

61
10-13
167195

ЮБИЛЕЙНЫЙ СБОРНИК.

1. ПОСВЯЩЕННЫЙ

СТАРШЕМУ ВРАЧУ ВОЛГОВОДСКОЙ ГУБЕРНСКОЙ ЗЕМСКОЙ БОЛЫКЦЫ

Сергѣю Федоровичу Рогалову

ЕГО СОСЛУЖИВЦАМИ, СОТРУДНИКАМИ и ДРУЗЬЯМИ.

По поэму 25-летия моего брата Ф.
Моп. научный и практический альбом
Юбилеи Федора Григорьевича Рогалова
от его Сослуживцев. Всемирное

Издание Вологодского Губернского Земства,

посвященное

старшему врачу Вологодской Губернской
Земской Больницы Сергею 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 врачебной, научной и административной деятельности въ Вологодской Губернской Земской Больнице.

167/95



ВОЛОГДА.

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

1914.

Публичное извещение

Сергии Родородиу Гормалу

въ день 25-тилія по службѣ въ Вологодской Ту-
серской Земской Поликлини въ знакъ глубокой любви
и искреннаго уваженія посвящаютъ свой трудъ

А. А. Мори.

7 марта 1914 года.



Сергей Федорович Гортатовъ.

С. Ф. Горталовъ,

(біографіческий очеркъ).

Сергѣй Федоровичъ Горталовъ родился въ имѣніи отца близъ гор. Грязовца, Вологодской губ., въ дворянской семье 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 въполномъ расцвѣтѣ своей дѣятельности, имѣя въ своихъ стѣнахъ кориѳеевъ 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 отличиемъ (*medicus summae 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 молодыя силы родимому краю.

7 Марта 1889 года С. Ф. занялъ должность сверхштатнаго ординатора при Вологодской Губернск. Земской больнице, 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 неднократно исполнялъ и ранѣе. Поступивъ ординаторомъ, Сергѣй Федоровичъ принялъ на себя завѣдываніе мужскими терапевтическими 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 проекторъ-бактериологъ.

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

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

Имѣя натуру, широко откликающуюся на всѣ разнообразные 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 открытия (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 беспокоило и беспокоитъ положеніе хроническихъ больныхъ; которые за переполненiemъ 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 Собраниі, и въ засѣданіяхъ Городской Думы. Его завѣтная мѣчта--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. Многіе, кому привелось сталкиваться съ С. Ф. сохранятъ 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 больнице подъ его руководствомъ. Молодые врачи, студенты и студентки всегда находили въ немъ человѣка, который шелъ имъ навстрѣчу при желаніи поработать въ Губернской больнице и помогалъ имъ своимъ совѣтомъ.

Несмотря на долгій періодъ своей трудовой дѣятельности С. Ф. при неблагопріятныхъ 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 всяkimъ запросамъ общественной жизни остается и теперь такою же, какъ была и прежде.

РѢДКІЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ИЗЛѢЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СѢТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ.

Л. Н. Пирошкова.

(Изъ Глазной лѣчебницы Вологодского Губернского Земства).

Отслойка сѣтчатой оболочки глаза представляетъ собою одно изъ самыхъ тяжелыхъ глазныхъ заболѣваній. Предсказаніе при лѣчении 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 ботыший участокъ или же, начавшись на небольшомъ участкѣ, мало по малу распространяется, при чѣмъ 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. Так же давленіемъ экссудата отслойка, начавшаяся въ нижней части сѣтчатки, постепенно распространяется кверху. При началѣ отслойки больныя, 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 чѣмъ появляется искаженіе правильной формы предметовъ и происходитъ выпаденіе зрѣнія въ какой-либо части поля зрѣнія, вверху, внизу, снутри 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 доходитъ до полной слѣпоты. Иногда предъ внезапнымъ проявлениемъ отслойки сѣтчатой оболочки бываютъ въ теченіи короткаго времени—нѣсколькихъ дней или часовъ—предѣстники, которые выражаются появленіемъ ощущенія лещающихъ мушекъ, огненныхъ искръ, временнаго затуманиванія и неловкости зреѣнія.

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

Определить 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 трансулата сосудистой оболочки или крови подъ сѣтчаткой, Stellvag—уменьшеніе объема стекловиднаго тѣла, Рельманъ—измѣненіе условій диффузіи внутри глазныхъ жидкостей отъ измѣненія химического 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 первого вида являются при заболѣваніяхъ стекловиднаго тѣла, когда давленіе его уменьшается: при выпаденіи его въ значительномъ количествѣ, при заболѣваніяхъ, ведущихъ къ сморщиванію его—выпоты отъ иридоцикличитовъ, иридохороидитовъ. Эти отслойки обыкновенно не видны офтальмоскопомъ, т. к. среди бываютъ мутны. Офтальмоскопически видимая отслойка безъ предшествующихъ воспалительныхъ процессовъ чаще всего бываетъ отъ высокихъ степеней близорукости; причина здѣсь фибрillярное перерожденіе стекловиднаго тѣла съ послѣдующимъ сморщиваніемъ его. Сѣтчатая оболочка такимъ стекловиднымъ тѣломъ оттягивается и подъ нею является отрицательное давленіе, вызывающее серозный экссудатъ.

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

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

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

При лѣченіи отслойки сътчатой оболочки прибѣгаютъ къ различнымъ средствамъ, какъ терапевтическимъ, такъ и хирургическимъ. Главной цѣлью при лѣченіи является удаление изъ подъ сътчатки экссудата, поэтому назначаютъ средства потогонные, какъ, напр., инъекціи подъ кожу пилокарпина, салициловый натръ, горячій чай, суховоздушная ванна; средства мочегонные и слабительные; юодистый калій; при всемъ этомъ больной долженъ соблюдать полный покой, лежать въ гостели преимущественно на спинѣ.

Замѣчено, что потъконъюнктивальная инъекція раствора поваренной соли дѣйствуютъ на улучшеніе циркуляціи лимфы и способствуютъ всасыванію экссудатовъ, а потому при лѣченіи отслойки сътчатки 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 несколькихъ недѣль.

Изъ средствъ хирургическихъ были предложены: давящая повязка, піявки Гертлю, проколъ склеры и выпусканіе экссудата, ири-дектомія (Галезовскій), постоянный дренажъ золотой проволоки, введенной черезъ склеру въ полость глаза, прижиганіе глаза вблизи лимбуса гальванокаутеромъ, пришиваніе кетгутомъ отслоившейся сътчатки къ склерѣ (Галезовскій), вызываніе слипчиваго воспаленія впрыски-ваніемъ Lügol'евскаго раствора (1—2 капли) подъ сътчатку, электролизъ, разсѣченіе тяжей стекловиднаго тѣла и впрыскиваніе стекловиднаго тѣла кролика (Deutschmann), или же субретинальной жидкости (Weber), или физіологического раствора соли (Grossmann). Послѣдніе способы встрѣтили суровую критику со стороны Uhthoff'a и снова рекомендуются Birch- Hirschfeld, но даютъ не рѣдко нежелательные осложненія въ видѣ сильной воспалительной реакціи, ириты, гипопіонъ, экссудатъ въ зрачкѣ и стекловидномъ тѣлѣ и проч.

Изъ этого перечня предлагаемыхъ способовъ лѣченія отслойки сътчатки 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, вполнѣ 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.

Професоръ Андогскій: относительно исходовъ нужно сказать, что при эссенціальной отслойкѣ, отслойкѣ вслѣдствіе retinitis albuminurica, а также травматической безъ нарушенія цѣлостности 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.

Професоръ Крюковъ: въ рѣдкихъ случаяхъ отслойная часть опять прилегаетъ на свое мѣсто и, если это произошло вскорѣ, то и функція восстанавливается до извѣстной степени или даже вполнѣ; въ большинствѣ же случаевъ этого не происходитъ и отслойка остается въ теченіи многихъ лѣтъ частично 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 операциіи прокола склеры сѣтчатка часто прилегаетъ на свое мѣсто, но обыкновенно вскорѣ вновь отслаивается. Иэрѣдка случается, что отслоенная сѣтчатка и безъ всякаго лѣченія прилегаетъ сама на свое мѣсто.

Въ Реальнай 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 продолжительного леченія, истощаю-

щаго терпѣніе больного и врача, сводится къ нулю. Наихудшее предсказаніе даютъ міопическая 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 линь 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 нѣсколько дней или недѣль. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ сѣтчатка не пристаетъ 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 проката. Два раза за 25 лѣтъ практики—спонтанное излѣченіе.

Изъ этихъ мнѣній известныхъ окулистовъ, съ которыми сходятся и другіе авторы, можно себѣ представить, какъ трудно и какъ рѣдко можно расчитывать 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 о.

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 лѣтомъ глазу опредѣлена свѣжая отслойка сѣтчатки почти полная съ потерей зрѣнія до свѣтоощущенія. Это заболѣваніе случилось нѣсколько дней тому назадъ внезапно послѣ усиленныхъ письменныхъ занятій. Больной былъ у меня проѣздомъ въ Москву. Въ Москвѣ лѣчился въ Глазной больницѣ на Тверской у профессора С. С. Головина. Лѣченіе продолжалось $2\frac{1}{2}$ мѣсяца и закончилось полнымъ выздоровленіемъ лѣваго глаза; больной возвратился домой и снова началъ свою службу. Но благополучие 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 о, свѣжая почти полная отслойка сѣтчатки лѣваго глаза, V—движеніе руки въ наружной части поля зрењія и свѣтоощущеніе. Больной прекраснаго тѣлосложенія, съ большимъ запасомъ подкожно-жирнаго слоя. Общее здоровье вполнѣ 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, пѣтомъ 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. Зо-ти лѣтъ женился, имѣетъ двухъ дѣтей. Близорукъ съ дѣтства, не былъ взятъ на военную службу по близорукости.

Острота зрењія при освидѣтельствованіи въ воинскомъ присутствіи по словамъ больного была въ правомъ глазу $4/10$, а въ лѣвомъ глазу $6/10$.

Въ 1904 году было замѣчено значительное ослабленіе зрењія въ правомъ глазу и появленіе голубоватаго тумана, лѣчился въ Ярославль у доктора И. Н. Кацаурова впрыскиваниями 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, подкожная инъекція пилокарпина и подконъюнктивальная инъекція 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, которые были пріятны больному и вызвали очень обильное потѣніе. Солевыхъ инъекцій было сдѣлано 15 въ такомъ порядкѣ: 3% раствора—3 инъекціи, 5%—3 инъекціи, 7%—4 инъекціи, 10%—4 инъекціи, 15%—6 инъекцій и 20%—4 инъекціи. При инъекціяхъ начиная съ 10% раствора предварительно дѣлались инъекціи 1% раствора кокаина. На ряду съ инъекціями было сдѣлано 15 суховоздушныхъ ваннъ.

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

Инъекціі 20% раствора соли продолжены амбулаторно. 14 августа отмѣчено: $V=0,05$, на днѣ глаза замѣтны бѣловатые тяжи на мѣстахъ прилеганія сѣтчатки. Зтавгуста наступило полное улучшеніе послѣ 6-го впрыскиванія 20% раствора соли, больной сталъ совершенно свободно одинъ приходить въ лечебницу. Послѣ того было сдѣлано еще 4 инъекціі и около половины сентября больной уѣхалъ домой.

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

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 $1\frac{1}{2}$ года послѣ излѣченія и зрењіе 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 экстракціі катаракты лѣваго глаза. Операциі произведена въ Московской Глазной больнице съ хорошимъ резульватомъ, и больной послѣ того пользовался хорошимъ зрењіемъ оперированаго глаза, а правымъ глазомъ видѣлъ очень плохо по случаю значительно развившейся еще незрѣлой катаракты. Въ октябрѣ 1911 г. лѣвый глазъ вдругъ потерялъ зрењіе, произошла отслойка сѣтчатой оболочки и зрењіе 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 больнице докторомъ В. И. Страховымъ.

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

варенной соли крѣпостью отъ 5 до 10%. Въ теченіи двухъ мѣсяцевъ сдѣлано было по 30 инъекцій пилокарпина и солевого раствора. Въ результатѣ полное и стойкое выздоровленіе. У. о, 1 съ очками, назначенными послѣ экстракціи катаракты, и читаетъ самый мелкій шрифтъ.

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

Професоръ Л. Г. Беллярминовъ и докторъ Фельзеръ опредѣлили отслойку сѣтчатой оболочки и на консультатіи назначили для лечения дома: инъекціи подъ коньюнктиву 2—10% раствора повареної соли, діонинъ капли 2—5%, препараты юда и брома внутрь, покой и повязка.

Въ теченіи 5 мѣсяцевъ сдѣлано мною 40 инъекцій отъ 2 до 20% раствора повареной 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 желѣзно-дорожная тряска повліяла плохо, и зрѣніе ухудшилось. Въ концѣ концовъ все же получилось значительное улучшеніе зрѣнія: поле зрѣнія расширилось, особенно книзу и книзу.

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 чѣмъ мы имѣемъ въ своемъ распоряженіи для лѣченія простыя безвредныя и удобныя средства, какъ то: инъекціи подъ коньюнктиву солевого раствора, постепенно повышающейся крѣпости до 20%, діонинъ, суховоздушныя ванны и инъекціи подъ кожу пилокарпина.

РАКЪ ПИЩЕВОДА И ЕГО ЗОНДИРОВАНИЕ.

И. Л. Ласточкинъ.

(Изъ Хирургического 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 Германии 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 приемѣ у насъ не встрѣтился бы одинъ, два больныхъ, страдающихъ раковымъ страждѣніемъ 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 новообразованіе, ракъ представлять изъ себя зло, съ которымъ человѣчество ведеть упорную, но, къ сожалѣнію, почти безрезультатную борьбу въ смыслѣ полнаго исцѣленія, т. к. причина злокачественныхъ новообразованій наукой до сихъ поръ не открыта. Между тѣмъ, располагаясь въ какомънибудь органѣ, злокачественное новообразованіе 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 новообразованіями это по возможности ранее и радикальное удаленіе не только самого новообразованія, но и близъ лежащихъ сосѣднихъ тканей—методъ, пока доступный немногимъ, да и то несвободный отъ недостатковъ, т. к. рано или поздно злокачественное новообразованіе рецидивируетъ.

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

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

Относительно радикального изсѣченія пораженного 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 случаѣахъ 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 операциі. 4 резекціи пищевода, произведенныя въ клиникѣ проф. Дьяконова и описаныя 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 лимфатическую железы, или ранить возвратный нервъ и др. важные органы, и въ 3-хъ, послѣ операциі часто наступаетъ гнойный медиастинитъ.

Если бессильны смѣлые попытки хирурговъ изсѣчь опухоль пищевода, то точно также является выраженіемъ нашего бессилія и наложеніе желудочного свища при ракѣ пищевода—операциі впервые предложенная Басовимъ въ 1842 г.

Эта палліативная операциія 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 операциі, а въ дальнѣйшемъ наступаютъ диспептическія явленія (атрофія слизистой оболочки желудка), и больные предпочитаютъ есть 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 не устранимой непроходимости пищевода при сравнительно крѣпкому еще организму. Этого положенія давно держится С. П. Федоровъ во-преки мнѣнію другихъ ученыхъ, напр. Terrier'a и Hartmann'a.

