211
616.36
В-67
211
Ин-211
7 - НОЯ 2012
№ 610 377
БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 4657
Шифр 13/67
ПЕРЕВІРЕНО
4134
1941
ПРОВЕРЕН
Переучет
1966 г.
617.55(07)
В
Студенченская
Харьк. Госуд. Мед.
10807
Мат. кн. № 211
Шифр дес 617.55(07)
кеттер. В 67

Изъ Института Топографической Анатоміи и Оперативной Хирургіи
ИМПЕРАТОРСКАГО Московскаго Университета.

О ПОКАЗАНІЯХЪ

КЪ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛѢЧЕНІЮ

ПРИ

ЗАБОЛѢВАНІЯХЪ ЖЕЛЧНЫХЪ ПУТЕЙ

НА ОСНОВАНІИ

АНАТОМИЧЕСКИХЪ, ПАТОЛОГИЧЕСКИХЪ И КЛИНИЧЕСКИХЪ ДАННЫХЪ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Г. Н. Волынцева.

МОСКВА.
Типографія М. М. Борисенко. Бол. Дмитровка, д. Дворянскаго Собранія.
1902.

НБ ХНМУ

1950
Переучет-60
7 - НОЯ 2012
Харк. ... Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА

Студенческая Библиотека
Харьк. Госуд. Мед.
Мат. кн. № 211 10807
Шифр. дес 617.55/071
" " кеттер. В. 67

Оглавленіе.

ПРОВЕРЕНО

Стр.

Вступленіе I

Анатомическія данныя I

Глава I. Введеніе къ анатомической части 1

Глава II. Введеніе къ собственнымъ изслѣдованіямъ. О задачахъ послѣдующихъ изысканій 2

Глава III. Топографія желчнаго пузыря и его протока на основаніи личныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ . 3

Глава IV. Топографія воротъ печени и печеночнаго протока . 12

Глава V. О доступѣ къ желчному пузырю и печеночному протоку 20

Глава VI. Собственныя анатомическія изслѣдованія топографіи желчнаго протока 23

Глава VII. Сравненіе личныхъ наблюденій съ литературными данными 35

Глава VIII. Поперечные распилы для выясненія топографіи 54

Глава IX. Топографія желчнаго протока на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ. Аномаліи желчныхъ путей 56

Глава X. О доступѣ къ желчному протоку 63

64384
Харк. ... Институт
НАУКОВА БІБЛІОТЕКА
НБ ХНМУ

Патологическія и клиническія данныя . . . . . —

Глава I. Введеніе къ патологической и клинической части . 79

Глава II. Нѣкоторыя данныя объ отношеніи желчи и желчныхъ путей къ микроорганизмамъ 81

Глава III. Объ инфекціонномъ происхожденіи болѣзней желчныхъ путей 88

Глава IV. Первичныя инфекціи желчныхъ путей. Желтухи и циррозы 91

Глава V. О первичной инфекціи по классификаціи Longuet . 103

Глава VI. О вторичной инфекціи желчныхъ путей 109

Глава VII. О перевязкѣ и закупоркѣ желчнаго и пузырнаго протоковъ 113

Глава VIII. Объ условіяхъ, способствующихъ инфекціи желчныхъ путей. Теоріи литіаза. Опыты искусственнаго образованія желчныхъ камней 128

Глава IX. Собственные опыты искусственнаго образованія желчныхъ камней и развитія новаго желчнаго пузыря . . . 143

Глава X. О послѣдствіяхъ и осложненіяхъ инфекціи желчныхъ путей 160

Глава XI. Опухоли желчныхъ путей. Доброкачественныя новообразованія. Раки 214

Глава XII. О нѣкоторыхъ признакахъ пораженій желчныхъ путей и о клинической картинѣ ихъ страданія 227

Глава XIII. О данныхъ, почерпнутыхъ изъ протоколовъ вскрытія института патол. анатом. Императорскаго Московскаго университета, I и II городскихъ больницъ 297

Глава XIV. Объ общихъ показаніяхъ къ хирургическому лѣченію при заболѣваніи желчныхъ путей. О показаніяхъ къ той или другой операціи 309

Глава XV. Заключеніе. Общіе выводы. Указатель литературы 355

ПАМЯТИ

ПРОФЕССОРА

Сергѣя Петровича

БОТКИНА

посвящаю свой трудъ.

НБ ХНМУ

ВСТУПЛЕНІЕ.

НБ ХНМУ

Студенческая библиотека
Мат. кн. № 211
Шифр. дес 612.55/071
кеттер. 13 67

ВСТУПЛЕНІЕ.

Задаваясь цѣлью отвѣтить на все еще жгучій вопросъ, когда же нужно оперировать при болѣзни желчныхъ путей, я пришелъ къ заключенію, что не можетъ быть отвѣта безъ данныхъ анатоміи, патологіи и клиники. Да и, дѣйствительно, всякая болѣе или менѣе разработанная область хирургіи непремѣнно покоится на этихъ данныхъ. Первыя попытки хирурга вмѣшаться въ тотъ или другой малоизученный отдѣлъ больного организма непремѣнно порождалъ потомъ рядъ анатомическихъ изысканій. Требовалось отвѣтить на вопросъ, да правъ-ли былъ хирургъ, рѣшившійся на операцію? Порождались идеи, что̀ можно видѣть или ощупать въ той или другой мало изученной области больного организма? Наконецъ, требовали исхода вопросы, какъ удобнѣе и безопаснѣе проникнуть къ больному органу.

И вотъ, шагъ за шагомъ разрѣшались эти анатомическіе вопросы. Изъ темнаго, путемъ свѣта, рождалось свѣтлое.

Такъ было въ каждой, сначала темной, области хирургіи.

Каждая изъ нихъ имѣетъ разработанную анатомическую литературу. Такъ будетъ и съ анатоміей желчныхъ путей. Я увидалъ, что она не совсѣмъ еще разработана въ топографическомъ отношеніи, и сдѣлалъ, что могъ. Мнѣ пришлось даже указать, что̀ можно сдѣлать въ будущемъ. Спеціальныхъ анатомическихъ изысканій въ области топографіи желчныхъ путей вообще мало, а у насъ, въ Россіи, даже и не было. И вообще, во всякой области хирургіи, отдѣлъ патологіи и клиники почти всегда во много разъ богаче анатомическихъ изысканій. Это не совсѣмъ справедливо. Существуетъ какая-то

точно робость передъ вопросомъ, да можно ли что-либо новое открыть, можно-ли что-либо описать, когда существуютъ большія руководства, когда уже много изслѣдованій сдѣлано. Это, повторяю, не правда. Смущаться—нечего. Обширныя руководства строятъ свои зданія изъ отдѣльныхъ кирпичей, не будучи въ силахъ осмотрѣть каждый. Да и не эта цѣль ихъ. Поэтому, при бо́льшемъ знакомствѣ съ областью, даже до нѣкоторой степени анатомически изученной, можно не найти въ ней отвѣта на свои вопросы. Область патологіи и клиники, сказалъ я, всегда богаче данными въ томъ или другомъ отдѣлѣ хирургіи. Тоже самое видимъ мы и въ хирургіи желчныхъ путей. Наблюденій—обиліе. Они рождаются съ каждымъ годомъ и щедро обогащаютъ литературу.

И сколько хранится ихъ не всплывшими на свѣтъ, по больницамъ и клиникамъ, не издающимъ своихъ отчетовъ.

Если вспомнить, что хирургія желчныхъ путей родилась всего только какіе нибудь 25 лѣтъ, а развилась она всего лишь въ 10—15 послѣднихъ лѣтъ, то, пожалуй, скажешь, что литература даже очень щедро одарена. Сошлюсь на слова *Faure*'а, который сказалъ, что «библіографія литіаза—огромна, она составила бы цѣлый томъ. Сообщенія объ оперативномъ лѣченіи не исчислимы».

«La bibliographie de la lithiase est immense, elle remplirait un volume. Les communications sur le traitement opératoire ont été innombrables». Такъ сказалъ *Faure* лишь о литіазѣ. Что же можно сказать о всей области болѣзней желчныхъ путей. И, потому, мнѣ кажется, что давно народилась возможность выработать отвѣты на нѣкоторые вопросы; что многимъ вопросамъ уже пора перестать давать названіе: «къ вопросу о»... Да, легче работать подъ такимъ знаменемъ, но, пожалуй, менѣе полезно, ибо народилась потребность въ отвѣтахъ, ибо жатва переспѣла уже, а нива слишкомъ длинна и широка, чтобы откладывать время покоса. Изъ темнаго, путемъ свѣта, давно пора создать свѣтлое.

Я сдѣлалъ попытку въ этомъ родѣ. Съ умысломъ не хотѣлъ давать названія своему труду: «къ вопросу о показаніяхъ»,

потому что полагаю, что показанія уже выработаны. Не мною они выработаны. Больные, экспериментаторы, клиника—создали показанія. Передъ анатомическимъ и патологическимъ отдѣлами я излагаю задачи и цѣли. Теперь же, прежде всего я считаю своимъ главнымъ долгомъ выразить мою признательность и сердечную благодарность многоуважаемому профессору Петру Ивановичу Дьяконову. Въ институтѣ опер. хир. и топогр. анатоміи. Московск. университета, гдѣ онъ былъ директоромъ до послѣдняго года, получилъ я свое анатомическое образованіе и въ теченіи семи лѣтъ научился подъ его вліяніемъ мыслить анатомически и понимать анатомическія явленія. Это вліяніе отчасти было прямымъ, въ видѣ помощи и совѣта, отчасти оно сказывалось въ бесѣдахъ, въ лекціяхъ его, въ спорахъ.

Въ хирургической клиникѣ Иверской Общины Краснаго Креста, гдѣ пришлось мнѣ 5 лѣтъ служить въ качествѣ ординатора подъ его директорствомъ, сложились многія мои клиническія воззрѣнія. Еще разъ приношу ему мою искреннюю и глубокую благодарность.

Многоуважаемому прозектору Федору Александровичу Рейну, и товарищамъ по службѣ въ институтѣ: Николаю Константиновичу Лысенкову (нынѣ профессору Новороссійскаго Университета), Александру Александровичу Дешину, Арсенію Викторовичу Старкову и Витту Николаевичу Саввину выражаю здѣсь искреннее чувство признательности за все, чѣмъ обязанъ имъ въ помощи мнѣ. Профессору Михаилу Никифоровичу Никифорову считаю долгомъ выразить благодарность за разрѣшеніе воспользоваться цѣнными протоколами вскрытій института патолог. анатоміи Моск. университета. Искренне благодарю и весь персоналъ этого института за помощь мнѣ въ разныхъ спеціальныхъ вопросахъ и я счелъ долгомъ упомянуть помощь каждаго изъ нихъ въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ моей работы. Приватъ доценту А. Г. Мамуровскому выражаю сердечное спасибо за участіе къ моей работѣ, выразившееся въ любезной помощи мнѣ — воспользоваться протоколами вскрытій 1 и 2 Московскихъ городскихъ больницъ.

Анатомическая часть.

НБ ХНМУ

ГЛАВА I.

Введеніе къ анатомической части работы.

Какое отношеніе анатомическаго очерка къ предлагаемой работѣ? Если цѣль патологической части показать, какого рода причинами обусловлены болѣзненные процессы въ области желчныхъ путей, а клинической—части указать, какія картины представляютъ эти процессы, то цѣлью анатомическихъ изысканій служитъ выясненіе вопроса, насколько доступны желчные пути съ точки зрѣнія наилучшаго лѣченія ихъ заболѣваній.

Надлежало выяснить, поэтому, условія нормальнаго расположенія желчныхъ путей у человѣка.

Это изученіе привело меня къ заключенію, что если есть какая-либо другая область, въ которой возможна операція безъ яснаго знанія анатомическихъ условій, такъ это не область желчныхъ путей. И потому особенно, что операція здѣсь всегда сопровождается изслѣдованіемъ различныхъ отдѣловъ желчныхъ протоковъ.

Правда, можно возразить, что у больного мы часто наталкиваемся на топографическія условія, далеко не сходныя съ изложеннымъ. Я согласенъ, но такова уже судьба патологическаго процесса, что онъ создаетъ почти въ каждомъ случаѣ новыя явленія.

Съ другой стороны, при анатомическомъ знакомствѣ съ данной областью, мы иногда можемъ заранѣе отчасти предугадать, какія ненормальныя явленія приготовилъ намъ болѣзненный процессъ.

Наконецъ, съ бо́льшимъ развитіемъ желчной хирургіи, придется все менѣе сталкиваться съ глубокими измѣненіями нормальной топографіи желчныхъ путей. Было бы, правда, желательно создать анатомію и больныхъ путей, приближающуюся

къ тѣмъ отношеніямъ, которыя встрѣчаетъ хирургъ. Но задача эта осуществится не скоро. Нужны для этого многочисленныя наблюденія при аутопсіи умершихъ послѣ заболѣванія желчныхъ протоковъ.

Будущее, быть можетъ, создастъ приблизительную общую картину анатоміи больныхъ путей, а пока мы изложили свои изслѣдованія, имѣя въ виду вышеупомянутыя цѣли. Первая часть анатомическаго очерка посвящена топографіи желчнаго пузыря, его протока, воротъ печени и печеночно-12-перстной связки; вторая—преимущественно топографіи желчнаго протока.

Въ каждой части, сверхъ того, затронутъ вопросъ о доступѣ къ желчнымъ путямъ, съ хирургической точки зрѣнія. Боясь уклониться въ своихъ выводахъ отъ истины, я сравнилъ добытые результаты съ данными спеціальныхъ монографій, многочисленныхъ руководствъ, а также просмотромъ атласовъ и изученіемъ поперечныхъ распиловъ. Въ такомъ порядкѣ изложена анатомическая часть.

Причины, побудившія меня принять раздѣленіе анатомической части на два отдѣла, отчасти условныя.

Занимаясь, главнымъ образомъ, выясненіемъ топографіи наиболѣе низкаго отдѣла желчныхъ путей, я и выдѣлилъ его отъ болѣе высоко лежащихъ. Съ другой стороны, разрѣзомъ, удобнымъ для изслѣдованія только пузыря можно еще обслѣдовать верхній отдѣлъ желчныхъ путей; но для доступа къ самой нижней части протока разрѣзъ подобный уже не удобенъ. Это также отчасти побудило меня раздѣлить анатомическую часть на два отдѣла.

ГЛАВА II.

Введеніе къ собственнымъ изслѣдованіямъ. О задачахъ послѣдующихъ изысканій.

Приступая къ изслѣдованію на трупахъ топографіи желчныхъ путей, я, главнымъ образомъ, имѣлъ въ виду изучить отношеніе желчнаго протока къ 12-перстной кишкѣ.

Попутно обращалъ вниманіе также на способы достиженія къ тому или другому отдѣлу желчныхъ путей.

Для уплотненія трупы наливались растворомъ формалина; иногда, для выясненія отхожденія сосудовъ, въ запутанныхъ случаяхъ, прибѣгалъ къ гипсовой наливкѣ.

Къ сожалѣнію, нѣкоторыя задачи, рождавшіяся у меня во время изслѣдованій, я не успѣлъ выполнить, и могу отмѣтить здѣсь только желательность ихъ выполненія.

Такъ, 1) область перехода обоихъ листковъ печеночно 12-перстной связки на верхнюю часть 12-перстной кишки слѣдуетъ изучить на поперечныхъ срѣзахъ послѣдней;

2) положеніе шейки пузыря, въ отношеніи передней или задней стѣнки его, желательно выяснить на возможно большемъ количествѣ труповъ;

3) взаимное расположеніе евѣтвей воротной вены, печеночной артеріи и печеночнаго протока въ воротахъ печени также нуждается въ лучшемъ изслѣдованіи, съ хирургической точки зрѣнія;

4) интересно изслѣдовать, опытами введенія инородныхъ тѣлъ въ вѣтви печеночнаго протока, насколько доступны послѣднія хирургическому воздѣйствію.

5) выяснить отношеніе лимфатическихъ железъ въ воротахъ печени къ вѣтвямъ печеночнаго протока, особенно, на трупахъ, умершихъ послѣ желтухи.

ГЛАВА III.

Топографія желчнаго пузыря и его протока на основаніи личныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ.

Желчный пузырь представляетъ собою грушевидное тѣло лежащее въ правой сагиттальной бороздѣ печени, у передняго края послѣдней. Однако, очень часто форма пузыря похожа на цилиндрическое продолговатое тѣло. Длина его, по *Testut* 9—11 сантим., ширина $3^1/_2$—4 с.; у женщинъ, по *Charpy-Poirier*, пузырь меньше. Иногда же пузырь, какъ я находилъ, былъ значительно меньше этихъ цифръ, въ 5—6 сант., что, впрочемъ, крайне рѣдко наблюдалось. Емкость пузыря многіе напр., *Luschka* опредѣляютъ въ 30—40 к. с., хотя *Testut* даетъ цифры ея въ 50—60 к. с. Пузырь легко растягивается

при наполненіи его водой, такъ что можно ввести въ него до 200 к. с. жидкости безъ разрыва стѣнокъ, которыя, однако, какъ я видѣлъ, начинаютъ, при этомъ, пропускать чрезъ себя вводимую окрашенную жидкость.

Разрывъ, въ случаѣ крайняго напряженія стѣнокъ отъ введенной жидкости, происходилъ около пузырнаго протока. *Testut* своими опытами убѣдился, что пузырь разрывается всегда въ опредѣленномъ мѣстѣ, именно, на правой стѣнкѣ, тотчасъ передъ шейкой.

Теперь опишемъ раздѣленіе пузыря на отдѣлы, очень коротко коснемся строенія его стѣнокъ и болѣе внимательно разсмотримъ положеніе пузыря относительно сосѣднихъ органовъ, а также отношеніе его къ передней стѣнкѣ живота.

Въ пузырѣ различаютъ дно, которое часто называется нижней частью пузыря, такъ какъ, при стояніи, дно, дѣйствительно, у человѣка ниже остальныхъ частей пузыря; затѣмъ, среднюю часть или тѣло, и верхнюю часть или шейку. Дно пузыря выдѣляется въ особый отдѣлъ потому, что эта часть, расположенная у передняго края печени, обычно переходитъ край у взрослыхъ линъ; иногда даже, какъ бы, уничтожаетъ печеночную ткань въ ея пузырной вырѣзкѣ; мы видѣли въ одномъ случаѣ у старика значительно выступающій впередъ пузырь, и надъ нимъ, въ пузырной вырѣзкѣ, дефектъ печеночной ткани въ 3 сант. длины. Средняя часть пузыря, лишенная брюшины на верхней своей поверхности, приростаетъ, болѣе или менѣе плотно, къ печени; связь съ печенью составляетъ рыхлая клѣтчатка, по которой проходятъ маленькіе сосуды отъ пузыря къ печени и обратно; нижняя поверхность средней части свободна. Шейка пузыря опять одѣта брюшиной со всѣхъ сторонъ и не представляетъ прямолинейнаго продолженія пузыря, но, большей частью, наклонена къ пузырю, подъ угломъ. По *Testut*, она на правой поверхности, или, скажемъ, задней, представляетъ выпуклость, отдѣленную отъ пузыря ясной бороздой; менѣе ясная борозда отдѣляетъ ее отъ пузырнаго протока; съ лѣвой же стороны, передней, шейка съ пузыремъ образуетъ уголъ, въ которомъ сидитъ железка. Нѣкоторые шейку называютъ тазикомъ. Ясной границы перехода шейки въ протокъ на передней, или лѣвой, сторонѣ нѣтъ. На правой же, или задней, борозда выражена почти всегда ясно. *Charpy - Poirier* опредѣляетъ длину шейки въ 15—30 милим. и ширину въ 7—8 милим.

По его мнѣнію, она изогнута вверхъ подъ острымъ угломъ къ пузырю, ложась, притомъ, на лѣвую поверхность пузыря. Получается уголъ открытый влѣво или впередъ. Онъ отмѣчаетъ, что крайне рѣдко шейка повернута назадъ или вправо.

Я не берусь утверждать, какъ часто, но не рѣдко, внимательно изслѣдуя направленіе шейки, я находилъ, вмѣсто углубленія спереди, ясную выпуклость между шейкой и пузыремъ.

Чтобы найти отхожденіе протока, нужно было идти болѣе глубоко, кзади и книзу. Такимъ образомъ, шейка здѣсь загибалась назадъ, т. е., вправо. Короче говоря, если для уясненія представить себѣ шейку съ конечною частью пузыря въ видѣ подковы, то послѣдняя различно лежитъ.

Пусть одна вѣтвь подковы представляетъ собой конецъ средней части пузыря, другая вѣтвь—шейку.

Итакъ, вѣтвь, изображающая шейку, то помѣщается кпереди, къ передней стѣнкѣ живота, то кзади, къ задней стѣнкѣ живота.

Сообразно съ этимъ и выпуклость шейки то лежитъ на правой сторонѣ, то на лѣвой.

Отъ шейки отходитъ пузырный протокъ, который долженъ идти влѣво и внизъ.

Пузырь отъ шейки, по внутренней своей стѣнкѣ, отдѣленъ складкой слиз. оболочки полулунной формы; складки эти занимаютъ $^1/_2$ или $^3/_4$ окружности отверстія, идущаго изъ пузыря въ шейку; другая складка отходитъ въ области перехода шейки въ пузырный протокъ; она часто отходитъ въ томъ же мѣстѣ, гдѣ и первая, именно, отъ выступа, образовавшагося вслѣдствіе перегиба шейки; выступъ этотъ *Testut* называетъ мысомъ—promontorium.

Обѣ складки, отходящія отъ мыса, расходятся подъ прямымъ угломъ одна отъ другой и ограничиваютъ, такимъ образомъ, полость шейки. Мысъ и складки также являются препятствіемъ

для зондированія пузыря. Пузырный протокъ иногда составляетъ прямое продолженіе шейки, т. е., ось ея полости прямолинейно продолжается въ ось пузырнаго протока. Обычно же, въ силу изгиба шейки вправо или влѣво, выходное ея отверстіе расположено на правой или лѣвой ея сторонѣ. Замѣтимъ еще, что *Charpy-Poirier* объясняетъ большее количество складокъ въ верхней части пузырнаго протока исторіей ихъ развитія.

Первоначально у зародыша существовала одна спиральная складка, которая впослѣдствіи мѣстами атрофируется, причемъ атрофія идетъ отъ конечной части протока къ начальной.

Отъ того или другого положенія шейки вытекаетъ, по моему мнѣнію, различная кривизна пути, по которому проходитъ желчь изъ пузыря.

Если шейка повернута вправо или назадъ, то пузырный протокъ, загибающійся снова влѣво и внизъ, не будетъ прямымъ продолженіемъ шейки. Короче говоря, зондъ, введенный въ шейку, упрется въ ея лѣвой или передней стѣнкѣ.

Точно также, если шейка повернута впередъ или влѣво, протокъ также болѣе или менѣе не прямо продолжаетъ направленіе шейки, но все же ему менѣе приходится изгибаться, чѣмъ при первомъ положеніи шейки.

Мнѣ казалось бы важнымъ для дренированія путей, какъ можно точнѣе выяснить положеніе шейки на большомъ количествѣ труповъ.

Теперь переходимъ къ описанію стѣнокъ пузыря.

Пузырь имѣетъ тройную стѣнку.

Наружная или серозная, не выстилаетъ только верхней поверхности тѣла пузыря; спускаясь съ выпуклой поверхности печени на нижнюю и на дно пузыря, серозная заходитъ на нѣкоторое протяженіе между дномъ и печенью, такъ что *Testut* называетъ тѣсную щель между дномъ и печенью печеночно-пузырнымъ угломъ.

Это, однако, не всегда, и я часто видѣлъ прямой переходъ серозной оболочки, безъ подобнаго захожденія ея между дномъ и нижней поверхностью печени.

Въ рѣдкихъ случаяхъ брюшина образуетъ настоящую брыжейку пузыря, что хорошо было выражено только одинъ разъ въ моихъ изслѣдованіяхъ.

Иногда серозная оболочка непосредственно на нижней поверхности пузыря представляетъ связку, соединяющую пузырь съ нисходящей частью 12-перстной кишки и ободочною кишкой. Эта связка является продолженіемъ печеночно-12-перстной связки и называется пузырно-кишечной. Листки этой связки, подходя къ нижней поверхности пузыря, склеиваются и вновь расходятся на пузырѣ, какъ я видѣлъ, или же, не склеиваясь, обнимаютъ пузырь, какъ говоритъ *Testut*. Въ такомъ случаѣ, въ толщѣ этой складки, между ободочной кишкой и пузыремъ, бываетъ заложена тонкая рыхлая клѣтчатка. Подъ серозной находится фиброзная оболочка, которая въ глубинѣ, ближе къ слизистой, перемѣшана съ гладкими мышечными волокнами, имѣющими различное направленіе. Внутренняя стѣнка пузыря покрыта слизистой оболочкой. Слизистая оболочка въ глубинѣ имѣетъ хоріонъ, снабженный сосудами и нервами; этотъ хоріонъ посылаетъ отъ себя соединительнотканные гребешки подъ эпителіальный покровъ и обусловливаетъ этимъ ямки, видимыя на внутренней стѣнкѣ пузыря, которая является, благодаря этому, сѣтчатой, петлистой.

Однослойный цилиндрическій эпителій очень нѣженъ и, при препаровкѣ пузыря, легко исчезаетъ. *Delbeck* говоритъ, что слизистая оболочка пузыря представляетъ на своей поверхности складочки, на подобіе ворсинокъ, почему думали, что пузырь всасываетъ желчь.

Такихъ складокъ нѣтъ въ шейкѣ. Когда происходитъ воспаленіе, то ворсины исчезаютъ; равнымъ образомъ исчезаютъ маленькія, въ видѣ мѣшочковъ, железы хоріона. Мышечныхъ волоконъ въ пузырѣ, по его мнѣнію, иногда совсѣмъ нѣтъ.

Пузырный протокъ, крайне извилистый, довольно часто изогнутый въ своемъ началѣ, въ особенности, когда шейка сильно повернута, представляетъ трубку длиною въ 3—4 сант. Предъ впаденіемъ въ желчный протокъ онъ расширяется до 5—6

мил., какъ говоритъ *Fauré*. Раздутый воздухомъ, онъ представляется узловатымъ.

Однако, я не думаю, чтобы пузырный протокъ всегда расширялся внизу. Нѣсколько разъ мнѣ приходилось разсѣкать пузырный протокъ при впаденіи въ желчный, и ясно видно было, что отверстіе пузырнаго прот. не болѣе 1—$1^1/_2$ мил. въ поперечникѣ. Во всякомъ случаѣ, почти всѣ признаютъ, что самая узкая часть протока находится въ мѣстѣ его рожденія, гдѣ поперечникъ въ 2—$2^1/_2$ милим.

Мѣсто впаденія пузырнаго протока въ печеночный часто не соотвѣтствуетъ ихъ дѣйствительному сліянію, которое происходитъ нѣсколько ниже, послѣ совмѣстнаго ихъ протяженія на 1—2 с.; пузырный протокъ сначала лишь тѣсно прилегаетъ къ печеночному, образуя какъ бы общую стѣнку въ мѣстѣ касанія, проходитъ, такимъ образомъ, 1—2 сант. и, наконецъ, дѣйствительно, открывается въ печеночный протокъ. Между обѣими трубками образуется какъ бы родъ длинной «шпоры», висящей свободнымъ краемъ надъ отверстіемъ пузырнаго протока, при впаденіи его въ печеночный протокъ. Это отмѣтилъ *Luschka*. *Wiart* же спеціально, какъ увидимъ далѣе, изучалъ сліяніе протоковъ.

Внутренняя стѣнка протока выстлана особыми складками, называемыми valvulae Heisteri. *Testut* упоминаетъ, что онѣ далеко не однообразны; иногда ихъ совсѣмъ даже нѣтъ. Въ типичныхъ же случаяхъ это—полулунныя складочки, выпуклая сторона коихъ приращена къ стѣнкѣ протока, а концы дуги сходятъ на нѣтъ. Всѣ складки—совершенно отдѣльныя образованія и не представляютъ никогда одной спиральной складки. Каждая изъ нихъ занимаетъ то $^1/_3$ просвѣта, то $^2/_3$ окружности протока. Въ начальной части протока складокъ больше.

Катетеризація зондомъ можетъ быть легкой, если складокъ нѣтъ, или очень мало; наоборотъ она будетъ трудной, когда ихъ много. Зондъ минуетъ нѣсколько складокъ легко, но непремѣнно натолкнется на какую либо, такъ какъ онѣ расположены не по одной сторонѣ протока, а на разныхъ его стѣнкахъ.

Наконецъ, упомянемъ здѣсь, что зондированіе можетъ не удасться въ силу того, что зондъ не проникнетъ даже въ шейку. Именно, когда шейка загибается, то, въ мѣстѣ изгиба, образуется на внутренней стѣнкѣ выступъ-мысъ, отъ котораго внутрь отходятъ складки, отгораживающія пузырь отъ тазика.

Charpy-Poirier указываетъ, что между складками протока образуются ямки различной глубины, на подобіе дивертикуловъ.

Строеніе стѣнокъ протока подобно строенію пузыря, но мышечныхъ волоконъ въ немъ крайне мало.

Testut отрицаетъ, чтобы у его начала находился сфинктеръ изъ мышечныхъ волоконъ, который былъ описанъ *Tobien*'омъ въ 1853 г.

По поводу катетеризаціи пузырнаго протока отмѣчу еще, что *Brewer*'у изъ 100 труповъ лишь въ 10 удалось ввести зондъ, да и то протоки были нѣсколько расширены присутствіемъ камней. *Von Hook Weller* совѣтуетъ, поэтому, раздуть воздухомъ протоки; тогда складки прилегаютъ къ стѣнкѣ, и зондъ можетъ пройти. Мнѣ, однако, не удалось, и при раздуваніи, провести зондъ.

Переходимъ къ вопросу отношенія пузыря къ окружающимъ органамъ.

Дно пузыря соотвѣтствуетъ переднему концу 10-го ребра. Такъ, между прочимъ, опредѣлилъ это *Calot* въ своей диссертаціи, нашедшій подобное положеніе 37 разъ въ 40 случаяхъ. Тоже говоритъ *Cruveilhier*.

Hamilton (см. *Castaing*) опредѣляетъ положеніе дна пузыря пересѣченіемъ двухъ линій, изъ коихъ одна идетъ отъ передней верхней ости таза къ центру мечевиднаго отростка грудины, другая—отъ пупка къ мѣсту соединенія хряща 10-го ребра съ концомъ послѣдняго. Въ правомъ верхнемъ углу, образованномъ пересѣченіемъ этихъ линій, отступя вправо на $1^1/_2$ или 2 с., сейчасъ же найдемъ дно пузыря.

Тѣло пузыря, лежа въ нижней правой сагиттальной бороздѣ,

направляется назадъ и влѣво; шейка продолжаетъ направленіе пузыря и не доходитъ немного до воротъ печени.

Однако, тѣсно связанный съ печенью, пузырь можетъ измѣнять свое направленіе, въ зависимости отъ положенія правой сагиттальной борозды. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣдняя отъ передняго края печени направляется болѣе поперечно, чѣмъ назадъ, а потому и пузырь кажется расположеннымъ въ нѣкоторой степени справа налѣво.

Кромѣ того, опущеніе печени влечетъ перемѣщеніе дна пузыря ближе къ средней линіи; обратно, высокое стояніе печени, а также атрофія ея, отводитъ дно нѣсколько наружу отъ конца 10-го ребра.

Rainal упоминаетъ, что онъ видѣлъ пузырь лежащимъ на передней поверхности правой почки; находили его также позади ободочной кишки. Въ патологическихъ случаяхъ онъ спускался ниже правой почки; доходилъ иногда до слѣпой кишки.

Тѣло пузыря своей задней частью всего чаще касается самой верхней части нисходящаго отдѣла 12-перстной кишки, передней же частью—праваго отдѣла поперечной толстой кишки.

Однако, оно можетъ задней частью соприкасаться съ верхней частью 12-перстной кишки или даже съ привратникомъ.

Мнѣ пришлось видѣть, что тѣло помѣщалось на восходящей части толстой кишки; въ другой разъ, на передней поверхности правой почки.

