

Издание Вологодской Губернской Земской Управы.

П. П. МОКРОВСКИЙ.

КЪ ХИРУРГИИ  
**ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ.**



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

# КЪ ХИРУРГІИ ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ.

**Л. Л. Мокровскаго.**

(Изъ Хирургического Отдѣленія Вологодской Губернской Земской больницы).

Всѣ русскія работы обѣ операцийъ на желчныхъ путяхъ констатируютъ незначительное количество этихъ операций, 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 Съѣздѣ Россійскихъ Хирурговъ въ декабрѣ 1909 г. выдающимися русскими хирургами были приведены цифры произведенныхъ ими операций на желчныхъ путяхъ. Проф. А. В. Мартыновъ упомянуль о произведенныхъ имъ 20 операцийъ, проф. И. П. Алексинскій—30, д-ръ Березкинъ—40, д-ръ Красинцевъ—7. На томъ же съѣздѣ проф. С. П. Федоровъ, обладающій самымъ большимъ числомъ этихъ операций изъ русскихъ 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 операций, 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. Н. Федорова за 1908 г. высказываетъ, что общее число произведенныхъ русскими хирургами операций при заболѣваніи желчныхъ путей „врядъ ли превосходитъ 2- $2^{1/2}$  сотни“. Изъ земскихъ врачей пока еще никто не сдѣлалъ обзора своихъ операций на желчныхъ путяхъ, кромѣ д-ра В. К. Трофимова, сообщившаго о 2-хъ произведенныхъ имъ операціяхъ въ Пензенской губернской больнице.

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

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

Сравнительно болѣе рѣдкія находки этихъ заболѣваний 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 заболѣвания желчныхъ путей приходится встрѣтить въ меньшинствѣ случаевъ. Kehr утверждаетъ, что въ 90% желчнокаменной болѣзни желтуха отсутствуетъ совершенно. Боли при камняхъ не всегда носятъ коликообразный характеръ. Часто больные съ желчными камнями страдаютъ постоянными тупыми болями, ощущаемыми въ подложечной области (Иконниковъ). Увеличенія печени по Kehr'у не бываетъ въ 80% случаевъ желчнокаменной болѣзни. 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 исторія, что съ хирургіей другихъ областей. Іѣть 20—25 тому назадъ существовалъ вѣглѣдъ, что вѣнѣматочная беременность въ Россіи встрѣчается рѣже, чѣмъ на Западѣ. Затѣмъ съ развитіемъ гинекологіи въ Россіи, сперва по крупнымъ центрамъ, стали считать, что вѣнѣматочная беременность встрѣчается чаще въ городахъ. Съ развитіемъ же гинекологіи въ земскихъ больницахъ пришлоось убѣдиться, что вѣнѣматочная беременность одинаково присуща какъ городскому, такъ и деревенскому населенію.

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

годской Губернской Земской больницѣ 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 имѣеть достаточное основаніе. Опубликованіе этихъ операций имѣеть 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.

изъ 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 желчнаго 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 кончилась 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 составляетъ только случай 10-й, при которомъ въ 1914 году пришлось примѣнить хлороформъ-эфирный наркозъ, такъ какъ всѣ подкожныя вены были настолько малы, что никакъ не удалось ввести капиллю. Наркозъ при операцияхъ на желчныхъ путяхъ составляєтъ одно изъ самыхъ главныхъ условій успѣха операциіи. 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 имѣть 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 желчного 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 желчного 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. Сморщиваніе пузыря указывало, что въ немъ имѣлись рубцы; приходилось такимъ образомъ ждать, что мышечные слои пузыря сильно пострадали отъ воспалительныхъ процессовъ. На интенсивность воспалительныхъ процессовъ указывали также значительные спайки 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 болѣзненные ощущенія могли бы остаться и послѣ. Имѣя же въ виду наблюденія хирурговъ съ большимъ опытомъ въ хирургіи желчныхъ путей, по которымъ рецидивы заболѣванія при операциіи съченія или образованія наружнаго свища желчнаго пузыря бываютъ чаше, чѣмъ при изсѣченіи пузыря, кромѣ того, имѣя въ виду данныя, по которымъ запущенные случаи воспаленія желчныхъ путей ведутъ къ появлению 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 болѣзняныхъ явлений—нами препочиталась болѣе легкой, за то менѣе надежной по 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 ощупываніемъ органовъ брюшной полости. При этомъ нерѣдко попадаются заболѣванія желчныхъ путей въ самыхъ раннихъ стадіяхъ, съ самыми незначительными измѣненіями. Такъ, у оперированныхъ братьями Mayo за 10 лѣтъ 1244 женщинъ по поводу міомъ матки у 92 изъ нихъ были найдены желчные камни. Затѣмъ ранняя діагностика заболѣванія желчныхъ путей и, болѣе распространенное оперативное лѣченіе ихъ—способствовали также тому, что американскіе хирурги имѣютъ чаше дѣло не съ запущенными случаями.

