

выписывание мазей для восстановления гладкости кожи рук. Стоимость же нашатырного спирта не велика.

2) Нет порчи рук, что всегда наблюдается при обработке рук щетками, горячей водой, мылом. Руки становятся бархатными независимо от количества операций за день.

3) Способ чрезвычайно прост, удобен и допускает точное его применение в любой обстановке. Особенно хорош в обстановке участковой больницы. Время предоперационной подготовки значительно сокращается.

4) Раствор нашатырного спирта, коим моются руки, слитый в чистое эмалированное ведро (таз), в дальнейшем является средой, где великолепно отмывается кровь с марлевых тампончиков и салфеток, накаплиющихся в обильном количестве после операций. В дальнейшем достаточно сполоснуть этот материал чуть мыльной, а то и простой водой, высушить, прогладить утюгом и он готов для стерилизации в автоклаве. За истекшие полтора года мы таким образом имели возможность значительно снизить расходы на марлю, используя ее до конца, что вовсе не безразлично для лечзаведений с бюджетом ниже среднего.

Почувствовать все преимущества способа Спасокукоцкого и Кочергина может лишь тот, кто сам его испробует. Отложив в сторону щетку и мыло, мы обрабатываем и будем обрабатывать руки нашатырным спиртом. Горячо советуем, особенно участковым товарищам, попробовать сделать то же, пока не появится метод еще более удовлетворяющий, чем метод Спасокукоцкого и Кочергина.

Считаю долгом отметить, что как операции, так и наблюдения за результатом применения нового способа обработки рук в Тетюшской больнице производились мной совместно с моими товарищами по работе врачами А. М. Боголюбовым и Н. С. Соколовой, и мысль поделиться своими наблюдениями—наша общая мысль.

Из Госпитал. хирургическ. клиники Днепропетровского мед. ин-та. (Дир.—проф. Я. О. Гальперн).

О первичной саркоме желудка.

Д-ра Д. С. Клебанова.

Единственно радикальным методом лечения злокачественных новообразований желудка на сегодняшний день является хирургическое, оперативное вмешательство. Результаты такого вмешательства стоят в тесной зависимости от того, насколько своевременно и радикально оно произведено. Понятно поэтому, что в отношении злокачественных опухолей желудка важно не распознавание заболевания вообще, а раннее распознавание, при котором радикальное вмешательство может дать удовлетворительный результат.

Если в отношении раковых опухолей желудка, вопрос о которых не сходит со страниц печати, ранняя диагностика ничтожна по сравнению с количеством больных, оперируемых уже фактически в расцвете заболевания, то в отношении саркомы желудка о ранней диагностике

вообще не приходится говорить. При саркоме желудка не только раннее, но и вообще распознавание до операции пока почти-что исключено. Во всяком случае все авторы почти единодушно скептически относятся к возможности прижизненной диагностики саркомы желудка. В большинстве случаев саркома желудка диагностируется как рак и это наиболее безобидная диагностическая ошибка, так как образ действий наш и при том, и другом заболевании один и тот-же. Однако часто саркома желудка ввиду многообразия анатомических форм, разнообразящих клиническую картину, сбивает нашу мысль на целый ряд заболеваний, в отношении которых наш образ действий в смысле быстроты вмешательства не так энергичен. В литературе описаны случаи сарком желудка, которые симулировали кисту яичника (Кондринг), опухоль сальника (Бродовский), опухоли селезенки и почки (Арнольд, Мозер), эхинококка селезенки, печени (Козинский, Шиллер), блуждающую почку (Гартлей) и др. Эти случаи заслуживают особого внимания, ибо если эти формы саркомы желудка и не укладываются еще в определенный симптомокомплекс, который облегчил бы нам правильное распознавание, то мысль о возможности и этого заболевания может иногда иметь решающее значение в выборе нами метода лечения.

К указанным формам относится и саркома желудка, которую мы наблюдали в нашей клинике. Приводим вкратце историю болезни.

