропластики, после произведенной ему через некоторое время гастроэнтеростомии, несмотря на безупречную функцию анастомоза, и после произведенной ему затем резекции привратника. У всех остальных наших больных, как это видно будет из дальнейшего, боли вновь появились через $1\frac{1}{2}$ —3 месяца, при чем в 3 случаях рентгенологических данных за пилороспазм не обнаружено. Помимо этого, исчезновение болей едва ли можно считать признаком излечения от язвы.

Результаты пилоропластики по литературным данным были вначале даже как-будто бы ободряющи. Проф. Греков на XV съезде сообщил о 14 пилоропластиках (по Heineke-Misulicz'u с частичным иссечением сфинктера) с прекрасными результатами: „все тягостные симптомы и боли исчезают, кислотность желудочного сока приходит к норме, больные ожидают и прибывают в весе“. О благоприятных результатах пилоропластики сообщал и профессор Брайцев (13 случаев), Розов (32 случая), Полисадова кл. проф. Петрова—(17 случаев) и др. Рауг на 49 конгрессе нем. хир. сообщил о 19-ти случаях пилоромиотомии по Вебер-Рамштедту с 13 удовлетворительными непосредственными результатами; но комбинация пилоромиотомии с другими вмешательствами лишает возможности делать какие-нибудь выводы в отношении материала Рауг'a. Последний, между прочим, и не делал определенных выводов ни в отношении показаний для пилоропластики, ни в отношении предпочтительности употребляемого им метода перед другими и полагал, что лишь совместные труды хирургов по изучению, как непосредственных, так и в особенности отдаленных результатов своих случаев пилоропластики выяснит ценность этого оперативного вмешательства. Повидимому, отдаленные результаты, как об этом и указывает в своей работе д-р Мушкатин из кл. проф. Гирголава, не совсем совпадают с непосредственными, ибо операция пилоропластики большого распространения не получила и гастро-энтеростомию не вытес-

нила. Наш небольшой, правда, опыт также подтверждает, что эффект после операции пилоропластики скоро заменяется возвратом болей и прочих симптомов названной болезни.

Материал нашей клиники по операции пилоропластики состоит из 12-ти случаев. В отношении 10-ти из них нам удалось проверить более или менее отдаленные результаты операции; в 9-ти случаях результат проверен личным осмотром и опросом больных, в 1-м случае — опросом родных больного. Кроме указанных случаев, в нашу клинику поступили по поводу желудочных кровотечений 2-е больных, которым операция пилоропластики была произведена в других лечебных учреждениях. Наши случаи относятся к 1925—1930 гг. Давность наблюдения, следовательно, от $3\frac{1}{2}$ до 8-ми лет. Семи больным операция произведена при наличии полной картины язвенной болезни, без обнаружения язвы на операционном столе. В 3-х случаях пилоропластика произведена при резко выраженном пилороспазме при язвах 12-типерстной кишки¹⁾.

У 3 больных, которым пилоропластика сделана по поводу язвы 12-типерстной кишки, операция оказалась безрезультатной. Сюда же следует отнести еще случай, где при повторной пилоропластике через 8 месяцев после операции выявлена воспалительная инфильтрация 12-типерстной кишки, переходящая на поджелудочную железу, повидимому, язвенного происхождения. У 1-го больного после гастро-энтеростомии все болезненные явления ($4\frac{1}{2}$ г.) совершенно исчезли; в 1 же случае, наоборот, ни пилоропластика, ни последующие гастро-энтеростомия и резекция привратниковой части желудка, состояния больного не облегчили. Что касается остальных 6-ти случаев, в которых операция пилоропластики произведена при видимом отсутствии признаков язвы, то лишь в одном случае можно говорить об определенно-положительном эффекте. Но и в этом случае неизвестно чему следует приписать положительный эффект от операции: пилоропластике или же разрушению спаек у привратника. Во всех же остальных 5-ти случаях операция пилоропластики эффекта не дала. Правда, в 1-м случае больной в течение нескольких последних мес. стал себя чувствовать лучше, но если улучшение это и оказалось бы стойким, а не временным после курортного лечения, то и тогда едва ли оно может быть связано с операцией, произведенной $3\frac{1}{2}$ года тому назад. Также в 1 случае улучшение состояния больного через $3\frac{1}{2}$ г. после операции необходимо приписать не последней, а принятому больным курсу водолечения, благотворно повлиявшему на нервную систему больного (исчезновение икоты, поносов).