Что касается вообще показаній къ оперативному или терапевтическому лѣченію, то объ этомъ я выскажусь, предварительно изложивъ данныя объ имѣвшихъ 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. З брата 2 сестры также. Въ дѣтствѣ перенесла скарлатину. Больная—дѣвица. Менструаціи съ 20 л., безболѣзненная, днія по 3, приходятъ

черезъ мѣсяцъ. Спиртные напитки и табакъ не употребляетъ. Настоящее заболѣваніе началось около 2-хъ лѣтъ тому назадъ, болѣзнь, по ея словамъ, началась рвотой до 5—6 разъ въ день, тошнотой, сильною болью въ области желчного пузыря, головной болью; запоръ не было. Желтухи не было. Приступъ продолжался около 3-хъ дней. По совѣту врача, больная въ это время принялѣла глистогонное, при чемъ 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 желчного пузыря безболѣзенна, 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, срошенъ 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 мелкие камешки. По выдѣленіи его изъ спаекъ и отдѣленіи отъ печени пузырь легко вытянулся. *Art. cystica* перевязана отдѣльно отъ культа пузыря. Пузырь отдѣленъ вмѣстѣ съ *ductus cysticus* на протяженіи послѣдняго cm. 2. Культа прижжена *acid. carbolic. liquefact.* Надъ культей штипа кѣтчатка. 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. Менструаціи 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. Цвое жи-вы: 1 эпилептикъ, другой—здоровый. Перенесла корь 6 лѣтъ. 8 лѣтъ послѣ поднятія тяжести хворала съ мѣсяцъ: были по-носъ и слабость. 12 лѣтъ перенесла малярію, въ теченіе года съ про-межутками. 2 раза—брюшной тифъ: 21 г. и 46 лѣтъ. Начало настоя-щаго заболѣванія больная относить къ декабрю 1885 г., когда у нея впервые наблюдался приступъ, характеризующійся одною болью въ області печени въ теченіи короткаго времени. Въ 1889 г. былъ дру-гой приступъ также, только съ болью. Въ 1890 г. было 5 приступовъ. Каждый приступъ сопровождался сильной болью въ області желч-наго пузыря, рвотой, запорами, вздутиемъ живота въ правомъ подре-беріи. 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. характер-ныхъ приступовъ не было, появлялась только иногда боль въ області печени, длившаяся короткое время. Съ 1895 г. по 1902 г. больная замѣчала нѣсколько разъ въ калѣ камешки сѣро-желтаго цвѣта ве-личиной съ половину рисового зерна. Въ апрѣлѣ с. г. приступы воз-обновились: появлялись рвоты, запоры, боль въ області желчнаго пузыря; приступы продолжались дня 4. Съ этого же времени появилась слабая желтушная окраска кожи и сѣрыя испражненія. 11-го окт. снова приступъ: зѣпоръ, рвота, боли въ області желчнаго пузыря, рѣзкая желтушная окраска всѣхъ покрововъ; приступъ продолжался дня 3; боль въ печени осталась послѣ приступа. 29-го  $t^0$  поднялась до 38°. Съ этого времени стала чувствовать себя все слабѣе и слабѣе;  $t^0$  была все время повышена. 4-го ноября поступила въ хи-рургическое 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. Хлоро-формъ. Пузырь сморщенъ, стѣнки рѣзко утолщены. Пузырь спаянъ съ сальникомъ, поперечной кишкой. Стайки крайне трудно было отдѣлять вслѣдствіе сильной кровоточивости. Кровоточила сплошь вся ткань, не только видимые сосудики. Пузырь выдѣленъ. Пузырный протокъ рѣзко расширенъ. Въ печеночномъ протокѣ находится ка-мень  $2^{1/2}$  ctm.  $\times$   $1^{1/2}$  ctm., бугристый, плотно охваченный протокомъ. Его удалось провести въ пузырь. Пузырь былъ изсѣченъ съ пузыр-нымъ протокомъ. Въ печеночный протокъ вставлена плотная дре-нажная трубка. Вокругъ трубки вставлена плотно прилежащая къ кровоточащимъ мѣстамъ турунда. Брюшная рана зашита по двѣ трети; черезъ осталую часть выведены дренажъ и турунда. Пульсъ не падалъ. Въ виду значительной потери крови на операционномъ столѣ влито подъ кожу  $1^{1/4}$  литра солевого раствора. Вскорѣ повязка была пропитана кровью. Пульсъ постепенно падалъ. Впрыскивали