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

Печальная участь больного, но незавидна и доля врача, т. к. ему остается лишь психически воздействовать на больного. Вотъ эти психические 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 безнадежно”... Вотъ почему, кто изъ насъ не испытывалъ того удручающаго настроенія, которое появляется всякий разъ, когда больной заявляетъ, что у него не проходитъ пища, и кто не прибѣгалъ еще къ одному пріему изслѣдованія такихъ больныхъ, а если хотите—и къ пріему лѣченія—это къ зондированію?

Довольно часто случается, что страдающе ракомъ пищевода больные являются къ врачу съ жалобами на полную непроходимость даже для жидкой пищи, непроходимость, наступившую довольно внезапно и среди относительного 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, самоизрвольно отдѣлившаяся часть новообразованія, т. к. общеизвѣстенъ фактъ, что послѣ такого пріема у больныхъ появляются симптомы рѣзко улучшеннія проходимости, хотя, впрочемъ, симптомы обманчивые.

И мы въ губернской больницѣ до послѣдняго времени всегда прибѣгали къ этому пріему изслѣдованія, который я бы назвалъ 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.

Этого 1913 г. въ хирургическую амбулаторію обратился чиновникъ Е., 42 хѣлѣтъ, 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 невралгіи. Рака пищевода никто не подозрѣвалъ. Тѣлосложенія крѣпкаго; питанія скорѣе хорошаго, чѣмъ худого, хотя больной заявлялъ, что силы его замѣтно слабнутъ. Зо-го июня, 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 менѣшей величины олива. Она остановилась на томъ же уровнѣ; при небольшомъ усилии 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—разсѣянныя сухіе хрипы. Т 38,6. Больной положенъ на Терапевтическое Отдѣленіе.

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

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 большомъ 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 наростающей слабости пульса.

При вскрытии найдено: трупъ мужчины, выше средняго роста, правильного сложенія. Подкожно-жировой слой до 4-хъ ст. толщины въ области бѣлой линіи. Диафрагма справа въ 4-мъ межреберномъ промежуткѣ, слѣва на 5-мъ ребрѣ. Реберные хрящи окостенѣли. Область сердца открыта. Передняя поверхность и края легкихъ пепельно-стѣрой мраморной окраски, эмфизематозны. Лѣвое легкое спаяно съ диафрагмой, доли его спаяны между собою отдѣльными рыхлыми тяжами. Ткань на разрѣзѣ отечна и застойно-полнокровна. Правое легкое спаяно съ пристѣночной плеврой всѣми поверхностями, кроме передняго края. Спайки плотны, при отдѣленіи ткань легкихъ рвется. Всѣ доли уплотнены, на разрѣзѣ зеленовато-буровой 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 склеротической бляшки, частью съ атероматозными язвами. Пищеводъ въ своей средней части представляетъ значительное съуженіе. Длина всей периферіи внутренней стѣнки его менѣе 2-хъ сан., такъ что обыкновенный карандашъ проходитъ съ трудомъ. Внутренняя поверхность его бугристая, а стѣнка самого пищевода утолщена отъ 0,5 до 1 сан. въ разрѣзѣ. На задней стѣнкѣ нѣсколько выше наибольшаго съуженія пищевода расположена язва длиною въ $1/2$ сан. и шириной 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 сообщающейся съ полостью правой плевры. Въ клѣтчаткѣ около задней стѣнки пищевода и по всей его длине расположены частью плотныя, частью распадающейся лимфатическая железки. (Рис. № 1).

На окрашенныхъ срѣзахъ ткани, взятой изъ утолщенной стѣнки на уровнѣ язвы, видно: вся масса утолщенной стѣнки пищевода распадается на 3 слоя: плоскій эпителій слизистой нѣсколько утолщенъ, въ подслизистой клѣтчаткѣ мѣстами разсѣяны железы. Слой гладкихъ мышцъ тотчасъ подъ эпителіемъ выраженъ ясно, а вся утолщенная масса состоитъ изъ островковъ, частью ясно выраженныхъ полигональныхъ клѣтокъ плоскаго эпителія, частью изъ ячеекъ сдавленной и округлой формы эпителіальныхъ 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, большую частью кольцевиднаго расположения. За слоемъ рыхлой клѣтчатки лежитъ лимфатическая железа, пророщенная раковыми клѣтками: мѣстами—плоскаго эпителія, напоминающаго жемчужины, а мѣстами—въ видѣ отдельныхъ ячеекъ, съ клѣтками неправильной формы, частью сдавленными и очертвѣвшими.

Въ срѣзахъ ткани пищевода въ сосѣствѣ съ прободной язвой (рис. № 2) найдено: покровный эпителій, слой гладкихъ мышцъ и глубокія железы 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 железа, срощенная со стѣнкой пищевода и сплошь выполненная раковыми клѣтками (на рисункѣ железа не обозначена).

Столкнувшись съ этимъ фактомъ, я заинтересовался, какъ часто встрѣчаются подобные прободенія пищевода. Несмотря на всѣ страянія, 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 пробода въ литературѣ, быть можетъ, кроется въ томъ, что о неудачахъ авторы сообщаютъ болѣе, чѣмъ неохотно. Но я убѣжденъ, что травматическая 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 скучна, что лично онъ усердно избѣгаетъ прибѣгать къ этому пріему 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 съуженіемъ пищевода на глубинѣ 19 сан. отъ края зубовъ послѣ эзофагоскопіи быстро развилась подкожная эмфизема, и больная погибла. Вскрытие 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 съуженіе на уровне 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. Вскрытие показало: ялѣтчатка 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 септическіе.

III. 11-го января 1908 г. зондированіе и эзофагоскопія больного съ раковыи съуженіемъ пищевода. На уровнѣ 34 сан. кроветочивая опухоль, бугристая, занимающая заднюю и лѣвую стѣнку. 12-го янв. поступилъ въ пропедевтическую клинику при явленіяхъ гнойнаго воспаленія средостѣнія и 14-го янв. скончался. При вскрытии найдено прободеніе пищевода въ 0,3 сан. какъ разъ подъ пухолью, гноиное воспаленіе средостѣнія и плевры и ракъ пищевода съ переносомъ въ печень (XIV томъ работы, исторіи 3802 и 3803).

Такой же случай мнѣ удалось найти въ отчетѣ Факультетской Хирургической Клиники проф. Спикарнаго 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 подъ контролемъ эзофагоскопа по поводу съуженія, наступившаго послѣ ожога щелочью 2 мѣсяца назадъ. Послѣ бужированія выпито $1/2$ 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 часъ, икота. Въ вечеру пульсъ хуже, а утромъ не сосчитывался. Въ 3 час. дня 19-го окт. больная скончалась при явленіяхъ слабости сердца. При вскрытии найдено: въ концѣ верхней трети пищевода имѣлось кольцевидное суженіе. На мѣстѣ его пищеводъ перфорированъ; отсюда ложный ходъ спускался внизъ по клѣтчаткѣ между пищеводомъ и трахеей до самой диафрагмы, здѣсь ходъ кончался гнойникомъ въ самой диафрагмѣ, величиной съ грецкій орѣхъ.

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

Вышеупомянутыя 2-я и 3-я исторіи болѣзни изъ клиники Дьяконова 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 мочеиспускательномъ канатѣ, такъ и тутъ всегда возможно встрѣтить легко ранимую слизистую. На вопросъ, надо ли отказаться отъ

эзофагоскопії даже при ясномъ діагнозѣ, почти всѣми признано, что нѣтъ, т. к. этотъ методъ обезпечиваетъ несомнѣнность распознаванія, ведеть къ изученію формы заболѣваній и на много сотенъ эзофагоскопій въ клиникѣ далъ только 3 случая печального исхода.

Теперь зададимъ себѣ вопросъ, какое же обоснованіе имѣеть зондированіе?

Для распознаванія болѣзни пріемъ этотъ абсолютно не нуженъ, т. к. клиническая картина рака пищевода сплошь да рядомъ бываетъ до нельзя ясна. Развивается ракъ пищевода исподволь, незамѣтно, въ пожиломъ возрастѣ. Сначала происходитъ какъ бы случайное застrevаніе твердой пищи; затѣмъ больные инстинктивно начинаютъ избѣгать твердой пищи, принимаютъ лишь кашицеобразную и жидкую; явленія съуженія затѣмъ все прогрессируютъ, появляются боли, развивается кахексія; по временамъ, когда опухоль распадается, появляются обманчивые симптомы рѣзкаго улучшенія проходимости. Съ такими периодами, то ухудшенія, то улучшенія въ проходимости, болѣзнь рѣдко тянется болѣе года и всегда кончается смертью.

Если зондированіе не нужно для діагноза рака пищевода, то оно не нужно и для определенія мѣста съуженія. Въ настоящее время это легко сдѣлать при помощи рентгеновскихъ лучей. Больному дается висмутовая каша. При проглатываніи ея, больной просматривается лучами. На мѣстѣ структуры получается характерная перетяжка столбика каші.

Излюбленными мѣстами раковыхъ съуженій пищевода, какъ извѣстно, являются отдѣлы его на 18, 33 и 41 сан. отъ края зубовъ (т. е. позади перстневиднаго хряща, на уровне нерекрещиванія бронха пищеводомъ и на мѣстѣ прохожденія его черезъ діафрагму), т. к. въ этихъ мѣстахъ сама природа создала съуженія и, слѣдовательно, стѣнка пищевода подвергается наибольшему раздраженію. О зондированіи съ лѣчебной цѣлью раковыхъ съуженій говорить не приходится: это простой самообманъ. Между тѣмъ, зондированіе крайне опасный пріемъ, и приступать къ нему съ легкимъ сердцемъ врачъ не долженъ. Нужно всегда помнить, что вопреки и опыту, и намѣреніямъ всегда можно попасть въ непріятную исторію, т. к. всегда возможны проходенія пищевода. Раненія пищевода наступаютъ легко въ особенности потому, что, благодаря скорому распространенію раковыхъ массъ по лимфатическимъ путямъ, происходитъ быстрое сращеніе бронхіаль-ныхъ железъ со стѣнкой пищевода и образованіе дивертикуловъ, что и обусловливаетъ легкую ея ранимость.

Остановлюсь на этомъ вопросѣ иѣсколько подробнѣе.

На основаніи ряда опытovъ, Саввинъ различаетъ въ пищеводѣ 2 лимфатическихъ сѣти: одна въ слизистой оболочкѣ, другая въ мы-

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 стволики, сливаясь и анастомозируя другъ съ другомъ, вливаются въ околошицеводную железы. Мышечная сѣть имѣетъ связь съ груднымъ протокомъ, а отдѣльные стволики спускаются къ малой кривизнѣ желудка, къ началу чревной артеріи и поджелудочной железѣ. 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, известный съ 60-хъ годовъ прошлого столѣтія и одно время было забытый, не менѣе опасенъ, чѣмъ зондированіе, т. к. эзофагоскопъ представляетъ изъ себя неподатливую металлическую трубку въ формѣ сильно съуженного и растянутаго маточнаго зеркала съ нижнимъ скошеннымъ концомъ, закрываемымъ при введеніи обтурапторомъ, находящимся на концѣ вставляемаго въ трубку зонда, съ электрической лампочкой и призмой, которая вставляются въ верхній конецъ трубы. Эзофагоскопъ, правда, внесъ нѣкоторое улучшеніе въ диагностику 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 насосѣдніе 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 вскрытии на задней стѣнкѣ пищевода, въ томъ мѣстѣ, где 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. Застрявший 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 раннѣмость. 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 !), которые по однимъ авторамъ встречаются 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 всегда является воспалительно-язвенный процессъ, гнѣздящійся въ воронкѣ дивертикула и развивающійся вслѣдствіе внѣдренія въ послѣдній инородныхъ тѣлъ или твердыхъ частицъ пищи“. Говорить о другомъ объясненіи—возможности прощенія стѣнки пищевода раковымъ новообразованіемъ, которое распадаясь даетъ поводъ къ образованію глубокихъ язвъ,—мнѣ кажется, мы не имѣемъ права. Какъ показало микроскопическое изслѣдованіе (рис. № 2), покровный эпителій, слой гладкихъ мышцъ и глубокія железы въ сосѣдствѣ съ прободной язвой были не измѣнены, хотя въ слоѣ поперечно-полосатыхъ мышцъ ясно замѣтны раковые массы. Что касается вопроса, съ какимисосѣдними 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 процентные отношенія приложимы и къ травматическимъ прободеніямъ пищевода

Прижизненный діагнозъ прободенія въ кровеносные пути не представляетъ никакого затрудненія, т. къ клинической картины 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 менѣе внезапно гнойными воспаленіями тѣхъ органовъ, въ которые произошло прободеніе. „Но правильное истолкованіе этихъ явленій, говоритъ Русловъ, встречаетъ затрудненіе въ томъ отношеніи, что при ракѣ пищевода нѣрѣдко возникаютъ воспалительные процессы въ плеврѣ, перекардіи, легкихъ и т. п. безъ прободенія пищевода и безъ распространенія ракового новообразованія на эти органы“. Возникновеніе подобныхъ процессовъ объясняется, по моему, вліяніемъ патогенныхъ микробовъ, въ особенности если принять во вниманіе частоту прощенія пищевода во всю толщу и, следовательно, изъязвленія слизистой.

На основаніи изложенаго я позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1) Новообразованія 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 отношении медицинской помощи стоитъ въ исключительныхъ условіяхъ: мы не можемъ радикально изѣбъть 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 ракѣ пищевода также является выражениемъ нашего безсилія, и ее лучше не производить: удлинить жизнь больныхъ на сколько нибудь продолжительное время она не можетъ, улучшеніе даетъ только вскорѣ послѣ операциі, а затѣмъ ведетъ къ диспептическимъ явленіямъ, и больные предпочитаютъ ъсть хоть мало черезъ ротъ, чѣмъ много, но черезъ свищъ.

4) Зондированіе крайне опасный методъ изслѣдованія, и операциія 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 бронхіальныxъ железъ со стѣнкой пищевода—зондированіе нерѣдко ведетъ къ раненію пищевода, а слѣдовательно, къ медіастиниту, 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 кроме 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 ракѣ пищевода и его леченіи. 2) С. П. Федоровъ. Наблюденія изъ Хир. Отд. Больницы св. царицы Александры. 3) П. И. Дьяконовъ. З-й обзоръ научной дѣятельности Госпит. Хир. Клиники М. У. 4) 6-ой обзоръ научной дѣятельности Госп. Хир. Кл. М. У. 5) Отчетъ Факульт. Хирур. Клин. проф. Спижарнаго 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 эзофагоскопіи (авторефератъ). 10) И. А. Русловъ. Къ казуистикѣ и діагностикѣ раковыхъ прободеній пищевода въ дыхат. пути. Мед. Обоз. 1899 г.

КЪ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ.

Л. Л. Мокровского.

(Изъ Хирургического Отдѣленія Вологодской Губернской Земской больницы).

