

Издание Вологодской Губернской Земской Управы.

П. П. МОКРОВСКИЙ.

КЪ ХИРУРГИИ
ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ.



ВОЛОГДА.
Типографія Н-въ Гудкова-Бѣлякова.
1914.

КЪ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ.

Л. Л. Мокровскаго.

(Изъ Хирургическаго Отдѣленія Вологодской Губернской Земской больницы).

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

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

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

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

Рѣзкіе симптомы заболѣванія желчныхъ путей приходится встрѣчать въ меньшинствѣ случаевъ. Кehr 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 Кehr'у не бываетъ въ 80% случаевъ желчнокаменной болѣзни. Отхожденіе камней, обезцвѣчиваніе испражнений бываетъ также не всегда; эти симптомы возможно замѣтить только при тщательномъ наблюденіи за больнымъ. Съ хирургіей желчныхъ путей повторяется та же исторія, что съ хирургіей другихъ областей. Їтъ 20—25 тому назадъ существовалъ взглядъ, что внѣматочная беременность въ Россіи встрѣчается рѣже, чѣмъ на Западѣ. Затѣмъ съ развитіемъ гинекологіи въ Россіи, сперва по крупнымъ центрамъ, стали считать, что внѣматочная беременность встрѣчается чаще въ городахъ. Съ развитіемъ же гинекологіи въ земскихъ больницахъ пришлось убѣдиться, что внѣматочная беременность одинаково присуща какъ городскому, такъ и деревенскому населенію.

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

годской Губернской Земской больницѣ і я операція на желчныхъ путяхъ произведена мною въ 1911 году. Съ тѣхъ поръ по настоящее время произведено мною всего 10 операций на желчныхъ путяхъ. Сюда не вошли операціи 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 городѣ и возможно почти про всѣхъ сказать о длительныхъ результатахъ операций. Исходы операций могутъ послужить матеріаломъ въ разработкѣ многихъ еще пока нерѣшенныхъ вопросовъ этой отрасли хирургіи.

10 произведенныхъ мною операций на желчныхъ путяхъ дѣлятся такъ:

- холецистэктомій—7,
- холецистоэнтеростомія—1,
- холецистоэнтеростомія и дренажъ печеночнаго протока—1,
- холедохотомія и гастроэнтеростомія—1.

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

Изъ холецистэктомій 2 кончились смертью, холецистэктомія съ дренажемъ печеночнаго протока также кончилась смертью. Остальныя 7 кончились выздоровленіемъ. Всѣ случаи относятся къ запущеннымъ, съ крайне рѣзкими пораженіями. 9 больныхъ—жители г. Вологды. 2 больныхъ присланы городскими врачами. Остальные явились сами за хирургической помощью, окончательно извѣрившись въ возможность улучшения 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 операціи 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 операціи на желчныхъ путяхъ стали производиться подъ этимъ наркозомъ. Исключеніе составляетъ только случай 10-й, при которомъ въ 1914 году пришлось примѣнить хлороформъ-эфирный наркозъ, такъ какъ всѣ подкожныя вены были настолько малы, что никакъ не удалось ввести каплюлю. Наркозъ при операціяхъ на желчныхъ путяхъ составляетъ одно изъ самыхъ главныхъ условій успѣха операціи. Кэръ предостерегаетъ отъ примѣненія

хлороформа. У желтушныхъ онъ считаетъ хлороформъ безусловно противопоказаннымъ; у нихъ, по его мнѣнію, допустимъ только эфиръ. Хорошій наркозъ, по мнѣнію Кегг'а, при операціяхъ на желчныхъ путяхъ имѣетъ болѣе значенія, чѣмъ самая лучшая операціонная техника и самая ловкая ассистенція. „Врачъ, нашедшій средство, соединяющее въ себя 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 соответствующее высказаннымъ сейчасъ требованіямъ. Гедоналъ—сравнительно съ другими наркотическими—обладаетъ меньшей ядовитостью, позволяетъ очень долгое время держать больного въ наркозѣ, что, при продолжительности и сложности операцій на желчныхъ путяхъ, имѣетъ не малое значеніе; на сторонѣ гедонала и то преимущество, что отъ него крайне рѣдко въ послѣ-операціонномъ періодѣ бываетъ рвота и такимъ образомъ достигается лучшій „покой швовъ“.