Шейка пузыря обычно касается средины верхней части 12-перстной кишки; она не доходитъ нѣсколько до праваго конца поперечной борозды печени; здѣсь шейкѣ соотвѣтствуетъ, лежа выше нея, правая вѣтвь воротной вены, съ которой, по *Charpy-Poirier*, иногда происходитъ сростаніе шейки.

Пузырный протокъ спускается къ печеночному въ толщѣ малаго сальника.

Здѣсь можно нѣсколько схематично представить себѣ его отношеніе къ печеночному протоку и къ пузырной артеріи въ видѣ треугольника.

Срединная или лѣвая сторона треугольника—печеночный протокъ; нижняя—самъ пузырный протокъ; верхняя—пузырная артерія. Позади этого треугольника лежитъ стволъ воротной вены съ своей правой вѣтвью. (См. рис. № 1.)

Итакъ, пузырная артерія сначала проходитъ отдѣльно отъ протока, выше него, а потомъ ложится на него и поднимается къ шейкѣ. Послѣдняя, какъ мы видѣли, сростается иногда съ правой вѣтвью воротной вены; въ такомъ случаѣ, шейка, пузырная артерія и правая вѣтвь воротной вены явятся въ одномъ соединительнотканномъ спаяніи, изъ коего выдѣленіе ихъ безъ ранепія крайне трудно.

Наконецъ, разстояніе дна отъ средней линіи опредѣляютъ въ 10—12 с., а разстояніе шейки—въ 3—5 с.

Остается упомянуть, что срединно отъ пузыря, слѣдовательно, влѣво, часто помѣщается долька печени, называемая *Riedel*'евской, по имени хирурга, описавшаго ее.

Она представляетъ собой, какъ бы увеличенную, квадратную долю печени, спускающуюся книзу, въ видѣ языка. Ея существованіе особенно часто отмѣчалось хирургами при желчнокаменной болѣзни. Находили, впрочемъ, ее и при атрофіи печени.

Теперь мы сообщимъ данныя о сосудахъ и нервахъ пузыря и его протока.

Пузырная артерія, отходя отъ правой печеночной вѣтви, образуетъ, какъ сказано, верхнюю сторону схематическаго треугольника. Дойдя до шейки или ранѣе, она дѣлится на двѣ тонкія вѣтви, идущія по правой и по лѣвой сторонѣ пузыря; обѣ вѣтви соединяются мелкими вѣтвями на верхней поверхности пузыря.

По описанію *Cavalié*, изъ пузырной артеріи рождаются три сѣти въ толщѣ его стѣнки. Самая глубокая расположена подъ слизистой оболочкою. Изъ верхней сѣти идутъ вѣтки въ ткань печени, гдѣ происходятъ соустія ихъ съ печеночными артерійками. Обратно, изъ печени также проходятъ на пузырь вѣточки внутри печеночныхъ артерій. Такимъ образомъ, при наливкѣ окрашенной массы въ собственно печеночную артерію, можно увидать налитыми артерійки пузыря, и обратно.

Вены пузыря дѣлятся на глубокія, лежащія въ пузырной

впадинѣ, и поверхностныя, находящіяся на его нижней стѣнкѣ. Глубокія прямо несутъ кровь въ вещество печени; поверхностныя впадаютъ въ правую вѣтвь воротной вены.

Благодаря такому отношенію сосудовъ пузыря къ печени, при операціяхъ часто наблюдалось порядочное кровотеченіе при отслойкѣ пузыря отъ печени. Очень важно расположеніе лимфатическихъ сосудовъ пузыря, съ точки зрѣнія болѣзни его стѣнокъ.

Нижняя лимфатическая сѣть, расположенная на нижней пузырной стѣнкѣ и также на лѣвой, направляется къ лимфатическому узлу, сидящему на шейкѣ; верхняя лимфатическая сѣть впадаетъ въ правый конецъ поперечной борозды, въ находящіяся тамъ железы.

Отсюда, понятно, что холециститы, порождающіе опуханіе пузырной лимфатической железы, уже однимъ этимъ могутъ способствовать застою желчи.

Не безъ вліянія можетъ остаться опуханіе лимфатическ. железъ въ области правой борозды. Легкая степень желтухи, быть можетъ, зависитъ отъ временной недостаточности печени, обусловленной давленіемъ железъ въ воротахъ печени. Во всякомъ случаѣ, желтуха легкой степени наблюдалась при холециститахъ. Вопросъ этотъ, по моему мнѣнію, можно разрѣшить лишь при изученіи возможно больш. числа труповъ больныхъ, умершихъ отъ желтухи.

Нервы желчнаго пузыря, происходящіе отъ солн. сплетенія, сопровождаютъ пузырную артерію и имѣютъ связь съ гладкими мышечными волокнами его стѣнки. Непосредственно подъ эпителіемъ доказано присутствіе нервныхъ сплетеній.

Наконецъ, артерійки пузырнаго протока образуютъ соустія съ артерійками, оплетающими желчный протокъ; онѣ рождаются отъ ствола пузырной артеріи.

ГЛАВА IV.

Топографія воротъ печени и печеночнаго протока.

Покончивъ съ описаніемъ пузыря и его протока, остается прослѣдить верхній отдѣлъ желчныхъ путей, т. е., печеночный протокъ и его развѣтвленія въ воротахъ печени.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

Объясненіе къ рисунку №. 1.

Рисунокъ изображаетъ взаимное отношеніе воротной вены, собственной печеночной артеріи и желчнаго протока въ толщѣ печеночно 12 перстной связки; здѣсь артерія лежитъ по медіальной или лѣвой стор. воротной вены; желчный протокъ по лятеральной или правой стор. воротной вены. Выше мѣста впаденія пузырнаго протока виденъ печеночный протокъ, обѣ вѣтви котораго въ дальнѣйшемъ протяженіи вверхъ перекрещиваютъ правую вѣтвь печеночной артеріи. Пузырная артерія, исходящая отъ правой вѣтви печеночной артеріи, составляетъ верхнюю боковую сторону треугольника, печеночный протокъ есть основаніе треугольника, и, наконецъ, пузырный протокъ—нижнюю боковую сторону треуг.

(Рисун. взятъ изъ диссерт. Calot.).

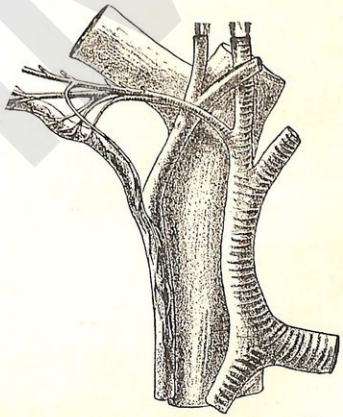


Рис. № 1-й. Взятъ изъ диссерт. Calot.

НБ ХНМУ

Кратко опишемъ нижнюю поверхность печени, съ которой приходится имѣть дѣло хирургу при операціи на желчныхъ путяхъ.

На переднемъ краю печени находятся двѣ вырѣзки: правая, болѣе глубокая, называемая пузырной вырѣзкой; лѣвая, менѣе глубокая, пупочная вырѣзка. Правая вырѣзка продолжается затѣмъ въ правую сагиттальную борозду печени; лѣвая—въ лѣвую сагиттальную борозду, содержащую въ себѣ круглую связку печени, т. е., заросшую пупочную вену; каждая изъ этихъ бороздъ, простираясь назадъ, упирается въ соотвѣтствующую вѣтвь воротней вены. Однако, лѣвая сагиттальная борозда часто бываетъ закрыта мостикомъ печеночной ткани. Я часто видѣлъ это въ дѣтскихъ трупахъ.

Между обѣими бороздами находится квадратная доля печени, которая иногда очень сильно развита. Упомянутый мостикъ печеночной ткани соединяетъ квадратную долю съ лѣвой долей печени.

Лѣвая сагиттальная борозда направлена спереди назадъ и переходитъ сзади отъ воротъ опять въ борозду, которая называется бороздой венозной связки, такъ какъ содержитъ заросшій венозный протокъ, соединявшій лѣвую вѣтвь воротной вены съ нижней полой веной.

Борозда эта составляетъ непосредственое продолженіе борозды пупочной вены. Но только она отходитъ подъ угломъ отъ послѣдней, отклоняясь нѣсколько влѣво.

Наоборотъ, на правой сторонѣ нѣтъ прямого продолженія правой сагиттальной борозды, такъ какъ послѣдняя упирается сначала такъ же, какъ и лѣвая, въ вѣтвь воротной вены, а, затѣмъ, позади этой вѣтви находится мостикъ печеночной ткани; позади же этого мостика лежитъ очень глубокая борозда—называемая верхней правой сагиттальной бороздой, которая вся выполнена нижней полой веной; послѣдняя отдѣлена, слѣдовательно отъ правой вѣтви воротной вены сравнительно небольшимъ мосткомъ печеночной ткани.

Между этими задними бороздами лежитъ хвостатая доля печени, ограниченная спереди упирающимся въ нее стволомъ

воротной вены, а сзади оканчивающаяся толстымъ краемъ, нѣсколько сростающимся съ стѣнкой нижней полой вены.

Передняя часть хвостатаго тѣла имѣетъ возвышеніе, называемое сосочковымъ; сверхъ того, отъ нея вправо тянется упомянутый мостикъ, называемый хвостатымъ отросткомъ; онъ то и отдѣляетъ отчасти нижнюю полую вену отъ правой вѣтви воротной вены.

Лѣвая доля печени почти въ 4 раза меньшая, чѣмъ правая, имѣетъ въ себѣ вдавленную поверхность, такъ какъ прилегаетъ ко входу желудка, ко всей малой кривизнѣ и къ передней его стѣнкѣ.

Въ средней части этого вдавленія лежитъ бугоръ, называемый сальниковымъ.

Правая доля печени имѣетъ на себѣ отпечатки, образовавшіеся вслѣдствіе соприкосновенія ея съ сосѣдними органами: переднее вдавленіе образовано отъ касанія праваго изгиба толстой ободочной кишки; среднее вдавленіе—отъ касанія правой почки и заднее—отъ соприкосновенія съ прав. надпочечной железой. Правая доля печени касается еще привратника, верхней части 12-перстной кишки и печеночной 12-перстной связки. Лѣвая доля касается входа желудка, малой кривизны, передней стѣнки желудка и желудочной 12-перстной связки.

Не забудемъ, что на нижней поверхности печени могутъ находиться прибавочныя дольки. Случаи эти описаны въ большихъ руководствахъ. Я же приведу здѣсь наблюд. Проф. Таренецкаго въ 1883 г.

Въ толщѣ серповидной связки печени, у прикрѣпленія ея къ краю печени, слѣва отъ желчн. пузыря, находилась первая прибавочная долька шириной и длиной—въ 2 с.; вторая сидѣла на шейкѣ желчнаго пузыря, гдѣ на послѣдній переходила пузырная артерія; на лѣвой стѣнкѣ нижней полой вены находились двѣ прибавочныя дольки въ 1,9 сант. и въ 2,4 сант.

Интересно отмѣтить, что въ этомъ же случаѣ желтый пузырь выдавался изъ подъ передняго края печени на $3^1/_2$ сант.

И до сей поры, авторы наблюденій прибавочныхъ долей печени продолжаютъ описывать свои случаи.

Такъ упомяну *Lefas'a*, который въ 1899 г. видѣлъ у 19 л. дѣвушки, влѣво отъ желчнаго пузыря, прибавочную дольку въ 3 с. длины и 2 с. ширины.

Объ выше упомянутыя борозды соединены поперечной бороздою, называемой воротами печени, имѣющими справа налѣво 6 сантим., а ширина борозды—въ 12—15 милим.

Соотвѣтственно различію долей печени, правая часть поперечной борозды нѣсколько объемистѣе и содержитъ въ себѣ также болѣе объемистые сосуды, чѣмъ слѣва. Замѣчу также, что, по *Poirier*, поперечная борозда лежитъ не поперекъ, а скорѣе направлена косо вправо.

Воротная вена, лежавшая въ печеночной 12-перстной связкѣ, подойдя къ воротамъ печени, значительной своей массой устремляется именно въ правую часть борозды, отдавая влѣво нѣсколько меньшую вѣтвь.

Сейчасъ же на правой вѣтви лежитъ гораздо больше лимф. железъ, чѣмъ на лѣвой.

Печеночная артерія, достигнувъ воротъ, также бо́льшей частью прямо ложится на самый стволъ воротной вены и, круто изгибаясь, пойдетъ впереди правой вѣтви воротной вены; влѣво же, идетъ отъ печеночной артеріи значительно меньшая вѣтвь, ложащаяся на переднюю сторону лѣвой вѣтви воротной вены.

Наконецъ, вѣтви печеночнаго протока бо́льшей своей частью, тоже выходятъ изъ праваго отдѣла борозды; здѣсь являются иногда 3—4 печеночныя вѣтки; но всѣ онѣ значительно скрыты въ бороздѣ, такъ что образованіе праваго общаго ихъ ствола иногда почти невидимо; спускаясь книзу, послѣдній сейчасъ же ляжетъ на правую вѣтвь печеночной артеріи, которую нѣсколько сдавливаетъ, если сильно раздутъ, и чрезъ это давитъ также на правую вѣтвь воротной вены; слѣва онъ принимаетъ въ себя менѣе толстый лѣвый печеночный протокъ, который, большей частью, не пересѣкаетъ соотвѣтствующей ему лѣвой печеночной вѣтви, но ложится тоже на правую вѣтвь печеночной артеріи.

Такимъ образомъ, при сильномъ расширеніи печеночнаго

протока, обѣ вѣтви его въ воротахъ печени могутъ сдавливать правую вѣтвь печеночной артеріи.

Courrviosier описываетъ присутствіе многихъ мельчайшихъ вѣточекъ, соединяющихъ правую и лѣвую вѣтви печеночнаго протока въ области воротъ, вокругъ вѣтвей воротной вены. Поэтому, закупорка одной вѣтви протока даетъ возможность желчи проходить изъ закупоренной доли печени чрезъ эти вѣточки въ желчный протокъ. По его описанію, обѣ главныя вѣтви печеночнаго протока мало видимы, такъ какъ занимаютъ дно борозды.

Съ этой сѣтью желчныхъ канальцевъ, по *Langenbuch'у*, имѣютъ соустія мельчайшіе желчные канальцы, идущіе прямо изъ печени.

Charpy-Poirier описываетъ, откуда, именно, идутъ эти канальцы печени, и находитъ, что бо́льшая часть приходитъ изъ лѣвой доли: изъ борозды заросшей печеночной вены и изъ борозды венозной связки; значительная часть направляется еще изъ правой нижней сагиттальной борозды.

Отъ воротъ печени и отъ борозды венозной связки тянется складка брюшины, называемая малымъ сальникомъ.

Она очень тонка въ области соединенія своего съ малою кривизною, гдѣ называется желудочно-12-перстною связкою, но болѣе крѣпкая въ области соединенія съ 12 п. кишкою, гдѣ называется печеночно-12 перстной связкою.

Правый свободный край этой связки ограничиваетъ собою сальниковое отверстіе.

Эта связка, спускающаяся впереди хвостатаго тѣла печени, имѣетъ въ своей верхней части такую же толщину, какую ширину имѣетъ поперечная борозда, т. е. 12—15 мил.; справа же налѣво длина ея также равна длинѣ воротъ, т. е. 5—6 сантим. Высота ея, въ 8 наблюд. *Wiart'а*, колеблется отъ 35 до 55 миллиметр.

Поэтому, лѣвый указат. палецъ, введенный на заднюю сторону этой связки. или, по *Charpy-Poirier*, болѣе правильно, на лѣвую, можетъ касаться слѣдующихъ органовъ: сверху на-

висаетъ хвостатое тѣло, и еще выше него стволъ воротной вены; впрочемъ, хотя этотъ послѣдній, какъ и всѣ ворота печени, слишкомъ закрытъ верхней частью описываемой связки, которая утолщена вверху на счетъ клѣтчатки, окутывающей всѣ сосуды воротъ. Поэтому, палецъ, обращенный своей мякотью къ самой верхней части вплетенія связки въ печень, врядъ ли можетъ правильно ощутить какія либо железы, сидящія на вор. венѣ; тѣмъ менѣе возможно ощупать печеночные протоки, лежащіе еще глубже.

Очень желательны опыты въ послѣднемъ направленіи, съ введеніемъ инородныхъ тѣлъ въ вѣтви печеночнаго протока.

Поворачивая палецъ мякотью нѣсколько книзу, кзади, будемъ касаться нижней полой вены, закрытой пристѣночной брюшиной.

Съ этой вены брюшина переходитъ на верхнюю часть 12 п. кишки, и мѣсто ея перехода составляетъ нижнюю кайму сальниковаго отверстія; наконецъ, повернувъ палецъ кпереди, имѣемъ передъ нимъ печеночно-12-перстную связку, до 1 с. толщиной. Палецъ можно ввести въ сальниковое отверстіе довольно глубоко, такъ что онъ можетъ прощупать даже тонкую печеночно-желудочную связку. Ниже этой связки находится переходъ брюшины съ тѣла железы на нижнюю полую вену или на заднюю стѣнку живота. Подъ мѣстомъ этого перехода лежитъ печеночная артерія. Органы, которыхъ касался введенный нами палецъ, до начала прикрѣпленія желудочно-печен. связки, всѣ расположены только въ преддверіи сальниковой сумки; палецъ, введенный глубже и кзади между поясничной ножкой діафрагмы и хвостатымъ тѣломъ печени, будетъ находиться уже въ предѣлахъ такъ назыв. верхняго заворота сумки; на днѣ этого заворота мы ощупываемъ сальниковый бугоръ поджел. железы и идущую отъ него поджелудочно-желудочную связку, которая иногда, въ силу ли патол. сращеній, или въ силу особеннаго развитія, какъ указано въ атласѣ *Zuckerkandl'я*, мѣшаетъ провести палецъ на заднюю поверхность желудка. Тоже описываетъ пр. *Ф. А. Рейнъ*. Наконецъ, приложивъ къ введенному лѣвому указат. пальцу, лѣвый же большой палецъ,

64384
БІБЛІОТЕКА
Харківського Медичн. Інституту
№ 4657
Шифр 13-67

мы держимъ всю толщу печеночно-12 п. связки между пальцами, и въ ней то проходитъ стволъ воротной вены ближе къ указат. пальцу; печеночный же протокъ и, слѣва отъ него, печеночная артерія, лежатъ ближе къ большому пальцу.

Иногда, какъ мы знаемъ, позади печеночнаго протока, проходитъ еще правая печеночная артерія, идущая неправильно отъ верхней брыжжеечной артеріи.

Отъ вороть печени до мѣста впаденія пузырнаго протока, печеночный протокъ имѣетъ различную длину въ 3—4—5 с., смотря потому, какъ низко сливаются печеночныя его вѣтви, и какъ низко впадаетъ въ него пузырный протокъ.

Печеночный протокъ построенъ подобно желчному; онъ имѣетъ въ себѣ незначит. колич. гладк. мыш. волоконъ. *Testut* не признаетъ въ слиз. оболокѣ его, какъ и въ желчномъ протокѣ, истинныхъ железъ, ибо, находящіяся тамъ, углубленія слизистой оболочки не покрыты настоящ. железистымъ эпителіемъ; онъ называетъ ихъ просто «дивертикулами».

Просвѣтъ печеночнаго протока, имѣетъ поперечникъ приблиз. въ 5 мил. *Sappey* описываетъ въ 4 мил., *Charpy Poirier*—въ 6 мил. Проф. *М. А. Тихомировъ*, перечисляя варіанты ствола печеночной артеріи, указываетъ, что въ 11% правая вѣтвь собств. печеночной артеріи идетъ впереди печеночнаго протока у воротъ печени. Затѣмъ, онъ упоминаетъ, что правой печеночной вѣтви иногда нѣтъ, и ее замѣняетъ вѣтвь, отходящая отъ верхней брыжжечной артеріи. *Haller* (см. Тихомирова) приводитъ 7 случ. подобнаго отхожденія на 30 изслѣдов. имъ труповъ. Тоже наблюдали мы одинъ разъ.

Кратко мы должны коснуться иннерваціи печени, такъ какъ желчные пути получаютъ нервныя вѣтви изъ тѣхъ же источниковъ, какъ и печень.

Печень получаетъ нервы отъ лѣваго блуждающаго, отъ солнечнаго сплетенія и, вѣроятно, отъ праваго грудобрюшнаго нерва. Послѣдній, проходя чрезъ четыреугольное отверстіе діафрагмы, отдаетъ нѣсколько вѣточекъ къ заднему краю печени, которыя, будто бы, заходятъ на ея переднюю поверхность.

Вѣтви лѣваго блуждающаго нерва отходятъ отъ послѣдняго при проникновеніи его въ животъ; онѣ идутъ по малой кривизнѣ желудка, между листками сальника, достигаютъ воротъ печени и вѣтвятся по ходу вѣтвей воротной вены.

Нервы, идущіе изъ солнечнаго сплетенія, образуютъ сплетеніе на печеночной артеріи и затѣмъ пойдутъ вмѣстѣ съ собственной печеночной артеріей къ воротамъ печени, внѣдряются въ существо печени, гдѣ вѣтвятся по ходу вѣтвей печеночной артеріи. Окончательная иннервація печени прослѣжена въ работѣ *Королькова*, который выяснилъ вхожденіе мелчайшихъ нервныхъ вѣточекъ въ печеночныя дольки, гдѣ образуется нѣжная нервная сѣть; изъ этой сѣти тончайшія волоконца идутъ по поверхности клѣтокъ и между клѣтками, не заходя, однако, въ существо послѣднихъ.

Связью праваго грудобрюшнаго нерва съ нервами печени многіе объясняли появленіе болевыхъ ощущеній въ области вѣтвленія шейныхъ нервовъ. Именно, думали, что то или другое раздраженіе печени вызываетъ отраженныя боли въ правой сторонѣ шеи, въ надплечьѣ и пр. Также разныя болевыя явленія желудка, при болѣзни печени, возможно объяснить связью послѣдней съ солнечнымъ сплетеніемъ. Переходимъ теперь къ лимфатическимъ сосудамъ печени. Въ патологіи мы встрѣчаемъ иногда рядъ разстройствъ организма, въ зависимости отъ страданія печени, которыя объяснить всего удобнѣе распространеніемъ процесса путемъ лимфатическихъ сосудовъ.

Лимфатическіе сосуды печени раздѣляются на глубокіе и поверхностные.

Происхожденіе глубокихъ лимфатическихъ сосудовъ, еще не окончательно одинаково всѣми излагаемое, находится будтобы въ толщѣ самой печеночной дольки. Здѣсь родившись, одни пойдутъ въ нисходящемъ направленіи къ воротамъ печени, въ ея лимфатическіе узлы; при этомъ они сопровождаютъ вѣтви воротной вены; другіе глубокіе—пойдутъ въ восходящемъ направленіи, вмѣстѣ съ печеночными венами; они достигаютъ задняго края печени, гдѣ лежитъ нижняя полая

вена, образуютъ здѣсь нѣсколько толстыхъ стволовъ, проникаютъ вмѣстѣ съ веной выше діафрагмы, гдѣ и вливаются въ въ наддіафрагмальные лимфатическіе узлы, заложенные около нижней полой вены и около сердечной сорочки.

Что касается поверхностныхъ лифмат. сосудовъ, то они рождаются подъ брюшиннымъ покровомъ печени.

Думаютъ, что съ нижней поверхности печени сосуды преимущественно собираются къ воротамъ печени, гдѣ впадаютъ въ лимфатическіе узлы поперечной борозды, потомъ въ узлы печеночно-12-перстной связки и затѣмъ въ чревныя железы.

Точно также, и лѣвая доля печени преимущественно направляетъ свои поверхностные лимфатическіе сосуды къ воротамъ печени.

Наконецъ, поверхностные лимфатическіе сосуды съ выпуклой поверхности печени несутся преимущественно въ железы выше діафрагмы; только нѣкоторые, у передняго края печени спускаются къ воротамъ.

ГЛАВА V.

О доступѣ къ желчному пузырю и печеночному протоку.

Въ вопросѣ о доступѣ къ желчному протоку мы въ дальнѣйшемъ должны будемъ еще разъ коснуться способовъ разрѣза брюшныхъ стѣнокъ.

Однако, и сейчасъ коснемся этихъ разрѣзовъ, предложенныхъ хирургами для одновременнаго доступа къ больному пузырю и желчному протоку.

Schwartz всѣ предлагавшіеся разрѣзы дѣлитъ на срединные и боковые. Срединный проводятъ отъ мечевиднаго отростка къ пупку, боковой—по боковому краю лѣвой прямой мышцы или посредине самой мышцы. Нѣкоторые къ симъ разрѣзамъ присоединяли еще поперечные подъ прямымъ угломъ, ведя ихъ то отъ средины, то отъ концовъ перваго разрѣза. Благодаря сочетанію такого рода разрѣзовъ получались уже лоскуты брюшной стѣнки, отворачивая которые въ сторону, достигали значительнаго простора.

Помимо этихъ разрѣзовъ примѣняли параллельный реберной дугѣ, на 3 с. ниже ея. Подобный разрѣзъ, правда, даетъ хорошій доступъ къ пузырю, но малый—къ печеночному протоку. *Lannelongue* присоединилъ къ нему резекцію реберная края, съ цѣлью одновременнаго дѣйствія на пузырѣ и на нижней поверхности печени.

Dean Beven, хирургъ въ Чикаго, предложилъ разрѣзъ, удобный для дѣйствій на пузырѣ и на желчномъ протокѣ. Проводится разрѣзъ вдоль бокового края правой прямой мышцы; верхній конецъ его дугообразно загибается къ срединѣ, нижній, лежащій ниже уровня пупка, загибается тоже дугообразно, но въ бокъ. Воспользовавшись тѣмъ или другимъ разрѣзомъ, легко находятъ дно пузыря, если послѣдній не закрытъ сращеніями. Въ хирургической казуистикѣ часто попадались случаи, гдѣ въ области пузыря находилось плотное тѣло нисколько не похожее на желчный пузырь. Только пробный уколъ разрѣшалъ вопросъ о наличности пузырь. Не рѣдки случаи, гдѣ совершенно не могли найти пузыря, что объяснялось атрофіей и сращеніями, скрывшими его въ пузырной впадинѣ.

При отсутствіи сращеній, дно открывается легко; тогда двумя пальцами правой руки, ведя ихъ по нижней поверхности пузыря, достигаютъ шейки. Ощупываніе выше описаннаго лимфатическаго узла въ изгибѣ шейки не удается; быть можетъ, это легко, когда железа сильно увеличена.

Тотчасъ, у шеики, находится область правой части поперечной борозды съ лежащей въ ней правой вѣтвью воротной вены; здѣсь же происхожденіе праваго края печеночно-12-перстной связки; край этотъ, какъ мы видѣли, довольно толстый.

Поэтому, ощупываніе правой части поперечной борозды ясныхъ указаній дать не можетъ, если только не имѣется тамъ какой-либо очень твердой опухоли.

Этимъ и кончается обслѣдованіе пузыря, очень не трудное при любомъ разрѣзѣ, и, если оспаривались преимущества того или другого способа раздѣленія брюшныхъ стѣнокъ, то это

касалось удобствъ одновременнаго изслѣдованія пузыря и желчнаго протока, къ чему мы вернемся въ послѣдствіи.

Чтобы дойти до печеночнаго протока, необходимо дѣлать разрѣзъ брюшной стѣнки, какъ можно, ближе, къ средней линіи. Мы увидимъ, какъ близко лежитъ къ срединѣ желчный протокъ, доступъ къ которому большинство хирурговъ считаетъ удобнымъ при разрѣзахъ вблизи средней линіи, или по средней линіи. Случаи, въ которыхъ приходится хирургу обслѣдовать печеночный или желчный протоки, большей частью, крайне тяжелы. Дѣло идетъ о жизни больного, а, потому, приходится позабыть о возможности послѣдующей эвентраціи, вызываемой разрѣзомъ по средней линіи. Изслѣдованіе нижней части печеночнаго протока, въ мѣстѣ соединенія его съ пузырнымъ, особенной трудности не представляетъ; нужно поступать такъ же, какъ и при изслѣдованіи желчнаго протока. Другое дѣло, когда вопросъ идетъ о части протока, идущей вверхъ отъ сліянія.

Я убѣдился, что для достиженія ея нужно очень много простора; поэтому, удобнѣе всего выкроить лоскутъ изъ брюшной, стѣнки двумя разрѣзами, срединнымъ и косымъ, проведя послѣдній отъ верхняго конца перваго параллельно реберной дугѣ настолько, чтобы нижняя поверхность печени была хорошо освѣщена.

Послѣ этого расщипываютъ печеночно-12-перстную связку по правому краю ея; затѣмъ тупымъ путемъ отсепаровываютъ передній листокъ ея, берутъ его на двѣ нитки и оттягиваютъ къ срединѣ.

Тогда, поднимаясь вверхъ, слѣдуетъ помнить, что къ шейкѣ пузыря идетъ пузырная артерія, перекрещивающая спереди печеночный протокъ; иногда же она перекрещиваетъ его сзади; ясно мнѣ удавалось видѣть ее лишь при наливкѣ трупа. Артерія эта составляетъ, вмѣстѣ съ пузырнымъ и печеночнымъ протокомъ, треугольникъ, нѣсколько схематичный.

Поднимаясь постепенно все выше и выше по печеночному протоку и раздѣляя клѣтчатку тупымъ путемъ, я дошелъ такимъ образомъ до тѣснаго прилеганія протока съ воротной веной,

гдѣ онъ казался точно сращеннымъ съ ней; дальнѣйшее выдѣленіе не удавалось безъ разрыва вены. Такимъ образомъ мнѣ удавалось подняться на нѣсколько сантиметровъ вверхъ отъ мѣста сліянія пузырнаго и печеночнаго протоковъ, и я полагаю, что въ этой области протокъ достижимъ и съ хирургической точки зрѣнія.

Однако, это касается лишь области ниже его развѣтвленія, на правую и лѣвую вѣтви. Увидать же ясно обѣ вѣтви, послѣ начала развѣтвленія печеночнаго протока, можно было только при наливаніи гипсомъ; однако, при этомъ наливалась и печень, почему сдѣлать какіе-либо выводы о возможности достиженія правой и лѣвой вѣтвей печеночнаго протока я отказываюсь. Хирурги крайне рѣдко до сей поры имѣли дѣло съ печеночнымъ протокомъ. *Pantaloni* насчитываетъ только 5—6 случаевъ хирургическаго вмѣшательства въ этой области. Въ этихъ случаяхъ печеночный протокъ былъ крайне расширенъ, и хирурги иногда считали протокъ за пузырь.

Вѣроятно, при сильномъ расширеніи желчныхъ протоковъ, печеночныя вѣтви, лежащія въ воротахъ, выступаютъ изъ скрывающихъ ихъ венъ. Тогда онѣ лежатъ близко кпереди, отстраняя вены нѣсколько сзади. *Langenbuch* увѣряетъ, что при операціяхъ никто изъ хирурговъ не ранилъ вѣтвей воротной вены и, потому, признаетъ, что раненіе это даже не возможно, или что оно только теоретически возможно.

ГЛАВА VI.

Собственныя анатомическія изслѣдованія по топографіи желчнаго протока.

№ 1-й. Трупъ приблизительно сорокалѣтняго мужчины. Длина пузыря 8 с.; длина пузырнаго протока 5 с. Вышекишечная часть желчнаго протока имѣла $1^1/_2$ с. длины; она образована двумя низко спускающимися печеночными протоками, и въ уголъ сліянія ихъ впадалъ пузырный протокъ, такъ что оба печеночные и пузырный, лежащій посреди нихъ, представляли три зубца вилки; рукояткой ея былъ желчный протокъ.

Разрѣзавъ брюшину у верхняго края первой части 12-перстной кишки, обнажили желчный протокъ, шедшій прямо внизъ, до нижняго края этой части; здѣсь онъ сильно изгибался вправо и лежалъ почти горизонтально. Въ такомъ видѣ онъ доходилъ до вертикальной части кишки и спускался затѣмъ по медіальной ея сторонѣ, будучи заключенъ въ желобъ между нею и железой, почему, безъ выдѣленія, не былъ виденъ. Окончаніе—въ средней части длины вертикальнаго отдѣла кишки, что̀ соотвѣтствовало уровню воротъ правой почки. Вся длина выдѣленнаго желчнаго протока, отъ сліянія обоихъ печеночныхъ до впаденія въ кишку, имѣла $6^1/_2$ с.

