

плотна наощупь. Исследование крови на малярию и тиф — дает отрицательный результат. Лейкоцитов—5.000—8.000. В моче N. В легких в редких случаях редкие сухие хрипы; со стороны нервной системы часто по ночам бред и сильные головные боли, длящиеся первые 4—5 дней. Продолжительность этой болезни 8—12 дней. Больных относили к т. abdom.² и у меня их насчитывается около 15; все случаи окончились полным выздоровлением.

Такие явления у детей вначале болезни меня наводили на мысль о скарлатине или кори, но сыпь ни на одно из этих заболеваний не походила, да к тому же не было налицо и других признаков.

Что же касается лечения, то ни разу не удавалось быстро оборвать течение болезни, и лишь на последних 3 больных я провел наблюдение с внутривенным вливанием 20% Natrii salicyl. в количестве 5,0 ежедневно в течение 3 дней; после каждого вливания t° падала с 38,5 до 37,1—37,2, чтобы снова на другой день подняться до 37,6—37,8. На третий день, т. е. после 3 вливания, температура падала окончательно. Если вначале заболевания производить вливание natrii salicyl., то длительность заболевания=3—4 дням, что и заставило меня ставить диагноз гриппа.

Из Терапевтической клиники Гос. ин-та для усовер. врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Директор клиники—проф. Р. А. Лурья).

Обширное сужение желудка после отравления формалином.

Ассист. М. И. Гольдштейна и д-ра Д. А. Ивановой.

Клиническая картина ожогов желудка едкими ядовитыми веществами недостаточно разработана и даже в специальных руководствах по желудочным болезням этому вопросу уделяется мало места. Между тем эти случаи далеко не представляют собой исключительной редкости и знакомство с симптоматологией этого страдания, его течением, представляет практический интерес, так как лишь при этих условиях имеется возможность рано распознать отдаленные последствия ожогов желудка и оказать больному необходимую помощь, ведущую к спасению его жизни. Вот почему мы считаем нелишним остановиться на случае изолированного ожога желудка, наблюдавшемся в нашей клинике.

Больной Ш., 42 лет, крестьянин, поступил в клинику 2/II 28 г. с жалобами на боль в подложечной области и рвоту, наступающую через 10—15 минут после каждого приема пищи и продолжающуюся до получаса, после чего больной чувствовал облегчение. Рвота зависит только от количества пищи, качество же ее влияния не имеет. Небольшие порции переносятся удовлетворительно, но стоит лишь больному выпить хотя бы стакан воды или молока, как немедленно появляется рвота. Рвоте предшествуют отрыжка, тошнота и изжога. Считает себя больным около двух месяцев, когда с двумя товарищами вместо самогона по ошибке выпил формалина. Один из них, выпивший натошак, через несколько часов погиб, а у второго быстро появилась рвота пищевыми массами, без каких бы то ни было дальнейших последствий. Наш больной, который выпил четверть стакана формалина, сразу почувствовал сильное жжение и боль в области желудка; через 5 часов появилась рвота с кровью. Больной был отправлен в участковую больницу, где пролежал около 3-х недель. Уже вскоре после выписки из больницы у него появились вышеописанные явления со стороны желудка. Аппетит хороший, но есть боится. За время болезни сильно похудел и появились запоры (стул через 3—4 дня). Раньше никогда ничем не хворал; наследственный и семейный анамнез ничего патологического не представляет. Большой среднего роста, с резко подорванным питанием, видимые слизистые бледны, мягкое небо и склеры субиктеричны, со стороны грудных органов отклонений от нормы не определяется. Язык обложен, слизистая шек в местах соприкосновения с зубами несколько набухшая, при ощупывании живота определяется défense musculaire m. g. ab. s. в верхней части, здесь же заметно выпячивание. Временами при пальпации удается вызвать видимую перистальтику и оплотнение стенок желудка, Magensteifung немецких авторов.