Всѣ русскія работы обѣ операцийъ на желчныхъ путяхъ констатируютъ незначительное количество этихъ операцийъ, произведенныхъ русскими хирургами. Въ то время какъ американскіе и нѣмецкіе хирурги сообщаютъ о тысячахъ произведенныхъ ими операций на желчныхъ путяхъ,—русскіе хирурги сообщаютъ только о десяткахъ такихъ операций. Проф. Kehr свою послѣднюю монографію основываетъ на 2000 произведенныхъ имъ операций. Проф. Körte въ монографіи, изданной въ 1905 г., сообщаетъ о 487 операцийъ. Американскіе хирурги братья Mayo въ работѣ, изданной въ 1911 г., сообщили о 4000 своихъ операций на желчныхъ путяхъ. На 9-мъ Съѣзѣ Россійскихъ Хирурговъ въ декабрѣ 1909 г. выдающимися русскими хирургами были приведены цифры произведенныхъ ими операций на желчныхъ путяхъ. Проф. А. В. Мартыновъ упомянулъ о произведенныхъ имъ 20 операцийъ, проф. И. П. Алексинскій—30, д-ръ Березкинъ—40, д-ръ Красинцевъ—7. На томъ же съѣзѣ проф. С. П. Федоровъ, обладающій самымъ большимъ числомъ этихъ операций изъ русскіхъ хирурговъ, дѣлалъ докладъ о хирургіи желчныхъ путей на основаніи собственныхъ 84 операций. Въ 1908 году проф. Н. М. Волковичъ сообщилъ о 20 произведенныхъ имъ операцийъ; въ этой же работѣ онъ приводитъ всего 165 операцийъ, произведенныхъ русскими хирургами, начиная съ 1885 г., когда произведена первая въ Россіи операция на желчныхъ путяхъ Тернеромъ. Въ 1905 г. проф. М. М. Кузнецовъ сообщилъ о 21 операциі. Въ 1911 году д-ръ Б. К. Финкельштейнъ сдѣлалъ сообщеніе на основаніи 68 произведенныхъ имъ операций. Д-ръ П. С. Иконниковъ въ трудахъ клиники проф. С. П. Федорова за 1908 г. высказываетъ, что общее число произведенныхъ русскими хирургами операций при заболѣваніи желчныхъ путей „врядъ ли превосходитъ 2-2 $\frac{1}{2}$ сотни“. Изъ земскихъ врачей пока еще никто не сдѣлалъ обзора своихъ операций на желчныхъ путяхъ, кроме д-ра В. К. Трофимова, сообщившаго о 2-хъ произведенныхъ имъ операцияхъ въ Пензенской губернской больнице.

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

шимъ цифрамъ иностранныхъ хирурговъ нельзѧ 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 отягощенніи разъѣздами, врядъ ли получаетъ всегда болѣе или менѣе точную диагностику.

Рѣзкіе симптомы заболѣванія желчныхъ путей приходится встрѣчать въ меньшинствѣ случаевъ. Kehr утверждаетъ, что въ 90% желчно-каменной 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. Отхожденіе камней, обезцвѣчиваніе испражненій бываетъ также не всегда; эти симптомы возможно замѣтить только при тщательномъ наблюденіи за больнымъ. Съ хирургіей желчныхъ путей повторяется та же история, что съ хирургіей другихъ областей. Лѣтъ 20—25 тому назадъ существовалъ взглядъ, что внѣматочная беременность въ Россіи встречается рѣже, чѣмъ на Западѣ. Затѣмъ съ развитіемъ гинекологіи въ Россіи, сперва по крупнымъ центрамъ, стали считать, что внѣматочная беременность встречается чаще въ городахъ. Съ развитіемъ же гинекологіи въ земскихъ больницахъ пришлося убѣдиться, что внѣматочная беременность одинаково присуща какъ городскому, такъ и деревенскому населенію.

Съ хирургическою помощью при желчныхъ заболѣваніяхъ история 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 операциіи на желчныхъ путяхъ. Въ Воло-

годской Губернской Земской больнице 1 я операција 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 операцији по поводу заболѣваній самой печени (эхинококки, абсцессы, опухоли). Въ виду незначительности распространенія 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 городахъ и возможно почти про всѣхъ сказать о длительныхъ результатахъ операций. Исходы операций могутъ послужить материаломъ 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 печеночного протока—1,

холедохотомія и гастроэнтеростомія—1.

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

Изъ холецистэктомій 2 кончились смертью, холецистэктомія съ дренажемъ печеночного протока также кончились смертью. Остальные 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 операциіи 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 операциіи на желчныхъ путяхъ стали производиться подъ этимъ наркозомъ. Исключеніе составляеть только случай 10-й, при которомъ въ 1914 году пришлось примѣнить хлороформъ—эфирный наркозъ, такъ какъ всѣ подкожные вены были настолько малы, что никакъ не удалось ввести катетеръ. Наркозъ при операцияхъ на желчныхъ путяхъ составляеть одно изъ самыхъ главныхъ условій успѣха операций. Кэръ предостерегаетъ отъ примѣненія

хлороформа. У желтушныхъ онъ считаетъ хлороформъ безусловно противупоказаннымъ; у нихъ, по его мнѣнію, допустимъ только эфиръ. Хорошій наркозъ, по мнѣнію Kehr'a, при операцияхъ на желчныхъ путяхъ имѣетъ болѣе значенія, чѣмъ самая лучшая операционная 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 операций на желчныхъ путяхъ, имѣетъ не малое значеніе; на сторонѣ гедонала и то преимущество, что отъ него крайне рѣдко въ послѣ-операционномъ періодѣ бываетъ рвота и такимъ образомъ достигается лучшій „покой швовъ“.

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

Изъ методовъ операциіи 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 съсосѣдними органами. Сморщивание 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 съсосѣдними органами. Оставлять изуродованный полостной органъ, не могущій уже функционировать своими активными тканями—мышцами и железами—обусловившій уже рѣзкія воспалительные явленія въ окружающихъ органахъ, даже въ періодѣ своей болѣе полной функциональной способности, намъ казалось крайне рискованнымъ. Оста-

влять же пузырь вмѣстѣ со всѣми спайками его съсосѣдними органами, послѣ того какъ изслѣдованіями Kehr'a, Bardeleben'a, Федорова доказано, что часто такъ называемыя печеночные колики зависятъ не отъ камней, а отъ этихъ спаекъ, намъ казалось опаснымъ въ томъ отношеніи, что бывшія до операциіи болѣзненныя ощущенія могли бы остаться и послѣ. Имѣя же въ виду наблюденія хирурговъ съ большимъ опытомъ въ хирургіи желчныхъ путей, по которымъ рецидивы заболѣванія при операциіи съченія или образованія наружнаго свища желчнаго пузыря бываютъ чаще, чѣмъ при изсѣченіи пузыря, кромѣ того, имѣя въ виду данныя, по которымъ запущенные случаи воспаленія 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 операциѣ, за то обезпечивающая отъ возвратовъ, грозныхъ осложненій, избавляющая почти всегда больныхъ отъ бывшихъ до аперациіи болѣзненныхъ явлений—нами препочиталась болѣе легкой, за то менѣе надежной: о всѣхъ отношеніяхъ холецистотоміи или холецистостоміи. „Удаленіе органа“—по моему, не должно пугать, если прибавить „не функционирующаго, грозящаго вредными послѣдствіями, быть можетъ, повторной операцией или ракомъ“. Авторитетъ бр. Mayo, высказывающихъ часто за холецистотомію и очень часто производящихъ ее, не можетъ поколебать предпочтенія, отдаваемаго изсѣченію пузыря. Предпочтеніе, американскими хирургами оказываемое съченію пузыря передъ изсѣченіемъ его, объясняется, быть можетъ, особенностями постановки хирургіи въ Америкѣ. Тамъ всякое вскрытие брюшной полости сопровождается всестороннимъ опупываніемъ органовъ брюшной полости. При этомъ нерѣдко попадаются заболѣванія желчныхъ путей въ самыхъ раннихъ стадіяхъ, съ самыми незначительными измѣненіями. Такъ, у оперированныхъ братьями Mayo за то 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 имѣютъ чаще дѣло не съ запущенными случаями.

Что касается вообще показаній къ оперативному или терапевтическому лѣченію, то обѣ этомъ я выскажусь, предварительно изложивъ данныя обѣ 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., безболѣзненныя, дни по 3, приходятъ

черезъ мѣсяцъ. Спиртные напитки и табакъ не употребляеть. 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; запоръ не было. Желтухи не было. Приступъ продолжался около 3-хъ дней. По совѣту врача, больная въ это время принѣла глистогонное, при чёмъ выдѣлилось очень много ленточныхъ глистъ. 2-й приступъ съ такими же явленіями повторился черезъ 3 мѣсяца; послѣ глистогонного на этотъ разъ глисты не выдѣлялись. 3-й приступъ повторился черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца. До сего времени такие 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 безболѣзnenна, но резистентна. Моча нормальна. Послѣ предварительной подготовки 18-го октября операциѣ. Сначала наркозъ хлороформный 25,0 въ 45 минутъ; затѣмъ эфирный 150,0 въ 1 ч. За м. Разрѣзъ стѣнокъ живота по краю сдвинутаго кнутри прямого мускула. Печень увеличена, опущена книзу. Пузырь въ спайкахъ, припаянъ къ поперечной кишкѣ, срощенъ плотно съ печенью. По раздѣленіи спаекъ его отдѣлили отъ печени. Онъ увеличенъ, съ очень толстыми стѣнками, толщина стѣнокъ неравномѣрная. 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 отѣленъ вмѣстѣ съ ductus cysticus на протяженіи послѣдняго cm. 2. Культия прижжена acid. carbolic. liquefact. Надъ культией сшила клѣтчатка. Брюшина надъ ложемъ пузыря не стянулась. Печень кровоточила умѣренно. Поставлена турунда. Швы. Послѣоперационное теченіе правильное, только вечеромъ дня операциї рвота. Т. не была выше 37,3. Пульсъ не больше 96. Турунда удалена на 2-й день. Съ 4-го дня стало слабить 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. Операциѣ: 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 кровотечения. 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. Менструациі съ 16 л., не очень обильныя, черезъ мѣсяцъ 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 мѣсяцъ: были поносъ и слабость. 12 лѣтъ перенесла малярію, въ теченіе года съ промежутками. 2 раза—брюшной тифъ: 21 г. и 46 лѣтъ. Начало настоящаго заболѣванія болыка относить 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, вздутиемъ живота въ правомъ подреберіи. Повышенія t^0 не было. Желтухи также не было, хотя отмѣчалась легкая желтушная окраска склеръ; приступы продолжалися 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 рисового 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 сѣрыя испражненія. 11-го окт. снова приступъ: запоръ, рвота, боли въ области желчнаго пузыря, рѣзкая желтушная окраска всѣхъ покрововъ; приступъ продолжался дня 3; боль въ печени осталась послѣ приступа. 29-го t^0 поднялася до 38°. 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—операциѣ. Хлороформъ. Пузырь сморщенъ, стѣнки рѣзко утолщены. Пузырь спаянъ съ сальникомъ, поперечной кишкой. Спайки крайне трудно было отдѣлять вслѣдствіе сильной кровоочиности. Кровоточила сплошь вся ткань, не только видимые сосудики. Пузырь выдѣленъ. Пузырный протокъ рѣзко расширенъ. Въ печеночномъ протокѣ находится камень $2\frac{1}{2}$ ctm. \times $1\frac{1}{2}$ ctm., 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 операционномъ столѣ влито подъ кожу $1\frac{1}{4}$ литра солевого раствора. Вскорѣ повязка была пропитана кровью. Пульсъ постепенно падалъ. Впрыскивали

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

Случай 3-й. Cholecystitis calculosa. Операциі: 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 ще заболѣваніе началось въ серединѣ сентября болью въ правомъ подреберью, распространяющейся на весь правый бокъ. Въ концѣ сентября былъ 2-й приступъ боли въ правомъ подреберью. Оба приступа продолжались по нѣсколько 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 подреберью. При пальпациіи особенно чувствительна область желчнаго пузыря. Въ правомъ подреберью ощущается резистентность. Со стороны сердца, легкихъ и почекъ уклоненій не обнаружено. 24 ноября операциія—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 пузырѣ перетяжка. На верхней поверхности печени соотвѣтственно пузырю замѣчаются рубцы. Въ пузырѣ находятся камни. Поверхность пузыря на большей части своей сращена съ кишкой. Спайки не очень плотныя. Разрѣзъ брюшины по бокамъ пузыря. Пузырь вылущенъ 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. Кулья 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 операциіи рвота. Пульсъ 120. Ночью рвоты не было. 26-го перевязка турунды вытянуты на $1/4$ длины, t^0 37—37,3. Пульсъ 104—100. 27-го турунда извлечена еще на $1/4$. t^0 36,7—37,1. Пульсъ 85—89. 28-го турунда вся извлечена, замѣнена маленькой только кожной турундой, t^0 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. Стуль хороший. Съ 2-го декабря t^0 не выше 37, пульсъ не болѣе 88. 13-го выписалась съ хорошимъ самочувствiемъ. Черезъ $1\frac{1}{2}$ года показывалась. Приступовъ боли за это время не было. Бываютъ небольшiя 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 подреберья, появляющуюся при нажатiи. Въ декабрѣ 1910 года появилась желтуха, передъ этимъ болѣла грудь и былъ кашель въ теченiе 4-хъ недѣль. Желтуха держалась до марта 1911 г., въ мартѣ прошла совершенно. Была тогда утомляемость и вялость. Въ январѣ боли въ правомъ подреберья и въ теченiи 2-хъ недѣль повышенiе t^0 до 39,8; лежалъ въ больнице. Въ октябрѣ желтуха появилась вновь и тянется до сихъ поръ. Въ настоящее время желтуха рѣзкая; отмѣчается вялость. Легкiя и сердце не измѣнены. Пульсъ 50. Печень увеличена — легко прощупывается ниже края реберъ. T^0 нормальна. Общее питанiе среднее. Асцита нѣтъ. Моча содержитъ много желчныхъ пигментовъ. Испражненiя сѣраfо цвѣта. Черезъ 3 дня ставимъ клизмы изъ молочнокислого кальцiя. 12 янв. 1912 г. операция. Хлороформъ. Эфиръ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю праваго прямого мускула. Печень увеличена, опущена. Желчный пузырь рѣзко раздуть и выстоитъ изъ-псдъ печени, спаянъ съ сальникомъ. Дно пузыря cm на 3 выступаетъ изъ-подъ края печени. Въ головкѣ поджелудочной железы прощупывается уплотненiе, вправо отъ него прощупывается также уплотненiе, но вдвое менѣе — лимфатическая железа. Уплотненiе въ головкѣ — съ небольшое куриное яйцо. Въ окружности много плотныхъ железокъ. Пузырь обложенъ салфетками, пунктируется. Извлечено слизистой желчи около 200 куб. сант. Послѣ опорожненiя пузырь вскрыть. Пузырь былъ вшиятъ въ брыжжейку поперечной кишкi, между его дномъ и тощей кишкой, отступя отъ *plica* cm 30, наложено соустiе. На кишку выше и ниже соустiя наложено соустiе (entero-entero-anastomosis). Кровотечеiе незначительное. Животъ зашить наглухо. Послѣоперационное теченiе гладкое. T^0 поднималась только вечеромъ на 2-й день до 37,8. Пульсъ строго соответствуетъ температурѣ. Швы сняты на 9-й день. 28-го января выписанся. Желтуха къ этому времени почти совершенно прошла. 19-го апрѣля 1912 года поступилъ снова въ очень плохомъ состоянiи. Въ подложечной области прощупывается плотная бугристая опухоль. Затрудненiе въ проходимости pylorus. Рѣзкiя боли въ спинѣ. Отеки нижнихъ конечностей. Желтухи почти нѣтъ; слегка только окрашены склеры. Общее питанiе значительно ухудшилось. 5-го мая въ виду совершенной невозможности операциi и крайне сильныхъ болей переведенъ на терапевтическое отдѣленiе.

