

61
10-13
167195

ЮБИЛЕЙНЫЙ СБОРНИКЪ

посвященный

СТАРШЕМУ ВРАЧУ ВОЛОГДСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ ЗЕМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Сергѣю Федоровичу Гортапову

ЕГО СОСЛУЖИВЦАМИ, СОТРУДНИКАМИ И ДРУЗЬЯМИ.

*По повелѣнію 25-лѣтнимъ врачемъ Форт-
аповъ, научнымъ и научно-исследовательскимъ
деятельностямъ — Губернаторъ Губерн-
ской Земской Больницы*

ВЛОСА 26

Губернаторъ Губернской Земской Больницы

1917.

Издание Вологодскаго Губернскаго Земства,

посвященное

старшему врачу Вологодской Губернской
Земской Больницы Сергѣю Федоровичу
Горталову по поводу 25 лѣтней служеб-
ной и административной дѣятельности.

ЮБИЛЕЙНЫЙ СБОРНИКЪ,

ПОСВЯЩЕННЫЙ

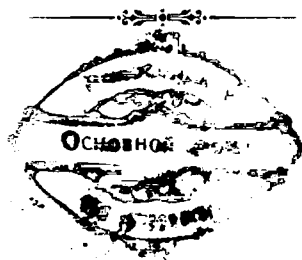
СТАРШЕМУ ВРАЧУ ВОЛОГОДСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ ЗЕМСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Сергѣю Федоровичу Горталову

ЕГО СОСЛУЖИВЦАМИ, СОТРУДНИКАМИ, и ДРУЗЬЯМИ.

*По поводу 25-лѣтія его лечеб-
ной, научной и административной
дѣятельности въ Вологодской Губерн-
ской Земской Больницѣ.*

167/95



ВОЛОГДА.

Типографія Н-въ А. В. Гудкова-Бѣлякова.

1914.

Глубокоуважаемому

Сергею Федоровичу Торталову

въ день 25-лѣтня его службѣ въ Вологодской Ту-
бѣрнской Земской Больницѣ въ знакъ глубокой любви
и искренняго уваженія посвящаютъ свой трудъ

Авторы.

7 марта 1914 года.



Сергѣй Федоровичъ Горталовъ.

С. Ф. Горталовъ.

(біографическій очеркъ).

Сергѣй Федоровичъ Горталовъ родился въ имѣніи отца близь гор. Грязовца, Вологодской губ., въ дворянской семьѣ въ 1862 году.

Среднее образованіе С. Ф. получилъ въ Вологодской мужской гимназіи, по окончаніи курса, которой въ 1883 году поступилъ на медицинскій факультетъ Казанскаго Университета. Въ слѣдующемъ году перешелъ въ С.-Петербургскую Военно-медицинскую Академію, которая въ то время находилась въ полномъ расцвѣтѣ своей дѣятельности, имѣя въ своихъ стѣнахъ коренное науки и общественной мысли, какъ С. П. Боткинъ, В. Ак. Манассеинъ, профессоръ Груберъ, К. Ф. Славянскій, Ю. М. Чудковскій, В. В. Пашутинъ и много другихъ главныхъ именъ отечественной медицины.

Въ засѣданіи 12 Ноября 1888 года Сергѣй Федоровичъ Горталовъ былъ удостоенъ Конференціей Академіи званія врача съ отличіемъ (*medicus summa laude*).

Сразу же по окончаніи Академіи С. Ф. Горталовъ вступилъ на поприще практической жизни и судьба сразу ему улыбнулась, такъ какъ онъ получилъ возможность посвятить свой трудъ, свои молодая силы родимому краю.

7 Марта 1889 года С. Ф. занялъ должность сверхштатнаго ординатора при Вологодской Губернск. Земской больницы, 22 Февраля 1891 года онъ зачисленъ былъ штатнымъ ординаторомъ, а съ 24-го Мая 1899 года назначенъ исп. д. Старшаго врача больницы, каковую должность онъ временно неоднократно исполнялъ и ранѣе. Поступивъ ординаторомъ, Сергѣй Федоровичъ принялъ на себя завѣдываніе мужскимъ терапевтическимъ отдѣленіемъ, каковое ведетъ во все время службы.

За время службы Сергѣя Федоровича больница значительно расширилась, особенно за послѣдніе годы; начиная съ 1907 г., когда были приглашены специалисты—хирургъ, гинекологъ и прозекторъ-бактеріологъ.

Въ дѣлѣ расширенія больницы Сергѣй Федоровичъ сыгралъ не малую роль, какъ дѣятельный гласный Губернскаго Земскаго Собранія, съ умѣвѣшій своимъ авторитетомъ привлечь къ себѣ лицъ, сочувствующихъ необходимости спеціализаціи Губернской Больницы.

Какъ Старшій врачъ больницы С. Ф. въ тоже время состоитъ и директоромъ фельдшерской школы, исполняя эту трудную, безпокойную работу до настоящ. времени безвозмездно.

Имѣя натуру, широко откликавшуюся на всѣ разнообразныя призывы, какія несла общественная работа. характеръ живой и подвижной, С. Ф., не ограничивался исключительно больничной работой, а принималъ живое участіе и въ общественной работѣ, причемъ являлся однимъ изъ тѣхъ энергичныхъ и идѣйныхъ людей, которые всегда цѣнны, какъ общественные работники, а въ особенности были цѣнны и незамѣнимы въ ту глухую пору русской общественности, когда С. Ф. впервые выступилъ на общественное поприще.

Сергѣй Федоровичъ Горталовъ является не только однимъ изъ дѣятельныхъ участниковъ всѣхъ бывшихъ съѣздовъ земскихъ врачей Вологодской губерніи, но и организаторомъ первыхъ изъ нихъ до учрежденія Санитарнаго Бюро при Губернской Управѣ. Сергѣй Федоровичъ былъ однимъ изъ главныхъ инициаторовъ учрежденія Вологодскаго Отдѣленія вспомогательной медицинской кассы имени Чистовича. онъ же принимаетъ живое участіе въ Вологодской общинѣ сестеръ Краснаго Креста, со дня ея открытія (1896 годъ), сначала въ качествѣ Старшаго ординатора, а съ 1906 года, какъ главный врачъ общины

Какъ гласный Городской Думы съ 1905 года, Сергѣй Федоровичъ всегда старался возбудить интересъ Думы къ вопросу Санитарнаго благоустройства города, несмотря на встрѣчавшуюся косность и инертность ему, какъ предсѣдателю Городской Санитарно-исполнительной Комиссіи удалось провести цѣлый рядъ мѣръ къ улучшенію постановки медицинскаго дѣла въ городѣ, въ частности ему много пришлось потрудиться по борьбѣ со вспыхнувшей въ 1908 и 1909 годахъ въ городѣ Вологдѣ эпидеміи холеры.

Какъ человѣка высшей степени гуманнаго Сергѣя Федоровича всегда безпокоило и безпокоить положеніе хроническихъ больныхъ; которые за переполненіемъ Губернской больницы острыми и хирургическими больными не находятъ себѣ пріюта въ стѣнахъ больницы. Объ участіи этихъ несчастныхъ больныхъ, которые отовсюду, какъ изъ города, такъ и далеко изъ уѣздовъ;

пріѣзжаютъ въ Губернскую больницу и о призрѣніи ихъ Сергѣй Федоровичъ не разъ поднималъ вопросъ и въ Губернскомъ Земскомъ Собраніи, и въ засѣданіяхъ Городской Думы. Его завѣтная мѣта—устройство для нихъ дома Милосердія одно время даже осуществилась.

Не ограничиваясь своей практической дѣятельностью Сергѣй Федоровичъ посвящалъ свои силы и научной работѣ. Изъ его отдѣленія вышло нѣсколько написанныхъ имъ научныхъ работъ, изъ которыхъ нѣкоторыя были напечатаны въ медицинскихъ изданіяхъ.

Особенно отрадной чертой въ характерѣ С. Ф. является его гуманность, его уваженіе, пожалуй, даже преклоненіе передъ человѣческой личностью. Нужда человѣка всегда находила отзывъ въ его сердцѣ и порывъ спѣшить ей навстрѣчу. Многие, кому привелось сталкиваться съ С. Ф. сохранять о немъ самое лучшее воспоминаніе на всю свою жизнь, точно такъ же, какъ вспоминаютъ о немъ теплымъ добрымъ словомъ учившаяся и учащаяся молодежь, которой приходилось и приходится работать въ Губернской больницѣ подъ его руководствомъ. Молодые врачи, студенты и студентки всегда находили въ немъ человѣка, который шелъ имъ навстрѣчу при желаніи поработать въ Губернской больницѣ и помогалъ имъ своимъ совѣтомъ.

Несмотря на долгій періодъ своей трудовой дѣятельности С. Ф. при неблагоприятныхъ условіяхъ этой дѣятельности, сумѣлъ сохранить въ себѣ душевное равновѣсіе, вѣру въ свое призваніе и остался вѣренъ завѣтамъ своей *almae matris*. Его энергія и чуткость ко всякимъ запросамъ общественной жизни остается и теперь такою же, какъ была и прежде.

РѢДКІЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНАГО ИЗЛѢЧЕНІЯ ОТСЛОЙКИ СѢТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ.

Л. Н. Лирошкова.

(Изъ Глазной лѣчебницы Вологодскаго Губернскаго Земства).

Отслойка сѣтчатой оболочки глаза представляетъ собою одно изъ самыхъ тяжелыхъ глазныхъ заболѣваній. Предсказаніе при лѣченіи этой болѣзни обыкновенно самое плохое, случаи излѣченія чрезвычайно рѣдки. Въ виду этой рѣдкости особенно замѣчательнымъ и достойнымъ опубликованія является случай полного выздоровленія послѣ вторичнаго заболѣванія отслойкой сѣтчатки одного и того же глаза. Такой именно случай мнѣ пришлось наблюдать въ своей практикѣ въ 1912 году.

Прежде чѣмъ перейти къ описанію этого случая, позволю себѣ напомнить въ краткихъ чертахъ о механизмѣ развитія, причинахъ и симптомахъ отслойки сѣтчатой оболочки, о ея лѣченіи и его исходахъ. Сѣтчатая оболочка не сращена съ сосудистой оболочкой, а только прилежитъ къ ней, удерживаемая въ своемъ положеніи давленіемъ стекловиднаго тѣла. Когда отъ тѣхъ или другихъ причинъ сѣтчатка отслаивается отъ сосудистой оболочки, то подъ нею въ мѣстѣ отслойки скопляется экссудатъ. Развивается отслойка сѣтчатки обыкновенно внезапно и захватываетъ сразу бо́льшой участокъ или же, начавшись на небольшомъ участкѣ, мало по малу распространяется, при чемъ отслаивающей силой является экссудатъ. Если отслойка началась въ верхней части сѣтчатки, то экссудатъ, въ силу тяжести спускаясь книзу, постепенно отслаиваетъ оболочку дальше и дальше по направленію внизъ. Также давленіемъ экссудата отслойка, начавшаяся въ нижней части сѣтчатки, постепенно распространяется вверхъ. При началѣ отслойки больные, обыкновенно, указываютъ на ощущеніе въ глазу огненныхъ искръ, послѣ чего въ заболѣвшемъ глазу быстро наступаетъ или слѣпота, или значительное ослабленіе и затуманиваніе зрѣнія; въ послѣднемъ случаѣ больной начинаетъ видѣть предъ собою, какъ бы колеблющееся облако, которое при своихъ движеніяхъ, то закрываетъ часть поля зрѣнія, то открываетъ ее, при чемъ появляется искаженіе правильной формы предметовъ и происходитъ выпаденіе зрѣнія въ какой-либо части поля зрѣнія, вверхъ, внизъ, внутри или снаружи, а когда отслойка задѣваетъ область желтаго пятна, то выпадаетъ и центральное зрѣніе. Кромѣ того, у такихъ больныхъ обычно появляется ослабленіе свѣтовой чувствительности и зрѣніе ихъ ухудшается при недостаточно сильномъ освѣщеніи, какъ у людей, страдающихъ куриной слѣпотой. Въ такомъ положеніи зрѣніе можетъ оставаться и дальше

или же, чаще, постепенно ухудшается и доходить до полной слѣпоты. Иногда предъ внезапнымъ проявленіемъ отслойки сѣтчатой оболочки бываютъ въ теченіи короткаго времени—нѣсколькихъ дней или часовъ—предвѣстники, которые выражаются появленіемъ ощущенія летающихъ мушекъ, огненныхъ искръ, временнаго затуманиванія и неловкости зрѣнія.

Нѣкоторые больные въ своемъ анамнезѣ отмѣчаютъ, что подобныя продромальныя явленія у нихъ бывали когда то раньше, но благополучно проходили, а отслойка появлялась только много времени спустя.

Опредѣлить отслойку сѣтчатки можно только офтальмоскопическимъ путемъ, при чемъ открывается характерная картина. Отслоившаяся сѣтчатка представляется въ видѣ возвышеній или колеблющихся пузырей на днѣ глаза, при этомъ въ первое время она сохраняетъ еще свою прозрачность или же слегка мутнѣетъ, а потомъ принимаетъ сѣроватый цвѣтъ; и въ томъ и въ другомъ случаѣ на отслоившейся сѣтчаткѣ замѣтны извивающіеся кровеносные сосуды.

Причиной отслойки сѣтчатой оболочки v. Graefe, Arlt и Horner считаютъ скопленіе транsudата сосудистой оболочки или крови подъ сѣтчаткой, Stellvag—уменьшеніе объема стекловиднаго тѣла, Рельманъ—измѣненіе условій диффузіи внутри глазныхъ жидкостей отъ измѣненія химическаго состава стекловиднаго тѣла. Wecker, Leber, Nordenson придаютъ главное значеніе разрывамъ сѣтчатки.

Вообще же признаются два основные причинные момента: 1) прекращеніе вліянія на сѣтчатку стекловиднаго тѣла, которое ее удерживаетъ въ соприкосновеніи съ сосудистой оболочкой, къ которой она не приращена, а только прилегаетъ; 2) отслойка подъ вліяніемъ силы, превышающей давленіе стекловиднаго тѣла.

Отслойки перваго вида являются при заболѣваніяхъ стекловиднаго тѣла, когда давленіе его уменьшается: при выпаденіи его въ значительномъ количествѣ, при заболѣваніяхъ, ведущихъ къ сморщиванію его—выпоты отъ иридоциклитовъ, иридохороидитовъ. Эти отслойки обыкновенно не видны офтальмоскопомъ, т. к. среды бываютъ мутны. Офтальмоскопически видимая отслойка безъ предшествующихъ воспалительныхъ процессовъ чаще всего бываетъ отъ высокихъ степеней близорукости; причина здѣсь фибриллярное перерожденіе стекловиднаго тѣла съ послѣдующимъ сморщиваніемъ его. Сѣтчатая оболочка такимъ стекловиднымъ тѣломъ оттягивается и подъ нею является отрицательное давленіе, вызывающее серьезный экссудатъ.

Причинами отслоекъ второго вида, происходящихъ подъ вліяніемъ силы, являются: скопленіе экссудата подъ сѣтчаткой при воспа-

леніяхъ сосудистой оболочки, кровоизліянія и опухоли сосудистой оболочки, а также цистицерки, развивающіеся подъ нею. и рубцы послѣ раненій склеры, сращенные съ сосудистой оболочкой.

Непосредственной причиной, вызывающей отслойку въ predisposedныхъ къ этому заболѣванію глазахъ, часто бываетъ какое либо сотрясеніе тѣла, какъ напр., паденіе, ѣзда на тряскихъ экипажахъ и т. д., часто же никакой причины отыскать не удается.

При лѣченіи отслойки сѣтчатой оболочки прибѣгаютъ къ различнымъ средствамъ, какъ терапевтическимъ, такъ и хирургическимъ. Главной цѣлью при лѣченіи является удаленіе изъ подъ сѣтчатки экссудата, поэтому назначаютъ средства потогонныя, какъ, напр., инъекціи подъ кожу пилокарпина, салициловый натръ, горячій чай, суховоздушныя ванны; средства мочегонныя и слабительныя; іодистый калий; при всемъ этомъ больной долженъ соблюдать полный покой, лежать въ постели преимущественно на спинѣ.

Замѣчено, что потъконъюнктивальныя инъекціи раствора поваренной соли дѣйствуютъ на улучшеніе циркуляціи лимфы и способствуютъ всасыванію экссудатовъ, а потому при лѣченіи отслойки сѣтчатки назначаютъ эти инъекціи раствора соли крѣпостью отъ 2 до 10 и 20%, кромѣ того, примѣняется и другое лимфогонное средство—діонинъ въ видѣ глазныхъ капель 2—10% раствора. Такое лѣченіе надо продолжать долго, въ теченіи нѣсколькихъ недѣль.

Изъ средствъ хирургическихъ были предложены: давящая повязка, пиявки Гертлю, проколъ склеры и выпусканіе экссудата, иридектомія (Галезовскій), постоянный дренажъ золотой проволоки, введенной черезъ склеру въ полость глаза, прижиганіе глаза вблизи лимбуса гальванокаутеромъ, пришиваніе кетгутонъ отслоившейся сѣтчатки къ склерѣ (Галезовскій), вызваніе слипчиваго воспаленія впрыскиваніемъ Lûgoлевскаго раствора (1—2 капли) подъ сѣтчатку, электролизъ, разсѣченіе тяжей стекловиднаго тѣла и впрыскиваніе стекловиднаго тѣла кролика (Deutschmann), или же субретинальной жидкости (Weber), или физиологическаго раствора соли (Grossmann). Послѣдніе способы встрѣтили суровую критику со стороны Uhthoff'a и снова рекомендуются Birch--Hirschfeld, но даютъ не рѣдко нежелательныя осложненія въ видѣ сильной воспалительной реакціи, ириты, гипопіонъ, экссудатъ въ зрачкѣ и стекловидномъ тѣлѣ и проч.

Изъ этого перечня предлагаемыхъ способовъ лѣченія отслойки сѣтчатки въ виду ихъ многочисленности и разнообразія видно, что дѣло лѣченія этого заболѣванія не стоитъ на твердой почвѣ и находится еще, какъ бы, въ періодѣ исканій. Ни на одномъ изъ этихъ средствъ и способовъ лѣченія нельзя остановиться, какъ на вѣрномъ, исполнѣ надежномъ.

Благодаря ненадежности всѣхъ способовъ лѣченія, при отслойкѣ сѣтчатой оболочки обычно ставится очень плохой прогнозъ. Позволю себѣ привести нѣсколько мнѣній по этому поводу изъ распространенныхъ руководствъ

Профессоръ Андогскій: относительно исходовъ нужно сказать, что при эссенціальной отслойкѣ, отслойкѣ вслѣдствіе retinitis albuminica, а также травматической безъ нарушенія цѣлости оболочекъ глаза иногда замѣчается остановка процесса и даже исчезновеніе отслойки. Лѣкарственными средствами (перечисленными имъ) иногда удается остановить прогрессированіе процесса и иногда добиться излѣченія, но часто вся эта терапія остается совершенно безуспѣшной. Ни одинъ изъ хирургическихъ способовъ не нашелъ себѣ достаточнаго распространенія.

Schmidt-Rimpler: лѣченіе отслойки сѣтчатки, особенно свѣжей и не очень обширной, не такъ безнадежно, какъ полагали прежде. Во всякомъ случаѣ терапевтическое вмѣшательство показуется безусловно въ виду того, что приводитъ иногда къ поразительнымъ и едва ли ожидавшимся результатамъ. Улучшеніе зрѣнія достигается довольно часто; правда, иногда оно объясняется только проясненіемъ стекловиднаго тѣла. Однако иной разъ можно достигнуть и того, что сѣтчатка на время и даже на довольно продолжительное время возвратится къ своему нормальному положенію.

Профессоръ Крюковъ: въ рѣдкихъ случаяхъ отслоенная часть опять прилегаетъ на свое мѣсто и, если это произошло вскорѣ, то и функція восстанавливается до извѣстной степени или даже вполне; въ большинствѣ же случаевъ этого не происходитъ и отслойка остается въ теченіи многихъ лѣтъ частичною или постепенно отслаивается вся сѣтчатка. Со временемъ обыкновенно развивается катаракта. Существующая болѣе или менѣе продолжительное время отслойка неизлѣчима. Въ свѣжихъ случаяхъ, хотя и рѣдко, но наблюдается излѣченіе. Послѣ операціи прокола склеры сѣтчатка часто прилегаетъ на свое мѣсто, но обыкновенно вскорѣ вновь отслаивается. Изрѣдка случается, что отслоенная сѣтчатка и безъ всякаго лѣченія прилегаетъ сама на свое мѣсто.

Въ Реальной Энциклопедіи Медицинскихъ Наукъ говорится: въ большинствѣ случаевъ свѣжей и не слишкомъ обширной отслойки перечисленными способами леченія удается вызвать улучшеніе зрѣнія вслѣдствіе частичнаго восстановленія топографіи сѣтчатки, а въ особенности благопріятныхъ случаяхъ—даже полное исчезновеніе отслойки. Но, къ сожалѣнію, они только изрѣдка имѣютъ постоянный успѣхъ, обыкновенно отслойка черезъ нѣкоторое время возобновляется и, наконецъ, не смотря на всѣ терапевтическія мѣры, образуется полная отслойка, такъ что эффектъ продолжительнаго леченія, истощаю-

щаго терпѣніе больного и врача, сводится къ нулю. Наихудшее предсказаніе даютъ міопическія отслойки.

Докторъ Мандельштамъ: считаю своей обязанностью сознаться, что отслойку сѣтчатки я причисляю къ болѣзнямъ абсолютно неизлѣчимымъ. Если въ рѣдкихъ случаяхъ и происходитъ самопроизвольное приставаніе сѣтчатки къ своему первоначальному мѣсту, то это лишь счастливая случайность. Я видѣлъ безчисленное множество отслоекъ и перепробовалъ всевозможные способы лѣченія, но результаты были самые грустные. Конечно, иногда, достигались даже блестящіе результаты, временное полное излѣченіе до такой степени, что больные, потерявшіе способность различать крупные предметы, начинали читать 1 № Егера. Но всегда впослѣдствіи наступали рецидивы. Наибольшій промежутокъ времени свободный отъ рецидива былъ 5 мѣсяцевъ, наименьшій нѣскольکو дней или недѣль. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ сѣтчатка не пристаеъ и зрѣніе пропадаетъ цѣликомъ или отчасти. Въ послѣдніе годы я сталъ отказываться отъ лѣченія отслоекъ и соглашаюсь на таковое только по настоятельному требованію больныхъ. Быть можетъ, другіе окулисты счастливѣе меня. Отъ оперативныхъ способовъ ни малѣйшаго прока. Два раза за 25 лѣтъ практики—спонтанное излѣченіе.

Изъ этихъ мнѣній извѣстныхъ окулистовъ, съ которыми сходятся и другіе авторы, можно себѣ представить, какъ трудно и какъ рѣдко можно рассчитывать на излѣченіе или даже на улучшеніе при отслойкѣ сѣтчатой оболочки.

Теперь перехожу къ описанію своего случая.

Больной В. А. Е., 36 лѣтъ, интеллигентный человѣкъ, земскій начальникъ одного изъ сѣверо-восточныхъ уѣздовъ Вологодской губерніи. Въ 1-й разъ обратился ко мнѣ въ половинѣ февраля 1912 г., причемъ у него опредѣлена старая отслойка сѣтчатой оболочки праваго глаза; острота зрѣнія этого глаза равна почти 0.

Эта отслойка случилась лѣтомъ 1908 года во время поѣздки по уѣзду. Болѣзнь была опредѣлена только черезъ 4 мѣсяца въ Петербургѣ проф. Долгановымъ и осталась безъ лѣченія. Въ лѣвомъ глазу опредѣлена свѣжая отслойка сѣтчатки почти полная съ потерей зрѣнія до свѣтоощущенія. Это заболѣваніе случилось нѣскольکو дней тому назадъ внезапно послѣ усиленныхъ письменныхъ занятій. Больной былъ у меня проездомъ въ Москву. Въ Москвѣ лѣчился въ Глазной больницѣ на Тверской у профессора С. С. Головина. Лѣченіе продолжалось 2½ мѣсяца и закончилось полнымъ выздоровленіемъ лѣваго глаза; больной возвратился домой и снова началъ свою службу. Но благополучіе было непродолжительно; уже въ половинѣ іюня, т. е.

черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца снова произошла послѣ поѣздки по уѣзду такая же отслойка сѣтчатки и больной опять ослѣпъ.

20 іюня больной пріѣхалъ ко мнѣ и поступилъ въ глазную лечебницу съ тѣми же явленіями: старая отслойка сѣтчатки праваго глаза, V.—почти 0, свѣжая почти полная отслойка сѣтчатки лѣваго глаза, V—движеніе руки въ наружной части поля зрѣнія и свѣтоощущеніе. Больной прекраснаго тѣлосложенія, съ большимъ запасомъ подкожно-жирнаго слоя. Общее здоровье вполне хорошо, всѣ органы никакихъ отклоненій отъ нормы не представляютъ. Изъ анамнеза можно отмѣтить, что родители его еще живы, отцу 76 лѣтъ, матери 70 лѣтъ, оба здоровые люди. Самъ больной въ дѣтствѣ много болѣлъ и росъ хилымъ ребенкомъ, потомъ оправился и окрѣпъ и послѣ того былъ боленъ только 2 раза возвратнымъ тифомъ, другихъ болѣзней не было, сифилисомъ не болѣлъ. Никогда не пилъ спиртныхъ напитковъ и не курилъ. 30-ти лѣтъ женился, имѣетъ двухъ дѣтей. Близорукъ съ дѣтства, не былъ взятъ на военную службу по близорукости.

Острота зрѣнія при освидѣтельствованіи въ воинскомъ присутствіи по словамъ больного была въ правомъ глазу $\frac{4}{10}$, а въ лѣвомъ глазу $\frac{6}{10}$.

Въ 1904 году было замѣчено значительное ослабленіе зрѣнія въ правомъ глазу и появленіе голубоватаго тумана, лѣчился въ Ярославлѣ у доктора И. Н. Кацаурова впрыскиваніями раствора соли подъ конъюнктиву. Въ 1908 году полная отслойка сѣтчатки праваго глаза и его слѣпота: въ 1912 г. 1-я и 2-я отслойка сѣтчатки лѣваго глаза.

Лѣченіе мною было назначено слѣдующее: покойное положеніе на спинѣ, давящая повязка, подкожныя инъекціи пилокарпина и подконъюнктивальныя инъекціи солевого раствора, начиная съ 3% раствора. Пилокарпинъ дѣйствовалъ слабо, пота было очень мало, а потому послѣ двухъ инъекцій онъ былъ оставленъ и замѣненъ суховоздушными ваннами, которыя были пріятны больному и вызвали очень обильное потѣніе. Солевыхъ инъекцій было сдѣлано 15 въ такомъ порядкѣ: 3% раствора—3 инъекціи, 5%—3 инъекцій, 7%—4 инъекцій, 10%—4 инъекцій, 15%—6 инъекцій и 20%—4 инъекцій. При инъекціяхъ начиная съ 10% раствора предварительно дѣлались инъекціи 1% раствора кокаина. На ряду съ инъекціями было сдѣлано 15 суховоздушныхъ ваннъ.

Къ 20 іюля зрѣніе значительно улучшилось, сталъ различать крупные предметы, свободно безъ помощи ходить по лѣчебницѣ, но по вечерамъ видитъ очень плохо. 9 августа зрѣніе значительно возстановилось, хорошо видитъ кверху и кнаружи, при офтальмоскопированіи ясно видно прилежаніе сѣтчатки, которая раньше была отслоена. Выписался изъ лечебницы для амбулаторнаго леченія.

Инъекции 20% раствора соли продолжены амбулаторно. 14 августа отмечено: $V=0,05$, на дне глаза заметны бледоватые тяжи на мѣстах прилегания сѣтчатки. 31 августа наступило полное улучшение послѣ 6-го впрыскиванія 20% раствора соли, больной сталъ совершенно свободно одинъ приходить въ лечебницу. Послѣ того было сдѣлано еще 4 инъекціи и около половины сентября больной уѣхалъ домой.

При послѣдней визитации отмечено: глазное дно совершенно нормально, никакихъ слѣдовъ бывшей отслойки сѣтчатки не осталось, исчезли и видѣнные раньше блѣдоватые тяжи, небольшія плавающія помутненія стекловиднаго тѣла, поле зрѣнія неограничено, читаетъ свободно 2-й шрифтъ Крюкова на разстояніи 10 стм. $V=0,06$. Къ удивленію, какъ будто бы, улучшилось зрѣніе и праваго глаза, V —различаетъ пальцы около глаза въ наружной части поля зрѣнія.

Послѣ того я видѣлъ пациента въ январѣ 1913 года въ томъ же хорошемъ состояніи; онъ снова продолжаетъ свою службу земскаго начальника.

Въ настоящее время прошло уже 1½ года послѣ излѣченія и зрѣніе остается безъ перемѣнъ. Такой продолжительный срокъ даетъ надежду, что получилось полное и прочное выздоровленіе.

Въ теченіи короткаго времени на ряду съ описаннымъ случаемъ у меня были еще 2 больныхъ съ отслойкой сѣтчатки, о которыхъ скажу нѣсколько словъ, такъ какъ лѣченіе и въ этихъ случаяхъ закончилось благопріятно.

