

ческих реакций правильно распознавать эхинококк, т. к. всегда имеющийся при них некоторый х приходится выяснять более ценным оперативным методом клинического исследования. На основании собственных и литературных данных позволим себе прийти к следующему заключению:

1. Реакция Cazzoni, занимая видное место среди лабораторных методов исследования в диагностике эхинококка, не может служить абсолютным доказательством эхинококка в организме.

2. Отсутствие реакции Cazzoni не говорит еще против эхинококка и наоборот положительная реакция требует еще дифференцировки.

3. Вопрос о диагностике эхинококка до настоящего времени не потерял еще своей остроты и нуждается в дальнейшей разработке.

4. Доминирующим диагностическим методом клинического исследования над существующими иммуно-биологическими реакциями в диагностике эхинококка нужно считать пока метод оперативный.

*Литература.* 1) Реальная энциклопедия практ. мед. Eulenburg'a, т. VII, 1911 г.—2) Проф. В. Шиллинг. Картина крови и ее клиническое значение. 1926 г.—3) В. Шипачев. Хирург. архив Вельяминова, кн. 4—5, 1914 г.—4) Труды 1-го Съезда хирургов Сесеро-Кавказского края. 1925 г.—5) К. Э. Вагнер. Русский врач, № 2—1908 г.—6) Ризваш. Днепр. Медичн. журн. №№ 1—4. 1930 г.—7) В. С. Соловьев. Журн. Соврем. хирургии, № 3, 1929 г.—8) С. И. Спасокукоцкий. Врачебн. Дело. № 12—14. 1925 г.—9) Голькин. Там же.—10) Perleis. W. Kl. Wochenschr, № 48. 1928 г.—11) Н. Н. Тербицкий. Журн. соврем. хирургии, № 1, 1929 г.—12) Chaikutin. Реф. Нов. хир. арх., № 10, 1930 г. 13) Шахат. Одесский мед. журн., № 1—2, 1930 г.—14) Чинова. Нов. хир. арх., № 65. 1928 г.—15) Беляев. Врач. газета, № 21. 1927 г.—16) Тер-Нерсисов. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 206. 1927 г.—17) Савков. Нов. хир. арх., № 79, 1930 г.—18) Преображенский. Нов. хир. арх. № 41—42, 1924 г.—19) Шулутко. Врач. дело, № 24—26, 1924 г.—20) В. В. Цветаев. Нов. хирургия, № 10, 1929 г.—21) Makkas u. Assimakopoulos. Zentr. für Chir., № 29. 1928 г.—22) Сегельман. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 61, 1930 г.—23) Спасский. Нов. хир. арх., № 2, 1931 г.—Проток. О-ва врачей Казан. у-та.—24) Шаткинский. Реф. Центр. мед. журн.—25) Острогорский. Вестн. хир. и погр. област., кн. 33, 1927 г.—26) Каганов. Вестн. хир. и погр. обл., кн. 37—38, 1928 г.—27) Вальер. Там же кн. 48—49, 1929 г.—28) Назаров и Шаткинский. Протоколы хир. о-ва при Саратов. у-те. 1928 г.

Из Госпит. хирургич. клиники Днепропетровского мединститута (Директор проф. Я. О. Гальперн).

## Материалы к диагностике рака желудка <sup>1)</sup>

Прив.-доц. М. Т. Фридмана.

Я беру небольшой отрезок времени, около полутора лет, течение которых через нашу клинику прошло 24 больных раком желудка. Материал небольшой, как будто незаслуживающий того, чтобы в наши годы, пестрящие литературными сообщениями не об одной сотне раковых больных, останавливаться на нем. Но внимательный просмотр нашего материала как по историям болезни, так и по личным впечатлениям и воспоминаниям (так как весь материал прошел через наши руки) наводит

<sup>1)</sup> Доложено на объединенном заседании терапевт. и хирург. секций Днепропетровского Е. Н. М. О-ва 20 марта 1932 г.