Случай 5-й. Cholecystitis calculosa. Операція: 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 врачемъ поставленъ діагнозъ—ракъ или язва желудка. За послѣдніе 4 мѣсяца тохудѣлъ 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. Операція нѣсколько дней откладывалась изъ-за появившагося бронхита. 22 д'екабря—operatio. Хлороформъ—эфиръ. Разрѣзъ по краю сдвинутаго прямого мускула. Воідя въ полость живота, дошли до желчнаго пузыря. Онъ былъ рѣзко сморщенъ, спаянъ съ сальникомъ, желудкомъ и двѣнадцатиперстной кишкой. Желудокъ сильно растянутъ—дно его пальца на 2 поперечныхъ не доходитъ до уровня пушка. Спайки пузыря раздѣлены. Онъ чень плотны; раздѣлялись съ трудомъ. Въ пузырѣ мелкіе камни. Часть пузырного протока оставлена—къ ней притянута плотно воротная вена. Кулья погружена подъ окружающія ткани, брюшина стянута надъ нею. Къ мѣсту операціи 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 соотвѣтствовалъ температурѣ. 2—3 раза была задержка газовъ. На мѣстѣ удаленного пузыря кровоизліяніе, кровь, видимо, прошла на верхнюю поверхность печени; вслѣдствіе этого рѣзкая почти безпрерывная 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 грамовъ 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 вѣсь, видимо, скоро пріобрѣтенъ обратно. Явленій, бывшихъ до операціи, не повторялось. Въ области рубца, въ той его части, где 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, соотвѣтственно 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 недостачъ брюшного пресса. Рус. Врач. 1907. № 43).

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

Ѳ. Т-а. Мѣщанка г. Вологды, 65 л. Поступила 23-го іюля 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 здоровая. 2 мѣсяца тому назадъ у нея появились сильныя боли въ правомъ подреберью, рвота. Давали опій, клали пузырь съ горячей водой на животъ. Съ этого времени боли продолжались все время. Аппетитъ плохой. Вскорѣ послѣ ъѣды является рвота. Страдаетъ постоянными запорами. Сердце и легкіе безъ измѣненій. Tremor въ рукахъ. Питаніе сносное. Тѣлосложеніе правильное. По средней линіи живота внизу рубецъ отъ бывшей операциіи. Не очень рѣзкая желтуха. Область печени при ощупываніи болѣзnenна. Въ день поступленія приступъ печеночной колики. 28-го приступъ боли въ правомъ подреберью. Боль очень сильная. 30-го іюля операциія подъ гедоналовымъ наркозомъ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю прямой мышцы, начиная отъ края реберъ книзу ctm. 15, къ этому основному пришлось послѣ добавить поперечный кнаружи параллельно реберному краю. По вскрытии брюшной полости обнаружено слѣдующее: желчный пузырь въ спавшемся состояніи, очень малъ, спаянъ 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, вслѣдствїе 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 температурѣ. 10-го августа, т. е. на 12-й день послѣ операциіи, 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, hepatitis et renum parenchymatosa. Nephritis interstitialis chronica. Adipositas universalis. Pleuritis fibrinosa purulenta dextra et gangraena pulmonis dextri lobi secundi. Hyperplasia pulpaеlienis et gland. lymphaticarum bronchialium.

Случай 7-й. Appendicitis et cholecystitis calculosa. Операциія—Appendectomy 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 повышения температуры. 4 года тому назадъ была удалена матка по поводу фибромы. Беременности не было. 15-го подъ гедоналомъ operatio. Разрѣзъ, нѣсколько отступая отъ старого 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). Сращенія сальника разъединены, обниты. Осмотрѣнъ appendix. Онъ невеликъ, расположень книзу отъ слѣпой. Въ серединѣ перетянутъ тяжомъ слаекъ, которыя осѣдлали его и образовали какъ бы странгуляціонную полосу. Спайки раздѣлены, appendix удаленъ. Культя обычно погружена. Осмотрѣнъ желчный пузырь. Онъ сморщенъ, спаекъ вокругъ него не обнаружено. Въ немъ камень величиной съ виноградину. 1-й разрѣзъ зашить на-глухо. Сдѣланъ 2-й разрѣзъ по краю сдвинутой прямой мышцы, длиною ctm. 15, отступая 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. Тошило. Нѣсколько разъ срыгивала желчью. 16-го t° 38, пульсъ 100. Вечеромъ t° 38,9, пульсъ 120. 17-го t° утромъ 37,6, пульсъ 100. Веч. t° 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. Оператія: Cholecystoenterostomia.

Е. О., крестьянка, Грязовецкаго у., 33 лѣтъ. Поступила 20 марта 1913 г. Заболѣла $1\frac{1}{2}$ 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 замѣтать желтизну въ лицѣ. Желтуха иногда пропадала. Испражненія были съраго цвета. При осмотрѣ найдено—больная слаба, кожа и склеры желтуши о окрашены. Въ сердцѣ и легкихъ видимыхъ измѣненій нѣтъ. Отековъ и асцита нѣтъ. Печень увеличена пальца на 4. Рѣзкое притупленіе распространяется ctm. на 6—7 книзу отъ края реберъ. Селезенка увеличена и прощупывается, t° —37,4. З апрѣля—испражненія съраго цвета. Жалуется на головную боль. t° —20. Положеніе безъ измѣненій. Жалуется на головную боль.

Ставятся черезъ день клизмы изъ молочно-кислого кальція. Т° време-
нами доходитъ до 37,7. Какъ будто похудѣла. 26-го бывшая до того
т° не выше 37,7 поднялась до 40, жалуется на сильную боль въ области
печени. При ощупываніи область желчнаго пузыря напряжена, бо-
лѣзъненна. 28-го т° 37,1, боли въ животѣ нѣтъ. Съ 30-го по 15-е мая
т° нормальна, самочувствіе удовлетворительное. 14-го мая подъ гедо-
наломъ—операциі. Разрѣзъ по краю сдвинутаго кнутри прямого мус-
кула. Желчный пузырь невеликъ, напряженъ; стѣнки его тонки. Проб-
нымъ шприцемъ изъ него добыта зеленоватая жидкость. По *ductus choledochus* нашупано много мелкихъ камней. Въ области его сплошныя
спайки. Удалить камни не удалось; протолкнуть ихъ также. Желчный
пузырь протянутъ подъ *colon transversum* въ отверстіе брыжжейки и фик-
сированъ къ ней 3 швами. Наложенъ анастомозъ между пузыремъ и
тонкой кишкой. Соустіе наложено на протяженіи 1 $\frac{1}{2}$ —2 ctm. Стѣнка
пузыря была очень тонка, легко рвалась, а при фиксированіи ея къ
брывжжейкѣ стѣнка прокололась насквозь и изъ пузыря хлынула
струйкой желчь. Нѣсколько ея попало въ брюшную полость. По наложеніи
соустія прилежапія кишки протерты влажными марлевыми салфетками.
Брюшная рана зашита наглухо. Проснулась въ 5 час. вечера; т° 39,9,
пульсъ 120.

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

На аутопсіи оказалось—*Cirrhosis hepatis hypertrophic*. *Calculi ductus choledochi*. *Pleuritis chronica fibrosa*. *Peritonitis circumscrip*ta. *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*. Операциі—*choledochotomia transduodenalis*. *Gastro-enterostomia retrocolica*.

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

13-го сентября. Жалуется на боли въ правомъ подреберью 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. Истощена.
Вѣсъ 2 пуда 30 ф. т° часто доходитъ до 40 и выше. Какой-либо опу-
холи въ животѣ прощупать не удается. Печень значительно увели-
чена. Со стороны сердца и легкихъ особыхъ измѣненій не найдено.
Запоровъ нѣтъ.

25-го октября подъ гедоналомъ операциі. Разрѣзъ по краю ото-
двинутаго прямого мускула. ctm. 15 длиной. По вскрытии 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 желчного 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 кишкы. Послѣдняя легко вытянулась въ разрѣзъ стѣнокъ живота. Поперечнымъ разрѣзомъ стѣнки ея вошли въ двѣнадцатиперстную кишку, нашупали тамъ камень подъ противоположной стѣнкой ея. Попытки протолкнуть камень не увенчались успѣхомъ. Стѣнка кишкы надъ камнемъ разрѣзана, камень извлечень. По извлеченіи его потекла желчь. Разрѣзъ слизистой и стѣнки протока зашить. На кишку обычный 3-хъ-этажный шовъ. Въ виду возможности большаго съуженія *pylori* вслѣдствіе спаекъ, рѣшено сдѣлать *gastro-enterostomia*, что и исполнено по общимъ правиламъ. Брюшная рана зашита наглухо.

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

14 февраля 1914 г. осмотрѣна. Сильно поправилась, пополнѣла. Желтухи нѣтъ. Запоровъ нѣтъ. Мѣсяца $1\frac{1}{2}$ на самой грубой пищѣ. Часто исключительно на черномъ хлѣбѣ. Съ мѣсяца работаетъ по-прежнему—стираетъ, поднимаетъ тяжести

Случай 10-й. *Cholecystitis calculosa*. Операциія: *cholecystectomy*.

А. К. Мѣщанка г. Вологды, 54 л. Поступила 3-го января 1914 г. Жалуется на сильныя боли въ подложечной области. Больна лѣть 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 нового года было 4 приступа. Особой кахексіи нѣтъ, но разсказываетъ, что за послѣднее время стала слабнуть. Прощупать какой-либо опухоли еъ верхней части живота не удается. Область печени болѣзни.

10-го января 1914 г., подъ хлороформъ-эфирнымъ наркозомъ операциія. Сначала пробовали дать гедональ, но не удалось, такъ какъ вены подкожныя были крайне малы. Разрѣзъ параллельно краю реберъ 15 cm . Часть прямой мышцы разрѣзана поперекъ. По вскрытии брюшины 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 пузырѣ нѣсколько подозрительнымъ, его отъ печени не отдѣляли, а печень подъ пузыремъ резецировали пластомъ въ $1/2$ ctm. толщиной. Вытягивая желчный пузырь, убѣдились, что онъ тянется глубоко и въ серединѣ имѣть перетяжку. Форма его въ видѣ песочныхъ часовъ, при чмъ болѣе глубокая часть расширенна и наполнена массой мелкихъ камней.

Эта расширенная часть легко отдѣлилась отъ двѣнадцатиперстной кишки. Пузырный протокъ вытянутъ ctm. на 3, перевязанъ и отсѣченъ. Культа его прижжена ac. carbol. и погружена. Art. cystica непревязана изолированно. Мѣсто печени, гдѣ было ложе пузыря, перитонизировано только отчасти. Къ мѣсту пузыря турунда.

Вечеромъ т⁰ 36.2. Пульсъ 80. Не проснулась. Нѣсколько разъ рвота зеленую. 11-го янв. т⁰ 37. Пульсъ 88. Рвоты не было. Общее самочувствіе хорошее. Вечеромъ т⁰ 38. Пульсъ 108. Общее самочувствіе удовлетворительное. 12-го т⁰ 37,5-38,1. Пульсъ 100. Турунда извлечена. 18-го швы сняты. Prima. 30-го выписалась съ хорошимъ самочувствіемъ. Черезъ 5 недѣль послѣ операциіи была осмотрѣна. Самочувствіе хорошее. Боли въ животѣ нѣтъ.

Микроскопическое изслѣдованіе стѣнокъ обнаружило:

Слизистая имѣетъ язвочки. Мышечный слой замыщается рубцовой тканью. Мышечные волокна сохранены на нѣкоторыхъ местахъ только единичными волоконцами. 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 діагностицѣ 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 осложненій. Такъ, въ 5-мъ случаѣ на первый планъ выступали признаки съуженія выхода изъ желудка. Д-ръ А. С. Казначенковъ въ Трудахъ Клиники проф. В. А. Оппеля высказываетъ, что съуженіе привратника на почвѣ желочно-каменной болѣзни встрѣчается нерѣдко и можетъ симулировать первичное заболѣваніе желудка. въ 9-мъ случаѣ изъ-за такого съуженія мнѣ, кромѣ съченія общаго желчвыносящаго протока, пришлось сдѣлать еще гастроэнтеростомію. У Körte на 292 случая желочно-каменной болѣзни одновременное съуженіе привратника было отмѣчено 7 разъ, у Kehr'a на 2000 операций по поводу заболѣванія желчныхъ путей произведено 145 гастроэнтеростомій и 36 pyloroplastic'т. Иногда крайне трудно поставить дифференціальную діагностику между закупоркой камнемъ общаго желчнаго протока и злокачественнымъ новообразо-

ваніємъ по сосѣдству съ нимъ. Въ силу этого легко признать инку-
рабильность тамъ, гдѣ оперативное лѣченіе могло бы дать радикаль-
ное исцѣленіе. Случай 4-й скорѣе позволялъ предположить присут-
ствіе камня въ общемъ желчномъ протокѣ, чѣмъ случай 9-й. За это
говорили и анампезъ и общій *habitus*. По вскрытии брюшной полости
оказалось какъ разъ наоборотъ. Инкурабильность легко было запо-
дозрить и въ случаѣ 5-мъ, осложненномъ явленіями съуженія выход-
ной части желудка. Нерѣдко только пробная ляпартомія можетъ
установить истинную діагностику. Еще труднѣе заранѣе опредѣлить,
насколько рѣзкія измѣненія имѣются въ пузырѣ. 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 найденные измѣненія оказались сравнительно
менѣе выраженнымъ, хотя и болѣзнь тянется чуть не вдвое больше.
Врядъ ли возможно бываетъ иногда отличить заболѣваніе желчныхъ
путей отъ заболѣваній червеобразнаго отростка. При высокомъ по-
ложениі слѣпой кишкѣ или же при подтянутомъ кверху червеобраз-
номъ аппендицѣ трудно рѣшить, въ какомъ органѣ сосредоточены
болѣзненные явленія; интоксикаціонная желтуха при аппендицитѣ
можетъ также запутать поиски источника заболѣванія. Въ 7-мъ слу-
чаѣ трудно рѣшить, какие признаки относились къ аппендициту и
какие 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 уѣхалъ бы
гораздо чаще и немалый процентъ тяжело больныхъ былъ бы спа-
сенъ“. Эти слова становятся еще болѣе выразительными для настоя-
щаго времени, когда хирургія желчныхъ путей за послѣдніе 20 лѣтъ
достигла громадныхъ успѣховъ въ техникѣ.

