

Издание Вологодской Губернской Земской Управы.

И. П. ЛАСТОЧКИНЪ.

# Ракъ пищевода

⇒ И ЕГО ⇐

## ЗОНДИРОВАНИЕ.



В О Л О Г Д А.  
Типографія Н-въ Гудкова-Бѣлякова  
1914.

# РАКЪ ПИЩЕВОДА И ЕГО ЗОНДИРОВАНИЕ.

**И. П. Ласточкинъ.**

(Изъ Хирургическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской Больницы).

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

Какъ и всякое злокачественное новообразованіе, ракъ представляетъ изъ себя зло, съ которымъ человѣчество ведетъ упорную, но, къ сожалѣнію, почти безрезультатную борьбу въ смыслѣ полного исцѣленія, т. к. причина злокачественныхъ новообразованій наукой до сихъ поръ не открыта. Между тѣмъ, располагаясь въ какомъ нибудь органѣ, злокачественное 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 радіи и мезотеріи пока не приходится: такъ эти средства дороги и такъ еще сомнительны ихъ практическіе результаты! Поэтому громадному большинству врачей остается лишь поддерживать силы больного усиленнымъ питаніемъ, что можетъ нѣсколько продлить жизнь.

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

Относительно радикальнаго изсѣченія пораженнаго участка даже такой опытный хирургъ, какъ Czerny, говоритъ слѣдующее: „если уже резекція пищевода на шеѣ дала такъ мало хорошихъ результатовъ, то мы должны ждать еще меньшаго отъ смѣлыхъ попытокъ хирургически воздѣйствовать на грудную часть пищевода“. Ради полноты изложенія скажу, что Czerny изъ 12 оперированныхъ больныхъ (изсѣ- ченіе опухоли въ грудной части пищевода), успѣхъ имѣлъ въ 3 слу- чаяхъ 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 операци. 4 резекціи пищевода, произведенныя въ клиникѣ проф. Дьяконова и описанныя у Павлова- Сильванскаго, всѣ кончились летально. Тоже видимъ и у другихъ хирурговъ. Это потому, во 1-хъ, что доступъ къ мѣсту пораженія при ракѣ пищевода особенно труденъ, во 2-хъ, дѣло не ограничи- вается чистымъ изсѣченіемъ отрѣзка пищевода, попутно приходится или удалять гортань, щитовидную и лимфатическія железы, или ранить возвратный нервъ и др. важные органы, и въ 3-хъ, послѣ операциіи часто наступаетъ гнойный медиастинитъ.

Если безсильны смѣлыя попытки хирурговъ изсѣчь опухоль пи- щевода, то точно также является выраженіемъ нашего безсилія и на- ложеніе желудочнаго свища при ракѣ пищевода—операциа впервые предложенная Басовымъ въ 1842 г.

Эта палліативная операциа не можетъ удлинитъ жизнь больныхъ на сколько нибудь продолжительное время—это во 1-хъ, и во 2-хъ, она даетъ облегченіе больнымъ только вскорѣ послѣ операциіи, а въ даль- нѣйшемъ наступаютъ диспептическія явленія (атрофія слизистой обо- лочки желудка), и больные предпочитаютъ ѣсть хоть мало черезъ ротъ, чѣмъ много, но черезъ свищъ. Поэтому гастростомію при ракѣ пищевода лучше не производить; она имѣетъ очень ограниченный кругъ показачій, а именно: мы считаемъ возможнымъ дѣлать гастро- стомію только при полной почти и никакимъ другимъ способомъ не- устранимой непроходимости пищевода при сравнительно крѣпкомъ еще организмѣ. 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 veto и на послѣднее средство въ рукахъ врача—это поддерживать силы больного усиленнымъ питаніемъ, т. к. онъ представляетъ механиче- ское препятствіе не только для питательнаго матеріала, но даже для лѣкарства.