кое-какие мысли, которыми хотелось бы поделиться с товарищами и о которых нужно неустанно говорить до тех пор, пока вопрос о раковой опасности не займет надлежащего боевого места в умах наших товарищей-врачей.

Вопросы лечения раковых больных на данном этапе развития наших медицинских знаний не возбуждают сомнений: нож и лучи образовали наступательный союз для борьбы с раком. К сожалению, эта борьба ведется далеко не всегда успешно, но к еще большему сожалению часто и очень часто запаздывает призыв врача к началу этой борьбы. В чем дело? Повинен ли в этом рак или повинны врачи? И то и другое. В самом деле, ранняя диагностика рака желудка далеко не легка. Об этом ярко свидетельствуют статистики больших клиник и раковых институтов. Так, по данным Заблудовского, на 1000 больных раком желудка, обратившихся в амбулаторию Московского института за 6 лет, только в 1,5% можно было сделать резекцию желудка. В Ленинградском онкологическом институте на 1119 больных, по данным Вережнинского, могли быть подвергнуты радикальной операции только 7%.

Правда, это—специальные институты, куда стекаются не случайные больные, а нарочито присылаемые по подозрению, а чаще с уже готовым диагнозом—„рак“, иногда с далеких мест Союза для „лучевого“ лечения безнадежных случаев. Но цифры и не специальных институтов не очень утешительны в этом отношении. Так, в Бреславльской клинике на 1313 случаев—резекция только в 24,6%, у Мэйо на 2094 сл.— в 32,3%, в больнице им. Бабухина в Москве (Великорепкий)— 35% и т. д. приблизительно в том же проценте случаев. Причины этого явления большей частью кроются в долгой бессимптомности рака и, поэтому, в позднем обращении больных к врачу. Так, по Боасу среди больных с жалобами на желудок не более 3—4 недель, резекцию можно было произвести только у нескольких пациентов. И, благодаря этим особенностям рака желудка, мысль врачебная давно уже бьется над вопросами ранней диагностики рака. Но, к сожалению, все предложенные до сего времени реакции (Ботелло, Дэвиса, поверхностное натяжение мочи и др.) не оправдали возлагавшихся на них надежд. Они и не специфичны и часто положительны в случаях, когда налицо уже другие, более достоверные признаки рака. Окультное кровотечение, определяемое при исследовании испражнений, по мнению многих авторов является ранним диагностическим признаком (конечно, определенное при соблюдении всех необходимых мер предосторожности); по мнению же Боаса окультное кровотечение не относится к числу ранних симптомов. Если же учесть, что скирр дает изъязвление относительно поздно, то и этот симптом нельзя отнести к ранним диагностическим. Но сваливать всю вину на особенности рака, на его медленное и незаметное для больного начало, на его часто запоздалое проявление—нельзя. И с точки зрения врачебного подхода к больному, с точки зрения неправильного мышления, являющегося отражением неправильных методологических взглядов на болезнь и больного человека, нас и заинтересовал наш небольшой материал. Прежде всего несколько общих сведений о наших больных. Из наших 24-х больных 5 было в возрасте от 30 до 40 лет. Это—один из камней преткновения для ранней диагностики рака. Несмотря на целый ряд выступлений и устных—на съездах, и письменных—в печати о

том, что „рак обнаглел“, что рак не щадит и молодой возраст,—до сих пор существует еще странная и старинная аперцепция у врачей, по которой они при жалобах молодых больных на желудок меньше всего думают о возможности рака. И в результате—поздняя присылка таких больных на операцию. Между тем, цифры упорно твердят о том, что рак в молодом возрасте не очень уж редкое явление. Так, на XV съезде венгерских хирургов д-р Орзос доложил, что на 1364 больных раком до 40 лет было 124, т. е. 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; в Хир. больнице в Перми (д-р Корсаков—Пермский мед. журнал) на 1095 сл. до 30 лет 61 больной, т. е. около 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Это цифры, над которыми следует задуматься!! Из наших 5 молодых больных 4 поступило к нам в состоянии, когда даже самые отчаянные хирурги не решились бы на радикальную операцию и только в одном случае была произведена резекция по Райхель-Полиа. Но, могут возразить мне, возможно, что они обратились впервые к врачам уже в неоперабельном состоянии! Просмотрим кратко сведения анамнестические.