Больная Ш. 20 лет, крестьянка, поступила 16 сентября 1930 года в госпитальную хирургическую клинику с жалобами на наличие у неа опухоли в животе и на боли в области этой опухоли.

6 м-цев тому назад стали появляться независимо от приема пищи боли в левом подреберьи и в подложечной области. Одновременно больная заметила в левом подреберьи небольшую опухоль, величиною в голубиное яйцо. В течение 3-х м-цев больная увеличения опухоли не отмечала, за последние же 3 м-ца опухоль стала заметно расти. С ростом опухоли больная стала постоянно ощущать чувство давления в подложечной области и неинтенсивные боли, которые усиливались после приема пищи. Больная за это время незначительно похудела. Рвоты ни разу не было. Иногда тошнота. Appetit не нарушен. Заметных отклонений от нормы со стороны стула нет. В детстве перенесла какой-то тиф. Больше никогда ничем не болела. Замужем 4 года. Год тому назад родила здорового ребенка. Menses—N.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые нормального цвета. Подкожная клетчатка достаточно развита. Прощупываемые железы не увеличены, подвижны, безболезненны. Язык влажный, слегка обложен. Общий вид больной вполне удовлетворительный, больная много ходит, разговорчива, настроение бодрое. Со стороны костно-мышечной системы, легких, сердца, отклонений от нормы нет. Пульс 64—68 уд. в минуту температура—N.

Живот равномерно выпуклый, мягкий. На уровне пупка по наружному краю левой прямой мышцы прощупывается плотноватой консистенции опухоль с острыми краями, гладкая, неподвижная. Опухоль уходит в левое подреберье и верхнюю границу ее определить не удается. Печень не увеличена. Мочеполовая система в пределах нормы. Исследование желудочного сока показало, что общая кислотность равна 5, свободной HCl, молочной кислоты и крови нет. Исследование мочи—N. Кровь: RW—стригательна; лейкоц. формула: сегмент 70%, палочков. 9%, эозиноф. 5%, лимфоцитов—10%, б. моноцит. 6%. Лейкоцитов—16.400. Крови в кале не обнаружено. Реакция К а ц ц о н и дважды резко положительна. Реакция В а й н б е р г а—положительна с инакт. сывор. в дозе 0,2 и сомнительна—в дозе 0,1. Рентгеноскопия желудка: „Со стороны большой кривизны в препилор. части дефект наполн. диам. $2\frac{1}{2} \times 3$ см. Создается впечатление, что со стороны малой кривизны что-то мешает свободной подвижности, но контуры в этом месте ровны. Большая кривизна смещается свободно. Через 5 час. желудок пустой. R—диагност: tumor (впечатление экстравентрикулярного)“.

Через 8 дней после поступления в клинику больной произведена проф. Я. О. Гальперном операция. Разрез по средней линии. Стенка желудка в области дна сплошь инфильтрирована опухолью, спаянною с сальником, на котором разбросано много увеличенных плотных желез. *Casus inoperabilis*. Рана зашита наглухо.

Микроскопическое исследование метастатической железы сальника, произведенное ассистентом кафедры патанатомии Днепропетр. мед. института д-ром П. П. Зильбертом, выявило следующее: „ткань лимфатической железы кое-где осталась по периферии; большей же частью таковая постепенно замещается сплошными полями полиморфных клеток с пузырьковидными, то вытянутыми, то округлой формы ядрами; местами ядра более компактные, правильно круглой формы. Всюду клетки инфильтративно прорастают строму лимфатической железы, довольно значительно склерозированную. Среди клеток встречаются частые, атипичные митозы. Сосуды б. ч. тонкостенные, из ряда набухших эндотелиальных клеток. Диагноз: полиморфно-ядерная саркома“. Послеоперационное течение вполне гладкое. Больная с удовлетворительным самочувствием была выписана 12 октября из клиники, причем ей было предложено подвергнуться рентгенотерапии. Однако, больная не соглашалась дольше оставаться в городе и уехала к себе домой — в деревню.