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

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

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

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

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

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

черезъ мѣсяць. Спиртные напитки и табакъ не употребляетъ. Настоящее заболѣваніе началось около 2-хъ лѣтъ тому назадъ, болѣзнь, по ея словамъ, началась рвотой до 5—6 разъ въ день, тошнотой, сильною болью въ области желчнаго пузыря, головной болью; запоровъ не было. Желтухи не было. Приступъ продолжался около 3-хъ дней. По совѣту врача, больная въ это время приняла глистогонное, при чемъ выдѣлилось очень много ленточныхъ глиствъ. 2-й приступъ съ такими же явленіями повторился черезъ 3 мѣсяца; послѣ глистогоннаго на этотъ разъ глисты не выдѣлялись. 3-й приступъ повторился черезъ 1½ мѣсяца. До сего времени такіе приступы повторялись нѣсколько разъ. Всего ихъ было около 10. За послѣднее время приступы участились, стали болѣзненнѣе. При осмотрѣ—больная средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, хорошаго питанія. Окраска кожи—нормальная. Со стороны сердца и легкихъ измѣненій не имѣется. Аппетитъ удовлетворительный. Стулъ правильный. Область желчнаго пузыря безболѣзненна, но резистентна. Моча нормальна. Послѣ предварительной подготовки 18-го октября—операция. Сначала наркозъ хлороформный 25,0 въ 45 минутъ; затѣмъ эфирный 150,0 въ 1 ч. 30 м. Разрѣзъ стѣнокъ живота по краю сдвинутаго кнутри прямого мускула. Печень увеличена, опущена книзу. Пузырь въ спайкахъ, припаянъ къ поперечной кишкѣ, сращенъ 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 культи пузыря. Пузырь отдѣленъ вмѣстѣ съ ductus cysticus на протяженіи послѣдняго см. 2. Культи прижжена acid. carbolic. liquefact. Надъ культей сшита клѣтчатка. Брюшина надъ ложемъ пузыря не стянулась. Печень кровоточила умѣренно. Поставлена турунда. Швы. Послѣоперационное теченіе правильное, только вечеромъ дня операциі 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 2½ года. Чувствуетъ себя очень хорошо. Болей и какихъ-либо ненормальныхъ желудочно-кишечныхъ явленій не отмѣчаетъ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Н. К. Лѣсникъ, 38 л. Поступилъ 17 дек. 1911 г. съ жалобами на желтуху и небольшую боль въ подложечной области и правомъ подреберьи, появляющуюся при нажатіи. Въ декабрѣ 1910 года появилась желтуха, передъ этимъ болѣла грудь и былъ кашель въ теченіе 4-хъ недѣль. Желтуха держалась до марта 1911 г., въ мартѣ прошла совершенно. Была тогда утомляемость и вялость. Въ январѣ боли въ правомъ подреберьи и въ теченіи 2-хъ недѣль 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. Асцита нѣтъ. Моча содержитъ много желчныхъ пигментовъ. Испраженія сѣраго цвѣта. Черезъ 3 дня ставимъ клизмы изъ молочнокислаго кальція. 12 янв. 1912 г. операция. Хлороформъ. Эфиръ. Разрѣзъ по сдвинутому наружному краю праваго прямого мускула. Печень увеличена, опущена. Желчный пузырь рѣзко раздутъ и выстоитъ изъ-подъ печени, спаянъ съ сальникомъ. Дно пузыря cm на 3 выступаетъ изъ-подъ края печени. Въ головкѣ поджелудочной железы прощупывается уплотненіе, вправо отъ него прощупывается также уплотненіе, но вдвое меньше—лимфатическая железа. Уплотненіе въ головкѣ—съ небольшое куриное яйцо. Въ окружности много плотныхъ железокъ. Пузырь обложенъ салфетками, пунктирозалъ. Извлечено слизистой желчи около 200 куб. сант. Послѣ опороженія пузырь вскрытъ. Пузырь былъ вшитъ въ брыжейку поперечной кишки, между его дномъ и тощей кишкой, отступя отъ $plica cm$ 30, наложено соустье. На кишку выше и ниже соустія наложено соустье (entero-entero-anastomosis). Кровотеченіе 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 операции и крайне сильныхъ болей переведенъ на терапевтическое отдѣленіе.