Первый изъ этихъ больныхъ былъ вологодскій купецъ 50 лѣтъ, Е. Ф. В. За нѣсколько мѣсяцевъ до заболѣванія отслойкой сѣтчатки онъ подвергся операциі экстракціи катаракты лѣваго глаза. Операция произведена въ Московской Глазной больницѣ съ хорошимъ результатомъ, и больной послѣ того пользовался хорошимъ зрѣніемъ оперированнаго глаза, а правымъ глазомъ видѣлъ очень плохо по случаю значительно разившейся еще незрѣлой катаракты. Въ октябрѣ 1911 г. лѣвый глазъ вдругъ потерялъ зрѣніе, произошла отслойка сѣтчатой оболочки и зрѣніе упало до возможности еле, еле различать пальцы у самаго глаза.

Непосредственной причиной, какъ полагаетъ больной, было то, что онъ сильно оступился и, какъ человѣкъ очень тучный и тяжелый, получилъ значительное сотрясеніе всего тѣла. Діагнозъ отслойки сѣтчатки подтвержденъ въ Московской Глазной больницѣ докторомъ В. П. Страховымъ.

Лѣченіе проведено мною у больного на квартирѣ и состояло изъ впрыскиванія подъ кожу пилокарпина, который здѣсь дѣйствовалъ отлично, вызывая обильное потоотдѣленіе, покойнаго положенія, давящей повязки и инъекцій подъ конъюнктиву раствора по-

варенной соли крѣпостью отъ 5 до 10⁰/. Въ теченіи двухъ мѣсяцевъ сдѣлано было по 30 инъекцій пилокарпина и солевого раствора. Въ результатѣ полное и стойкое выздоровленіе. V—0,1 съ очками, назначенными послѣ экстракціи катаракты, и читаетъ самый мелкій шрифтъ.

Второй случай. Вологодскій купецъ А. Я. Б., 52 лѣтъ, очень нервный, болѣзненный, сильно близорукій; М. 8,0 D. заднія стафиломы и помутнѣнія стекловиднаго тѣла. Въ концѣ октября 1912 года поѣхалъ по дѣламъ въ Петербургъ, гдѣ внезапно ослѣпъ на правый глазъ, предъ тѣмъ замѣчалъ ощущеніе огненныхъ искръ.

Профессоръ Л. Г. Беллярминовъ и докторъ Фельзеръ опредѣлили отслойку сѣтчатой оболочки и на консультаціи назначили для леченія дома: инъекціи подъ конъюнктиву 2—10⁰/. раствора поваренной соли, діонинъ капли 2—5⁰/, препараты іода и брома внутрь, покой и повязка.

Въ теченіи 5 мѣсяцевъ сдѣлано мною 40 инъекцій отъ 2 до 20⁰/. раствора поваренной соли и 20 суховоздушныхъ ваннъ. Результаты колебались, то сѣтчатка прилегала, то снова отслаивалась, зрѣніе то улучшалось, то ухудшалось. Одно время зрѣніе значительно улучшилось и больной поѣхалъ въ Петербургъ показаться, но желѣзнодорожная тряска повліяла плохо, и зрѣніе ухудшилось. Въ концѣ концовъ все же получилось значительное улучшеніе зрѣнія: поле зрѣнія расширилось, особенно книзу и кнаружи.

Всѣ описанные 3 случая, изъ которыхъ въ двухъ получилось полное излѣченіе, а въ третьемъ значительное улучшеніе, даютъ намъ право сдѣлать выводъ, что предсказаніе при свѣжей отслойкѣ сѣтчатки не должно быть такъ безнадежно, чтобы можно было отказываться даже отъ лѣченія такихъ больныхъ; самое же лѣченіе должно быть продолжительно и проведено строго систематически съ большимъ терпѣніемъ со стороны больного и врача, при чемъ мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи для лѣченія простыя безвредныя и удобныя средства, какъ то: инъекціи подъ конъюнктиву солевого раствора, постепенно повышающейся крѣпости до 20⁰/, діонинъ, суховоздушныя ванны и инъекціи подъ кожу пилокарпина.

РАКЪ ПИЩЕВОДА И ЕГО ЗОНДИРОВАНИЕ.

И. Л. Ласточкинъ.

(Изъ Хирургическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

Одно изъ частыхъ заболѣваній, съ которымъ приходится сталкиваться земскому врачу, а хирургу въ особенности—это ракъ пищевода. По даннымъ однодневной переписи раковыхъ больныхъ, произведенной въ Германіи въ 1900 г., оказалось, что чаще всего, а именно въ 41%, ракомъ поражается желудокъ, а на второмъ мѣстѣ стоитъ пищеводъ (11%). За два года работы въ Хирургическомъ Отдѣленіи Вологодской Губернской Больницы не было, кажется, дня, когда на приѣмѣ у насъ не встрѣтился бы одинъ, два больныхъ, страдающихъ раковымъ суженіемъ пищевода. Въ большинствѣ случаевъ—это люди за 35-лѣтній возрастъ, т. к. до этого времени ракъ пищевода составляетъ рѣдкость. Такъ, по даннымъ Павлова-Сильванскаго, на 307 больныхъ до 24 л. ракъ пищевода встрѣтился въ 1,05%; отъ 30 до 39 л.—въ 18,95%; отъ 40 до 49 л.—27,39%; отъ 50 до 59 л.—въ 37,89%; отъ 60 до 69 л.—въ 13,69% и отъ 70 и выше—въ 1,05%.

Какъ и всякое злокачественное новообразование, ракъ представляетъ изъ себя зло, съ которымъ человѣчество ведетъ упорную, но, къ сожалѣнію, почти безрезультатную борьбу въ смыслѣ полного исцѣленія, т. к. причина злокачественныхъ новообразованій наукой до сихъ поръ не открыта. Между тѣмъ, располагаясь въ какомъ нибудь органѣ, злокачественное новообразование налагаетъ свою печать на всего больного. Постепенно организмъ дѣлается нежизнеспособнымъ, и больные погибаютъ отъ сильнаго истощенія.

Что остается дѣлать врачу?

Наукой пока общепризнанъ лишь одинъ методъ борьбы съ злокачественными новообразованиями—это по возможности ранее и радикальное удаленіе не только самого новообразования, но и близъ лежащихъ сосѣднихъ тканей—методъ, пока доступный немногимъ, да и то несвободный отъ недостатковъ, т. к. рано или поздно злокачественное новообразование рецидивируетъ.

Говорить о радіи и мезотеріи пока не приходится: такъ эти средства дороги и такъ еще сомнительны ихъ практическіе результаты! Поэтому громадному большинству врачей остается лишь поддерживать силы больного усиленнымъ питаніемъ, что можетъ нѣсколько продлить жизнь.

Если такъ трудна борьба съ злокачественными новообразованиями вообще, то ракъ пищевода въ отношеніи медицинской помощи стоитъ въ исключительныхъ условіяхъ.

Относительно радикальнаго изсѣченія пораженнаго участка даже такой опытный хирургъ, какъ Czerny, говоритъ слѣдующее: „если уже резекція пищевода на шеѣ дала такъ мало хорошихъ результатовъ, то мы должны ждать еще меньшаго отъ смѣлыхъ попытокъ хирургически воздѣйствовать на грудную часть пищевода“. Ради полноты изложенія скажу, что Czerny изъ 12 оперированныхъ больныхъ (изсѣченіе опухоли въ грудной части пищевода), успѣхъ имѣлъ въ 3 случаяхъ и то очень кратковременный: больные погибли отъ возврата—одинъ черезъ 8 мѣс., другой черезъ 11 мѣс. и третій черезъ 13 мѣс. Остальные 9 умерли вскорѣ послѣ операціи. 4 резекціи пищевода, произведенныя въ клиникѣ проф. Дьяконова и описанныя у Павлова-Сильванскаго, всѣ кончились летально. Тоже видимъ и у другихъ хирурговъ. Это потому, во 1-хъ, что доступъ къ мѣсту пораженія при ракѣ пищевода особенно труденъ, во 2-хъ, дѣло не ограничивается чистымъ изсѣченіемъ отрѣзка пищевода, попутно приходится или удалять гортань, щитовидную и лимфатическія железы, или ранить возвратный нервъ и др. важные органы, и въ 3-хъ, послѣ операціи часто наступаетъ гнойный медиастинитъ.

Если безсильны смѣлыя попытки хирурговъ изсѣчь опухоль пищевода, то точно также является выраженіемъ нашего безсилія и наложеніе желудочнаго свища при ракѣ пищевода—операція впервые предложенная Басовымъ въ 1842 г.

Эта палліативная операція не можетъ удлинить жизнь больныхъ на сколько нибудь продолжительное время—это во 1-хъ, и во 2-хъ, она даетъ облегченіе больнымъ только вскорѣ послѣ операціи, а въ дальнѣйшемъ наступаютъ диспептическія явленія (атрофія слизистой оболочки желудка), и больные предпочитаютъ ѣсть хоть мало черезъ ротъ, чѣмъ много, но черезъ свищъ. Поэтому гастростомію при ракѣ пищевода лучше не производить; она имѣетъ очень ограниченный кругъ показаній, а именно: мы считаемъ возможнымъ дѣлать гастростомію только при полной почти и никакимъ другимъ способомъ неустранимой непроходимости пищевода при сравнительно крѣпкомъ еще организмѣ. Этого положенія давно держится С. П. Федоровъ вопреки мнѣнію другихъ ученыхъ, напр. Terrier'a и Hartmann'a.

Недоступный ножу хирурга ракъ пищевода налагаетъ свое veto и на послѣднее средство въ рукахъ врача—это поддерживать силы больного усиленнымъ питаніемъ, т. к. онъ представляетъ механическое препятствіе не только для питательнаго матеріала, но даже для лѣкарства.

Печальная участь больного, но незавидна и доля врача, т. к. ему остается лишь психически воздействовать на больного. Вотъ эти психическія средства, буквально списанныя мною изъ учебника внутреннихъ болѣзней Буйневича: „назначеніе все новыхъ средствъ, заботливый уходъ и проч., *поддерживать больного въ заблужденіи, что его состояніе не безнадёжно*“... Вотъ почему, кто изъ насъ не испытывалъ того удручающаго настроенія, которое появляется всякій разъ, когда больной заявляетъ, что у него не проходитъ пища, и кто не прибѣгалъ еще къ одному приему изслѣдованія такихъ больныхъ, а если хотите—и къ приему лѣченія—это къ зондированію?

Довольно часто случается, что страдающіе ракомъ пищевода больные являются къ врачу съ жалобами на полную непроходимость даже для жидкой пищи, непроходимость, наступившую довольно внезапно и среди относительнаго благосостоянія больного. Причиною такой непроходимости бываетъ обыкновенно то или другое, иногда крошечное по величинѣ, инородное тѣло, заложившее собою и безъ того суженный просвѣтъ пищевода. Какъ поступить въ такомъ случаѣ? Такъ и хочется насильственно протолкнуть зондомъ застрявшій предметъ, будь то даже кусочекъ хлѣба, овощей, самопроизвольно отдѣлившаяся часть новообразованія, т. к. общеизвѣстенъ фактъ, что послѣ такого приема у больныхъ появляются симптомы рѣзкаго улучшенія проходимости, хотя, впрочемъ, симптомы обманчивые.

И мы въ губернской больницѣ до послѣдняго времени всегда прибѣгали къ этому приему изслѣдованія, который я бы называлъ самообманомъ. И только одинъ несчастный случай при зондированіи пищевода, а именно раненіе его—заставилъ насъ пересмотрѣть этотъ вопросъ и разобраться вдумчиво въ его обоснованіяхъ.

Исторія болѣзни такова.

30 іюня 1913 г. въ хирургическую амбулаторію обратился чиновникъ Е., 42-хъ лѣтъ, съ жалобами на затрудненіе при прохожденіи пищи въ пищеводѣ. Замѣтилъ это 2 мѣсяца назадъ. За послѣднее время сталъ предпочитать жидкую пищу. Лѣчился у многихъ врачей. Видимо, они пользовали его отъ невралгій. Рака пищевода никто не подозрѣвалъ. Тѣлосложенія крѣпкаго; питанія скорѣе хорошаго, чѣмъ худого, хотя больной заявлялъ, что силы его замѣтно слабнуть. 30-го іюня, въ день посѣщенія амбулаторіи, онъ почувствовалъ себя особенно плохо. За утреннимъ чаемъ, при проглатываніи бѣлаго хлѣба, появились сильныя боли и вскорѣ рвота. При зондированіи средней оливой мною опредѣлено препятствіе на уровнѣ 27 см отъ края зубовъ. Взята меньшей величины олива. Она остановилась на томъ же уровнѣ; при небольшомъ усиліи препятствіе удалось преодолѣть; зондъ свободно прошелъ дальше и также легко вынуть обратно. Крови на оливѣ не было, больной нѣсколько закашлялъ.

Ему данъ совѣтъ подвергнуться операциі гастростоміи. На другой день, утромъ, я былъ позванъ къ больному, на домъ, т. к. въ состояніи его произошло рѣзкое ухудшеніе. Появился кашель съ кровавой мокротой, усилились одышка и стѣсненіе въ груди, боли. Пульсъ хорошаго наполненія, правильный, 90 ударовъ въ минуту. Тоны сердца глуховаты, шумовъ нѣтъ, констатировано увеличеніе размѣровъ сердца. При выслушиваніи легкихъ—разсѣянные сухіе хрипы. Т 38,6. Больной положенъ на Терапевтическое Отдѣленіе.

2-го іюля. Т 38,1—38,1. Въ правомъ легкомъ по средней аксиллярной линіи прослушивается дыханіе съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ.

3-го Т. 36,6—38,3; 4-го Т. 37,8—38,4.

5-го Т. 37,2—38,7. Въ средней долѣ праваго легкаго слышны пузырчатые хрипы.

7-го. Т. 37,6—39,5. Выдѣляется большое количество гнилостной мокроты съ сильнымъ запахомъ.

9-го. Т. 38,2—38,5. Появились влажные хрипы въ большемъ количествѣ и въ нижней долѣ праваго легкаго.

Съ 10-го по 15-е особыхъ измѣненій не было. Т. прежняя: по утрамъ 37,6—38,6, а по вечерамъ 38,6—39,5.

15-го. Т. 37,6—39,5. При выслушиваніи сзади, справа и внизу—мѣстами амфорическое дыханіе.

17-го. Т. 37,6—39. Пульсъ частый, слабый. На голеняхъ небольшой отекъ.

Съ 18-го по 21-е особыхъ измѣненій не было. Больному по прежнему трудно лежать на спинѣ, онъ больше полусидитъ. Т. гнойная. Общая слабость, *habitus septicus*.

22-го. 39,0 38,5. Ночью появилось кровохарканье.

24-го іюля скончался при нарастающей слабости пульса.

При вскрытіи найдено: трупъ мужчины, выше средняго роста, правильнаго сложенія. Подкожно-жировой слой до 4-хъ ст. толщины въ области бѣлой линіи. Діафрагма справа въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ, слѣва на 5-мъ ребрѣ. Реберные хрящи окостенѣли. Область сердца открыта. Передняя поверхность и края легкихъ пепельно-сѣрой мраморной окраски, эмфизематозны. Лѣвое легкое спаяно съ діафрагмой, доли его спаяны между собою отдѣльными рыхлыми тяжами. Ткань на разрѣзѣ отечна и застойно-полнокровна. Правое легкое спаяно съ пристѣночной плеврой всѣми поверхностями, кромѣ передняго края. Спайки плотны, при отдѣленіи ткань легкихъ рвется. Всѣ доли уплотнены, на разрѣзѣ зеленовато-бурой окраски, на поверхность разрѣза вытекаетъ мутная, съ каплями жира, жидкость.

Обращенная къ легкому поверхность діафрагмы покрыта частью фибринозными тяжами, частью свертками фибрина. Такого вида поверхность продолжается въ заднее средостѣніе, клѣтчатка котораго расплавлена и пропитана ихорозной жидкостью. Сердце, селезенка, печень, почки—обычныя при сепсисѣ.

На внутренней оболочкѣ аорты разсѣяны въ большомъ количествѣ склеротическія бляшки, частью съ атероматозными язвами. Пищеводъ въ своей средней части представляетъ значительное суженіе. Длина всей периферіи внутренней стѣнки его менѣе 2-хъ сан., такъ что обыкновенный карандашъ проходитъ съ трудомъ. Внутренняя поверхность его бугриста, а стѣнка самого пищевода утолщена отъ 0,5 до 1 сан. въ разрѣзѣ. На задней стѣнкѣ нѣсколько выше наибольшаго суженія пищевода расположена язва длиною въ $\frac{1}{2}$ сан. и шириною 0,3 сан. съ закругленными гладкими краями. Дно язвы изъ соединительной ткани грязной окраски, а изъ подъ края ея по клѣтчаткѣ средостѣнія идетъ извилистый ходъ, пропускающій зондъ въ 0,2 сан. діаметромъ и сообщающійся съ полостью правой плевры. Въ клѣтчаткѣ около задней стѣнки пищевода и по всей его длинѣ расположены частью плотныя, частью распадающіяся лимфатическія желёзки. (Рис. № 1).

На окрашенныхъ срѣзахъ ткани, взятой изъ утолщенной стѣнки на уровнѣ язвы, видно: вся масса утолщенной стѣнки пищевода распадается на 3 слоя: плоскій эпителий слизистой нѣсколько утолщенъ, въ подслизистой клѣтчаткѣ мѣстами разсѣяны желёзы. Слой гладкихъ мышцъ тотчасъ подъ эпителиемъ выраженъ ясно, а вся утолщенная масса состоитъ изъ островковъ, частью ясно выраженныхъ полигональныхъ клѣтокъ плоскаго эпителия, частью изъ ячеекъ сдавленной и округлой формы эпителиальныхъ клѣтокъ. Эта раковая масса, проникая между поперечно-полосатыми мышечными волокнами, сдавливаетъ и вытѣсняетъ ихъ. Среди раковой ткани рѣдко разбросаны единичныя атрофичныя волокна поперечно-полосатыхъ мышцъ, большею частью кольцевиднаго расположенія. За слоемъ рыхлой клѣтчатки лежитъ лимфатическая желёза, проросшая раковыми клѣтками: мѣстами—плоскаго эпителия, напоминающаго жемчужины, а мѣстами—въ видѣ отдѣльныхъ ячеекъ, съ клѣтками неправильной формы, частью сдавленными и омертвѣвшими.

Въ срѣзахъ ткани пищевода въ сосѣдствѣ съ прободной язвой (рис. № 2) найдено: покровный эпителий, слой гладкихъ мышцъ и глубокия желёзы не измѣнены, а въ слоѣ поперечно-полосатыхъ мышцъ островки раковыхъ клѣтокъ, частью вытѣсняющіе поперечно-полосатыя мышечныя волокна, изъ которыхъ нѣкоторыя волокна находятся въ состояніи гипертрофіи. За этимъ слѣдуетъ лимфатическая желёза, сросшаяся со стѣнкой пищевода и сплошь выполненная раковыми клѣтками (на рисунокѣ желёза не обозначена).

Столкнувшись съ этимъ фактомъ, я заинтересовался, какъ часто встрѣчаются подобныя прободенія пищевода. Несмотря на всѣ старанія, въ литературѣ, по крайней мѣрѣ русской, мнѣ почти ничего не удалось найти по интересующему меня вопросу. Единственныя указанія, которыя я нашелъ среди того, что было подъ руками, имѣются въ „Техникѣ частной терапіи“ Gumprecht'a на стр. 59 (рус. изд.). Тамъ имѣется ссылка съ литературными источниками на 3 авторовъ: v. Hacker'a, Ultzmann'a и Buss'a, но, къ сожалѣнію, работъ этихъ авторовъ я пока не нашелъ.

Причина такого пробѣла въ литературѣ, быть можетъ, кроется въ томъ, что о неудачахъ авторы сообщаютъ болѣе, чѣмъ неохотно. Но я убѣжденъ, что травматическія прободенія пищевода встрѣчаются не рѣдко, и даже такой крупный хирургъ, какъ Кохеръ, имѣлъ одинъ такой несчастный случай.

Не найдя ничего въ литературѣ, я обратился съ письмами къ профессорамъ, и между прочимъ отъ одного изъ нихъ, многоуважаемаго В. М. Мышъ, я получилъ обстоятельное письмо. Онъ подтверждаетъ, что литература по этому вопросу болѣе, чѣмъ скудна, что лично онъ усердно избѣгаетъ прибѣгать къ этому приему изслѣдованія пищевода, и его Богъ миловалъ отъ прободенія.

Кромѣ того, я предпринялъ поиски по отчетамъ клиникъ и здѣсь нашелъ нѣсколько подобныхъ случаевъ.

Такъ въ работахъ клиники Дьяконова приведены 3 исторіи болѣзни.

I. У больной съ раковымъ суженіемъ пищевода на глубинѣ 19 сан. отъ края зубовъ послѣ эзофагоскопіи быстро развилась подкожная эмфизема, и больная погибла. Вскрытіе показало: подкожная эмфизема, гнойное расплавленіе клѣтчатки шеи и средостѣнія, откуда гной и воздухъ пробились въ правую плевру. Гортань поражена ракомъ (3-й обзоръ клиники).

II. Больной Ч., 50 л. Раковое суженіе на уровнѣ 42 сан. отъ края зубовъ. 8 января 1907 г. изслѣдованіе зондомъ и эзофагоскопія. Вечеромъ въ тотъ же день была отмѣчена обширная подкожная эмфизема, распространившаяся въ область лѣвой половины груди и шеи. Въ ночь на 9-е января больной умеръ при постепенномъ упадкѣ сердечной дѣятельности и затрудненномъ дыханіи. Вскрытіе показало: клѣтчатка передняго и задняго средостѣнія некротизирована, пронизана гноемъ. Въ области входа пищевода въ желудокъ раковая опухоль. Въ верхней части пищевода на разстояніи 10 сан. отъ начала его, прободающее отверстіе, продолговато овальное, въ 1,25 сан. длиною, ведущее въ клѣтчатку, окружающую пищеводъ. Вблизи отверстія стѣнка мѣстами некротизирована, въ ней пузырьки газа. Паренхиматозные органы септические.

III. 11-го января 1908 г. зондированіе и эзофагоскопія больного съ раковымъ сѣуженіемъ пищевода. На уровнѣ 34 сан. кроветочивая опухоль, бугристая, занимающая заднюю и лѣвую стѣнку. 12-го янв. поступилъ въ пропедевтическую клинику при явленіяхъ гнойнаго воспаления средостѣнія и 14-го янв. скончался. При вскрытіи найдено прободеніи пищевода въ 0,3 сан. какъ разъ подѣ опухолью, гнойное воспаление средостѣнія и плевры и ракъ пищевода съ переносомъ въ печень (XIV томъ работъ, исторіи 3802 и 3803).

Такой же случай мнѣ удалось найти въ отчетѣ Факультетской Хирургической Клиники проф. Спиржарнаго за 19^{10/11}—19^{11/12} уч. года. Исторія болѣзни такова: гимназистка, 17 л., поступила 18 окт. 1911 г. На амбулаторномъ пріемѣ сдѣлано бужированіе пищевода подѣ контролемъ эзофагоскопа по поводу сѣуженія, наступившаго послѣ ожога ѣдкой щелочью 2 мѣсяца назадѣ. Послѣ бужирования влито $\frac{1}{2}$ стакана молока. Тотчасъ же рѣзкія боли по всему животу, почему больная положена въ клинику. Животъ напряженъ, какъ доска, пульсъ 108, слабый. рѣзкія боли въ груди, отрыжка до 6—7 разъ въ часѣ, икота. Въ вечеру пульсъ хуже, а утромъ не сосчитывался. Въ 3 час. дня 19-го окт. больная скончалась при явленіяхъ слабости сердца. При вскрытіи найдено: въ концѣ верхней трети пищевода имѣлось кольцебидное сѣуженіе. На мѣстѣ его пищеводъ перфорированъ; отсюда ложный ходъ спускался внизъ по клѣтчаткѣ между пищеводомъ и трахеей до самой діафрагмы, здѣсь ходъ кончался гнойникомъ въ самой діафрагмѣ, величиной съ грецкій орѣхъ.

Изъ работы Н. А. Богораза „Къ хирургіи пищевода“ видно, что изъ собранныхъ имъ за послѣднее двадцатилѣтіе 68 случаевъ сѣуженія пищевода послѣ ожоговъ ѣдкими веществами и лѣченныхъ бужированіемъ прободеніе встрѣтилось 3 раза, при чемъ въ 2-хъ случаяхъ послѣдовала смерть (Дьяконова, Sencert'a) и въ одномъ (Hacker'a)—выздоровленіе. По Hacker'у на 100 случаевъ такого сѣуженія пищевода прободеніе при бужированіи встрѣтилось также 3 раза.

„Если принять во вниманіе, говоритъ Богоразъ, что громадное большинство больныхъ съ стриктурами пищевода начинаетъ свое лѣченіе съ бужированія и, слѣдовательно, подвергается опасности прободенія, то процентное отношеніе случаевъ прободенія нужно признать равнымъ 3.

Вышеприведенныя 2-я и 3-я исторіи болѣзни изъ клиники Дьяконовъ послужили предметомъ обсужденія въ научной конференціи врачей клиники. Оба случая несомнѣнно были поставлены въ связь съ произведенной эзофагоскопіей. Изъ преній выяснилось, что поврежденія пищевода возможны даже въ опытныхъ рукахъ, что какъ въ мочениспускательномъ каналѣ, такъ и тутъ всегда возможно встрѣтить легко ранимую слизистую. На вопросъ, нѣдо ли отказаться отъ

эзофагоскопiи даже при ясномъ діагнозѣ, почти всѣми признано, что нѣтъ, т. к. этотъ методъ обезпечиваетъ несомнѣнность распознаванiя, ведетъ къ изученiю формы заболѣванiй и на много сотенъ эзофагоскопiй въ клиникѣ далъ только 3 случая печальнаго исхода.

Теперь зададимъ себѣ вопросъ, какое же обоснованiе имѣетъ зондированiе?

Для распознаванiя болѣзни приѣмъ этотъ абсолютно не нуженъ, т. к. клиническая картина рака пищевода сплошь да рядомъ бываетъ до нельзя ясна. Развивается ракъ пищевода исподоволь, незамѣтно, въ пожилomъ возрастѣ. Сначала происходитъ какъ бы случайное застреванiе твердой пищи; затѣмъ больные инстинктивно начинаютъ избѣгать твердой пищи, принимаютъ лишь кашцеобразную и жидкую; явленiя суженiя затѣмъ все прогрессируютъ, появляются боли, развивается кахексiя; по временамъ, когда опухоль распадается, появляются обманчивые симптомы рѣзкаго улучшенiя проходимости. Съ такими періодами, то ухудшенiя, то улучшенiя въ проходимости, болѣзнь рѣдко тянется болѣе года и всегда кончается смертiю.

Если зондированiе не нужно для діагноза рака пищевода, то оно не нужно и для опредѣленiя мѣста суженiя. Въ настоящее время это легко сдѣлать при помощи рентгеновскихъ лучей. Больному дается висмутовая каша. При проглатыванiи ея, больной просматривается лучами. На мѣстѣ стриктуры получается характерная перетяжка столбика каши.

Излюбленными мѣстами раковыхъ суженiй пищевода, какъ извѣстно, являются отдѣлы его на 18, 33 и 41 сан. отъ края зубовъ (т. е. позади перстневиднаго хряща, на уровнѣ нерекрещиванiя бронха пищеводомъ и на мѣстѣ прохожденiя его черезъ діафрагму), т. к. въ этихъ мѣстахъ сама природа создала суженiя и, слѣдовательно, стѣнка пищевода подвергается наибольшему раздраженiю. О зондированiи съ лѣчебной цѣлью раковыхъ суженiй говорить не приходится: это простой самообманъ. Между тѣмъ, зондированiе крайне опасный приѣмъ, и приступать къ нему съ легкимъ сердцемъ врачъ не долженъ. Нужно всегда помнить, что вопреки и опыту, и намѣренiямъ всегда можно попасть въ непрiятную исторiю, т. к. всегда возможны прободенiя пищевода. Раненiя пищевода наступаютъ легко въ особенности потому, что, благодаря скорому распространенiю раковыхъ массъ по лимфатическимъ путямъ, происходитъ быстрое сращенiе бронхиальныхъ железъ со стѣнкой пищевода и образованiе дивертикуловъ, что и обусловливаетъ легкую ея ранимость.

Остановлюсь на этомъ вопросѣ нѣсколько подробнѣе.

На основанiи ряда опытовъ, Саввинъ различаетъ въ пищеводѣ 2 лимфатическiя сѣти: одна въ слизистой оболочкѣ, другая въ мыш-

шечной. Первая сильно развита. Большая часть сосудовъ этой сѣти направляется кверху и, проникая черезъ мышечную оболочку, вливается въ глубокія шейныя железы, другія—вливаются въ разбросанныя въ разныхъ мѣстахъ железы. Мышечная сѣть развита мало. Продольные стволы, сливаясь и анастомозируя другъ съ другомъ, вливаются въ околотрошеводныя железы. Мышечная сѣть имѣетъ связь съ груднымъ протокомъ, а отдѣльные стволы спускаются къ малой кривизнѣ желудка, къ началу чревной артеріи и поджелудочной железн. Эти цѣнныя данныя объясняютъ намъ столь частое и быстрое распространеніе рака пищевода на сосѣдніе органы и еще лишній разъ доказываютъ невозможность оперативнымъ путемъ удалить раковую опухоль пищевода вмѣстѣ съ сосѣдними лимфатич. железами, что требуется хирургіей, по крайней мѣрѣ въ настоящее время.