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 не-
рѣшеннымъ вопросъ, откуда болѣйной долженъ получить надлежащую
помощь—отъ терапевтическихъ ли мѣропріятій или отъ операциії?
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 операцию какъ
на *ultimum refugium*“. Миѣ думается, такой взглядъ не соотвѣтствуетъ
дѣйствительному положенію вещей. Данныя патологической анатоміи
врядъ ли даютъ возможность надѣяться на возстановленіе измѣнен-
наго хроническимъ воспаленіемъ пузыря. Изъ патологической ана-
томіи извѣстно, что регенерация мышцъ происходитъ въ очень рѣ-
дкихъ случаяхъ и въ ограниченныхъ размѣрахъ. Возстановленіе утра-

ченныхъ слизистыхъ железъ врядъ также можетъ имѣть большое мѣсто. Вслѣдствіе этого приходится признать, что въ результатѣ воспаленій въ желчномъ пузырѣ функція постепенно утрачивается, способность его опорожняться теряется, въ результатѣ же зѣстоевъ содергимаго 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 усиливалась съ теченіемъ времени приступы. Первые изъ нихъ сопровождались только болью, въ слѣдующихъ, явленія усиливалась, становились постоянными. Камни сначала маленькие 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 ронически воспаленного желчного пузыря или протока видно, что равновѣсіе между тканями уже утрачено; съ теченіемъ времени это нарушеніе можетъ только усиливаться. Въ любой моментъ призрачное благополучіе „скрытаго периода“ можетъ рѣзко и неожиданно нарушиться. Клиницистами картина изображается, какъ „характерная для приступа желчныхъ коликъ боли, очень сильныя, схваткообразнаго характера появляются большою частью вдругъ безъ всякихъ предвестниковъ, часто ночью, во время полнаго покоя“. (Иконниковъ). Роль терапевта должна сводиться къ увеличенію возможности скорѣйшаго наступленія этого „скрытаго периода“ для того, чтобы передать больного хирургу. Роль хирурга сводится къ рациональному использованію этого периода для предотвращенія возможности приступовъ въ будущемъ, т. е. для оперативнаго воздействиія на пораженную область. Иное раздѣленіе ролей трудно допустить. Непонятно звучать слова Riedel‘я, приводимыя Иконниковымъ, будто „маленькие камни принадлежать почти всѣ внутренней медицинѣ, большие хирургіи“. Случай 2-й указываетъ, какъ можно въ надеждѣ на то, что у большого маленькихъ камни тянутъ время, дождаться до большого, а вскорѣ и до летальнаго исхода. Чѣмъ раньше воспользоваться хирургу для упомянутой цѣли „скрытымъ періодомъ“, тѣмъ лучше для больного. Въ ранніхъ стадіяхъ придется имѣть дѣло съ меньшими измѣненіями, оперативное вмѣшательство будетъ легче, всякихъ осложненій этого вмѣшательства будетъ меньше. Чѣмъ меньше спаекъ, тѣмъ меньше времени на операцию, 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 операциі 15 лѣтъ. Чѣмъ раньше оперировать, тѣмъ меньше шансовъ на возможность появленія разнаго рода осложненій болѣзни. Не даромъ ракъ желчнаго пузыря у больныхъ желчно-каменной болѣзнию въ Америкѣ встрѣчается въ 2%, а въ Россіи въ 8% (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. И. Боткина т. 2-й. *Проф. С. И. Федоровъ.* 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 техникѣ. 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. И. Федорова. Т. 2-й, 2-я, 1908 г. *А. С. Казаченковъ.* Къ вопросу о съуженіяхъ 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 Съездовъ Россійскихъ Хирурговъ. *А. Ф. Башкировъ.* Хроническая непроходимость общаго желчнаго протока. Дисс. С.-П.-Б. 1909 г. *Г. И. Волынцевъ.* О показаніяхъ къ хирургическому лѣченію при заболѣваніяхъ желчныхъ путей. Дисс. М. 1902 г. *Ал. Гр. Радзіевскій.* О вліяніи холецистектоміи на животный организмъ. Хирургія 1905 г., августъ.

О СВОБОДНОЙ ПЛАСТИКѢ САЛЬНИКОМЪ ПРИ ГИНЕКО- ЛОГИЧЕСКИХЪ ОПЕРАЦІЯХЪ.

А. Н. Орлова.

(Изъ Гинекологического 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 кровотечения и достаточного развитія техники. Нарушеніе одного изъ этихъ условій неминуемо должно вести къ серьезнымъ осложненіямъ въ послѣоперационномъ теченіи и неблагопріятно отражаться на исходахъ операций; но и при тщательномъ выполненіи вышеуказанныхъ условій въ нѣкоторыхъ группахъ гинекологическихъ заболѣваній создаются особенно неблагопріятныя условія въ послѣ-операционномъ теченіи и появляются иногда грозныя осложненія вслѣдствіе непроходимости кишокъ.

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

Для предупрежденія подобныхъ осложненій, какъ хирургами, такъ и гинекологами, въ настоящее время признается необходимой самая тщательная перитонизація операционного поля и всѣхъ поврежденныхъ участковъ серозного 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 серозного покрова съ этой цѣлью предложены и разработаны методы автопластики пристѣночной брюшиной, или жесосѣдними подвижными органами, какъ напр., мочевымъ пузыремъ, тазово-ободочной кишкой и маткой; такъ рекомендуютъ поступать Amann въ Германии, 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 сращеной кисты яичника.

Вреденъ описалъ случай операциі, гдѣ большой дефектъ пари-этальной брюшины онъ съ успѣхомъ закрылъ сальникомъ, и черезъ 4 мѣсяца при другой операциі 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 отверстію и сложенный въ нѣсколько слоевъ пришилъ узловатыми шелковыми швами; сдѣлана гастроэнтеростомія; гладкое теченіе, выздоровленіе. Почти одновременно такую же операцию сдѣлалъ Bennet, который закупорилъ сальникомъ перфораціонное отверстіе и укрѣпилъ его къ стѣнкѣ желудка швомъ; послѣдовало выздоровленіе. Hermes—при вылущеніи 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 операций Braun'a и Bennet'a побудили къ экспериментальной пропагандѣ 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 пузырнымъ эпителіемъ.

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 эпителія, 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

наложењіа.—Послѣ подтвержденија 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, Wege-ner'a и Brentano при язвахъ желудка

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

. Изъ русскихъ хирурговъ Цейдлеръ и Кадьянъ 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 американского хирурга Senn'a, который въ своихъ опытахъ для укрѣпленія шва кишечного анастомоза употреблялъ уже изолированные куски сальника. Зыковъ говоритъ о примѣненіи сальника для закрытія дефектовъ пристѣночной брюшины; онъ раздѣляетъ пластику сальникомъ на свободную и несвободную и указываетъ на возможность ущемленія и непроходимости кишечекъ при пластикѣ несвободнымъ сальникомъ. Проф. Федоровъ 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 заболеваній. Всякому хирургу и гинекологу извѣстно, какъ часто наблюдаются при чревосѣченіяхъ обширная и прочная сращенія сальника во всѣхъ тѣхъ мѣстахъ брюшной полости, откуда угрожала опасность либо прободенія полаго органа, либо распространенія патологического процесса по всей брюшной полости; эти наблюденія цѣлительныхъ силъ природы послужили для клиничистовъ и экспериментаторовъ исходнымъ пунктомъ для разработки современного ученія о пластикѣ сальникомъ въ брюшной хирургіи. Для иллюстраціи поразительныхъ результатовъ цѣлительныхъ силъ природы при помощи пластическихъ свойствъ сальника считаю умѣетъ сдѣлать выдержку изъ протокола вскрытия трупа умершаго отъ туберкулеза легкихъ.

„Большой сальникъ всѣмъ своимъ нижнимъ краемъ завернутъ на переднюю поверхность желудка и сращенъ 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 возвышающимъ валикомъ, собраннымъ въ складки"

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

Приведенныхъ литературныхъ указаний совершенно достаточно, чтобы оцѣнить пригодность высокихъ пластическихъ свойствъ сальника въ брюшной хирургіи; однако, пластика неизолированнымъ сальникомъ, какъ и пластика при помощи фиксациіи нормально подвижныхъ органовъ, имѣетъ свои неблагопріятныя стороны: въ первомъ случаѣ не всегда возможно подтянуть сальникъ въ нужномъ направлениі, а если необходима пластика въ нѣсколькихъ мѣстахъ или на нѣсколькихъ органахъ, тогда она является невыполнимой; наконецъ, какъ настѣль учить клиническій 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 функций.

Признавая на основаніи клиническихъ и экспериментальныхъ данныхъ вполнѣ установленной пригодность пластики неизолированнмъ сальникомъ въ брюшной хирургіи, мы тѣмъ не менѣе должны считаться съ возможностью послѣ операционной непроходимости кишокъ вслѣдствіе ущемленія приросшимъ сальникомъ, каковое осложненіе можетъ быть иногда даже опаснѣе основного страданія, по поводу котораго была сдѣлана первая операциія. Имѣя въ виду не только непосредственный исходъ операциіи, но и отдаленный результатъ ея, клинисты-хирурги не могли удовлетворяться пластической чеизолированнымъ сальникомъ, почему и занялись экспериментальной разработкой возможности и необходимыхъ условій для пластики свободнымъ сальникомъ. Американскій хирургъ Senn, занимаясь экспериментальной разработкой техники шва при кишечномъ соустії, линію швовъ покрывалъ кускомъ изолированнаго сальника, который укрѣплялъ двумя швами у брыжейки кишки; сальникъ прочно сростался 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 рекомендуется примѣнять пластику свободнымъ сальникомъ для укрѣпленія кишечныхъ нивовъ, для покрытия дефектовъ брюшины и операционныхъ культий послѣ изсѣченія кистъ яичниковъ и изсѣченія матки.

Sundholm экспериментальной работой детально выяснилъ время и способъ приживленія изолированнаго куска сальника, который чрезъ 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 возстановившееся кровообращеніе. Кромѣ того, Sundholm въ своихъ опытахъ наблюдалъ, что пересаженный кусокъ предупреждалъ перфорацію поврежденной кишки и, сростаясь прочно съ мѣстомъ пересадки, своей верхней поверхностью всегда оставался свободнымъ отъ сращеній. Культи жерезированнаго сальника очень часто находилась въ сращеніи съ сосѣдними органами или пристѣночной брюшиной. Въ экспериментальной работе Loewy подтверждая выводы Senn'a и Sundholm'a, предлагаетъ, кромѣ того, пользоваться кускомъ изолированнаго сальника при зашиваніи паренхиматозныхъ органовъ и съ цѣлью остановки кровотеченія; онъ также приводитъ клинические случаи примѣненія свободной пластики сальникомъ.

Почти исчерпывающими данный вопросъ являются послѣднія экспериментальная 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 восстанавливается 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 перфораціи.

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 образование послѣ операционныхъ срошеній не удалось. Количество развивающихся срошеній зависитъ отъ раневой инфекціи и общаго послѣдовательнаго кровотеченія.

8) Зашиваніе раненій печени и селезенки черезъ подведенную resp. внѣдренную 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 поврежденіяхъ органовъ брюшной полости, а именно: для возстановленія цѣлости брюшиннаго покрова, для подкѣпленія швовъ, для предупрежденія послѣоперационныхъ срошеній, для зашиванія паренхиматозныхъ органовъ, за исключеніемъ однако же тѣхъ случаевъ, гдѣ имѣются очень обширныя поврежденія и гдѣ уже наступила или непосредственно угрожаетъ перфорація. Въ такихъ случаяхъ предпочтительно пользованіе сальникомъ изолированнымъ.

А. И. Сулаковъ поставилъ себѣ задачу выяснить отношеніе пересаженныхъ кусковъ сальника къ послѣоперационнымъ срошеніямъ 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 кровобращенія еще нѣтъ.

2) Изолированная пластинка сальника, покрывающая культи сожженного рога матки кролика, останавливаетъ кровотеченіе, если таковое имѣется, и предохраняетъ отъ послѣоперационныхъ срошеній.

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

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

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

логичныхъ же поврежденіяхъ органовъ безъ примѣненія сальника, какъ правило, наступали срошенія. Появленіе же срошеній въ своихъ опытахъ на тонкихъ кишкахъ Гирголавъ объясняетъ недостаткомъ техники и въ качествѣ причины указываетъ на инфекцію и кровотеченіе, такъ какъ, благодаря усиленію асептическихъ предосторожностей, ему удавалось получить лишь очень рыхлые и немногочисленные складки. (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 пластиинки съ сосѣдними органами. Намъ думается, что при внимательномъ чтеніи диссертаций Гирголава, можно указать и причину инфекціи въ его опытахъ на тонкихъ кишкахъ: "животная перель операцией никакой подготовки не получали, за исключеніемъ тѣхъ, которые предназначались для операціи со вскрытиемъ полости желудка".

Недостаточно выясненнымъ, какъ въ экспериментальныхъ, такъ и въ клиническихъ работахъ, остается вопросъ объ осложненіяхъ послѣ хирургическихъ манипуляцій съ сальникомъ. Eisellberg впервые обратилъ вниманіе на послѣоперационныя кровотечения и изъязвленія въ слизистой желудка, которая иногда проявлялись клинически-кровавою рвотою. Изъ сообщенныхъ имъ 8 случаевъ въ 7—была сделана резекція сальника или брыжжейки, почему Eisellberg послѣ предварительной экспериментальной провѣрки и считаетъ эти кровоизліянія резултатомъ 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 Hoffmann въ своихъ опытахъ съ резекціей сальника получали пекрозы слизистой желудка и инфаркты печени. Engelhardt и Neck пришли къ выводу, что главнымъ моментомъ въ образованіи инфарктовъ въ печени и изъязвленій слизистой желудка является инфекція, такъ какъ тромбы получаются 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 наложении лигатуръ, умышленно зараженныхъ. Кондратьевъ на 59 случаевъ при вскрытии ни разу не наблюдалъ сколько нибудь замѣтныхъ измѣненій ни въ печени, ни въ желудкѣ. Клиническая работа Busse, въ которой авторъ собралъ 96 случ. послѣоперационного кровотеченія изъ желудка или кишечника, точно также не решаетъ вопроса: лишь въ 35,4% случ. операція была произведена на сальникѣ и брыжжейкѣ, въ 64,6%—опе-

райя никакого отношения ни къ сальнику, ни къ брыжжейкѣ не имѣла. Гирголавъ въ своихъ опытахъ, резецируя небольшие куски сальника, не наблюдалъ никакихъ измѣнений ни въ печени, ни въ слизистой желудка; почему онъ и склоненъ положителъный результатъ другихъ авторовъ объяснять величиною изсѣкаемаго участка (изсѣкался весь сальникъ). Но противъ такого утверждения Гирголава можно указать на опыты Л. Якобсона, который изсѣкалъ у собакъ весь сальникъ и изъ трехъ случаевъ ни разу не наблюдалъ какихъ либо патологическихъ измѣнений ни въ печени, ни въ желудкѣ. Экспериментальные данные Якобсона подтверждаются клиническимъ наблюдениемъ Н. М. Какушкина, которому при изсѣченіи 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 изсѣкались небольшие куски сальника, а по даннымъ Гирголава и Сулакова при резекціи небольшихъ кусковъ сальника никакихъ измѣнений 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 послѣоперационныхъ срошеніяхъ 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 послѣоперационныхъ срошеній. Также и клиническая картина достаточно разработана и наблюдается преимущественно въ двухъ слѣдующихъ формахъ: сращенія тонкихъ кишекъ и сальника и образованія различныхъ тяжей и перетяжекъ, обусловливая собою болѣе или менѣе постоянныя боли, могутъ привести къ острой или хронической непроходимости кишечкъ; срошенія же желудка, толстыхъ кишекъ и другихъ неподвижныхъ органовъ вызываютъ главнымъ образомъ постоянныя сильныя боли, которые могутъ потребовать даже оперативного вмѣшательства. Съ другой стороны, относительно причина возникновенія послѣоперационныхъ срошеній и способовъ профилактики ихъ еще и въ настоящее время не выработано точныхъ и определенныхъ указаний.