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

Случай 3-й. Cholecystitis calculosa. Операциія: 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 рода была желтуха. Въ теченіе сентября и октября с. г. перенесла брюшной тифъ. Менструаціи съ 13 л. по недѣльѣ черезъ мѣсяцъ. Во время болѣзни брюшнымъ тифомъ менструації прекратились и возобновились только на днѣхъ. 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 свинутому 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 нащупываются 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. Культия 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  $1\frac{1}{4}$  длины, т<sup>0</sup> 37—37,3. Пульсъ 104—100. 27-го турунда извлечена еще на  $1\frac{1}{4}$ . т<sup>0</sup> 36,7—37,1. Пульсъ 85—89. 28-го турунда вся извлечена, замѣнена маленькой только кожной турундой, т<sup>0</sup> 36,7—37,1. Пульсъ 85—93. 2-го декабря швы сняты. Прима. 4-го декабря, сильныя боли по всему животу въ теченіи 15 минутъ. Послѣ ol. ricini обильно прослабило. 10-го декабря приступъ

болѣй около 20 минутъ. Стулъ хорошій. Съ 2-го декабря  $t^0$  не выше 37, пульсъ не болѣе 88. 13-го выписалась съ хорошимъ самочувствіемъ. Черезъ  $1\frac{1}{2}$  года показывалась. Приступовъ боли за это время не было. Бывають небольшія боли въ подложечной области.

Случай 4-й. Icterus. Obstructio ductus choledochi. Cancer pancreatis. Операциія: 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 подреберью, появляющуюся при нажатіи. Въ декабрѣ 1910 года появилась желтуха, передъ этимъ болѣла грудь и былъ кашель въ теченіе 4-хъ недѣль. Желтуха держалась до марта 1911 г., въ мартѣ прошла совершенно. Была тогда утомляемость и вялость. Въ январѣ боли въ правомъ подреберью и въ теченіи 2-хъ недѣль повышеніе  $t^0$  до 39,8; лежалъ въ больницѣ. Въ октябрѣ желтуха появилась вновь и тянется до сихъ поръ. Въ настоящее время желтуха рѣзкая; отмѣчается вялость. Легкія и сердце не измѣнены. Пульсъ 50. Печень увеличена — легко прощупывается ниже края реберъ.  $T^0$  нормальна. Общее питаніе среднее. Аспіта нѣтъ. Моча содержитъ много желчныхъ пигментовъ. Испражненія сѣраго цвѣта. Черезъ 3 дня ставимъ клизмы изъ молочнокислого кальція. 12 янв. 1912 г. операциія. Хітуроформъ. Эфиръ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю праваго прямого мускула. Печень увеличена, опущена. Желчный пузырь рѣзко раздуть и выстоитъ изъ-підъ печени, спаянъ съ сальникомъ. Дно пузыря  $cm$  на 3 выступаетъ изъ-подъ края печени. Въ головкѣ поджелудочной железы прощупывается уплотненіе, вправо отъ него прощупывается также уплотненіе, но вдвое меныше — лимфатическая железа. Уплотненіе въ головкѣ — съ небольшое куриное яйцо. Въ окружности много плотныхъ железокъ. Пузырь обложенъ салфетками, пунктирова. Извлечено слизистой желчи около 200 куб. сант. Послѣ опорожненія пузырь вскрытъ. Пузырь былъ віщий въ брыжжейку поперечной кишки, между его дномъ и тощей кишкой, отступя отъ  $plica$   $cm$  30, наложено соустіе. На кишку выше и ниже соустія наложено соустіе (entero-entero-anastomosis). Кровоточеніе незначительное. Животъ зашитъ наглухо. Послѣоперационное теченіе 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 выписался. Желтуха къ этому времени почти совершенно прошла. 19-го апрѣля 1912 года поступилъ снова въ очень плохомъ состояніи. Въ подложечной области прощупывается плотная бугристая опухоль. Затрудненіе въ проходимости pylorus. Рѣзкія боли въ спинѣ. Отеки нижнихъ конечностей. Желтухи почти нѣтъ; слегка только окрашены склеры. Общее питаніе значительно ухудшилось. 5-го мая въ виду совершенной невозможности операциіи и крайне сильныхъ болей переведенъ на терапевтическое отдѣленіе.