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

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

Больной изъ здоровой семьи. У брата—желчные камни. Сложеніе очень хорошее. Покровы и склеры слегка желтушны. Легкія и сердце—нормальны. Въ правомъ подреберьи прощупывается плотный край печени. Животъ вздутъ. Запоры. Операция нѣсколько дней откладывалась изъ-за появившагося бронхита. 22 декабря—operatio. Хлороформъ—эфиръ. Разрѣзъ по краю 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 пузырьѣ мелніе камни. Часть пузырярнаго протока оставлена—къ ней притянута плотно воротная вена. Культия погружена подъ окружающія ткани, брюшина стянута надъ нею. Къ мѣсту операции поставлена турунда. Послѣоперационное теченіе— t^0 и пульсъ поднимались только 2-й и 3-й день. 23 дек. 37,3—37,4. 24 дек. 37,0—37,0. Пульсъ 23-го 100—112. 24-го 96. Остальные дни t^0 не выше 37; пульсъ строго соотвѣтствовалъ температурѣ. 2—3 раза была задержка газовъ. На мѣстѣ удаленнаго пузыря кровоизліяніе, кровь, видимо, прошла на верхнюю поверхность печени; вслѣдствіе этого рѣзкая почти непрерывная днемъ и ночью икота въ теченіи 9—10 дней послѣ операции. Въ силу этого турунда вводилась въ полость живота въ теченіе 3-хъ недѣль. Старая кровь по ходу турунды отсасывалась на перевязкахъ граммовъ по 30. Явленія стеноза пилорической части прошли. Желтуха исчезла совершенно. Боли исчезли. Съ хорошимъ самочувствіемъ 6 февраля выписался.

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

22-го марта 1913 г. поступилъ въ Хирургическое Отдѣленіе для операции образовавшагося растяженія рубца. На операции попытка стянуть края въ мышцахъ, соотвѣтственно получившемуся отверстию,

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

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

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

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

Случай 7-й. Appendicitis et cholecystitis calculosa. Операція—Appendectomy et cholecystectomia.

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

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

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

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

Е. О., крестьянка, Грязовецкаго у., 33 лѣтъ. Поступила 20 марта 1913 г. Заболѣла 1^{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 замѣчать желтизну въ лицѣ. Желтуха иногда пропадала. Испраженія 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 см. на 6—7 книзу отъ края реберъ. Селезенка увеличена и прощупывается, т^о—37,4. 3 апрѣля—испраженія сѣраго цвѣта. Жалуется на головную боль. 10—20. Положеніе безъ измѣненій. Жалуется на головную боль.

Ставятся черезъ день клизмы изъ молочно-кислаго кальція. Т⁰ временами доходить до 37,7. Какъ будто похудѣла. 26-го бывшая до того т⁰ не выше 37,7 поднялась до 40, жалуется на сильную боль въ области печени. При ощупываніи область желчнаго пузыря напряжена, болѣзненна. 28-го т⁰ 37,1, боли въ животѣ нѣтъ. Съ 30-го по 15-е мая т⁰ нормальна, самочувствіе удовлетворительное. 14-го мая подѣ гедоналомъ—операция. 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; протокинуть ихъ также. Желчный пузырь протянуть подѣ colon transversum въ отверстие брыжейки и фиксированъ къ ней 3 швами. Наложень анастомозъ между пузыремъ и тонкой кишкой. Соустіе наложено на протяженіи 1½—2 см. Стѣнка пузыря была очень тонка, легко рвалась, а при фиксированіи ея къ брыжейкѣ стѣнка прокололась насквозь и изъ пузыря хлынула струйкой желчь. Нѣсколько ея попало въ брюшную полость. По наложеніи соустья прилежащія кишки протерты влажными марлевыми салфетками. Брюшная рана зашита наглухо. Проснулась въ 5 час. вечера; т⁰ 39,9, пульсъ 120.