№ 2-й. Трупъ приблизительно сорокалѣтняго мужчины.

Длина пузыря—9 с., длина пузырнаго протока 4 с. Вышекишечная часть желчнаго протока имѣла 3—4 мил. длины, такъ что мѣсто сліянія печеночнаго съ пузырнымъ протокомъ находилось почти позади кишки. Поэтому, въ печеночно-кишечной связкѣ мы нашли печеночный и пузырный протоки тѣсно соединенными, безъ посредства клѣтчатки, образующими какъ-бы одну трубку. Желчный протокъ отъ мѣста своего образованія проходилъ позади первой части кишки и тотчасъ скрывался въ желобъ между головкой железы и медіальной стѣнкой верхней части кишки. Вся длина его была въ 5 с.; окончаніе—въ срединѣ длины вертикальной части кишки, что̀ соотвѣтствовало уровню воротъ правой почки.

№ 3-й. Трупъ приблизительно тридцатилѣтней женщины. Длина пузыря—8 с.; шейка его изогнута назадъ довольно сильно, вслѣдствіе чего прилегаетъ къ правой или къ задней стѣнкѣ пузыря, причемъ послѣдній лежалъ почти въ поперечномъ направленіи, справа налѣво. Пузырный протокъ сливался съ печеночнымъ позади 1-й части кишки, и, поэтому не было вышекишечной части желчнаго протока. Длина печеночнаго протока—5 с. Желчный протокъ позади 1-й части кишки имѣлъ косое направленіе, т. е., справа сверху—внизъ влѣво, но потомъ изгибался вправо и уходилъ въ желобъ между головкой железы и медіальной стѣнкой вертикальной части кишки. Головка железы тѣсно спаяна съ кишкой, и выдѣленіе

протока было очень затруднительно. Артерія поджелудочно-двѣнадцатиперстная верхняя и правая желудочно-сальниковая прошли на переднюю поверхность головки по верхнему краю железы, значительно влѣво отъ протока; ихъ происхожденіе скрыто за кишкой. Впаденіе желчнаго протока находилось въ верхней трети длины вертикальной части кишки, приблизительно на 3 с. выше уровня воротъ правой почки. Вся длина желчнаго протока—$3^1/_2$ с.

№ 4-й. Трупъ 50-лѣтняго мужчины. Пузырь—10 с. длины. Шейка его изогнута впередъ и прилегаетъ къ лѣвой или передней стѣнкѣ пузыря. Пузырный протокъ сливается съ печеночнымъ приблизительно на 1 с. выше 1-й части кишки. Отъ мѣста своего образованія желчный протокъ спускается внизъ влѣво, лежа позади 1-й части кишки; эта—позадикишечная часть его имѣла $2^1/_2$ с. длины; затѣмъ онъ скрывался въ желобъ между железой и медіальной стороной вертикальной части кишки, сдѣлавъ, такимъ образомъ, изгибъ. Железа прилегала къ кишкѣ не очень прочно, и выдѣленіе протока казалось легкимъ; при этомъ, оказалось, что желобъ сзади былъ закрытъ какой-то темной тканью, не похожей на поджелудочную железу. Микроскопическое изслѣдованіе ея показало картину строенія лимфатической ткани. Длина скрытой части желчнаго протока была 4 с., и, слѣдовательно, весь протокъ былъ равенъ 7 с. Желудочно-двѣнадцатиперстная артерія лежала рядомъ съ желчнымъ протокомъ у верхняго края железы и шла на переднюю сторону железы, посылая верхнюю поджелудочную двѣнадцатиперстную артерію влѣво. Мѣсто сліянія верхней брыжжеечной вены съ воротной веной находилось выше верхняго края железы, и въ этой послѣдней находился глубокій желобъ. Протокъ впадалъ въ средину длины 2-й части кишки, нѣсколько выше уровня воротъ правой почки.

№ 5-й. Трупъ старика. Въ переднемъ краю печени, соотвѣтственно мѣсту дна пузыря, глубокая вырѣзка, около 3 с. Пузырь—длиной 9 с. Пузырный протокъ сливается съ печеночнымъ на 1 с. выше верхняго края первой части кишки. Желчный протокъ, дойдя до нижняго края кишки, изгибался

вправо и уходилъ въ желобъ между железой и медіальной стороной вертикальной части кишки. Длина всего выдѣленнаго протока—7 с. Его впаденіе въ кишку находилось въ нижней трети вертикальной части. Пузырный протокъ сливался съ печеночнымъ подъ прямымъ угломъ.

№ 6-й. Трупъ младенца 3—4 мѣс. Пузырный протокъ, достигнувъ печеночнаго, тѣсно прилегалъ къ нему и спускался съ нимъ внизъ, образуя какъ бы одинъ протокъ, вслѣдствіе чего вышекишечная часть была не болѣе $^1/_2$ с. длиной. Впаденіе въ кишку лежало на срединѣ длины ея вертикальной части.

№ 7-й. Трупъ младенца 2—3 мѣс. Пузырь—5 с. длины. Пузырный протокъ сливался съ печеночнымъ на 1 с. выше верхняго края 1-й части кишки. Послѣ сліянія ихъ, желчный протокъ, пройдя позади 1-й части кишки, ложился на головку железы, будучи прикрытъ темной пластинкой въ 1—$1^1/_2$ мил. толщины, оказавшейся лимфатической железой. Въ самой нижней части скрывался глубоко въ вещество железы и впадалъ въ нижнюю треть вертикальной части кишки.

№ 8-й. Трупъ мужчины 30—35 лѣтъ. Пузырь 10 с. длины. Шейка его обращена назадъ; пузырный протокъ около 6 с. длины. Передняя стѣнка пузыря рыхло спаяна съ толстой поперечной кишкой. Пузырный протокъ подъ острымъ угломъ открывается въ печеночный, но, прежде окончательнаго сліянія, пробѣгаютъ вмѣстѣ, какъ бы въ одной трубкѣ, 2 с.; окончательное ихъ сліяніе находилось уже позади 1-й части кишки; отсюда его можно было выдѣлить сант. на 2 внизъ, гдѣ потомъ онъ скрывался въ существѣ железы; впадалъ въ кишку въ верхней трети ея вертикальной части.

№ 9-й. Трупъ мужчины 35—40 лѣтъ. Пузырь 10 с. длины. Пузырный и печеночный протоки также сложены въ одну трубку; окончательное же сліяніе произошло позади 1-й части кишки. Длина всего желчнаго протока—6 с. Воротная вена лежала значительно влѣво отъ желчнаго протока. Мѣсто впаденія протока въ кишку находилось въ средней трети длины ея вертикальной части.

№ 10-й. Трупъ женщины 25—30 лѣтъ. Длина пузыря 8 с. Шейка пузыря изогнута назадъ. Сліяніе пузырнаго и печеночнаго протока находилось позади 1-й части кишки. Затѣмъ, можно было видѣть на $1^1/_2$ с. длины закишечную часть протока, который потомъ скрывался въ существо железы. Выдѣляя его изъ железы, замѣтили, что онъ лежалъ въ совершенно закрытомъ желобѣ железы. Впаденіе въ кишку находилось также въ средней части длины ея вертикальной части. Вся длина его была 6 с. Протокъ казался нѣсколько расширеннымъ. Раздувая его воздухомъ, получили бо́льшую ширину въ верхней части и меньшую въ нижней. Позади протока, до его впаденія въ вещество железы, лежала артерія, исходящая отъ желудочно-12-перстной; верхняя поджелудочно-12-перстная артерія отходила ниже только что упомянутой, ложась впереди протока, поперечно къ нему, въ желобѣ железы, и снова выходила на переднюю стѣнку головки.

№ 11-й. Трупъ женщины 30—35 лѣтъ. Длина пузыря 9 с.; шейка сильно изогнута назадъ. У пузыря хорошо развитая брыжейка. Передняя стѣнка печеночно-12-перстной связки значительно заходила на пузырь и толстую поперечную кишку, образуя lig. cystocolicum. Мѣсто сліянія пузырнаго протока съ печеночнымъ находилось на 1 с. выше верхняго края 1-й части кишки. Отсюда желчный протокъ, пройдя позади 1-й части кишки, у нижняго края ея, сейчасъ же скрывался подъ большой лимфатическій узелъ, легко вылущившійся; по удаленіи этого узла, открылась рыхлая темная клѣтчатка, скрывавшая протокъ; снявъ эту клѣтчатку, увидали протокъ, одной стороной прилегающій къ медіальной сторонѣ вертикальной части кишки, а другой стороной—къ головкѣ железы. Желудочно-12-перстная артерія находилась не прямо рядомъ съ протокомъ, но влѣво отъ него и была отдѣлена отъ него прослойкой железистой ткани; еще болѣе влѣво, также отдѣленная долькой железы, находилась воротная вена, отъ которой отходилъ толстый венозный стволъ, направляющійся позади и поперекъ протока. Мѣсто впаденія протока находилось на высотѣ средней трети вертикальной части кишки.

№ 12-й. Трупъ женщины 30—35 лѣтъ. Пузырь—длиной 7 с., имѣлъ брыжжейку. Печеночный и пузырный протоки образовали желчный протокъ на $^1/_2$ с. выше верхняго края 1-й части кишки. Вся длина протока 7 с. Закишечная часть его $2^1/_2$ с. длины; далѣе онъ былъ закрытъ тонкой темной пластинкой на $2^1/_2$ сант. своего протяженія; удаливъ ее, нашли протокъ лежащимъ на головкѣ железы, но нижняя часть его уходила въ существо послѣдней и открывалась въ нижней трети длины вертик. части кишки.

№ 13-й. Трупъ младенца 2—3 мѣс. Пузырь 6 с. длины. Сліяніе пузырнаго и печеночнаго протока, первоначально образовавшихъ какъ бы одну трубку, находилось на 5 мил. выше 1-й части кишки. Желчный протокъ лежалъ въ углубленіи между медіальной стѣнкой вертик. части 12 п. кишки и головкой железы и легко выдѣлялся, благодаря отсутствію тѣснаго соединенія кишки съ железой. Вся длина его—4 с.; онъ впадалъ въ верхнюю треть длины вертик. части кишки.

№ 14-й. Трупъ женщины 35—40 л. Пузырь—10 с. длины, имѣлъ брыжжейку. Пузырный протокъ сливался съ печеночнымъ на 1 с. ниже верхняго края 1-й части кишки. Пройдя позади этой части, онъ ложился въ глубокій желобъ железы, закрытый клѣтчаткой. Позади него, въ толщѣ этой клѣтчатки, лежала толстая вена, отходящая отъ воротной вены. Железа плотно спаивалась съ вертик. частью 12 перст. кишки и отдѣлить ихъ другъ отъ друга не было возможности. Вся длина его—7 с.; закишечная часть имѣла 1 с. длины; впадалъ въ нижнюю треть длины вертикальной части кишки.

№ 15-й. Трупъ женщины около 50 л. Пузырь—8 с. длины. Вышекишечная часть желчнаго протока въ 1 с. длины. Вся длина его 6 с.; послѣ нижняго края 1-й части кишки уходилъ въ углубленіе между железой и медіальной стѣнкой вертик. части кишки и впадалъ въ срединѣ высоты вертик. части 12 перстной кишки.

№ 16-й. Трупъ мужчины около 30 л. Длина пузыря 11 с. Пузырный протокъ идетъ рядомъ съ печеночнымъ, образуя какъ бы одну трубку, очень низко до самаго исчезновенія ихъ

въ железѣ, такъ что желчный протокъ начинался лишь въ существѣ железы. Отъ мѣста кажущагося сліянія пузырнаго и печеночнаго протока до впаденія въ кишку имѣлась длина въ $5^1/_2$ с. Желчный протокъ лежалъ значительно влѣво отъ медіальной стороны вертик. части кишки, въ очень мелкомъ желобѣ железы, закрытый довольно рыхлой клѣтчаткой; потомъ онъ круто поворачивалъ вправо и впадалъ въ верхнюю треть длины вертикальной части кишки. Желудочно-12-перстная артерія шла влѣво отъ протока, лежа также въ мелкомъ желобкѣ железы; потомъ изгибалась и выходила на передн. стѣнку головки железы.

№ 17-й. Трупъ мужчины около 40 л. Длина желчн. пузыря—11 сант. Пузырный протокъ очень длинный, въ 7 с.; дойдя до печен. протока, онъ на разстояніи $3^1/_2$ с. представлялъ какъ бы одну трубку, и только надуваніемъ воздуха убѣдились въ присутствіи двухъ отдѣльныхъ протоковъ; слѣдов., вышекишечной и закишечной частей желчнаго протока не было, такъ какъ собственное соустіе печеночнаго и пузырнаго протоковъ находилось въ мѣстѣ проникновенія протока въ железу. Послѣдняя имѣла неглубокій желобъ, приблиз. на 1 с. влѣво отъ медіальной стороны вертик. части кишки; желобъ былъ закрытъ темной рыхлой клѣтчаткой, а въ самомъ низу представлялъ изъ себя полный каналъ, вырытый въ существѣ железы. Мѣсто впаденія въ кишку находилось въ верхней трети длины ея вертик. части. Въ этомъ, какъ и въ предшествующемъ изслѣдованіи, брыжжейка ободочной кишки пересѣкала двѣнадцатиперстную кишку не въ срединѣ длины ея вертик. части, а гораздо выше, почти у перваго изгиба кишки. По задней поверхности желчнаго протока, гдѣ онъ вступалъ въ желобъ железы, проходилъ венозный стволикъ отъ воротной вены.

№ 18-й. Трупъ женщины около 30 л. Пузырь 10 с. длины. Вышекишечной части желчнаго протока также не было. Отъ собственной печеночной артеріи, вблизи верхняго края железы, отходили тонкія артеріи, пересѣкающія желчный про-

токъ сзади. Мѣсто впаденія желчнаго протока лежало въ нижней трети верт. части кишки.

№ 19-й. Трупъ старика. Длина желчнаго пузыря 9 с. Пузырный протокъ, очень толстый, въ 4 с. длины; дѣйствительное сліяніе пузырнаго и печеночнаго протоковъ находилось на 2 с. ниже верхняго края 1-й части кишки. Отъ желудочно 12-перстной артеріи идетъ вѣтвь, которая пересѣкаетъ протокъ сзади, а потомъ тянется по железѣ; отъ той же жел. 12-перстной артеріи отходила вѣтка и на переднюю стѣнку протока и терялась въ существѣ железы; сама желудочно-12-перстная артерія не прилегала къ протоку, но была, влѣво отъ протока, отдѣлена прослойкой железы. Мѣсто впаденія протока находилось въ срединѣ длины вертик. части кишки. Отъ воротной вены отходилъ стволъ, сначала идущій рядомъ съ желчнымъ протокомъ, а потомъ пересѣкающій его сзади. Поджелудочно-двѣнадцатиперстная артерія вмѣстѣ съ протокомъ уходила въ углубленіе между головкой железы и медіальной стороной вертик. части кишки.

№ 20-й. Трупъ женщины 30—35 л. Длина пузыря 7 с. Пузырный протокъ сливался съ печеночнымъ на 1 с. выше верхняго края 1-й части кишки; сейчасъ ниже сліянія находился толстый лимф. узелъ. Желчный протокъ, пройдя позади 1-й части кишки, былъ виденъ еще на 2 с., закрытый тонкой клѣтчаткой, а потомъ лежалъ въ неглубокомъ желобѣ железы, также покрытый рыхлой клѣтчаткой; потомъ онъ въ нижней части проникалъ глубоко въ вещество железы и впадалъ въ верхней трети длины вертик. части кишки. Отъ желудочно-12-перстной артеріи также отходила артерійка на заднюю сторону желчнаго протока у мѣста впаденія его въ желобъ железы. Сама поджелуд. двѣнадцатиперстная арт. лежала въ толщѣ железы, значит. влѣво отъ протока, а потомъ выходила на передн. стѣнку головки железы, прободая послѣднюю.

№ 21. Трупъ мужчины 40 л. Длина пузыря—8 с. Пузырный протокъ слился съ печеночнымъ на 1—$1^1/_2$ с. выше верхняго края 1-й части кишки. Вся длина желчнаго протока въ 6 с.; изъ нихъ $2^1/_2$ с. приходится на закишечную часть

протока; затѣмъ, протокъ ложился въ желобъ железы, закрытый темной клѣтчаткой. Мѣсто впаденія въ кишку находилось въ срединѣ длины ея верт. части. Въ этомъ трупѣ была разновидность въ отхожденіи правой печеночной вѣтви; именно, послѣдняя отходила отъ верхней брыжжечной артеріи, поднималась вверхъ, ложась позади железы, потомъ шла позади желчнаго протока и достигала воротъ печени. На рисункѣ, изображающемъ эту артерію и сдѣланномъ съ приготовленнаго мною сухого препарата, хранящагося въ музеѣ Института Оперативной Хирургіи Московскаго университета точно удержано отношеніе желчнаго протока къ кишкѣ; къ сожалѣнію, не сохранилась часть артеріи, идущая вверхъ и сопровождающая желчный протокъ къ воротамъ печени (см. рисунки № 2 и № 3).

№ 22-й. Трупъ женщины 30 л.

Длина пузыря 9 с. Пузырный протокъ сливался съ печеночнымъ на 1 с. выше верхняго края 1-й части кишки. Тотчасъ позади закишечной части протока лежалъ толстый лимфатическій узелъ. Ниже этого узла протокъ просвѣчивалъ сквозь тонкую клѣтчатку и затѣмъ уходилъ въ желобъ железы, закрытой рыхлой клѣтчаткой и обильно снабженный сосудами. Вся длина его была около 7 сант. Мѣсто впаденія въ кишку находилось въ срединѣ длины ея вертик. части.

№ 23-й. Это изслѣдованіе произведено при аутопсіи женщины среднихъ лѣтъ, умершей приблиз. чрезъ годъ послѣ холецисто-стоміи. Исторія этой больной приведена въ клинич. части. Здѣсь же приводимъ результаты произведеннаго нами вскрытія.

Печень—не увеличена, дрябла, темно-бураго цвѣта; паренхима ея легко рвется пальцемъ. Желчный пузырь, въ области свища, крайне крѣпко приросъ къ брюшной стѣнкѣ, и отдѣлить его было невозможно. Длина пузыря 12 с.; наиб. ширина 6 с. Свищъ свободно пропускаетъ мизинецъ.

Пузырный протокъ расширенъ до $2^1/_2$ с. въ поперечникѣ, но при выхожденіи своемъ изъ пузыря имѣлъ узкій перешеекъ въ $^1/_2$ с. ширины. Длина пузырнаго протока 4 с.; печеночный протокъ сильно расширенъ, а равно обѣ вѣтви его. Тотчасъ

выше верхняго края 1-й части двѣнадцати перстной кишки просвѣчиваетъ выбющаяся опухоль, очень похожая на тонкую кишку; она спаяна съ 12-ти перстной кишкой; спайки были разъединены, и тогда стало видно продолженіе опухоли позади duodenum. Выдѣляя вертик. часть 12-п. кишки, ощутили въ опухоли большой камень, который свободно поднялся въ верхнюю часть этотой опухоли, оказавшейся, слѣдов., сильно расшириннымъ желчнымъ протокомъ; далѣе, камень можно было продвинуть въ пузырный протокъ до мѣста перешейка, а равно къ печени, въ печеночные протоки; только въ правую вѣтвь онъ заходилъ крайне трудно. Тогда, перевязавъ мѣсто перехода 12-перстн. кишки въ тонкую кишку, а равно привратникъ желудка, извлекли печень съ желчнымъ пузыремъ, желчнымъ протокомъ и съ 12-перстной кишкой.

При изслѣдованіи этого препарата оказалось: длина желчнаго протока отъ мѣста впаденія въ него пузырнаго до окончанія въ кишкѣ—5 с.; ширина его $3^1/_2$—4 сант.; верхняя его часть сращена съ 12-перстной кишкой и нѣсколько ниже сего сращенія находился большой лимфатич. узелъ въ 4 с. длины и 2 с. ширины; между воротной веной и протокомъ была другая железа; нижняя часть протока, уходящая въ вещество железы, очень сужена. Вода, влитая въ кишку, прошла въ протокъ, но въ пузырь, наполненный кровяными сгустками, не могла войти; обратно вылитая изъ кишки вода вынесла съ собой много кровян. сгустковъ и 1 камушекъ, величиной въ $^1/_2$ с. Ampula Vateri оказалась изъявленной въ своей полости, въ мѣстѣ впаденія въ нее протока, а равно и самый сосокъ, лежавшій въ срединѣ высоты верт. части 12 п. к. въ своемъ кишечномъ отверстіи также оказался надорваннымъ. Протокъ поджелудочный железы—не измѣненъ. Маленькій камень, вѣроятно, сидѣлъ въ ampula. Изъ пузыря ложкой съ трудомъ удалены всѣ кровяные сгустки, и такимъ образомъ, увидали, что пузырный протокъ былъ совершенно проходимъ. Прилагаемый рисунокъ изображаетъ гипсовый коррозіонный препаратъ, сдѣланный мною изъ желчныхъ путей даннаго случая (см. рис. № 4.).

Объясненіе къ рисунку № 2-й.

Рисунокъ снятъ съ препарата, приготовленнаго мною для Музея Института Топогр. анат. и Опер. Хир. Моск. Университета

Буквы лѣвой стор. рис.

Г... грудобр. артерія.

Л. П. В. Лѣв. печен. вѣтвь.

В. П. Прав. печен. вѣтвь. исходящая отъ верхней брыжж. артеріи; она прошла вверхъ позади 1 части 12 перстн. кишки, лежа позади желчнаго протока. Здѣсь, въ силу нѣкотораго измѣненія взаим. положенія сосудовъ, при сушкѣ препар., эта артерія лежитъ въ сторонѣ отъ протока.

В. П. Д. Верхняя подж. 12 перстн. арт., съ вѣточками для кишки и остатка железы.

Н. П. Нижняя подж. 12 перстн., исходящая отъ верхн. брыжж. арт.

С. О. Средня ободочная артерія.

П. О. Правая ободочная артерія.

Буквы прав. стор. рис.

Ж. Л. Желудочн. лѣв. арт.

П. Печеночная артерія, отъ которой отходитъ только лѣвая вѣтвь печеночной артеріи.

Ж. П. Желудочная прав. артерія. Она и лѣвая — даютъ цѣлую сѣть въ области малой кривизны.

Ж. С. П. Желудочносальниковая правая.

В. Б. Верхняя брыжж. арт.

Т. К. Тонко-кишечныя артеріи.

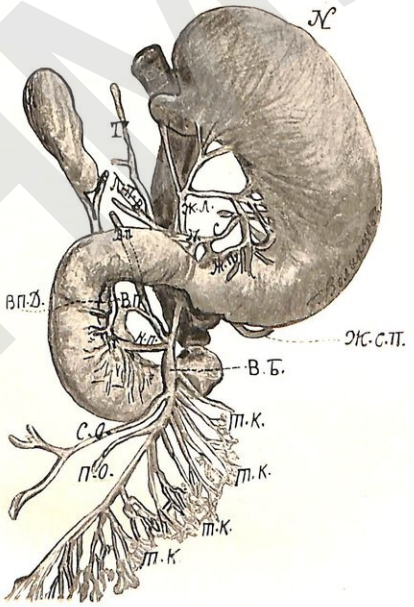


Рис. № 2-й. Препар. изъ Музея Т. А. и О. Х. Московскаго Университета.

НБ ХНМУ

Объясненіе къ рисунку № 3-й.

Тотъ же препаратъ, видимый сзади.

Г. Грудобр. арт.

Л. П. В. Лѣв. печен. вѣтвь.

О. Ж. П. Желчный протокъ, прободающій верхнюю треть вертик. части 12 перстн. кишки.

В. П. Д. Верхняя поджелудочно 12 перстн. артерія.

П. П. В. Правая печеночн. артерія, исход. отъ верхней брыжж. артеріи. На рисункѣ мѣсто ея отхожденія не видно, въ силу пересѣченія ея правой почечной артеріей (П. П.).

П. П. Правая почечная, исходящая отъ аорты.

Н. П. Д. Нижняя поджелудочная 12 перстн. артерія, отходящ. отъ верхней брыжж. арт.

В. Б. Верхняя брыжж. арт.

С. О. Средн. обод. арт.

П. О. Прав. обод. арт.

Буквы на лѣвой сторонѣ рисунка.

Ж. Л. Желудочно-лѣвая арт.

П. Л. Лѣвая почечная артерія.

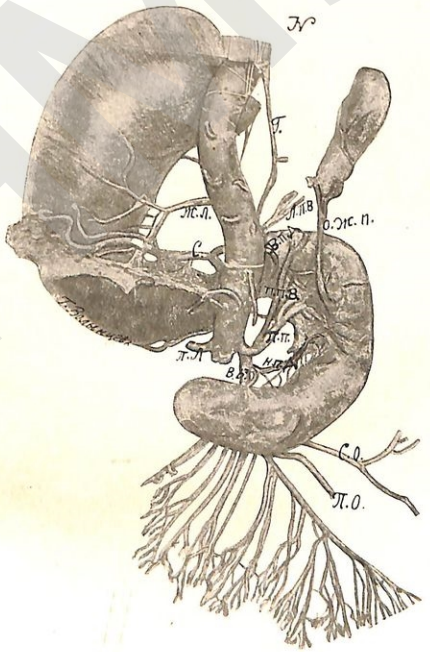


Рис. № 3-й. Препаратъ изъ Музея Инст. Топ. Ан. и Опер. Хир. Московскаго Университета.

НБ ХНМУ

Объясненіе къ рисунку № 4-й.

Рисунокъ снятъ съ препарата, сдѣланнаго мною въ Институтѣ Топогр. Анат. и Опер. Хир. Московскаго Университета.

Препаратъ сдѣланъ путемъ вливанія гипса въ расширенный желчн. протокъ. Данная величина приблизительно равна половинѣ величины препарата.

Ж. П. Желчный пузырь.

П. П. Пузырный протокъ, идущій изъ пузыря, образуетъ перехватъ.

П. П. Печеночные протоки, развѣтвленія желчнаго протока.

О. Ж. П. Желчный протокъ, сильно расширенный.



Рис. № 4-й. Препаратъ изъ Музея Инст. Опер. Хирург. и Топогр. Анат. Московск. Университ.

НБ ХНМУ

Препаратъ хранится въ музеѣ Института Операт. Хирургіи Московскаго Университета; его величина меньше наблюдавшейся при вскрытіи, такъ какъ крайняя дряблость печени не позволяла влить надлежащаго количества гипса, чтобы уподобить пути ихъ надлежащему виду.

Подводя итогъ этимъ наблюденіямъ, мы видимъ, что длина пузыря за исключеніемъ 7-го наблюденія, колеблется въ предѣлахъ 7—8—9—10 и 11 сант. Въ 7-мъ и въ 13-мъ длина была 5 и 6 с. Длина пузырнаго протока не всегда измѣрялась нами вслѣдствіе крайне извилистаго пути этого протока. Одинъ разъ онъ былъ очень длиненъ (17-е набл.) въ силу поздняго сліянія съ печеночнымъ.

Также мы не могли измѣрить точно длину печеночнаго протока отъ мѣста его образованія до сліянія съ пузырнымъ.

Переходя къ интересному вопросу о существованіи вышекишечной части желчнаго протока, мы видимъ, что ея не было въ 9 случаяхъ (въ 3, 8, 9, 10, 14, 16, 17, 18 и 19 набл.).

Въ двухъ изъ 9 не было даже закишечной части (въ 16 и 17 наблюденіяхъ).

Такимъ образомъ, по моимъ изслѣдованіямъ, выходитъ, что, не считая 23-го случая, какъ патологическаго, верхнекишечная часть можетъ отсутствовать въ 40% (22 : 9).

Обращаясь къ вопросу, какъ часто впадаетъ желчный протокъ въ верхнюю, среднюю или нижнюю треть всей длины вертик. части кишки, мы видимъ, что только въ 5 случ. онъ впадалъ въ нижнюю треть (5, 7, 12, 14 и 18 изслѣдов.) т. е., на 23-пять разъ; обратно, въ 78% онъ впадаетъ въ верхнюю или въ среднюю треть.

Такъ какъ средняя и верхняя треть вертикальной части кишки лежатъ не ниже уровня высоты второго позвонка, то мы можемъ сказать, что въ 78% нашихъ изслѣдованій самая нижняя часть желчнаго протока лежитъ или на уровнѣ нижняго края 1-го поясничнаго позвонка, или гдѣ либо на протяженіи высоты 2-го поясничнаго позвонка.

Объ этомъ я уже сообщилъ на II съѣздѣ россійск. хирурговъ, въ статьѣ «О доступѣ къ желчнымъ путямъ чрезъ по-

ясничный разрѣзъ». (См. «Труды 2-го съѣзда росс. хир.». Москва 1902 г., стр. 142).

Что касается закишечной части его, т. е., простирающейся позади 1-й части кишки, то изъ 22 случ. ея не было лишь два раза, такъ какъ въ этой области вмѣсто желчнаго протока лежали тѣсно спаянные печеночный и пузырный протоки. Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ она имѣлась и была разной длины ($1^1/_2$—$2^1/_2$ с.), въ зависимости отъ мѣста впаденія пузырнаго протока въ печеночный. Дѣйствительно, если ихъ сліяніе происходило уже позади первой части кишки, то этимъ самымъ длина закишечной части до нѣкоторой величины уменьшалась.

Переходя, наконецъ, къ вопросу о существованіи позадижелезистой части, а равно внутрижелезистой, мы находимъ слѣдующія отношенія: 1) протокъ отъ нижняго края первой части кишки спускается внизъ, оставаясь прикрытымъ лимфатическими железами и тонкой клѣтчаткой около 2—$2^1/_2$ с. своей длины, а затѣмъ, выдѣленіе его, въ силу сложныхъ анатомическихъ отношеній, не обходилось безъ разрыва сосудовъ; 2) протокъ прямо отъ нижняго края первой части кишки былъ прикрытъ клѣтчаткой, довольно плотной, и лежалъ сравнительно глубоко въ желобѣ железы, откуда выдѣленіе его вообще было крайне трудно; по самые верхніе 1—$1^1/_2$ с. выдѣлялись сравнительно легко; 3) иногда же онъ прямо отъ нижняго края изгибался въ углубленіе между медіальн. стороной вертикальной части кишки и головкой железы; выдѣленіе его отсюда также было довольно затруднительно, кромѣ самаго верхняго отдѣла, въ 1 с. длины.

Первое отношеніе протока къ железѣ, гдѣ его легко открыть, даже съ хирург. точки зрѣнія, мы видѣли въ 12-мъ изслѣдов. и въ 20-мъ изслѣдов.

Во всѣхъ же остальныхъ 19 случаяхъ, гдѣ обращалось вниманіе на это выдѣленіе, обычно можно было легко открыть не болѣе 1 или $1^1/_2$ с. протока ниже нижняго края 1-й части кишки; послѣ чего выдѣленіе его даже на трупѣ, при широкомъ просторѣ, было сопряжено съ порядочнымъ разрываніемъ сосудовъ и железы.

Это дало мнѣ поводъ сказать въ вышеупомянутой моей работѣ, что изъ 21-го изслѣдованія въ 19 случ. зажелезистая часть сравнительно легко можетъ быть открыта вверху не болѣе 1—$1^1/_2$ с., т. е., въ 90%, и, наоборотъ, только въ 10% (на 21—два случая) её легко открыть на большую величину, въ 2—$2^1/_2$ с. (См. «Труды 2-го съѣзда»—1902 г. стр. 142).

Наконецъ, что касается соотношенія между сосудами, расположенными около зажелезистой части желчнаго протока и самимъ послѣднимъ, мы могли ясно установить (въ 19-мъ и 20-мъ изслѣдованіяхъ) отхожденіе венозныхъ стволовъ отъ воротной вены и артеріальныхъ отъ желудочной двѣнадцатиперстной арт. Въ большинствѣ же случаевъ вены такъ переплетались около желчнаго протока и на задней поверхности головки железы, что ясное отношеніе ихъ другъ къ другу затемнялось. Также, наливая артеріи, иногда получали столь сложныя сѣти анастомозовъ позади желчнаго протока, что трудно было опредѣленно сказать, гдѣ начало того или другого сосуда. Отношеніе сосудовъ указано еще въ 3, 10, 11, 14, 16, 17, 18 и 21 наблюденіяхъ. Отмѣтимъ, наконецъ, правую печеночную артерію въ № 21-мъ, шедшую позади желчнаго протока къ воротамъ печени. Какъ упомянуто, на сухомъ препаратѣ (см. рис. № 2 и № 3) не сохранилась ея часть, лежащая позади желчнаго протока.