То, что сказано выше о зондированіи, относится и къ эзофагоскопіи. Этотъ способъ изслѣдованія пищевода глазомъ, извѣстный съ 60-хъ годовъ прошлаго столѣтія и одно время было забытъ, не менѣе опасенъ, чѣмъ зондированіе, т. к. эзофагоскопъ представляетъ изъ себя неподатливую металлическую трубку въ формѣ сильно сѣуженнаго и растянутаго маточнаго зеркала съ нижнимъ скошеннымъ концомъ, закрываемымъ при введеніи obturatorомъ, находящимся на концѣ вставляемаго въ трубку зонда, съ электрической лампочкой и призмой, которыя вставляются въ верхній конецъ трубки. Эзофагоскопъ, правда, внесъ нѣкоторое улучшеніе въ діагностику рака пищевода, т. к. при помощи его можно обслѣдовать опухоль глазомъ и опредѣлить свойства ея, но онъ также не свободенъ отъ недостатковъ. При помощи его нельзя узнать степень распространенія новообразованія на сосѣдніе органы—это во 1-хъ, а во 2-хъ, онъ такъ же, какъ и зондированіе, не гарантируетъ, какъ мы видѣли, отъ прободенія пищевода.

Займусь теперь разборомъ нашей исторіи болѣзни. Каковъ механизмъ прободенія пищевода? Утромъ, въ день поступленія въ больницу, у больного, повидимому, застрялъ въ пищеводѣ кусочекъ хлѣба. Появились боли и рвота. Далѣе, на вскрытіи на задней стѣнкѣ пищевода, въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ соприкасался съ бифуркаціей бронховъ, мы нашли громадную раковую железу, спаянную со стѣнкой пищевода. Слѣдовательно, послѣдняя въ данномъ мѣстѣ была оттянута вглубь и образовала нѣчто вродѣ небольшого дивертикула. Застрявшій кусокъ пищи могъ попасть въ этотъ дивертикулъ и вызвать раздраженіе пищевода, а можетъ быть и пролежень въ слизистой его (извѣстно, что инородное тѣло очень скоро даетъ пролежень въ стѣнкѣ пищевода). Сокращенія гладкихъ мышцъ для устраненія инороднаго тѣла придали ригидность слизистой, а слѣдовательно еще болѣе увеличивали ея ранежность. То, чего не сдѣлалъ зондъ съ

большой оливой при осторожномъ его введеніи, совершилъ зондъ съ меньшей оливой.

Объясненіе это опирается на аналогичные случаи т. н. первичныхъ раковыхъ прободеній пищевода (не травматическихъ!), которыя по однимъ авторамъ встрѣчаются въ 61% (Petri), а по другимъ въ 33% (Mackenzie). Д-ръ Русловъ въ своей статьѣ: „Къ казуистикѣ и діагностикѣ раковыхъ прободеній пищевода“ пишетъ: „Непосредственною причиною прободенія почти всегда является воспалительно-язвенный процессъ, гнѣздящійся въ воронкѣ дивертикула и развивающійся вслѣдствіе введенія въ послѣдній инородныхъ тѣлъ или твердыхъ частицъ пищи“. Говорить о другомъ объясненіи—возможности прощесенія стѣнки пищевода раковымъ новообразованиемъ, которое распадаясь даетъ поводъ къ образованію глубокихъ язвъ,—мнѣ кажется, мы не имѣемъ права. Какъ показало микроскопическое изслѣдованіе (рис. № 2), покровный эпителий, слой гладкихъ мышцъ и глубокія железы въ сосѣдствѣ съ прободной язвой были не измѣнены, хотя въ слоѣ поперечно-полосатыхъ мышцъ ясно замѣтны раковыя массы. Что касается вопроса, съ какими сосѣдними органами можетъ произойти сообщеніе пищевода при прободеніи его, то Zenker на 120 случаевъ раковыхъ прободеній въ 67% наблюдалъ прободенія въ дыхательные пути и въ 33%—въ кровеносные, главнымъ образомъ въ аорту. Тѣ же процентныя отношенія приложимы и къ травматическимъ прободеніямъ пищевода

Прижизненный діагнозъ прободенія въ кровеносные пути не представляетъ никакого затрудненія, т. к. къ клинической картинѣ рака очень скоро присоединяются явленія наружнаго или внутренняго кровотеченія. Діагнозъ прободенія пищевода въ дыхательные пути представляетъ больше затрудненій. Клиническая картина складывается изъ симптомовъ рака пищевода съ наступившими болѣе или мнѣе внезапно гнойными воспаленіями тѣхъ органовъ, въ которые произошло прободеніе. „Но правильное истолкованіе этихъ явленій, говоритъ Русловъ, встрѣчаетъ затрудненіе въ томъ отношеніи, что при ракѣ пищевода нерѣдко возникаютъ воспалительные процессы въ плеврѣ, перекардіи, легкихъ и т. п. безъ прободенія пищевода и безъ распространенія раковаго новообразования на эти органы“. Возникновеніе подобныхъ процессовъ объясняется, по моему, вліяніемъ патогенныхъ микробовъ, въ особенности если принять во вниманіе частоту пророщенія пищевода во всю толщу и, слѣдовательно, изъязвленія слизистой.

На основаніи изложеннаго я позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Новообразования представляютъ изъ себя зло, съ которымъ наука ведетъ упорную, но, къ сожалѣнію, бесплодную борьбу, т. к. причина ихъ до сихъ поръ не открыта.

2) Ракъ пищевода въ отношеніи медицинской помощи стоитъ въ исключительныхъ условіяхъ: мы не можемъ радикально изеѣчь опухоль пищевода, т. к. доступъ къ нему по анатомическимъ условіямъ крайне труденъ—это во 1-хъ, а во 2-хъ, мы лишены даже возможности продлить жизнь больного усиленнымъ питаніемъ, т. к. и на это ракъ пищевода накладываетъ свое veto, представляя механическое препятствіе къ прохожденію пищи.

3) Гастростомія при ракъ пищевода также является выраженіемъ нашего безсилія, и ее лучше не производить: удлинитъ жизнь больныхъ на сколько нибудь продолжительное время она не можетъ, улучшение даетъ только вскорѣ послѣ операции, а затѣмъ ведетъ къ диспептическимъ явленіямъ, и больные предпочитаютъ ѣсть хоть мало черезъ ротъ, чѣмъ много, но черезъ свищъ.

4) Зондированіе крайне опасный методъ изслѣдованія, и операція эта должна быть отнесена къ разряду очень серьезныхъ; приступать къ ней съ легкимъ сердцемъ врачъ не долженъ, помня, что, вопреки и опыту и самымъ благимъ намѣреніямъ, онъ можетъ попасть въ непріятную исторію, т. к. благодаря скорому распространенію раковыхъ массъ по лимфатическимъ путямъ и сращенію бронхіальныхъ железъ со стѣнкой пищевода—зондированіе нерѣдко ведетъ къ раненію пищевода, а слѣдовательно, къ медиастиниту, абсцессу легкихъ и неизбѣжной смерти.

5) Методъ эзофагоскопированія, внеся нѣкоторое улучшеніе въ дѣло распознаванія рака пищевода, не даетъ однако возможности узнать степень распространенія новообразованія на сосѣдніе органы, а кромѣ того, не менѣе опасенъ, чѣмъ методъ зондированія, и такъ же, какъ и онъ, не гарантируетъ отъ прободенія пищевода.

6) Техника изслѣдованія пищевода нуждается въ усовершенствованіи.

Печатные источники:

1) В. Н. Павловъ Сильванскій. Къ вопросу о ракъ пищевода и его леченіи. 2) С. П. Федоровъ. Наблюденія изъ Хир. Отд. Больницы св. царицы Александры. 3) П. И. Дьяконовъ. 3-й обзоръ научной дѣятельности Госпит. Хир. Клиники М. У. 4) 6-ой обзоръ научной дѣятельности Госп. Хир. Кл. М. У. 5) Отчетъ Факульт. Хирург. Клини. проф. Спиржарнаго 19^{10/11}—19^{11/12} г. 6) Gumprecht. Техника частной терапіи (русск. изданіе). 7) Н. А. Богоразъ. Къ хирургіи пищевода. Клинич. моногр. май 1911 г. 8) Саввинъ В. Н. Оперативные пути къ внутригрудному отдѣлу пищевода. Диссерт. Москва 1903 г. 9) В. Р. Хесинъ. Два случая прободенія пищевода при эзофагоскопії (авторефератъ). 10) И. А. Русловъ. Къ казуистикѣ и діагностикѣ раковыхъ прободеній пищевода въ дыхат. пути. Мед. Обоз. 1899 г.

КЪ ХИРУРГІИ ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ.

Л. Л. Мокровскаго.

(Изъ Хирургическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской больницы).

Всѣ русскія работы объ операціяхъ на желчныхъ путяхъ констатируютъ незначительное количество этихъ операцій, произведенныхъ русскими хирургами. Въ то время какъ американскіе и нѣмецкіе хирурги сообщаютъ о тысячахъ произведенныхъ ими операцій на желчныхъ путяхъ,—русскіе хирурги сообщаютъ только о десяткахъ такихъ операцій. Проф. Kehr свою послѣднюю монографію основываетъ на 2000 произведенныхъ имъ операцій. Проф. Körte въ монографіи, изданной въ 1905 г., сообщаетъ о 487 операціяхъ. Американскіе хирурги братья Mayo въ работѣ, изданной въ 1911 г., сообщили о 4000 своихъ операцій на желчныхъ путяхъ. На 9-мъ Съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ въ декабрѣ 1909 г. выдающимися русскими хирургами были приведены цифры произведенныхъ ими операцій на желчныхъ путяхъ. Проф. А. В. Мартыновъ упомянулъ о произведенныхъ имъ 20 операціяхъ, проф. И. П. Алексинскій—30, д-ръ Березкинъ—40, д-ръ Красинцевъ—7. На томъ же съѣздѣ проф. С. П. Оедоровъ, обладающій самымъ большимъ числомъ этихъ операцій изъ русскихъ хирурговъ, сдѣлалъ докладъ о хирургіи желчныхъ путей на основаніи собственныхъ 84 операцій. Въ 1908 году проф. Н. М. Волковичъ сообщилъ о 20 произведенныхъ имъ операціяхъ; въ этой же работѣ онъ приводитъ всего 165 операцій, произведенныхъ русскими хирургами, начиная съ 1885 г., когда произведена первая въ Россіи операція на желчныхъ путяхъ Тернеромъ. Въ 1905 г. проф. М. М. Кузнецовъ сообщилъ о 21 операціи. Въ 1911 году д-ръ Б. К. Финкельштейнъ сдѣлалъ сообщеніе на основаніи 68 произведенныхъ имъ операцій. Д-ръ П. С. Иконниковъ въ трудахъ клиники проф. С. П. Оедорова за 1908 г. высказываетъ, что общее число произведенныхъ русскими хирургами операцій при заболѣваніи желчныхъ путей „врядъ ли превосходитъ 2-2½ сотни“. Изъ земскихъ врачей пока еще никто не сдѣлалъ обзора своихъ операцій на желчныхъ путяхъ, кромѣ д-ра В. К. Трофимова, сообщившаго о 2-хъ произведенныхъ имъ операціяхъ въ Пензенской губернской больницѣ.

Малое количество операцій, произведенныхъ русскими хирургами, не можетъ указывать на малое распространеніе въ Россіи заболѣваній желчныхъ путей. Перечитывая въ монографіи Kehr'a приведенныя тамъ исторіи болѣзни, я среди 217 приведенныхъ исторій нашелъ 37 русскихъ больныхъ, пріѣхавшихъ изъ разныхъ мѣстностей Россіи. Но болѣ-

шимъ цифрамъ иностранныхъ хирурговъ нельзя думать о большемъ сравнительно количествѣ заболѣваній этого рода въ разныхъ странахъ, такъ какъ цифры эти составлены изъ жителей различныхъ концовъ міра.

Сравнительно болѣе рѣдкія находки этихъ заболѣваній на аутопсіяхъ въ русскихъ больницахъ, чѣмъ въ германскихъ,—также не могутъ всецѣло быть объяснены болѣе рѣдкой заболѣваемостью желчныхъ путей въ Россіи. Причина сравнительно малой распространенности операций на желчныхъ путяхъ въ Россіи кроется, по моему, въ маломъ распространеніи медицинской помощи вообще и еще въ меньшемъ распространеніи хирургіи. Не нужно забывать, что даже въ въ мѣстностяхъ, сравнительно болѣе обеспеченныхъ медицинской помощью, т. е. въ земскихъ губерніяхъ, и то половина, а не рѣдко и больше, больныхъ принято фельдшерами. Другая половина, хотя и принята врачами, все-таки при перегруженности врачей амбулаторной работой, при отягощеніи разѣздами, врядъ ли получаетъ всегда болѣе или менѣе точную діагностику.

Рѣзкіе симптомы заболѣванія желчныхъ путей приходится встрѣчать въ меньшинствѣ случаевъ. Kehr утверждаетъ, что въ 90% желчнокаменной болѣзни желтуха отсутствуетъ совершенно. Боли при камняхъ не всегда носятъ коликообразный характеръ. Часто больные съ желчными камнями страдаютъ постоянными тупыми болями, ощущаемыми въ подложечной области (Иконниковъ). Увеличенія печени по Kehr'у не бываетъ въ 80% случаевъ желчнокаменной болѣзни. Отхождение камней, обезцвѣчиваніе испражнений бываетъ также не всегда; эти симптомы возможно замѣтить только при тщательномъ наблюденіи за больнымъ. Съ хирургіей желчныхъ путей повторяется та же исторія, что съ хирургіей другихъ областей. Лѣтъ 20—25 тому назадъ существовалъ взглядъ, что внѣматочная беременность въ Россіи встрѣчается рѣже, чѣмъ на Западѣ. Затѣмъ съ развитіемъ гинекологіи въ Россіи, сперва по крупнымъ центрамъ, стали считать, что внѣматочная беременность встрѣчается чаще въ городахъ. Съ развитіемъ же гинекологіи въ земскихъ больницахъ пришлось убѣдиться, что внѣматочная беременность одинаково присуща какъ городскому, такъ и деревенскому населенію.

Съ хирургическою помощью при желчныхъ заболѣваніяхъ исторія эта нѣсколько запоздала, во 1-хъ, потому, что хирургія желчныхъ путей появилась позднѣе: эта отрасль хирургіи относится къ самымъ труднымъ и сложнымъ. Въ настоящее время и про земскія губерніи правильно будетъ сказать, что широкая хирургическая помощь оказывается почти исключительно въ большихъ больницахъ по городамъ. Просматривая отчеты губернскихъ больницъ, приходится убѣдиться, что не во всѣхъ и губернскихъ больницахъ пока производятся операции на желчныхъ путяхъ. Въ Воло-

годской Губернской Земской больницѣ і я операція на желчныхъ путяхъ произведена мною въ 1911 году. Съ тѣхъ поръ по настоящее время произведено мною всего 10 операций на желчныхъ путяхъ. Сюда не вошли операции по поводу заболѣваний самой печени (эхинококки, абсцессы, опухоли). Въ виду незначительности распространения этихъ операций въ Россіи опубликованіе такого количества операций имѣетъ достаточное основаніе. Опубликованіе этихъ операций имѣетъ еще и то значеніе, что почти всѣ больные находятся въ городѣ и возможно почти про всѣхъ сказать о длительныхъ результатахъ операций. Исходы операций могутъ послужить матеріаломъ въ разработкѣ многихъ еще пока нерѣшенныхъ вопросовъ этой отрасли хирургіи.

10 произведенныхъ мною операций на желчныхъ путяхъ дѣлятся такъ:

холецистэктомій—7,

холецистоэнтеростомія—1,

холецистоэнтеростомія и дренажъ печеночнаго протока—1,

холедохотомія и гастрэнтеростомія—1.

По заболѣваніямъ 9 изъ нихъ относятся къ воспаленію желчнаго пузыря съ присутствіемъ камней въ немъ или въ желчныхъ протокахъ, 1 къ сжатію желчь выносящаго протока ракомъ поджелудочной железы.

Изъ холецистэктомій 2 кончились смертью, холецистэктомія съ дренажемъ печеночнаго протока также кончилась смертью. Остальныя 7 кончились выздоровленіемъ. Всѣ случаи относятся къ запущеннымъ, съ крайне рѣзкими пораженіями. 9 больныхъ—жители г. Вологды. 2 больныхъ присланы городскими врачами. Остальные явились сами за хирургической помощью, окончательно извѣрившись въ возможность улучшенія отъ какихъ либо терапевтическихъ мѣропріятій. Изъ 10 больныхъ—8 женщинъ, 2 мужчинъ. Возрастъ ихъ отъ 16 до 65 лѣтъ. Всѣ больные, какъ это будетъ видно изъ исторій болѣзни, много и долго страдали отъ заболѣванія.

Всѣ операции произведены подъ общимъ наркозомъ, 5 операций произведены подъ смѣшаннымъ хлороформъ-эфирнымъ наркозомъ, 1 подъ хлороформомъ, 4 подъ гедоналомъ.

Съ 1912 года, когда введенъ гедоналовый наркозъ на Хирургическомъ Отдѣленіи, всѣ операции на желчныхъ путяхъ стали производиться подъ этимъ наркозомъ. Исключеніе составляетъ только случай 10-й, при которомъ въ 1914 году пришлось примѣнить хлороформъ—эфирный наркозъ, такъ какъ всѣ подкожныя вены были настолько малы, что никакъ не удалось ввести каплюлю. Наркозъ при операцияхъ на желчныхъ путяхъ составляетъ одно изъ самыхъ главныхъ условий успѣха операции. Кэръ предостерегаетъ отъ примѣненія

хлороформа. У желтушныхъ онъ считаетъ хлороформъ безусловно противопоказаннымъ; у нихъ, по его мнѣнію, допустимъ только эфиръ. Хорошій наркозъ, по мнѣнію Kehr'a, при операціяхъ на желчныхъ путяхъ имѣетъ болѣе значенія, чѣмъ самая лучшая операціонная техника и самая ловкая ассистенція. „Врачъ, нашедшій средство, соединяющее въ себѣ выгоды эфира и хлороформа, безъ ихъ вредныхъ дѣйствій, средство, не дѣйствующее вредно ни на сердце, ни на легкія, ни на печень, ни на почки,—будетъ лучшимъ лапаротомистомъ своей эпохи, онъ будетъ достоинъ не одной, а десятка нобелевскихъ премій“. Въ гедоналѣ мы по всѣмъ признакамъ имѣемъ вещество, наиболѣе соотвѣтствующее высказаннымъ сейчасъ требованіямъ. Гедоналъ сравнительно съ другими наркотическими—обладаетъ меньшей ядовитостью, позволяетъ очень долгое время держать больного въ наркозѣ, что, при продолжительности и сложности операцій на желчныхъ путяхъ, имѣетъ не малое значеніе; на сторонѣ гедонала и то преимущество, что отъ него крайне рѣдко въ послѣоперационномъ періодѣ бываетъ рвота и такимъ образомъ достигается лучшій „покой швовъ“.

Предварительная подготовка больного къ операціи была такая же, какъ и передъ всякой лапаротоміей—очищеніе кишечника, полости рта и операціоннаго поля. При наличности желтухи за нѣсколько дней до операціи давался въ клизмахъ молочнокислый кальцій для уменьшенія кровоточивости, этого грознаго осложненія при запущенныхъ желтухахъ. Во 2-мъ нашемъ случаѣ больная погибла отъ этого осложненія черезъ 3 часа послѣ операціи, несмотря на всѣ принятыя мѣры.

Изъ методовъ операціи преимущество отдавалось нами изсѣченію желчнаго пузыря. На 9-мъ Съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ большинство высказывалось за болѣе частое примѣненіе холецистостоміи, чѣмъ холецистэктоміи. Холецистэктомію оставили для случаевъ съ очень далеко зашедшими измѣненіями желчнаго пузыря. Намъ пришлось дѣлать преимущественно изсѣченіе пузыря, именно, въ силу такихъ очень далеко зашедшихъ измѣненій; у насъ пришлось имѣть дѣло съ очень сморщенными пузырями, которые приходилось подолгу освобождать изъ очень обширныхъ спаекъ съ сосѣдними органами. Сморщиваніе пузыря указывало, что въ немъ имѣлись рубцы; приходилось такимъ образомъ ждать, что мышечные слои пузыря сильно пострадали отъ воспалительныхъ процессовъ. На интенсивность воспалительныхъ процессовъ указывали также значительные спайки съ сосѣдними органами. Оставлятъ изуродованный полостной органъ, не могущій уже функционировать своими активными тканями—мышцами и железами—обусловившій уже рѣзкія воспалительныя явленія въ окружающихъ органахъ, даже въ періодъ своей болѣе полной функциональной способности, намъ казалось крайне рискованнымъ. Оста-

влять же пузырь вмѣстѣ со всѣми спайками его съ сосѣдними органами, послѣ того какъ изслѣдованіями Kehr'a, Bardeleben'a, Оедорова доказано, что часто такъ называемыя печеночныя колики зависятъ не отъ камней, а отъ этихъ спаекъ, намъ казалось опаснымъ въ томъ отношеніи, что бывшія до операціи болѣзненные ощущенія могли бы остаться и послѣ. Имѣя же въ виду наблюденія хирурговъ съ большимъ опытомъ въ хирургіи желчныхъ путей, по которымъ рецидивы заболѣванія при операціи сѣченія или образованія наружнаго свища желчнаго пузыря бывають чаще, чѣмъ при изсѣченіи пузыря, кромѣ того, имѣя въ виду данныя, по которымъ запущенные случаи воспаления желчныхъ путей ведутъ къ появленію злокачественныхъ новообразованій на этихъ путяхъ—мы всецѣло склонились къ практикѣ Kehr'a и Körte, предпочитающихъ холецистэктомію передъ методами, сохраняющими пузырь; болѣе трудная операція, за то обезпечивающая отъ возвратовъ, грозныхъ осложнений, избавляющая почти всегда больныхъ отъ бывшихъ до аперации болѣзненныхъ явленій—нами предпочиталась болѣе легкой, за то менѣе надежной 10 всѣхъ отношенійхъ холецистотоміи или холецистостоміи. „Удаленіе органа“—по моему, не должно пугать, если прибавить „не функционирующаго, грозящаго вредными послѣдствіями, быть можетъ, повторной операціей или ракомъ“. Авторитетъ бр. Мауо, высказывающихся часто за холецистотомію и очень часто производящихъ ее, не можетъ поколебать предпочтенія, отдаваемого изсѣченію пузыря. Предпочтеніе, американскими хирургами оказываемое сѣченію пузыря передъ изсѣченіемъ его, объясняется, быть можетъ, особенностями постановки хирургіи въ Америкѣ. Тамъ всякое вскрытіе брюшной полости сопровождается всестороннимъ ощупываніемъ органовъ брюшной полости. При этомъ нерѣдко попадаютъ заболѣванія желчныхъ путей въ самыхъ раннихъ стадіяхъ, съ самыми незначительными измѣненіями. Такъ, у оперированныхъ братьями Мауо за 10 лѣтъ 1244 женщинъ по поводу міомъ матки у 92 изъ нихъ были найдены желчные камни. Затѣмъ ранняя діагностика заболѣванія желчныхъ путей и болѣе распространенное оперативное лѣченіе ихъ—способствовали также тому, что американскіе хирурги имѣють чаще дѣло не съ запущенными случаями.

Что касается вообще показаній къ оперативному или терапевтическому лѣченію, то объ этомъ я выскажусь, предварительно изложивъ данныя объ имѣвшихся въ моемъ распоряженіи случаяхъ.

1-й случай. Cholecystitis calculosa. Operatio—cholecystectomy.

А. Д. крестьянка Грязовецкаго уѣзда, 33-хъ лѣтъ. Кухарка. Живетъ въ г. Вологдѣ. 10 октября 1911 г. переведена съ Женскаго Терапевтическаго Отдѣленія нашей больницы. Отецъ и мать здоровы. 3 брата 2 сестры также. Въ дѣтствѣ перенесла скарлатину. Больная—дѣвица. Менструаціи съ 20 л., безболѣзненные, дня по 3, приходятъ

черезъ мѣсяцъ. Спиртные напитки и табакъ не употребляетъ. Настоящее заболѣваніе началось около 2-хъ лѣтъ тому назадъ, болѣзнь, по ея словамъ, началась рвотой до 5—6 разъ въ день, тошнотой, сильною болью въ области желчнаго пузыря, головной болью; запоровъ не было. Желтухи не было. Приступъ продолжался около 3-хъ дней. По совѣту врача, больная въ это время приняла глистогонное, при чемъ выдѣлилось очень много ленточныхъ глистовъ. 2-й приступъ съ такими же явленіями повторился черезъ 3 мѣсяца; послѣ глистогоннаго на этотъ разъ глисты не выдѣлялись. 3-й приступъ повторился черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца. До сего времени такіе приступы повторялись нѣсколько разъ. Всего ихъ было около 10. За послѣднее время приступы участились, стали болѣзненнѣе. При осмотрѣ больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Окраска кожи нормальная. Со стороны сердца и легкихъ измѣненій не имѣется. Аппетитъ удовлетворительный. Стулъ правильный. Область желчнаго пузыря безболѣзненна, но резистентна. Моча нормальна. Послѣ предварительной подготовки 18-го октября операція. Сначала наркозъ хлороформный 25,0 въ 45 минутъ; затѣмъ эфирный 150,0 въ 1 ч. 30 м. Разрѣзъ стѣнокъ живота по краю сдвинутого кнутри прямого мускула. Печень увеличена, опущена книзу. Пузырь въ спайкахъ, припаянъ къ поперечной кишкѣ, сросенъ плотно съ печенью. По раздѣленіи спаекъ его отдѣлили отъ печени. Онъ увеличенъ, съ очень толстыми стѣнками, толщина стѣнокъ неравнобѣрная. Ближе къ шейкѣ въ немъ прощупываются мелкіе камешки. По выдѣленіи его изъ спаекъ и отдѣленіи отъ печени пузырь легко вытянулся. Art. cystica перевязана отдѣльно отъ культа пузыря. Пузырь отдѣленъ вмѣстѣ съ ductus cysticus на протяженіи послѣдняго см. 2. Культи прижжена acid. carbolic. liquefact. Надъ культей сшита клѣтчатка. Брюшина надъ ложемъ пузыря не стянулась. Печень кровоточила умеренно. Поставлена турунда. Швы. Послѣоперационное теченіе правильное, только вечеромъ дня операціи рвота. Т. не была выше 37,3. Пульсъ не больше 96. Турунда удалена на 2-й день. Съ 4-го дня стало слабѣть самостоятельно. Швы сняты на 14 день. Prima. 11-го ноября выписалась совершенно здоровой.

Показывалась черезъ $2\frac{1}{2}$ года. Чувствуетъ себя очень хорошо. Болей и какихъ-либо ненормальныхъ желудочно-кишечныхъ явленій не отмѣчаетъ.

2-й случай. Angiocholitis. Операція: cholecystectomy и дренажъ печеночнаго протока.

Дворянка В. 46 л., живетъ въ Вологдѣ. Поступила 4-го ноября 1911 г. Отецъ умеръ 69 л. отъ астмы. Мать умерла 30 л. отъ послѣродового кровотеченія. Одна тетка (по отцу), умерла 50 л. отъ какой то болѣзни печени. Изъ 3-хъ сестеръ 2 пользуются удовлетворительнымъ здоровьемъ, третья умерла 14 л. отъ сочленовнаго ревма-

тизма. Менструаціи съ 16 л., не очень обильныя, черезъ мѣсяць по недѣлѣ. Замужемъ съ 23 лѣтъ. 4 родовъ. Изъ 4-хъ дѣтей 2 умерло— 1 отъ капиллярнаго бронхита, другой отъ скарлатины. Двое живы: 1 эпилептикъ, другой—здоровый. Перенесла корь 6 лѣтъ. 8 лѣтъ послѣ поднятія тяжести хворала съ мѣсяць: были поносъ и слабость. 12 лѣтъ перенесла малярію, въ теченіе года съ промежутками. 2 раза—брюшной тифъ: 21 г. и 46 лѣтъ. Начало настоящего заболѣванія большая относитъ къ декабрю 1885 г., когда у нея впервые наблюдался приступъ, характеризующійся одною болью въ области печени въ теченіи короткаго времени. Въ 1889 г. былъ другой приступъ также, только съ болью. Въ 1890 г. было 5 приступовъ. Каждый приступъ сопровождался сильной болью въ области желчнаго пузыря, рвотой, запорами, вздутіемъ живота въ правомъ подреберіи. Повышенія t^0 не было. Желтухи также не было, хотя отмѣчалась легкая желтушная окраска склеръ; приступы продолжались 1—3 дня. Въ послѣдующіе года до 1902 г. ежегодно наблюдались по 2—3 приступа съ такими же явленіями. Съ 1902 по 1911 г. характерныхъ приступовъ не было, появлялась только иногда боль въ области печени, длившаяся короткое время. Съ 1895 г. по 1902 г. больная замѣчала нѣсколько разъ въ калѣ камешки сѣро-желтаго цвѣта величиной съ полвоину рисоваго зерна. Въ апрѣлѣ с. г. приступы возобновились: появлялись рвоты, запоры, боль въ области желчнаго пузыря; приступы продолжались дня 4. Съ этого же времени появилась слабая желтушная окраска кожи и сѣрая испражненія. 11-го окт. снова приступъ: запоръ, рвора, боли въ области желчнаго пузыря, рѣзкая желтушная окраска всѣхъ покрововъ; приступъ продолжался дня 3; боль въ печени осталась послѣ приступа. 29-го t^0 поднялась до 38^0 . Съ этого времени стала чувствовать себя все слабѣе и слабѣе; t^0 была все время повышена. 4-го ноября поступила въ хирургическое отдѣленіе; вечеромъ t^0 — $38,6$. Пульсъ 84. Рѣзкая желтуха, сонливость. Сильно истощена. Ночи не спитъ отъ боли и зуда кожи. Въ лѣвомъ легкомъ—влажные хрипы. 7-го ноября—операция. Хлороформъ. Пузырь сморщенъ, стѣнки рѣзко утолщены. Пузырь спаянъ съ салъникомъ, поперечной кишкой. Спайки крайне трудно было отдѣлять вслѣдствіе сильной кровоточивости. Кровоточила сплошь вся ткань, не только видимые сосудики. Пузырь выдѣленъ. Пузырный протокъ рѣзко расширенъ. Въ печеночномъ протокѣ находится камень $2\frac{1}{2}$ cm. \times $1\frac{1}{2}$ cm., бугристый, плотно охваченный протокомъ. Его удалось провести въ пузырь. Пузырь былъ изсѣченъ съ пузырнымъ протокомъ. Въ печеночный протокъ вставлена плотная дренажная трубка. Вокругъ трубки вставлена плотно прилежащая къ кровоточащимъ мѣстамъ турунда. Брюшная рана зашита по двѣ трети; черезъ остальную часть выведены дренажъ и турунда. Пульсъ не падалъ. Въ виду значительной потери крови на операціонномъ столѣ влито подъ кожу $1\frac{1}{4}$ литра солеваго раствора. Вскорѣ повязка была пропитана кровью. Пульсъ постепенно падалъ. Впрыскивали

stiptycin. Черезъ 3 $\frac{1}{2}$ часа послѣ операціи больная скончалась. Вскрытіе произведено не было.