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

Н. К. Дворянинъ, 53 л. Поступилъ 3-го декабря 1911 г. 15 лѣтъ тому назадъ отходили желчные камни, лечился не одинъ разъ въ Карлсбадѣ. Послѣдній разъ желтуха появилась съ юля 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 принятия пищи. Лѣчившимъ его врачомъ поставленъ діагнозъ—ракъ или язва желудка. За послѣдніе 4 мѣсяца похудѣлъ на 2 пуда.

Больной изъ здоровой семьи. У брата—желчные камни. Сложеніе очень хорошее. Покровы и склеры слегка желтушны. Легкія и сердце—нормальны. Въ правомъ подреберьи прощупывается плотный край печени. Животъ вздутъ. Запоры. Операциія нѣсколько дней откладывалась изъ-за появившагося бронхита. 22 декабря—operatio. Хлороформъ—эфиръ. Разрѣзъ по краю сдвинутаго прямого мускула. Войдя 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 пупка. Спайки пузыря раздѣлены. Онъ очень 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 операциіи 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 операциіи. 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 операциіи больной быстро достигъ своего прежняго благополучія. Потерянный за послѣдніе заболѣваніе вѣсь, видимо, скоро пріобрѣтенъ обратно. Явленій, бывшихъ до операциіи, 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 операциіи образовавшагося растяженія рубца. На операциіи попытка стянуть края въ мышцахъ, соотвѣтственно получившемуся отверстию,

неувѣнчались успѣхомъ. Отверстіе удалось закрыть образованіемъ лоскута на ножкѣ, какъ это рекомендуется 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 здорова. 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 времена. Аппетитъ плохой. Вскорѣ послѣ боли 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 ощущиваніи болѣзненна. 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 стм. 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 изѣченъ. Къ культи вставлена 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 соответствовалъ 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, hepatis et renum parenchymatosa. Nephritis interstitialis chronica. Adipositas universalis. Pleuritis fibrinosa purulenta dextra et gangraena pulmonis dextri lobi secundi. Hyperplasia puluae lienis 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 назад 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 культи матки (надвлагалищная ампутація). Сращенія сальника разъединены, обшиты. Осмотрѣнъ appendix. Онъ невеликъ, расположено книзу отъ слѣпой. Въ серединѣ перетянутъ тяжомъ спаекъ, которая осѣдлали его и образовали какъ бы странгуляціонную полосу. Спайки раздѣлены, appendix удаленъ. Культа обычно погружена. Осмотрѣнъ желчный пузырь. Онъ сморщенъ, спаекъ вокругъ него не обнаружено. Въ немъ камень величиной съ виноградину. 1-й разрѣзъ зашитъ наглухо. Слѣланъ 2-й разрѣзъ по краю сдвинутой прямой мышцы, длиною ctm. 15, отступая нѣсколько отъ края реберъ. Осторожно надрѣзана брюшина по краю пузыря и отслоена. Пузырь отдѣленъ отъ печени и вытянутъ. Art. cystica перевязана. Шейка хорошо освобождена и вытянута. Желчный пузырь и протокъ его удаленъ. Ложе пузыря обшито брюшиной. Къ мѣсту пузыря турунда. Проснулась въ 11 час. вечера. Жаловалась на боль въ области печени. Тошнило. Нѣсколько разъ срыгивала желчь. 16-го t<sup>o</sup> 38, пульсъ 100. Вечеромъ t<sup>o</sup> 38,9, пульсъ 120. 17 го t<sup>o</sup> утромъ 37,6, пульсъ 100. Веч. t<sup>o</sup> 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. Операциі: Cholecystoenterostomia.