Исследование желудочного содержимого тонким зондом 1 III: натощак добыто 30 к. с. Свободной HCl нет, общая кислотность 12. После кофейного завтрака во всех порциях свободной соляной кислоты не было, общая кислотность в 1-ой порции—8, во II-ой—8, в III-твей—12, в IV—10, в V-ой—12, в VI—12. Neutralrot не выделился в течение 2-х часов. Рентген: контрастная масса совершенно свободно проходит через пищевод. Желудок сильно приподнят и резко изменен, имеет форму небольшой суженной книзу тени, часть синуса и весь *canalis egestorius* отсутствует, образуя обширный дефект наполнения. Через некоторое время контрастная пища медленно проходит в виде узенькой струйки в 12-ти перстную кишку. Видны глубокие сегментированные мелкие волны, преимущественно в препилорическом отделе. Сместаемость резко ограничена. Опорожнение очень замедлено. Рентгеноскопически: облитерация просвета привратниковой части на почве рубцовых изменений его стенок.

За время пребывания в клинике улучшения не наступило, и больной был переведен в Хирургическое отделение для оперативного вмешательства. 13/III операция: по вскрытии живота обнаружено изменение стенок желудка в области привратника, которое распространяется дальше по направлению *antrum*. В препилорической части резкий мозолистый перехват в виде кольца. Отсюда наиболее грубые рубцовые изменения тянутся по направлению к малой кривизне, захватывая ее и распространяясь на малый сальник в виде мозолистых сращений. Задняя стенка мало изменена и здесь не без некоторых затруднений был установлен гастроэнтероанастомоз. После операции больной стал быстро поправляться. Боль и рвота прекратились. Appetit хороший, стул нормальный, язык чист, живот не напряжен, *Magensteifung* отсутствует. При повторном исследовании желудочного сока свободной соляной кислоты нет, общая кислотность—12, нейтральрот не выделился в течение 2-х часов. Больной выписался из клиники в хорошем состоянии.

Наблюдавшаяся нами клиническая картина представляет весьма парадоксальное на первый взгляд явление—это полная проходимость пищевода наряду с обширным поражением желудка. За все время болезни больной ни разу не жаловался на ощущение боли и задержку пищи во время глотания и рентгенологически также не удалось обнаружить какого бы то ни было сужения в пищеводе. Оказывается, что между интенсивностью поражения пищевода и степенью поражения желудка нет строгого параллелизма (Mutier). В этом отношении наши данные полностью совпадают с наблюдениями Quenu и Petit, Лурья и в новейшее время Galdau и Porp. Отсутствие ожога, или лишь поверхностное нарушение целостности пищевода, при обширном и глубоком поражении желудка объясняется быстрым прохождением едкой жидкости через пищевод; это бывает преимущественно в тех случаях, когда концентрация ядовитого вещества невысока и больной по ошибке его быстро глотает. Когда раздражающий раствор попадает в желудок, стекая по малой кривизне, он останавливается у привратника и вызывает стойкий и длительный спазм последнего. Фиксируя в своих складках на некоторое время ядовитую жидкость, пилорус переносит таким образом всю силу и тяжесть ожога на себя и близ лежащие части. Отсюда является понятным, что наиболее уязвимым участком желудка при ожогах является привратник и вся выходная часть желудка—так называемый *canalis egestorius*. Степень повреждения желудка, характер и величина деструктивных изменений находятся в тесной зависимости как от концентрации и количества проглоченной жидкости, так и от состояния желудка в момент отравления. Наиболее сильному влиянию подвергается желудок естественно натощак. Разрушительное действие сказывается сильнее всего на верхушках складок слизистой оболочки, образующихся при сокращении желудка. Омертвевшие участки слизистой отделяются, оставляя после себя язвенную поверхность, которая постепенно покрывается гранулирующей тканью. Заживление таких язв ведет к развитию рубцов, располагающихся преимущественно в выходной части желудка и вызывающих значительные затруднения при его опорожнении. Стеноз привратника, как последствие рубцового процесса в случае бывшего ожога, встречается нередко.