ГЛАВА VII.

Сравненіе собственныхъ изслѣдованій съ литературными данными по топографіи желчнаго протока.

Для выясненія вопроса, насколько разнятся мои изслѣдованія на ряду съ данными различныхъ анатомическихъ трактатовъ, я долженъ удѣлить мѣсто описаніямъ положенія желчнаго протока, заимствованнымъ изъ спеціальныхъ монографій *Quénu*, *Wiart*'а, *Dalla Rosa*, *Michaux* и *Haasler*'а и друг., занимавшихся изслѣдованіями на трупѣ; затѣмъ, разсмотрѣть рядъ большихъ анатомическихъ руководствъ и, наконецъ, вос-

пользоваться атласами, изображающими поперечные распилы замороженныхъ труповъ. Работой *Quénu*, появившейся въ 1895 г., воспользовались очень многія руководства. Интересуясь отношеніемъ желчнаго протока къ передней брюшной стѣнкѣ, *Quénu* нашелъ, что верхній конецъ желчнаго протока лежалъ отъ средней линіи вправо на разстояніи 24, 26, 30, 31, 34, 35, 36 и 37 мил., т. е., что разстояніе не менѣе 24 м., но не болѣе 37 мил. Нижній конецъ протока отстоялъ отъ средней линіи вправо въ предѣлахъ 15, 17, 21, 23, 26, 30, 32 мил., т. е., не менѣе 15 м., и не болѣе 32 м. Такимъ образомъ, желчный протокъ косвенно спускается сверху справа, внизъ влѣво. Однако, на этомъ протяженіи, быть можетъ, подъ вліяніемъ опущенія печени, наблюдается одно мѣсто, сейчасъ же выше первой части кишки, еще ближе стоящее къ средней линіи, чѣмъ нижній конецъ протока. Благодаря сему, протокъ образуетъ такимъ образомъ небольшую дугу, имѣющую выпуклость влѣво. При посредствѣ иголъ, воткнутыхъ въ заднюю стѣнку живота, на уровнѣ верхняго и нижняго конца протока, найдено, что нижній конецъ его соотвѣтствуетъ межпозвон. хрящу между 3-мъ и 4-мъ поясн. позвонкомъ; иногда же онъ находился на уровнѣ верхней четверти 3-го позвонка, или еще выше, на уровнѣ хрящевого кружка между 2-мъ и 3-мъ позвонкомъ. Верхній же конецъ соотвѣтствовалъ уровню верхней половины перваго поясн. позвонка.

Не придавая особеннаго значенія своимъ измѣреніямъ, касающимся соотношенія между средней линіей живота и протокомъ, *Quénu* считаетъ необходимымъ, однако, замѣтить, что на уровнѣ верхняго края поджелудочной железы протокъ отстоитъ вправо отъ средней линіи всего на 2—$2^1/_2$ сант., между тѣмъ какъ наружный край правой прямой мышцы живота отстоитъ отъ той же линіи на 7—$8^1/_2$ с.

Съ хирургической точки зрѣнія, по *Quénu*, протокъ удобно раздѣлить на три части: вышекишечную, позади-кишечную и нижекишечную. Въ то время какъ длина всего протока имѣетъ $6^1/_2$—8 сант., на первую часть его приходится 2,8—3 с., на вторую—2—$2^1/_2$ с., на третью—2,5—3 с.

Вышекишечная часть лежитъ въ свободномъ краю печеночно-двѣнадцатиперстной связки; послѣдняя иногда значительно заходитъ вправо на передн. поверхн. пузыря, передн. поверхн. поперечной толстой кишки и на вертикальную часть двѣнадцатип. кишки.

Подобное продолженіе связки, описанное анатомами подъ названіемъ пузырнокишечной связки, я также наблюдалъ нѣсколько разъ. Тотчасъ, ниже нижняго края сальниковаго отверстія вышекишечная часть скрывается позади отростка головки поджелудочной железы, лежащаго непосредственно на кишкѣ.

Вышекишечная часть протока находится въ слѣдующихъ отношеніяхъ съ сосудами: собственно печеночная артерія (art. hepatica propria) идетъ на 1—2 мил. влѣво отъ протока; иногда же она бываетъ значительно далѣе удалена отъ протока. Въ одномъ случаѣ *Quénu* видѣлъ три вѣтви собственно печ. артеріи, изъ коихъ третья шла позади ствола воротной вены и, направляясь къ печени, пересѣкала сзади печеночный и пузырный протоки. Въ другомъ случаѣ онъ наблюдалъ три печеночныя артеріи, изъ коихъ двѣ происходили изъ чревной арт., а третья—отъ верхней брыжжеечной и засимъ поднималась къ печени, лежа позади желчнаго протока и отдавая здѣсь пузырную артерію.

Желудочно-двѣнадцатиперстная артерія, пересѣкая сзади 1-ю часть двѣнадцатип. кишки, иногда не имѣетъ никакого отношенія къ протоку; иногда же она ложится прямо на переднюю поверхность протока въ томъ мѣстѣ, гдѣ онъ ложится позади отростка железы; получается, слѣдовательно, такое расположеніе: 1-я часть кишки, непосредственно за ней отростокъ головки железы, за нимъ желудочно-двѣнадцатип. артерія, и сзади нея—протокъ.

На этомъ уровнѣ протокъ пересѣкается иногда верхней поджелудочной двѣнадцати-перстной артеріей, отходящей отъ желудочно-двѣнадцатип.; верхняя поджел. двѣнадцатип. артерія пробѣгаетъ поперечно слѣва направо, впереди протока, именно, въ мѣстѣ его ухожденія подъ отростокъ железы, и затѣмъ раз-

вѣтвляется въ железѣ. Отъ той же желудочно-двѣнадцатип. артеріи отходитъ вѣточка для питанія стѣнки протока.

Такимъ образомъ, по *Quénu*, только въ нижней своей части вышекишечный отдѣлъ протока приходитъ въ тѣсное соприкосновеніе съ сосудами.

Вена, относящая кровь отъ головки железы и смежной съ ней части кишки, направляется къ воротной венѣ различно, по отношенію протока, а именно, то срединно отъ протока тянется венозный стволикъ, то латерально и сзади, причемъ въ послѣднемъ случаѣ онъ долженъ сзади пересѣчь протокъ.

На своемъ протяженіи протокъ оплетенъ лимфат. сосудами и железами; изъ послѣднихъ *Quénu* указываетъ, какъ наиболѣе постоянныя, слѣдующія: одна — позади начала протока; нѣсколько ниже начала еще одна или двѣ, отдѣляющія протокъ отъ печеночной артеріи; наконецъ, еще ниже, позади 1-й части кишки и срединно отъ протока еще встрѣчается большая железа.

Вторая, закишечная, часть протока ложится въ болѣе или менѣе глубокій желобъ железы; срединно отъ нея расположена воротная вена; сзади нижняя полая вена.

Эта часть протока описана у *Quénu* очень недостаточно. Но изъ предыдущаго описанія можно заключить, что отъ кишки она отдѣлена отросткомъ головки железы. Наконецъ, третья, нижнекишечная, является ограниченной сверху нижнимъ краемъ первой части кишки, снизу верхнимъ краемъ 3-й части кишки, справа—срединнымъ краемъ нисходящей части кишки, слѣва—верхней брыжжеечной веной.

Въ этомъ четыреугольникѣ протокъ лежитъ почти вертикально, причемъ спереди онъ все время закрытъ тканью железы, на 14—15 мил. толщины въ верхней части протока и на 5—6 мил. въ нижней его части. Слѣдовательно, сзади сверху онъ закрытъ болѣе тонкимъ слоемъ железы и клѣтчаткой, а сзади снизу толстымъ слоемъ железы. Если же къ нему идти спереди, то отношенія обратны. Наконецъ, опредѣляя просвѣтъ протока, *Quénu*, вырѣзавъ послѣдній, разрѣзалъ его продольно и прикалывалъ на пробковой пластинкѣ, стараясь не растягивать стѣнокъ. Оказалось, что просвѣтъ книзу всегда суживался, т. е., протокъ имѣлъ воронкообразную форму: наиболѣе широкая окружность въ 13—14 мил. находится у мѣста происхожденія его и наименьшая въ 6 мил. въ конечной его части.

Дѣлая сравненіе своихъ изслѣдованій съ приведенными Quénu, я отмѣчу, что мнѣ не удавалось видѣть отростка головки железы, въ области прохожденія протока. Затѣмъ, я указывалъ на троякое отношеніе протока къ железистой ткани, причемъ отмѣтилъ, что только нижняя часть протока иногда вполнѣ окружалась железистой тканью; тогда какъ верхній отдѣлъ зажелезистой его части, лежащій иногда довольно глубоко въ желобѣ железы, все же сзади закрытъ былъ только одной плотной клѣтчаткой или лимфат. узломъ, но не тканью железы.

Далѣе, въ 21-мъ изслѣдованіи, я также видѣлъ правую печеночную артерію, отходящую отъ верхней брыжжеечной артеріи и направлявшуюся позади желчнаго протока. Такое соотношеніе крайне опасное въ хирургическомъ смыслѣ, и не менѣе опасное, быть можетъ, въ патологическомъ, въ виду давленія камня на эту вѣтвь, встрѣчается къ счастью рѣдко. (См. рис. № 3.)

Къ сожалѣнію, при обработкѣ препарата, съ котораго снятъ рисунокъ, не удалось сохранить эту артерію на всемъ ея протяженіи позади желчнаго протока. Далѣе, желудочно-двѣнадцатиперстная артерія никогда не лежала прямо впереди протока, но всегда значительно влѣво отъ него, иногда даже отдѣленная долькой железы. Отъ этой артеріи, помимо верхней поджелудочной двѣнадцатиперстной, иногда отходили болѣе мелкія, хранившія разное отношеніе къ зажелезистой части протока, то пробѣгая спереди него, то сзади.

Наконецъ, верхняя поджелудочная двѣнадцатиперстная артерія тоже имѣла разное отношеніе къ протоку: то она уходила вмѣстѣ съ нимъ въ углубленіе между медіальной стороной вертикальной части кишки и головкой железы, то позволяла ему одному уйти въ это углубленіе, оставаясь сама на задней поверхности железы; то, наконецъ, глубоко внѣдрялась въ ткань железы, значительно влѣво отъ протока.

Мѣнялось также и отношеніе ствола воротной вены къ зажелезистой части протока. Стволъ слагался иногда очень низко, у нижняго края железы; въ такомъ случаѣ, позади закрытаго протока находилась сама воротная вена; иногда, наоборотъ, воротная вена слагалась очень высоко, выше верхняго края железы; въ такомъ случаѣ, зажелезистая часть протока вверху имѣла, срединно отъ себя, пробѣгающую верхнюю брыжжеечную вену.

Длина всего протока получалась у меня всегда короче данныхъ Quénu; равнымъ образомъ, и вышекишечная часть, гдѣ она существовала, имѣла не болѣе 1—1½ сантим. длины. Quénu, наконецъ, ничего не упоминаетъ объ отсутствіи вышекишечной части протока.

Quénu не отрицаетъ того обстоятельства, что нижній конецъ протока можетъ находиться на уровнѣ хряща между 2 и 3-мъ поясничнымъ позвонк. По моимъ же изслѣдованіямъ, такое окончаніе протока, или даже еще выше, наблюдается довольно часто, именно, въ 78%.

При этомъ я допускалъ, что средняя часть высоты нисходящей части 12 п. кишки лежитъ не ниже уровня высоты 2-го поясничнаго позвонка.

Quénu не даетъ указанія въ цифрахъ, какое наиболѣе частое положеніе нижней части протока, по отношенію позвонковъ, а просто говоритъ, что иногда между 3 и 4 позвонками, а иногда, выше, у хряща между 2 и 3-мъ.

Между тѣмъ, въ вопросѣ о доступѣ къ желчному протоку, особенно къ его зажелезистой части, не малую роль играетъ окончаніе протока въ той или другой части нисходящаго отдѣла кишки.

Поэтому, въ своихъ изслѣдованіяхъ я особенно обращалъ вниманіе на высоту впаденія желчнаго протока въ кишку.

Въ томъ же году, въ 1895 г., послѣ Quénu, появилась работа Michaux.

Съ хирургической точки зрѣнія, по его мнѣнію, слѣдуетъ различать двѣ части протока: вышекишечную и закишечную съ внутри-железистой.

Вышекишечная часть протока, отъ мѣста своего образованія проходитъ внизъ на 1—1½ сант. къ первому изгибу двѣнадцатиперстной кишки. Здѣсь, ложась позади 1-й части кишки, протокъ на нѣкоторыхъ трупахъ былъ охваченъ справа и слѣва маленькими дольками головки железы, какъ это находилъ Quénu.

Закишечная часть имѣетъ длину 4—5 сант., а весь протокъ, слѣдовательно равенъ 5, 5—6 сант. Срединно отъ послѣдней части протока располагается поджелудочно-двѣнадцатиперстная артерія и объемистыя вены, такъ что, съ хирургической точки, закишечная часть протока вся скрыта въ толщѣ железы и окружена сѣтью сосудовъ. Только 1—2 сант. ея, отступя внизъ отъ угла, образованнаго изгибомъ 1-й и 2-й частей кишки, доступны хирургу вслѣдствіе неглубокаго лежанія въ желобѣ железы.

Такимъ образомъ, въ общемъ только 3 сант. протока доступны изслѣдованію хирурга: это — вышекишечная часть въ 1½ сантим., да верхняя часть закишечнаго отдѣла: остальные 3½—4 сант. протока недостижимы въ хирургическомъ смыслѣ. Чтобы хорошо ощупать доступную часть протока, идетъ ли дѣло о трупѣ, или о больномъ, слѣдуетъ, по отслоеніи пузыря отъ печени, воспользоваться имъ и его протокомъ, какъ проводниками къ желчному протоку.

Пузырь захватывается въ сжатый кулакъ лѣвой руки, и указательный палецъ, вмѣстѣ съ большимъ, ощупываетъ печеночно-двѣнадцатипер. связку. Потягивая за пузырь легко удается проследить мѣсто впаденія пузырнаго протока въ печеночный.

Другая же часть протока, недостижимая въ хирургическомъ отношеніи, по мнѣнію Michaux, ощупыванію не подлежитъ. Узнать, находится ли камень въ ней, или плотная лимфатическая железа сидитъ на ней, невозможно. Такъ, Michaux не ощутилъ камня въ этой части, хотя камень былъ въ 3 сант. длиной. Наконецъ, въ вопросѣ объ отношеніи желчнаго протока къ стѣнкѣ живота, Michaux высказывается за близкое положеніе протока къ средней линіи.

Поэтому, срединные разрѣзы, съ анатомической точки зрѣнія, прямо ведутъ къ протоку; разрѣзы по наружной сторонѣ

правой прямой мышцы живота анатомически не вѣрны и дѣлаются хирургами лишь въ смыслѣ ориентировки, при отсутствіи вѣрныхъ данныхъ о мѣстѣ заболѣванія.

Сравнивая данныя Michaux съ своими изслѣдованіями, я нахожу въ нихъ общее въ длинѣ вышекишечной части протока. Равнымъ образомъ мнѣ также удавалось выдѣлить протокъ не болѣе 1—1 1/2 сант. отъ нижняго края 1-й части кишки, притомъ безъ особеннаго труда.

Однако, въ общемъ, изслѣдованія Michaux довольно кратки и не выясняютъ многихъ вопросовъ, затронутыхъ Quénu.

Въ 1896 г. *Vautrin* присоединилъ свои анатомическія замѣтки къ даннымъ *Quénu* и *Michaux*.

Длина вышекишечной части протока, по его мнѣнію, равна 2 с.

Въ патологическихъ случаяхъ, при расширеніи протока, послѣдній совершенно прилежитъ къ собственно-печеночной артеріи, почему разсѣкать протокъ слѣдуетъ въ этихъ случаяхъ крайне осторожно, идя болѣе по наружному краю связки.

По его мнѣнію, эту часть протока не рѣдко пересѣкаютъ артеріальныя вѣточки, отходящія то отъ печеночной, то отъ желудочно-двѣнадцатип. артеріи.

Онъ отмѣчаетъ также ту особенность при изслѣдованіи этой части протока, которую не замѣчали другіе. Именно, когда вводишь палецъ въ сальниковое отверстіе и приподнимаешь печеночную двѣнадцат. связку, происходитъ въ это время перемѣщеніе протока болѣе срединно отъ ствола воротной вены, а послѣдняя совершенно подвигается къ краю связки. Неосторожное изслѣдованіе можетъ имѣть, так. образ., смертельныя послѣдствія.

Вторая часть протока, называемая имъ также закишечной, въ верхней своей части, только на 1,5 с., непосредственно лежитъ позади кишки, закрытая съ боковъ отросткомъ головки железы, а далѣе погружается въ существо железистой ткани. Чтобы изслѣдовать эту часть, необходимо разсѣчь слой железы. Равнымъ образомъ, при операціи, нельзя довольствоваться простымъ ощупываніемъ этой части протока; необходимо отдѣлить вертикальную часть кишки отъ задней брюшной стѣнки, чтобы

отдать себѣ ясный отчетъ о страданіи. Приходится также отдѣлить нѣсколько и железу отъ кишки.

На 8 трупахъ онъ убѣдился, что отдѣленіе кишки отъ железы не влечетъ утонченія кишки, могущаго обусловить прободеніе ея. Не нужно при этомъ стараться отдѣлить очень чисто, такъ какъ нѣкоторыя мельчайшія дольки железы прямо врастаютъ въ стѣнки кишки.

Для отслойки кишки дѣлаютъ разрѣзъ дугообразный вдоль угла кишки, образованнаго переходомъ 1-й части кишки во 2-ю; этотъ разрѣзъ продолжается затѣмъ параллельно нисходящей части кишки внизъ. Но и послѣ отдѣленія кишки протокъ еще не виденъ; слѣдуетъ разрѣзать железу, и тогда 1—2 сантим. протока легко открыть; послѣдній же 1 с., нижній, крайне трудно выдѣляется даже и при разрѣзѣ железы.

Такимъ образомъ, по *Vautrin*'у, закишечная часть протока, при условіяхъ отслойки кишки отъ железы и разсѣченіи послѣдней становится достижимой на всемъ протяженіи, кромѣ послѣдняго сантиметра; при этомъ, верхніе 1 1/2 с. совершенно легко выдѣляются, а идущіе внизъ отъ нихъ 1—2 с. требуютъ надрѣза железы. И съ анат. точки зрѣнія, и съ хирургической, отдѣленіе кишки, не влекущее поврежденія ея слизистой и мышечной оболочекъ вполнѣ возможно.

Коснувшись формы протока, *Vautrin* обратилъ вниманіе, что не ею обусловливается растяжимость протока, а наружнымъ препятствіемъ.

Опытами на трупахъ онъ установилъ тотъ фактъ, что наиболѣе неподатливая часть протока находится въ томъ мѣстѣ, гдѣ протокъ погружается въ ткань железы.

Въ то время какъ на вырѣзанныхъ протокахъ легко было провести различныя инородныя тѣла отъ начала до конца, на трупѣ свинцовая пломба упорно задерживалась въ мѣстѣ вхожденія протока въ железистую ткань.

Мнѣ не приходилось встрѣчать пересѣченія вышекишечной части протока болѣе или менѣе видными сосудами. Не отрицаю, что мельчайшія вѣточки могли быть не замѣченными мною; но тѣ, о которыхъ я упоминалъ въ своихъ изслѣдова-

ніяхъ находились всегда только тотчасъ у нижняго края 1-й части кишки.

Далѣе, *Vautrin*, какъ и *Michaux*, упоминаютъ объ отросткѣ головки железы, отдѣляющемъ протокъ отъ кишки, когда послѣдній ложится позади 1-й части кишки; мнѣ же, повторяю, приходилось здѣсь встрѣчать железы, иногда очень большія, но это не были дольки поджелудочной железы.

Въ 1899 г. появилась основательная работа W*iart*'а по топографіи желчн. протока и о доступахъ къ нему. Чтобы выяснить правильность дѣленія протока на различныя части, W*iart* опредѣлилъ прежде всего прикрѣпленіе печеночно-двѣнадцатип. связки къ 1-й части двѣнадцатип. кишки.

Два листка этой связки прикрѣпляются не къ самому верхнему краю кишки, но къ верхней части задней стѣнки этой кишки. Послѣ этого, передній листокъ переходитъ на верхній край кишки, затѣмъ на переднюю поверхность ея и т. д.; задній же выстилаетъ на небольшомъ пространствѣ заднюю стѣнку кишки и перегибается на нижнюю полую вену. Иногда расположеніе задняго листка совсѣмъ другое; именно, онъ значительно выше верхняго края 1-й части кишки перегибается на н. п. вену. Такимъ образомъ нижній край сальниковаго отверстія находится гораздо выше верхняго края кишки. Однако, такой переходъ встрѣчается значительно рѣже. Изъ 10 труповъ W*iart* видѣлъ это на трехъ. Обычно же нижній край сальн. отверстія находится на 5—15 мил. ниже верхняго края 1-й части кишки.

Выяснивъ это, W*iart* рѣшилъ считать за вышекиш. часть протока ту, которая проходитъ выше плоскости вплетенія передняго листка; тогда задній листокъ не будетъ имѣть вліянія на дѣленіе. Именно, пусть послѣдній переходитъ высоко, или низко, вышекишечная часть все-же анатомически должна опредѣляться верхнимъ краемъ 1-й части кишки, т. е., вплетеніемъ передняго листка, а не задняго.

Изслѣдуя 24 трупа, W*iart* нашелъ, что въ 18 изъ нихъ не было вышекишечной части, такъ какъ печеночный и пузырный протоки, хотя по виду предоставляли высокое сліяніе, сливались дѣйствительно только позади кишки.

Распрепаровывая такіе протоки, что было крайне трудно, онъ видѣлъ лишь тѣсное прилеганіе пузырн. протока къ печеночному, раздѣленныхъ другъ отъ друга какъ бы спаянной общей стѣнкой; истинное же впаденіе происходило послѣ нѣсколькихъ сантим. подобнаго протяженія.

Итакъ, въ 75% отсутствовала вышекишечная часть.

Длина печеночно-двѣнадцатип. связки значенія не имѣетъ въ вопросѣ о существованіи вышекишечной части.

Благодаря этимъ даннымъ, W*iart* находитъ, что вся длина протока должна быть короче классическихъ описаній; если классики опредѣляли длину въ 70—80 мил., то, вычеркнувъ, изъ послѣднихъ нѣсколько сантим. на ложное сліяніе протоковъ, получимъ длину въ 58—38 мил., а въ среднемъ 43 мил.

Очень интересныя данныя получаются, вслѣдствіе новаго взгляда, въ вопросѣ положенія протока относительно уровня поясничныхъ позвонковъ. W*iart* нашелъ на 8 труп. слѣдующее отношеніе верхней части протока къ уровню поясн. позвонковъ и къ средней линіи передн. стѣнки живота: начало протока соотвѣтствовало нижней ¼ перв. поясн., или нижней трети перваго, въ четырехъ случаяхъ; а въ пятомъ — даже на уровнѣ средины 12-го грудн. позвонка; въ трехъ остальныхъ случаяхъ начало было на уровнѣ верхняго края или средины 2-го поясн. позвонка; конецъ же протока соотвѣтствовалъ уровню нижняго края 2-го поясн. позвонка, или еще выше, уровню хрящев. кружка между 1 и 2 поясн. позвонкомъ, въ 5-ти случаяхъ; въ 3-хъ же остальн. уровень находился въ области верхняго края 3-го поясн. позвонка.

Такимъ образомъ, нижній конецъ протока находится на уровнѣ низа 2-го поясн. позвонка болѣе, чѣмъ въ 62%. Разстояніе же отъ средней линіи крайне измѣнчиво и не дало прямыхъ отношеній. Въ общемъ, говоритъ W*iart*, протокъ тянется отъ нижн. края 1-го поясн. позв. до верхн. края 3-го поясн. позв.

Однако, нѣкоторые упоминаютъ, какъ *Quénu*, что, въ сред-

немъ, конецъ протока соотвѣтствуетъ уровню хряща между 3-мъ и 4-мъ поясн. позвонкомъ. Такое опредѣленіе, по *Wiart*'у, не возможно, потому что на этомъ уровнѣ лежитъ нижній край 3-й части кишки. Напр., *Verdin*, въ своей диссерт. о 12-ти перстной кишкѣ, говоритъ прямо, что нижній край ея 3-й части лежитъ на высотѣ верхн. края 4-го поясн. позвонка.

Стóитъ отсюда, по *Wiart*'у, подняться на высоту толщи этой кишки, и уже очутишься въ предѣлахъ нисходящей части кишки; въ послѣднюю и впадаетъ протокъ, и, слѣдоват., онъ никакъ не можетъ лежать на уровнѣ хряща между 3 и 4-мъ поясн. позвонкомъ.

Наконецъ, изъ новаго взгляда вытекаетъ и иное направленіе протока. *Wiart* убѣдился, что отъ края кишки онъ идетъ сверху внизъ и слѣва направо. Такой взглядъ не противорѣчитъ классикамъ. Послѣдніе считали за желчный протокъ, собственно говоря, печеночный, приклеенный къ пузырному; въ такомъ случаѣ, *Wiart* также согласенъ съ ихъ взглядомъ, потому что печеночный протокъ, дѣйствительно идетъ сверху внизъ и справа налѣво до края кишки; здѣсь-то классики допускали изгибъ протока еще болѣе влѣво, гдѣ онъ наиболѣе близко стоялъ къ средней линіи и потомъ постепенно косвенно спускался въ право къ кишкѣ.

Ясно изъ этого, что *Wiart*, принимая начало протока именно позади верхняго края кишки, въ мѣстѣ наибольшаго уклоненія влѣво, описалъ его направленіе слѣва направо.

Болѣе важнымъ является вопросъ объ отношеніи этого новаго взгляда къ такъ назыв. признаку *Courvoisier-Terrier*, которые нашли, что, при камнѣ въ желчн. протокѣ, пузырь атрофиченъ и, наоборотъ, растянутъ, при ракѣ протока.

Изъ работы *Iordan*'а видно, что, въ 32 холедохотоміяхъ изъ 44, камни находились всегда выше верхн. края кишки; то у происхожд. протока, то ниже нѣсколько, и т. д. Не зависѣла ли атрофія пузыря въ этихъ и другихъ подобныхъ случаяхъ отъ положенія камня, который запиралъ здѣсь не общій желчный протокъ, а одновременно пузырный и печеночный, представлявшіе лишь кажущійся общій протокъ?

Wiart не отвѣчаетъ положительно на этотъ вопросъ, представляя рѣшить это будущему.

Что касается сосудовъ, то *Wiart* также одинъ разъ видѣлъ правую печен. артерію, исходящую отъ верхней брыжжеечной артеріи.

Она шла также потомъ позади протока и давала довольно высоко пузырную артерію. Сверхъ того, въ другомъ случаѣ, правая печен. вѣтвь, отошедшая отъ верхней дрожжеечной, давала вѣтку для соустія впереди железы съ печеночной артеріей, исходящей отъ чревной.

Наконецъ, три раза онъ видѣлъ, какъ желудочно двѣнадцатип. пересѣкала протокъ спереди.

Венозныя сѣти часто оплетали начало происхожденія протока.

Вторая часть протока, по *Wiart*'у, есть закишечная, лежащая тотчасъ ниже вплетенія передняго листка связки въ верхній край кишки.

Онъ не видалъ здѣсь отростка головки железы. Въ послѣдней здѣсь лежитъ глубокая выемка, соотвѣтственно изгибу кишки; эта выемка железы продолжается по всей окружности головки железы, воспринимая въ себя, или обхватывая своими краями, уголъ кишки и ея вертикали. часть, чуть ли не на $^1/_3$ или даже половину всей окружности. Тотчасъ, выше этой выемки, протокъ воспринимаетъ въ себя пузырный, и уходитъ въ ткань железы. Такимъ образомъ, часть протока до выемки лежитъ прямо позади кишки; между тѣмъ, *Quénu* находилъ, что нѣтъ прямого касанія между кишкой и протокомъ въ силу имѣющагося непоср. позади кишки отростка железы.

Желудочно двѣнадц. перстная артерія также проникаетъ чрезъ эту выемку на переднюю поверхность железы, но болѣе кпереди отъ протока.

Здѣсь эта артерія отдаетъ отъ себя постоянную артерію, идущую сначала по передней пов. железы направо, гдѣ потомъ, достигнувъ средин. края кишки, она углубляется, и выходитъ на заднюю поверхность, и пересѣкаетъ сзади протокъ.

Воротная вена лежитъ здѣсь значительно влѣво, отдѣленная

лоскуткомъ железистой ткани отъ протока. Кзади отъ описываемой части протока идетъ нижняя полая вена, съ железой на своей передней стѣнкѣ.

Если задній листокъ печеночно-двѣн. перстной связки далеко спускается по задней поверхности 1-й части кишки, то закиш. часть протока чрезъ это является выстланной брюшиной, составляя въ тоже время нижній край сальниковаго отверстія.

Послѣ прохожденія за кишкой, протокъ сейчасъ же ложится въ желобъ железы, который тѣмъ глубже, чѣмъ ниже, при чемъ въ самомъ низу превращается уже въ туннель, закрывающій вполнѣ протокъ.

Эту позадижелезистую часть, по *Wiart*'у, легко открыть зондомъ, не раня железы.

Если хотѣли бы дойти до этой части протока съ передней поверхности железы, то пришлось бы разсѣчь 15—20 милим. желез. ткани, причемъ протокъ поджелудочной железы, находящійся болѣе книзу, не ранится.

На передней поверхности головки, слѣдов., отдѣленныя отъ протока толщей железы, находятся нѣсколько вѣточекъ жел. двѣнадц. перстной артеріи, нижняя поджел. двѣнадц. перстная, вены, а также сосуды для брыжжейки толстой кишки, проходящія подъ листкомъ брюшины, выстилающей железу спереди снизу.

Такимъ образ., надъ глубоколежащимъ протокомъ находится участокъ железы, ограниченный срединнымъ краемъ вертик. части кишки справа, верхн. брыж. веной слѣва, вплетеніемъ нижняго листка брыжжейки обод. кишки сверху и верхнимъ краемъ 3-й части кишки снизу.

Сзади зажелезистой части протока находятся сосуды и крупныя лимф. железы и, наконецъ, пластинка *Treitz*'а, остатокъ брыжжейки 12 перстн. кишки, натянутой между всей дугой, образуемой кишкой, и верхн. брыжж. артеріей. Позади этой пластинки лежатъ железы нижняя полая вена и правая почечная вена, на уровнѣ 1-го или 2-го поясничн. позвонка. Выходитъ, такимъ образомъ, что пластинка раздѣляетъ два слоя лимф. железъ.

Когда отдѣляешь железу отъ позвоночника, пластинка *Treitz*'а отходитъ вмѣстѣ съ железой.

На препаратѣ, хранящемся въ Институт. Опер. Хир. Московскаго Университета мнѣ удалось хорошо сохранить эту пластинку, оттянутую отъ железы, послѣ чего послѣдняя явилась покрытой многочисленными венозными и артеріальными стволами.

Пластинка эта бываетъ различно развита, по моимъ наблюденіямъ: то она очень слаба, то наоборотъ крайне крѣпка, какъ на упомянутомъ препаратѣ.

Такимъ образомъ, въ изслѣдованіяхъ *Wiart*'а вышекишечная часть отсутствовала въ 18 случ. на 24 трупа, т. е., въ 75%, тогда какъ у меня отсутствіе ея отмѣчено лишь въ 9 на 22, т. е., въ 40%.

Затѣмъ, я отмѣтилъ, что въ 78% самая нижняя часть протока соотвѣтствуетъ уровню высоты 1-го или 2-го поясн. позвонка. Одинаковое почти толкованіе видимъ и у *Wiart*'а, который нашелъ, что, изъ 8 случ. въ пяти, конецъ протока находился на уровнѣ, или нижняго края 2-го поясничн. позвонка, или еще выше, на уровнѣ хряща между 1-мъ и 2-мъ поясн. позвонкомъ, что въ общемъ составляетъ 62%.