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

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

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

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

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

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

печени съ брюшной стѣнкой и съ сальникомъ. Желчный пузырь атрофированъ и сморщенъ настолькоъ, что его прощупать не удалось. На мѣстѣ желчнаго пузыря спайки съ сальникомъ и съ желудкомъ. Желудокъ рѣзко расширенъ. Ощупывая протоки, нашли въ ductus choledochus камень съ крупный лѣсной орѣхъ. Его было можно хорошо прощупать черезъ стѣнки двѣнадцатиперстной кишки. Послѣдняя легко вытянулась въ разрѣзъ стѣнокъ живота. Поперечнымъ разрѣзомъ стѣнки ея вошли въ двѣнадцатиперстную кишку, нащупали тамъ камень подъ противоположной стѣнкой ея. Попытки протолкнуть камень не увѣнчались успѣхомъ. Стѣнка кишки надъ камнемъ разрѣзана, камень извлеченъ. По извлеченіи его потекла желчь. Разрѣзъ слизистой и стѣнки протока зашитъ. На кишку обычный 3-хъ-этажный шовъ. Въ виду возможности большаго суженія рудгі 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. Т⁰ 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 продержана въ больницѣ до 19 ноября. Выписана здоровой.

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

Случай 10-й. Cholecystitis calculosa. Операция: 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 „качается“ отъ боли. Приступъ продолжается день—два, потомъ все проходитъ. Во время приступовъ бываетъ рвота. Желтухи никогда не было. Приступы становятся все чаще. Съ новаго года было 4 приступа. Особой кахексіи нѣтъ, но рассказываетъ, что за послѣднее время стала слабнуть. Прощупать какой-либо опухоли гъ верхней части живота не удается. Область печени болѣзненна.

10-го января 1914 г., подъ хлороформъ-эфирнымъ наркозомъ операция. Сначала пробовали дать гедоналъ, но не удалось, такъ какъ вены подкожныя были крайне малы. Разрѣзъ параллельно краю реберъ стм. 15 длиной. Часть прямой мышцы разрѣзана поперекъ. По вскрытіи бѣрушины 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. Считаю уплотнѣніе въ желчномъ пузырьѣ нѣсколько подозрительнымъ, его отъ печени не отдѣляли, а печень подъ пузыремъ резецировали пластомъ въ $\frac{1}{2}$ см. толщиной. Вытягивая желчный пузырь, убѣдились, что онъ тянется глубоко и въ серединѣ имѣетъ перетяжку. Форма его въ видѣ песочныхъ часовъ, при чемъ болѣе глубокая часть расширена и наполнена массой мелкихъ камней.

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

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

Микроскопическое изслѣдованіе стѣнокъ обнаружило:

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

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

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

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

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

шансовъ избѣжать грыжи. Случай 5-й имѣлъ бы больше шансовъ избѣгнуть грыжи, если бы болѣзнь не тянулась до операціи 15 лѣтъ. Чѣмъ раньше оперировать, тѣмъ меньше шансовъ на возможность появленія разнаго рода осложненій болѣзни. Не даромъ ракъ желчнаго пузыря у больныхъ желчно-каменной 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. 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 вмѣшателствѣ при воспалительныхъ заболѣваніяхъ желчнаго пузыря. Труды Госпит. Хирург. Клиники проф. С. П. Федорова. Т. 2-й, 2-я, 1908 г. *А. С. Казаченковъ.* Къ вопросу о суженіяхъ привратника при желчно-каменной болѣзни. Работы Пропедевтической Хирург. Клиники проф. В. А. Оппель, кн. 5. 1913 г. *Dr. A. v. Bardeleben.* Erfahrungen über Cholecystektomie und Cholecystenterostomie. 1906 г. Труды III и IX Съѣздовъ Россійскихъ Хирурговъ. *А. Ѳ. Башкировъ.* Хроническая непроходимость общаго желчнаго протока. Дисс. С.-П.-Б. 1909 г. *Г. И. Волынцевъ.* О показаніяхъ къ хирургическому лѣченію при заболѣваніяхъ желчныхъ путей. Дисс. М. 1902 г. *Ал. Гр. Радзівевскій.* О вліяніи холецистектоміи на животный организмъ. Хирургія 1905 г., августъ.