Чем можно объяснить неудачи и возврат язвенного симптомокомплекса после пилоропластики вообще и в большинстве наших случаев в частности? Неудачи могут быть или следствием неправильной техники, неправильной установки показаний или же они могут зависеть от недостатков, заложенных в самом принципе оперативного вмешательства.

Модификаций технического выполнения пилоропластики предложено немало: интрамуральная пилоропластика по Heineke-Misulicz'y, экстрамуральная по Веберу, пилоромиотомия по Рамштедту, гастро-дуоденостомия по Финнею и др. Проф. Греков считает, что стремление сохранить при пилоропластике слизистую не всегда осуществимо, особенно в дуоденальном конце привратника, где волокна мышечного жюма интимно спаяны со слизистой. Поэтому

¹⁾ Приложенная к статье таблица по техническим условиям не напечатана
Ред.

проф. Греков стоит за интрамукозную пилоропластику (с иссечением части сфинктера). За операцию по Heineke-Misculic'у также и проф. Соколов, который считал принцип сшивания в поперечном направлении продольно рассеченной стенки привратника более целесообразным. Проф. Брайцев высказал себя сторонником экстрамукозной пилоропластики по Веберу. Мы также производили во всех наших случаях пилоропластику по модификации Вебера, т. е. экстрамукозно со вшиванием продольного разреза в поперечном направлении. Техническим недостатком этой модификации считают неполное рассечение мускулатуры при ней; во всех наших случаях рассечение мышечного слоя удалось провести полностью без повреждения слизистой, за исключением одного случая (о котором нам сведений собрать не удалось), где операция закончена типично по Heineke-Misculic'у. Нами отдано предпочтение модификации Вебера перед предложенной Раугом пилоромиотомии по Вебер-Рамштедту потому, что мы считали, что эта модификация обеспечивает большее расхождение краев рассеченной мускулатуры, что доказано также и экспериментальными работами Дивногогорского и др.

Также мы не можем отнести причины неблагоприятных результатов наших пилоропластик за счет неправильной установки показаний к ней — по крайней мере, постольку, поскольку они ни в какой мере не противоречили приведенным мною в начале работы показаниям на основании литературных данных. Операция эта предлагалась, как операция выбора при язвенном симптомокомплексе при отсутствии язвы при язвах отдаленных от привратника, в особенности при высоко сидящих и при дуоденальных язвах (Греков, Брайцев, Соколов, Петров и др.) и лишь при рубцово-стриктурированном пилорусе и свежих язвах последнего она считалась противопоказанной. Мы, будучи удовлетворены теми результатами, которые мы получали при явных язвах желудка и 12-типерстной кишки от операции гастро-энтеростомии, применили пилоропластику в случаях, когда язву ни осмотром, ни ощупыванием обнаружить нельзя было и в 3-х случаях при язве 12-типерстной кишки с резко выраженными и клинически, и рентгенологически симптомами пилороспазма. И в тех, и в других случаях, как указано выше, мы положительного эффекта от операции не получили.

Отрицательный, или вернее, безуспешный результат операции пилоропластики в наших случаях, как и в большинстве случаев известных по литературным данным, зависит, по видимому, от сужения через определенный промежуток после операции привратника. Наличие этого сужения мы имели возможность наблюдать у наших больных при произведенных им же повторных операциях при последующей рентгеноскопии у некоторых наших больных. Сужение это, возможно, восстанавливает целостность не только мышечного кольца, но и пересеченных при пилоропластике путей, несущих ту или иную сумму раздражений. Клинически выявляемое исчезновение на некоторый промежуток времени после операции симптомов заболевания в наших случаях, говорит за допустимость этой возможности.