I. Больная Дж-да Х. Р., 40 лет. За шесть месяцев до поступления в клинику лечилась в одной из больниц г. Днепропетровска от поносов. Лежала там три недели. Через 2 месяца, т. е. 4 месяца назад заметила сама опухоль. *Casus inoperabilis*.

II. Б-ная Хо-ш Я. Г., 36 лет. Больна восемь лет; лечили ее от „катарра желудка“ порошками. Ухудшение заметила полгода назад после потрасения (умер ребенок). Месяц назад заметила сама опухоль. *Casus inoperabilis*. Ввиду непроходимости пилоруса наложен анастомоз.

III. Б-ой Бон-в I. В., 36 лет. Болен около 2-х лет желудком, все это время лечился, пил минеральную воду. В прошлом году лежал две недели в сельской больнице (по месту жительства). В этом году снова лежал в своей больнице в течение полутора месяцев. *Casus inoperabilis*.

IV. Б-ная Га-на Ф. С., 32 лет. Чувствует себя больной около семи месяцев. Все это время лечилась у врачей. Прислана в Гесп. тер. кл. 26-го марта 1931 г., откуда 7-го апреля перевезена к нам для операции. Произведена резекция по Райхель-Полиа.

V. Больной Чан-Н. И., 31 года. Болен около 5 месяцев. Все это время лечился у врачей, был направлен в Ессентуки, после чего стало хуже и поступил к нам в клинику. Метастазы в печени, *Casus inoperabilis*. Через месяц—смерть дома.

Из этих кратких сведений мы видим, что все эти больные обращались к врачам, лечились у них, а о раке мысль являлась тогда, когда в 4-х из 5-ти случаев оперировать было уже поздно. Возможно, что большую роль здесь играл возраст больных и снова необходимо напомнить товарищам, что каждый больной представляет собою не только материал для подтверждения статистики и при постановке диагноза нельзя исходить из последней, а как раз наоборот: статистика выводится из живого материала. И подходя к больному надо это помнить и не надо забывать, что рак бывает во всяком возрасте. Но только ли возраст сыграл печальную роль в судьбе этих больных? Конечно, нет! И для того, чтобы это утверждение мое стало более выпуклым, рассмотрим, тоже кратко, анамнестические данные других наших больных. Кроме упомянутых уже пяти больных, у нас было за это время еще 19 больных раком желудка. Об обращаемости этих больных к врачам у нас имеются такие сведения: 10 из них лечились у врачей более или менее продолжительное время от „болезни желудка“, 2 совсем не лечились до самого последнего вре-

мени, когда, обратившись к врачу, были направлены последним на операцию; относительно 7 больных нет указаний в ист. болезни о том, обращались ли они раньше к врачам. Надо предполагать, что, по крайней мере, часть из них несомненно лечилась, так как они болели более или менее длительные сроки. Так вот из всей этой группы больных в 19 человек, нас интересует первая, самая большая партия, в 10 человек. Из них 1 лечился в течение 2-х лет, 2 в течение 1½ лет, 4 в течение 1 года и 3 около 9—10 месяцев до поступления в клинику. Сроки вполне приличные, если принять во внимание, что все это время они лечились от „желудка“. Кое-какие данные из историй болезни этих больных настолько любопытны, что их нельзя не привести.

I. Б-ой До-н Б. Я., 52 лет. Болен около года. В последние 2 месяца замечает нарастающее малокровие и общую слабость. Был направлен в Ессентуки для лечения „почек“. Там в течение 10—12 дней был черный стул, обратил на это внимание врачей, но те „ничего плохого не замечали“.