Неоднократные наши запросы о состоянии ее здоровья оставались без ответа и лишь через 4 м-ца после операции получено нами сообщение о том, что больная по приезде из Днепропетровска домой прожила некоторое время (сколько — точно установить не удалось) и затем скончалась.

Характерными в нашем случае является несоответствие между клинической и анатомической картинами. Несмотря на то, что случай оказался уже далеко зашедшим, иноперабельным, больная чувствовала себя хорошо, общий вид ее был вполне удовлетворительный и ни в коем случае не вызывал предположения о злокачественной опухоли. Правда, в литературе описан ряд случаев сарком желудка (Кауфман, Тильгер, Флайнер), которые при жизни ничем себя не проявляли и неожиданно обнаруживались при аутопсии. Но все же обычно и при саркоме желудка (особенно при инфильтрирующих формах), как и при раке, в позднейшей стадии заболевания, похудание и кахексия относятся к симптомам более или менее постоянным. Описанные за последнее время случаи сарком желудка (Яки, Кох, Коган и Зеиденберг и др.) все давали картину более или менее выраженной кахексии.

Общий хороший вид больной при незначительности желудочных явлений наряду с прощупываемой в животе значительною опухолью направлял мысль и в сторону возможности наличия в данном случае доброкачественной, внежелудочной опухоли. Данные рентгеноскопии желудка также говорили за эту возможность. Поскольку прощупываемая опухоль анатомически могла быть отнесена к селезенке, возникла мысль о возможности наличия у больной эхинококка селезенки. Реакции Каццони и реакция Вайнберга оказались положительными (Каццони дважды резко положительный: до и после операции) несмотря на то, что больная была от эхинококкового заболевания свободна. Одновременно нами произведена проверка реакции Каццони на других больных (между прочим у 3-х больных с саркомами бедра, плеча и легких), находившихся в то время на излечении в клинике. Пестрота полученных нами результатов лишней раз подтверждает неспецифичность этой реакции и доказывает, что положительный результат ее при прощупываемой опухоли должен заставить думать не только об эхинококке, но и о злокачественных новообразованиях — в частности и о саркоме.

В соответствии с формой опухоли—диффузно инфильтративной— в нашем случае резко изменен и химизм желудка в сторону понижения общей кислотности и полного отсутствия свободной НСІ. В этом отношении наш случай не отличается от почти всех описанных за последнее время случаев сарком желудка. К сожалению, это нарушение химизма не специфично для сарком только и данные исследования желудочного сока, как равно и када, и крови, также и рентгеноскопия не могут еще служить на сегодняшний день подспорьем для дифференциальной диагностики сарком желудка. Но там, где диагноз колеблется между доброкачественною и злокачественною опухолью, такое изменение химизма желудка должно явиться одним из моментов, говорящих в пользу предпочтения пробного чревосечения дополнительным продолжительным исследованиям больного.

Обращает на себя внимание еще и то обстоятельство в нашем случае, что, несмотря на значительную инфильтрацию стенки желудка опухолью, моторная его деятельность совершенно не пострадала.

Локализация опухоли у дна желудка относительно редка: по Гессе всего в 0,9%. Чаще всего саркома локализуется на большой кривизне (25%).

В возрасте нашей больной—20 лет—саркома желудка встречается также относительно редко (по Гессе—6,79%). Средний возраст заболевших саркомой желудка 40—45 лет. Описан случай саркомы желудка у 3½-летнего ребенка.