Закишечная часть протока въ моихъ изслѣдованіяхъ непосредственно находилась позади кишки; тоже видимъ у *Wiart*'а.

Однако, онъ не упоминаетъ того, что протокъ ложится иногда въ выемку головки железы, соотвѣтствующую медіальной сторонѣ вертикальной части кишки. Между тѣмъ, мнѣ нѣсколько разъ удавалось видѣть это. Зажелезистая часть протока легко открывается только вверху, и притомъ не болѣе $1-1\frac{1}{2}$ с., что получилось у меня въ 90%.

Wiart также отмѣчаетъ легкое открытіе протока въ этой области. Отмѣтимъ, наконецъ, разновидность правой печеночной артеріи, упомянутую и *Wiart*'омъ.

Въ 1899 г. *Dalla Rosa*, желая провѣрить выводы *Wiart*'а, произвелъ 24 изслѣдованія на трупахъ и заявилъ, что онъ

пришелъ къ выводамъ *Quènu*, *Michaux* и *Vautrin*'а, но не къ выводамъ *Wiart*'а.

За нижнюю границу вышекишечной части онъ, какъ и *Wiart*, принялъ мѣсто вплетенія передняго листка печен. двѣн. перстной связки въ стѣнку кишки. Затѣмъ, онъ прокалывалъ это мѣсто иглой, проводя ее одновременно сквозь протокъ, и, такимъ образомъ, получалось укрѣпленное положеніе протока на уровнѣ вплетенія связки.

Послѣ этого онъ тщательно отпрепаровывалъ печеночный протокъ и пузырный, отыскивая мѣсто ихъ кажущагося слія-нія, и, по нахожденіи, укрѣплялъ также иглой.

Разстояніе между иглами измѣрялось, чѣмъ опредѣлялась величина кажущейся части желчнаго протока.

Послѣ этого, протокъ отсѣкался у нижней иглы по вертик. плоскости, и изслѣдовалась его передняя стѣнка до верхней иглы, т. е., до мѣста кажущагося впаденія.

Оказалось, что раздѣленіе всегда находилось на мѣстѣ вкола верхней иглы, и отсюда зондъ проникалъ вверхъ, въ печ. прот., и вправо въ пузырный.

Далѣе, онъ подробно приводитъ цифры каждаго измѣренія кажущейся длины вышекишечной части протока.

Наименьшая длина была въ 12 мил., наибольшая въ 35 мил. Только въ двухъ случаяхъ вышекишечной части не было совсѣмъ. Пузырный и печеночный протоки шли вмѣстѣ, какъ дуло ружья, и сливались уже ниже мѣста вкола нижней иглы.

Такимъ образ., въ большинствѣ случаевъ, именно, въ 92%, вышекишечная часть протока существовала и отсутствовала только въ 8%.

Поэтому, заключаетъ *Dalla Rosa*, хирургическія заключенія *Wiart*'а падаютъ.

Между тѣмъ мои изслѣдованія скорѣе подтверждаютъ данныя *Wiart*'а. Я не пользовался иглами, по способу *Dalla Rosa*, а изслѣдовалъ просто на сильно уплотненныхъ формалиномъ трупахъ, принимая за нижнюю границу вышекишечной части видимое вплетеніе передняго листка печен. двѣн. перстной связки.

Быть можетъ, отъ различія способовъ изслѣдованія получились не одни и тѣ-же выводы. Однако, при всѣхъ способахъ, всё же, получались случаи отсутствія вышекишечной части, и нельзя, поэтому, сказать, чтобы хирургическія заключенія *Wiart*'а не имѣли основанія.

Дѣйствительно, мы знаемъ теперь не мало случаевъ, гдѣ при камнѣ въ желчн. протокѣ пузырь оказывался растянутымъ. Можно заключить, что въ такихъ случаяхъ камень одновременно закрывалъ печеночный и пузырный протоки, образующіе кажущійся желчный протокъ.

Упомянемъ теперь изслѣдованія *Haasler*'а, во многомъ подтверждающія топографическія данныя приведенныхъ выше авторовъ.

Онъ нашелъ, что камни всего чаще находились передъ соустіемъ протока въ кишку, выше ampulae и при вхожденіи протока въ желез. ткань.

Также имъ отмѣчено, что лимфат. узлы постоянны между протокомъ и 12 п. кишкой; болѣе же мелкіе узелки тянутся по всему протоку.

Сверхъ того, въ пяти рисункахъ, представленныхъ имъ, изображено отношеніе артерій къ протоку при вхожденіи его въ желез. ткань. Такъ, отъ собств. печен. артеріи отходитъ въ этомъ мѣстѣ подъ прямымъ угломъ артеріальн. стволъ, пересѣкающій желчный протокъ и дающій на немъ вѣтки, изъ коихъ одна идетъ по его стѣнкѣ, а другая идетъ въ железу.

Бываетъ еще и такъ, что въ этомъ мѣстѣ вмѣсто описаннаго ствола отходитъ сама желудочно двѣн. перстная артерія и уже отъ нея отходитъ вышеупомянутый стволъ.

Сопоставляя изслѣдованія *Haasler*'а о сосудахъ съ собственными данными и найденными другихъ авторовъ, можно заключить о крайнемъ разнообразіи сосудовъ этой области и всегдашнемъ присутствіи ихъ здѣсь.

Покончивъ съ обзоромъ монографій, мы переходимъ къ данныхъ различныхъ анатомическихъ руководствъ для выясненія высоты положенія: 1) желчнаго протока, 2) вертикальной части 12 п. кишки, и 3) уровня правой почки. Вмѣстѣ съ симъ

я коснусь вопроса о взаимномъ отношеніи высотъ послѣднихъ двухъ органовъ другъ къ другу. Всѣ эти изслѣдованія отчасти прямо освѣтятъ намъ вопросъ, на какомъ уровнѣ проходитъ желчный протокъ; отчасти же косвенно укажутъ, чрезъ отношеніе уровня воротъ правой почки къ позвонкамъ и къ вертикальной части двѣн. перстной кишки, какъ опредѣлить по этимъ даннымъ ту или другую часть вертик. отдѣла 12 перстн. кишки. Это послѣднее отношеніе полезно выяснить для изслѣдованія поперечныхъ срѣзовъ, на уровнѣ высоты различныхъ поясничныхъ позвонковъ. Дѣйствительно, если средняя часть воротъ почки, наиболѣе глубокая, соотвѣтствуетъ, положимъ, высотѣ половины перваго поясничнаго позвонка и въ то же время приблизительно половинѣ высоты вертикальн. отдѣла 12 перстной кишки, то въ поперечномъ срѣзѣ, допустимъ, черезъ хрящъ между вторымъ и третьимъ поясничнымъ позвонкомъ, мы, встрѣтивъ желчный протокъ, можемъ заключить, что въ данномъ случаѣ онъ впадалъ во всякомъ случаѣ ниже половины высоты вертик. отдѣла кишки.

Testut опредѣляетъ длину всего протока въ 6—8 с., изъ коихъ 2—$2^1/_2$ с. лежатъ позади 1-й части 12 перстн. кишки, а нижній конецъ въ 2—$2^1/_2$ с. закрытъ въ желобѣ железы; наконецъ, самая послѣдняя его часть, въ 1 с. длины, заложена въ толщѣ стѣнки 12 перстн. кишки. Верхній конецъ протока соотвѣтствуетъ уровню высоты 1-го поясн. позвонка, а нижній—нижнему краю 3-го поясн. позв. или 2-го. Изъ этихъ данныхъ *Testut* не отрицается возможность впаденія протока гдѣ-либо на высотѣ 2-го поясн. позвонка, потому что 1—$1^1/_2$ с. его проходятъ въ толщѣ кишки.

Charpy Poirier указываетъ, что верхній конецъ протока лежитъ на уровнѣ нижняго края 1-го поясн. позвонка, а нижній у верхняго края 3-го поясн. позвонка. Протокъ впадаетъ въ кишку то въ средину ея вертик. части, то еще выше, на границѣ верхней и средней третей. При такомъ описаніи *Charpy Poirier*, конечно, ясно, что часть протока, лежащая въ желобѣ железы, какъ болѣе высокая, должна находиться гдѣ-либо на уровнѣ высоты 2-го поясн. позвонка.

Rauber опредѣляетъ длину 12 п. кишки въ 30 с.; первая ея часть, въ 4—5 с., начинающаяся на высотѣ 1-го поясн. позвонка, идетъ отъ привратника назадъ и вправо, ложится на правую сторону того же позвонка и переходитъ въ нисходящую часть; послѣдняя ложится по правой сторонѣ 2-го и 3-го поясн. позвонковъ до нижняго края 3-го или верхняго края 4-го п. позв. Въ 10 с. отъ привратника, въ ней лежитъ отверстіе желчнаго протока. Такимъ образомъ, средина всей длины этой части кишки будетъ соотвѣтствовать уровню высоты половины 2-го поясн. позвонка.

Тоже самое говоритъ и *Rüdinger*, но онъ опредѣляетъ всю длину кишки въ 32—34 с.

Прямыми же нашими изслѣдованіями мы убѣдились, что ж. протокъ часто впадаетъ въ средней части вертик. отдѣла кишки, т. е., на уровнѣ высоты половины 2-го п. позв., что, слѣдов. согласно съ *Rauber'*омъ и *Rudinger'*омъ. Замѣчу, сверхъ того, что средняя часть воротъ правой почки, занимающей по *Bardeleben'*у уровень высоты 12 груди., 1-го поясн. и 2-го поясн., соотвѣтствуютъ половинѣ 1-го поясн. позвонка, т. е., находятся обычно выше средины вертикальной части кишки.

Это замѣчаніе пригодится намъ при изученіи поперечныхъ распиловъ.

По *Mac-Lellan'*у, вертикальная часть 12 п. кишки достигаетъ диска между 3-мъ и 4-мъ поясн. позвонк., а у женщинъ половины 3-го поясн позвонка. Протокъ открывается въ нижнюю часть вертик. отдѣла.

Doyen также нашелъ, что 2-я часть кишки доходитъ до уровня высоты нижн. края 3-го поясн. позвонка.

Jeannel указываетъ, что пупокъ соотвѣтствуетъ 3-му или 4-му поясничному позвонку и тракту нижней горизонт. части 12 п. кишки. Онъ указалъ также всѣ способы наилучшаго изслѣдованія желчн. протока, но объ этомъ скажемъ далѣе.

Debierre находитъ, что желчный протокъ пересѣкаетъ среднюю часть вертик. отдѣла кишки, а затѣмъ идетъ въ ея толщѣ на 1—2 сант.

Укажемъ еще на изслѣдованія *Letulle'я* и *Nattan-Larrier*, которые нашли, что сосокъ, воспринимающій въ себя конецъ желчнаго протока, лежалъ въ разстояніи 98 или 52 милим. отъ рельефа привратника; въ среднемъ же это разстояніе равно 7—8 сант. Ихъ изслѣдованія произведены на 21 трупѣ.

Такое ихъ заключеніе говоритъ также въ пользу нашихъ изслѣдованій. Дѣйствительно, при длинѣ 1-й части кишки, опредѣляемой большинствомъ анатомовъ въ 5—6 сант., естественно, что протокъ долженъ часто оканчиваться въ верхней или средней трети вертик. отдѣла 12 п. кишки.

ГЛАВА VIII.

Поперечные распилы для выясненія топографіи желчнаго протока.

Теперь мы обращаемся къ поперечнымъ распиламъ замороженныхъ труповъ.

Наиболѣе прекрасные рисунки принадлежатъ Н. И. Пирогову, но, къ сожалѣнію, ими мало пользуются. Я нашелъ въ знаменитомъ его атласѣ все, что необходимо было-бы сдѣлать мнѣ самому по части распиловъ.

Однако, то, что изображено у Пирогова, не всегда согласуется съ распилами, изображенными въ другихъ атласахъ, почему мнѣ казалось необходимымъ указать не только другіе атласы, помимо Пирогова, но присоединить и нашъ распилъ, произведенный въ Институтѣ Опер. Хир. Императорскаго Московскаго Университета.

Въ поперечномъ распилѣ чрезъ 1-й поясной позвонокъ, почки, по вышеприведеннымъ нами заключеніямъ, пересѣкаются обычно въ области воротъ.

Дѣйствительно, въ распилѣ, найденномъ мною у *Merkel'я* и проведенномъ чрезъ 1-й п. позв., почки пересѣчены въ воротахъ; этого рисунка мы здѣсь не приводимъ. Такое расположеніе правой почки соотвѣтствуетъ описанію *Bardeleben'a*. Средина вертикальной части 12 п. кишки должна находиться ниже воротъ; поэтому, на семъ распилѣ никакъ не можетъ попасться третья часть кишки, нижняя горизонтальная, и, дѣйствительно, ея нѣтъ у *Merkel'я*.

Хотя въ распилѣ *Hermann'a* чрезъ 3-й поясной позвонокъ, попалась находящая часть 12 перстн. кишки съ впадающимъ въ нее желчнымъ протокомъ и желчный пузырь пересѣченъ въ области дна, однако, ни на одномъ изъ многихъ другихъ распиловъ, мнѣ не удалось видѣть, чтобы желчный протокъ впадалъ въ кишку на уровнѣ 3-го поясничнаго позвонка. (См. рис. № 5).

Возьмемъ, именно, распилъ *Braun'e*. Въ его распилѣ, чрезъ 1-й поясничный позвонокъ, вертикальная часть 12 перстной кишки касается головки железы, въ области своего происхожденія отъ верхней части 12 перстной кишки. Правая почка пересѣчена въ области воротъ. Желчный протокъ изображенъ уже позади головки и, слѣдовательно, онъ близокъ къ впаденію въ кишку. (См. рис. № 6).

Съ другой стороны, возьмемъ распилъ Пирогова чрезъ хрящъ между 1-мъ и 2-мъ поясн. позвонкомъ. Онъ показываетъ по всей своей длинѣ, справа на лѣво, нижнюю горизонтальную часть 12 перстной кишки. Слѣдовательно, срѣзъ взятъ выше *Hermann'*овскаго, а между тѣмъ тутъ и помина нѣтъ о вертикальной части кишки. (См. рис. № 7).

Если бросить взглядъ на распилъ Пирогова между 12-мъ и 1-мъ, то здѣсь увидимъ мѣсто перехода вертикальной части двѣнадцатиперстной кишки въ нижнюю горизонтальную часть; видна также поджелудочная железа съ заключеннымъ въ ней желчнымъ протокомъ. Слѣдовательно, это опять уже конечная часть протока. (См. рис. № 8).

Между тѣмъ какъ въ распилѣ *Hermann'a* чрезъ 1-й поясн. позвонокъ, попадается даже привратникъ и верхняя часть кишки, у Пирогова эти части лежатъ гораздо выше. (См. рис. № 9).

Именно, распилъ Пирогова чрезъ 11-й позвонокъ показываетъ начало привратника и 1-й части 12 перстной кишки; распилъ чрезъ 12-й позвонокъ даетъ уже намъ поджелудочную железу, охватывающую желчный протокъ; видна также вертикальная часть кишки, прилегающая къ железѣ. Слѣдовательно, оба эти распила, проведенные гораздо выше, чѣмъ у *Hermann'a*,

дают картину совершенно почти подобную распилам послѣдняго. Намъ остается упомянуть еще о сагиттальномъ распилѣ Пирогова, проведенномъ между правымъ соскомъ и правымъ краемъ грудины.

На этомъ распилѣ видно, что мѣсто впаденія желчнаго протока въ 12 перстную кишку лежитъ нѣсколько ниже воротъ правой почки. (См. рис. № 10).

Въ заключеніе, на распилѣ, произведенномъ нами въ Инст. Опер. Хирург., чрезъ 1-й позвон., 12 перстная кишка пересѣклась въ нисходящей своей части; желчный протокъ лежитъ уже позади железы, недалеко отъ мѣста своего впаденія, и зондированіемъ его мы прошли въ просвѣтъ нисходящей части кишки. (См. рис. № 11).

Такимъ образомъ, изученіе поперечныхъ распиловъ также подтверждаетъ наше заключеніе, что желчный протокъ впадаетъ въ кишку чаще всего гдѣ либо на высотѣ отъ нижняго края 1-го поясн. позвонка до нижняго края 2-го поясн. позв.

ГЛАВА IX.

Топографія желчнаго протока на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ.

Чтобы до нѣкоторой степени сгладить тѣ различія, которыя существуютъ въ описаніяхъ наблюдателей, я сдѣлаю теперь попытку представить топографію желчнаго протока согласно всѣмъ приведеннымъ авторамъ и собственнымъ наблюденіямъ. Однако, нужно сказать нѣсколько словъ о поджелудочной железѣ, изъ отношенія къ которой къ 12 перстной кишкѣ вытекаетъ, по моему мнѣнію, различіе въ описаніяхъ авторовъ. Ея устройство не разъ приходилось изслѣдовать мнѣ.

Поджелудочная железа тянется слѣва отъ селезенки на право до дуги 12 перстной кишки и даетъ въ правой части своей головку, обхваченную дугой 12 перстной кишки. Головка железы лежитъ въ области 1-го и 2-го пояснич. позвонковъ. Для яснаго пониманія отношенія головки къ дугѣ, мы представимъ себѣ, что железа, входя въ область дуги, тотчасъ подъ

Б...ВЛ... Читальня

Объясненіе къ рисунку № 6.

Рисунокъ взятъ у Braune. Topogr. anat. Atlas T. XVI.

Разрѣзъ черезъ 1 поясн. позвонокъ.

Ch. Желчный протокъ лежитъ позади головки железы и вправо отъ него видна D—12 перстн. кишка, пересѣч. поперекъ, слѣдов., въ своей вертик. части.

P. тѣло железы, лежащее противъ 1 поясн. позвонка.

C. A. Восходящая толстая кишка, въ поперечномъ срѣзѣ.

V. L. I. 1 поясн. позвонокъ.

L. Селезенка.

Лѣвая почка пересѣчена въ области воротъ; правая—выше воротъ.

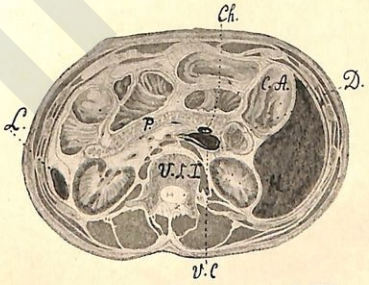


Рис. № 6. Braune. Topogr. Atlas. T. XVI.

НБ ХНМУ

Объясненіе къ рисунку №. 8.

Поперечный распилъ черезъ 12 грудной позвонокъ.

П. Ж. Поджелуд. жел. видна на всемъ своемъ протяженіи въ срѣзѣ.

Д. К. Верт. часть 12 п. кишки съ прилегающимъ къ ней ж. протокомъ, въ области его впаденія въ кишку.

Н. П. В. Нижняя полая вена.

В. В. Воротная вена.

Ж. П. Желчный пузырь въ длинномъ срѣзѣ.

Объясненіе къ рисунку № 7.

П. К. Поперечн. расп.; ободочная кишка въ срѣзѣ; видны темныя мѣста въ области ея перехода въ восход. и нисход. части.

Д. К. 12 перстн. кишка, ея третья часть, нижн. горизонт., видная въ срѣзѣ на всемъ своемъ протяженіи. Правая почка пересѣчена въ области воротъ. Лѣвая почка ниже воротъ.

Объясненіе къ рисунку № 9.

Поперечный распилъ черезъ 1 поясн. позв.

1. Желудокъ въ попер. срѣзѣ.
2. Привратникъ не вскрытый.
3. Переходъ привр. въ 12 п. кишку.
8. Поджел. железа.
12. Обѣ почки пересѣчены въ области воротъ.

Объясненіе къ рисунку №. 5.

Поперечный распилъ черезъ 3 поясн. позвонокъ.

1. Нисход. часть 12 п. кишки и слѣва мало замѣтный впадающій въ нее протокъ.
6. Поджел. железа.
15. Нижняя полая вена.
10. Дно желчнаго пузыря.
12. Правая почка ниже воротъ. Лѣвой совсѣмъ нѣтъ.



Рис. № 8. Атласъ Пирогова. F. III. Т. 2. F. II.

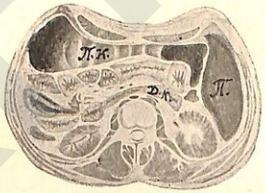


Рис. № 7.
Атласъ Пирогова F. III. Т. 7. F. I.



Рис. № 5.
Hermann. und Rüdel. Id. Fig. 14.

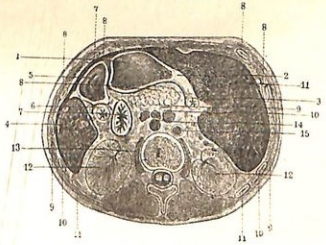


Рис. № 9. Hermann. und Rüdel. Die Lage der Eingew. Fig. 13.

Объясненіе къ рисунку № 10.

Рисунокъ взятъ изъ атласа Пирогова—*Fasc.* 3. *A. Tab.* 10.

Сагиттальный распилъ трупа.

Д. К. 12 перстная кишка съ отверстіемъ желчнаго протока, лежащимъ нѣсколько ниже воротъ правой почки.

О. П. Желчный протокъ, виденъ сосочекъ на стѣнкѣ вертик. части 12 перстн. кишки.

Распилъ произведенъ между грудиной и правымъ соскомъ.



Рис. № 10. Пироговъ. Атласъ срѣзовъ замор. труповъ. F. 3. A. T. 10.

НБ ХНМУ

Объясненіе къ рисунку № 11.

Изъ «Собранія рисунковъ Института Опер. Хир. и Топогр. анат. Московск. Университ.». Рисунокъ сдѣланъ пр. Н. К. Лысенковымъ.

Поперечный распилъ, произведенный и разсмотрѣнный, при содѣйствіи пр. Н. К. Лысенкова, черезъ I поясничный позвонокъ.

П. Ж. Поджелудочная железа.

В. В. Воротная вена.

Д. К. Двѣнадцатиперстная кишка и влѣво отъ нея просвѣтъ желчнаго протока. Зондируя его, проникли въ полость кишки.

П. В. Почечныя вены, пересѣченныя въ продольн. направленіи.

Слѣдов., соустіе желчн. протока съ кишкой какъ разъ лежало на уровнѣ почечныхъ венъ.

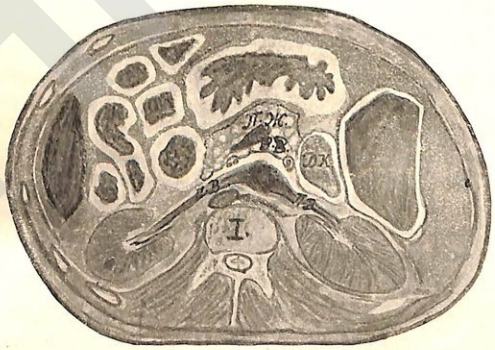


Рис. № 11. Изъ рисунковъ Инст. Топ. Ан. и Опер. Хир. Московскаго Университета.

НБ ХНМУ

верхней частью кишки, образовала выемку различной глубины; чѣмъ выемка глубже, тѣмъ болѣе кишка охвачена железой и, при значительномъ развитіи, получается, наконецъ, нѣкоторое выступленіе железистой ткани на задней и передней поверхности 1-й части кишки. Дѣло можетъ дойти до развитія настоящаго отростка, какъ описано у Quénu.

Понятно, что развитіемъ этой выемки обусловилось значительное утонченіе железы сверху внизъ. Это узкое мѣсто называется шейкой железы.

Рядомъ съ шейкой, влѣво отъ описанной верхней выемки, помѣщается всѣми упоминаемый сальниковый бугоръ железы, т. е., выступъ ея кверху, выдающійся на нѣсколько милим. выше малой кривизны желудка.

Сальниковый бугоръ железы закрываетъ отчасти чревную артерію и солнечное сплетеніе.

Теперь сдѣлаемъ предположеніе, не соотвѣтствующее истинѣ, что головка, идущая отъ узкой шейки, представляетъ массивное тѣло, лежащее сзади поперекъ нисходящей части 12 перстной кишки, и даже выступающее нѣсколько вправо. Пусть позади нея лежатъ брыжжеечныя артерія и вена, а желчный протокъ впереди. Пусть это тѣло имѣетъ трехгранную форму въ видѣ клина; слѣдовательно, толстая широкая часть клина здѣсь будетъ ворхней частью головки, тонкая—нижней частью. Предположимъ, что вправо отъ того тѣла отходитъ тонкій лоскутъ желез. ткани, въ видѣ языка. И вотъ, тѣло это изъ своего поперечнаго положенія, позади нисходящей части кишки, повертывается, чтобы улечься въ дугу 12 перстной кишки. Поворотъ этотъ совершается особеннымъ образомъ. Именно, изгибаніе произошло такъ, что вся верхняя широкая толстая часть головки охватила дугу кишки, на подобіе обхватыванія околоушной железой задняго края жеват. мышцы, при этомъ горизонтальное направленіе верхняго края головки перешло въ вертикальное.

Кромѣ того, предположимъ, что головка завернулась еще назадъ, образовавъ въ мѣстѣ изгиба желобъ. Вслѣдствіе своего поворота назадъ, она прикрыла брыжжеечныя артеріи и вены,

которыя теперь уже стали впереди отъ нея, а желчный протокъ сталъ сзади и сбоку. Наконецъ, язычкообразная часть головки, составлявшая прежде, какъ условно мы допустили, продолженіе вправо, теперь легла назадъ и распространилась влѣво, по верхнему краю нисходящей части кишки.

Этотъ языкъ, называемый ногтевымъ отросткомъ железы, прикрылъ собой на нѣкоторомъ протяженіи переднюю стѣнку 3-й части кишки; кверху же онъ своимъ верхнимъ краемъ заходитъ на заднюю поверхность собственно тѣла железы, прикрывая брыжжеечную артерію и вену. Если ногтевой отростокъ очень развитъ, онъ еще болѣе заходитъ на тѣло и превращаетъ описанный желобъ головки почти въ каналъ, тѣсно охватывающій верхнюю брыжжеечную вену.

Такимъ образомъ, чѣмъ больше развита головка, тѣмъ больше она охватываетъ кишку, и отъ этого получается разная степень закрытія 12 перстной кишки въ области прохожденія желчнаго протока позади послѣдней. Поэтому, въ случаяхъ Quénu, этимъ и могло объясняться отсутствіе непосредственнаго прикосновенія протока съ кишкой.

Обратно, чѣмъ менѣе железы охватываютъ 1-ю часть кишки, тѣмъ болѣе замѣтна закишечная часть протока. Каково отношеніе крупныхъ сосудовъ къ закишечной и зажелезистой части протока?

Закишечная часть имѣетъ срединно отъ себя воротную вену иногда очень близко, иногда же послѣдняя отклоняется значительно влѣво.

Это опять обусловлено изгибомъ железы и массивностью головки. Именно, такъ какъ воротная вена ложится какъ разъ въ изгибъ железы, то нѣкоторая часть железист. ткани пробирается между протокомъ и веной, обусловливая этимъ отодвиганіе вены влѣво.

Однако, этого можетъ и не быть, и стволъ воротной вены очень близко прилежитъ къ закиш. части протока.

Печеночная артерія, раньше отхожденія желуд. 12 перстной, не имѣетъ близкаго отношенія къ закишечной части протока. Наконецъ, очень многіе указываютъ на присутствіе лимфатическихъ железъ въ этой закишечной области, именно, какъ разъ позади протока; возможно, какъ мнѣ попадалось, что лимфатическая железа, разростаясь, пробирается между кишкой и протокомъ.

Переходимъ къ зажелезистой части протока. Она начинается тотчасъ ниже нижняго края 1-й части кишки и, по Testut, какъ видно на его рисункахъ, проходитъ по самому верхнему наружному участку головки, и сейчасъ сворачиваетъ вправо къ медіальной стѣнкѣ кишки, такъ что между послѣдней и протокомъ остается очень маленькій участокъ железы. Я видѣлъ случаи, гдѣ даже не было этого участка, а протокъ прямо уходилъ въ выемку, образованную медіальной стороной вертикальной части 12 перстной кишки и обхватомъ железы. Если же головка массивно развита, то, конечно, бо́льшее количество ткани отдѣляетъ протокъ отъ кишки, такъ что онъ ложится уже на бо́льшемъ разстояніи отъ медіальной стороны вертикальной части кишки.

На своемъ протяженіи онъ закрытъ тканью железы или клѣтчаткой, различно. Всѣ согласны въ томъ, что въ верхней части онъ почти всегда закрытъ только клѣтчаткой, а, чѣмъ ниже, тѣмъ болѣе внѣдряется въ железистую ткань, образуя въ ней уже настоящій желобъ.

Каково же здѣсь отношеніе крупныхъ сосудовъ?

Все обусловлено тѣмъ, какъ высоко или низко составилась воротная вена, а равно развитіемъ ногтевиднаго отростка головки.

Послѣдній, какъ я для сравненія упомянулъ, во время поворота головки железки, закрылъ сзади брыжжеечную вену въ нижней ея части, почему вена оказывается выходящей на переднюю поверхность этого языковиднаго продолженія. (См. рис. 12).

Стоитъ допустить, что ногтевидный отростокъ еще болѣе поднялся вверхъ, и тогда не только вся верхняя брыжжеечная вена закрывается, но и мѣсто происхожденія воротной вены; послѣдняя, такимъ образомъ, не будетъ имѣть никакого касанія къ железистой части протока, находясь значительно влѣво. Это хорошо понятно изъ сдѣланнаго мною рисунка. Наоборотъ

если воротная вена слагается очень низко, тотчасъ, какъ только верхняя брыжжеечная артерія вступила на переднюю поверхность языка, и, если, при томъ, ногтевидный отростокъ железы незначит. размѣровъ, то составившійся стволъ воротной вены бываетъ отдѣленъ, слѣд., незначит. количествомъ железы отъ зажелез. части протока; почему, въ поискахъ за послѣднимъ, разсѣкая железу, нужно помнить о возможности раненія воротной вены.

Однако, послѣднее расположеніе воротной вены крайне, вѣроятно, рѣдко; можетъ быть, это зависѣло въ моемъ наблюденіи отъ атрофіи железы. Обычно же, стволъ воротной вены къ зажелезистой части протока не имѣетъ близкаго касанія и всегда почти ускользнетъ отъ раненія при хирургическомъ вмѣшательствѣ въ этой области.

Если я такъ долго остановился на выясненіи подробностей, то имѣлъ въ виду часто упоминаемое въ руководствахъ опредѣленіе: «воротная вена образуется позади головки железы»; съ другой стороны, тутъ же, дается опредѣленіе хода желчнаго протока, который-де идетъ также позади головки железы, лежа въ ея желобѣ; можно, по такому описанію, заключить, что они совершенно рядомъ.

Мы же, выясняя положеніе, заключаемъ, что воротная вена проходитъ рядомъ съ протокомъ всего чаще позади 1-й части 12 перстной кишки и, не болѣе какъ на $^1/_2$ с., еще внизъ, отступя отъ нижняго края этой части; затѣмъ, вена скрывается въ желобѣ изгиба головки, отдѣленная значит. количествомъ желез. ткани отъ стѣнки протока. Что касается артеріи, то верхняя брыжжеечная артерія находится еще болѣе влѣво отъ зажел. части протока, чѣмъ верхняя брыжжеечная вена; эта артерія даетъ отъ себя нижнюю поджелуд. 12 перстную артерію, которая направляется тотчасъ отъ мѣста рожденія самой брыж. артеріи по передней поверхности языкообразнаго отростка, затѣмъ въ желобъ, по которому проходитъ верхняя брыж. вена, и, наконецъ, на заднюю поверхность отростка и самой головки железы. Такъ бываетъ не всегда. Иногда, описываемая артерія идетъ по нижнему краю головки, а потомъ

по задней поверхности. Желудочно 12 перстная артерія выходитъ на переднюю поверхность головки железы въ томъ мѣстѣ, гдѣ существуетъ въ головкѣ железы верхняя 12 перстная выемка; влѣво находится сальник. бугоръ железы; тутъ же рождается отъ сейчасъ упомянутой артеріи верхняя 12 перстн. поджелудочная, распространяющаяся затѣмъ на переднюю сторону головки. Отношеніе желуд. 12 перстной артеріи къ протоку различное. Наблюдали, что она происходила не въ выемкѣ, а еще болѣе вправо, даже заходила на переднюю поверхность начала зажелезистой части протока. Чаще, однако, она не имѣетъ никакого отношенія къ протоку, лежа, какъ видно изъ атласа *Toldt*'а, прямо противъ воротной вены. Вѣточка же отъ нея исходящая, верхн. 12 перстн. поджелудочная, пересѣкаетъ, обычно, начало зажелез. части протока различно: то спереди, то сзади. Вся задняя поверхность железы со всѣми сосудами, нервами, лимф. мелкими железами, прикрыта пластинкой *Treiz*'а. Сзади же находится опять клѣтчатка, толстые лимф. железы и нижняя полая вена. Остается сказать нѣсколько словъ о конечной части протока въ толщѣ кишки.