По возвращении с курорта поступил к нам в клинику. У нас произведена резекция желудка. Больной жив (пошел второй год после операции) и вполне трудоспособен.

II. Б-ой Ра-ч В. Р., 60 лет. Болен около года; все это время лечился у врачей разными микстурами. Полгода назад исследование желудочного сока показало общую кислотность 6, но на это не было обращено должного внимания, не взирая на жалобы и возраст больного. Месяц назад б-ой лечился в Ессентуках, облегчения (вполне понятно!) не наступило.

В настоящее время при поступлении в клинику—*Casus inoperabilis*.

III. Б-ой Чу-в М. И., 42-х лет. Болен около 10 месяцев, все это время лечится у врача, получает кислоту, Ессентукскую воду, пилюли. Полгода назад сам нащупал опухоль в животе; обратил на это внимание врача, но тот ничего не заметил. Похудел за это время больше чем на пуд.

У нас в клинике—резекция 2/3 желудка по Бильрот II и части поджелудочной железы, захваченной раковым процессом. Смерть через 10 дней при явлениях нарастающего упадка сердечной деятельности.

Все эти 10 больных любопытны по своему анамнезу, но я не буду приводить больше выдержек из ист. болезни, чтобы не утомлять Вас. Достаточно и этих трех! В результате, у трех из этих десяти—*Casus inoperabilis*, двое отказались от операции, у пяти больных произведена резекция желудка, из которых один (вышеупомянутый) умер после операции.

В чем же дело? Почему у врачей, к которым обращались эти больные, не возникало своевременно предположения о раке? Основная причина, мне думается, заключается в том, что врачи еще недостаточно прониклись „страхом“ рака, уделяют ему значительно меньше внимания, чем он того заслуживает. Проф. Зильберберг на 3-м Всеукраинском съезде хирургов говорит: „И вот мы присутствуем при том поразительном явлении, что заболеваемость и смертность от туберкулеза падает, заболеваемость и смертность от рака нарастает“. Ни для кого не является новостью, а тем более это не должно быть новостью для врачей, что мы живем в период нарастания числа раковых больных. Достаточно указать, что смертность от рака составляет около пятнадцатой части общей смертности. И, конечно, нельзя этого объяснить только улучшением наших диагностических возможностей. В сущности, что нового принесли нам в этом отношении последние 2—3 десятилетия? Та же общая с предыдущими годами клиническая картина болезни, то же исследование желудочного сока и кала и рентген. Улучшение техники последнего

способа исследования играет, конечно, некоторую роль, но в одном из основных руководств по хирургии в „Handbuch der praktischen Chirurgie“, изд. 1929 г., мы читаем (Bd. III, стр. 285), что только рентгенодиагностика не в состоянии исключить рак желудка, даже при высоком качестве искусства просвечивания. Быть может, если стать на точку зрения академика Богомольца, нужно признать некоторое усиление неполноценности соединительной ткани, по сравнению с эпителиальной, в чем имеет „первенствующее значение „выявляющая“ роль бытовых и профессиональных факторов среды жизни“ („Диалектика онкологии“. Нов. хир. арх., № 94, стр. 160). Во всяком случае, рак учащается, рак принимает характер социального бедствия и кому, как не врачам, постоянно помнить об этом и твердо знать, что „малые раки требуют больших, а большие чаще всего никаких, или лишь малых паллиативных операций“ (Н. Н. Петров—„Современное значение оперативных, лучевых и комбинированных способов лечения злокачественных опухолей“ Нов. хир. арх., № 94, стр. 161), т. е. иными словами— неизлечимы. Органы здравоохранения должны в этом отношении проявить большую инициативу и значительно больше энергии; если нет возможности организации большого количества институтов, пойти по линии скорейшего развертывания онкодиспансеров, а не ждать „журавля в небе“. Развертывание таких диспансеров помимо своих прямых функций, будет и постоянным „memento“ для врачей.