Наш случай лишней раз подтверждает, что саркома желудка не укладывается в определенную клиническую картину и течение заболевания может быть довольно своеобразным. Следствием этого и является упомянутое уже нами отрицание почти всеми авторами возможности диагностировать это заболевание до операции. И, действительно, кроме уже известных по сборным статистикам, приведенных в работах Гессе, Конечного и др., нескольких случаев прижизненной диагностики (носившей, к слову сказать, случайный характер) сарком желудка, в опубликованных за последние годы, в доступной мне литературе, случаях сарком желудка, лишь в одном случае проф. Богораз (Н. хир. арх. кн. 83) диагноз был поставлен до операции. Во всех же остальных случаях, как и в нашем, диагноз ставился после операций, на основании изучения гистологического строения опухоли. Однако, несмотря на это, за последнее время отмечается рост интереса хирургов к этой форме заболевания желудка. Это нашло свое отражение в целом ряде работ, появившихся за последние несколько лет по этому вопросу (Яки, Д. Федоров, Жуковская, Коган и Зейденберг, Кох, Багров, Богораз и др.). Участвовавшие случаи сарком желудка подтверждают мысль Конечного о том, что хотя саркома желудка и является относительно редким заболеванием, она встречается все же чаще, чем это установлено статистическими данными, так как она нами часто просматривается и неправильно диагностируется как рак желудка. Гистологическая проверка диагноза и накопление достаточного для обобщения материала приблизит нас к пониманию клиники и этого заболевания, которое на сегодняшний день (после капитальных работ Hesse, Ziesche, Davidsohn и Konietzny) представляет уже не исключительно патолого-анатомический, но и клинический интерес.

Оставляя в стороне вопрос об этиологии, гистогенезе, предложенных классификациях и соответствующих им клинических признаках саркомы желудка, достаточно освещенных в упомянутых мною выше работах, я хотел бы только коснуться вкратце результатов оперативного вмешательства при саркоме желудка, так как в конце концов они-то и являются моментом, определяющим практическое значение вопроса. О характере вмешательства разногласий не существует: „радикальное удаление опухоли оперативным путем при саркоме желудка является единственным методом лечения, который может дать исцеление“ (Конечный). Первая резекция желудка по поводу саркомы была произведена Бильротом в 1887 году. Результаты последующих оперативных вмешательств при саркомах желудка приведены в работах Минца, Лофаро, Цише, Давидсона, Гессе и Конечного. Средняя смертность при резекциях, в зависимости от формы саркомы, колеблется от 28—33%. До 3-х лет живут 25—30%. Описаны случаи полного излечения после резекции желудка по поводу саркомы (случай Шопера—14½ лет, Гессе—8½, Конечного—7 лет). Недавно Кох в своей работе упоминает о больной Ласиля (Швеция), оперированной в 1925 году, которая в 1929 году еще была жива.

Приведенные результаты оперативного лечения сарком желудка не блестящи, но они не хуже, а при некоторых формах и лучше такого же лечения рака желудка. Вообще возможность продлить жизнь обреченного больного даже и на 3 года, а иногда и на больше—достаточно говорит в пользу оперативного вмешательства при саркомах желудка. Нужно полагать, что с ростом интереса врачей к этой форме заболевания желудка и связанного с этим дальнейшего изучения его—чаще будут учитываться врачами моменты, говорящие в пользу возможности и этого, хоть и редкого, заболевания желудка. А это в свою очередь, безусловно, должно будет отразиться на своевременности предпринятого вмешательства и даст лучшие результаты, чем приведенные выше.

Литература. 1. Konjetzny. Erg. d. Chir. u. Ort. V. XIV. 1921.—2. Jaki. D. Z. f. Chir. B. 210.—3. Коган и Зейденберг. В. X. и П. О. т. XI.—4. D. Fedorow. Arch. f. kl. Chir. B. 159. 5. Кох Е. Укр. Мед. Арх. т. V, том 3. 1930.—6. Жуковская. Каз. Мед. Ж. № 4. 1928—7. Багров Ю. Б. В. X. и П. О. Кн. 64.—8. Богораз проф. Н. X. А. т. XXI. № 83. 1930.

Из Госпитальной акушерско-гинекологической клиники Днепропетровского медицинского института.

К технике операции Webster-Baldy-Franke при retroflexio uteri.

Профессора Д. Е. Шмундак.

Можно уверенно в настоящее время говорить о том, что ни одно из заболеваний женской половой сферы, требующих оперативного лечения, не пестрит таким богатством и разнообразием предложенных методов оперативного воздействия как дислокация матки в форме retroflexio. Еще только полтора года тому назад на заседании акушерско-гинекологического общества в Гамбурге (30/1 30 года), где дебатировался воп-