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

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

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

30 іюня 1913 г. въ хирургическую амбулаторію обратился чиновникъ Е, 42 хъ лѣтъ, съ жалобами на затрудненіе при прохожденіи пищи въ пищеводѣ. Замѣтилъ это 2 мѣсяца назадъ. За послѣднее время сталъ предпочитать жидкую пищу. Лѣчился у многихъ врачей. Видимо, они пользовали его отъ невралгіи. Рака пищевода никто не подозрѣвалъ. Тѣлосложенія крѣпкаго; питанія скорѣе хорошаго, чѣмъ худого, хотя больной заявлялъ, что силы его замѣтно слабнуть. 30-го іюня, въ день посѣщенія амбулаторіи, онъ почувствовалъ себя особенно плохо. За утреннимъ чаемъ, при проглатываніи бѣлаго хлѣба, появились сильныя боли и вскорѣ рвота. При зондированіи средней оливой мною опредѣлено препятствіе на уровнѣ 27 см отъ края зубовъ. Взята меньшей величины олива. Она остановилась на томъ же уровнѣ; при небольшомъ 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 операціи гастростоміи. На другой день, утромъ, я былъ позванъ къ больному, на домъ, т. к. въ состояніи его произошло рѣзкое ухудшеніе. Появился кашель съ кровавой мокротой, усилились одышка и стѣсненіе въ груди, боли. Пульсъ хорошаго наполненія, правильный, 90 ударовъ въ минуту. Тоны сердца глуховаты, шумовъ нѣтъ, констатировано увеличеніе размѣровъ сердца. При выслушиваніи легкихъ—разсѣянные сухіе хрипы. Т 38,6. Больной положенъ на Терапевтическое Отдѣленіе.

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

3-го Т. 36,6 38,3; 4-го Т. 37,8—38,4.

5-го Т. 37,2—38,7. Въ средней долѣ праваго легкаго слышны пурччатые 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 голеньяхъ небольшой отекъ.

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

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

24-го іюля скончался при нарастающей слабости пульса.

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

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

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

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

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

Столкнувшись съ этимъ фактомъ, я заинтересовался, какъ часто встрѣчаются подобныя прободенія пищевода. Несмотря на всѣ старанія, въ литературѣ, по крайней мѣрѣ русской, мнѣ почти ничего не удалось найти по интересующему меня вопросу. Единственныя указанія, которыя я нашель 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 нашель.

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

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

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

Такъ въ работахъ клиники Дьяконова приведены 3 исторіи болѣзни.

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

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

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

Такой же случай мнѣ удалось найти въ отчетѣ Факультетской Хирургической Клиники проф. Спизарнаго за 19<sup>10/11</sup>—19<sup>11/12</sup> уч. года. Исторія болѣзни такова: гимназистка, 17 л., поступила 18 окт. 1911 г. На амбулаторномъ приѣмѣ сдѣлано бужированіе пищевода подъ контролемъ эзофагоскопа по поводу сѣуженія, наступившаго послѣ ожога ѣдкой щелочью 2 мѣсяца назадъ. Послѣ бужирования влито 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 вскрытіи найдено: въ концѣ верхней трети пищевода имѣлось кольцевидное сѣуженіе. На мѣстѣ его пищеводъ перфорированъ; отсюда ложный ходъ спускался внизъ по клѣтчаткѣ между пищеводомъ и трахеей до самой діафрагмы, здѣсь ходъ кончался гнойникомъ въ самой діафрагмѣ, величиной съ грецкій орѣхъ.

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

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

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



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

Теперь зададимъ себѣ вопросъ, какое же обоснованіе имѣетъ зондированіе?

Для распознаванія болѣзни приѣмъ этотъ абсолютно не нуженъ, т. к. клиническая картина рака пищевода сплошь да рядомъ бываетъ до нельзя ясна. Развивается ракъ пищевода исподоволь, незамѣтно, въ пожилымъ возрастѣ. Сначала происходитъ какъ бы случайное застреваніе твердой пищи; затѣмъ больные инстинктивно начинаютъ избѣгать твердой пищи, принимаютъ лишь кашицеобразную и жидкую; явленія суженія затѣмъ все прогрессируютъ, появляются боли, развивается кахексія; по временамъ, когда опухоль распадается, появляются обманчивые симптомы рѣзкаго улучшенія проходимости. Съ такими періодами, 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 опредѣленія мѣста суженія. Въ настоящее время это легко сдѣлать при помощи рентгеновскихъ лучей. Больному дается висмутовая каша. При проглатываніи ея, больной просматривается лучами. На мѣстѣ стриктуры получается характерная перетяжка столбика каши.