Клиническая картина сужения желудка развивается, однако, в большинстве случаев, спустя несколько недель после проглатывания едких веществ. Обычно, когда острые явления раннего периода ожога—сильные схваткообразные боли, жжение и рвота—прекращаются, наступает некоторое улучшение общего состояния. Однако, это кажущееся выздоровление часто бывает обманчивым, так как через некоторый промежуток времени снова выступают явления со стороны

желудка. „Это позднее, и я бы сказал, коварное развитие гастрических симптомов, говорит проф. Лурья, отмечается в большинстве историй болезни после ожогов желудка“. Quen и Petit, располагавшие большим количеством случаев подобного рода определяют наступление стеноза через 3—4 недели. Случаи Duja rdin-Beaumez, Orthmann и Mikulicz, где появление структур наступало через 5—6 лет, должны считаться наиболее редкими и имеют лишь казуистический интерес.

С тех пор как в клинику болезней пищеварительного тракта был введен рентгеновский метод исследования, мы получили возможность точно определить место и степень поражения, а также глубже разбираться в патогенезе заболевания. В более свежих случаях, когда процесс рубцевания не завершился и слизистая представляет собой язвенную поверхность, в рентгеновской картине преобладают функциональные изменения в виде спазмов. Так, в случае Liebmann'a через 14 дней после тяжелого отравления соляной кислотой наблюдался резко выраженный тотальный гастроспазм с неподвижными контурами, вследствие отсутствия перистальтических волн. При повторном исследовании 8 недель спустя, когда клинически были выражены явления стеноза, рентгенологически можно было обнаружить дефект наполнения всей дистальной части желудка. В данном случае некротическая слизистая желудка выделилась *per vias naturalis*. Дефект наполнения на почве сужения просвета, как результат рубцевания язвенной поверхности, мало чем отличается от рентгеновских изображений при злокачественных новообразованиях и может также напоминать крайне редкую форму сужения всего желудка (*linitis plastica*). Разница лишь в том, что при некоторых случаях ожога края дефекта более ровные и эвакуация контрастной массы замедлена.

В нашем случае мы могли убедиться на операции, что дефект наполнения всего *canalis egestorius* соответствовал рубцово-измененной привратниковой части. Несмотря на сильную стриктуру просвета, расширение места лежащего выше сужения рентгеном не определялось. Возможность подобного явления подтверждается и на литературном материале. Так, в 28-ми случаях ожогов желудка едкими ядами с последующим стенозом привратника Geble наблюдал 4 случая, в которых расширение желудка не последовало. Таким образом эктазия желудка на почве стеноза привратника после ожогов не является правилом, что можно объяснить присутствием в стенке желудка рубцово-измененной ткани, не позволяющей ему растягиваться.

Из остальных клинических симптомов, имеющих у нашего больного, и отмеченных другими авторами Mutier, Шварц, Лурья и др.—это значительное понижение соляной кислоты в желудочном содержимом вплоть до полного отсутствия. Действительно, повторное исследование до и после операции, когда больной чувствовал себя вполне удовлетворительно, указывали на полное отсутствие свободной соляной кислоты и на низкие цифры общей кислотности. Нейтральрот не выделялся в течение 2-х часов, в то время как в норме он появляется через 12—15 минут. Вполне исчерпывающего объяснения этого симптома в настоящее время мы не имеем.

Последним обстоятельством, на которое мы должны обратить внимание—это сильное и прогрессивное исхудание больного. Значительная потеря в весе не может быть объяснена исключительно рвотой и голоданием; по всей вероятности, мы имеем здесь дело с общей интоксикацией со стороны обожженного желудка (Греков).

Итак, появление болей в подложечной области после приема пищи, частая рвота, независимая от качества пищи, отсутствие ощущения застревания пищи при глотании, резкое понижение содержания соляной кислоты в желудочном соке, быстрое прогрессивное исхудание—вот синдром, который должен остановить внимание врача в периоде выздоровления через 3—4 недели после отравления едкими жидкостями и заставить заподозрить сужение желудка.