Е. О., крестьянка, Грязовецкаго у., 33 лѣтъ. Поступила 20 марта 1913 г. Заболѣла 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> 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 окружающие стали замѣтать желтизну въ лицѣ. Желтуха иногда проходила. Испражненія были сѣраго цвѣта. При осмотрѣ найдено—больная слаба, кожа и склеры желтушно 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<sup>o</sup>—37,4. З апрѣля—испражненія сѣраго цвѣта. Жалуется на головную боль. 10—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 ощупываніі область желчнаго пузыря напряжена, болѣзненна. 28-го т° 37,1, боли въ животѣ нѣтъ. Съ 30-го по 15-е мая т° нормальна, самочувствіе удовлетворительное. 14-го мая подъ гедоналомъ—операциѣ. Разрѣзъ по краю сдвинутаго кнутри прямого мускула. Желчный пузырь невеликъ, напряженъ; стѣнки его тонки. Пробнымъ шприцемъ изъ него добыта зеленоватая жидкость. По *ductus choledochus* нащупано много мелкихъ камней. Въ области его сплошныя спайки. Удалить камни не удалось; прото скнуть ихъ также. Желчный пузырь протянутъ подъ *colon transversum* въ отверстіе брыжжейки и фиксированъ 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 рвадась, а при фиксированіі ея къ брыжжейкѣ стѣнка прокололась насквозь и изъ пузыря хлынула струйкой желчъ. Нѣсколько ея попало въ брюшную полость. По наложеніі соустія прилежащія 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 аутопсіі оказалось—*Cirrhosis hepatis hypertrophica. Calculi ductus choledochi. Pleuritis chronica fibrosa. Peritonitis circumscripita. Icterus hepatis, renum et myocardii. Tumor lienis chronicus. Hyperplasia pulpaе lienis. Dilatatio ventriculi et haemorrhagia in cavum ejus.*

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

Крестьянка Вельскаго уѣзда., Е. Ф., 47 л. Прачка. Живеть 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. Истошена. Вѣсъ 2 пуда 30 ф. т° часто доходитъ до 40 и выше. Какой-либо опухоли въ животѣ прощупать не удается. Печень значительно увеличена. Со стороны сердца и легкихъ особыхъ измѣненій не найдено. Запоровъ нѣтъ.

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

печени 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 увѣнчались успѣхомъ. Стѣнка кишкы надъ камнемъ разрѣзана, камень извлеченъ. По извлечению его потекла желчь. Разрѣзъ слизистой и стѣнки протока зашитъ. 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 нѣтъ. 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 операции, и крайне худыхъ домашнихъ условий продержана въ больницѣ 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*. Операциѣ: *cholecystectomy*.

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

10-го января 1914 г., подъ хлороформъ-эфирнымъ наркозомъ операція. Сначала пробовали дать гедональ, но не удалось, такъ какъ вены подкожныя были крайне малы. Разрѣзъ параллельно краю реберъ  $cm. 15$  длиной. Часть прямой мышцы разрѣзана поперекъ. При вскрытии бѣюшины 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  $1/2$  см. толщиной. Вытягивая желчный пузырь, убѣдились, что онъ тянется глубоко и въ серединѣ имѣть перетяжку. Форма его въ видѣ песочныхъ часовъ, при чемъ болѣе глубокая часть расширена и наполнена массой мелкихъ камней.

Эта расширенная часть легко отдѣлилась отъ двѣнадцатиперстной кишкѣ. Пузырный протокъ вытянутъ см. на 3, перевязанъ и отсѣченъ. Кулья его прижжена ac. carbol. и погружена. Art. cystica перевязана изолированно. Мѣсто печени, где было ложе пузыря, перитонизировано только отчасти. Къ мѣсту пузыря турунда.