Первый лапаротомистъ—англичанинъ Spenser Wells—впервые указалъ на послѣоперационныя срошенія, въ результатахъ которыхъ могутъ развиться явленія ileus'a; на тооо овариотомій у него было 10 смертныхъ случаевъ въ зависимости отъ послѣоперационнаго ileus'a.

Орловъ въ своей работе о непроходимости кишечкъ большое значение въ этиологии этихъ заболеваній отводитъ срошеніямъ въ полости малаго таза. Цейблеръ въ 1903 г. въ своемъ докладѣ на I

Съѣздѣ Гинекологовъ срошенія въ полости малаго таза ставитъ въ связь съ гинекологическими операциами, причемъ говорить о сравни-тельной легкости и возможной точности діагноза съ хорошимъ пред-сказаниемъ 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 полу-чаться 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 операций, главнымъ образомъ болѣе тщательной перитонизаціей операционнаго поля и поврежденныхъ участковъ брюшины и примѣненіемъ для лигатуръ оленыхъ 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 изолирован-ныхъ лигатуръ. Большое значеніе придаетъ промыванію брюшной полости Lock'овской жидкостью во время операциі.

Проф. ѡедоровъ С. Н. указалъ, что срошенія, образующіяся при тампонажіи брюшной полости, обычно послѣ операциі разсасываются.

На съѣздѣ германскихъ гинекологовъ въ München'ѣ въ 1886 г. Müller сообщилъ о двухъ случаяхъ послѣоперационнаго ileus'a, окон-чившихся смертью, и предложилъ съ профилактической цѣлію вли-ваніе физіологического раствора въ брюшную полость. Müller указалъ при этомъ, что тугая повязка послѣ операциі можетъ предраспола-гать къ подобнымъ осложненіямъ. Въ послѣдовавшихъ возраженіяхъ было указано, какъ на главную причину, на примѣненіе антисепти-ческихъ средствъ, инфекцію лигатуры, недостаточную перитонизацію и отсутствіе послѣоперационной перистальтики.

Черезъ 2 года Bumm сообщилъ о своемъ случаѣ ileus'a послѣ оваріотоміи со смертельнымъ исходомъ; для предупрежденія такихъ осложненій онъ считаетъ необходимыми слѣдующія условія: 1)peri-tonизацію культей послѣ экстирпациі опухолей, 2) тщательный ли-нейный шовъ на брюшной ранѣ, 3) культи сальника, чтобы не сопри-касалась съ внутренностями, укрѣпляется въ рану, 4) менѣе лига-туръ, 5) при гезакрытыхъ дефектахъ брюшины—вливаніе физіологи-ческаго раствора въ брюшную полость, 6) избѣгать антисептическихъ средствъ, 7) механическаго поврежденія брюшины и 8) основатель-ная очистка кишечника передъ операцией.

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

Vogel въ экспериментальной работе относительно причинъ послѣоперационныхъ срошеній пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

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

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

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

4) Химические раздражители предрасполагаютъ къ срошеніямъ.

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

6) Инеродная тѣла и инфекція всегда вызываютъ срошенія.

Эксперименты Pankow'a выясняютъ значеніе брюшины при инфекціи и влияніе послѣдней на послѣоперационные срошенія. Онъ выставляетъ слѣдующіе выводы.

1) Образованіе струна на брюшнѣ безъ кровотеченія въ брюшной полости лишь въ рѣдкихъ случаяхъ вызываетъ срошенія.

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

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

4) При инфекціи брюшной полости почти всегда происходятъ срошенія.

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

Если сопоставить требованія, выставляемыя клиницистами съ цѣлью профилактики срошеній, съ данными экспериментальныхъ работъ о причинахъ послѣоперационныхъ срошеній, то сдѣлается яснымъ съ одной стороны несоответствіе нѣкоторыхъ требованій, выставляемыя клиницистами, экспериментальнымъ данными, и представляется возможность разобраться въ противорѣчивыхъ мнѣніяхъ съ другой.

Экспериментальныя даннія главной причиной послѣоперационныхъ срошеній выставляютъ инфекцію и поврежденіе брюшины—соответствіенно этимъ даннімъ клиницисты выставляютъ въ предупрежденіе срошеній совершенно логичная и правильная требованія, какъ то: соблюденія строгой асептики, отсутствія поврежденій, въ широкомъ смыслѣ, брюшины и тщательной перитонизаціи операционнаго поля; но такъ какъ техника тщательной перигонизаціи не у всѣхъ одинакова, то отсюда возникаютъ при одинаковыхъ общихъ положеніяхъ совершенно разнія мѣропріятія: при перитонизаціи операционнаго поля оставляется неперитонизированной культа резецированного сальника, или же—при перитонизаціи того и другого—небрежно зашивается брюшная рана,—и въ томъ, и въ другомъ случаѣ обязательно получается срошенія, которыхъ не предупредить никакое вливаніе физіологического раствора въ брюшную полость. Ст. другой стороны, при освѣщеніи экспериментальныхъ данніхъ и на основаніи клиническихъ наблюденій можно съ положительностью утверждать, что при соблюденіи правильнѣй строгой асептики, бережнѣй обращеніи съ брюшиной и внутренними органами, тщательной перитонизаціи и изолированныхъ лигатурахъ, будуть ли операции производиться по сухому или мокрому методу, съ вливаніемъ физіологическихъ растворовъ, результаты должны быть одинаковы.

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

Клиническихъ наблюденій съ пересадкой свободныхъ кусковъ сальника до настоящаго времени описано не много; въ своей диссертациіи Сулаковъ приводитъ 5 случаевъ иностранныхъ хирурговъ и два случая Н. Петрова; въ диссертациіи 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 гинекології“ случай свободной пластики проф. С. И. Федорова; въ диссертациіи д-ра Холодковскаго имѣются указанія на пересадку сальника въ 7 случаяхъ. Статья Г. И. Барзулінга, въ которой приводится одинъ случай удачной пересадки сальника на кишку съ цѣлью предупрежденія срошенія, является въ настоящее время пока единственной клинической работой,

посвященной специально вопросу о свободной пластикѣ сальникомъ. Такимъ образомъ въ литературѣ известно 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. Boulg —при изсѣченіи срошенной кисты для остановки кровотечения изъ селезенки; въ двухъ случаяхъ Gosser'a изолированная пластинка сальника примѣнена для подкѣпленія линіи швовъ при резекціи кишки, и въ 1 случ. Н. Петрова—для подкѣпленія швовъ при аппендицитѣ. Въ остальныхъ 14 случаяхъ свободная пластика сальникомъ примѣнялась съ исключительной цѣлью предотвращенія послѣдовательныхъ срошеній, при чёмъ въ 12 случаяхъ мѣстомъ пересадки служила кишкa, въ одномъ случаѣ Н. Петрова при операциіи на желчномъ пузырѣ 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 срошеній наводитъ на мысль, что въ этомъ вопросѣ еще не сказано послѣднее слово; съ другой стороны, малое количество опубликованныхъ случаевъ и хорошие клинические результаты съ пересадкой свободного сальника—вотъ тѣ мотивы, которые побудили меня заняться разработкой своего материала и попытаться выяснить отношеніе наблюдаемыхъ клиническихъ явлений къ установленнымъ экспериментальнымъ даннымъ въ этомъ вопросѣ.

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

Предварительная подготовка къ операциіи состояла въ тщательной очисткѣ полости рта въ предупрежденіе послѣоперационныхъ осложненій со стороны дыхательныхъ органовъ, педантической подготовкѣ кишечника слабительными и клизмами. Наканунѣ операциіи сбираются волосы на лобкѣ и животѣ, послѣдній моется водою съ мыломъ мочалкой, и больной дѣлается ванна. Операционное поле моется горячей водой съ мыломъ и мыльнымъ спиртомъ мочалкой, и обтирается спиртомъ; непосредственно передъ разрѣзомъ животъ смазывается t-ra iodi, обтирается стерильной марлей со спиртомъ и эфиромъ.

Руки моются по Fürbringer'у; методъ операциіи—исключительно сухой: инструменты на стерильной простынѣ, сухія марлевыя салфетки и сухіе марлевые компрессы. Швейный материалъ—для погружныхъ швовъ—i-k, накожныхъ Silkwormgut.

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

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

Во всѣхъ случаяхъ прочныхъ срошеній сальника клинически наблюдались рѣзкія боли въ животѣ, періодически обострявшіяся, очень часто задержка стула, а въ одномъ случаѣ виѣматочной 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 кишечкъ.

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 вполнѣ 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 послѣдовательныхъ 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 фибромой матки и за $\frac{1}{2}$ года до поступленія въ больницу замѣтившей быстро растущую опухоль въ верхнѣй части живота. При операциіи обнаружена, кроме опухоли матки, доходящей верхнѣй границей до пупка, вторая мѣшеччатая опухоль такой же величины, какъ первая, и помѣщавшаяся въ сальниковой сумкѣ и находившаяся въ прочныхъ срошеніяхъ съ правою половиною сальника; по изсѣченіи матки, изсѣчена и опухоль сальника, отъ которого уцѣльно 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 выхожденіемъ 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 обнаружения въ flexur'ѣ раковой опухоли, сдѣлана резекція flexur'ы.

Частота усѣченія сальника въ различныхъ группахъ болѣзней не одинакова; чаще всего сальникъ находится въ срошеніяхъ 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 смыщленіяхъ матки—срошенія сальника наблюдаются значительно рѣже и въ большинствѣ случаевъ зависятъ отъ одновременного воспаленія придатковъ.

Срошенія кишокъ, потребовавшія того или другого оперативнаго вмѣшательства, наблюдались въ бо 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 срошеній кишокъ распредѣляется нѣсколько въ иномъ порядке, чѣмъ срошенія сальника: наимѣнее 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 развивающейся непроходимости кишокъ и 1 разъ—острая непроходимость; въ 4 случаяхъ непроходимость зависѣла отъ основной болѣзни, и въ 3 случаяхъ—отъ послѣоперационныхъ срошеній.

Смотря по степени поврежденія кишки при выдѣленіи ея изъ срошеній, 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 осложненій, но все же долженъ считаться нежелательнымъ, а иногда и опаснымъ осложненіемъ; для предупрежденія подобныхъ осложненій въ слѣдующихъ операцияхъ мы съ большой строгостью ограничивались наложеніемъ на поврежденныя стѣнки кишки швовъ и въ 7 случаяхъ прибегли къ круговому изсѣченію поврежденныхъ участковъ кишки,—въ 3 случ. при внѣматочной беременности, и въ 4 случ. при гнойномъ воспаленіи придатковъ. Изсѣкалась кишка всегда въ предѣлахъ здоровой ткани, почему легко сшивалось непрерывнымъ 3-хъ этажнымъ швомъ; во всѣхъ случаяхъ съ резекціей кишки полное выzdоровленіе, при чёмъ 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 ущемления кишкі тяжами отъ воспаленного отросгка слѣпой кишкі. За три года до ущемления больной было сдѣлано полное изсѣченіе фибромы матки и придатковъ. Кромѣ 8 резекцій тонкой кишкі, 3 раза сдѣлана резекція тазово-ободочной: 1 разъ по поводу одновременного пораженія ея раковымъ процессомъ при двусторонней аденокарциномѣ яичниковъ; на основаніи микроскопического изслѣдованія опухоли яичниковъ, кишкі и метастазовъ въ большомъ сальникѣ, надо признать исходнымъ пунктомъ ракъ яичниковъ, давшій метастазы въ кишку и большой сальникъ; во 2-омъ случаѣ при изсѣченіи нагноившейся въ послѣродовомъ 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 кишкі 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 взрослаго величиною, и жалобой на задержку стула и боли въ правой паховой области. Послѣ 6—8 недѣльного разсасывающагося лѣченія опухоль уменьшилась до величины куриного яйца, между тѣмъ какъ боли и задержка стула остались въ прежнемъ положеніи. При операциіи обнаружено—*flexura*, перегнувшись вдвое, приросла къ передней брюшной стѣнкѣ въ области правой подвздошной впадины почти на уровнѣ пупка, тутъ же приросла петля тонкой кишкі; сращенія раздѣлены, при чемъ *flexura* на протяженіи 10—12 cm. представлялась рубцово-перерожденной и совершенно непроходимой для пальца; резекція, круговое сшиваніе трехъэтажнымъ швомъ; гладкое выздоровленіе. Боли и запоры прошли, черезъ 3 года—срочные роды силами природы.

Я позволилъ себѣ стѣлать подробное описание случаевъ съ резекціей кишекъ, такъ какъ полагаю, что двѣ резекціи толстой кишкі 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 трехъэтажного шва; резекція толстой кишкі при ракѣ протекла также безъ осложненій, хотя условія для наложенія шва были неблагопріятны вслѣдствіе низкой локализаціи въ кишкѣ опухоли, но въ этомъ случаѣ мы укрѣпили швы кругомъ кишкі подшиваніемъ хорошо развитыхъ *appendices epiploicae*; невольно напрашивается мысль, что при подкрѣплении швовъ свободнымъ сальникомъ и въ послѣднемъ осложнившимся каловымъ

свищемъ, можно было бы ожидать вполнѣ благопріятнаго исхода. Въ 6 случ. поврежденіе серознаго покрова кишкі было настолько обширно, что восстановлять 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 срошенія кишечка или явленій непроходимости, какъ въ послѣоперационномъ періодѣ, такъ и въ отдаленное время. Изъ 9 случ. 7 разъ пересадка сальника сдѣлана при экстирпациіи гнойныхъ опухолей придатковъ, 1 разъ при внѣматочной беременности, и 1 разъ при фиброміомѣ матки, осложненной аппендицитомъ. Десятый случай свободной пластики сальникомъ сдѣланъ съ цѣлью предупрежденія послѣдовательныхъ срошеній для покрытия усѣченного рога матки; больная 22 л., съ 18 лѣтъ правильная менструація, года 2 постоянныя тупыя боли внизу живота справа, обостряющіяся во время регуляр. При операциіи 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 трубо-яичниковая кровянная опухоль правыхъ придатковъ, въ 2 кулака взрослого 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—к швы на стѣнку матки; для предупрежденія срошеній правая половина матки со швами прикрыта изолированнымъ кускомъ сальника; гладкое выздоровленіе, новая матка по средней линіи въ antevercio.