Случай 3-й. Cholecystitis calculosa. Операція: cholecystectomy.

Гимназистка В. 16 лѣтъ, поступила 16-го ноября 1911 г. Родители больной здоровы. 2 сестры также здоровы. Перенесла корь и скарлатину. 8 л. отъ роду была желтуха. Въ теченіе сентября и октября с. г. перенесла брюшной тифъ. Менструаціи съ 13 л. по недѣлѣ черезъ мѣсяцъ. Во время болѣзни брюшнымъ тифомъ менструаціи прекратились и возобновились только на дняхъ. Насто щее заболѣваніе началось въ серединѣ сентября болью въ правомъ подреберьи, распространяющейся на весь правый бокъ. Въ концѣ сентября былъ 2-й приступъ боли въ правомъ подреберьи. Оба приступа продолжались по нѣскольку часовъ. Рвоты и запоровъ не было. Съ 8-го окт. до половины ноября у больной было около 3-хъ приступовъ. Каждый приступъ продолжался около сутокъ. Въ первые 2 приступа у больной былъ запоръ, продолжавшійся около 1 $\frac{1}{2}$ недѣль. Во время 3-го приступа была однократная рвота.

Больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, умѣреннаго питанія. При изслѣдованіи живота больная жалуется на сильныя боли въ правомъ подреберьи. При пальпаціи особенно чувствительна область желчнаго пузыря. Въ правомъ подреберьи ощущается резистентность. Со стороны сердца, легкихъ и почекъ уклоненій не обнаружено. 24 ноября операція—cholecystectomy. Наркозъ хлороформомъ, затѣмъ эфиромъ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю прямой мышцы. Пузырь сращенъ съ тонкой кишкой. Дно пузыря очень плотно, измѣнено цвѣтомъ—оно блѣднѣе остальной его части. На пузырь перетяжка. На верхней поверхности печени соотвѣтственно пузырю замѣчаются рубцы. Въ пузырь нащупываются камни. Поверхность пузыря на большей части своей срослена съ кишкой. Спайки не очень плотныя. Разрѣзъ брюшины по бокамъ пузыря. Пузырь вылушенъ изъ-подъ брюшины, отъ печени отдѣлялся съ трудомъ. Пузырь вытянутъ. На него зажимъ; ниже зажима лигатура. Шейка пузыря и протокъ—широкіе. На шейкѣ пузыря плотная съ лѣсной орѣхъ железка. Культя протока погружена подъ сшитые надъ ней края серозной оболочки. Надъ ложемъ пузыря на печени также стянуты края серозной оболочки. Кровотеченіе не очень велико. Кровоточило больше ложе пузыря на печени. Большая турунда въ полость живота. Послѣ операціи рвота. Пульсъ 120. Ночью рвоты не было. 26-го перевязка—турунды вытянуты на $\frac{1}{4}$ длины, t° 37—37,3. Пульсъ 104—100. 27-го турунда извлечена еще на $\frac{1}{4}$. t° 36,7—37,1. Пульсъ 85—89. 28-го турунда вся извлечена, замѣнена маленькой только кожной турундой, t° 36,7—37,1. Пульсъ 85—93. 2-го декабря швы сняты. Prima. 4-го декабря, сильныя боли по всему животу въ теченіи 15 минутъ. Послѣ ol. ricini обильно прослабило. 10-го декабря приступъ

болѣй около 20 минутъ. Стулъ хорошій. Съ 2-го декабря t^0 не выше 37, пульсъ не болѣе 88. 13-го выписалась съ хорошимъ самочувствіемъ. Черезъ 1½ года показывалась. Приступовъ боли за это время не было. Бываютъ небольшія боли въ подложечной области.

Случай 4-й. Icterus. Obstructio ductus choledochi. Cancer pancreatis. Операция: Cholecysto-enterostomia. Entero-entero-anastomosis.

Н. К. Лѣсникъ, 38 л. Поступилъ 17 дек. 1911 г. съ жалобами на желтуху и небольшую боль въ подложечной области и правомъ подреберьи, появляющуюся при нажатіи. Въ декабрѣ 1910 года появилась желтуха, передъ этимъ болѣла грудь и былъ кашель въ теченіе 4-хъ недѣль. Желтуха держалась до марта 1911 г., въ мартѣ прошла совершенно. Была тогда утомляемость и вялость. Въ январѣ боли въ правомъ подреберьи и въ теченіи 2-хъ недѣль повышение t^0 до 39,8; лежалъ въ больницѣ. Въ октябрѣ желтуха появилась вновь и тянется до сихъ поръ. Въ настоящее время желтуха рѣзкая; отмѣчается вялость. Легкія и сердце не измѣнены. Пульсъ 50. Печень увеличена—легко прощупывается ниже края реберъ. T^0 нормальна. Общее питаніе среднее. Асцита нѣтъ. Моча содержитъ много желчныхъ пигментовъ. Испражненія сѣраго цвѣта. Черезъ 3 дня ставимъ клизмы изъ молочнокислаго кальція. 12 янв. 1912 г. операция. Хлороформъ. Эфиръ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю праваго прямого мускула. Печень увеличена, опущена. Желчный пузырь рѣзко раздутъ и выстоитъ изъ-подъ печени, спаянъ съ сальникомъ. Дно пузыря см на 3 выступаетъ изъ-подъ края печени. Въ головкѣ поджелудочной железы прощупывается уплотненіе, вправо отъ него прощупывается также уплотненіе, но вдвое меньше—лимфатическая железа. Уплотненіе въ головкѣ—съ небольшое куриное яйцо. Въ окружности много плотныхъ железокъ. Пузырь обложенъ салфетками, пунктированъ. Извлечено слизистой желчи около 200 куб. сант. Послѣ опорожненія пузырь вскрытъ. Пузырь былъ вшитъ въ брыжейку поперечной кишки, между его дномъ и тощей кишкой, отступя отъ plica sm 30, наложено соустье. На кишку выше и ниже соустья наложено соустье (entero-entero-anastomosis). Кровотеченіе незначительное. Животъ зашитъ наглухо. Послѣоперационное теченіе гладкое. T^0 принималась только вечеромъ на 2-й день до 37,8. Пульсъ строго соответствуетъ температурѣ. Швы сняты на 9-й день. 28-го января выписался. Желтуха къ этому времени почти совершенно прошла. 19-го апрѣля 1912 года поступилъ снова въ очень плохомъ состояніи. Въ подложечной области прощупывается плотная бугристая опухоль. Затрудненіе въ проходимости pylorus. Рѣзкія боли въ спинѣ. Отеки нижнихъ конечностей. Желтухи почти нѣтъ; слегка только окрашены склеры. Общее питаніе значительно ухудшилось. 5-го мая въ виду совершенной невозможности операции и крайне сильныхъ болей переведенъ на терапевтическое отдѣленіе.

Случай 5-й. Cholecystitis calculosa. Операция: cholecystectomy.

Н. К. Дворянинъ, 53 л. Поступилъ 3-го декабря 1911 г. 15 лѣтъ тому назадъ отходили желчные камни, лечился не одинъ разъ въ Карлсбадѣ. Послѣдній разъ желтуха появилась съ іюля мѣсяца, хотя крайне незначительная, но держится до настоящаго времени. Боли сильныя, особенно послѣднюю недѣлю. Боли главнымъ образомъ сосредоточиваются въ подложечной области. Появляются и усиливаются часа черезъ 2 послѣ принятія пищи. Лѣчившимъ его врачомъ поставленъ діагнозъ—ракъ или язва желудка. За послѣдніе 4 мѣсяца похудѣлъ на 2 пуда.

Больной изъ здоровой семьи. У брата—желчные камни. Сложеніе очень хорошее. Покровы и склеры слегка желтушны. Легкія и сердце — нормальны. Въ правомъ подреберьи прощупывается плотный край печени. Животъ вздутъ. Запоры. Операция нѣсколько дней откладывалась изъ-за появившагося бронхита. 22 декабря—operatio. Хлороформъ-эфиръ. Разрѣзъ по краю сдвинутого прямого мускула. Войдя въ полость живота, дошли до желчнаго пузыря. Онъ былъ рѣзко сморщенъ, спаянъ съ салникомъ, желудкомъ и двѣнадцатиперстной кишкой. Желудокъ сильно растянуть—дно его пальца на 2 поперечныхъ не доходить до уровня пупка. Спайки пузыря раздѣлены. Онъ очень плотны; раздѣлялись съ трудомъ. Въ пузырьѣ мелкіе камни. Часть пузырнаго протока оставлена—къ ней притянута плотно воротная вена. Культия погружена подъ окружающія ткани, брюшина стянута надъ нею. Къ мѣсту операции поставлена турунда. Послѣоперационное теченіе— t^0 и пульсъ поднимались только 2-й и 3-й день. 23 дек. 37,3—37,4. 24 дек. 37,0—37,0. Пульсъ 23-го 100—112. 24-го 96. Остальные дни t^0 не выше 37; пульсъ строго соответствовалъ температурѣ. 2—3 раза была задержка газовъ. На мѣстѣ удаленнаго пузыря кровоизліяніе, кровь, видимо, прошла на верхнюю поверхность печени; вслѣдствіе этого рѣзкая почти непрерывная днемъ и ночью икота въ теченіи 9—10 дней послѣ операціи. Въ силу этого турунда вводилась въ полость живота въ теченіе 3-хъ недѣль. Старая кровь по ходу турунды отсасывалась на перевязкахъ граммовъ по 30. Явленія стеноза пилорической части прошли. Желтуха исчезла совершенно. Боли исчезли съ хорошимъ самочувствіемъ 6 февраля выписался.

Послѣ операціи больной быстро достигалъ своего прежняго благополучія. Потерянный за послѣднее заболѣваніе вѣсъ, видимо, скоро пріобрѣтенъ обратно. Явленій, бывшихъ до операціи, не повторялось. Въ области рубца, въ той его части, гдѣ была турунда, появилось выпячиваніе; при напряженіи брюшнымъ прессомъ выпячиваніе это увеличивалось.

22-го марта 1913 г. поступилъ въ Хирургическое Отдѣленіе для операціи образовавшагося растяженія рубца. На операціи попытка стянуть края въ мышцахъ, соответствующе получившемуся отверстію,

не увѣнчались успѣхомъ. Отверстіе удалось закрыть образованіемъ лоскута на ножкѣ, какъ это рекомендуетъ проф. И. К. Спижарный. (См. ст. Стеблинъ—Каменскаго. Къ вопросу о пластическомъ закрытіи недостатка брюшного пресса. Рус. Врач. 1907. № 43).

Случай 6-й. *Cholecystitis calculosa. Operatio: cholecystectomy.*

О. Т-а. Мѣщанка г. Вологды, 65 л. Поступила 23-го іюли 1912 г. Въ дѣтствѣ перенесла корь, скарлатину, оспу и кровавый поносъ. 4 года тому назадъ у нея появилась киста яичка; въ 1911 г. она была удалена; послѣ удаленія была здорова. 2 мѣсяца тому назадъ у нея появились сильныя боли въ правомъ подреберьи, рвота. Давали опій, клали пузырь съ горячей водой на животъ. Съ этого времени боли продолжались все время. Аппетитъ плохой. Вскорѣ послѣ ѣды является рвота. Страдаетъ постоянными запорами. Сердце и легкіе безъ измѣненій. Треморъ въ рукахъ. Питаніе сносное. Тѣлосложеніе правильное. По средней линіи живота внизу рубецъ отъ бывшей операціи. Не очень рѣзкая желтуха. Область печени при ощупываніи болѣзненна. Въ день поступленія приступъ печеночной колики. 28-го приступъ боли въ правомъ подреберьи. Боль очень сильная. 30-го іюля операція подъ гедоналовымъ наркозомъ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю прямой мышцы, начиная отъ края реберъ книзу см. 15, къ этому основному пришлось послѣ добавить поперечный кнаружи параллельно реберному краю. По вскрытіи брюшной полости обнаружено слѣдующее: желчный пузырь въ спавшемся состояніи, очень малъ, спаенъ плотно съ печенью, съ двѣнадцатиперстной кишкой и лежалъ въ самой интимной близости съ воротной веной. При осторожномъ отдѣленіи его отъ печени и воротной вены пришлось его поранить насквозь, вслѣдствіе чего пошла желчь. Спайки съ двѣнадцатиперстной кишкой были не такъ плотны. Пузырь былъ изсѣченъ. Къ культѣ вставлены двѣ турунды и 2 дренажныя трубки. Турунды были удалены 5 авг., замѣнены незначительной турундой. Рана заживала худо. Температура была повышена, не ниже 37,6. Пульсъ соотвѣтствовалъ темперарурѣ. 10-го августа, т. е. на 12-й день послѣ операціи, рана разошлась. Больная день отъ дня слабѣла. Температура, державшаяся на высокихъ цифрахъ, съ 16-го августа упала, пульсъ же становился чаще. 19-го авг. больная скончалась.

Данныя аутопсіи. *Abscessus in loco operationis. Phlegmone intermuscularis. Degeneratio myocardii, hepatis et renum parenchymatosa. Nephritis interstitialis chronica. Adipositas universalis. Pleuritis fibrinosa purulenta dextra et gangraena pulmonis dextri lobi secundi. Hyperplasia pulpaе lienis et gland. lymphaticarum bronchialium.*

Случай 7-й. *Appendicitis et cholecystitis calculosa. Операція—Appendicectomy et cholecystectomy.*

О. К. Дворянка, 47 л. Поступила 10 февраля 1913 г., въ августѣ 1912 г. былъ какъ будто приступъ аппендицита, но безъ рвоты и боль-

шого повышенія температуры. 4 года тому назадъ была удалена матка по поводу фибромы. Беременности не было. 15-го подъ гедоналомъ operatio. Разрѣзъ, нѣсколько отступя отъ стараго рубца по средней линіи, отъ пупка книзу. Прямая мышца сдвинута вправо. Къ рубцу брюшины былъ припаянъ сальникъ; сальникъ былъ припаянъ также къ культѣ матки (надвлагалищная ампутація). Срашенія сальника разъединены, обшиты. Осмотрѣнъ appendix. Онъ невеликъ, расположенъ книзу отъ слѣпой. Въ серединѣ перетянутъ тяжомъ спаятъ, которыя осѣдлали его и образовали какъ бы странгуляціонную полосу. Спайки раздѣлены, appendix удаленъ. Культя обычно погружена. Осмотрѣнъ желчный пузырь. Онъ сморщенъ, спаятъ вокругъ него не обнаружено. Въ немъ камень величиной съ виноградину. 1-й разрѣзъ зашить наглухо. Сдѣланъ 2-й разрѣзъ по краю сдвинутой прямой мышцы, длиною см. 15, отступя нѣсколько отъ края реберъ. Осторожно надрѣзана брюшина по краямъ пузыря и отслоена. Пузырь отдѣленъ отъ печени и вытянутъ. Art. cystica перевязана. Шейка хорошо освобождена и вытянута. Желчный пузырь и протокъ его удалены. Ложе пузыря обшито брюшиной. Къ мѣсту пузыря турунда. Проснулась въ 11 час. вечера. Жаловалась на боль въ области печени. Тошнило. Нѣсколько разъ срыгивала желчью. 16-го ^{то} 38, пульсъ 100. Вечеромъ ^{то} 38,9, пульсъ 120. 17-го ^{то} утромъ 37,6, пульсъ 100. Веч. ^{то} 37,8, пульсъ 96. Турунда вытянута на четверть длины. Раздраженія брюшины нѣтъ. Газы сегодня утромъ отошли послѣ клизмы. 18-го турунда вытянута еще на четверть. Самочувствіе удовлетворительное. 22-го турунда удалена совершенно и замѣнена дренажной трубкой. По дренажу выдѣлялась желчь. Желчь прекратила выдѣляться къ 9-му марта. Къ 21-му марта выписана здоровой.

Стѣнка пузыря рѣзко утолщена. Микроскопически обнаружено—слизистая атрофирована. Мѣстами на ней имѣются язвочки. Мышечный слой атрофированъ. Среди мышцъ много рубцовой ткани.

Случай 8-й. Cholecystitis. Obstructio ducti choledochi. Операция: Cholecystoenterostomia.

Е. О., крестьянка, Грязовецкаго у., 33 лѣтъ. Поступила 20 марта 1913 г. Заболѣла 1½ года тому назадъ, не сразу, а постепенно. Стала чувствовать ноющую боль въ правомъ подреберьи. Боли въ формѣ приступовъ никогда не было. Черезъ полгода послѣ заболѣванія окружающіе стали замѣчать желтизну въ лицѣ. Желтуха иногда пропадала. Испражнения были сѣраго цвѣта. При осмотрѣ найдено—больная слаба, кожа и склеры желтухи окрашены. Въ сердцѣ и легкихъ видимыхъ измѣненій нѣтъ. Отековъ и асцита нѣтъ. Печень увеличена пальца на 4. Рѣзкое притупленіе распространяется см. на 6—7 книзу отъ края реберъ. Селезенка увеличена и прощупывается, ^{то}—37,4. 3 апрѣля—испражнения сѣраго цвѣта. Жалуется на головную боль. 10—20. Положеніе безъ измѣненій. Жалуется на головную боль.

Ставятся черезъ день клизмы изъ молочно-кислаго кальція. Т⁰ времени доходить до 37,7. Какъ будто похудѣла. 26-го бывшая до того т⁰ не выше 37,7 поднялась до 40, жалуется на сильную боль въ области печени. При ощупываніи область желчнаго пузыря напряжена, болѣзненна. 28-го т⁰ 37,1, боли въ животѣ нѣтъ. Съ 30-го по 15-е мая т⁰ нормальна, самочувствіе удовлетворительное. 14-го мая подъ гедоналомъ—операциѣ. Разрѣзъ по краю сдвинутаго кнутри прямого мускула. Желчный пузырь невеликъ, напряженъ; стѣнки его тонки. Пробнымъ шприцемъ изъ него добыта зеленоватая жидкость. По ductus choledochus нащупано много мелкихъ камней. Въ области его сплошныя спайки. Удалить камни не удалось; протолкнуть ихъ также. Желчный пузырь протянуть подъ colon transversum въ отверстіе брыжейки и фиксированъ къ ней 3 швами. Наложень анастомозъ между пузыремъ и тонкой кишкой. Соустіе наложено на протяженіи 1½—2 см. Стѣнка пузыря была очень тонка, легко рвалась, а при фиксированіи ея къ брыжейкѣ стѣнка прокололась насквозь и изъ пузыря хлынула струйкой желчь. Нѣсколько ея попало въ брюшную полость. По наложеніи соустія прилежащія кишки протерты влажными марлевыми салфетками. Брюшная рана зашита наглухо. Проснулась въ 5 час. вечера; т⁰ 39,9, пульсъ 120.

15-го т⁰ 40,2—40. Пульсъ 120. Была нѣсколько разъ кровяная рвота, въ видѣ кофейной гущи. Въ ночь на 16-е скончалась.

На аутопсіи оказалось—Cirrhosis hepatis hypertrophica. Calculi ductus choledochi. Pleuritis chronica fibrosa. Peritonitis circumscripta. Icterus hepatis-
renum et myocardii. Tumor lienis chronicus. Hyperplasia pulpaе lienis. Dilatatio ventriculi et haemorrhagia in cavum ejus.

Случай 9-й. Cholelithiasis. Obstructio ductus choledochi. Операциѣ—choledochotomia transduodenalis. Gastro-enterostomia retrocolica.

Крестьянка Вельскаго уѣзда., Е. О., 47 л. Прачка. Живетъ въ Вологдѣ. Поступила 13 сентября 1913 г.

13-го сентября. Жалуется на боли въ правомъ подреберьи и сильную желтуху, появившуюся съ мая 1913 г. и сильно ослабившую больную. Страдаетъ уже около 3-хъ лѣтъ. Периодически боли въ области печени въ формѣ приступовъ. Желтуха была раньше одинъ разъ и прошла. Съ мая желтуха держится упорно, прогрессируетъ. Приступы продолжаются недолго. Больная крайне слаба. Истошена. Вѣсъ 2 пуда 30 ф. т⁰ часто доходитъ до 40 и выше. Какой-либо опухоли въ животѣ прощупать не удастся. Печень значительно увеличена. Со стороны сердца и легкихъ особыхъ измѣненій не найдено. Запоровъ нѣтъ.

25-го октября подъ гедоналомъ операциѣ. Разрѣзъ по краю отодвинутаго прямого мускула. см. 15 длиной. По вскрытіи брюшной полости, найдено много спаекъ и рубцовъ на передней поверхности

лечени съ брюшной стѣнкой и съ сальникомъ. Желчный пузырь атрофированъ и сморщенъ настолько, что его прощупать не удалось. На мѣстѣ желчнаго пузыря спайки съ сальникомъ и съ желудкомъ. Желудокъ рѣзко расширенъ. Ощупывая протоки, нашли въ ductus choledochus камень съ крупный лѣсной орѣхъ. Его было можно хорошо прощупать черезъ стѣнки двѣнадцатиперстной кишки. Послѣдняя легко вытянулась въ разрѣзъ стѣнокъ живота. Поперечнымъ разрѣзомъ стѣнки ея вошли въ двѣнадцатиперстную кишку, нащупали тамъ камень подъ противоположной стѣнкой ея. Попытки протолкнуть камень не увѣнчались успѣхомъ. Стѣнка кишки надъ камнемъ разрѣзана, камень извлеченъ. По извлеченіи его потекла желчь. Разрѣзъ слизистой и стѣнки протока зашитъ. На кишку обычный 3-хъ-этажный шовъ. Въ виду возможности большого суженія ругі въ слѣдствіе спаекъ, рѣшено сдѣлать gastro-enterostomia, что и исполнено по общимъ правиламъ. Брюшная рана защита наглухо.

26—27. У больной кашель. Боли въ животѣ нѣтъ. Явленій раздраженія брюшины нѣтъ. 29—30. Газы отходятъ. Появляется аппетитъ. Желтуха уменьшается. Т⁰ съ 1 ноября нормальна. Пульсъ соответствуетъ. Швы сняты на 12 й день—prima. Въ виду большой слабости, бывшей еще до операціи, и крайне худыхъ домашнихъ условій продержана въ больницѣ до 19 ноября. Выписана здоровой.

14 февраля 1914 г. осмотрѣна. Сильно поправилась, пополнѣла. Желтухи нѣтъ. Запоровъ нѣтъ. Мѣсяца 1½ на самой грубой пищѣ. Часто исключительно на черномъ хлѣбѣ. Съ мѣсяцъ работаетъ попрежнему—стираетъ, поднимаетъ тяжести

Случай 10-й. Cholecystitis calculosa. Операція: cholecystectomy.

А. К. Мѣщанка г. Вологды, 54 л. Поступила 3-го января 1914 г. Жалуеться на сильныя боли въ подложечной области. Больна лѣтъ 5. Боль появляется въ формѣ приступовъ, когда больная буквально „катается“ отъ боли. Приступъ продолжается день—два, потомъ все проходитъ. Во время приступовъ бываетъ рвота. Желтухи никогда не было. Приступы становятся все чаще. Съ новаго года было 4 приступа. Особой кахексіи нѣтъ, но рассказываетъ, что за послѣднее время стала слабнуть. Прощупать какой-либо опухоли еѣ верхней части живота не удастся. Область печени болѣзненна.

10-го января 1914 г., подъ хлороформъ-эфирнымъ наркозомъ операція. Сначала пробовали дать гедоналъ, но не удалось, такъ какъ вены подкожныя были крайне малы. Разрѣзъ параллельно краю реберъ см. 15 длиной. Часть прямой мышцы разрѣзана поперекъ. По вскрытіи бѣрины обнаружено слѣдующее: на печени есть рубцы; желчный пузырь сморщенъ. Дно его очень плотно и выступаетъ изъ подъ края печени, оно спаяно съ сальникомъ. Съ желчнымъ пузыремъ спаянъ желудокъ своей пилорической частью. Спайки съ саль-

никомъ и желудкомъ раздѣлены. Считая уплотнѣніе въ желчномъ пузырьѣ нѣсколько подозрительнымъ, его отъ печени не отдѣляли, а печень подъ пузыремъ резецировали пластомъ въ $\frac{1}{2}$ cm. толщиной. Вытягивая желчный пузырь, убѣдились, что онъ тянется глубоко и въ серединѣ имѣетъ перетяжку. Форма его въ видѣ песочныхъ часовъ, при чемъ болѣе глубокая часть расширена и наполнена массой мелкихъ камней.

Эта расширенная часть легко отдѣлилась отъ двѣнадцатиперстной кишки. Пузырный протокъ вытянуть cm. на 3, перевязанъ и отсѣченъ. Культия его прижжена ас. carbol. и погружена. Art. cystica не перевязана изолированно. Мѣсто печени, гдѣ было ложе пузыря, перитонизировано только отчасти. Къ мѣсту пузыря турунда.

Вечеромъ t^0 36.2. Пульсъ 80. Не проснулась. Нѣсколько разъ рвота зеленою. 11-го янв. t^0 37. Пульсъ 88. Рвоты не было. Общее самочувствіе хорошее. Вечеромъ t^0 38. Пульсъ 108. Общее самочувствіе удовлетворительное. 12-го t^0 37,5-38,1. Пульсъ 100. Турунда извлечена. 18-го швы сняты. Prima. 30-го выписалась съ хорошимъ самочувствіемъ. Черезъ 5 недѣль послѣ операціи была осмотрѣна. Самочувствіе хорошее. Боли въ животѣ нѣтъ.

Микроскопическое изслѣдованіе стѣнокъ обнаружило:

Слизистыя имѣютъ язвочки. Мышечный слой замѣщается рубцовой тканью. Мышечныя волокна сохранены на нѣкоторыхъ мѣстахъ только единичными волокнами. Утолщеніе въ днѣ пузыря состоитъ сплошь изъ рубцовой ткани.

Оставляя въ сторонѣ изложеніе общихъ данныхъ о патогенезѣ заболѣванія желчныхъ путей, я постараюсь извлечь изъ приведенныхъ мною случаевъ относящееся къ діагностикѣ и выбору того или иного лѣченія. Діагностика заболѣваній желчныхъ путей крайне трудна. Нерѣдко на первый планъ выступаютъ путающіе картину признаки не первичнаго пораженія желчныхъ путей, а признаки послѣдовательно появившихся осложнений. Такъ, въ 5-мъ случаѣ на первый планъ выступали признаки суженія выхода изъ желудка. Д-ръ А. С. Казначенковъ въ Трудахъ Клиники проф. В. А. Оппеля высказываетъ, что суженіе привратника на почвѣ желчно-каменной болѣзни встрѣчается нерѣдко и можетъ симулировать первичное заболѣваніе желудка. въ 9-мъ случаѣ изъ-за такого суженія мнѣ, кромѣ сѣченія общаго желчвыносящаго протока, пришлось сдѣлать еще гастроэнтеростомію. У Körte на 292 случая желчно-каменной болѣзни одновременное суженіе привратника было отмѣчено 7 разъ, у Kehr'a на 2000 операцій по поводу заболѣванія желчныхъ путей произведено 145 гастроэнтеростомій и 36 pyloroplastic'а. Иногда крайне трудно поставить дифференціальную діагностику между закусоркой камнемъ общаго желчнаго протока и злокачественнымъ новообразо-

ваніємъ по сосѣдству съ нимъ. Въ силу этого легко признать инкурабильность тамъ, гдѣ оперативное лѣченіе могло бы дать радикальное исцѣленіе. Случай 4-й скорѣе позволялъ предположить присутствіе камня въ общемъ желчномъ протокѣ, чѣмъ случай 9-й. За это говорили и анамнезъ и общій habitus. По вскрытіи брюшной полости оказалось какъ разъ наоборотъ. Инкурабильность легко было заподозрить и въ случаѣ 5-мъ, осложненномъ явленіями суженія выходной части желудка. Нерѣдко только пробная ляпаротомія можетъ установить истинную діагностику. Еще труднѣе заранѣе опредѣлить, насколько рѣзкія измѣненія имѣются въ пузырьѣ. Въ 9-мъ случаѣ приступы, кромѣ послѣдняго, не были рѣзки; тѣмъ не менѣе пузырь какъ будто задавленъ и уничтоженъ спайками. Въ 10-мъ случаѣ приступы болѣе рѣзки, а найденныя измѣненія оказались сравнительно менѣе выраженными, хотя и болѣзнь тянется чуть не вдвое больше. Врядъ ли возможно бываетъ иногда отличить заболѣваніе желчныхъ путей отъ заболѣваній червеобразнаго отростка. При высокомъ положеніи слѣпой кишки или же при подтянутомъ кверху червеобразномъ аппендиксѣ трудно рѣшить, въ какомъ органѣ сосредоточены болѣзненные явленія; интоксикаціонная желтуха при аппендицитѣ можетъ также запутать поиски источника заболѣванія. Въ 7-мъ случаѣ трудно рѣшить, какіе признаки относились къ аппендициту и какіе къ заболѣванію желчныхъ путей. Отъ трудности діагностики зависитъ, конечно, въ большой степени отмѣчаемое многими малое количество оперируемыхъ въ Россіи съ заболѣваніями желчныхъ путей. „Если бы діагностика наша была вѣрнѣе, то я убѣжденъ, говоритъ проф. С. П. Боткинъ, что оперативное пособіе дѣлалось бы гораздо чаще и немалый процентъ тяжело больныхъ былъ бы спасенъ“. Эти слова становятся еще болѣе выразительными для настоящаго времени, когда хирургія желчныхъ путей за послѣдніе 20 лѣтъ достигла громадныхъ успѣховъ въ teknikѣ.