Второй момент, играющий такую печальную роль в судьбе больных, это то, что врачи все еще забывают об одном из очень существенных диагностических приемов—о пробной лапаротомии. Проф. Покотило, поднявший этот вопрос в русской хирургич. печати еще в 1927 г., пишет, „что пробный разрез ни в коем случае не должен рассматриваться как операция, что он должен занять свое место в ряду нормальных диагностических приемов“. Как его рассматривать—операцией или не операцией,—это вопрос второстепенной важности, несомненно и бесспорно то, что он должен получить все права гражданства и значительно большее распространение. Применение пробной лапаротомии, по Покотило, показано при тех формах заболеваний, которые „плохо распознаются, но недурно лечатся в начальных периодах своего развития и, наоборот, хорошо распознаются и плохо лечатся в своих дальнейших стадиях“. К таким заболеваниям он относит „острый живот“ и злокачественные образования органов брюшной полости. В этих случаях полностью оправдывается положение—промедление смерти подобно! Что же мы видим на нашем, даже небольшом материале? Больные лечатся несколько месяцев, год, полтора „от желудка“, им производится различные исследования (желудочн. сок, моча, кровь, рентген), они не получают никакого облегчения, они уже и в подозрительном возрасте, они худеют,—а о таком простом, и в этих случаях спасительном, диагностическом приеме врач не подумал! Мало того, б-ой Д-н заметил у себя черный стул, сказал об этом врачу, но тот „ничего плохого не заметил“. Надо думать, что если бы этот врач был вызван к больному Д-ну через несколько месяцев, он бы обнаружил кое-что „плохое“. Б-ой Р-ч лечится около года у врачей „от желудка“ микстурами, полгода назад исследование желудочного сока дало общую кислотность 6, ему 60 лет и его направили лечиться от ахилии в Ессентуки, откуда он вернулся к нам

с неоперируемым раком. Б-ной Ч-в болен около года, полгода назад сам заметал у себя опухоль, обратил на это внимание врача, но тот „ничего не заметил“ и продолжал его лечить кислотой, пилюлями, эссен-тукской водой; заметьте при этом, что больной худеет, он потерял в весе более пуда! А теперь он умирает от слишком тяжелого вмешательства — резекция части поджелудочной железы, куда пророс рак желудка. И так далее, и так далее... Почему же такое игнорирование простого диагно-стического приема — пробной лапаротомии? Или в этих случаях не было и подозрения на рак желудка? Если так, то можно объяснить поведение врачей, но тогда уж встает основной вопрос о причине диагностических ошибок. И в этот придется обвинить методологически неправильное вра-чебное мышление. В самом деле, что мы видим на нашей небольшой серии больных? Полный отрыв органа от организма. Врач фиксирует свое внимание не только на одном органе, но даже на одном из функ-циональных проявлений этого органа: мало кислоты в желудочном соке, надо дать ему кислую микстуру, надо послать его в Эссендуки, которые ведь своими годами повышают кислотность желудочного сока! И трое из наших больных едут в Эссендуки, затрачивают деньги, время, а послед-нее довольно быстро и верно лишает их возможности подвергнуться опе-ративному лечению. Если же нет возможности поехать на курорт, можно пить и тут месяцами кислоту!

Между тем, ведь ничего нового нет в том, что человека нужно исследовать во всей его совокупности; это было уже известно Гип-пократу, Галену и их многочисленным последователям. Но в эпоху возрождения, со времен Гарвея и, особенно, известного произведения Моргани „De sedibus et causis morborum“ начали считать, что в орга-нах происходят первичные изменения, которые вызывают болезнь. И еще больше привлёк внимание врачей к отдельным клеткам, конечно, Вир-хов, и тем самым отвлек их от целого организма.