Явленія кишечной непроходимости въ зависимости отъ послѣ-операционныхъ срошеній на 565 чревосѣченій наблюдались въ 3 случаяхъ; въ 2 случаяхъ относительная непроходимость кишечника развилась черезъ годъ и 2 года спустя послѣ операциіи, и въ одномъ случаѣ послѣоперационный цеус развился на 10 день послѣ операциіи. Въ послѣднемъ случаѣ операциія была сдѣлана по поводу гнойной опухоли правыхъ придатковъ и отростка слѣпой кишкі; по изсѣченій опухоли на слѣпой кишкѣ получился большой дефектъ серознаго покрова, который закрыть стягиваніемъ швами не удалось; при вторичномъ чревосѣченіи обнаружены срошенія тонкой кишкі со слѣпою, сдѣлано соустье между приводящимъ концомъ тонкой и восходящей толстой, проходимость восстановилась, большая выздоровѣла. Изъ двухъ, хронически развившихся, въ одномъ случаѣ по поводу рака матки была сдѣлана около года назадъ полная экстирпациія 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 срощеніе 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 операциіи исцѣченія матки и придатковъ по поводу фіброміомы: при операциіи обнаружено ущемленіе подвздошной кишки прочными фиброзными тяжами, развившимися вслѣдствіе аппендицита; былъ ли измѣненъ appendix уже при первой операциіи, или же заболѣваніе его произошло уже послѣ операциіи, для сужденія объ этомъ не имѣется данныхъ, такъ какъ въ 1910 году, когда больная подвергалась первой операциіи, 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 срощеній, оба случая наблюдались въ первые два года работы, когда еще не достаточно строго выполнялось требование полной и тщательной перитонизаціи, при выполненіи которой возможно избѣжать такого грезнаго и опаснаго осложненія. Наши цифры убѣдительно подтверждаютъ это положеніе: на 219 чревосѣченій за первые $2\frac{1}{2}$ 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 всякий больной или даже подозрительный отростокъ.

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

Такихъ повторныхъ чревосѣченій изъ 565 было 15, изъ которыхъ въ 5 случ. развились новыя заболѣванія, независимо отъ первоначального, и слѣдовательно, къ недостаткамъ техники операциіи никакого отношенія имѣть не могутъ: такъ въ 2 случаяхъ вторая операциія сдѣлана по поводу рака шейка матки черезъ 2 и 3 года послѣ операциіи виѣматочной беременности; въ третьемъ случаѣ повторная виѣматочная беременность черезъ годъ послѣ первой, когда вторая не вполнѣ здоровая труба была оставлена по желанію больной, которая съ первого раза забеременѣла виѣматочно; въ четвертомъ развилась фиброма послѣ фиксаціи матки, сдѣланной три года назадъ, и въ послѣднемъ случаѣ, где 4 года назадъ были удалены двустороннія папиллярные кистомы, причемъ имѣлись уже разсѣянные въ при-

стѣночной брюшинѣ узлы, отъ горошины до лѣсного орѣха величиною, больная оперирована по поводу непроходимости, и при чревоствѣніи обнаружено не только обсѣмененіе брюшины, но и проростаніе опухолью толстой кишкі; раздѣлены тяжи и срошенія, опухоль кишкі признана неоперируемой; гладкое заживленіе брюшной раны, больная выписалась, получивъ временное облегченіе. Этотъ случай учить насть, какъ не скоро папиллярная кистома перерождается въ злокачественную и какъ тщательно мы должны удалять малѣйшія ея разрастанія, въ надеждѣ по возможности отдалить роковую развязку.

Вторичная заболѣванія въ остальныхъ то случ. находятся въ зависимости отъ недостаточной техники предшествующей операциі, причемъ эта зависимость можетъ быть формулирована такъ: 1) потребовавшія вторичной операциі заболѣванія вслѣдствіе недостаточной перитонизаціи послѣдовали въ 2 случаяхъ, въ одномъ случаѣ со смертельнымъ исходомъ, 2) заболѣваніе оставленнаго аппендицса—въ 3 случ., 3) заболѣваніе придатковъ другой стороны—въ 3 случ. и 4) по 1 случаю вторичная операция сдѣлана для фиксациі матки и по поводу ущемленой грыжи въ операционномъ рубцѣ. Срошенія обнаружены во всѣхъ случаяхъ аппендицита, аднекситовъ и непроходимости кишекъ; въ 2 случаяхъ рака шейки матки, при внѣматочной беременности. При retroversio и ущемленной грыжѣ никакихъ срошеній не обнаружено. Въ случаѣ ущемленной грыжи отсутствіе срошеній обращаетъ на себя вниманіе, такъ какъ первая операция была произведена по поводу обширной нагноившейся haematocele, съ высокой т⁰, послѣоперационный періодъ проводился съ тампонадой по Микуличу.

Въ двухъ случаяхъ представилась возможность провѣрить круговой шовъ тонкой кишкі послѣ резекціи въ первую операцию: края кишкі оказались въ прочномъ, правильномъ соединеніи, брыжжейка же ниже мѣста анастомоза оказалась настолько атрофированной, что угрожала опасность ущемленія кишечной петли въ могущемъ 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 операционнаго поля, на ряду со строгой асептикой и бережнымъ обращеніемъ съ брюшиной, предупреждаетъ образованіе послѣоперационныхъ срошеній и непроходимости кишекъ, какъ въ ближайшій послѣоперационный періодъ, такъ и въ болѣе отдаленное время.

2) Свободная пластика сальникомъ не представляетъ никакой опасности для организма, предотвращаетъ послѣоперационные срошенія.

нія, почему и должна быть широко примѣнена для возстановленія нарушенного серозного покрова, гдѣ невозможно его возстановить сшиваніемъ сосѣднихъ листковъ.

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

4) Лигатуры должны быть накладываемы изолированно на со- суды 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 свободного сальника для закры- тія дефекта брюшины на кишкѣ. *Хирургія*, 1912 г. XXXII.

2) *Гирголавъ С. С.* Экспериментальная данная къ вопросу о при- мѣненіи изолированного 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) *Кадьянъ.* Поврежденія и заболѣванія кишекъ и брюшины. *Рус. Хир.* 1902 г.

7) *Оппель В. А.* Проф. Къ вопросу о кишечной хирургіи въ гине- кологіи. *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.* Перитонизация 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) *Холодковскій А. М.* 1000 чревосѣченій. *Дисс.* 1913 г.

МАССОВОЕ ЗАБОЛѢВАНИЕ 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 человѣкъ заболѣло 10; другую—въ декабрѣ 1913 года, въ артели рабочихъ, привезенныхъ подрядчикомъ для перегрузки товаровъ на желѣзной дорогѣ съ широкой на узкую колею—здесь изъ 12 человѣкъ 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 тулowiщу и конечностямъ; у больного былъ діагносцированъ: *lues primaria et secundaria recens.*

Въ тотъ же день вмѣстѣ съ нимъ поступилъ другой больной З. Леонтий, 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 tueuses* на миндалинахъ и паховымъ *scleradenitis*; діагнозъ—*syphilis secundaria recidiva*; считаетъ себя больнымъ $1\frac{1}{2}$ —2 мѣсяца.

30 сентября былъ принятъ въ больницу К. Ларіонъ, 26 лѣтъ, женатый, кр. Симбирской губ., по поводу сыпи на тулowiщѣ 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, явившуюся черезъ три недѣли *post coitum* и съ плотными безболѣзными увеличенными паховыми железами; діагнозъ—*syphilis primaria*.

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

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

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

К. Егоръ, 30 лѣтъ, женатый, кр. Симбирской губ., пришедший 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, головные боли и послѣдующее высыпаніе,—подтвердили діагнозы.

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

Преступный, вслѣдствіе небрежнаго отношенія, недосмотръ администраціи 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 простиутокъ, 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 приготовленія 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 иниціативѣ, съ трудомъ отыскавъ гдѣ-то въ городѣ бывшую свою кухарку, привели ее ко мнѣ на осмотръ; у нея оказались: leucoderma на шеѣ, мокнущія 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? Вѣдь нельзя же просто регистрировать: то 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, раззоряютъ и изуродуютъ ее; они будутъ угрожать обществу своею болѣзнью, а пониженіемъ трудоспособности они внесутъ разстройство въ него.

Какая масса больныхъ съ распадающимися гуммозными язвами изъ года въ годъ, изо дня въ день посѣщаются наши больницы и являются постоянными ихъ посѣтителями! Сколько выкидышей и мертворожденныхъ у женѣ-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 болѣзнью 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 гарантій, что самъ здоровъ; вспомнитъ 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: периодическіе 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 обшими разумно проведенными мѣрами уберечься отъ сифилиса и предупредить распространеніе его.

4-2.

ПОЛУЛУННЫЙ КЛАПАНЪ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.

С. А. Дмитриева.

(Изъ Бактериологического Кабинета Вологодской Губернской Земской Больницы).

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

Больной А. Клиническій діагнозъ *delirium ex inanitione*. Кости че-
репа тонки, плотны, губчатаго вещества очень мало узкая полоска
мѣстами. Твердая мозговая оболочка напряжена, внутренняя поверх-
ность ея гладкая, кромѣ мѣста, гдѣ обычно наблюдаются пахіоновы
грануляціи. Въ синусахъ кровяные сгустки. Мягкая мозговая обо-
лочка тускла, слегка утолщена, подъ нею скопленіе прозрачной жид-
кости. Въ стѣнкахъ артерій большого и спинного мозга возвы-
шаются склеротическая бляшки 0,3—0,5 ctm. Вѣсъ мозга 1475,0. По-
лости желудочковъ, особенно боковыхъ, растянуты увеличеннымъ ко-
личествомъ жидкости прозрачной; ткань мозга на разрывѣ влажна
и малокровна. Извилины коры мозга широки и уплощены. Полости
обѣихъ плевръ заражены. Доли лѣваго легкаго спаяны, ткань ихъ
на разрѣзѣ темнокрасной окраски, мясистаго вида. Плевра утолщена.
Доли праваго легкаго также спаяны. Плевра утолщена значительно.
Ткань долей мясистаго вида съ бурымъ оттенкомъ. Только нижняя
доля слегка отечна. Сердце дряблой консистенціи, особенно правая
его половина растянута. Размѣры 9×10×6 ctm. Въ эпикардіи значи-
тельное количество жира. Правое отверстіе пропускаетъ свободно
4 пальца, лѣвое—только два. Лѣвый желудочекъ сократился. Мышца
его на разрѣзѣ темнокраснаго цвета отъ 1, 3 до 2,1 ctm. толщины.
Клапаны аорты и двустворки утолщены по линіямъ замыканія.
Въ *bulbus* легочной артеріи, ширина которой $6\frac{1}{2}$ ctm, расположены
четыре полулуныхъ клапана: I) $2\frac{1}{2}$ ctm., II) 1 ctm., III) $2\frac{1}{2}$ ctm. и IV) 2 ctm. длины, ширина ихъ: I) $1\frac{1}{2}$ ctm., II) 1 ctm., III) $1\frac{1}{2}$ ctm., и IV) 1,3 ctm. Маленький клапанъ притянутъ къ стѣнкѣ артеріи двумя
тяжами длиною до $1\frac{1}{2}$ ctm., 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 разсѣяны склеротическая бляшки. Бронхіальныя железы увеличены, на разрѣзѣ ихъ уголь въ большомъ количествѣ. Слѣпая кишкa подвижна и смыщена вверхъ, къ печени. Червеобразный отростокъ длиною 5 ctm., толщиною 0,3, плотной консистенціи. Селезенка мала, края закруглены, ткань плотной консистенціи, пульпа скабливается въ небольшомъ количествѣ, синеватокраснаго цвѣта. Лѣвая почка больше правой, плотной консистенціи, капсула снимается легко, ткань желтоваторозовой окраски, сосуды расширены, поверхность разрѣза слѣгка блеститъ. Желудочекъ растянутъ до двойного объема, поджелудочная железа плотна, малокровна. Желчный пузырь окутанъ спайками. Поперечно-ободочная кишкa изогнута у-образно. Печень плотной консистенціи, края закруглены, ткань на разрѣзѣ глинистаго вида, слегка мускатна. Толстые кишки набиты массой кала. Мочевой пузырь растянутъ мутной съ осадкомъ мочей. Сосуды слизистой его растянуты. Предстательная железа увеличена.

КЪ КАЗУИСТИКЪ ВЫВОРОТОВЪ МАТКИ ОНКОГЕНЕТИЧЕСКАГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.

Е. Н. Смирновой-Семеновой.

(Изъ Гинекологического Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

Говоря о выворотахъ матки вообще, въ акушерствѣ, какъ и въ гинекологии, обыкновено, приято 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 онкогенетического происхожденія. Весьма вѣроятно также, что существуетъ извѣстная связь между насилиемъ, съ одной стороны, и состояніемъ самого органа, съ другой. Вялое состояніе матки или же части ея, —атонія органа—еще болѣе усиливаютъ указанный выше этиологический 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*, обусловленныя 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. У Winckel—на 17,000 родовъ—ни одного. И наконецъ, русскія данныя—Крассовскій 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 болѣній, 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 периодической 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 Меджугинскій изъ Старо-Екатерининской больницы— 1 случай онкогенетического выворота на $14\frac{1}{2}$ т. больныхъ гинекологического отдѣленія.

По статистикѣ Küstner'a на 9 выворотовъ пуэрперального 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 неопределенная 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 ростомовъ и тяжестью самого новообразованія.

Всякая опухоль матки, растущая подслизисто своимъ ростомъ вызываетъ энергичные сокращенія мускулатуры органа, которая въ концѣ концовъ, если только этому не мѣшаютъ условія прикрепленія 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 влагалишѣ указываютъ также на участіе въ пр. оцессѣ 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 положе-

женіе по отношению 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 полнаго 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 податливости же мускулатуры органа тянувшая опухоль легко выворачиваетъ *ulerus*.

A. Martin, Emmet, Heitzmann и v. Weit 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 брюшного 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-перерожденныя фиброміомы.

Что же касается симтоматологіи выворотовъ, обусловленныхъ прорѣзывавшимися опухолями, то само собой разумѣется, что ожидать острыхъ явлений, подобныхъ шоку, при пуэрперальныхъ выворотахъ здѣсь не приходится. Главными жалобами больныхъ, кромѣ ощущенія присутствія посторонняго тѣла во влагалищѣ, будутъ, конечно, указаія на периодически повторяющіяся кровотеченія, которыя въ концѣ концовъ, превращаясь въ непрерывныя, доводятъ больную до рѣзко анемического 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, обусловленного опухолями, обычно предугадывается уже на основаніи анамнеза, хотя установить его на вѣрное возможно только послѣ гинекологического изслѣдованія. Присутствіе инверзіонной воронки, съ одной стороны, и нахожденіе во влагалищѣ опухоли, съ другой, окончательно рѣшаютъ діагнозъ въ пользу выворота онкогенетического происхожденія.

Переходу теперь къ описанію рѣдкаго случая почти полнаго выворота матки, обусловленного 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 фибройдъ 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 симулирующей почти полный выворотъ матки.

І. 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 безпрерывныя кровотеченія, продолжающіяся около 1 года, нарастающей упадокъ силъ, тупыя, тянувшія 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.

Анамнестическая данныя больной таковы: со стороны наследственности—отецъ умеръ отъ травматического поврежденія, мать жива и здорова. Изъ 8 человѣкъ 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 дн. 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 менструаций до почти полнаго исчезновенія промежутковъ между отдѣльными кровями. Родила 5 разъ срочно. Послѣдніе роды 9 лѣтъ назадъ, теченіе беремености и родового акта уклоненій отъ нормы не представляли. Послѣ родовъ не хворала, если не считать кратковременного 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 рѣзкіе шумы съ обѣихъ сторонъ на v. v. jugulares. РОколо 100 ударовъ, средняго наполненія, ритмичный. Органы дыханія, пищеваренія, равно какъ и мочевые, уклоненій особыхъ не представляютъ.

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

цвѣта съ неровной бугристой поверхностью, величиною съ головку новорожденного ребенка, по наибольшей окружности—37 cm. наименьшей—34 cm. 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 cm. Какъ ножка опухоли, такъ и значительный сегментъ ея поверхности гангренесцированъ.