Пройдя приблиз. 1 с. въ толщѣ стѣнки, протокъ открывается въ особое образованіе, такъ назыв., большой сосочекъ Santorini.

Мы упоминали, что сосочекъ этотъ лежитъ въ срединѣ высоты нисход. части 12 п. кишки или даже выше, въ верхней трети. Тоже говоритъ и *Testut*. Онъ отстоитъ отъ привратника, по *Testut*, на 8—12 сант.; я наблюдалъ значит. меньшія разстоянія иногда, въ 6—7 с.

Величина соска: 6—7 мил. длины и 4—5 мил. ширины; однако, видѣли сосочки 18 мил. длиной; наблюдается и полное отсутствіе сосочковъ, на мѣстѣ которыхъ находится просто овальное отверстіе, закрытое складкой. У сосочка наблюдается складка, отходящая отъ него книзу, т. наз. уздечка; надъ сосокомъ, нѣсколько выше, проходитъ поперечная складка слиз. оболочки кишки, хорошо развитая. Большой сосочекъ имѣетъ въ себѣ полость, продолжающуюся въ два протока; верхній—

желчный протокъ; нижній — протокъ поджелуд. железы. Эти два протока, подходя къ соску, сливаются, образуя общую стѣнку, выступающую въ полость соска, въ видѣ складки. Железа, однако, имѣетъ еще отдѣльный ходъ въ кишку, оканчивающійся маленькимъ сосочкомъ, сидящимъ на нѣсколько сантим. выше большого соска; увидать его гораздо труднѣе, чѣмъ большой сосокъ. Стѣнки желчнаго протока на всемъ протяженіи имѣютъ въ себѣ гладкія мыш. волокна. Эти волокна особенно сильно и хорошо развиты въ самой нижней части протока, когда онъ подошелъ къ соску. Тутъ они располагаются въ нѣсколько круговыхъ пучковъ и называются сфинктеромъ протока. Въ первый разъ это было описано въ 1887 г. *Oddi*, а потомъ уже многіе дополнили первое описаніе. Найдены были не только круговыя мышечныя волокна, но и продольно идущія до верхушки соска. Слѣдов., большой сосочекъ можетъ тоже сокращаться. Упомяну, наконецъ, что, для нахожденія сосочка, *Brewer* совѣтуетъ разрѣзать 12 п. кишку, тотчасъ у мѣста перехода верхней части ея въ нисходящую, въ продольномъ направленіи; тогда можно замѣтить полулунную складку слизистой оболочки кишки на ея задней поверхности; отступя на $1^1/_2$ д. внизъ отъ этой складки, можно ощупать валикъ на задне-внутр. стѣнкѣ нисходящей части кишки.

Упомянемъ здѣсь изслѣдованія *Doyon*'а въ 1894 г., касающіяся уже области физіологіи.

Онъ нашелъ, что, при раздраженіи центральнаго конца блуждающаго нерва, происходитъ сокращеніе стѣнокъ желчнаго пузыря, а въ то же время, желчный протокъ, въ области своего сфинктера, разслабляется, и желчь выливается въ кишку.

Мнѣ остается сказать нѣсколько словъ объ аномаліяхъ, которыя прекрасно изложены въ диссертаціи *Jacquemet*.

Извѣстны нѣсколько случаевъ удвоенія пузыря, имѣвшаго одинъ пузырный протокъ. Продольно между двумя пузырями проходила глубокая борозда раздѣленія на ихъ нижней и верхней поверхностяхъ.

Удвоеніе печеночнаго протока представляетъ, собственно говоря, очень низкое сліяніе двухъ печеночныхъ протоковъ, такъ

что желчный протокъ кажется состоящимъ изъ 3 вѣтвей, ибо въ мѣсто сліянія обычно впадаетъ пузырный протокъ. Я упоминалъ уже, что разъ мы видѣли подобный случай.

Желчный пузырь иногда своей передней частью, т. е. дномъ и частью тѣла, помѣщался на верхней поверхности печени.

Jacquemet думаетъ, что такое положеніе пузыря исключительно обязано патологическимъ процессамъ. Также онъ думаетъ о встрѣчающихся перегородкахъ пузыря, дѣлящихъ его то справа налѣво, то продольно.

Извѣстны случаи поперечнаго суженія пузыря, вслѣдствіе чего послѣдній дѣлится на двѣ части, сообщающіяся другъ съ другомъ отверстіемъ: переднюю — съ дномъ, заднюю — съ шейкой.

Наконецъ, крайне рѣдкій случай, гдѣ желчный протокъ, то совершенно отдѣльно и далеко вливался отъ протока поджел. железы; то протокъ вливался прямо въ пищеводъ; видѣли также раздѣленіе протока на вѣтви, причемъ, одна его вѣтвь шла въ желудокъ; въ другомъ случаѣ, одна изъ его вѣтвей впадала въ тонкія кишки.

ГЛАВА X.

О доступѣ къ желчному протоку.

Принимая во вниманіе все вышеизложенное, разсмотримъ, какимъ же способомъ наиболѣе удобно открыть тотъ или другой отдѣлъ желчнаго протока.

Уже давно различаютъ передній или брюшной путь отъ задняго или поясничнаго пути.

Если нужно осмотрѣть вышекишечную часть протока, то, конечно, передній путь является наиболѣе удобнымъ. Вопросъ можетъ идти лишь о томъ, гдѣ дѣлать разрѣзъ, по средней линіи, или по наружному краю правой прямой мышцы живота, или, наконецъ, параллельно реберному краю. Съ точки зрѣнія анатомической, разрѣзъ по средней линіи, отъ мечев. отростка до пупка, наиболѣе выгодный: онъ соотвѣтствуетъ положенію протока.

Другое дѣло съ хирургической точки зрѣнія, такъ какъ здѣсь прежде всего, какъ увидимъ далѣе, необходимо изслѣдовать пузырь, что неудобно изъ срединнаго разрѣза.

Разрѣзъ по наружному краю прямой мышцы менѣе вѣренъ анатомически, но за то даетъ возможность подойти къ пузырю. Если рѣшиться дѣлать послѣдній разрѣзъ, то необходимо дѣлать его очень большимъ, отъ ребернаго края до линіи на нѣсколько сантиметровъ ниже пупка. Разрѣзъ, параллельный ребрамъ, хотя бы и длинный, открывая хорошо пузырь, не даетъ нужнаго простора въ глубину, къ срединѣ вертикальной части кишки. Предлагали, поэтому, сочетаніе вертикальнаго разрѣза съ поперечнымъ, такъ что получался лоскутъ съ основаніемъ то у наружнаго края прямой мышцы, то, на оборотъ, съ основаніемъ приблизительно на пупочной линіи.

Лоскутный способъ, правда, даетъ хорошій просторъ для изслѣдованія пузыря и всѣхъ протоковъ. Непріятны лишь послѣдствія его, въ смыслѣ послѣопераціонной грыжи.

Можно, наконецъ, пользуясь указаніями *Canniot* о возможность резецировать хрящи 7, 8, 9—10 и 11-го реберъ безъ раненія плевры, взять лоскутъ съ упомянутыми хрящами реберъ и отвернуть его внизъ.

Раскрывъ такъ или иначе брюшную полость, вводятъ указательный палецъ лѣвой руки въ сальниковое отверстіе и довольно сильно приподнимаютъ въ рану печеночно-двѣнадцатиперстную связку. Если существуетъ вышекишечная часть протока, то стоитъ разрѣзать, или лучше расщепить пинцетомъ, самый наружный край этой связки, и протокъ обнаружится.

Чтобы открыть закишечную часть протока, *Wiart* совѣтуетъ разсѣчь передній листокъ упомянутой связки во всю ширину прикрѣпленія его къ кишкѣ, а послѣднюю послѣ сего отслаивать и отклонять внизъ. Такимъ образомъ можно увидать закишечную часть до самаго ея погруженія въ железистую ткань. *Quénu* указываетъ, однако, что можно безъ разрѣза передняго листка ощупать эту часть. если указательнымъ и большимъ пальцами лѣвой руки дѣйствовать такъ, что указательный палецъ, находящійся въ сальниковомъ отверстіи будетъ сзади

Объясненіе къ рисунку №. 12-й.

Рисунокъ сдѣланъ мною нѣсколько схематично и изображаетъ заднюю поверхность 12 п. кишки и головки железы.

Ж. П. Желчный протокъ уходитъ отъ нижняго края 1-й части кишки въ углубленіе между медіальною стороною вертик. отдѣла кишки и головкой железы. Часть железы снята, чтобы видѣть протокъ.

В. Венозный стволъ, идущій отъ воротной вены и пересѣкающій протокъ сзади.

В. П. Д. Верхняя поджел. 12 перстн. артерія, пересѣкающая протокъ спереди.

Л. Ж. Лимф. железа, прикрывавшая протокъ сзади, въ области закишечной его части она частью удалена.

В. В. Воротная вена, лежащая позади кишки вблизи протока, а ниже, въ области железы, она отдѣлена прослойкой железы отъ протока. Видны С. В. и Б. В.—селез. вена и верхн. брыж. вена; послѣдняя, вмѣстѣ съ Б. А., брыжжеечн. арт., уходитъ въ углубленіе головки железы, на ея переднюю поверхность, что обозначено пунктиромъ. Оба эти сосуда, брыжж. арт. и брыжжеечная вены, лежатъ далеко отъ протока. Въ случаѣ же, если брыжж. вена и селез. вена высоко сливаются для образованія ствола вор. вены, то брыжж. вена дѣлается болѣе близкой къ железистой части протока.

Ж. Д. Желудочно-12 п. артерія, здѣсь изображена пунктир., лежитъ на передней пов. головки железы, отдѣленная отъ вор. вены толщей железы.

П. А. Печеночная артерія, дающая вверхъ собственную печеночную артерію П. А., идущую впереди воротн. вены.

Головка железы здѣсь хорошо развита и заходитъ своими краями на кишку, обхватывая ее. Часть головки, гдѣ слагалась воротная вена, также удалена, такъ какъ брыжж. вена совсѣмъ была не видна.

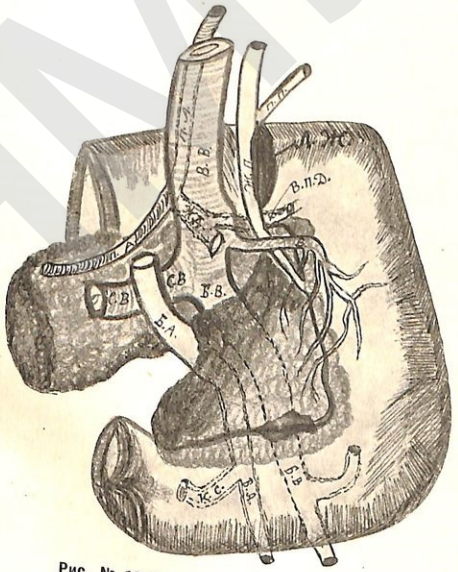


Рис. № 12-й. Собственн. рис., нѣск. схемат.

подпихивать 1-ю часть кишки вправо, а въ тоже время большой палецъ своей мякотью идетъ на встрѣчу къ указательному пальцу. Однако, очень маленькія оливы, введенныя въ эту часть протока, не давали *Wiart'y* яснаго ощущенія.

Наконецъ, очень удобно дѣйствовать по способу *Michaux*, т. е., отслоивъ пузырь, пользоваться имъ, какъ проводникомъ къ желчн. протоку.

Если нужно изслѣдовать позади железистую часть протока, то одно ощупываніе ея сквозь головку железы совершенно недостаточно. *Wiart* вводилъ сюда толстыя оливы и получалъ крайне неясное впечатлѣніе, не дававшее возможности опредѣлить родъ инороднаго тѣла.

Въ 1895 году *Jourdan* предложилъ для изслѣдованія этой части протока такой способъ: разсѣкаютъ пристѣночную брюшину съ правой стороны вертикальной части 12 перстн. кишки; помощникъ, стоящій слѣва отъ больного, захватываетъ эту часть кишки, приподнимаетъ ее къ средней линіи, и въ то же время двумя пальцами упирается въ головку железы, стараясь отпихнуть ее вправо; тогда для оператора дѣлается видной задняя поверхность кишки, головка железы и желчный протокъ. Нужно помнить, однако, говоритъ *Wiart*, что кишка пересѣкается брыжжейкой ободочной кишки на двѣ половины, причемъ нижняя половина пересѣкается сосудами, идущими къ толстой кишкѣ чрезъ брыжжейку. Сверхъ того, рядомъ съ вертикальной частью 12 перстной кишки проходитъ восходящая толстая кишка, то прямо плотно прилегающая къ 12 перстной кишкѣ, то имѣющая собственную брыжжейку. Если же брыжжейки нѣтъ, то три органа: почка, толстая кишка и 12 перстная, тѣсно прилежатъ другъ къ другу, одѣтыя съ поверхности брюшиной, безъ захожденія ея между ними.

Если попадется случай, гдѣ существуетъ брыжжейка у толстой восходящей кишки, то для отслойки всей вертикальной части 12 перстной кишки придется различно поступить; именно, часть лежащая выше поперечной брыжжейки, отслоится легко послѣ разрѣза брюшины, идущаго отъ угла 12 перстн. кишки вдоль ея вертикальной части внизъ до поперечной

брыжжейки; обратно, чтобы отслоить часть, лежащую ниже этой брыжжейки, придется сдѣлать щель въ послѣдней, что не лишено опасности въ смыслѣ сосудовъ.

Несравненно легче отслоить 12 перстную кишку, когда нѣтъ брыжжейки у восходящей толстой кишки. Тогда дѣлаютъ разрѣзъ брюшины отъ угла 12 перстной кишки вдоль наружной или правой стороны восходящей толстой кишки и такимъ образомъ отслаиваютъ вмѣстѣ, шагъ за шагомъ, толстую восходящую и вертикальную часть 12 перстной кишки.

Wiart рѣшилъ испытать такую именно отслойку даже въ случаѣ существованія брыжжейки восходящей толстой кишки. Онъ такимъ образомъ описываетъ ходъ изслѣдованія: помѣстясь слѣва, дѣлаютъ разрѣзъ по средней линіи снизу отъ пупка до мечев. отростка. Затѣмъ, оттягивая внизъ и влѣво восходящую толстую кишку, а равно и поперечную толстую, дѣлаютъ изогнутый разрѣзъ паріэтальной брюшины, идущій по правой сторонѣ восходящей толстой кишки, и направляющійся вверхъ по правой сторонѣ вертикальн. части 12 перстной кишки, потомъ параллельно верхнему углу ея, гдѣ наконецъ, останавливаются, у печеночно-двѣнадцатиперстной связки.

Затѣмъ, тупымъ путемъ отслаиваютъ сначала восходящую толстую кишку, а потомъ и вертикальную часть 12 перстной; доходятъ, такимъ образомъ, до задней поверхности головки железы. Тогда спереди и сзади легко ощупать головку железы во всѣхъ направленіяхъ, чѣмъ и оканчивается изслѣдованіе.

Никакое инородное тѣло не проходитъ не замѣченнымъ.

Мнѣ удавалось производить подобную отслойку на трупахъ, но не могу сказать, чтобы это легко было, такъ какъ кишка толстая очень мѣшаетъ изслѣдованію, а равно разрѣзъ срединный мало даетъ простора для такого изслѣдованія. Лучше дѣлать разрѣзъ по нар. краю правой прямой мышцы.

Правда, брюшина отходитъ довольно легко, но приближаясь къ головкѣ железы, я нѣсколько разъ разрывалъ брюшину.

Остается теперь сказать объ изслѣдованіи самой глубокой части протока. именно, внутри-кишечной.

Такъ какъ часть эта пробѣгаетъ на 1—1½ сант. въ толщѣ

самой кишки, то, конечно, открытіе ея сопряжено съ разрѣзомъ вертикальной части 12 перстной кишки, спереди или сзади.

Для того чтобы достигнуть до внутрикишечной части протока сзади, необходимо произвести отслойку вертикальной части 12 перстной кишки тѣмъ или другимъ способомъ; затѣмъ, открыть зажелезистую часть протока, сдѣлать въ ней отверстіе, ввести зондъ въ кишку по ходу протока и по зонду вскрыть стѣнку послѣдняго.

Этотъ задній путь, сопряженный съ предварительной отслойкой кишки и требующій точнаго распознаванія рода болѣзни, является съ хирургической точки зрѣнія, рѣдкимъ путемъ.

Чаще хирургъ поставленъ будетъ въ необходимость идти спереди, т. е., вскрывать переднюю стѣнку вертикальной части.

M. Burney, (см. *Jannel'я*), нью-іоркскій хирургъ, произвелъ вертикальный разрѣзъ по передней стѣнкѣ нисходящей части, въ 5—6 сантиметровъ длины, отыскалъ отверстіе, ведущее въ ampula, ввелъ зондъ до находившагося въ протокѣ камня и затѣмъ разсѣкъ по зонду переднюю стѣнку протока и, слѣдовательно, заднюю стѣнку кишки.

Kocher (см. *Jeannel'я*) сдѣлалъ почти совершенно подобное, но онъ разсѣкалъ вертикальную часть въ поперечномъ направленіи по ея передней стѣнкѣ, а затѣмъ, продольно разсѣкъ заднюю стѣнку кишки и, слѣдов., переднюю стѣнку протока.

Я предпринялъ изслѣдованіе на трупахъ для достиженія внутрикишечной части протока спереди и пришелъ къ такимъ заключеніямъ.

Разрѣзъ слѣдуетъ сдѣлать по средней линіи, отъ мочевидн. отростка до пупка.

Найдя привратникъ, опредѣлить ходъ 1-й и 2-й частей 12 перстной кишки. Затѣмъ, внимательно осмотрѣть, какъ проходитъ брыжжейка ободочной кишки по 12 перстной кишкѣ. Большею частью, брыжжейка лежитъ на 4½—5½ сант. ниже угла, образованнаго переходомъ 1-й части кишки во 2-ю; иногда она лежитъ еще выше, т. е. ближе къ углу; иногда отстоитъ на 7—8 сантим. отъ угла, слѣдовательно, ниже сре-

дины. Опредѣливъ мѣсто вплетенія брыжжейки въ 12 перстную кишку, дѣлаютъ разрѣзъ передней стѣнки послѣдней, начиная отъ угла; продолжаютъ внизъ настолько, чтобы кишка была вскрыта продольно на протяженіи 5 сант.; если мѣшаетъ брыжжейка ободочной кишки, слѣдуетъ увеличить разрѣзъ вверхъ.

Привратникъ, предварительно, слѣдуетъ зажать, а равно и 12 перстную кишку, въ области вплетенія въ нее брыжжейки ободочной кишки.

Разрѣзъ кишки не слѣдуетъ дѣлать сразу большимъ, а, открывъ ее на 1—2 сантим., ввести длинные бинты въ полость ея, по направленію къ привратнику, чтобы лучше обезпечить себя со стороны желудка.

Увеличивъ затѣмъ разрѣзъ до 5 сантим., нужно губы кишечной раны растянуть, чтобы увидать ясно полость кишки. Тогда не трудно увидать сосокъ на задневнутренней стѣнкѣ кишки.

Надавливая на желчный пузырь, можно увидать истеченіе изъ него желчи; этимъ облегчается отыскиваніе.

Продолжая разрѣзъ кишки до привратника, я находилъ, что разстояніе соска отъ послѣдняго равнялось приблизительно 6′ или 7 сант.

Подобныхъ изслѣдованій я произвелъ только пять.

Итакъ, сопоставляя литературныя данныя съ тѣмъ, что я лично изслѣдовалъ относительно передняго разрѣза, я прихожу къ заключенію, что переднимъ путемъ т. е., брюшиннымъ, мы можемъ обслѣдовать всѣ части протока.

Стѣнку брюшную, дѣйствительно, для достиженія желчнаго протока, необходимо вскрывать или разрѣзомъ по средней линіи, или по наружной сторонѣ правой прямой мышцы. Разрѣзы эти должны быть большіе: или до пупка, въ случаѣ разрѣза по средней линіи; или ниже пупка, въ случаѣ разрѣза по наружному краю прямой мышцы.

Нахожденіе сосочка на задневнутренней стѣнкѣ 12 перстной кишки не трудно, при условіяхъ продольнаго разрѣза 12 перстной кишки не менѣе 5 сант. и тщательнаго вытиранія ея полости.

Быть можетъ, разрѣзомъ по средней линіи возможно сзади открыть зажелезистую и внутрикишечную часть протока, по способу *Jourdan'a*, путемъ отслойки угла и нисходящей части 12 перстной кишки, но произвести подобныя изслѣдованія я не имѣлъ времени.

Кромѣ изложеннаго передняго пути къ тому или другому отдѣлу протока существуетъ еще задній или поясничный.

Указаніе на возможность пройти поясничнымъ путемъ къ протоку мы находимъ въ работѣ *Braune'a*, появившейся въ 1876 году, гдѣ онъ предложилъ этотъ путь для достиженія вертикальной части 12 перстной кишки.

Однако, изслѣдованіе имъ было произведено только на трупѣ, и долгое время никто не повторилъ этихъ изслѣдованій, равно никто не произвелъ подобной операціи на живомъ.

Трупъ кладется на лѣвый бокъ; подъ правый подкладывается валикъ.

Отступя на 5 сант. отъ остистыхъ отростковъ поясничныхъ позвонковъ, дѣлаютъ разрѣзъ отъ 12-го ребра въ направленіи къ задней верхней ости таза. По разсѣченіи мягкихъ тканей, оттягиваютъ крестцово-поясничную мышцу въ сторону, открываютъ глубокій апоневрозъ и доходятъ до квадратной мышцы и до правой почки. Приподнявъ кверху подъ ребра нижній ея конецъ, находятъ нижнюю пол. вену, лежащую нѣсколько срединно и позади вертик. части 12 перстн. кишки. Затѣмъ, надавливая на животъ трупа, производятъ вслѣдствіе этого замѣтное выбуханіе брюшины на днѣ раны; вотъ, внутри-то отъ этого выбухающаго мѣста будетъ лежать вертикальная часть 12-ти перстной кишки; ее легко вскрыть на протяженіи 2 сантим.

Такъ описалъ *Braune* свое изслѣдованіе. Очевидно, разъ указана была возможность дойти до 12 перстной кишки поясничнымъ путемъ, рождалась мысль о возможности подойти къ желчному протоку тѣмъ же путемъ.

До 1895 г. не было, однако, анатомическихъ изслѣдованій въ этомъ направленіи.

Между тѣмъ, многіе хирурги, въ поискахъ за больной правой почкой случайно наталкивались на растянутый желчный пузырь, лежавшій около почки. Нѣкоторые закрывали рану и переходили на переднюю брюшную стѣнку; другіе производили поясничную холецистостомію.

Такъ, описали подобные случаи *Whright* въ 1885 г., *Mears* въ 1890 г., *Богаевскій* въ 1891 г., *Tuffier* въ 1895 году, *Reboul* въ 1895 году, *Lejars* въ 1898 году, *Дьяконовъ* въ 1901 году (см. *Ieannel'я*).

Однако, *Tuffier* первый, въ 1895 г., предпринялъ изслѣдованія на трупахъ о возможности чрезъ поясничный путь дойти до желчнаго протока. Его анатомическія изысканія на 10-ти трупахъ привели къ заключенію о желательности подобной операціи въ цѣляхъ распознаванія.

Операція описана имъ приблизительно такъ: проводятъ разрѣзъ, какъ-бы съ цѣлью изсѣченія почки, косой, на одинъ палецъ ниже 12-го ребра, сант. въ 15 длиной. Почка удерживается широкимъ зеркаломъ подъ реберными краемъ. Отодвигаютъ и защищаютъ нижнюю пол. вену, расщипывая клѣтчатку надъ ней; выдѣляютъ осторожно нисходящую часть 12 перстной кишки и извлекаютъ ее изъ глубины раны, насколько возможно. Затѣмъ, вводятъ палецъ въ рану на заднюю поверхность кишки и ощупью находятъ шнуръ на головкѣ железы, который и есть желчный протокъ. Длинн. пинцетами расщипываютъ клѣтчатку, закрывающую протокъ, и дѣлаютъ послѣдній свободнымъ.

Въ томъ-же засѣданіи Парижскаго Хирургическаго Общества *Poirier* заявилъ о своихъ анатомическихъ изслѣдованіяхъ.

Операцію онъ производилъ почти также, какъ и *Tuffier*, но онъ отмѣтилъ только, что вертикальную часть 12 перстной кишки нужно высвободить очень тщательно, такъ чтобы ясно была видима и головка железы.

Тогда уже вытаскивается наружу вертикальная часть кишки, и на задней поверхности головки железы видными дѣлаются 2—3 лимфатич. железы, поджелудочно-12 перстная артерія и вены. Въ сторонѣ отъ нихъ, ближе къ срединному краю кишки, виденъ бѣлый шнуръ, общій желчный протокъ.

Настаивая на полной примѣнимости подобной операціи въ хирургіи, *Poirier* отмѣтилъ то обстоятельство, что протокъ не слѣдуетъ отыскивать ощупью; его нужно видѣть.

Какъ и *Tuffier*, онъ находитъ, что операція эта не легка на трупѣ и легче должна быть на живомъ, гдѣ протоки являются расширенными. Боязнь ранения нижней полой вены онъ находитъ не основательной; послѣдняя можетъ раниться не болѣе, чѣмъ повреждается воротная вена, при переднемъ пути.

Послѣ *Tuffier* и *Poirier*, появилась работа *Wiart'a* въ 1899 году. Изслѣдованія на трупахъ привели его къ заключенію, что путь этотъ возможенъ только для распознаванія, но дѣлать что-либо съ протокомъ на такой глубинѣ почти не возможно.

Онъ ссылается на трудность обхожденія съ нижней полой веной, которая, въ налитомъ состояніи, лежитъ очень близко къ нисходящей части 12 перстной кишки; затѣмъ, указываетъ на необходимость расщипыванія пластинки *Treitz'a* въ цѣляхъ обнаженія протока, что влечетъ порядочное кровотеченіе и что не было отмѣчено предыдущими изслѣдователями.

Такимъ образомъ, заключенія *Wiart'a* разошлись съ мнѣніями *Tuffier* и *Poirier*, почему мнѣ казалось умѣстнымъ произвести собственныя изслѣдованія.

Мнѣ казалось необходимымъ выяснить, прежде всего, два вопроса, на уровнѣ какихъ поясничныхъ позвонковъ лежитъ желчный протокъ, и одинаково ли удобенъ косой поясничный разрѣзъ, какъ его обычно дѣлаютъ, у всѣхъ лицъ для достиженія желчнаго протока? Первый вопросъ казался важнымъ потому, что достиженіе 1-го поясн. позвонка чрезъ поясничный разрѣзъ довольно трудно; нѣсколько легче достигать до 2-го поясн. позвонка.

Такъ какъ предыдущія наши изслѣдованія показали уже, на какомъ уровнѣ чаще всего находится протокъ, то мы будемъ говорить сейчасъ только о разрѣзѣ.

Если провести разрѣзъ отъ угла пересѣченія глубокихъ спинныхъ мышцъ съ 12 ребромъ наружу внизъ, сант. на 15, то разрѣзъ этотъ доходитъ до линіи, поднимающейся вверхъ

отъ верхней передней ости таза, или же немного переходитъ эту линію. При достиженіи вертикальной части 12-перстной кишки, придется, слѣдовательно, дѣйствовать въ ранѣ, ограниченной снизу гребешкомъ таза, сверху краями 12-го и частью 11-го реберъ. Рану приходится сильно растягивать и дѣйствовать болѣе въ наружной, брюшной части ея. чѣмъ во внутренней, спинной. Оказалось, что на разныхъ трупахъ просторъ бываетъ различенъ, въ зависимости отъ высоты стоянія 11-го и 12-го реберъ.

Тогда я произвелъ рядъ изслѣдованій на трупахъ и на больныхъ (свыше 25), съ цѣлью выясненія, какъ велико разстояніе между краями реберъ, 11-го и 12-го, и гребешкомъ таза.

При измѣреніи я проводилъ двѣ линіи: одну отъ конца 12-го ребра прямо внизъ къ гребню таза; другую отъ передней верхней ости таза до встрѣчи съ 11-мъ ребромъ. 12-е ребро иногда бывало очень короткое, иногда—очень длинное.

Эти немногочисленныя изслѣдованія показали мнѣ, что колебаніе цифръ довольно велико. Разстоянія 12-го ребра отъ гребня таза колебались въ предѣлахъ $3^1/_2$ и 5 сант.; разстоянія между 11-мъ и передней верхней остью таза мѣнялись въ предѣлахъ 5—9 сант. (см. мою работу въ «Трудахъ 2-го съѣзда Россійск. Хирург.» стр. 142).

Такимъ образомъ, ясно, что, при очень короткихъ разстояніяхъ между гребнемъ таза и ребрами, доступъ чрезъ поясничный разрѣзъ въ глубину, къ первому и второму позвонкамъ, даетъ мало простора, такъ какъ мѣшаютъ ребра. Приходится тогда разрѣзъ продолжать еще далѣе на переднюю брюшную стѣнку. Подкладывая валикъ подъ лѣвый бокъ, можно увеличить это разстояніе, но не болѣе $1^1/_2$ разъ, что все-таки стѣсняетъ, въ неблагопріятныхъ случаяхъ, дѣйствія хирурга.

Оставалось лишь выяснить удобство поясничнаго разрѣза собственными изслѣдованіями.

На первомъ трупѣ я провелъ косой поясничный разрѣзъ отъ угла между 12 ребромъ и глубокими мышцами спины наружу до линіи, идущей отъ передней верхней ости кверху. Однако, простора было мало, и пришлось разрѣзъ продолжить

на переднюю брюшную стѣнку. По разсѣченіи всѣхъ мягкихъ тканей, дошли до жировой клѣтчатки, окружающей почку, обнажили нижній конецъ послѣдней и пальцами поддерживали его подъ ребрами.

Послѣ сего направились къ воротамъ почки, срединно отъ коихъ лежала нижняя полая вена, сильно расширенная вслѣдствіе предварительной ея наливки. Прямо надъ нею лежала нисходящая часть 12-перстной кишки.

Тщательныя старанія высвобожденіи задней поверхности кишки потребовали не менѣе $^1/_2$ часа времени. Работать приходилось на большой глубинѣ и выше воротъ почки. Протокъ былъ найденъ у мѣста впаденія своего въ кишку и еще на 1—$1^1/_2$ сант. вверхъ. Очевидно, здѣсь расположеніе протока было такое, какое не разъ встрѣчалось въ моихъ изслѣдованіяхъ; именно, онъ лежалъ между железой и прилегающей къ ней нисходящей частью кишки. Задняя поверхность головки железы ускользнула отъ нашихъ изслѣдованій.

Въ виду неудобства поясничнаго разрѣза, на 2-мъ трупѣ провели передній разрѣзъ отъ реберной дуги, именно, отъ хряща 10 ребра къ передней верхней ости таза, но дѣйствовали тоже внѣбрюшинно.