Что касается лѣченія заболѣваній желчныхъ путей, то таковое до сихъ поръ находится въ положеніи „между двумя стульями“. Послѣ выясненнаго уже діагноза заболѣванія желчныхъ путей остается нерѣшеннымъ вопросъ, откуда больной долженъ получить надлежащую помощь—отъ терапевтическихъ ли мѣропріятій или отъ операціи? Взгляды терапевтовъ въ этомъ отношеніи трудно привести въ какую-либо систему. „Многіе изъ терапевтовъ, говоритъ проф. Кузнецовъ, считая эту болѣзнь не особенно опасной, смотрятъ на операцію какъ на ultimum refugium“. Мнѣ думается, такой взглядъ не соотвѣтствуетъ дѣйствительному положенію вещей. Данныя патологической анатоміи врядъ ли даютъ возможность надѣяться на возстановленіе измѣненнаго хроническимъ воспаленіемъ пузыря. Изъ патологической анатоміи извѣстно, что регенерація мышцъ происходитъ въ очень рѣдкихъ случаяхъ и въ ограниченныхъ размѣрахъ. Возстановленіе утра-

ченыхъ слизистыхъ железъ врядъ также можетъ имѣть большое мѣсто. Вслѣдствіе этого приходится признать, что въ результатѣ воспаленій въ желчномъ пузырьѣ функція постепенно утрачивается, способность его опорожняться теряется, въ результатѣ же застоевъ содержимаго и худшаго питанія стѣнокъ пузыря отъ появленія рубцовъ усиливается ранимость пузыря. Появившіеся приступы, понятно, становятся съ теченіемъ времени чаще и чаще, такъ это было и въ 1-мъ, и въ 3-мъ, и въ 10-мъ случаяхъ. Измѣненія пузыря становятся все больше и больше. Случай 2-й очень хорошо показываетъ, какъ усиливались съ теченіемъ времени приступы. Первые изъ нихъ сопровождались только болью, въ слѣдующихъ, явленія усиливались, становились постоянными. Камни сначала маленькіе холестериновые, отходящіе черезъ кишечникъ; затѣмъ камни известковые и одинъ изъ нихъ окончательно закупорилъ протокъ. Ткань печени все болѣе и болѣе поражалась, функція ея въ образованіи тромбокиназы все болѣе утрачивалась и въ нужную для больной минуту отказалась совершенно способствовать свертыванію крови. Наступающее послѣ бывшихъ приступовъ благополучіе—ничто иное, какъ „скрытый стадій“, болѣзни подстерегающей и прогрессирующей. Изъ патолого-анатомическихъ измѣненій въ стѣнкѣ ранически воспаленнаго желчнаго пузыря или протока видно, что равновѣсіе между тканями уже утрачено; съ теченіемъ времени это нарушеніе можетъ только усиливаться. Въ любой моментъ призрачное благополучіе „скрытаго періода“ можетъ рѣзко и неожиданно нарушиться. Клиницистами картинно изображается, какъ „характерныя для приступа желчныхъ коликъ боли, очень сильныя, схваткообразнаго характера появляются большею частью вдругъ безъ всякихъ предвѣстниковъ, часто ночью, во время полнаго покоя“. (Иконниковъ). Роль терапевта должна сводиться къ увеличенію возможности скорѣйшаго наступленія этого „скрытаго періода“ для того, чтобы передать больного хирургу. Роль хирурга сводится къ рациональному использованію этого періода для предотвращения возможности приступовъ въ будущемъ, т. е. для оперативнаго воздѣйствія на пораженную область. Иное раздѣленіе ролей трудно допустить. Непонятно звучать слова Riedel'а, приводимыя Иконниковымъ, будто „маленькіе камни принадлежатъ почти всѣ внутренней медицинѣ, большіе хирургіи“. Случай 2-й указываетъ, какъ можно въ надеждѣ на то, что у больного маленькіе камни тянутъ время, дожидаться до большого, а вскорѣ и до летальнаго исхода. Чѣмъ раньше воспользоваться хирургу для упомянутой цѣли „скрытымъ періодомъ“, тѣмъ лучше для больного. Въ раннихъ стадіяхъ придется имѣть дѣло съ меньшими измѣненіями, оперативное вмѣшательство будетъ легче, всякихъ осложненій этого вмѣшательства будетъ меньше. Чѣмъ меньше спаекъ, тѣмъ меньше времени на операцію, тѣмъ меньше надобности въ турундахъ; меньшая турунда дастъ больше шансовъ на лучшее и болѣе полное сращеніе брюшной раны, дастъ болѣе

шансовъ избѣжать грыжи. Случай 5-й имѣлъ бы больше шансовъ избѣгнуть грыжи, если бы болѣзнь не тянулась до операціи 15 лѣтъ. Чѣмъ раньше оперировать, тѣмъ меньше шансовъ на возможность появленія разнаго рода осложненій болѣзни. Не даромъ ракъ желчнаго пузыря у больныхъ желчно-каменной болѣзью въ Америкѣ встрѣчается въ 20%, а въ Россіи въ 80% (Финкельштейнъ).

Такимъ образомъ хорошая діагностика и раннее оперированіе являются самыми главными условіями для благопріятнаго исхода лѣченія заболѣванія желчныхъ путей.

Литература. *Prof. Körte.* Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege 1905 г. *Prof. Th. Kocher.* Chirurgische Operationslehre. 1907 г. *Prof. Hans Kehr.* Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie. 1913 г. *Онъ же.* Chirurgie der Gallenwege. 1913 г. Клиническія лекціи *проф. С. П. Боткина* т. 2-й. *Проф. С. П. Ѳедоровъ,* О воспалительныхъ заболѣваніяхъ желчныхъ путей (холециститъ) Рус. Хир. Архивъ 1905 г. кн. 3. *Проф. Н. М. Волковичъ.* Къ хирургіи и патологіи желчно-каменной болѣзни. Рус. Хир. Арх. 1908 г. кн. 6-я. *В. Касогледовъ и Д. Кузнецкій.* Къ вопросу о патологоанатомическихъ измѣненіяхъ желчнаго пузыря при холециститахъ. Рус. Хир. Арх. 1909 г. кн. 2-я. *Ф. К. Веберъ.* О показаніяхъ къ оперативному лѣченію желчныхъ камней и его современной техники. Рус. Хир. Арх. 1909 г. кн. 2-я. *В. К. Трофимовъ.* Къ вопросу о желчно-каменной болѣзни. Хирургія 1910 г., т. XXVIII. *Проф. М. М. Кузнецовъ.* Къ вопросу о хирургическомъ лѣченіи заболѣваній желчныхъ путей. Рус. Врачъ 1905 г., № 5, 6 и 7. *Б. К. Финкельштейнъ.* Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи заболѣваній желчныхъ путей. Рус. Врачъ 1912 г., № 2. *П. С. Иконниковъ.* Къ вопросу о хирургическомъ вмѣшательствѣ при воспалительныхъ заболѣваніяхъ желчнаго пузыря. Труды Госпит. Хирург. Клиники *проф. С. П. Ѳедорова.* Т. 2-й, 2-я, 1908 г. *А. С. Назаченковъ.* Къ вопросу о суженіяхъ привратника при желчно-каменной болѣзни. Работы Пропедевтической Хирург. Клиники *проф. В. А. Оппель,* кн. 5. 1913 г. *Dr. A. v. Bardeleben.* Erfahrungen über Cholecystektomie und Cholecystenterostomie. 1906 г. Труды III и IX Съѣздовъ Россійскихъ Хирурговъ. *А. Ѳ. Башкировъ.* Хроническая непроходимость общаго желчнаго протока. Дисс. С.-П.-Б. 1909 г. *Г. И. Волинцевъ.* О показаніяхъ къ хирургическому лѣченію при заболѣваніяхъ желчныхъ путей. Дисс. М. 1902 г. *Ал. Гр. Радзівескій.* О вліяніи холецистектоміи на животный организмъ. Хирургія 1905 г., августъ.

О СВОБОДНОЙ ПЛАСТИКѢ САЛЬНИКОМЪ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХЪ ОПЕРАЦІЯХЪ.

А. Н. Орлова.

(Изъ Гинекологическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

Быстрое развитіе современной брюшной хирургіи обусловливается хорошими непосредственными исходами операций, съ одной стороны, и прочными отдаленными результатами, съ другой. Непосредственные исходы операций зависятъ прежде всего отъ правильной установки показаній, проведенія самой строгой асептики, тщательной остановки кровотеченія и достаточнаго развитія техники. Нарушеніе одного изъ этихъ условій неминуемо должно вести къ серьезнымъ осложненіямъ въ послѣоперационномъ теченіи и неблагоприятно отражаться на исходахъ операций; но и при тщательномъ выполненіи вышеуказанныхъ условій въ нѣкоторыхъ группахъ гинекологическихъ заболѣваній создаются особенно неблагоприятныя условія въ послѣоперационномъ теченіи и появляются иногда грозныя осложненія вслѣдствіе непроходимости кишекъ.

Послѣоперационный ileus наичаще развивается отъ сращенія тонкихъ кишекъ съ лишенными брюшины участками сосѣднихъ органовъ, брюшной стѣнки или непокрытыми брюшиной операционными культиками. Если же сращенія кишекъ не очень обширны, то они, вызывая постоянныя боли при движеніяхъ и перистальтикѣ, омрачаютъ такимъ образомъ результаты операций, и съ теченіемъ времени могутъ обусловить перетяжку и суженіе кишки, въ результатѣ чего развивается клиническая картина непроходимости кишекъ черезъ много мѣсяцевъ, а иногда и нѣсколько лѣтъ послѣ операціи.

Для предупрежденія подобныхъ осложненій, какъ хирургами, такъ и гинекологами, въ настоящее время признается необходимой самая тщательная перитонизація операционнаго поля и всѣхъ поврежденныхъ участковъ серознаго покрова.

При небольшой поверхности лишенныхъ брюшины участковъ и достаточной подвижности покровной брюшины перитонизація удается сравнительно легко, какъ въ операционномъ полѣ, такъ и на полыхъ брюшныхъ органахъ. При обширныхъ же дефектахъ серознаго покрова съ этой цѣлью предложены и разработаны методы автопластики пристѣнной брюшиной, или же сосѣдними подвижными органами, какъ напр., мочевымъ пузыремъ, тазово-ободочной кишкой и маткой; такъ рекомендуютъ поступать Amapn въ Германіи, Снегиревъ—у насъ въ Россіи.

Проф. Г. Е. Рейнъ еще въ 80 годахъ примѣнилъ сальникъ для закрытія обширнаго дефекта серознаго покрова на тонкой кишкѣ при удаленіи сращенной кисты яичника.

Вреденъ описалъ случай операціи, гдѣ большой дефектъ парі-эталной брюшины онъ съ успѣхомъ закрылъ сальникомъ, и черезъ 4 мѣсяца при другой операціи пересаженный сальникъ почти не отличался отъ окружающей брюшины.

Однимъ изъ первыхъ Braun воспользовался сальникомъ для закрытія перфораціоннаго отверстія въ желудкѣ; ввиду значительной инфильтраціи и хрупкости ткани вокругъ перфораціоннаго отверстія швы прорѣзывались, почему Braun подтянулъ сальникъ къ отверстию и сложенный въ нѣсколько слоевъ пришилъ узловатыми шелковыми швами; сдѣлана гастроэнтеростомія; гладкое теченіе, выздоровленіе. Почти одновременно такую же операцію сдѣлалъ Bennet, который закулорилъ сальникомъ перфораціонное отверстіе и укрѣпилъ его къ стѣнкѣ желудка швомъ; послѣдовало выздоровленіе. Hermes—при вылученіи двустороннихъ нагноившихся кистъ яичника обнаружилъ отверстіе въ нижнемъ отдѣлѣ тазово-ободочной кишки и, вслѣдствіе невозможности наложить шовъ на отверстіе, прикрылъ его подтянутымъ сальникомъ, который и укрѣпилъ тампономъ; заживленіе раны нагноеніемъ, безъ выдѣленія кишечнаго содержимаго и безъ особыхъ дальнѣйшихъ осложненій.

Блестящіе исходы операцій Braun'a и Bennet'a побудили къ экспериментальной провѣркѣ пригодности пластики сальникомъ.

Cornil и Carnot поставили опыты на собакахъ, которыми установили полную пригодность сальника для закрытія дефектовъ мочевого пузыря; при микроскопическомъ изслѣдованіи выяснилось, что съ внутренней стороны пересаженный сальникъ покрывался пузырьнымъ эпителиемъ.

Опыты Tietze выяснили полную пригодность сальника для закрытія дефектовъ въ желудкѣ и кишкѣ, причемъ особенно интересенъ опытъ съ перерѣзанной поперекъ кишкой, которая была сшита лишь 4 узловатыми швами и окутана кругомъ сальникомъ; черезъ 7 недѣль обнаружено прочное и ровное сращеніе отрѣзковъ кишки, при полномъ отсутствіи какого либо суженія въ этомъ мѣстѣ; съ внутренней стороны желудка на пересаженномъ сальникѣ установлено новообразованіе эпителия, которымъ черезъ 6 недѣль покрывался весь участокъ пересаженного сальника.

На основаніи своихъ опытовъ Tietze считаетъ показаннымъ примѣненіе пластики сальникомъ, какъ для замѣны стѣнки кишки и желудка, такъ и для подкрѣпленія швовъ кишки и желудка при недостаточной увѣренности или невозможности точнаго и прочнаго ихъ

наложенія.—Послѣ подтвержденія первыхъ клиническихъ наблюденій Braun'a и Bennet'a экспериментальными данными показанія къ пластикѣ сальникомъ значительно расширились, появились сообщенія Kehr'a о пластикѣ сальникомъ на желчныхъ путяхъ, сообщенія Körte, Wegener'a и Brentano при язвахъ желудка

Въ 1902 г. появилась сводная статистика Brunnes'a по которой въ 32 случаяхъ сальникъ былъ примѣненъ при операціяхъ на желудкѣ и при язвахъ duodeni.

Изъ русскихъ хирурговъ Цейдлеръ и Кадыанъ считаютъ показанной пластику сальникомъ для усиленія швовъ на кишкахъ и желудкѣ, а также для закрытія дефектовъ въ желудкѣ и двѣнадцатиперстной кишкѣ, если рана или язва недоступна для наложенія шва или же края настолько инфильтрованы, что швы прорѣзываются. Цейдлеръ, кромѣ того, указываетъ на экспериментальную работу американскаго хирурга Senn'a, который въ своихъ опытахъ для укрѣпленія шва кишечнаго анастомоза употреблялъ уже изолированные куски сальника. Зыковъ говоритъ о примѣненіи сальника для закрытія дефектовъ пристѣнной брюшины; онъ раздѣляетъ пластику сальникомъ на свободную и несвободную и указываетъ на возможность ущемленія и непроходимости кишекъ при пластикѣ несвободнымъ сальникомъ. Проф. Оедоровъ подшивалъ сальникъ съ цѣлью укрѣпленія швовъ къ анастомозу ilei съ восходящей кишкой.

Кромѣ клиническихъ наблюденій и экспериментальныхъ данныхъ, сама природа убѣждаетъ насъ въ высокихъ пластическихъ свойствахъ сальника, благодаря которымъ часто наступаетъ самоизлѣченіе организма отъ крайне опасныхъ и при недостаточной пластичности сальника смертельныхъ заболѣваній. Всякому хирургу и гинекологу извѣстно, какъ часто наблюдаются при чревосѣченіяхъ обширныя и прочныя сращения сальника во всѣхъ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, откуда угрожала опасность либо прободенія полаго органа, либо распространенія патологическаго процесса по всей брюшной полости; эти наблюденія цѣлительныхъ силъ природы послужили для клиницистовъ и экспериментаторовъ исходнымъ пунктомъ для разработки современнаго ученія о пластикѣ сальникомъ въ брюшной хирургіи. Для иллюстраціи поразительныхъ результатовъ цѣлительныхъ силъ природы при помощи пластическихъ свойствъ сальника считаю умѣстнымъ сдѣлать выдержку изъ протокола вскрытія трупа умершаго отъ туберкулеза легкихъ.

„Большой сальникъ всѣмъ своимъ нижнимъ краемъ завернуть на переднюю поверхность желудка и срашенъ съ лѣвой долей печени и областью селезенки. Поперечно—ободочная кишка большимъ сальникомъ не закрыта на всемъ протяженіи. Между лѣвымъ куполомъ діафрагмы, лѣвой долей печени, селезенкой и желудкомъ, огибая

кольцеобразно пищеводъ, расположена большая полость съ очень плотными и гладкими стѣнками аспидно-сѣрой окраски, мѣстами переходящей въ желтую. Въ полости слизь и содержимое желудка, съ которымъ она сообщается двумя отверстіями, пропускающими по пальцу; края отверстій выстланы сочной слизистой желудка, которая проникаетъ и въ эту полость между желудкомъ и діафрагмой и окружаетъ отверстія возвышающимся валикомъ, собраннымъ въ складки“

Вскрытіе произведено прозекторомъ Вологодск. Губ. Земск. б-цы С. А. Дмитріевымъ, съ любезнаго разрѣшенія котораго я пользуюсь этимъ наблюденіемъ для иллюстраціи своей мысли.

Приведенныхъ литературныхъ указаній совершенно достаточно, чтобы оцѣнить пригодность высокихъ пластическихъ свойствъ сальника въ брюшчой хирургіи; однако, пластика неизолірованнымъ сальникомъ, какъ и пластика при помощи фиксаціи нормально подвижныхъ органовъ, имѣетъ свои неблагопріятныя стороны: въ первомъ случаѣ не всегда возможно подтянуть сальникъ въ нужномъ направленіи, а если необходима пластика въ нѣсколькихъ мѣстахъ или на нѣсколькихъ органахъ, тогда она является невыполнимой; наконецъ, какъ насъ учитъ клинической опытъ, фиксированный сальникъ можетъ послужить причиной ущемленія петель кишокъ; во второмъ случаѣ—нормально подвижные органы дѣлаются неподвижными, что уже само по себѣ можетъ вызывать различныя разстройства и нарушенія ихъ функцій.

Признавая на основаніи клиническихъ и экспериментальныхъ данныхъ вполне установленной пригодность пластики неизолірованнымъ сальникомъ въ брюшной хирургіи, мы тѣмъ не менѣе должны считаться съ возможностью послѣ операціонной непроходимости кишокъ вслѣдствіе ущемленія приросшимъ сальникомъ, каковое осложненіе можетъ быть иногда даже опаснѣе основного страданія, по поводу котораго была сдѣлана первая операція. Имѣя въ виду не только непосредственный исходъ операціи, но и отдаленный результатъ ея, клинисты-хирурги не могли удовлетворяться пластической неизолірованнымъ сальникомъ, почему и занялись экспериментальной разработкой возможности и необходимыхъ условій для пластики свободнымъ сальникомъ. Американскій хирургъ Senn, занимаясь экспериментальной разработкой техники шва при кишечномъ соустьи, линію швовъ покрывалъ кускомъ изолированнаго сальника, который укрѣплялъ двумя швами у брыжейки кишки; сальникъ прочно срослся съ кишкою черезъ 12—18 час., а черезъ 43 часа въ фиброзномъ экссудатѣ между сросшимися поверхностями Senn находилъ новообразованные сосуды. На основаніи своихъ опытовъ Senn рекомендуетъ примѣнять пластику свободнымъ сальникомъ для укрѣпленія кишечныхъ нѣвовъ, для покрытія дефектовъ брюшины и операціонныхъ культи послѣ изсѣченія кистъ яичниковъ и изсѣченія матки.

Sundholm экспериментальной работой детально выяснилъ время и способъ приживленія изолированнаго куска сальника, который черезъ 24 часа прочно срастался съ тонкою кишкою, питаясь первые три дня путемъ эндосмоза; съ четвертаго дня Sundholm находилъ идущіе отъ muscularis кишки къ сальнику эндотеліальные каналы, а съ 7 дня—въ пересаженномъ кускѣ наблюдалъ возстаювшееся кровообращеніе. Кромѣ того, Sundholm въ своихъ опытахъ наблюдалъ, что пересаженный кусокъ предупреждалъ перфорацию поврежденной кишки и, срастаясь прочно съ мѣстомъ пересадки, своей верхней поверхностью всегда оставался свободнымъ отъ сращеній. Культи же резецированнаго сальника очень часто находилась въ сращеніи съ сосѣдними органами или пристѣночной брюшиной. Въ экспериментальной работѣ Loewy подтверждая выводы Senn'a и Sundholm'a, предлагаетъ, кромѣ того, пользоваться кускомъ изолированнаго сальника при зашиваніи паренхиматозныхъ органовъ и съ цѣлью остановки кровотечения; онъ также приводитъ клиническіе случаи примѣненія свободной пластики сальникомъ.

Почти исчерпывающими данный вопросъ являются послѣднія экспериментальныя работы русскихъ авторовъ С. С. Гирголава и А. И. Сулакова.

Опуская всѣ подробности, мы приведемъ лишь нѣкоторые выводы изъ работъ этихъ авторовъ, которые ближайшимъ образомъ касаются нашего изслѣдованія.

Гирголавъ на основаніи своей работы дѣлаетъ слѣдующіе выводы:

1) Куски сальника, отдѣленнаго отъ связи съ остальнымъ органомъ, будучи пересажены на любой участокъ брюшной полости, остаются живыми и жизнеспособными.

3) Кровообращеніе въ пересаженныхъ кускахъ сальника возстановливается въ теченіе вторыхъ сутокъ посредствомъ образованія анастомозовъ между сосудами соприкасающихся поверхностей.

6) Кусокъ изолированнаго сальника, пересаженный на швы и поврежденныя мѣста стѣнокъ полыхъ органовъ брюшной полости, повышаетъ надежность швовъ и въ значительной степени предупреждаетъ наступленіе перфорации.

7) Изолированный сальникъ, пересаженный на поврежденную стѣнку желудка, мочевого пузыря и толстыхъ кишекъ служитъ нѣкоторой, хотя и не абсолютной гарантіей отъ послѣдовательныхъ внутрибрюшинныхъ сращеній; между тѣмъ какъ такія же поврежденія этихъ органовъ, не защищенныхъ пластикой изолированнымъ сальникомъ, образуютъ, какъ правило, значительныя сращенія. На тонкихъ кишкахъ посредствомъ пластики изолированнымъ сальникомъ

предупредить образованіе послѣ операціонныхъ срощеній не удалось. Количество развивающихся срощеній зависитъ отъ раневой инфекціи и общаго послѣдовательнаго кровотеченія.

8) Зашиваніе раненій печени и селезенки черезъ подведенную resp. вѣдренную ткань сальника препятствуетъ прорѣзыванію швовъ и, тампонируя раневые каналы, содѣйствуетъ остановкѣ кровотеченія.

10) Пластика изолированнымъ сальникомъ можетъ оказаться полезной при различнаго рода оперативныхъ и случайныхъ поврежденій органовъ брюшной полости, а именно: для возстановленія цѣлости брюшиннаго покрова, для подкрѣпленія швовъ, для предупрежденія послѣопераціонныхъ срощеній, для зашиванія паренхиматозныхъ органовъ, за исключеніемъ однако же тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣются очень обширныя поврежденія и гдѣ уже наступила или непосредственно угрожаетъ перфорация. Въ такихъ случаяхъ предпочтительно пользованіе сальникомъ изолированнымъ.

А. И. Сулаковъ поставилъ себѣ задачу выяснитъ отношеніе пересаженныхъ кусковъ сальника къ послѣопераціоннымъ срощеніямъ и на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Изолированный кусочекъ сальника, будучи перенесенъ на раневую поверхность, всегда сохраняетъ свою жизнеспособность и продолжаетъ жить, хотя въ первые дни въ немъ кровообращенія еще нѣтъ.

2) Изолированная пластинка сальника, покрывая культю сожженного рога матки кролика, останавливаетъ кровотеченіе, если такое имѣется, и предохраняетъ отъ послѣопераціонныхъ срощеній.

3) Всегда надо предпочтительно пользоваться изолированными кусками сальника для покрытія, на какомъ бы то ни было органѣ брюшной полости, дефектовъ брюшины, если только перитонизация сосѣдними листками брюшины является невозможной.

4) Культя сальника не даетъ срощеній, если ее перитонизировать по способу Segond'a или же по способу Сулакова.

Чтобы покончить съ экспериментальной разработкой вопроса, считаю нужнымъ выяснитъ источникъ противорѣчій работы Springer'a выводамъ вышецитируемыхъ авторовъ; такое выясненіе тѣмъ болѣе необходимо, что въ недавно появившейся статьѣ въ Хир. за 1912 г. Г. И. Бардулинъ недостаточно отгѣнилъ это разногласіе. Springer, возражая Гирголаву, отрицалъ значеніе пересадки свободнаго сальника, какъ для цѣлей предупрежденія послѣопераціонныхъ срощеній, такъ и для подкрѣпленія ненадежныхъ швовъ. Въ своей диссертациі Гирголавъ подробно возражаетъ Springer'у и указываетъ, что въ своихъ опытахъ съ пересадкой свободнаго сальника на желудокъ, толстыя кишки и мочевый пузырь, при одновременной перитонизаціи культи сальника по Segond'у, онъ неизмѣнно не получалъ послѣопераціонныхъ срощеній; при ана-

логичныхъ же поврежденіяхъ органовъ безъ примѣненія сальника, какъ правило, наступали сращения. Появленіе же сращеній въ своихъ опытахъ на тонкихъ кишкахъ Гирголавъ объясняетъ недостаткомъ техники и въ качествѣ причины указываетъ на инфекцію и кровотечение, такъ какъ, благодаря усилению асептическихъ предосторожностей, ему удавалось получить лишь очень рыхлыя и немногочисленные сраженія. (См. опыты на тонкихъ кишкахъ №№ 4 и 7). Результаты опытовъ Springer'a Гирголавъ отождествляетъ съ тѣми изъ своихъ, въ которыхъ получалось нагноеніе въ пересаженномъ кускѣ. Къ тому же у Sundholm'a, который экспериментировалъ исключительно съ тонкими кишками, никогда не получалось сращенія пересаженной пластинки съ сосѣдними органами. Намъ думается, что при внимательномъ чтеніи диссертации Гирголава, можно указать и причину инфекции въ его опытахъ на тонкихъ кишкахъ: „животныя перелѣ операцией никакой подготовки не получали, за исключеніемъ тѣхъ, которыя предназначались для операціи со вскрытіемъ полости желудка“.

Недостаточно выясненнымъ, какъ въ экспериментальныхъ, такъ и въ клиническихъ работахъ, остается вопросъ объ осложненіяхъ послѣ хирургическихъ манипуляцій съ сальникомъ. Eiselberg впервые обратилъ вниманіе на послѣоперационныя кровотечения и изъязвленія въ слизистой желудка, которыя иногда проявлялись клинически-кровою рвотою. Изъ сообщенныхъ имъ 8 случаевъ въ 7—была сдѣлана резекція сальника или брыжейки, почему Eiselberg послѣ предварительной экспериментальной провѣрки и считаетъ эти кровоизліянія результатомъ обратныхъ эмболій изъ тромбовъ перевязанныхъ крупныхъ сосудовъ. Зависятъ ли эти кровоизліянія отъ перевязки сосудовъ сальника, или отъ какихъ либо другихъ причинъ, и являются ли они неизбѣжными при резекціи сальника—вопросъ этотъ вслѣдствіе противорѣчивыхъ данныхъ, полученныхъ различными авторами экспериментальнымъ путемъ, остается открытымъ. Такъ, Friedrich и Hofmann въ своихъ опытахъ съ резекціей сальника получали некрозы слизистой желудка и инфаркты печени. Engelhardt и Neck пришли къ выводу, что главнымъ моментомъ въ образованіи инфарктовъ въ печени и изъязвленій слизистой желудка является инфекция, такъ какъ тромбы получаютъ инфекціонные. Sthamer въ своихъ опытахъ пришелъ къ обратнымъ выводамъ: онъ одинаково часто получалъ инфаркты въ печени и язвы въ желудкѣ, какъ при наложеніи асептическихъ лигатуръ, такъ и при наложеніи лигатуръ, умышленно зараженныхъ. Кондратьевъ на 59 случаевъ при вскрытіи ни разу не наблюдалъ сколько нибудь замѣтныхъ измѣненій ни въ печени, ни въ желудкѣ. Клиническая работа Busse, въ которой авторъ собралъ 96 случ. послѣоперационнаго кровотечения изъ желудка или кишечника, точно также не рѣшаетъ вопроса: лишь въ 35,4% случ. операція была произведена на сальникѣ и брыжейкѣ, въ 64,6%—опе-

рація никакого отношенія ни къ сальнику, ни къ брыжжейкѣ не имѣла. Гирголавъ въ своихъ опытахъ, резецируя небольшіе куски сальника, не наблюдалъ никакихъ измѣненій ни въ печени, ни въ слизистой желудка; почему онъ и склоненъ положительный результатъ другихъ авторовъ объяснять величиною иссѣкаемаго участка (иссѣкался весь сальникъ). Но противъ такого утвержденія Гирголава можно указать на опыты Л. Якобсона, который иссѣкалъ у собакъ весь сальникъ и изъ трехъ случаевъ ни разу не наблюдалъ какихъ либо патологическихъ измѣненій ни въ печени, ни въ желудкѣ. Экспериментальныя данныя Якобсона подтверждаются клиническимъ наблюденіемъ Н. М. Какушкина, которому при иссѣченіи окутанной сальникомъ опухоли пришлось резецировать $\frac{2}{3}$ большого сальника, и никакихъ разстройствъ со стороны пищеварительныхъ органовъ не наблюдалось“.