Имейте в виду, что я говорю не о тех случаях, когда самое тща-тельное исследование не дает никаких прав даже предполагать рак же-лудка, но хотя бы о тех 10 из 19 пожилых больных (не говоря уж о пяти молодых б-ых!), у которых внимательное, методологически правильно проведенное использование всех диагностических приемов, давало шансы на более раннее, еще в операбельном состоянии, распознавание болезни.

Мне думается, что мы с нашим, таким печальным, материалом не одиноки, что критический разбор аналогичного, — и в других областях — материала целым рядом клиник и больниц покажет еще много диагно-стических и лечебных ошибок, вытекающих из методологически непра-вильного подхода к больному.<sup>1)</sup> Мне хочется закончить эту коротенькую заметку словами одного из самых уважаемых нами хирургов — С. П. Фе-дорова („Хирургия на распутьи“): „Врач должен воспитать в себе ло-гическое мышление, потому что такой врач принесет значительно больше пользы больным, чем тот, который знает, возможно, сотни реакций и все процентные отношения составных частей крови и лимфы“.

Выводы из этой заметки напрашиваются сами собой:

<sup>1)</sup> Я в этой заметке специально не касаюсь тех случаев, где речь может идти не о неправильном мышлении, а о грубых ошибках и незнании.

1. Необходимо как в мединститутах, так и в институтах усовершенствования врачей при преподавании клинических дисциплин, не менее, чем при изучении теоретических, обращать внимание на методологически правильные установки.

2. Необходимо скорейшее развитие сети областных онкоинститутов с филиями (диспансерами) по районам.

3. Необходима самая широкая популяризация сведений о злокачественных опухолях с привлечением рабочих и общественных организаций для борьбы с этим злом.

Из кафедры рентгенологии (Зав. проф. Р. Я. Гасуль) Института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани.

## К клинике и рентгенодиагностике *Interpositio colonis*<sup>1)</sup>.

Пр. доц. М. И. Гольдштейна и ст. асс. Д. Е. Гольдштейна.

(С 8 рентгенограммами).

Необычайное расположение раздутых петель толстых кишок между печенью и диафрагмой, т. н. *interpositio colonis*, за последнее время все больше и больше привлекает внимание клиницистов и рентгенологов, благодаря сложному симптомокомплексу, клиническому течению и патогенезу этого заболевания (Béclère, Chilaïditi, Perussia, Jaticaud, Huguet, Подкаминский, Успенский и др.).

Как известно, в норме печень непосредственно прилегает к нижней поверхности диафрагмы и положение печени в брюшной полости в значительной степени зависит от высоты стояния и тонуса диафрагмы, совместно с которой оно производит дыхательные экскурсии. Несмотря на наличие в правом подреберье столь большого и тяжелого органа как печень которая, казалась бы, должна была способствовать оттягиванию правого купола диафрагмы книзу,—последний все же стоит выше левого. Объяснение этому парадоксальному явлению следует искать в большом присасывающем действии грудной клетки справа, которое создается эластической ретракцией легкого; этим же объясняется и наличие отрицательного давления в верхнем отделе брюшной полости. В сопротивлении этой тяге легких принимает участие не только тонизированная диафрагма, но и брюшные органы, непосредственно расположенные под диафрагмой. В силу создающегося отрицательного давления в брюшной полости—печень поднимается кверху. Большая степень отрицательного давления справа объясняется большой поверхностью соприкосновения легкого с диафрагмой, тогда как слева часть этой поверхности занята сердцем. Отрицательное давление, действуя на всю поверхность печени, достигает 400 кв. см. и обладает присасывающей силой в 4 клгр. Фиксация печени, таким образом, достигается в первую очередь присасывающим действием отрицательного давления, силой капиллярного сцепления обеих прилегающих плоскостей печени и диафрагмы, далее—давлением снизу внутренностей, прилегающих к нижней поверхности печени, на которые она опирается,

<sup>1)</sup> Доложено в секции рентгенологов Казан. об-ва врачей в апреле 1931 г.