Дойдя до предбрюшинной клѣтчатки, постепенно отслоили пристѣночную брюшину, выстилающую наружную заднюю стѣнку живота. Съ почкой поступлено по предыдущему. Трупъ также лежалъ на лѣвомъ боку. Восходящая толстая кишка выпирала въ рану; глубже и срединно отъ нея, въ глубинѣ раны, видна была нисходящая часть 12-ти-перстной кишки. Просторъ для работы былъ значительно бо́льшій при такого рода разрѣзѣ, но неудобство послѣдняго заключалось въ значительной отслойкѣ предбрюшинной клѣтчатки. Не смотря на тщательное выдѣленіе нисход. части 12-ти-перстной кишки, увидать протокъ не удалось. Продливъ разрѣзъ еще болѣе кверху, вскрыли брюшную полость, ввели зондъ въ желчный протокъ; зондъ сейчасъ же былъ ощупанъ въ стѣнкѣ кишки; вскрывъ надъ нимъ стѣнку, очутились въ желчномъ протокѣ, въ мѣстѣ впаденія послѣдняго въ кишку. Отсюда онъ

поднимался, какъ и въ 1-мъ случаѣ, прилегая къ срединной сторонѣ кишки, закрытый слѣва обхватами железистой ткани, тѣсно спаянной съ кишечной стѣнкой.

На 3-мъ трупѣ я провелъ дугообразный разрѣзъ, идущій нѣсколько выше передняго конца 11-го ребра, затѣмъ отсюда назадъ параллельно реберной дугѣ и внизъ къ передней верхней ости таза, не доходя до которой, направили его впередъ на брюшную стѣнку, нѣсколько кпереди и выше передневерхней ости. Трупъ лежалъ въ среднемъ положеніи, между спиннымъ и боковымъ. Далѣе, также пошли внѣбрюшинно. Первой попадается восходящая толстая кишка; она отклоняется къ средней линіи, и затѣмъ производится отслойка брюшины.

По отслоеніи послѣдней, ясно различили нижнюю полую вену и нисходящую часть кишки. Затѣмъ открыли заднюю стѣнку кишки и головки железы и, несмотря на долгіе поиски, увидать протока не удалось. Тогда снова, по вскрытіи брюшной полости спереди, провели зондъ въ печеночный протокъ и въ кишку. Затѣмъ, выводя его обратно настолько, что онъ сталъ ощупываться въ самой верхней части дна раны, мы укрѣпили зондъ и расщипали надъ нимъ клѣтчатку. Оказалось, что протокъ лежалъ въ желобѣ железы.

Итакъ, ощупываніе введеннаго зонда во всѣхъ трехъ случаяхъ было крайне легко, но увидать протокъ не удалось. Въ виду этого, принимая во вниманіе все приведенное о поясничномъ разрѣзѣ, могу сказать слѣдующее: 1) косой разрѣзъ, идущій отъ угла между 12 ребр. и глубок. спинными мышцами наружу, даетъ мало простора и свѣта для достиженія задней поверхности нисходящей части 12-перстной кишки; 2) вышеописанный дугообразный разрѣзъ удобенъ для доступа къ желчному протоку сзади, въ самой нижней части послѣдняго, онъ удобенъ также для доступа къ правому мочеточнику; 3) при продолженіи этого разрѣза впередъ, къ средней линіи, можно легко пройти къ желчнымъ путямъ чрезъ брюшную полость; 4) увидать закишечную часть протока крайне трудно при всякомъ разрѣзѣ, если идутъ внѣбрюшиннымъ путемъ; увидать зажелезистую часть протока можно лишь послѣ кропотливаго

расщипыванія клѣтчатки позади головки железы; ощупать эту часть протока, разъ въ послѣдній введено то или другое тѣло, легко; 5) удалить инородное тѣло изъ самой нижней части протока поясничнымъ путемъ вполнѣ возможно; 6) обратно *Poirier*, я думаю, что, безъ кропотливой препаровки, увидать часть протока, какъ «просвѣчивающую», придется очень рѣдко; обратно *Wiart'y* нахожу, что поясничный путь удобенъ не только для распознаванія, но и для операціи въ нижней части протока, если здѣсь камень на лицо.

Сопоставляя данныя о внутрибрюшинномъ переднемъ и внѣбрюшинномъ заднемъ пути, мы видимъ, что передній имѣетъ больше преимуществъ.

Онъ даетъ возможность изслѣдовать вышекишечную часть протока и закишечную; для послѣдней требуется произвести небольшую отслойку угла, образованнаго переходомъ 1-й части кишки во 2-ю; для зажелезистой части всегда возможно вскрыть переднюю стѣнку 12-перстн. кишки, а затѣмъ непосредственно изъ полости ея и заднюю.

Задній, внѣбрюшинный путь, не изъ легкихъ. Онъ даетъ возможность открыть самую нижнюю внутрикишечную часть протока и зажелезистую, но пройти выше, къ закишечной и вышекишечной его части, почти нельзя.

Отдѣлъ патологіи.

НБ ХНМУ

ГЛАВА I.

Введеніе къ патологической и клинической части.

Признавая въ клиническихъ личныхъ наблюденіяхъ, а равно въ наблюденіяхъ многочисленныхъ авторовъ, высокое значеніе инфекціи желчныхъ ходовъ во всѣхъ болѣзненныхъ формахъ, какія только мы знаемъ въ патологіи этихъ путей, включая сюда воспалительныя и травматическія поврежденія вмѣстѣ съ опухолями, я искалъ подтвержденія своей мысли въ обширной литературѣ патологіи желчныхъ путей.

Безспорно, можно сказать, что работа *Dupré*, «объ инфекціи желчныхъ путей», появившаяся въ 1891 году, основанная не только на собственныхъ наблюденіяхъ автора, но и на подведеніи итога ученія объ инфекціонной теоріи, явилась, можно сказать, единственной въ своемъ родѣ.

За 10—12 лѣтъ расширилось значительно гармоничное ученіе объ инфекціонной теоріи, но всѣ мысли *Dupré* не утратили почти ни въ чемъ своей силы и убѣдительности.

Послѣ долгихъ и трудныхъ попытокъ выработать планъ моей работы, насколько это касалось патологической части, послѣ долгихъ блужданій въ многочисленныхъ патологическихъ фактахъ, у меня, вмѣстѣ съ клиническими наблюденіями русскихъ авторовъ, массой иностранныхъ—и съ безпорядочной грудой огромнаго матеріала опытовъ разныхъ хирурговъ и патологовъ, работа *Dupré* явилась свѣтлымъ маякомъ въ обширномъ безбрежномъ морѣ описаній и фактовъ.

Казалось мнѣ, что нельзя подвести итогъ тѣмъ мыслямъ, которыя я хранилъ, и я, казалось, утопаю въ этомъ морѣ.

НБ ХНМУ

Итакъ, повторяю, работа *Dupré* дала мнѣ возможность подвести итогъ.

Мнѣ пришлось лишь расширить новыми завоеваніями послѣднихъ 10—12 лѣтъ то цѣлое, которое создалъ онъ, которое послѣдовательно, въ стройной связи всѣхъ опытовъ и наблюденій, безъ отступленій въ сторону или блужданій по чуждой этому ученію почвѣ, привело меня прямо къ выясненію вопроса, какія показанія существуютъ для хирургическаго вмѣшательства при болѣзни желчныхъ путей.

Излагая ученіе *Dupré*, я одновременно присоединяю къ нимъ данныя позднѣйшихъ изысканій, чтобы тѣмъ самымъ дополнить и развить его мысли.

Вмѣстѣ съ тѣмъ я старался, по возможности, о томъ, чтобы между всѣми излагаемыми главами была неразрывная связь, чтобы каждая изъ нихъ являлась естественнымъ продолженіемъ предыдущей главы.

Что касается клинической части, то здѣсь мнѣ казалось необходимымъ привести тѣ или другія наблюденія, подтверждающія взгляды, изложенные въ патологіи.

Какъ въ патологической части, такъ и въ клинической, я особенно обращалъ вниманіе на русскія работы, и, кажется, по части казуистики, мною приведенъ почти весь русскій матеріалъ. Для пополненія его, я воспользовался протоколами вскрытій, произведенныхъ въ институтѣ Патологической анатоміи Импер. Московскаго Университета, а также въ «1-й и 2-й Московскихъ городскихъ больницахъ».

Въ этихъ протоколахъ я отыскивалъ случаи, гдѣ были найдены камни въ желчныхъ путяхъ; а затѣмъ доставалъ клиническія и больничныя исторіи этихъ случаевъ, послужившихъ мнѣ также матеріаломъ для клинической части работы.

Профессору Михаилу Никифоровичу Никифорову приношу глубокую благодарность за разрѣшеніе пользоваться протоколами завѣдуемаго имъ Института.

Также глубоко благодарю пр. доцента А. Г. Мамуровскаго, помогшаго мнѣ воспользоваться протоколами 1-й и 2-й Московскихъ городскихъ больницъ.

Въ главѣ о литіазѣ я привелъ собственные опыты образованія желчныхъ камней.

Попутно въ этой же главѣ изложилъ и опыты съ удаленіемъ желчнаго пузыря, такъ какъ они отчасти относились къ опытамъ развитія желчныхъ камней.

ГЛАВА II.

Нѣкоторыя данныя объ отношеніи желчи и желчныхъ путей къ микроорганизмамъ.

Вопросъ объ отношеніи желчи къ микроорганизмамъ менѣе сравнительно разработанъ, чѣмъ вопросъ о химическомъ измѣненіи желчи или о физіологическомъ ея значеніи.

Между тѣмъ, вопросъ этотъ имѣетъ большое значеніе въ патологіи желчныхъ путей, такъ какъ по присутствію или отсутствію микробовъ въ желчи возможно бываетъ заключить о нормальномъ или о зараженномъ состояніи желчныхъ путей.

Нерѣдко хирурги рѣшались закрывать желчный свищъ на основаніи отсутствія микробовъ въ желчи.

Точно также предварительные, до операціи, уколы для извлеченія желчи давали указанія къ извѣстнымъ заключеніямъ о болѣзни. Многими опытами удалось доказать, что желчь въ нормальномъ состояніи не содержитъ микробовъ.

Для доказательства впрыскивали нормальную желчь въ подкожную клѣтчатку животныхъ и не видали никакихъ нагноеній; пробовали дѣлать разводки изъ здоровой желчи, и получали также отрицательные результаты. Итакъ, въ виду асептичности желчи, невольно являлся вопросъ, не содержитъ ли сама желчь какихъ либо ядовитыхъ веществъ, убивающихъ бактеріи, или желчные пути такъ устроены, что микроорганизмы лишены возможности проникать въ нихъ. Дѣйствительно, желчный протокъ погружается изъ среды, лишенной микробовъ — печени, въ среду, гдѣ послѣдніе крайне обильны.

Dupré ссылается на работу *Gessner'a*, который нашелъ до 7 видовъ микробовъ въ 12-перстной кишкѣ человѣка, и изъ

нихъ нѣкоторые, золотистый стафилококкъ, живутъ даже въ самой нижней части желчнаго протока. Не смотря на все это, въ нормальномъ состояніи желчный пузырь и печень не имѣютъ микробовъ.

Итакъ, думаютъ, что до нѣкоторой степени устройство желчнаго протока, проходящаго $1—1^1/_2$ сантим. въ толщѣ кишки, постоянно запертаго сфинктеромъ, мѣшаетъ проникновенію микробовъ въ верхніе пути. Этому же способствуетъ періодическое промываніе послѣднихъ токомъ желчи.

Этой мысли о неудобствѣ проникновенія бактерій въ желчные пути противопоставили другую: о ядовитости самой желчи. Именно, *Bouchard*, а позднѣе, въ 1889 г., *Bruin* приписали ядовитость желчи билирубину и желчнымъ солямъ. Такимъ образомъ, желчь, казалось, есть малоудобная среда для жизни микробовъ.

Помимо прямыхъ опытовъ изслѣдованія нормальной желчи, путемъ то разсматриванія ея подъ микроскопомъ, то посѣвами ея въ бульонъ, дѣлали опыты разрыва желчныхъ путей, при которыхъ желчь могла свободно изливаться въ брюшную полость.

Результаты этого изліянія показали безвредность желчи въ смыслѣ возникновенія воспаленія.

Наблюденія надъ больными, у которыхъ происходилъ иногда разрывъ желчныхъ путей, также показали, въ случаѣ отсутствія перитонита, обезсараженную желчь. Наоборотъ, она всегда содержала бактеріи, если существовалъ перитонитъ; при томъ, пузырь и протоки оказывались также воспаленными, и, слѣдовательно, эта желчь происходила уже изъ больныхъ путей.

Къ этимъ даннымъ, извѣстнымъ въ работѣ *Dupré*, является въ настоящее время возможность присоединить новыя изслѣдованія.

Прежде всего, вотъ опыты, изложенные въ работѣ *Dupré* надъ кроликами, у которыхъ разрѣзали желчный пузырь и затѣмъ зашивали брюшную полость. Опыты были произведены доктор. *Mauny*. Одинъ кроликъ умеръ отъ перитонита, обусловленнаго выхожденіемъ кала изъ раненой кишки.

Другой былъ убитъ на 15-й день; пузырь оказался зажившимъ отъ раненія; вся желчь разсосалась изъ брюшной полости.

Въ слѣдующемъ опытѣ была вырѣзана часть стѣнки пузыря; кролики были убиты на 40-й день; желчи въ брюшной полости не было; пузырь сжался и сильно уменьшился.

Однако, совершенно недавніе опыты *Ehrardt'a*, въ 1901 г., показали, что попаданіе желчи въ брюшную полость не безразлично для животныхъ. Животныя, которымъ онъ вскрывалъ желчные пути такъ, что желчь прямо могла выходить въ брюшную полость, умирали чрезъ 2—6 дней; при этомъ развивалась картина тяжелой желтухи: судороги, безсознательное состояніе. При вскрытіи оказывалось отсутствіе всякихъ слѣдовъ воспаленія. Грудной протокъ переполненъ желчью. Желчь вполнѣ асептична.

Авторъ убѣдился еще въ томъ, что воспаленіе брюшины вызываетъ уменьшеніе всасыванія желчи: именно, онъ ввелъ двумъ собак. киш. палочку въ брюшную полость и увидалъ, что у нихъ даже на 14-й день оставалось значительное количество желчи въ животѣ, до 400 к. с.; между тѣмъ у другихъ сравниваемыхъ собакъ желчь быстро разсасывалась, если имъ не вводили киш. палочки.

Быть можетъ, думаетъ онъ, бываетъ тоже и у людей: возникающій перитонитъ спасаетъ ихъ отъ холеміи. На основаніи своей работы о вредѣ самой желчи, даже асептической, авторъ совѣтуетъ дѣлать операцію, при разрывахъ желчныхъ путей, возможно скорѣе.

Если эти опыты не подтвердили взглядовъ *Dupré* о невинности изліянія желчи въ брюшную полость на здоровье животныхъ, то все-таки они также показали асептичность желчи въ нормальномъ состояніи.

Итакъ, отъ вопроса объ отсутствіи микробовъ въ нормальной желчи, кажется вполнѣ естественнымъ перейти къ изслѣдованіямъ о больной желчи.

Въ этомъ отношеніи весьма цѣнной явилась работа *Letienne'a*, въ 1891 г., посвященная вопросу о больной желчи вообще.

Мы нѣсколько подробнѣе остановимся на этой работѣ, такъ

какъ въ ней находятся многія данныя, съ которыми приходится сталкиваться и хирургу.

Letienne разбираетъ больную желчь не только въ бактеріологическомъ отношеніи, но также разныя физическія ея качества.

Въ нормальномъ состояніи желчь никогда не бываетъ зеленой; такой цвѣтъ она принимаетъ отъ касанія съ воздухомъ, равно отъ кислорода или отъ застоя въ желчныхъ путяхъ; въ послѣднемъ случаѣ она иногда дѣлается черной. Древніе придавали большое значеніе цвѣту желчи, откуда получилось даже названіе меланхоліи.

По смерти, обычно черезъ 24 часа, желчь дѣлается зеленой; *Letienne* видѣлъ это даже черезъ 3 часа послѣ смерти, но здѣсь печень представляла сильныя измѣненія. Желчь, прозрачная въ нормальномъ состояніи, дѣлается мутной по смерти и при болѣзни отъ слущеннаго эпителія. При болѣзни часто запахъ ея становится тяжелымъ, гнилостнымъ.

Въ пузырѣ желчь дѣлается болѣе вязкой и густой отъ избытка слизи.

Желчь въ трупахъ содержитъ весьма часто микробовъ; это было 24 раза на 42 изслѣдованія лицъ, умершихъ отъ разныхъ причинъ. Микробы эти весьма различны; онъ насчиталъ ихъ до 16 видовъ. Присутствіе микробовъ въ желчи можетъ не обусловить никакого ея измѣненія; если же случается измѣненіе, то, всего чаще, оно сказывается въ осажденіи ея составныхъ частей, поэтому, литіазъ есть результатъ инфекціи желчи. При общихъ заболѣваніяхъ, желчь иногда дѣлается особенно благопріятной для разведенія микробовъ; такъ, это наблюдается при пневмоніи.

Наиболѣе часто въ желчи наблюдался бѣлый стафилококкъ и кишечная палочка, и въ большинствѣ случаевъ тѣ же виды бактерій наблюдались и въ 12-перстной кишкѣ. При общей инфекціи возможно зараженіе желчи черезъ кровь, какъ это бываетъ при тифѣ. Одинъ разъ авторъ видѣлъ, при туберкулезѣ, туберкулезныя палочки въ печени, кишечникахъ и крови.

Изъ этихъ приведенныхъ данныхъ чрезвычайно важно отмѣтить способность желчи дѣлаться хорошей средой для бактерій послѣ нѣкоторыхъ заболѣваній.

Можно еще сдѣлать выводъ, вполнѣ согласный съ взглядомъ *Dupré*, что, въ случаѣ заболѣванія печени, лишающейся возможности уничтожать бактеріи, послѣднія въ обильномъ количествѣ попадаютъ въ пузырь, гдѣ условія ихъ жизнедѣятельности болѣе благопріятны, чѣмъ въ печени, особенно если существуетъ нѣкоторое суженіе пузырнаго протока.

Отмѣченная авторомъ особенность желчи, послѣ нѣкоторыхъ заболѣваній, становиться хорошей средой для бактерій, можетъ толковаться, какъ результатъ больной желчи, сдѣлавшейся таковой въ силу поврежденія отправленій печени, подъ вліяніемъ общей инфекціи.

Поэтому онъ и могъ 24 раза на 42 изслѣдованія найти микробовъ въ желчи умершихъ.

Вмѣстѣ съ симъ эти изслѣдованія желчи умершихъ всегда порождаютъ, до нѣкоторой степени, вопросъ, не послѣ-ли смерти произошло зараженіе желчи микробами.

Болѣе новыя изслѣдованія *Fraenkel'я* и *Krause*, предпринятыя ими въ 1899 г., не совсѣмъ согласны съ данными *Letienn'a*. Они произвели 128 изслѣдованій на трупахъ и 2 раза, во время операціи у живыхъ. 105 разъ желчь оказалась стерильной и 25 разъ зараженной. Они думаютъ, что общія инфекціонныя заболѣванія мало вліяютъ на зараженіе желчи; на нее болѣе вліяютъ инфекціонныя заболѣванія кишечника.

Хотя выводамъ *Frenkel'я* и *Krause* нельзя придавать очень большого значенія, такъ какъ заключенія эти основаны всего больше на изслѣдованіи труповъ, но все же они доказательны въ смыслѣ отсутствія инфекціи въ желчи. Мнѣнія ихъ, что болѣзни инфекціонныя мало вліяютъ на зараженіе желчи, не совсѣмъ согласны съ данными *Letienn'a*.

Хотя трудно доказать, что въ 25-ти ихъ случаяхъ инфекція не попала въ пузырь по смерти, тѣмъ не менѣе 105 отрицательныхъ результатовъ довольно убѣдительно говорятъ за отсутствіе микробовъ въ нормальной желчи.

Болѣе важное значеніе имѣютъ, все-таки, тѣ наблюденія, гдѣ желчь была взята у живыхъ людей.

Mieczkowski произвелъ 15 изслѣдованій съ желчью, доставая послѣднюю при операціяхъ въ брюшной полости, и онъ убѣдился, что свѣжая желчь стерильна.

Изъ русскихъ работъ упомяну случай д-ра *Канцеля* въ 1898 году (см. клин. часть). Вслѣдъ за тифомъ сдѣланъ былъ свищъ желчнаго пузыря. Желчь оказалась содержащей тифозную палочку. По его мнѣнію, при тифѣ очень часто бываетъ зараженіе пузыря; оно проходитъ незамѣтнымъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, будучи скрыто общимъ страданіемъ.

Канцель считалъ свой случай пятымъ въ литературѣ, гдѣ тифъ произвелъ воспаленіе желчнаго пузыря.

Въ 1899 году появилась вторая русская работа д-ра *Рокицкаго*, гдѣ также непосредственно послѣ тифа былъ наложенъ пузырный свищъ. Желчь содержала тифозную палочку.

Такимъ образомъ, наблюденія надъ больными показали, что въ однихъ случаяхъ въ желчи могутъ жить микробы, въ другихъ, гдѣ нѣтъ страданія желчныхъ путей, желчь является стерильной.

При всѣхъ этихъ наблюденіяхъ все же оставалось важнымъ разрѣшить, какъ же желчь относится къ болѣзнетворнымъ организмамъ?

Мы видѣли сейчасъ, что они живутъ въ больныхъ путяхъ и отсутствуютъ въ здоровыхъ. Связь есть, но какая? Принадлежитъ ли здѣсь значеніе самой желчи, или больнымъ путямъ? Въ этомъ отношеніи интересны опыты *Talma*, изложенные имъ въ 1901 году.

Онъ пришелъ къ выводамъ, что желчь уничтожаетъ развитіе палочекъ, благодаря какому-то особому веществу, въ ней содержащемуся; это дѣйствіе желчи въ разное время и у разныхъ животныхъ колеблется; большое значеніе имѣетъ количество попавшихъ микробовъ, такъ какъ чѣмъ меньше ихъ, тѣмъ легче они уничтожатся.

Наконецъ, кишечная, тифозная и дифтеритная палочки, смотря по силѣ своей ядовитости, не всегда одинаково отнесутся къ желчи: короче говоря, чувствительность ихъ различна.

Сверхъ того онъ указалъ, что эпителій желчныхъ путей оказываетъ сильное сопротивленіе для бактерій, не давая имъ возможности распространяться изъ кишечника; также, при здоровомъ состояніи печени, клѣтки ея и эпителіальныя клѣтки желчныхъ каналовъ обладаютъ отражательною силой, въ случаѣ проникновенія инфекціи.

Изъ русскихъ работъ укажу на изслѣдованія *Ж. Михайловича* въ 1898 г., занявшагося вопросомъ объ отношеніи желчи къ болѣзнетворн. микробамъ. Онъ пришелъ къ выводамъ, что значительное противодѣйствіе желчи микробамъ основано на убивающемъ дѣйствіи желчнокислыхъ солей.

Въ человѣческой желчи опредѣляютъ 2% отношеніе таурохол. натра и 5% гликох. натра.

Дѣлая разнообразные опыты съ разными растворами этихъ солей, онъ убѣдился, что они то замедляютъ, то уничтожаютъ ростъ только нѣкоторыхъ бактерій, а на нѣкоторые виды не вліяютъ, но это не относится къ 2% раствору таурохолевой кислоты, которая убиваетъ всѣхъ микробовъ, за исключеніемъ кишечной палочки.

Такимъ образомъ, работа *Михайловича* отчасти отвѣчаетъ на нашъ вопросъ; именно, она показываетъ, что стерильность здоровой желчи отчасти зависитъ отъ собственнаго ея состава.

Въ моихъ личныхъ опытахъ, съ образованіемъ камней, какъ далѣе укажу, кишечная палочка много мѣсяцевъ жила въ желчи собакъ, но, съ другой стороны тамъ было раненіе пузыря, и потому нельзя было считать желчные пути здоровыми.

Сопоставляя всѣ данныя, можно придти къ одному главному выводу, что обычно нормальная желчь не содержитъ въ себѣ бактерій. Наоборотъ, измѣненная въ цвѣтѣ и прозрачности, т. е., мутная, зеленоватая или черная желчь, содержитъ разные виды бактерій.

Другой главный выводъ тотъ, что при болѣзни желчныхъ путей, въ желчи обычно существуютъ бактеріи. Вопросъ-же, въ силу какихъ причинъ наблюдается отсутствіе микробовъ

въ здоровой желчи и въ здоровыхъ путяхъ, мнѣ не кажется въ достаточной степени разрѣшеннымъ.

Возможно только, какъ это увидимъ далѣе, на основаніи различныхъ опытовъ, постигнуть условія, благопріятствующія инфекціи. Изъ изложенія этихъ условій до нѣкоторой степени освѣтится вопросъ объ обезпложенномъ состояніи здоровой желчи.

ГЛАВА III.

Объ инфекціонномъ происхожденіи болѣзней желчныхъ путей.

Если въ предыдущей главѣ мы видѣли, что нормальные желчные пути свободны отъ инфекціи, то, очевидно, послѣдняя только въ извѣстныхъ случаяхъ проникаетъ въ нихъ.

Въ этой главѣ мы намѣрены, поэтому, коснуться путей, которыми движется инфекція, а равно разсмотрѣть, что производится ею въ томъ или другомъ отдѣлѣ желчныхъ каналовъ.

По мнѣнію *Dupré*, лимфатическіе пути кишечника не играюуъ выдающейся роли въ проведеніи инфекціи изъ кишекъ къ печени, такъ какъ они несутъ бактеріи прежде всего въ брыжжеечныя железы. Поэтому, главный путь составляютъ кровяные сосуды: то печен. артерія, то воротная вена. При всякихъ язвенныхъ процессахъ въ кишечникѣ, особенно, при дизентеріи, корни воротной вены черпаютъ въ кишечникѣ и токсины, и бактерій, и переносятъ ихъ въ печень. Такъ возникаютъ абсцессы въ печени, которые могутъ разрушать и желчные пути; могутъ черезъ это въ нисходящемъ направленіи заразить желчные протоки.

Тоже самое происходитъ при тифозныхъ язвахъ въ кишечникѣ.

При туберкулезѣ инфекція поступаетъ въ печень то артеріальнымъ путемъ, если существуетъ острый миліарный туберкулезъ, то опять воротной веной, если существуетъ мѣстный туберкулезъ кишечника.

Пораженіе желчныхъ путей, если инфекція двигалась кровянымъ токомъ, является такимъ образомъ, не прямымъ.

Другое дѣло, когда инфекція избираетъ въ своемъ наступательномъ движеніи желчные пути. Тогда въ большинствѣ случаевъ является особая клиническая картина страданій, которая сразу можетъ заставить понять, какъ двигались микробы.

Къ изложенію этихъ картинъ, къ попыткѣ *Dupré* дать классификацію желчныхъ инфекцій, мы сейчасъ и перейдемъ, а теперь замѣтимъ, что, конечно, эта классификація до нѣкоторой степени теоретична, ибо зараженіе часто идетъ нѣсколькими путями. Такъ, при тифѣ, движеніе микробовъ можетъ идти по печеночной артеріи, по воротной венѣ и непосредственно по желчнымъ путямъ изъ кишечника.

Итакъ, всѣ инфекціи желчныхъ путей *Dupré* дѣлитъ на первичныя и вторичныя.

Первичныя — это тѣ, при которыхъ нѣтъ предшествующаго поврежденія желчныхъ путей, нѣтъ механическаго препятствія для оттока желчи. Онѣ являются то въ видѣ острыхъ формъ, то хроническихъ. Первичныя острыя инфекціи въ свою очередь являются то прямой инфекціей, напр. инфекціонная желтуха, то не прямой, при общихъ заболѣваніяхъ, напр. тифозный холециститъ, гдѣ онѣ являются какъ бы осложненіемъ общаго заболѣванія.

Первичныя хроническія инфекціи представляютъ собой тоже прямое пораженіе желчныхъ путей, но въ видѣ медленно развивающейся желтухи, какъ наблюдается при нѣкоторыхъ циррозахъ.

Вторичныя инфекціи суть тѣ, гдѣ существовало уже анатомическое пораженіе желчныхъ путей, къ которому современемъ присоединяется новая инфекція. Онѣтакже являются то въ видѣ острыхъ пораженій, то въ видѣ хроническихъ.

Вторичныя инфекціи появляются въ силу механич. закупорки желчныхъ путей. Эта закупорка зависитъ отъ инородныхъ тѣлъ, засѣвшихъ то внутри желчныхъ путей, то поразившихъ послѣдніе снаружи. Такъ, камни, аскариды, ракъ наблюдались внутри желчнаго протока; съ другой стороны, опухоли 12-ти-

перстной кишки, головки железы, воротъ печени производятъ сдавленіе желчныхъ путей уже снаружи.

Острая первичная инфекція бываетъ разной силы и вызываетъ, сообразно съ этимъ, различныя, по своей тяжести, клиническія картины. Сюда принадлежитъ острая инфекціонная желтуха, которая можетъ быть легкой, средней и тяжелой. Легкая форма вызываетъ у больного общее недомоганіе, отсутствіе аппетита, запоръ, лихорадку до 38—38,5°.

По истеченіи 3—4 недѣль развивается желтуха, съ окраской кожи, обезцвѣченнымъ испражненіемъ, съ увеличеніемъ печени и болѣзненностью ея; одновременно возникаетъ рядъ различныхъ нервныхъ разстройствъ. Проходитъ нѣсколько (5—7) дней, и все исчезаетъ; только желтизна кожи остается на нѣкоторый срокъ.

Въ средней формѣ дожелтушный періодъ еще короче; онъ тянется 2—3 дня; лихорадка бываетъ выше, 39°—40°, съ утренн. послабленіемъ; развиваются сильныя боли головы, рвота, мышечная боль, бессонница; вообще, вся картина напоминаетъ тифъ, съ сильной желтухой. На второй недѣлѣ температура постепенно спадаетъ, но черезъ нѣсколько, 3—4 дня, снова вспыхиваетъ прежняя картина на 6—10 дней. Печень и селезенка бываютъ увеличены даже во время промежуточнаго, между двумя періодами, паденія температуры.

Weil описалъ въ 1886 г. эту форму подъ именемъ инфекц. желтухи, и съ тѣхъ поръ болѣзнь эта стала носить его имя.

Справедливѣе было бы, однако, назвать ее, по мнѣнію *Dupré*, болѣзнью *Mathieu*, который описалъ эту форму гораздо раньше *Weil'я*, подъ именемъ typhus hépatique, хотя указывалъ разнородность микробовъ тифа и этой желтухи. Наконецъ, *Landouzy* описалъ тоже самое, что и *Mathieu*, въ 1883 г., и тоже предложилъ названіе typhus hépatique.

Третья форма инфек. желтухи, представляетъ въ анатомическомъ отношеніи острую атрофію печени; клинически же эта форма отличается молніеноснымъ теченіемъ и быстро приводитъ къ смерти. Что касается первичной хронической желтухи, *Dupré* называетъ таковой ту-же слабую первичную желтуху,

но только не исчезающую черезъ мѣсяцъ, подобно легкой. Наоборотъ, она тянется гораздо долѣе, даетъ временами обостренія и, наконецъ, исчезаетъ, или же переходитъ въ гипетроф. циррозъ. Тотъ или другой исходъ ея обусловленъ состояніемъ печени. Недостаточность послѣдней вызываетъ длительность и упорство страданія. Примѣръ ея представляютъ дѣти, у которыхъ послѣ тифа, скарлатины, нерѣдко наблюдали циррозъ печени.

Общія инфекціонныя заболѣванія также вызываютъ недост. печени, производя измѣненіе и самой желчи, и клѣтокъ, отдѣляющихъ ее. Результатомъ можетъ явиться уменьшеніе не только качества желчи, но и количества, а уменьшеніе послѣдняго составляетъ благопр. моментъ для жизнедѣятельности микробовъ, облегчая имъ восхожденіе къ желчнымъ путямъ. Такого рода инфекція называется въ терминологіи *Dupré* непрямой, или дейтеропатической.

ГЛАВА IV.

Первичныя инфекціи желчныхъ путей. Желтухи и циррозы.

Чтобы лучше освѣтить вопросъ о первичной инфекціи, я остановлюсь на ней нѣсколько подробнѣе для выясненія того, какъ стоитъ это ученіе въ настоящее время.

Мнѣ придется такимъ образомъ коснуться желтухъ и циррозовъ.

Если глава эта нѣсколько длинна, то причина ея кроется въ невозможности обойти молчаніемъ затрагиваемыхъ ею вопросовъ.

Съ желтухой и циррозами, какъ увидимъ, намъ придется не разъ столкнуться въ изложеніи различныхъ патологическихъ фактовъ.