При бимануальномъ изслѣдованіи почти вывернутая и выпавшая наружу матка въ видѣ цилиндрической опухоли выполняетъ почти все влагалище вплоть до сводовъ. Края наружного 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 данные говорящія за выворотъ матки, вызванный родившейся подслизистой фиброміомой помѣщающейся на задней стѣнкѣ матки, почти въ ея днѣ. См. рисунокъ.

Т° больной за 5 дней подготовительнаго до-операционаго периода колебалась между 38,4—39,7°, при чмъ больная большую часть времени проводила въ лежачемъ положеніи вслѣдствіе значительного упадка силъ, получая за это время Digalen по 5—7 капель 2 раза въ сутки и ежедневная подкожная впрыскиванія nat. kakaodylic, 10% раств.

При рѣшеніи вопроса относительно оперативной терапіи, главнымъ образомъ, были приняты во вниманіе слѣдующія обстоятельства: съ одной стороны, близкій къ климактерическому періоду возрастаѣ больной (42 г.), съ другой же, наличность значительныхъ измѣнений 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 прелъоперационной подготовки, Завѣдующимъ Гинекологическимъ Отдѣленіемъ Губернской Больницы А. Н. Орловымъ подъ внутривеннымъ гедоналовымъ наркозомъ (850,0) была произведена colpocoeliotomia posterior, extirratio uteri et, adnexor. sinistr. въ виду наличности кистъ яѣваго яичника величиною съ мандаринъ.

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

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

Въ дальнѣйшемъ, послѣ операционнаго теченія слѣдуетъ отмѣтить рѣзкое пониженіе t^0 на другой же день послѣ операциіи 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. 10% 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 вполнѣ 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 параметрия.

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

Въ анамнезѣ— здоровые родители, умершіе въ глубокой старости, и близкіе родственники больной. 40 лѣтъ отмѣчается 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 анемический 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 взрослого 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 ощупывается въ видѣ поперечно натянутаго плотнаго валика. Черезъ брюшныя стѣнки надъ лобкомъ прощупывается ясное воронкообразное углубленіе.

При катетеризаціі мочевого пузыря оказалось рѣзкое его опущеніе книзу. Діагнозъ гострѣ 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 colposcoeliotomia posterior и extirratio uteri totalis* подъ спинно-мозговой анестезіей 5% растворомъ *Novocaint + Suprarenin*.

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

Влагалищная рана защита узловатыми шелковыми швами съ небольшой марлевой турундой. Послѣоперационное теченіе гладкое и больная черезъ 18 дней послѣ операциіі выписана изъ Отдѣленія съ прочнымъ рубцомъ во влагалищѣ и отсутствіемъ какихъ бы то ни было эксudатовъ 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 несоответствіе пространственныхъ отношеній (опухоль выполняла почти все влагалище, такъ что съ трудомъ возможно было изслѣдованіе) какъ бы мѣшали первоначальному точному діагнозу. Въ оперативной терапіі выворотовъ, какъ извѣстно, существуютъ какъ бы 2 периода: до *Küstner-a*, когда главными операциіями являлись экстирпациіи матки *per vaginam* и *lapa, rotomiam*, и послѣ чего—такъ называемый періодъ рациональной терапіі, сохраняющей матку, основаніе которому положили *Küstner, Duncan-Brown* и закончили *Piccoli, Borelius* и *Westermark*.

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

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

лини, 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 экстирпацией матки по вышеуказаннымъ причинамъ возраста больныхъ и наличности измѣненія слизистой оболочки матки, видимыхъ въ 1-мъ случаѣ и предполагаемыхъ во 2 мъ.

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

Печатные источники:

- 1) Гинекологія Kѣstner-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. З случаія выворотовъ матки. Врачъ 1894 годъ № 26.
 - 6) Якубъ И. 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 Gynakologie — Kѣstner- Inversio und eversio. 1907 г.
-

КЪ КАЗУИСТИКЪ ГИГАНТСКИХЪ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ.

М. Я. И п а т о в о й.

(Изъ Гинекологического Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

Задачей настоящей работы является описание одного случая удаления 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 половыи 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. Наир. въ Вологодской губ.—чуть ли не единственнымъ такимъ пунктомъ является г. Вологда, находящійся на юго-западѣ губ., а вся громадная территорія сѣверо-востока этой губерніи остается безъ желаемой помощи. Наиболѣе удобнымъ сообщеніемъ съ городомъ служатъ рѣки, которая большую часть времени находятся подъ льдомъ. На лошадяхъ приходитсяѣхать по плохимъ дорогамъ верстъ 500—700, на что не всякий согласится. Вслѣдствіе такихъ неудобствъ передвиженія и отсутствія надлежащей хирургической помощи изъ сѣверныхъ уѣздовъ являются больныя съ очень запущенными, часто неоперабильными случаями.

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

При разспроѣ выяснилось, что menstrua началась съ 15 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 7 дней, очень сильныя, безъ боли. Послѣднія менструаціи были $1\frac{1}{2}$ года назадъ; съ тѣхъ поръ началь быстро увеличиваться животъ, и очень замѣтно съ января 1910 года. Обратилась въ мѣстный врачебный пунктъ, гдѣ врачи были сдѣланы двѣ пункціи, 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.

Грудные 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 мечевидного 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 ощущается ясная флюктуація. Стѣнки живота очень растянуты опухолью, почему она и кажется мало подвижной. При перкуссіи 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, удовлетворительного наполненія; артеріи мягки.

Моча: позывы не учащены, безъ боли; суточн. колич. 1800 гр., соломен.—желт., 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, смыщена влѣво, такъ какъ правый боковой сводъ напряженъ болѣе, чѣмъ лѣвый. Тѣло матки и придатки прощупать не удается.

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

Зо-го іюля ординаторомъ Гинекологическаго Отдѣленія А. Н. Орловымъ произведена была операциѣ, 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 громадныхъ размѣровъ опухоли, и невозможности вылущить ея цѣлой, наибольшая камера опухоли, срашенная съ передней стѣнкой живота была вскрыта, причемъ выпущено около 30 ф. коллоидной

жидкости. По уменьшении опухоли въ нижнихъ и верхнихъ углахъ разрѣза вскрыта брюшина и приступлено къ вылущенію 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 лigationы, а сальникъ отсѣченъ. Опухоль оказалась многокамерной кистой, исходящей изъ праваго яичника, ножка пересѣчена; сосуды изолированно перевязаны, кулья 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 кровотечения изъ лишенной брюшины поверхности, передняя брюшинная стѣнка въ границахъ нормального брюшиннаго покрова стянута 3 матрасными сквозными сильковыми швами, при чмъ 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 образования 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 операциіи 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 опорожненію наибольшей камеры. Отдѣльныхъ камеръ въ опухоли можно насчитать до 20, причемъ величина колеблется отъ кулака до головы взрослого человѣка.

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

7-го октября выписалась здоровой, прибыла въ вѣсъ послѣ операциіи на 21 ф. (2 п. 32 $\frac{1}{2}$ ф.)

При исследованіи per vaginam матка въ antevercio-flexio невелика, слѣва прощупывается нормальный яичникъ.

Такимъ образомъ предположительный діагнозъ со впалъ,—опухоль превосходитъ вѣсъ больной. Такіе случаи встрѣчаются не часто. Примѣры такого роста приводить пр. Славянскій, гдѣ киста была больше всего вѣса больной; проф. Груздевъ, удалившій опухоль въ 3 п.; проф. П. Рейнъ, удалившій опухоль въ 1 п. 32 ф. и др., въ иностранной литератуурѣ встрѣчають—Bodenstein, удалившій опухоль 3 п. 26 ф.; Maritan—киста 80 kilo, а вѣсъ больной 117 kilo; Zacharias, удалившій опухоль въ 132 kilo.

Но главный интересъ представляетъ не только удаление опухолей, но діагностика 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 оно исключается, благодаря бугристости опухоли, перкуссіи, присутствію небольшихъ отековъ и только на нижнихъ конечностяхъ; форма живота не мѣняется въ зависимости отъ перемѣны положенія больной; сдѣланнія пункции не дали желаемыхъ результатовъ; а тѣ сращенія брюшины съ опухолью, которые были найдены при операциі, по всей вѣроятности, есть результаты пункции, 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 пункций всегда находили сращенія передней стѣнки брюшины съ опухолью. Фибромома и саркома матки, при которыхъ также наблюдается быстрый ростъ опухоли, упругая консистенція, мѣстами болѣе мягкая, отсутствіе menstrua, истощеніе и др. настолько затушевываютъ картину, что иногда діагнозъ возможно поставить только при операциі.

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 чаше у незамужнихъ. Источникомъ являются не израсходованныя желѣзисто трубчатыя образованія, имѣющія въ утробной жизни назначеніе образовать фолликулы, будущіе графовы пузырьки. Эти трубчатыя образованія въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ оставаться въ ткани яичника, а затѣмъ подъ вліяніемъ неизвѣстныхъ причинъ быть источникомъ развитія кистомъ.

Нѣ прилагаемыхъ рисункахъ изображена больная до и послѣ операциі.

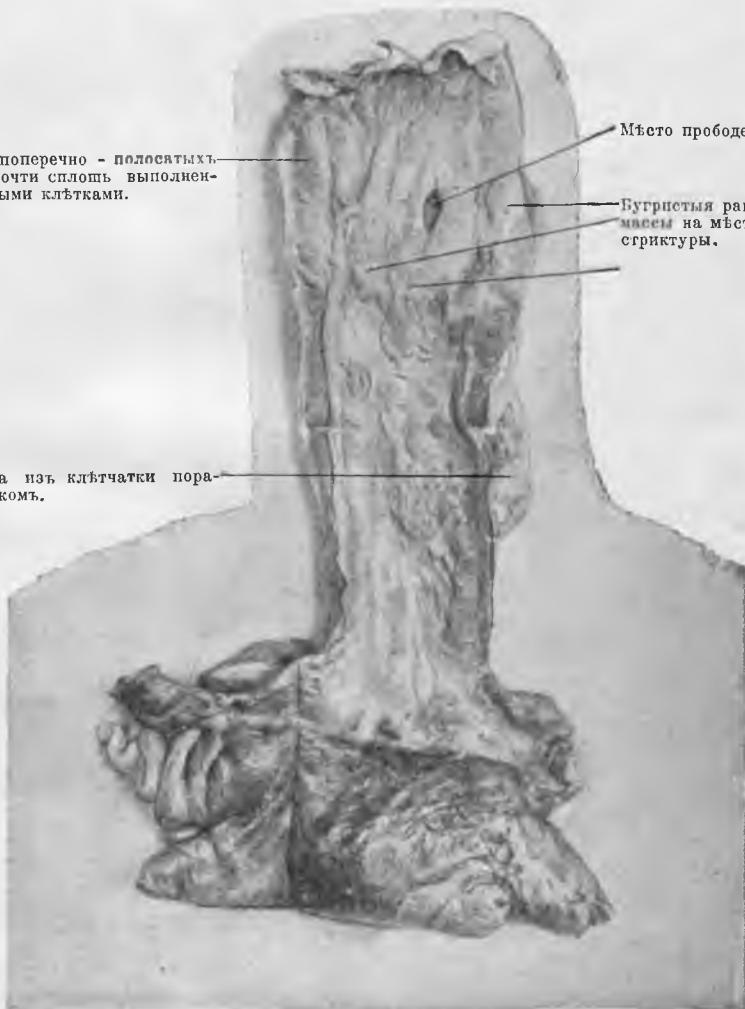
Въ 1912 г. участковый врачъ, приславшій больную, сообщилъ о ея здоровіи и благополучіи.

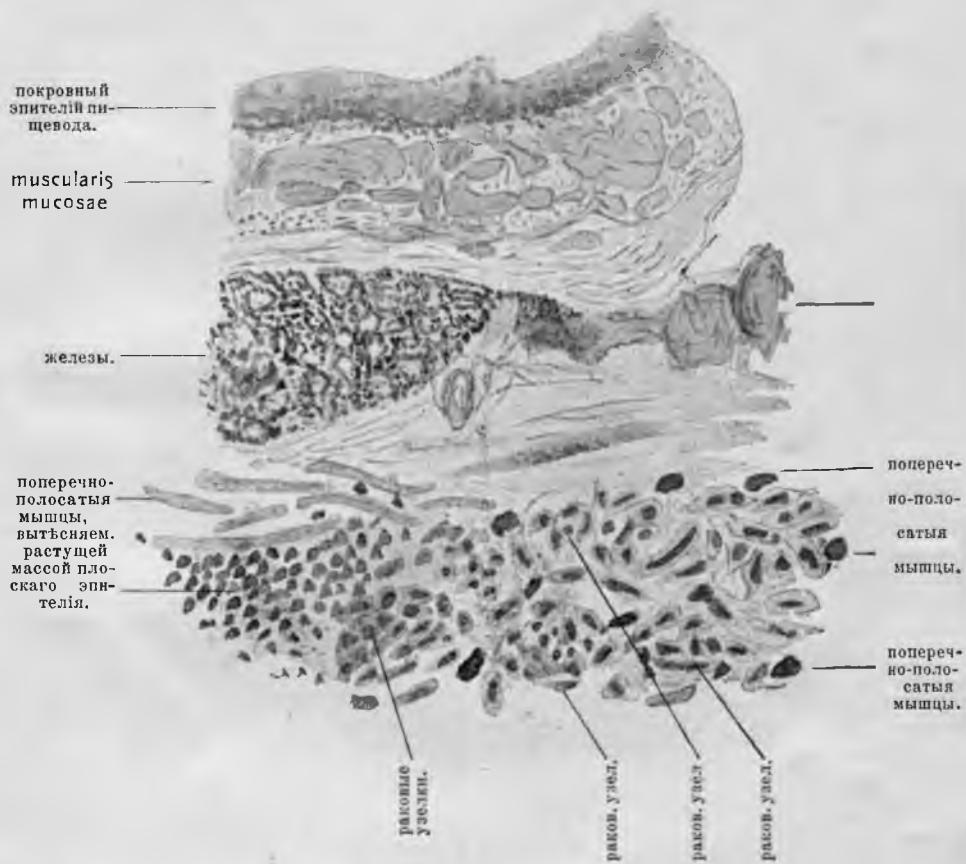
Слой поперечно - полосатыхъ мышцъ, почти сплошь выполненный раковыми клѣтками.

Железа изъ клѣтчатки пораженная ракомъ.

Мѣсто прободенія.

Бугристыя раковыя *массы* на мѣстѣ стриктуры.





Къ статьѣ: „4-й полупунный клапанъ легочной артеріи“ С. А. Дмитріева.



Къ статьѣ: „Къ казуистикѣ выворотовъ матки
онкогенетического происхожденія
Е. Н. Смирновой-Семеновой.



Фиброміома. 1-й случай.



Фиброміома 2-й случай.

Къ статьѣ: „Къ казуистикѣ гигантскихъ опухолей женской половой сферы“ М. Я. Ипатовой,



Многокамерная киста яичника. Крестьянская девица Сольвычегод. уез. 17 лѣтъ.
Видъ больной до операции.

Къ статьѣ: „Къ казуистикѣ гигантскихъ опухолей
женской половой сферы“ М. Я. Ипатовой,



Многокамерная киста яичника. Видъ больной послѣ операций.