Мы имели возможность гистологически исследовать привратник больного, которому за 1 год и 11 мес. до произведенной у нас резекции желудка произведена в другой больнице пилоропластика. История болезни его такова:

Б-ой П.-ор, 31-г., пекарь, доставлен в клинику 22/X 1931 г. по поводу резкой анемии после желудочного кровотечения. Болен с 1925 г. Периодические боли, тошноты, иногда рвоты. Лечился все время терапевтически. С 1929 г. боли, рвоты участились. В январе 1930 г. в г. Запорожье произведена пилоропластика. Через 1½ месяца после погрешности в диете, кровавая обильная рвота. До июля 1931 г. чувствовал себя удовлетворительно, затем опять несмотря на соблюдение диеты возобновились боли и рвоты. 16/XI 1931 г. опять обильная кровавая рвота,

по поводу чего больного и доставили в клинику, где в тот же день опять кровавая рвота. Во время операции 21/XI-1931 г (проф. Я. О. Гальперн) обнаружены значительные сращения желудка с печенью и сальником, затруднявшими в значительной мере манипуляции. В области привратника после того как сделалось возможным извлечение желудка, обнаружен поперечный рубец с остатками швов. Привратник резко сужен, стенка его гипертрофирована. На передней стенке желудка на малой кривизне язва с приросшим к ней плотным сальником. Субтотальная резекция желудка по Райхель-Полиа. 29/XII 1931 г. больной в хорошем состоянии выписан. Через год больной явился для осмотра—чувствует себя хорошо.

Микроскопическое исследование резецированного привратника в участке бывшей пилоропластики показало следующее: „серозная оболочка в местах, где она сохранилась, заметно утолщена—в некоторых участках, особенно ближе к месту бывш. операционного разреза, с широкими переполненными кровью сосудами. У места шва видна жировая клетчатка (сальник?) тоже с переполненными кровью сосудами. Мышечная ткань в наружных слоях вблизи места бывш. операционного разреза в прослойках соединительной ткани с обильной инфильтрацией лимфоидными и полинуклеарными клетками. В других местах (также вблизи операционного разреза), значительное развитие соединительной ткани. В области операционного разреза в межмышечной соединительной ткани диффузная обильная инфильтрация. Мышечные волокна в наружных слоях этого места беспорядочно расположены. Внутренний же мышечный слой в этой же области представляется в большей своей массе не прерывающимся. В области беспорядочного расположения мышечных волокон можно отметить клеточные элементы, располагающиеся в непосредственной близости от мышечных волокон, удлиненной формы, с эозинофильной протоплазмой (молодые мышечные клетки). Подслизистый слой, соответственно месту оперативного вмешательства довольно широкий, с большим количеством сосудов. В слизистой оболочке язвы ясно выраженного катарального воспалительного процесса“.

Таким образом, в резецированном привратнике, помимо инфильтрации и образования между мышечными волокнами соединительной ткани и процесса рубцевания (приведшие к связыванию отдельных частей мышц и к стенозу привратника), мы имеем также и молодые мышечные клетки (возможность регенерации мышечной ткани?)

По поводу анатомо-гистологических изменений в привратнике, после пилоропластики имеются работы Миллера, Бовинга, Степпа, Котцеборна, Лондона, Дивногогорского и др. Большинство этих авторов указывает на то, что перерезанный жом через известный промежуток времени срастается с образованием сужения привратника (Дивногогорский).

На химизм желудка пилоропластика если и влияет, то во всяком случае не в сторону понижения кислотности желудочного сока. Во всех наших случаях мы заметного понижения кислотности желудочного сока после пилоропластики не получили, что совпадает с наблюдениями большинства авторов.