Для обоснованія свободной пластики сальникомъ имѣютъ значеніе лишь тѣ опыты, въ которыхъ иссѣкались небольшіе куски сальника, а по даннымъ Гирголава и Сулакова при резекціи небольшихъ кусковъ сальника никакихъ измѣненій ни въ печени, ни въ желудкѣ не наблюдалось; такимъ образомъ пользованіе изолированными кусками сальника мы должны признать для организма совершенно безвреднымъ и не имѣющимъ противопоказаній. Вопросъ о послѣопераціонныхъ сращеніяхъ неоднократно обсуждался какъ на специальныхъ гинекологическихъ съѣздахъ, такъ и въ литературѣ, и несмотря на это, многія стороны его остаются не выясненными и въ настоящее время. Взгляды всѣхъ хирурговъ и гинекологовъ сходятся въ признаніи важности и опасности послѣопераціонныхъ сращеній. Также и клиническая картина достаточно разработана и наблюдается преимущественно въ двухъ слѣдующихъ формахъ: сращенія тонкихъ кишекъ и сальника и образованія различныхъ тяжей и перетяжекъ, обуславливая собою болѣе или менѣе постоянныя боли, могутъ повести къ острой или хронической непроходимости кишекъ; сращенія же желудка, толстыхъ кишекъ и другихъ неподвижныхъ органовъ вызываютъ главнымъ образомъ постоянныя сильныя боли, которыя могутъ потребовать даже оперативнаго вмѣшательства. Съ другой стороны, относительно причинъ возникновенія послѣопераціонныхъ сращеній и способовъ предупрежденія ихъ еще и въ настоящее время не выработано точныхъ и опредѣленныхъ указаній.

Первый лапаротомистъ—англичанинъ Spenser Wells—впервые указалъ на послѣопераціонныя сращенія, въ результатѣ которыхъ могутъ развиваться явленія ileus'a; на 1000 оваріотомій у него было 10 смертныхъ случаевъ въ зависимости отъ послѣопераціоннаго ileus'a.

Орловъ въ своей работѣ о непроходимости кишекъ большое значеніе въ этиологіи этихъ заболѣзаній отводитъ сращеніямъ въ полости малаго таза. Цейдлеръ въ 1903 г. въ своемъ докладѣ на I

Съѣздъ Гинекологовъ сросненія въ полости малаго таза ставитъ въ связь съ гинекологическими операціями, причемъ говоритъ о сравнительной легкости и возможной точности діагноза съ хорошимъ предсказаніемъ въ этой группѣ кишечной непроходимости. Съ развитіемъ оперативной техники и съ введеніемъ болѣе тщательной асептики осложненіе это въ рукахъ одного и того же оператора стало получаться значительно рѣже: такъ у проф. Снегирева на первую 1000 чревосѣченій было 13 послѣоперационныхъ ileus'овъ, между тѣмъ какъ во второй 1000 чревосѣченій ileus не наблюдался ни разу.

Проф. Снегиревъ объясняетъ отсутствіе послѣоперационнаго ileus'a во второй группѣ улучшеніемъ техники операцій, главнымъ образомъ болѣе тщательной перитонизаціей операционнаго поля и поврежденныхъ участковъ брюшины и примѣненіемъ для лигатуръ оленьихъ жилъ. Тампонъ-дренажъ, по мнѣнію Снегирева, не играетъ при этомъ никакой роли.

Проф. Муратовъ на 1000 чревосѣченій не имѣлъ ни одного ileus'a. Причины послѣдняго онъ видитъ въ грубомъ обращеніи съ кишками и сальникомъ. Дренажъ также не играетъ роли.

Проф. Груздевъ для предупрежденія послѣоперационнаго ileus'a требуетъ строгой асептики, тщательной перитонизаціи и изолированныхъ лигатуръ. Большое значеніе придаетъ промыванію брюшной полости Lock'овской жидкостью во время операціи.

Проф. Осодоровъ С. П. указалъ, что сросненія, образующіяся при тампонаціи брюшной полости, обычно послѣ операціи разсасываются.

На съѣздѣ германскихъ гинекологовъ въ München'ѣ въ 1886 г. Müller сообщилъ о двухъ случаяхъ послѣоперационнаго ileus'a, окончившихся смертью, и предложилъ съ профилактической цѣлью вливаніе фізіологическаго раствора въ брюшную полость. Müller указалъ при этомъ, что тугая повязка послѣ операціи можетъ предрасполагать къ подобнымъ осложненіямъ. Въ послѣдовавшихъ возраженіяхъ было указано, какъ на главную причину, на примѣненіе антисептическихъ средствъ, инфекцію лигатуры, недостаточную перитонизацію и отсутствіе послѣоперационной перистальтики.

Черезъ 2 года Wurm сообщилъ о своемъ случаѣ ileus'a послѣ оваріотоміи со смертельнымъ исходомъ; для предупрежденія такихъ осложненій онъ считаетъ необходимыми слѣдующія условія: 1) перитонизацію культи послѣ экстирпаціи опухолей, 2) тщательный линейный шовъ на брюшной ранѣ, 3) культя сальника, чтобы не соприкасалась съ внутренностями, укрѣпляется въ рану, 4) меньше лигатуръ, 5) при незакрытыхъ дефектахъ брюшины—вливаніе фізіологическаго раствора въ брюшную полость, 6) избѣгать антисептическихъ средствъ, 7) механическаго поврежденія брюшины и 8) основательная очистка кишечника передъ операціей.

Какъ видимъ, требованія гинекологовъ—клиницистовъ для предупрежденія послѣоперационныхъ сращеній можно свести къ слѣдующимъ: 1) тщательная перитонизація операционнаго поля и всѣхъ дефектовъ брюшины, 2) строжайшая асептика, 3) устраненіе антисептическихъ и механическихъ раздражителей, 4) изолированныя изъ разсасывающагося матеріала лигатуры.

Vogel въ экспериментальной работѣ относительно причинъ послѣоперационныхъ сращеній пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Внутрибрюшное кровотеченіе ведетъ къ сращеніямъ лишь при одновременномъ поврежденіи брюшины.

2) Механическія поврежденія брюшины лишь при значительныхъ дефектахъ благопріятствуютъ сращеніямъ.

3) Ожога поверхностная влечетъ за собою сращенія; при глубокихъ ожогахъ—результатъ отрицательный.

4) Химическіе раздражители предрасполагаютъ къ сращеніямъ.

5) Культя сальника, какъ правило, приростаетъ къ брюшной стѣнкѣ или внутренностямъ.

6) Инородныя тѣла и инфекція всегда вызываютъ сращенія.

Эксперименты Rankow'a выясняютъ значеніе брюшины при инфекціи и вліяніе послѣдней на послѣоперационныя сращенія. Онъ выставляетъ слѣдующіе выводы.

1) Образованіе струпа на брюшинѣ безъ кровотеченія въ брюшной полости лишь въ рѣдкихъ случаяхъ вызываетъ сращенія.

2) Поврежденіе пристѣночной брюшины до разлитаго точечнаго кровотеченія часто влечетъ за собою сращеніе.

3) Здоровая брюшина значительно лучше защищаетъ отъ инфекціи, чѣмъ поврежденная и подверженная затѣмъ дѣйствію термокаутера или абсолютнаго алкоголя.

4) При инфекціи брюшной полости почти всегда происходятъ сращенія.

Экспериментальныя данныя Vogel'я и Rankow'a, подтверждая общія положенія клиницистовъ о причинахъ образованія послѣоперационныхъ сращеній, въ то же время не исчерпываютъ способовъ предупрежденія образованія этихъ сращеній.

Если сопоставить требованія, выставлемыя клиницистами съ цѣлью профилактики сращеній, съ данными экспериментальныхъ работъ о причинахъ послѣоперационныхъ сращеній, то сдѣлается яснымъ съ одной стороны несоотвѣтствіе нѣкоторыхъ требованій, выставлемыя клиницистами, экспериментальнымъ даннымъ, и представится возможность разобратъ въ противорѣчивыхъ мнѣніяхъ съ другой.

Экспериментальныя данныя главной причиною послѣоперационныхъ сращеній выставляють инфекцію и поврежденіе брюшины—соотвѣтственно этимъ даннымъ клиницисты выставляютъ въ предупрежденіе сращеній совершенно логичныя и правильныя требованія, какъ то: соблюденія строгой асептики, отсутствія поврежденій, въ широкомъ смыслѣ, брюшины и тщательной перитонизаціи операционнаго поля; но такъ какъ техника тщательной перитонизаціи не у всѣхъ одинакова, то отсюда возникаютъ при одинаковыхъ общихъ положеніяхъ совершенно различныя мѣропріятія: при перитонизаціи операционнаго поля оставляется неперитонизированной культя резецированного сальника, или же—при перитонизаціи того и другого—небрежно зашивается брюшная рана,—и въ томъ, и въ другомъ случаѣ обязательно получатся сращения, которыхъ не предупредить никакое вливаніе физиологическаго раствора въ брюшную полость. Съ другой стороны, при освѣщеніи экспериментальныхъ данныхъ и на основаніи клиническихъ наблюденій можно съ положительностью утверждать, что при соблюденіи правилъ строгой асептики, бережномъ обращеніи съ брюшиной и внутренними органами, тщательной перитонизаціи и изолированныхъ лигатурахъ, будутъ ли операціи производиться по сухому или мокрому методу, съ вливаніемъ физиологическихъ растворовъ, результаты должны быть одинаковы.

Имѣя въ виду въ качествѣ профилактическаго средства противъ сращенія тщательную перитонизацію, какъ операционнаго поля, такъ и всѣхъ поврежденныхъ участковъ брюшины, нельзя не обратить вниманія на то, что при нѣкоторыхъ гинекологическихъ операціяхъ получаютъ такія нарушенія цѣлости брюшины, а иногда и стѣнокъ полыхъ органовъ, которыя не удается перитонизировать обычными способами. Экспериментальныя данныя Гирголава и Сулакова освѣщаютъ вопросъ и съ этой стороны,—они выяснили безопасность и полную возможность перитонизаціи свободными кусками сальника, которая при соблюденіи правилъ асептики гарантируетъ отъ послѣдовательныхъ сращеній.

Клиническихъ наблюденій съ пересадкой свободныхъ кусковъ сальника до настоящаго времени описано не много; въ своей диссертациі Сулаковъ приводитъ 5 случаевъ иностранныхъ хирурговъ и два случая Н. Петрова; въ диссертациі Гирголава приводится случай свободной пластики сальникомъ изъ клиники проф. Субботина и упоминается о двухъ случаяхъ Engström'a; проф. Оппелемъ описанъ въ его статьѣ „О кишечной хирургіи въ гинекологіи“ случай свободной пластики проф. С. П. Оедорова; въ диссертациі д-ра Холодковскаго имѣются указанія на пересадку сальника въ 7 случаяхъ. Статья Г. П. Бардулина, въ которой приводится одинъ случай удачной пересадки сальника на кишку съ цѣлью предупрежденія сращенія, является въ настоящее время пока единственной клинической работой,

посвященной специально вопросу о свободной пластикѣ сальникомъ. Такимъ образомъ въ литературѣ извѣстно до сихъ поръ лишь 19 случаевъ свободной пластики сальникомъ, изъ нихъ въ двухъ случаяхъ изолированный сальникъ примѣненъ для остановки кровотечения—въ случ. Dieulafoy при изсѣченіи эхинококка печени, и въ случ. Boulgé—при изсѣченіи сросшейся кисты для остановки кровотечения изъ селезенки; въ двухъ случаяхъ Gosser'a изолированная пластинка сальника примѣнена для подкрѣпленія линіи швовъ при резекціи кишки, и въ 1 случ. Н. Петрова—для подкрѣпленія швовъ при аппендицитѣ. Въ остальныхъ 14 случаяхъ свободная пластика сальникомъ примѣнялась съ исключительной цѣлью предотвращенія послѣдовательныхъ сращеній, при чемъ въ 12 случаяхъ мѣстомъ пересадки служила кишка, въ одномъ случаѣ Н. Петрова при операциі на желчномъ пузырьѣ пересадка сдѣлана на стѣнку желудка, и въ случаѣ Tuffier—на линію швовъ на маткѣ при энуклеаціи фибромы.

Разнообразіе предлагаемыхъ до сихъ поръ оперативныхъ техническихъ методовъ съ цѣлью избѣгать послѣдовательныхъ сращеній наводитъ на мысль, что въ этомъ вопросѣ еще не сказано послѣднее слово; съ другой стороны, малое количество опубликованныхъ случаевъ и хорошіе клиническіе результаты съ пересадкой свободного сальника—вотъ тѣ мотивы, которые побудили меня заняться разработкой своего матеріала и попытаться выяснить отношеніе наблюдаемыхъ клиническихъ явленій къ установленнымъ экспериментальнымъ даннымъ въ этомъ вопросѣ.

Наши наблюденія основаны на 565 брюшныхъ чревосѣченіяхъ, произведенныхъ съ 1909 по 1913 г.г. включительно на Гигиеническомъ Отдѣленіи Вологодской Губернской Земской Больницы.

Предварительная подготовка къ операциі состояла въ тщательной очисткѣ полости рта въ предупрежденіе послѣоперационныхъ осложнений со стороны дыхательныхъ органовъ, педантичной подготовкѣ кишечника слабительными и клизмами. Наканунѣ операциі сбриваются волосы на лобѣ и животѣ, послѣдній моется водою съ мыломъ мочалкой, и больной дѣлается ванна. Операционное поле моется горячей водою съ мыломъ и мыльнымъ спиртомъ мочалкой, и обтирается спиртомъ; непосредственно передъ разрѣзомъ животъ смазывается *tra iodi*, обтирается стерильной марлей со спиртомъ и эфиромъ.

Руки моются по Fürbringer'y; методъ операциі—исключительно сухой: инструменты на стерильной простынѣ, сухія марлевые салфетки и сухіе марлевые компрессы. Швейный матеріалъ—для погружныхъ швовъ—i-k, наложныхъ Silkwormgut.

На общее число 565 чревосѣченій мы наблюдали 96 разъ или въ 17% обширныя и прочныя сращенія сальника съ передней брюшной стѣнкой и значительно чаще съ заболѣвшими внутренними органами;

въ эту цифру не входятъ случаи поверхностнаго приращенія сальника, отдѣленнаго тупымъ путемъ безъ послѣдующей перевязки.

Во всѣхъ случаяхъ прочныхъ сращеній сальника клинически наблюдались рѣзкія боли въ животѣ, періодически обострившіяся, очень часто задержка стула, а въ одномъ случаѣ вѣматочной беременности, гдѣ большой сальникъ, спаявшись съ беременной трубой, подтянулъ поперечную кишку въ полость малаго таза, такъ что colon transversum перегнулась подъ острымъ угломъ, — въ этомъ случаѣ къ обычнымъ симптомамъ прервавшейся трубной беременности присоединилась картина непроходимости кишекъ.

Ни въ одномъ изъ 96 случаевъ резекціи сальника не наблюдалось ни желудочнаго, ни кишечнаго кровотеченія, несмотря на то, что въ 4 случаяхъ далеко зашедшихъ злокачественныхъ новообразованій большой сальникъ былъ изсѣченъ почти цѣликомъ; въ этомъ отношеніи наши наблюденія вполне совпадаютъ съ экспериментальными данными Л. Якобсона, который при изсѣченіи всего сальника у трехъ собакъ ни разу не наблюдалъ какихъ либо измѣненій ни въ печени, ни въ желудкѣ, и клиническимъ наблюденіемъ Н. М. Какушкина, изсѣкшимъ съ опухолью $\frac{2}{3}$ большого сальника безъ послѣдственныхъ разстройствъ въ пищеварительныхъ органахъ.

По своему клиническому теченію мои случаи заслуживаютъ нѣсколько болѣе подробнаго разсмотрѣнія.

Въ одномъ изъ нихъ дѣло шло о 65-лѣтней больной, страдавшей много лѣтъ фиброміомой матки и за $\frac{1}{2}$ года до поступленія въ больницу замѣтившей быстро растущую опухоль въ верхней части живота. При операціи обнаружена, кромѣ опухоли матки, доходящей верхней границей до пупка, вторая мѣшеччатая опухоль такой же величины, какъ первая, и помѣщавшаяся въ сальниковой сумкѣ и находившаяся въ прочныхъ сращеніяхъ съ правою половиною сальника; по изсѣченіи матки, изсѣчена и опухоль сальника, отъ котораго уцѣлѣло не болѣе $\frac{1}{4}$ части; оставшаяся часть сальника послужила для закрытія дефекта между желудкомъ и поперечно-ободочной кишкой. Въ послѣоперационномъ теченіи, по снятіи швовъ, на 12 день частичное расхожденіе брюшной раны съ выходомъ петли тонкой кишки — туалетъ, вторичные швы, заживленіе раны per primam, швы сняты на 14, встала на 20 день, выписалась поправившись. При микроскопическомъ изслѣдованіи саркоматозное перерожденіе фибромы матки и метастатическая опухоль большого сальника.

Въ трехъ остальныхъ случаяхъ имѣлось раковое перерожденіе двустороннихъ железистыхъ кистъ яичниковъ, выполнявшихъ всю брюшную полость; опухоли прочно были сращены съ сальниками, въ которыхъ обнаружены обширные метастазы; въ двухъ случаяхъ изсѣчены опухоли яичниковъ и большой сальникъ почти цѣликомъ; въ

третьемъ сдѣлано полное изсѣченіе матки и придатковъ, изсѣчена большая половина сальника и въ виду обнаруженія въ flexur'ѣ раковой опухоли, сдѣлана резекція flexur'ы.

Частота усѣченія сальника въ различныхъ группахъ болѣзней не одинакова; чаще всего сальникъ находится въ сросшеніяхъ при внѣматочной беременности въ 28,8% изъ 59 оперированныхъ случаевъ; въ 27,3%—изъ 73 случаяхъ при кистахъ яичниковъ и въ 25,5% изъ 151 операций при воспаленіи придатковъ; при опухоляхъ и смѣщеніяхъ матки—сросшенія сальника наблюдаются значительно рѣже и въ большинствѣ случаевъ зависятъ отъ одновременнаго воспаленія придатковъ.

Сросшенія кишекъ, потребовавшія того или другого оперативнаго вмѣшательства, наблюдались въ 60 случаяхъ, или въ 10, 4% общаго числа операций. Кроме того, въ двухъ случаяхъ наблюдались опухоли flexur'ы—при ракѣ яичниковъ и при нагноившейся послѣ родовъ фибромѣ матки.

По группамъ болѣзней частота сросшеній кишекъ распределяется нѣсколько въ иномъ порядкѣ, чѣмъ сросшенія сальника: чаще въ 21,8% при воспаленіяхъ придатковъ, въ 13,5%—при внѣматочной беременности и въ 8, 2%—при кистахъ.

У всѣхъ больныхъ этой группы клинически наблюдались рѣзкія схваткообразныя боли, часто задержка стула; въ 6 случаяхъ наблюдалась картина хронически развившейся непроходимости кишекъ и 1 разъ—острая непроходимость; въ 4 случаяхъ непроходимость зависѣла отъ основной болѣзни, и въ 3 случаяхъ—отъ послѣоперационныхъ сросшеній.

Смотря по степени поврежденія кишки при выдѣленіи ея изъ сросшеній, въ 42 случ. представилась возможность ограничиться лишь наложеніемъ швовъ на стѣнку поврежденной кишки; въ 2 изъ этихъ случаевъ въ послѣоперационномъ теченіи получился каловый свищъ, который хотя и закрылся самостоятельно безъ особыхъ осложнений, но все же долженъ считаться нежелательнымъ, а иногда и опаснымъ осложненіемъ; для предупрежденія подобныхъ осложнений въ слѣдующихъ операцияхъ мы съ большой строгостью ограничивались наложеніемъ на поврежденные стѣнки кишки швовъ и въ 7 случаяхъ прибѣгли къ круговому изсѣченію поврежденныхъ участковъ кишки,—въ 3 случ. при внѣматочной беременности, и въ 4 случ. при гнойномъ воспаленіи придатковъ. Иссѣкалась кишка всегда въ предѣлахъ здоровой ткани, почему легко сшивалось непрерывнымъ 3-хъ этажнымъ швомъ; во всѣхъ случаяхъ съ резекціей кишки полное выздоровленіе, при чемъ въ послѣоперационномъ теченіи ни разу нельзя было отмѣтить загрязненія брюшной полости изъ просвѣта кишки. Одинъ разъ сдѣлана резекція по поводу омертвѣнія подвздошной

кишки при острой непроходимости отъ ущемленія кишки тяжами отъ воспаленнаго отросгка слѣпой кишки. За три года до ущемленія больной было сдѣлано полное изсѣченіе фибромы матки и придатковъ. Кромѣ 8 резекцій тонкой кишки, 3 раза сдѣлана резекція тазово-ободочной: 1 разъ по поводу одновременнаго пораженія ея раковымъ процессомъ при двусторонней аденокарциномѣ яичниковъ; на основаніи микроскопическаго изслѣдованія опухоли яичниковъ, кишки и метастазовъ въ больномъ сальникѣ, надо признать исходнымъ пунктомъ ракъ яичниковъ, давшій метастазы въ кишку и большой сальникъ; во 2-омъ случаѣ при изсѣченіи нагноившейся въ послѣ-родовомъ періодѣ фибромы матки flexura оказалась изогнутой подъ угломъ и прочно спаянной съ нагноившимся фибрознымъ узломъ, представляя какъ бы одну опухоль съ фибромой; вслѣдствіе неблагопріятныхъ условій наложенія швовъ на стѣнку кишки въ послѣоперационномъ теченіи образовался каловый свищъ, открытый во влагалище; больная выписалась со свищемъ и по наведеннымъ справкамъ чувствуетъ себя удовлетворительно; въ 3-мъ случ. предварительно имѣлось длительное послѣродовое заболѣваніе, поступила въ больницу съ наличностью воспалительной опухоли въ правой подвздошной впадинѣ, съ кулакъ взрослога величиною, и жалобой на задержку стула и боли въ правой паховой области. Послѣ 6—8 недѣльнаго рассасывающагося лѣченія опухоль уменьшилась до величины кури-наго яйца, между тѣмъ какъ боли и задержка стула остались въ прежнемъ положеніи. При операциі обнаружено—flexura, перегнувшись вдвое, приросла къ передней брюшной стѣнкѣ въ области правой подвздошной впадины почти на уровнѣ пупка, тутъ же приросла петля тонкой кишки; сращенія раздѣлены, при чемъ flexura на протяженіи 10—12 см. представлялась рубцово-перерожденной и совершенно непроходимой для пальца; резекція, круговое сшиваніе трехъ-этажнымъ швомъ; гладкое выздоровленіе. Боли и запоры прошли, черезъ 3 года—срочные роды силами природы.

Я позволилъ себѣ сдѣлать подробное описаніе случаевъ съ резекціей кишекъ, такъ какъ полагаю, что двѣ резекціи толстой кишки наводятъ на мысль о необходимости и полной возможности подкрѣплять швы свободной пластикой сальника. Такъ, изъ 11 резекцій—10 протекли совершенно гладко, изъ нихъ 8 резекцій тонкихъ кишекъ и 1 резекція толстой сдѣланы въ границахъ здоровой ткани, почему здѣсь и оказалось достаточнымъ простого трехъэтажнаго шва; резекція толстой кишки при ракѣ протекла также безъ осложнений, хотя условія для наложенія шва были неблагопріятны вслѣдствіе низкой локализациі въ кишкѣ опухоли, но въ этомъ случаѣ мы укрѣпили швы кругомъ кишки подшиваніемъ хорошо развитыхъ appendices epiploicae; невольно напрашивается мысль, что при подкрѣпленіи швовъ свободнымъ сальникомъ и въ послѣднемъ осложнившимся каловымъ

свищемъ, можно было бы ожидать вполне благопріятнаго исхода. Въ 6 случ. поврежденіе серознаго покрова кишки было настолько обширно, что возстановлять пѣлость серознаго покрова простыми швами не представлялось возможнымъ; въ этихъ случаяхъ сдѣлана пересадка свободнаго куска сальника, которая во всѣхъ случаяхъ дала гладкое послѣоперационное теченіе и длительное выздоровленіе, ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ не наблюдалось симптомовъ срощенія кишекъ или явленій непроходимости, какъ въ послѣоперационномъ періодѣ, такъ и въ отдаленное время. Изъ 9 случ. 7 разъ пересадка сальника сдѣлана при экстирпаціи гнойныхъ опухолей придатковъ, 1 разъ при внѣматочной беременности, и 1 разъ при фиброміомѣ матки, осложненной аппендицитомъ. Десятый случай свободной пластики сальникомъ сдѣланъ съ цѣлю предупрежденія послѣдовательныхъ срощеній для покрытія усѣченнаго рога матки; больная 22 л., съ 18 лѣтъ правильныя менструаціи, года 2 постоянныя тупыя боли внизу живота справа, обостряющіяся во время регулъ. При операціи найдена двурогая съ внутренней перегородкой матка, съ одной шейкой; правая половина матки совершенно не сообщалась ни съ лѣвой половиной матки, ни съ цервикальнымъ каналомъ; изсѣчена трубно-яичниковая кровяная опухоль правыхъ придатковъ, въ 2 кулака взрослога величиною, и резецированъ правый растянутый старой кровью рогъ матки, причемъ лѣвая половина не вскрыта; правая круглая связка вшита въ рану у дна матки, узловатые i—k швы на стѣнку матки; для предупрежденія срощеній правая половина матки со швами прикрыта изолированнымъ кускомъ сальника; гладкое выздоровленіе, новая матка по средней линіи въ anteversio.

Явленія кишечной непроходимости въ зависимости отъ послѣоперационныхъ срощеній на 565 чревосѣченій наблюдались въ 3 случаяхъ; въ 2 случаяхъ относительная непроходимость кишечника развилась черезъ годъ и 2 года спустя послѣ операціи, и въ одномъ случаѣ послѣоперационный ileus развился на 10 день послѣ операціи. Въ послѣднемъ случаѣ операція была сдѣлана по поводу гнойной опухоли правыхъ придатковъ и отростка слѣпой кишки; по изсѣченіи опухоли на слѣпой кишкѣ получился большой дефектъ серознаго покрова, который закрыть стягиваніемъ швами не удалось; при вторичномъ чревосѣченіи обнаружены срощенія тонкой кишки со слѣпою, сдѣлано соустье между приводящимъ концомъ тонкой и восходящей толстой, проходимость возстановилась, больная выздоровѣла. Изъ двухъ, хронически развившихся, въ одномъ случаѣ по поводу рака матки была сдѣлана около года назадъ полная экстирпація матки и придатковъ; въ виду подозрѣнія на инфекцію въ параметральную клѣтчатку поставленъ тампонъ и выведенъ во влагалище; послѣоперационное теченіе гладкое, а черезъ годъ при чревосѣченіи обнаружено

прочное сращеніе петель тонкихъ кишекъ въ заднемъ дугласѣ,—въ мѣстѣ бывшаго тампона, петли кишекъ выдѣлены изъ сращеній въ заднемъ дугласѣ, но въ виду слабости больной не разъединены между собой; больная умерла на третій день при явленіяхъ непроходимости кишекъ; въ третьемъ случаѣ непроходимость развилась черезъ 3 года послѣ операціи изсѣченія матки и придатковъ по поводу фибромиомы: при операціи обнаружено ущемленіе подвздошной кишки прочными фиброзными тяжами, развившимися вслѣдствіе аппендицита; былъ ли измѣненъ appendix уже при первой операціи, или же заболѣваніе его произошло уже послѣ операціи, для сужденія объ этомъ не имѣется данныхъ, такъ какъ въ 1910 году, когда больная подвергалась первой операціи, отростокъ слѣпой кишки не осматривался. Принимая же во вниманіе такой большой срокъ, черезъ который развилось новое заболѣваніе, естественно предположить лишь простое совпаденіе, а не причинную зависимость между первымъ и вторымъ.

Такимъ образомъ мы имѣемъ два ileus'a въ зависимости отъ послѣоперационныхъ сращеній, оба случая наблюдались въ первые два года работы, когда еще не достаточно строго выполнялось требованіе полной и тщательной перигонизаціи, при выполненніи которой возможно избѣжать такого грезнаго и опаснаго осложненія. Наши цифры убѣдительно подтверждаютъ это положеніе: на 219 чревосѣченій за первые 2½ года мы получили два раза послѣоперационный ileus, на 346 чревосѣченій за послѣдніе годы—ни разу.

Относительно ущемленія кишки тяжами отъ аппендицита можно сдѣлать лишь одинъ выводъ: при всякомъ гинекологическомъ чревосѣченіи необходимо осматривать слѣпую кишку и усѣкать всякій больной или даже подозрительный отростокъ.

Послѣдняя мысль сдѣлается еще убѣдительнѣе послѣ разсмотрѣнія всей группы повторныхъ чревосѣченій, причемъ я включаю сюда лишь такіе случаи, въ которыхъ и первая и вторая операція сдѣланы лично мною.