Вечеромъ т<sup>0</sup> 36.2. Пульсъ 80. Не проснулась. Нѣсколько разъ рвота зеленую. 11-го янв. т<sup>0</sup> 37. Пульсъ 88. Рвоты не было. Общее самочувствіе хорошее. Вечеромъ т<sup>0</sup> 38. Пульсъ 108. Общее самочувствіе удовлетворительное. 12-го т<sup>0</sup> 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 замѣщается рубцовой тканью. Мышечные волокна сохранены на нѣкоторыхъ участкахъ только единичными волоконцами. Утолщеніе въ днѣ пузыря состоѣтъ 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 первичного 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 желчно-каменной болѣзни встрѣчается нерѣдко и можетъ симулировать первичное заболѣваніе желудка. въ 9-мъ случаѣ изъ-за такого съуженія мнѣ, кроме сѣченія общаго желчвыносящаго протока, пришлось сдѣлать еще гастроэнтеростомію. У Körte на 292 случаевъ желчно-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 pyloroplasticsъ. 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 лать 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,  
насколькъ 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 жѣлчныхъ  
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 грудно рѣшить, какіе признаки относились къ аппендициту и  
какіе къ заболѣванію жѣлчныхъ путей. Отъ трудности діагностики  
зависитъ, конечно, въ большей степени отмѣчаемое многими малое  
количество оперируемыхъ въ Россіи съ заболѣваніями жѣлчныхъ  
путей. „Если бы діагностика наша была вѣрнѣе, то я уѣхалъ, го-  
ворить проф. С. П. Боткинъ, что оперативное пособіе дѣжалось бы  
гораздо чаще и немалый процентъ тяжело больныхъ быль бы спа-  
сенъ“. Эти слова становятся еще болѣе выразительными для настоя-  
щаго времени, когда хирургія жѣлчныхъ путей за послѣдніе 20 лѣтъ  
достигла громадныхъ успѣховъ въ техникѣ.

Что касается лѣченія заболѣваній жѣлчныхъ путей, то таковое  
до сихъ поръ находится въ положеніи „между двумя стульями“. Послѣ  
выясненнаго уже діагноза заболѣванія жѣлчныхъ путей остается не-  
рѣшеннымъ вопросъ, откуда больной долженъ получить надлежащую  
помощь—отъ терапевтическихъ ли мѣропріятій или отъ операци? Взгляды терапевтовъ въ этомъ отношеніи трудно привести въ какую-  
либо систему. „Многіе изъ терапевтовъ, говорить проф. Кузнецовъ,  
считая эту болѣзнь не особенно опасной, смотрятъ на операцию какъ  
на *ultimum refugium*“. Мнѣ 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 анатоміи  
извѣстно, что регенерация мышцъ происходитъ въ очень рѣд-  
кихъ 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 застоевъ содержимаго и худшаго питанія стѣнокъ пузыря отъ появленія рубцовъ усиливается ранимость пузыря. Появившіяся приступы, понятно, становятся съ теченіемъ времени чаще и чаще, такъ это было и въ 1-мъ, и въ 3-мъ, и въ 10-мъ случаяхъ. Измѣненія пузыря становятся все больше и больше. Случай 2-й очень хорошо показываетъ, какъ усиливались съ теченіемъ времени приступы. Первые изъ нихъ сопровождались только болью, въ слѣдующихъ, явленія усиливались, становились постоянными. Камни сначала 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 хронически 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 „характерныя 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 звучатъ слова Riedel'я, приводимыя Иконниковымъ, будто „маленькие камни принадлежать почти всѣ внутренней медицинѣ, большіе хирургії“. Случай 2-й указываетъ, какъ можно въ надеждѣ на то, что у больного маленькие камни тянуть время, дождаться до большого, а вскорѣ и до летального исхода. Чѣмъ раньше воспользоваться хирургу для упомянутой цѣли „скрытымъ периодомъ“; тѣмъ лучше для больного. Въ раннихъ стадіяхъ придется имѣть дѣло съ меньшими измѣненіями, оперативное вмѣшательство будетъ легче, всякихъ осложненій этого вмѣшательства будетъ меньше. Чѣмъ меньше спаекъ, тѣмъ меньше времени на операцио, тѣмъ меньше надобности въ турундахъ; меньшая турунда дастъ больше шансовъ на лучшее и болѣе полное сращеніе брюшной раны, дастъ больше

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. П. Боткина т. 2-й. Проф. С. П. Ѣедоровъ, 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. Касогелевъ 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. П. Ѣедорова. Т. 2-й, 2-я, 1908 г. А. С. Казаченковъ. Къ вопросу о съженіяхъ 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 Окъздовъ Россійскихъ Хирурговъ. А. Ѣ. 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.