На основании нашего небольшого материала выводов делать нельзя. Но, повидимому, соответствующие выводы сделаны уже каждым практическим хирургом не в пользу пилоропластики, так как операция эта, несмотря на то, что она и технически проста, и является „идеальной гастродуоденостомией“ не нашла себе широкого применения, лишь редко производится у взрослых, что дало право еще на XX съезде рос. хир. председателю—покойному проф. Опелю констатировать, что „операция эта кажется начинает сходить со сцены“. И если мы все же решили опубликовать результаты нашего немногочисленного материала по пилоропластике, то главным образом не потому, что почти все больные, которым произведена эта операция, ею не излечены, а потому, что в 3-х случаях, когда нам пришлось повторно вмешаться, мы обнаружили, что операция пилоропластики совсем не безразлична для больного, как об этом писалось. Во всех указанных случаях нами выявлено сужение пилоруса,

наступившее в связи с этой операцией. Такое же сужение пилоруса после этой операции установлено также рентгенологически в 2-х наших случаях. Кроме того, во всех 3-х случаях повторных вмешательств мы столкнулись с значительно развитыми спайками в области желудка после пилоропластики, которые весьма затрудняли манипуляции и затягивали операцию. Развитие после пилоропластики обширных спаек, между прочем, установлено и экспериментальными работами в клинике проф. Левита. Поэтому мы полагаем, что применение пилоропластики, как „выход из положения“ (как это некоторыми предлагается) при всяком не оправдавшемся диагнозе язвы желудка не только не целесообразно, но и вредно.

Из Хирургической клиники Государственного Казанского института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина. (Директор клиники проф. В. Л. Боголобов).

К вопросу о грыжах Meskel'ева дивертикула.

Ординатор М. М. Шалагин

Грыжесечение является одной из наиболее распространенных и разработанных хирургических операций. Однако, при выполнении этой операции возможны осложнения и ошибки, которые могут поставить не только под сомнение успех операции, но и подвергнуть опасности жизнь больного. Опасности и осложнения при грыжесечении могут быть обусловлены или особенностями топографии данной грыжи, или же зависят от особых условий состояния и атипического содержимого грыжевого мешка.

Атипическим и редким с держимым грыжевого мешка является и Meskel'ев дивертикул. Meskel'ев дивертикул является остатком желточного протока, который в период утробной жизни плода играет важную физиологическую роль в питании последнего. К концу 3-го месяца утробной жизни плода он подвергается обратному развитию и целиком атрофируется. Но нередко процесс обратного развития ductus omphalo-mesentericus задерживается, результатом чего, как более тяжелая форма, может быть образование у новорожденного свищевого хода между кишкой и пупком с сохранением проходимости как в сторону просвета кишечной петли, так и со стороны пупка. В других же случаях облитерация протока происходит или только со стороны пупка, или же со стороны просвета кишки. Встречаются случаи, где проток облитерируется с обоих концов, а из срединной части его образуется своеобразная, врожденная опухоль, т. е. uterocystoma. Практически же более часто встречаются случаи, где происходит атрофия отводящего конца протока, с сохранением его связи и проходимости с просветом кишки. В таких случаях, по образному выражению проф. Тихова, Meskel'ев дивертикул напоминает как бы резиновый палец перчатки, отходящий от просвета тонкой кишки. Длина Meskel'ева дивертикула колеблется от 2 до 25 см. Так, Nilgenreiner отмечает длину Meskel'ева дивертикула от 5 до 20 см. Dreifus—от 3-х до 14 см. Проф. Ростовцев имел в одном случае дивертикул длиной в 26 см. В случаях Morison'a и Morgagni длина Meskel'ева дивертикула была 25 см. и в случае König'a даже 32 см. Ширина Meskel'ева дивертикула может быть толщиной с карандаш, но нередко достигает размеров просвета нормальной кишечной петли. В более же редких случаях имеются колбовидные вздутия верхушкой дивертикула величиною с кулак взрослого человека и больше. В части случаев Meskel'ев дивертикул представляет из себя конусовидный отросток с широким основанием у стенки кишечной петли с постепенно суживающейся верхушкой, оканчивающейся иногда в виде слепого тяжа или шнура. Своей верхушкой Meskel'ев дивертикул нередко прикрепляется к брыжейке кишок, к сальнику, брюшной стенке и другим органам и таким образом создает благоприятные условия для внутреннего ущемления кишечных петель.