Такихъ повторныхъ чревосѣченій изъ 565 было 15, изъ которыхъ въ 5 случ. развились новыя заболѣванія, независимо отъ первоначальнаго, и слѣдовательно, къ недостаткамъ техники операціи никакого отношенія имѣть не могутъ: такъ въ 2 случаяхъ вторая операція сдѣлана по поводу рака шейки матки черезъ 2 и 3 года послѣ операціи вѣматочной беременности; въ третьемъ случаѣ повторная вѣматочная беременность черезъ годъ послѣ первой, когда вторая не выполнѣ здоровая труба была оставлена по желанію больной, которая съ перваго раза забеременѣла вѣматочно; въ четвертомъ развилась фиброма послѣ фиксаціи матки, сдѣланной три года назадъ, и въ послѣднемъ случаѣ, гдѣ 4 года назадъ были удалены двустороннія папиллярныя кистомы, причемъ имѣлись уже разсѣянные въ при-

стѣнной брюшинѣ узлы, отъ горошины до лѣсного орѣха величиною, больная оперирована по поводу непроходимости, и при чревосѣченіи обнаружено не только обѣмненіе брюшины, но и проростаніе опухоли толстой кишки; раздѣлены тяжи и сращения, опухоль кишки признана неоперируемой; гладкое заживленіе брюшной раны, больная выписалась, получивъ временное облегченіе. Этотъ случай учить насъ, какъ не скоро папиллярная киста перерождается въ злокачественную и какъ тщательно мы должны удалять малѣйшія ея разрастанія, въ надеждѣ по возможности отдалить роковую развязку.

Вторичныя заболѣванія въ остальныхъ 10 случ. находятся въ зависимости отъ недостаточной техники предшествующей операціи, причемъ эта зависимость можетъ быть формулирована такъ: 1) потребовавшія вторичной операціи заболѣванія вслѣдствіе недостаточной перитонизаціи послѣдовали въ 2 случаяхъ, въ одномъ случаѣ со смертельнымъ исходомъ, 2) заболѣваніе оставленнаго аппендикса—въ 3 случ., 3) заболѣваніе придатковъ другой стороны—въ 3 случ. и 4) по 1 случаю вторичная операція сдѣлана для фиксаціи матки и по поводу ущемленной грыжи въ операціонномъ рубцѣ. Сращения обнаружены во всѣхъ случаяхъ аппендицита, аднекситовъ и непроходимости кишекъ; въ 2 случаяхъ рака шейки матки, при внѣматочной беременности. При *retroversio* и ущемленной грыжѣ никакихъ сращеній не обнаружено. Въ случаѣ ущемленной грыжи отсутствіе сращеній обращаетъ на себя вниманіе, такъ какъ первая операція была произведена по поводу обширной нагноившейся *haematocoele*, съ высокой т°, послѣопераціонный періодъ проводился съ тампонадой по Микуличу.

Въ двухъ случаяхъ представилась возможность провѣрить круговой шовъ тонкой кишки послѣ резекціи въ первую операцію: края кишки оказались въ прочномъ, правильномъ соединеніи, брыжейка же ниже мѣста анастомоза оказалась настолько атрофированной, что угрожала опасности ущемленія кишечной петли въ можемъ образоваться отверстіи.

На основаніи послѣдняго наблюденія надо предпочитать боковой анастомозъ круговому.

Въ заключеніе, какъ на основаніи литературныхъ данныхъ, такъ и на основаніи личныхъ наблюденій, я позволяю себѣ выставить слѣдующія положенія:

1) Тщательная перитонизація операціоннаго поля, на ряду со строгой асептикой и бережнымъ обращеніемъ съ брюшиной, предупреждаетъ образованіе послѣопераціонныхъ сращеній и непроходимости кишекъ, какъ въ ближайшій послѣопераціонный періодъ, такъ и въ болѣе отдаленное время.

2) Свободная пластика салъникомъ не представляетъ никакой опасности для организма, предотвращаетъ послѣопераціонныя сраще-

нія, почему и должна быть широко примѣняема для возстановленія нарушеннаго серознаго покрова, гдѣ невозможно его возстановить сшиваніемъ сосѣднихъ листковъ.

3) Культия усѣченнаго сальника должна быть перитонизирована на общемъ основаніи, иначе она обязательно ведетъ къ срошенію.

4) Лигатуры должны быть накладываемы изолированно на сосуды и изъ разсасывающагося матеріала.

5) При глубокомъ поврежденіи кишекъ при гинекологическихъ операціяхъ должна примѣняться резекція поврежденныхъ участковъ, какъ мѣра безопасная и наилучше гарантирующая отъ возможныхъ осложненій.

Печатные источники:

1) *Барадулинъ Г. И.* Примѣненіе свободнаго сальника для закрытія дефекта брюшины на кишкѣ. Хирургія, 1912 г. XXXII.

2) *Гирголавъ С. С.* Экспериментальныя данныя къ вопросу о примѣненіи изолированнаго сальника въ брюшной хирургіи. 1907 г. СПб. Дисс.

3) *Вреденъ Р. Р.* О пригодности сальника для закрытія дефектовъ паріетальной брюшины. Рус. Хир. Арх. 1904 г. кн. 6.

4) *Груздевъ В. С.* Проф. Труды V Съѣзда Гинекологовъ.

5) *Зыковъ.* Поврежденія и заболѣванія брюшины. Рус. Хир. 1902 г.

6) *Кадыанъ.* Поврежденія и заболѣванія кишекъ и брюшины. Рус. Хир. 1902 г.

7) *Опель В. А.* Проф. Къ вопросу о кишечной хирургіи въ гинекологіи. Ж. А. и Ж. Б. 1908 г. №№ 5 — 6.

8) *Рейнъ Г. Е.* Проф. Труды I Съѣзда Гинекологовъ.

9) *Снегиревъ В. А.* Проф. Маточныя кровотеченія. Изд. 1895 г. и 1907 г.

10) *Сулаковъ А. И.* Перитонизація изолированными кусками сальника. Ж. А., Ж. Б. 1910 г., № 1.

11) *Цейдлеръ Г. Ф.* Поврежденія и заболѣванія желудка Рус. Хир. 1902 г.

12) *Цейдлеръ Г. Ф.* Объ острой непроходимости кишекъ въ связи съ заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ. Рус. Вр. 1904 г.

13) *Якобсонъ Л.* Къ вопросу о функціяхъ большого сальника. Мед. Обозр. 1904 г. № 10.

14) *Холодковский А. М.* 1000 чревосѣченій. Дисс. 1913 г.

МАССОВОЕ ЗАБОЛѢВАНІЕ СИФИЛИСОМЪ СРЕДИ РАБОЧИХЪ ГРУЗЧИКОВЪ ВЪ 1913 ГОДУ, ВЪ ВОЛОГДѢ.

М. М. Содманъ.

(Изъ Сифилитического Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

За послѣдніе четыре года мнѣ пришлось видѣть двѣ эпидеміи сифилиса: одну въ 1909 г. въ пріютѣ для малолѣтнихъ преступниковъ, гдѣ изъ 18 человекъ заболѣло 10; другую—въ декабрѣ 1913 года, въ артели рабочихъ, привезенныхъ подрядчикомъ для перегрузки товаровъ на желѣзной дорогѣ съ широкой на узкую колею—здѣсь изъ 12 человекъ заболѣло 9.

Первая эпидемія была мною описана въ № 40 журн. „Русскій Врачъ“ за 1909 г.; о второй мнѣ хотѣлось бы сообщить въ настоящей статьѣ нѣсколько словъ.

6-го августа 1913 г. въ пріемную Сифилитического Отдѣленія явился больной К. Иванъ, 18-ти лѣтъ, женатый, крестьянинъ Симбирской губ., съ язвой на членѣ; пролежавъ въ больницѣ нѣсколько дней, онъ выписался изъ нея, но черезъ мѣсяцъ, 16 сентября, вновь поступилъ съ сыпью по всему туловищу и конечностямъ; у больного былъ діагносцированъ: *lues primaria et secundaria recens*.

Въ тотъ же день вмѣстѣ съ нимъ поступилъ другой больной З. Леонтій, 26 лѣтъ, женатый, крестьянинъ Симбирской губерніи, съ эрозіей на членѣ и рѣзковыраженнымъ паховымъ *scleradenitis*; діагносцировано—*syphilis primaria* (реакція Wassermann'a дала положительный результатъ).

Нѣсколько позже, 18 сентября того же года, въ больницу поступилъ А. Петръ, 22 л., женатый, крест. Симбирской губ. съ эрозіями на членѣ, *plaques muqueuses* на миндалинахъ и паховымъ *scleradenitis*; діагнозъ—*syphilis secundaria recidiva*; считаетъ себя больнымъ 1½—2 мѣсяца.

30 сентября былъ принятъ въ больницу К. Ларіонъ, 26 лѣтъ, женатый, кр. Симбирской губ., по поводу сыпи на туловищѣ и язвочки на членѣ; діагнозъ—*syphilis primaria et roseola elevata*.

5 октября поступилъ въ больницу Ф. Степанъ, 25 лѣтъ, женатый, крест. Симбирской губ., съ эрозіей на членѣ, явившеюся черезъ три недѣли *post coitum* и съ плотными безболѣзненными увеличенными паховыми железами; діагнозъ—*syphilis primaria*.

Кромѣ этихъ больныхъ, лечившихся стационарно, въ пріемной амбулаторно лечились:

М. Петръ, 30 лѣтъ, женатый, крест. Симбирской губ., пришедшій въ пріемную 19 сентября; діагнозъ—*syphilis primaria*.

Н. Христофоръ, 28 лѣтъ, женатый, кр. Симбирской губ., пришедшій въ первый разъ 26 сентября съ діагнозомъ *syphilis primaria*.

К. Егоръ, 30 лѣтъ, женатый, кр. Симбирской губ., пришедшій 18 сентября; діагнозъ—*syphilis primaria*.

К. Федоръ, 30 лѣтъ, женатый, крестьянинъ Симбирской губ., явившійся тоже 18 сентября; діагнозъ—*syphilis primaria*.

У этихъ послѣднихъ, лечившихся амбулаторно,—сопутствующіе припадки: *scleradenitis*, головныя боли и послѣдующее высыпаніе,—подтвердили діагнозы.

Невольно въ памяти моей воскресла другая картина эпидеміи, возникшая въ 1909 г. въ пріютѣ для малолѣтнихъ преступниковъ, гдѣ изъ 18 дѣтей заболѣло сифилисомъ 10 человѣкъ.

Преступный, вслѣдствіе небрежнаго отношенія, недосмотръ администрации пріюта могъ вызвать у всякаго удивленіе и чувство негодованія: какъ могло случиться, что люди, поставленные исправлять и воспитывать случайныхъ маленькихъ преступниковъ, ничего не знали о педерастіи и просмотрѣли проникновеніе въ пріютскій садъ проституттокъ, развратившихъ и заразившихъ дѣтей!?

Одинъ источникъ заразы былъ и у рабочихъ изъ Симбирской губерніи.

Всѣ они, молодые, здоровые и женатые, оставивъ семьи въ деревнѣ, пріѣхали на заработки въ Вологду, наняли общую для себя квартиру и захотѣли здѣсь по человѣчески устроиться; обзавелись необходимыми предметами для хозяйства, наняли прислугу для приготовления имъ пищи. Недолго однако они благоденствовали: вскорѣ одинъ за другимъ они стали являться въ сифилитическую пріемную и всѣ съ первичными явленіями на членѣ, съ указаніемъ, что они заразились отъ своей прислуги.

Мнѣ хотѣлось узнать, дѣйствительно-ли кухарка была источникомъ зараженія, не былъ-ли виноватъ одинъ изъ рабочихъ, заразившій, а она являлась лишь распространителемъ сифилиса?

Мои сомнѣнія очень скоро исчезли; двое рабочихъ, по собственной инициативѣ, съ трудомъ отыскавъ гдѣ-то въ городѣ бывшую свою кухарку, привели ее ко мнѣ на осмотръ; у нея оказались: *leucoderma* на шеѣ, мокнушія въ стадіи обратнаго развитія крупныя папулы на наружныхъ половыхъ частяхъ и у задняго прохода. Мнѣ стало ясно, что первоисточникомъ была она, потому что въ то время, какъ у рабочихъ былъ первичный склерозъ, а у нѣкоторыхъ свѣжая сыпь, у этой женщины была уже *leucoderma*.

Возникаетъ очень серьезный вопросъ, какъ принимать данное явленіе, нужно ли реагировать на него и, если нужно, то какъ? Въдь нельзя же просто регистрировать: 10 заболѣвшихъ сифилисомъ въ пріютѣ, 9 заболѣваній въ артели рабочихъ! Регистрація ведется давно, а къ рѣшенію вопроса огромной важности, имѣющаго общественный характеръ, не меньше, чѣмъ туберкулезъ или алкоголизмъ, почти не приступлено.

Всѣ эти рабочіе, принеся сифилисъ въ свои несчастныя семьи, раззорять и изуродуютъ ее; они будутъ угрожать обществу своею болѣзною, а пониженіемъ трудоспособности они внесутъ разстройство въ него.

Какая масса больныхъ съ распадающимися гуммоными язвами изъ года въ годъ, изо дня въ день посѣщаютъ наши больницы и являются постоянными ихъ посѣтителеми! Сколько выкидышей и мертворожденныхъ у женъ-сифилитичекъ и совершенно истощенныхъ и неспособныхъ, вслѣдствіе этого, къ труду женщинъ, сколько бракуется ежегодно рекрутовъ, вслѣдствіе разныхъ уродствъ и дистрофій.

Имѣемъ-ли мы право, ограничиваясь простою регистраціею случаевъ поголовнаго сифилиса, молчать? Нѣтъ! Мы должны постоянно и во всеуслышаніе заявлять, что существующее положеніе этого вопроса не нормально, что оно опасно, что сифилисъ съ каждымъ годомъ растетъ, что мы только лечимъ больного, что и общія мѣры борьбы съ болѣзною не осуществляются; существуетъ борьба съ туберкулезомъ, вырабатываются законы для борьбы съ алкоголизмомъ, при сифилисѣ же каждый дѣйствуетъ на свой страхъ; пошлетъ хозяинъ прислугу на осмотръ, не давая ей въ тоже время гарантіи, что самъ здоровъ; вспомнить врачъ о своихъ обязанностяхъ—осмотритъ рабочихъ какого-нибудь промышленнаго заведенія, но ни плана, ни строгихъ и обязательныхъ правилъ ни для кого не существуетъ и поэтому такой порядокъ не можетъ имѣть никакой цѣнности.

Если бы въ дѣлѣ борьбы съ сифилисомъ проводилась обязательная планомѣрная работа: періодическіе осмотры рабочихъ промышленныхъ заведеній, живущихъ въ общихъ помѣщеніяхъ, артелей рабочихъ, другихъ общежитій,—мы бы не видѣли почти поголовнаго сифилиса въ пріютѣ для малолѣтнихъ преступниковъ и въ артели рабочихъ крестьянъ Симбирской губ.

Насколько трудно бываетъ уберечься отъ скарлатины, дифтеріи, тифовъ и др. острыхъ инфекціонныхъ болѣзней, настолько легко общими разумно проведенными мѣрами уберечься отъ сифилиса и предупредить распространеніе его.

ПОЛУЛУННЫЙ КЛАПАНЪ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРІИ.

С. А. Дмитриева.

(Изъ Бактеріологическаго Кабинета Вологодской Губернской Земской Больницы).

Эта аномалія, относимая къ врожденнымъ порокамъ сердца, наблюдается у дѣтей, при чемъ сами полулунные клапаны часто оказываются съ дефектами въ видѣ оконъ: *v. fenestrata*. Уклоненіе отъ нормальнаго числа ихъ можетъ быть въ обѣ стороны: какъ уменьшеніе до 2-хъ, такъ и увеличеніе до 4-хъ и даже до 5, и наблюдается какъ въ аортѣ, такъ и въ легочной артеріи. То, что эта аномалія нййдена мною на вскрытіи взрослого 54-хъ лѣтъ, а въ литературѣ встрѣчаются неопредѣленные указанія на частоту подобной находки у взрослыхъ, побуждаетъ меня описать этотъ случай.

Больной А. Клиническій діагнозъ *delirium ex inanitione*. Кости черепа тонки, плотны, губчатого вещества очень мало узкая полоска мѣстами. Твердая мозговая оболочка напряжена, внутренняя поверхность ея гладкая, кромѣ мѣста, гдѣ обычно наблюдаются пахіономы грануляціи. Въ синусахъ кровяные сгустки. Мягкая мозговая оболочка тускла, слегка утолщена, подъ нею скопленіе прозрачной жидкости. Въ стѣнкахъ артерій большого и спинного мозга возвышаются склеротическія бляшки 0,3—0,5 cm Въсѣ мозга 1475,0. Полости желудочковъ, особенно боковыхъ, растянуты увеличеннымъ количествомъ жидкости прозрачной; ткань мозга на разрывѣ влажна и малокровна. Извилины коры мозга широки и уплощены. Полости обѣихъ плевръ зарашены. Доли лѣваго легкаго спаяны, ткань ихъ на разрывѣ темнокрасной окраски, мясистаго вида. Плевра утолщена. Доли праваго легкаго также спаяны. Плевра утолщена значительно. Ткань долей мясистаго вида съ бурымъ оттѣнкомъ. Только нижняя доля слегка отечна. Сердце дряблой консистенціи, особенно правая его половина растнута. Размѣры 9×10×6 cm. Въ эпикардіи значительное количество жира. Правое отверстіе пропускаетъ свободно 4 пальца, лѣвое—только два. Лѣвый желудочекъ сократился. Мышца его на разрывѣ темнокраснаго цвѣта отъ 1, 3 до 2,1 cm. толщины. Клапаны аорты и двустворки утолщены по линіямъ замыканія. Въ *bulbus* легочной артеріи, ширина которой 6½ cm, расположены четыре полулунныхъ клапана: I) 2½ cm., II) 1 cm., III) 2½ cm. и IV) 2 cm. длины, ширина ихъ: I) 1½ cm., II) 1 cm., III) 1½ cm., и IV) 1,3 cm. Маленькій клапанъ притянутъ къ стѣнкѣ артеріи двумя тяжами длиною до ½ cm., которые образуютъ какъ бы два окна у

его узкихъ концовъ. У основанія маленькаго клапана такой же серповидной формы фиброзный валикъ, какъ и у прочихъ клапановъ. Клапаны трехстворки тонки и прозрачны. На внутренней поверхности аорты разстѣяны склеротическія бляшки. Бронхіальныя железы увеличены, на разрѣзѣ ихъ уголь въ большомъ количествѣ. Слѣпая кишка подвижна и смѣщена вверхъ, къ печени. Червеобразный отростокъ длиною 5 см., толщиною 0,3, плотной консистенціи. Селезенка мала, края закруглены, ткань плотной консистенціи, пульпа соскабливается въ небольшомъ количествѣ, синеваatokраснаго цвѣта. Лѣвая почка больше правой, плотной консистенціи, капсула снимается легко, ткань желтоваторозовой окраски, сосуды расширены, поверхность разрѣза слегка блеститъ. Желудочекъ растянутъ до двойного объема, поджелудочная железа плотна, малокровна. Желчный пузырь окутанъ спайками. Поперечно-ободочная кишка изогнута у-образно. Печень плотной консистенціи, края закруглены, ткань на разрѣзѣ глинистаго вида, слегка мускатна. Толстыя кишки набиты массой кала. Мочевой пузырь растянутъ мутной съ осадкомъ мочей. Сосуды слизистой его растянуты. Предстательная железа увеличена.

КЪ КАЗУИСТИКЪ ВЫВОРОТОВЪ МАТКИ ОНКОГЕНЕТИЧЕСКАГО ПРОИСХОЖДЕНІЯ.

Е. Н. Смирновой-Семеновой.

(Изъ Гинекологическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

Говоря о выворотахъ матки вообще, въ акушерствѣ, какъ и въ гинекологіи, обыкновенно, принято считать выворотъ *полнымъ*, когда одна часть матки внѣдрена въ другую или же вся матка вывернутая такъ, что ея слизистая образуетъ выпуклость въ то время, когда наружная поверхность, покрытая серозной оболочкой, даетъ т. н. „воронку выворота.“ При неполномъ же выворотѣ дѣло сводится лишь къ неглубокому внѣдренію дна или же маточной стѣнки въ полость самого органа (Küstner). Обще этиологическимъ моментомъ *inversio uteri* является, какъ извѣстно, болѣе или менѣе сильное влеченіе, мѣстомъ приложенія котораго служить внутренняя поверхность матки, будетъ ли это клиническая форма выворота, считаемая пуэрперальнымъ, или же такъ наз. выворотъ онкогенетическаго происхожденія. Весьма вѣроятно также, что существуетъ извѣстная связь между насиліемъ, съ одной стороны, и состояніемъ самого органа, съ другой. Вялое состояніе матки или же части ея, атонія органа—еще болѣе усиливаютъ указанный выше этиологическій моментъ выворота. Подобнымъ вліяніемъ состоянія матки только и возможно объяснить описываемые случаи т. наз. произвольныхъ пуэрперальныхъ выворотовъ.

Само собой разумѣется, что какъ пуэрперальные вывороты, такъ и *inversiones*, обусловленные опухолями, могутъ быть полными и неполными.

Обращаясь къ статистическимъ даннымъ чистотѣ выворотовъ матки вообще, можно отмѣтить слѣдующее: *inversio uteri*, какъ тяжелое заболѣваніе женщины, къ счастью ея встрѣчается довольно рѣдко. Достаточно будетъ сказать, что даже относительно частая форма *inversio*—пуэрперальный выворотъ считается единицами почти во всѣхъ крупныхъ акушерско-гинекологическихъ учрежденіяхъ. Такъ, изъ статистики Küstner'a въ его работѣ по поводу выворотовъ на 800/т. родовъ, проведенныхъ въ акушерскихъ учрежденіяхъ, насчитывается всего 5 случаевъ *inversio*. Изъ клиники Braun'a и Spaeth'a въ Вѣнѣ на 250,000 родовъ—ни одного случая. У Ahlfeld'a на 100,000 родовъ—1 выворотъ. V. Winckel—на 17,000 родовъ—ни одного. И наконецъ, русскія данныя—Красовскій на 200,000 родовъ не указываетъ не одного случая выворота, точно такъ же, какъ и изъ Старо-Екатерининской больницы въ Москвѣ, на 14^{1/2} тысячъ больныхъ, находив-

шихся на излѣченіи въ гинекологическомъ отдѣленіи, за послѣдніе 10 лѣтъ насчитывается всего только 1 случай послѣродового выворота.

Само собой разумѣется, что въ деревняхъ и мѣстностяхъ, мало обеспеченныхъ акушерско-гинекологической помощью вообще, вывороты пуэрперальные встрѣчаются нѣсколько чаще. Вывороты же матки онкогенетического происхожденія по даннымъ имѣющейся въ моемъ распоряженіи литературы составляютъ еще большую рѣдкость. Такъ, напримѣръ, изъ русской литературы, не считая отдѣльныхъ, время отъ времени появляющихся сообщеній въ различно акушерско-гинекологическихъ обществахъ о случаяхъ выворотовъ матки, обусловленныхъ опухолями, болѣе или менѣе подробныя указанія имѣются въ статистической работѣ д-ра Якуба, сообщившаго о 27 выворотахъ матки вслѣдствіе опухолей. А затѣмъ, единичные случаи подобныхъ *inversiones* описаны стчасти въ періодической медицинской литературѣ: въ Врачѣ за 1894 г. д-ръ Юровскій сообщаетъ, напр., изъ Варшавской еврейской больницы о 3 выворотахъ матки, причемъ въ 2-хъ случаяхъ вывороты были обусловлены міомами, сидящими въ днѣ матки. Д-ръ Межугинскій изъ Старо-Екатерининской больницы—1 случай онкогенетического выворота на 14¹/₂ т. больныхъ гинекологического отдѣленія.

По статистикѣ Küstner'a на 9 выворотовъ пуэрперальнаго происхожденія приходится только 1—обусловленный опухолями.

Какъ уже сказано выше, механизмъ происхожденія выворотовъ, обусловленныхъ опухолями, тотъ же самый, что и при пуэрперальныхъ инверсіяхъ. Если въ послѣднихъ случаяхъ влекущей силой является неопредѣлившаяся еще плацента или же младенецъ, потягивающій за короткую пуповину въ моментъ рожденія, то аналогичное явленіе наблюдается и при ростѣ подслизистыхъ опухолей матки, когда влеченіе стѣнокъ органа производится ростомъ и тяжестью самого новообразованія.

Всякая опухоль матки, растущая подслизисто своимъ ростомъ вызываетъ энергичныя сокращенія мускулатуры органа, которая въ концѣ концовъ, если только этому не мѣшаютъ условія прикрѣпленія опухоли, ведутъ къ рожденію новообразованія въ полость шейки, или же въ дальнѣйшемъ—во влагалище. И субъективныя жалобы больныхъ на схваткообразный характеръ болей къ моменту появленія опухоли во влагалищѣ указываютъ также на участіе въ процессѣ рожденія опухоли сократительной ткани матки—ея мускулатуры.

По рожденіи опухоли, ножка ея, бывшая достаточно длинной, чтобы опухоль могла свободно родиться, какъ бы теряетъ это свойство, и опухоль прошедшая черезъ наружный зѣвъ, занимаетъ поло-

женіе по отношенію къ послѣднему какъ „коротко пришитая пуговица къ петлѣ“ (Küstner), т. е. она неизбѣжно начинаетъ вытягивать за собой и стѣнки матки. Въ дальнѣйшемъ теченіи, опухоль своей тяжестью и непрекращающимся ростомъ можетъ вытягивать ножку, до полного истонченія ея и даже отрыва. Матка же, если только она находится въ состояніи длительного сокращенія, при дальнѣйшемъ ростѣ и влеченіи опухоли можетъ сохранить свою форму, при подавливости же мускулатуры органа тянущая опухоль легко выворачиваетъ uterus.

A. Martin, Emmet, Heitzmann и v. Weit и видятъ только причину выворотовъ матки при опухоляхъ исключительно въ сократительности мускулатуры органа, тогда какъ Frisch и Possi, кромѣ сокращенія маточнаго тѣла, считаются также и съ наличностью атрофіи, жирового перерожденія, благодаря чему и слабости ложа опухоли и ея окружности наступаетъ инверсія. V. Winckel, Fehling и Hofmeier указываютъ на вліяніе внутри брюшнаго давленія при предположеніи атоніи мускулатуры матки въ области опухоли. Наоборотъ v. Werth и Scahuta думаютъ, что подобные вывороты чисто пассивнаго происхожденія. Опухоли, обычно производящія вывороты, будутъ, главнымъ образомъ, подслизистыя міомы—фиброміомы и саркомы или вѣрнѣе саркоматозно-перерожденные фиброміомы.

Что же касается симптоматилогіи выворотовъ, обусловленныхъ прорѣзывавшимися опухолями, то само собой разумѣется, что ожидать острыхъ явленій, подобныхъ шоку, при пуэрперальныхъ выворотахъ здѣсь не приходится. Главными жалобами больныхъ, кромѣ ощущенія присутствія посторонняго тѣла во влагалищѣ, будутъ, конечно, указанія на періодически повторяющіяся кровотеченія, которыя въ концѣ концовъ, превращаясь въ непрерывныя, доводятъ больную до рѣзко анемическаго состоянія. Затѣмъ идутъ уже болѣе тяжелые симптомы страданія—съ момента развитія омертвѣнія выпавшей опухоли вплоть до развитія общаго сепсиса больной, что особенно быстро наступаетъ у пожилыхъ женщинъ и еще болѣе ухудшаетъ прогнозъ.

Діагнозъ выворота матки, обусловленнаго опухолями, обычно предугадывается уже на основаніи анамнеза, хотя установить его навѣрное возможно только послѣ гинекологическаго изслѣдованія. Присутствіе инверзионной воронки, съ одной стороны, и нахожденіе во влагалищѣ опухоли, съ другой, окончательно рѣшаютъ ді-агнозъ въ пользу выворота онкогенетическаго происхожденія.

Перехожу теперь къ описанію рѣдкаго случая почти полнаго выворота матки, обусловленнаго прорѣзавшейся и выпавшей изъ половой щели большой подслизистой фиброміомой, который мнѣ пришлось наблюдать въ Гинекологическомъ Отдѣленіи Вологодской Губернской Земской больницы въ 1913 году. И какъ-бы въ аналогично

съ нимъ, другое заболѣваніе—громадный подслизистый фиброидъ сидящій на широкомъ основаніи, на задней стѣнкѣ шейки матки, точно также выходящей изъ половой щели, и по своей клинической картинѣ, субъективнымъ и объективнымъ даннымъ вполнѣ симулирующій почти полный выворотъ матки.

I. Больная Ц. кр. Кадниковскаго у., Вожегодской вол., д. Уголь, 49 л., обратилась въ Гинекологическое Отдѣленіе Губернской Земской Больницы въ февралѣ 1913 г. съ жалобами на почти непрерывныя кровотеченія, продолжающіяся около 1 года, нарастающій упадокъ силъ, тупыя, тянущія боли внизу живота и поясницы, и выпаденіе изъ половой щели какого-то тѣла, очень зловоннаго, наблюдаемое ею около 2 недѣль. По словамъ больной, $\frac{1}{4}$ г. назадъ, послѣ поднятія тяжестей (корчаги съ бѣльемъ) и появившихся затѣмъ рѣзкихъ схваткообразныхъ болей, она стала замѣчать присутствіе во влагалищѣ посторонняго тѣла, мѣшающаго ей, главнымъ образомъ при ходьбѣ и coitus'ѣ.