Излюбленными мѣстами раковыхъ суженій пищевода, какъ извѣстно, являются отдѣлы его на 18, 33 и 41 сан. отъ края зубовъ (т. е. позади перстневиднаго хряща, на уровнѣ перекрещиванія бронха пищеводомъ и на мѣстѣ прохожденія его черезъ діафрагму), т. к. въ этихъ мѣстахъ сама природа создала суженія и, слѣдовательно, стѣнка пищевода подвергается наибольшему раздраженію. О зондированіи съ лѣчебной цѣлью раковыхъ суженій говорить не приходится: это простой самообманъ. Между тѣмъ, зондированіе крайне опасный приѣмъ, 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 прободенія пищевода. Раненія пищевода наступаютъ легко въ особенности потому, что, благодаря скорому распространенію раковыхъ массъ по лимфатическимъ путямъ, происходитъ быстрое сращеніе бронхиальныхъ железъ со стѣнкой пищевода и образованіе дивертикуловъ, что и обусловливаетъ легкую ея ранимость.

Остановлюсь на этомъ вопросѣ нѣсколько подробнѣе.

На основаніи ряда опытовъ, Саввинъ различаетъ въ пищеводѣ 2 лимфатическія 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 стволы, сливаясь и анастомозируя другъ съ другомъ, вливаются въ околопищеводныя железы. Мышечная сѣть имѣетъ связь съ груднымъ протокомъ, а отдѣльные стволы спускаются къ малой кривизнѣ желудка, къ началу чревной артеріи и поджелудочной железнѣ. 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, но крайней мѣрѣ въ настоящее время.

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

Займусь теперь разборомъ нашей исторіи болѣзни. Каковъ механизмъ прободенія пищевода? Утромъ, въ день поступленія въ больницу, у больного, повидимому, застрялъ въ пищеводѣ кусочекъ хлѣба. Появились боли и рвота. Далѣе, на вскрытіи на задней стѣнкѣ пищевода, въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ соприкасался съ бифуркаціей бронховъ, мы нашли громадную раковую железу, спаянную со стѣнкой пищевода. Слѣдовательно, послѣдняя въ данномъ мѣстѣ была оттянута вглубь и образовала нѣчто вродѣ небольшого дивертикула. Застрявшій кусокъ пищи могъ попасть въ зготъ 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 ранимость. То, чего не сдѣлалъ зондъ съ

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

Объясненіе это опирается на аналогичные случаи т. н. первичныхъ раковыхъ прободеній пищевода (не травматическихъ!), которыя по однимъ авторамъ встрѣчаются въ 61% (Petri), а по другимъ въ 33% (Maskenrie). Д-ръ Русловъ въ своей статьѣ: „Къ казуистикѣ и діагностикѣ раковыхъ прободеній пищевода“ пишетъ: „Непосредственною причиною прободенія почти всегда является воспалительно-язвенный процессъ, гнѣздящійся въ воронкѣ дивертикула и развивающійся вслѣдствіе введенія въ послѣдній инородныхъ тѣлъ или твердыхъ частицъ пищи“. Говорить о другомъ объясненіи—возможности пророченія 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 эпителий, слой гладкихъ мышцъ и глубокая железа въ сосѣдствѣ съ прободной язвой были не измѣнены, хотя въ слое поперечно-полосатыхъ мышцъ ясно замѣтны раковыя массы. Что касается вопроса, съ какими сосѣдними органами можетъ произойти сообщеніе пищевода при прободеніи его, то Zenker на 120 случаевъ раковыхъ прободеній въ 67% наблюдалъ прободенія въ дыхательные пути и въ 33%—въ кровеносные, главнымъ образомъ въ аорту. Тѣ же процентныя отношенія приложимы и къ травматическимъ прободеніямъ пищевода

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

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

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

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

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

6) Техника изслѣдованія пищевода нуждается въ усовершенствованіи.

*Печатные источники:*

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