Прогноз ожогов желудка, как и при всяком тяжелом заболевании—сомнительный. Тяжелые случаи уже в первые дни, а иногда даже и часы оканчиваются летальным исходом. У большинства других больных только через несколько недель, как это раньше указывалось, появляются последствия ожогов в виде симптомов сужения привратниковой части желудка. Для предупреждения тяжелых осложнений после ожогов желудка в новейшее время, вопреки общепринятому воззрению, рекомендуется при оказании первой помощи прибегать к промыванию желудка, так как опасность прободения при этом преувеличена (Galdau и Popp). Последующее осложнение ожога желудка—значительное его сужение, вплоть до полной

атрезии привратника—требует своевременного хирургического вмешательства—единственная действительная помощь в таких случаях

Литература. 1) Р. А. Лурия. Каз. мед. жур., 1921 г., № 1—2) Бейл А. Новый хирургич. архив, т. V/2, 1924.—3) Quenu et Petit. Revue de chirurgie, № № 1—2, 1902.—4) Assmann. Die klinische Röntgendiagnostik, 1924.—5) Hoeding. Zbl. f. chir., 1926/7.—6) Schinz. Lehrbuch. d. Röntgendiagnostik, 1928.—7) Galdau u. Popp. Fort. a. d. Röntgenstrahlen Bd. XXXVII, H. 5.—8) Krehl. Патологическая физиология, 1911.—9) Р. А. Лурия и А. И. Миркин. Врач. дело, № 1—2, 1925.—10) R. A. Luria u. E. Mogilevsky. Archiv. f. Verdauungskrankheiten. B. XLIV (1928), H. 1/2.

Из Хирургического отделения Казанского военного госпиталя. (Гл. врач—Бабнунтин).

К казуистике извлечения инородных тел легкого под контролем экрана 1)

Завед. хирургич. отделением М. С. Знаменского.

Является ли присутствие инородного тела в легком показанием к его удалению? Следует ли его удалять даже в том случае, когда оно не причиняет серьезных расстройств? Повидному, хирурги в настоящее время склоняются к положительному ответу на этот вопрос потому, во первых, что инородное тело даже после гладкого заживления раны представляет из себя опасность для его носителя, так как является очагом латентной инфекции, а во-вторых потому, что операции на плевре и легком далеко не так опасны, как считали раньше. Технически трудны и опасны поиски инородного тела только в области корня легкого, вследствие соседства крупных сосудов, но такие случаи редки, так как раненые большей частью погибают вскоре после ранения от кровопотери. Поэтому там, где извлечение пули технически возможно, оно должно быть предпринято.

Так было сделано мной в случае, к изложению которого перехожу: Ком-звода N полка И. в июле 1928 г., во время учебной стрельбы на полигоне, был ранен случайной пулей из пулемета с расстояния приблизительно в один километр. Так как он стоял, повернувшись к пулемету левой стороной, то пуля вошла по левой передней аксиллярной линии несколько выше уровня соска. Выходного отверстия не было. Тотчас после ранения—резкая одышка с частым и поверхностным дыханием, кровью не кашлял. Выздоровел через 2 недели, но в левом боку осталось ощущение какой-то тяжести и неопределенные болевые ощущения при глубоких вдохах («как будто царапает что-то внутри»). С такими жалобами и с желанием избавиться от пули И. поступил в Казанский воен. госпиталь в начале декабря 28 года.

Stat. praesens: больной—правильного телосложения, хорошего питания; по передней аксиллярной линии слева маленький бледный рубец на месте входной раны. Подвижность обеих половин грудной клетки хорошая и симметричная. Перкуторных изменений в левом легком (также как и в правом)—нет. Всюду выслушивается везикулярное дыхание. При рентгеноскопии обнаружена остроконечная ружейная пуля в левой половине грудной клетки, лежащая горизонтально, острием кнаружи, кнутри от сосковой линии. При рассматривании спереди тень имеет распылчатые контуры и превосходит нормальные размеры реальной винтовочной пули. При боковом просвечивании тень пули отодвигается кзади, так что между ней и сердечной тенью образуется довольно широкий светлый промежуток. При рассматривании сзади—тень представляется резко очерченной и по размерам почти равной действительной пуле. Пуля движется при дыхании—она несколько опускается при вдохе и подымается при выдохе, при этом она пересекает тень VIII ребра, которое движется в обратном направлении. На основании рентгено-скопии можно было сделать вероятное заключение, что пуля лежит в левом лег-