Анамнестическія данныя больной таковы: со стороны наследственности—отецъ умеръ отъ травматическаго поврежденія, мать жива и здорова. Изъ 8 человекъ братьевъ и сестеръ 3 умерли въ раннемъ дѣтствѣ. Сама больная болѣзней дѣтства указать не можетъ. 30 л. перенесла брюшной тифъ. Menstrua съ 16 лѣтъ до замужества—средняго типа, безъ боли, черезъ 4 недѣли по 3—4 дня. Такой же типъ кровей наблюдался приблизительно и по выходѣ больной замужъ, вплоть до послѣднихъ 2—3 лѣтъ, когда она стала замѣчать уменьшеніе срока между кровями до $1\frac{1}{2}$ —2 недѣль и сравнительно большую продолжительность менструацій до почти полного исчезновенія промежутковъ между отдѣльными кровями. Родила 5 разъ срочно. Послѣдніе роды 9 лѣтъ назадъ, теченіе беременности и родового акта уклоненій отъ нормы не представляли. Послѣ родовъ не хворала, если не считать кратковременнаго лихорадочнаго заболѣванія (около 2 нед.) послѣ послѣднихъ родовъ. Всѣхъ дѣтей кормила сама по 1—2 года.

St. praesens. Больная средняго роста, плохого питанія. Костно-мышечная система также плохо развита. Обращаетъ на себя вниманіе рѣзкая блѣдность, почти желто-воскового цвѣта, кожи и доступныхъ слизистыхъ оболочекъ.

Со стороны органовъ кровообращенія отмѣчаются глухіе сердечные тоны вообще съ мягкимъ анемическимъ шумомъ на верхушкѣ и и рѣзкіе шумы съ обѣихъ сторонъ на v. v. jugulares. Р Около 100 ударовъ, средняго наполненія, ритмичный. Органы дыханія, пищеваренія, равно какъ и мочевые, уклоненій особызъ не представляютъ.

При гинекологическомъ осмотрѣ оказалось: изъ половой щели выходитъ неправильно шарообразной формы опухоль сине-багроваго

цвѣта съ неровной бугристой поверхностью, величиною съ головку новорожденного ребенка, по наибольшей окружности—37 см. наименьшей—34 см. Опухоль упруго-эластической консистенціи на широкой ножкѣ, находящейся въ связи съ внутренней поверхностью почти вывернутой и выпавшей во влагалище матки. Съ правой стороны опухоли небольшое отверстіе, пропускающее зондъ въ полость на глубину 7—8 см. Какъ ножка опухоли, такъ и значительный сегментъ ея поверхности гангренисцированы.

При *бимануальномъ* изслѣдованіи — почти вывернутая и выпавшая наружу матка въ видѣ цилиндрической опухоли выполняетъ почти все влагалище вплоть до сводовъ. Края наружнаго отверстія (зѣва) переходятъ непосредственно во влагалищные своды. Надъ лобкомъ, на мѣстѣ матки, воронкообразное углубленіе, въ глубинѣ котораго прощупываются втянутые придатки.

Діагнозъ заболѣванія такимъ образомъ ставился безъ затрудненія, принимая во вниманіе характерный анамнезъ и объективные данныя говорящіе за выворотъ матки, вызванный родившейся подслизистой фиброміомой помѣщающейся на задней стѣнкѣ матки, почти въ ея днѣ. См. рисунки.

То больной за 5 дней подготовительнаго до-операционнаго періода колебалась между 38,4—39,7°, при чемъ больная большую часть времени проводила въ лежачемъ положеніи вслѣдствіе значительнаго упадка силъ, получая за это время Digalen по 5—7 капель 2 раза въ сутки и ежедневныя подкожныя впрыскиванія nat. kakodylic, 10% раств.

При рѣшеніи вопроса относительно оперативной терапіи, главнымъ образомъ, были приняты во вниманіе слѣдующія обстоятельство: съ одной стороны, близкій къ климактерическому періоду возрастъ больной (42 г.), съ другой же, наличность значительныхъ измѣненій слизистой оболочки выпавшей матки, могущихъ впослѣдствіи дать новыя и такъ уже сильно ослабившія больную кровотеченія. Въ виду этого рѣшено было вслѣдъ за удаленіемъ выпавшей опухоли сдѣлать влагалищную экстирпацию матки.

25/II больной, послѣ обычной предъоперационной подготовки, Завѣдующимъ Гинекологическимъ Отдѣленіемъ Губернской Больницы А. Н. Орловымъ подъ внутривеннымъ гедоналовымъ наркозомъ (850,0) была произведена colpocoeliotomia posterior, extirpatio uteri et, adnexor. sinistr. въ виду наличности кистъ зѣваго яичника величиною съ мандаринъ.

Во время операціи послѣ предварительной перевязки толстой шелковой лигатурой ножки опухоли и отсѣченія ея, какъ и ожидалось, была обнаружена гангренисценція ножки, еще болѣе усугубившая показаніе къ экстирпации матки. Влагалищная рана зашита узловатой

тыми ИК швами съ небольшой турундой, выведенной изъ задняго дугласа. Во влагалище вставленъ марлевый тампонъ.

Въ дальнѣйшемъ, послѣоперационномъ теченіи слѣдуетъ отмѣтить рѣзкое пониженіе t^0 на другой же день послѣ операціи до 37,5 (вечеромъ) и не давшей за все время постельнаго содержанія больной свыше 37,7 (вечерней). На 17-й день больная начала ходить, получая все время sol. nat. kakodylic. 10⁰/₀ и усиленное питаніе. При перевязкахъ влагалищной раны обычнымъ порядкомъ черезъ 1 день, можно было констатировать нормальное заживленіе раны, такъ что на 38-й день къ моменту выписки вполне оправившейся больной (больная задержана въ Отдѣленіи нѣсколько дольше обычнаго, въ виду ея рѣзкаго упадка питанія), при изслѣдованіи ея отмѣчено: прочный поперечный рубецъ во влагалищѣ и никакихъ инфильтратомъ со стороны параметрія.

2) Больная Б., 50 л., кр. Тотемскаго уѣзда, Бережнослободской волости, дер. Слобода. Была принята въ іюнѣ 1913 г. въ Гинекологическое Отдѣленіе съ жалобами на выхожденіе какой-то опухоли изъ наружныхъ половыхъ частей около полгода и періодически повторяющіяся кровотечения при затруднительномъ, главнымъ образомъ, coitus-ѣ.

Въ анамнезѣ—здоровые родители, умершіе въ глубокой старости, и близкіе родственники больной. 40 лѣтъ отмѣчаетъ натуральную оспу, но за послѣдніе годы часты головныя боли. Первые menstrua съ 21 года черезъ 3 недѣли цо 7 дней, всегда очень сильныя. Точно такой же типъ кровей отмѣчается за всю половую жизнь больной вплоть до послѣднихъ 2 лѣтъ, когда крови начали принимать характеръ метроррагій.

St. praesens. Больная нѣсколько ниже средняго роста, средняго развитія и питанія. Костно-мышечная система развита правильно. Кожа и видимыя слизистыя оболочки очень блѣдны.

Со стороны органовъ кровообращенія отмѣчается анэмическій шумъ на верхушкѣ и v. v. jugulares. Органы дыханія, пищеваренія и мочевые особыхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ.

При гинекологическомъ осмотрѣ оказалось: изъ половой щели выпадаетъ грушевидная опухоль съ кулакъ взрослога человѣка. На широкомъ основаніи опухоли имѣется значительная поверхность омертвѣнія. (См. рис.).

При бимануальномъ изслѣдованіи—часть опухоли продолжается во влагалище на длинной ножкѣ до влагалищнымъ сводовъ, переходя непосредственно въ нихъ, но такъ, что ножка опухоли, края наружнаго зѣва влагалищной части матки и своды находятся какъ бы на одной плоскости и лишь въ переднемъ сводѣ граница наружнаго

зѣва ошупывается въ видѣ поперечно натянутого плотнаго валика. Черезъ брюшныя стѣнки надъ лобкомъ прощупывается ясное воронкообразное углубленіе.

При катетеризаціи мочевого пузыря оказалось рѣзкое его опущеніе книзу. Діагнозъ, послѣ изслѣдованія былъ поставленъ какъ *inversio uteri* (неполный), благодаря подслизистому полипу. И въ этомъ случаѣ, считаясь съ климактерическимъ возрастомъ больной и могущими быть глубокими измѣненіями слизистой матки, была произведена А. Н. Орловымъ *2/vii colposcociotomy posterior* и *extirpatio uteri totalis* подъ спинно-мозговой анестезіей 5% растворомъ Novocain + Suprarenin.

При операціи оказалось: небольшая матка съ ясно сохранившейся переднею губою. На задней же стѣнкѣ шейки на широкомъ основаніи помѣщается продолговато-овальная опухль въ 12—14 см. длиною съ перехватомъ по срединѣ, какъ бы изъ двухъ сросшихся шаровъ. Нижний сегментъ опухоли плотнѣе верхняго.

Влагалищная рана зашита узловатыми шелковыми швами съ небольшою марлевой турундой. Послѣоперационное теченіе гладкое и больная черезъ 18 дней послѣ операціи выписана изъ Отдѣленія съ прочнымъ рубцомъ во влагалищѣ и отсутствіемъ какихъ бы то ни было экссудатовъ въ параметріяхъ.

Второй случай явился, такимъ образомъ, для насъ поучительнымъ, главнымъ образомъ, въ діагностическомъ отношеніи. Клиническая картина заболѣванія и отчасти субъективныя жалобы больной съ одной стороны, невольно наводили мысль на діагнозъ неполнаго выворота матки, съ другой же стороны несоотвѣтствіе пространственныхъ отношеній (опухоль выполняла почти все влагалище, такъ что съ трудомъ возможно было изслѣдованіе) какъ бы мѣшали первоначальному точному діагнозу. Въ оперативной терапіи выворотовъ, какъ извѣстно, существуютъ какъ бы 2 періода: до Küstner-a, когда главными операціями являлись экстирпаціи матки *per vaginam* и *laparotomy*, и послѣ него—такъ называемый періодъ рациональной терапіи, сохраняющей матку, основаніе которому положили Küstner, Duncan-Brown и закончили Piccoli, Borelius и Westermarck.

Классическій методъ Küstner-a, какъ извѣстно, состоитъ въ слѣдующемъ: по вскрытіи поперечно-задняго Дугласа, дѣлается разрѣзъ по средней линіи задней стѣнки тѣла матки (на 4 см. отъ наружнаго зѣва, недоходя на 9 см. до дна.), оставляя нетронутой шейку. Воронка фиксируется пальцами, введенными въ брюшную полость, послѣ чего производятъ вправленіе въ боковомъ или периферическомъ направленіи.

Видоизмѣненіе метода Küstner'a Piccoli, Borelius-омъ и Westermarck-омъ было въ разсѣченіи шейки и всей задней стѣнки матки по средней

линіи, а затѣмъ выворачиваніе стѣнки снизу снаружи вверхъ и внутрь. По наложеніи швовъ слѣдуетъ вправленіе матки въ брюшную полость.

Наши обѣ больныя, какъ уже сказано выше, оперированы съ одновременной экстирпаціей матки по вышеуказаннымъ причинамъ возраста больныхъ и наличности измѣненія слизистой оболочки матки, видимыхъ въ 1-мъ случаѣ и предполагаемыхъ во 2-мъ.

Ибо, по изслѣдованію, напр., Caruso слизистая матки при болѣе или менѣе застарѣлыхъ выворотахъ бываетъ „мѣстами лишена своего эпителия, оставшійся частью перерожденъ въ многослойный, железы уничтожены, существуетъ мелкоклѣточная инфильтрація и перерожденіе стромы“.

Печатные источники:

- 1) Гинекологія Küstner-a. Русск. изданіе 1903 г.
 - 2) Оперативная гинекологія Губарева Изд. Журн. Практической Медицины 1910 г.
 - 3) Снѣгиревъ В. А. Пр. Маточныя кровотеченія. Издан. 1-ое 1907 годъ.
 - 4) Маджугинскій А. С. Къ оперативному леченію застарѣлыхъ выворотовъ матки. Мед. обозр. 1912 г. № 9.
 - 5) Юровскій. 3 случая вывороговъ матки. Врачъ 1894 годъ № 26.
 - 6) Якубъ І. Ю. Медицина 1894 г. № 1 и № 2.
 - 7) Бекманъ В. Г. Къ этиологіи выворотовъ матки послѣ родовъ. Ж. А. Ж. Б. 1897 г.
 - 8) I. Weit—Handbuch der Gynäkologie -- Küstner - Inversio und eversio. 1907 г.
-

КЪ КАЗУИСТИКЪ ГИГАНТСКИХЪ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

М. Я. И п а т о в о й.

(Изъ Гинекологическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

Задачей настоящей работы является описаніе одного случая удаленія г.гигантской опухоли яичника въ 2 п. 20 ф. съ благопріятнымъ исходомъ.

Хотя хирургія въ настоящее время на высотѣ развитія и публика довѣрчивѣе относится къ оперативному вмѣшательству, но запущенные случаи, въ особенности гинекологическіе, какъ наприм., опухоли женской половой сферы являются далеко не рѣдкими. Зависитъ это по всей вѣроятности отъ того, что слишкомъ мало хорошо оборудованныхъ хирургическихъ пунктовъ; а также и отъ неудобства путей сообщенія. Напр. въ Вологодской губ.—чуть ли не единственнымъ такимъ пунктомъ является г. Вологда, находящійся на юго-западѣ губ., а вся громадная территория сѣверо-востока этой губерніи остается безъ желаемой помощи. Наиболѣе удобнымъ сообщеніемъ съ городомъ служатъ рѣки, которыя большую часть времени находятся подъ льдомъ. На лошадахъ приходится ѣхать по плохимъ дорогамъ верстъ 500—700, на что не всякій согласится. Вслѣдствіе такихъ неудобствъ передвиженія и отсутствія надлежащей хирургической помощи изъ сѣверныхъ уѣздовъ являются больныя съ очень запущенными, часто неоперабельными случаями.

26-го іюня 1910 г. поступила въ больницу А. А., крестьянка, дѣвица 18 лѣтъ, Сольвычегодскаго уѣзда, съ жалобой на опухоль въ животѣ.

При разспросѣ выяснилось, что *menstrua* началась съ 15 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 7 дней, очень сильныя, безъ боли. Послѣднія менструаціи были 1½ года назадъ; съ тѣхъ поръ началъ быстро увеличиваться животъ, и очень замѣтно съ января 1910 года. Обратилась въ мѣстный врачебный пунктъ, гдѣ врачемъ были сдѣланы двѣ пункции, но животъ не опалъ., тогда ее направили въ Вологду.

Объективное и субъективное изслѣдованія дали слѣдующее: больная молодая дѣвица, истощенная, вѣсъ 4 п. 30 ф.; ростъ 152 см.; кожа блѣдная, съ землистымъ оттѣнкомъ, слизистыя блѣдны, костная система развита правильно, мышцы развиты слабо; въ подкожной клѣтчаткѣ нижнихъ конечностей и живота отмѣчаемъ небольшой отекъ. Въ верхней части живота и нижней части груди имѣется сильное развитіе кожныхъ венъ.

Грудныя железы не развиты, животъ рѣзко увеличенъ, неправильной шарообразной формы,—наибольшая окружность выше пупка на 5 см.—137 см. Отъ лобка до пупка 32 см., отъ пупка до мечевиднаго отростка 44 см. При ощупываніи живота обнаруживаются множественные упруго-плотные узлы, величиною отъ кулака до головы взрослого человѣка каждый; въ промежуткахъ, между плотными узлами, по всей поверхности живота ощупывается ясная флюктуация. Стѣнки живота очень растянуты опухолью, почему она и кажется мало подвижной. При перкуссии вдоль ребернаго края, вправо и влѣво отъ средней линіи получается узкая полоска тимпанита шириною въ 3 см. На задней поверхности обѣихъ поясничныхъ областей также имѣется полоска тимпанита, см. 8—10 шириною, отъ ребернаго хряща до гребешка подвздошной кости.

Органы дыханія уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Органы кровообращенія. Тоны сердца чисты, ясны, правильны, на 2 тонѣ аорты имѣется акцентъ. Толчокъ прощупывается въ горизонтальномъ положеніи, и даже видимъ въ 4 межреберномъ промежуткѣ, по сосковой линіи. Пульсъ правильный, 90—95 ударовъ въ минуту, удовлетворительнаго наполненія; артеріи мягки.

Моча: позывы не учащены, безъ боли; суточн. колич. 1800 гр., соломен.-желт. цвѣтъ, прозрачная, безъ осадка, реакція кислая, уд. в. 1,015; бѣлка—нѣтъ.

Стулъ правильный, ежедневно.

Per vaginam: передній и задній своды выпячены, мягки, пастозны. Влагалищная порція втянута кверху; прощупываются обѣ губы—не большія; наружное отверстіе поперечное, достаточной величины; наружный зѣвъ обращенъ въ правую сторону. Матка, повидимому, смѣщена влѣво, такъ какъ правый боковой сводъ напряженъ болѣе, чѣмъ лѣвый. Тѣло матки и придатки прощупать не удастся.

На основаніи быстроты роста опухоли, величины, упруго-плотной консистенціи, прощупыванія отдѣльныхъ узловъ различной величины, флюктуации, неуменьшенія живота послѣ прокола, смѣщенія матки влѣво,—поставленъ былъ предположительный діагнозъ, что имѣется многокамерная киста яичника.

30-го іюля ординаторомъ Гинекологическаго Отдѣленія А. Н. Орловымъ произведена была операція, подъ общимъ наркозомъ Aether. sulf. 350,0, удаленіе опухоли. Разрѣзъ по бѣлой линіи отъ лобка,—на 6 см. выше пупка—(40—35 см.). Опухоль оказалась плотно приращенной къ передней стѣнкѣ живота, на протяженіи отъ пупка см. на 20 книзу и см. 12—15 въ стороны отъ средней линіи. Въ виду громаднхъ размѣровъ опухоли, и невозможности вылушить ея цѣлой, наибольшая камера опухоли, сращенная съ передней стѣнкой живота была вскрыта, причемъ выпущено около 30 ф. коллоидной

жидкости. По уменьшеніи опухоли въ нижнихъ и верхнихъ углахъ разрѣза вскрыта брюшина и приступлено къ вылушенію опухоли; по отдѣленіи сращеній съ передней стѣнкой, опухоль извлечена изъ брюшной полости. Задняя поверхность опухоли оказалась въ многочисленныхъ сращеніяхъ съ сальникомъ, которая отдѣлялись отчасти тупымъ путемъ, на крупные сосуды наложены лигатуры, а сальникъ отсѣченъ. Опухоль оказалась многокамерной кистой, исходящей изъ праваго яичника, ножка пересѣчена; сосуды изолированно перевязаны, культя обшита i—к швомъ. Лѣвый яичникъ и труба нормальны. Матка мала, сильно вытянута кверху и уплощена до толщины 1 см. спереди назадъ. Въ виду большого дефекта брюшины на передней стѣнкѣ по мѣсту бывшаго приращенія опухоли, а такъ же вслѣдствіе паренхиматознаго кровотеченія изъ лишенной брюшины поверхности, передняя брюшинная стѣнка въ границахъ нормальнаго брюшиннаго покрова стянута 3 матрасными сквозными сильковыми швами, причемъ правая и лѣвая стороны брюшной стѣнки приведены до соприкосновенія внутренними, лишенными брюшины, поверхностями. Послѣ этого наложены: 1) непрерывный i—к шовъ на брюшину, вторымъ i—к швомъ, въ предупрежденіе образованія слѣпого мѣшка, поперечная фасція стянута до мышцы; i—к непрерывный шовъ на мышцы, на апоневрозъ i—к узловатый; на кожу непрерывный шелковый. Повязка. Во время операціи въ виду паденія пульса впрыснуто по 2 шприца Coff.+camphor.; влито 800,0 физиологическаго раствора подъ кожу.

Удаленная опухоль представляетъ огромную многокамерную кисту около 2 п. 20 ф. вѣсомъ, 50 см. въ діаметрѣ, по опорожненіи ея наибольшей камеры. Отдѣльныхъ камеръ въ опухоли можно насчитать до 20, причемъ величина колеблется отъ кулака до головы взрослого человѣка.

Послѣ операціонный періодъ прошелъ гладко, безъ осложнений. Пульсъ 120, слабаго наполненія; самочувствіе удовлетворительно. Матрасные швы удалены на 4 день, на 8 день сняты остальные швы; заращеніе раны per primam. Вѣсъ больной послѣ операціи 2 п. 11 ф. назначенъ arsenic. подъ кожу.

7-го октября выписалась здоровой, прибыла въ вѣсѣ послѣ операціи на 21 ф. (2 п. 32¹/₂ ф.)

При изслѣдованіи per vaginam матка въ anteversio-flexio невелика, слѣва прощупывается нормальный яичникъ.

Такимъ образомъ предположительный діагнозъ совпалъ,—опухоль превосходитъ вѣсъ больной. Такіе случаи встрѣчаются не часто. Примѣры такого роста приводитъ пр. Славянскій, гдѣ киста была больше всего вѣса больной; проф. Груздевъ, удалившій опухоль въ 3 п.; проф. П. Рейнъ, удалившій опухоль въ 1 п. 35 ф. и др., въ иностранной литературѣ встрѣчаемъ—Bodenstein, удалившій опухоль 3 п. 26 ф.; Maritan—киста 80 kilo, а вѣсъ больной 117 kilo; Zacharias, удалившій опухоль въ 132 kilo.

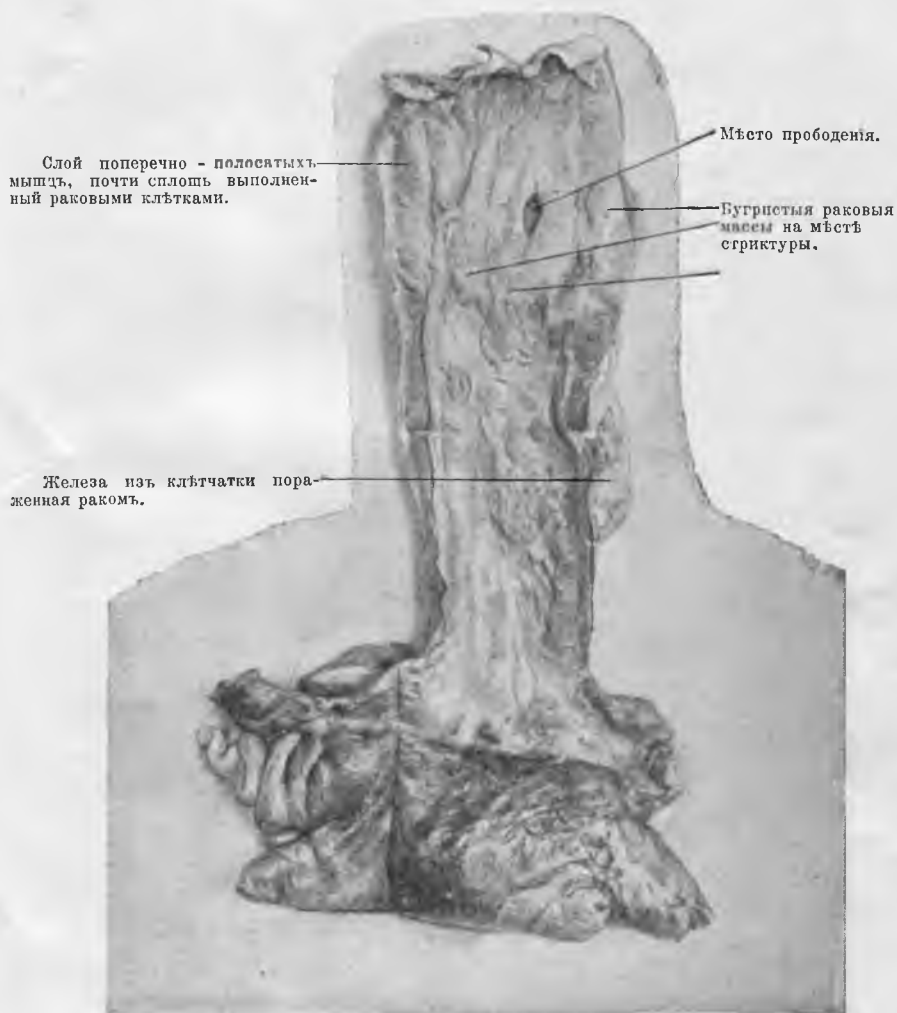
Но главный интерес представляет не только удаление опухолей, но диагностика происхожденія ихъ, которая вслѣдствіи сильно растянутыхъ брюшныхъ стѣнокъ и недоступности къ изслѣдованію бываетъ очень затруднена: часто кисты могутъ симулировать присутствіе др. болѣзненныхъ состояній (и опухолей исходящихъ изъ половыхъ органовъ), какъ напр. асцитъ. Но въ данномъ случаѣ онъ исключается, благодаря бугристости опухоли, перкуссіи, присутствію небольшихъ отековъ и только на нижнихъ конечностяхъ; форма живота не мѣняется въ зависимости отъ перемѣны положенія больнѣй; сдѣланныя пункціи не дали желаемыхъ результатовъ; а тѣ сращенія брюшины съ опухолью, которыя были найдены при операціи, по всей вѣроятности, есть результаты пункціи, какъ травмы, да и жидкость, попавшая въ полость брюшины могла, какъ инородное тѣло, дать воспаленіе; тѣмъ болѣе, что ранѣе наблюдались нѣсколько случаевъ, гдѣ кисты были меньше, но послѣ предварительныхъ пункцій всегда находили сращенія передней стѣнки брюшины съ опухолью. Фиброміома и саркома матки, при которыхъ также наблюдается быстрый ростъ опухоли, упругая консистенція, мѣстами болѣе мягкая, отсутствіе *menstrua*, истощеніе и др. настолько затуманиваютъ картину, что иногда діагнозъ возможно поставить только при операціи.

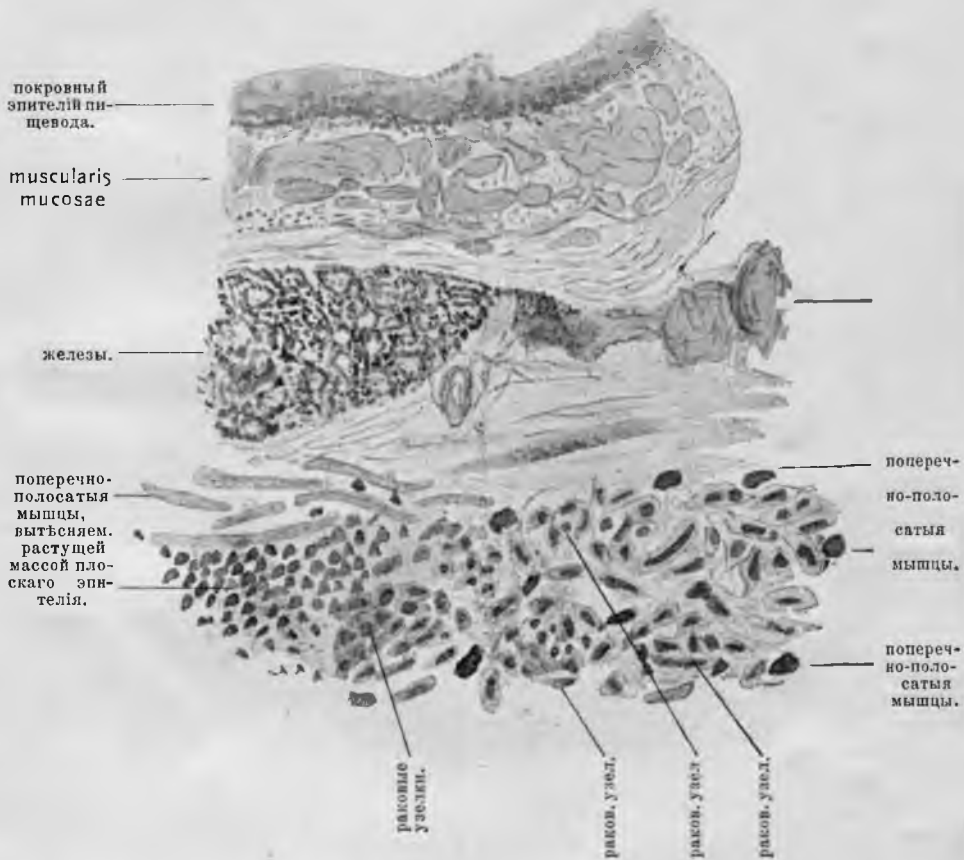
Этіологія кистъ врожденная, такъ какъ нѣкоторыя кисты найдены у зародыша 7 мѣс., у дѣвочекъ до 10 лѣтъ: изъ литературы извѣстенъ цѣлый рядъ случаевъ оперативнаго ихъ удаленія.

Наибольшее ихъ развитіе падаетъ отъ 30—40 лѣтъ и чаще у незамужнихъ. Источникомъ являются не израсходованныя желѣзисто трубчатая образованія, имѣющія въ утробной жизни назначеніе образовать фолликулы, будущіе графовы пузырьки. Эти трубчатая образованія въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ оставаться въ ткани яичника, а затѣмъ подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ причинъ быть источникомъ развитія кистомъ.

На прилагаемыхъ рисункахъ изображена больная до и послѣ операціи.

Въ 1912 г. участковый врачъ, приславшій больную, сообщилъ о ея здоровіи и благополучіи.









Фиброміома. 1-й случай.



Фиброміома 2-й случай.



Многокамерная киста яичника. Крестьянская дѣвица Сольвычегод. уѣз. 17 лѣтъ.
Видъ больной до операціи.



Многокамерная киста яичника. Видъ больной послѣ операции.