Прежде всего я укажу рядъ русскихъ авторовъ, отрицавшихъ происхожденіе желтухъ не на почвѣ инфекціи. Профессоръ *С. П. Боткинъ*, едва ли не первымъ въ Россіи, указалъ инфекціонное происхожденіе такъ называемой катарральной желтухи.

Онъ приводитъ въ примѣръ болѣзнь одного студента, 21-го года. Больной—5-й день желтъ, а боленъ—7-й, послѣ блиновъ. Въ настоящее время: недомоганіе, слабость, боль въ животѣ, запоръ, жаръ около 38°, потъ, вздутіе живота. Иногда боли въ правомъ подреберьѣ; давленіе на животъ болѣзненно. Всегда былъ раньше здоровъ. Лицо окрашено слабѣе, а туловище, подъ одеждой, сильнѣе.

Селезенка и печень увеличены...

Моча съ пигментомъ.

Дѣло шло о задержкѣ желчи.

Продукты броженія мучной пищи дурно повліяли на нервную систему. Желтуха больного зависѣла, по мнѣнію *С. П. Боткина*, отъ какого то инфекц. агента, попавшаго въ желчные пути; такого же происхожденія и увеличенная селезенка.

Icterus catarrhalis, который, по мнѣнію учебниковъ, есть катарръ кишки и механич. застой желчи, въ самомъ дѣлѣ, зависитъ отъ острой инфекціи. «Въ настоящее время за-границей объявили о новой болѣзни, но я, говоритъ *С. П. Боткинъ*, уже давно признавалъ и на лекціяхъ указывалъ не катарръ, а инфекцію. Можетъ быть одна и та-же причина желчной атрофіи печени!»

Въ 1888 г., появилась работа д-ра *Васильева*, обоснованная на 11 наблюденіяхъ, посвященная вопросу объ инфекціонной желтухѣ.

На основаніи своихъ наблюденій онъ даетъ такую картину: болѣзнь начинается знобомъ, жаромъ, рвотой и недомоганіемъ; скоро развивается сильная общая слабость съ болью въ суставахъ и особенно въ икроножныхъ мышцахъ. Аппетитъ падаетъ, появляется сонливое состояніе, бредъ; температура все время высокая; печень и селезенка увеличены; желтуха въ разной степени; на губахъ—herpes. Черезъ 8—10 дней темп. падаетъ. Но черезъ нѣсколько дней, однако, бываетъ возвратъ лихорадки.

Обращаясь къ частностямъ, *Васильевъ* отмѣчаетъ, что жаръ поднимается сразу; утромъ ослабѣваетъ на $^1/_2$—1°. Въ серединѣ болѣзни бываетъ иногда ложное паденіе темпер. на 1 день.

Желтуха является на 3—5 день съ зудомъ и съ обезцвѣ-

ченными испражненіями. Съ паденіемъ лихорадки, желтизна кожи держится долго.

Противъ тифозной натуры этой болѣзни *Васильевъ* выставляетъ посмертныя вскрытія, отсутствіе желтухи при тифѣ въ самомъ его началѣ и, наконецъ, появленіе подобной болѣзни у лицъ, уже имѣвшихъ тифъ.

Совершенно сходное заболѣваніе было описано въ Смирнѣ д-мъ *Diamantopulus*, въ 1888 году, и въ томъ же году въ Египтѣ *Kartulis*'омъ.

На основаніи собственныхъ наблюденій, *Васильевъ* признаетъ свои случаи тождественными съ описаніями *Kartulis*'а.

Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ считаетъ свои наблюденія одинаково сходными съ тѣми, которые были описаны подъ именемъ typhus hépatique.

Далѣе изъ русскихъ авторовъ приведемъ мнѣніе д-ра *Колли*, который считаетъ инфекцію виной желтухи въ слѣдующихъ заболѣваніяхъ: катарральной желтухѣ, инфекціонной желтухѣ *Weil'я*, тяжелой желтухѣ, острой желтой атрофіи, тропической желтушной лихорадкѣ и, въ группѣ септическихъ желтухъ, на почвѣ нагноеній, или при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, какъ воспаленіе легкихъ, и пр.

Всѣ эти группы отличаются одна отъ другой только количественно, т. е. бо́льшимъ распредѣленіемъ болѣзненнаго процесса.

Онъ приводитъ нѣсколько случаевъ желтухи, которая развивалась быстро и быстро приводила къ смерти.

Вотъ 7-й его случай. Больной заболѣлъ 4 дня назадъ; появился ознобъ, затѣмъ жаръ, ломъ въ ногахъ. Темп. все время высокая; печень—увеличена; селезенка—большая; желтуха все усиливается. Смерть на 10-й день.

Разбирая патологоанатом. измѣненія печени и находя палочку въ желчи, proteus, *Колли* въ общемъ приходитъ къ заключенію, что простая катарральная желтуха обязана инфекціонному началу, а не слизистой пробкѣ въ кишкѣ, будто бы, преграждающей истеченіе желчи.

Чѣмъ инфекція слабѣе, тѣмъ клиническая картина инфекці-

онной желтухи болѣе и болѣе уклоняется отъ типичнаго проявленія.

Подобная легкая инфекціонная желтуха была описана *Краснобаевымъ* въ одной семьѣ, поразившей всѣхъ дѣтей и вызвавшей у всѣхъ разныя явленія. Дѣти были въ возрастѣ отъ 3-хъ до 5-ти лѣтъ. Одинъ ребенокъ *безлихорадочно* перенесъ болѣзнь въ 12 дней, но съ увеличенной печенью и съ желтухой; другой—въ 6 недѣль съ высокой темпер., съ желтухой и съ увеличеніемъ печени; третій—въ видѣ общаго недомоганія, ломоты въ ногахъ, потери аппетита и другихъ диспептич. явленій.

Такимъ образомъ, жаръ не есть что-либо обязательное при инфекціи желчныхъ путей и, быть можетъ, зависитъ отъ силы инфекціи и отъ количества ея.

Обратно, чѣмъ выше ядовитость инфекціи, тѣмъ тяжелѣе должна быть клиническая картина и тѣмъ серьезнѣе анатомическое измѣненіе, порождаемое ею. Дѣло доходитъ даже до острой атрофіи печени.

Находимъ и въ русской печати подтвержденіе инфекц. происхожденія острой атрофіи печени. Такъ было въ случаѣ *Рудзкаго*, сообщенномъ въ 1901 г. Онъ ссылается при этомъ на *Dieulafoy*, допускающаго возможность излѣченія острой атрофіи печени.

Несомнѣнно, что инфекція, производящая разнаго рода желтухи, далеко не однородна, и отъ этого-то наблюдаются такія картины желтухи, которыя часто свойственны тѣмъ или другимъ странамъ.

Различной степени желтизна, уклоненія въ типѣ лихорадки, разная степень окраски испражненій, неоднородность пигментовъ въ мочѣ, наконецъ, тотъ или другой окончательный исходъ болѣзни, все это зависитъ отъ разнородности бактерій.

Такъ, *Грековъ* описываетъ въ 1898 г. особую инфекц. желтуху, наблюдавшуюся имъ въ Мервѣ.

Смерть наступаетъ чрезъ 3—4 дня, при явленіяхъ полной непроходимости желчн. путей, съ высокой лихорадкой; можетъ случиться и благопріятный исходъ въ 1—2 сутокъ, такъ что вся болѣзнь тянется 24 или 48 часовъ. Желтуха бываетъ грязно-сѣрой, моча—кровянисто-черной. Общее состояніе тяжелое. Печень и селезенка очень болѣзненны и увеличены.

Патологоанатомическихъ изысканій въ инфекц. желтухахъ въ русской печати не много. Помимо работы д-ра *Колли*, укажу еще на изслѣдованія *С. С. Боткина* въ случаяхъ инфекціонной желтухи.

Въ микроскопическихъ срѣзахъ печеночныя клѣтки уменьшены, нѣкоторыя сильно перерождены; около желчныхъ протоковъ—круглые элементы, переходящіе въ веретенообразные; эпителій желчн. ходовъ былъ уменьшенъ, гомогенный.

Въ почкахъ всегда почти рѣзко выраженъ острый гнѣздный интерстиціальный нефритъ.

Иногда кровоизліяніе въ клубочкахъ и витыхъ канальцахъ; иногда въ корковомъ слоѣ—микробы. Въ селезенкѣ гіалиновое перерожденіе стѣнокъ крупн. сосудовъ.

Въ икроножныхъ мышцахъ наблюдалось иногда ценкеровское перерожденіе. Эти изслѣдованія согласны съ изслѣдованіями проф. *Бродовскаго*.

Наконецъ, упомяну о работѣ Кирикова, содержащей въ себѣ очеркъ объ инфекціонной желтухѣ. Указавъ на то, что д-ръ Васильевъ предложилъ называть болѣзнь эту icterus infectiosus вмѣсто болѣзни Weil'я, Кириковъ описываетъ ея теченіе.

Заболѣваніе начинается внезапно.

Сначала является потрясающій знобъ, потомъ жаръ, слабость и головная боль.

Уже съ 1-го или со 2-го дня является невыносимая боль въ мышцахъ, особенно же въ икроножныхъ. Общее состояніе тяжелое: бредъ, рвота, бессонница. Животъ повсюду болѣзненный, печень и селезенка—увеличены. Въ мочѣ—неизбѣжно—бѣлокъ, иногда даже, кровь.

На 2, или 5-й день, является желтуха; испраженія обезцвѣчены, но не всегда; съ появленіемъ желтухи обычно наступаетъ носовое кровотеченіе; нерѣдко—herpes labialis. Плохое предсказаніе даютъ кровоизліянія въ кожу.

Лихорадка падаетъ литически на 7-й—11-й день, но жел-

туха остается еще 2—4 недѣли, равно и боли. Вѣсъ сильно падаетъ.

Обычно, послѣ 1—10 дней отъ паденія темп., является возвратъ, но при неполной картинѣ всѣхъ описанныхъ явленій.

Вся болѣзнь тянется 12—14 дней; но можетъ длиться до 2-хъ мѣсяцевъ, хотя и рѣдко.

Таково обычное описаніе болѣзни Weil'я; авторъ же, основываясь на русскихъ наблюденіяхъ, описываетъ подробно нѣкоторыя особенности этой болѣзни. Ознобъ длится 2—4 часа и смѣняется жаромъ въ 40°, но утромъ наступаетъ ремиссія до 1°. На 3-й или 7-й день всегда бываетъ нѣкоторое пониженіе темп., но на слѣдующій день она снова повышается; на 9-й день бываетъ лизисъ. Въ теченіи сихъ дней, обычно на 3—5 день, развивается желтуха, хотя испражненія иногда не обезцвѣчиваются. Въ концѣ 1-й недѣли развиваются то кровотеченія подъ кожу или носовыя, то разныя кожныя высыпанія, въ видѣ пятенъ, пузырей или узловъ. По Васильеву, въ 10-ти случаяхъ на 43 наступалъ рецидивъ. По выздоровленіи, желтуха длится иногда до 6 недѣль.

При изслѣдованіи печени, которая, какъ и селезенка, при жизни бывала увеличена, находятъ: жировое перерожденіе и некрозъ печеночныхъ клѣтокъ; вокругъ долекъ и вокругъ вѣтвей вор. вены—воспалительный инфильтратъ. Въ почкахъ—интерстиц. нефритъ.

Въ общемъ—картина сводится на воспаленіе и дегенер. измѣненія паренхиматозныхъ органовъ отъ острой инфекціи.

Наконецъ, и эпидемическія желтухи, длящіяся 3—6 дней, также инфекц. происхожденія; въ общемъ и при нихъ все тѣ-же явленія, но съ разницею въ силѣ и длительности.

Такимъ образомъ, эпидем. желтуха, катарр. желтуха, болѣзнь Weil'я или icterus infectiosus—icterus gravis,—суть результ. инфекціи желчи.

Мнѣ остается теперь указать на инфекцію, какъ на причину нѣкоторыхъ циррозовъ.

Не намѣреваясь подробно входить въ обширную область

циррозовъ, я передамъ коротко основныя понятія о нихъ и столь же коротко коснусь новѣйшихъ воззрѣній въ вопросѣ объ инфекціонномъ ихъ происхожденіи.

Въ изложеніи, *Charcot*, циррозъ характеризуется, съ анатомич. стороны, усиленнымъ развитіемъ соедин. ткани, безъ предшествующей воспалительной гипереміи; строма печени пропитывается зачаточными клѣтками, постепенно переходящими въ волокна. Волокна, развиваясь и слагаясь въ пучки, образуютъ соединит. ткань. Съ самаго своего появленія процессъ идетъ медленно; это, такъ сказать, первичное хроническое воспаленіе.

Ссылаясь на работу *Hanot*, его диссертацію, появившуюся въ Парижѣ въ 1876 г., *Charcot* излагаетъ клиническія и анатомическія данныя объ этой болѣзни.

Съ клинич. точки зрѣнія, гипертр. желчный циррозъ характеризуется громадной печенью; вмѣсто обычнаго вѣса, 1500 грамм., при аутопсіи наблюдали вѣсъ до 3000 гр.; она, обычно, на нѣсколько попер. пальцевъ выдается изъ подъ реберъ; передній край ея острый; иногда удавалось прощупывать мелкіе бугорки на ней, величиной съ горошину. Въ общемъ же, печень—гладкая.

Увеличеніе печени является быстро, въ 4—7 мѣсяцевъ, и держится съ нѣкоторыми колебаніями до 6—7 л.

Второй признакъ этого цирроза—желтуха, хотя она наблюдается не всегда; она появляется рано и временами обостряется; нерѣдко такое обостреніе сопровождается лихорадкой; испражненія бываютъ не окрашены, но тоже не всегда.

Появленіе желтухи стоитъ въ связи съ закупоркой желчныхъ канальцевъ слущеннымъ эпителіемъ.

Слѣдов., желтуха тутъ механическая. Однако, *Charcot* находитъ, что желтуха вообще не всегда стоитъ въ связи съ механич. причинами. Онъ упоминаетъ объ опытахъ, гдѣ выводили желчь наружу чрезъ свищъ, а затѣмъ отравляли животныхъ фосфоромъ. На вскрытіи оказывалось, что въ желчномъ протокѣ совсѣмъ не было желчи. Ясно, что здѣсь никакой закупорки не было, а просто прекратилась работа печеночныхъ клѣтокъ.

Третій признакъ—увеличеніе селезенки, которая дѣлается втрое или вчетверо больше обычнаго.

Теченіе болѣзни имѣетъ особую картину. Больной 7—8 л. остается способнымъ работать; въ концѣ концовъ слабѣетъ, проживъ еще 7—8 лѣтъ, и умираетъ, больш. частью, при явленіяхъ тяжелой желтухи. Итакъ, обычно нѣтъ водянки, нѣтъ желуд. киш. кровотеченій.

Обыкновенный циррозъ, описанный тоже впервые во Франціи, въ 1819 г., Lennec'омъ, имѣетъ, въ типичныхъ случаяхъ, другую картину, характеризующуюся прежде всего застоемъ крови въ воротной венѣ. Отсюда является рядъ желудочно-кишечныхъ разстройствъ, какъ результатъ застойнаго катарра.

Извѣстны также обильныя кровотеченія, желудочныя и кишечныя, громадныя водянки.

Въ случаяхъ, гдѣ хорошо возстановилось коллятеральное кровообращеніе, водянки нѣтъ, или она очень умѣренная; въ такихъ случахъ около пупка видны толстые венные стволы.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, *Charcot* указалъ, что разныя кровотеченія, къ которымъ такъ склонны цирротики, не всегда можно объяснить застоемъ въ вор. венѣ; напр., носовыя кровотеченія или кровотеченія изъ уколовъ. Селезенка при циррозѣ *Lennec*'а обычно увеличена.

Желтуха наблюдается рѣдко и обусловлена особенностью самого процесса.

Наконецъ, общее разстройство питанія стоитъ въ связи съ пораженіемъ печеночн. клѣтокъ, съ недостаточностью печени.

Моча обычно бываетъ насыщена мочекислыми солями и сильно темна.

Что касается анатомическихъ измѣненій, то, при гипертроф. циррозѣ Hanot, на поверхности печени наблюдаютъ выпуклости, очень маленькія, не больше малой горошины; при разрѣзѣ печени, въ ней видны зерна, раздѣленныя бѣловатыми перекладинами фиброзной ткани. Эта соединит. ткань, въ первомъ періодѣ, опоясываетъ дольки, не входя въ ихъ существо; во второмъ стадіи, она проникаетъ въ видѣ лучей въ самыя

дольки; въ третьемъ—отъ печеночной дольки остается небольшое количество измѣненныхъ, сплющенныхъ, клѣтокъ.

Главнымъ же отличительнымъ признакомъ этой формы цирроза является присутствіе сѣти вновь образованныхъ желчныхъ канальцевъ; послѣдніе хорошо видны въ междольковыхъ пространствахъ; нѣкоторые изъ канальцевъ имѣютъ шелушеніе эпителія. Канальцы эти объемисты, извилисты.

Крупные и средніе желчные ходы остаются обычно безъ измѣненій. Въ центрѣ междольковаго пространства помѣщаются желчные каналы наибольшаго размѣра; отъ нихъ тянутся меньшіе канальцы въ самыя дольки.

Итакъ, воспаленіе, или развитіе соедин. ткани, первоначально возникаетъ вокругъ канальцевъ, прилегающихъ къ долькѣ; выходитъ, такимъ образомъ, что возникаетъ сначала peri-angiocholitis.

При циррозѣ Lennec'a, печень уменьшена и раздѣляется на мелкіе узлы, которые условно называются зернами. Она часто уменьшается втрое противъ обычной величины. Однако, въ первой ступени, она часто бываетъ нѣсколько увеличена. При разрѣзѣ, печень скрипитъ; при ощупываніи, очень тверда. На поверхности ея выступаютъ овальные бугорки разныхъ размѣровъ, раздѣленные болѣе или менѣе глубокими бороздами; бугорки или зерна доходятъ до величины орѣха; при сифилисѣ зерна еще больше, и печень является прямо дольчатой.

Зерна окружены фиброзной тканью и содержатъ въ себѣ болѣе мелкія зерна, а послѣднія еще болѣе меньшія, составленныя изъ нѣсколькихъ печеночныхъ долекъ.

Lennec'овскій циррозъ можетъ быть названъ кольцевидным.

Соединит. ткань захватываетъ цѣлую часть печен. ткани и окружаетъ ее въ видѣ кольца, въ силу чего и образуется зерно; отъ такихъ соедин. тканныхъ тяжей рождаются новые, раздѣляющіе зерно на двѣ или три части; иногда тяжи пробѣгаютъ сквозь дольку и дѣлятъ ее неправильно на нѣсколько частей. Обыкновенно, соединит. ткань бываетъ развита сильно лишь межъ долекъ, но не отпускаетъ тяжей въ существо

дольки. Таковъ кольцевидный циррозъ, производящій сближеніе или сдавливаніе нѣсколькихъ долекъ заразъ.

Въ образованныхъ тяжахъ соедин. ткани развиваются сѣти новыхъ кров. сосудовъ; кровообращеніе долго не разстраивается; но, наконецъ, когда начинаютъ уничтожаться дольки, то уничтожаются и центральныя вены.

Въ общемъ, суть процесса выразить можно такъ: печень стремится превратиться въ фиброзный органъ, въ который кровь приходитъ чрезъ артеріи, а выходитъ чрезъ дополнительные пути, соединяющіе воротную вену съ общей венной системой. Эти дополнит. пути суть упомянутые новые кровеные сосуды въ тяжахъ соедин. ткани, и они-то широко сообщ. съ печеночной артеріей. До конца жизни все же остается много печеночныхъ долекъ, не попавшихъ въ процессъ. Этимъ объясняется отсутствіе желтухи.

Впрочемъ, если тяжи, захвативъ цѣлое кольцо печеночной ткани, ущемили на пути какой либо желчный каналъ, то можетъ развиться желтуха.

Циррозъ, вызванный перевязкой, отличается только тѣмъ, что островки не заходятъ такъ далеко, какъ при гипертроф. циррозѣ, но объ этомъ будемъ говорить въ главѣ о закупоркахъ желчнаго протока.

Въ 1897 г., *Chauffard*, изложилъ свои взгляды на циррозъ. По его мнѣнію, циррозъ есть такое явленіе, гдѣ должны быть соединены три условія: 1) диффузность процесса, такъ какъ пораженіе печени около рака ея не есть клинической циррозъ; 2) развитіе типичной рубцовой ткани; 3) участіе печеночныхъ клѣтокъ въ процессѣ.

Разбирая яды, производящіе циррозъ, онъ указываетъ, что токсины инфекц. болѣзней производятъ или склерозъ, или острое умираніе печеночной клѣтки.

Клинически всякій циррозъ появится въ такой формѣ, которая зависитъ отъ степени жизни печеночныхъ клѣтокъ, такъ какъ клѣтки печени всегда стремятся возстановиться. Поэтому, циррозъ Lennec'a характеризуется недостаточной компенсаціей печеночныхъ клѣтокъ; наоборотъ, если клѣтки хорошо возстанавливаются, то развивается циррозъ Hanot, или гипертрофич. алкогольный циррозъ.

На томъ же конгрессѣ, въ Москвѣ, въ 1897 г., *Gilbert* и *Surmont* предложили дѣлить циррозы на токсическіе и инфекціонные.

Къ токсическимъ они отнесли всѣ циррозы, развивающіеся или отъ ядовъ, чуждыхъ организму, напр., алкогольный и пр., или отъ ядовъ самого организма, напр., отъ подагры.

Инфекціонный они дѣлятъ на циррозъ, обязанный палюдизму, сифилису, туберкулезу и циррозъ черезъ инфекцію, гдѣ слѣдуетъ отличать: 1) циррозъ съ желтухой, большой печенью и увеличеніемъ селезенки, безъ асцита, съ легкой темп., длительностью 5—10 м., съ анатомич. картиной цирроза Hanot; 2) циррозъ отъ закупорки, который даетъ картину, то сейчасъ описанную, то форму гнойн. ангіохолита.

Такимъ образомъ, циррозъ Hanot и циррозъ черезъ закупорку, въ сущности, происходятъ отъ одной и той же инфекціи, но только тотъ, при которомъ есть закупорка, течетъ болѣе грозно и болѣе быстро.

Въ 1898 г. *Gilbert* и *Fournier* высказали мысль, что большая селезенка при желчномъ циррозѣ зависитъ отъ той же инфекціи, какъ и самъ желчный циррозъ.

Въ томъ же году они указали, что, вопреки мнѣнію классиковъ, при гипертрофическомъ циррозѣ бываетъ увеличеніе железъ въ воротахъ печени, поддіафрагмальныхъ и около головки поджелудочной железы. Железы воротъ печени иногда бываютъ величиной съ куриное яйцо; онѣ мягки и давленія на органы не оказываютъ.

Въ 1899 г., *Gilbert* и *Castaing*, въ дополненіе къ сказанному, сообщаютъ, что, при гипертрофич. циррозѣ, селезенка то бываетъ увеличена, то нѣтъ, почему можно различить двѣ формы: циррозъ съ большой селезенкой и безъ увеличенія ея.

Наконецъ, въ 1900 г., *Gilbert* и *Fournier*, описали форму желчнаго цирроза съ особеннымъ увеличеніемъ селезенки и назвали эту болѣзнь «cirrose biliaire hyperspléno-mégalique». Печень не особенно увеличена при этой формѣ, но селезенка

достигаетъ громадныхъ размѣровъ, спускаясь иногда въ подвздошную впадину; асцита не бываетъ; температура нормальна; желтуха; временами—обострения со стороны темп. и желтизны. Болѣзнь тянется 8—10—20 лѣтъ. Происхожденіе ея они усматриваютъ въ инфекціи изъ кишечника. Въ селезенкѣ при этой болѣзни находили bacillus coli.

Bernard въ своей диссертаціи, въ 1901 г., указываетъ, что, изъ 13 наблюденій цирроза печени, собранныхъ имъ, желчь въ 5-ти случаяхъ содержала бактеріи. Онъ ссылается на работы *Hanot*, *Charcot*, *Gombault*, которые отождествляли циррозъ, на почвѣ закупорки, съ циррозомъ, описаннымъ, подъ названіемъ «желчный биліарный циррозъ». Подобный же циррозъ получали, вводя прямо въ желчный протокъ микробныя культуры.

Разъ нарушенъ механизмъ выдѣленія желчи, напр., закупоркой, то тѣмъ легче инфекціи завладѣть желчью. Между тѣмъ, болѣзнь Hanot, развивается безъ закупорки въ силу медленно восходящаго катарральнаго ангіохолита съ облитераціей; печень долго не поддается инфекціи, но, наконецъ, уступаетъ.

Я прибавлю здѣсь, что, и при болѣзни *Hanot*, извѣстную роль играетъ застой желчи, на почвѣ шелушенія эпителія, наблюдавшагося иногда въ желчныхъ канальцахъ.

Изъ русскихъ работъ укажемъ на бактеріологическія изслѣдованія *Кирикова*.

Въ болѣзни *Hanot* онъ усматриваетъ инфекціонное начало. Можно думать, по его мнѣнію, что подобные больные носятъ въ себѣ постоянно неизвѣстнаго паразита, который, въ благопріятныхъ случаяхъ, дѣлается крайне ядовитымъ и приводитъ обладателя къ тяжелой инфекціонной желтухѣ. Онъ работалъ экспериментально, для выясненія рода инфекцій, но заключаетъ, что вопросъ о родѣ микробовъ, вызывающихъ болѣзнь *Hanot*, остается пока открытымъ.

Заканчивая эту главу, можно сказать, что въ современномъ ученіи все болѣе и болѣе упрочивается мнѣніе о роли инфекціи, какъ въ самыхъ незначительныхъ измѣненіяхъ желчныхъ путей, выражающихся лишь легкимъ катарромъ, такъ и въ глу-

бокихъ разрушительныхъ процессахъ, быстро приводящихъ къ уничтоженію печеночныхъ клѣтокъ.

ГЛАВА V.

О первичной инфекціи по классификаціи Longuet.

Въ вопросѣ о первичной инфекціи нельзя не коснуться работы *Longuet*, попытавшагося дать въ 1896 г. классификацію первичныхъ инфекціонныхъ заболѣваній желчныхъ путей.

Оставивъ въ сторонѣ литіазъ, который главнымъ образомъ побуждалъ хирурговъ къ операціи, *Longuet* занялся тѣми заболѣваніями желчныхъ путей, которыя часто давали картину литіаза, между тѣмъ какъ, при операціи и на вскрытіяхъ, оказывалось полное отсутствіе камней.

Въ ученіи *Dupré* о первичной инфекціи желчныхъ путей мы видимъ лишь предвѣстниковъ послѣдовавшей классификаціи *Longuet*.

Dupré на первичное пораженіе пузыря смотрѣлъ лишь какъ на дейтеропатическую инфекцію, захватившую желчный пузырь во время общаго зараженія организма. Остановимся нѣсколько на эт. мнѣніи.

Тифъ или другая общая инфекція, по мнѣнію *Dupré*, производитъ физикохимическія измѣненія желчи и отворяетъ двери въ желчные пути. *Pisenti* въ 1886 году, *Hanot* въ 1885 году, показали, что, при лихорадкѣ, желчеотдѣленіе уменьшается; образуется ахолія. Это уменьшеніе желчи и порождаетъ возможность для инфекціи двигаться къ желчнымъ путямъ. Благодаря этому, тифозная инфекція поражаетъ желчные пути и часто долго тамъ живетъ. (Быть можетъ, предположилъ *Dupré*, она и есть причина литіаза у перенесшихъ тифъ).

Вмѣстѣ съ тѣмъ тифозная инфекція организма раскрываетъ двери въ желчные пути не только для тифозной палочки, но и для стрептококковъ, и для bacillus coli; послѣднюю палочку часто находили въ желчномъ пузырѣ при тифѣ.

Не могу здѣсь не упомянуть русскихъ работъ, посвященныхъ вопросу объ измѣненіи желчи при лихорадкахъ и при

другихъ патологическихъ процессахъ, которые могутъ встрѣтиться при тифѣ.

Приведеніемъ этихъ работъ я хотѣлъ бы подтвердить инфекціонную теорію рядомъ изслѣдованій соотечественниковъ. Дѣйствительно, при тифѣ, или при другой тяжелой инфекціи, на печень вліяетъ не одинъ жаръ.

Именно, развивается сумма неблагопріятныхъ для отдѣленія желчи явленій. Потеря аппетита, а также режимъ, создаютъ голоданіе; токсины инфекц. болѣзней оказываютъ вредное вліяніе на почки, производя уменьшенное отдѣленіе мочи; наконецъ, тѣ же токсины прямо разрушительно вліяютъ на стѣнки желчныхъ каналовъ и пузыря.

Вилижанинъ въ 1886 году показалъ, что голоданіе производитъ уменьшеніе отдѣленія желчи. Въ 1890 году *Лукьяновъ* повторилъ опыты въ томъ же направленіи и также убѣдился, что, при голоданіи, желчеотдѣленіе падаетъ.

Другими опытами *Вилижанина* было установлено, что лихорадка уменьшаетъ желчеотдѣленіе.

Въ 1892 году *Михайловъ* предпринялъ опыты съ уреміей, посредствомъ перевязки мочеточниковъ, въ отношеніи вліянія ея на желчь. Онъ нашелъ сильное измѣненіе состава желчи въ этихъ опытахъ, а равно и уменьшеніе желчеотдѣленія.

Лукьяновъ также произвелъ опыты, въ 1891 году, въ этомъ направленіи.

Такимъ образомъ, русскими опытами было доказано, что при голоданіи, при лихорадкѣ, при пораженіи почки, желчеобразов. дѣятельность печени падаетъ. *Лукьяновъ* приводитъ клинич. наблюд. *Uffelmann'a*, гдѣ женщина имѣла пузырно-кишечный свищъ; лишь только появилась у нея пневмонія, отдѣленіе желчи прекратилось.

Мнѣ неизвѣстны, къ сожалѣнію, русскія экспериментальныя работы, касающіяся вліянія токсиновъ на стѣнки канальцевъ печени или пузыря.

Разрушительное дѣйствіе этихъ токсиновъ болѣе всего, конечно, заставляетъ думать объ уменьшеніи сопротивленія печени, и желчныхъ путей.

Итакъ, я могу сослаться лишь на работу *Claude'a*, сообщившаго замѣчательные свои опыты зараженія токсинами животныхъ, въ 1896 г.

Кроликъ, отравленный токсиномъ bacilli pyocian., представилъ пузырь, выполненный свертками фибрина и красной кровью. Стѣнка пузыря съ разрушенной слизистой оболочкой имѣла геморрагическіе очаги. Во второмъ опытѣ, морская свинка получала три недѣли маленькія дозы токсина bacilli tetani. Пузырь содержалъ желчь и кровь. Итакъ, заключаетъ онъ, подъ вліяніемъ медленнаго микробнаго отравленія, производятся геморрагіи и измѣненія стѣнокъ пузыря.

Всѣми приведенными работами доказывается такимъ образомъ, что не одна лихорадка виновата въ измѣненіи желчи и въ призывѣ инфекцій. Нѣтъ, причинъ этихъ много, и, слѣдовательно, всегда дана возможность общей инфекціи поразить непосредственно желчные пути, или, по крайней мѣрѣ, подготовить пути къ воспринятію бактерій изъ кишечника. Таково учен. о дейтер. инфекціи.

Въ общемъ, однако, первичную инфекцію желчныхъ путей, помимо желтухъ и цирроза, *Dupré* свелъ къ тифозной инфекціи. Въ этомъ отношеніи, онъ сдѣлалъ лишь главный шагъ. *Longuet* пошелъ далѣе.

Дѣйств., въ 1896 г., *Longuet* представилъ диссертацію, посвященную вопросу ангіохолециститамъ не каменнаго происхожденія. Эта обширная монографія представляетъ собою едва ли не лучшую единственную работу въ области ангіохолециститовъ. Послѣдніе, по его мнѣнію, то первичнаго происхожденія, то вторичнаго, на почвѣ закупорки.

Наблюденія, гдѣ былъ обезпложенный гной, или обезпложенная жидкость водянки пузыря, не говорятъ нисколько противъ инфекціи: она была лишь въ скрытомъ состояніи, такъ какъ эти случаи давали часто вспышки припадковъ, въ силу временнаго обостренія.

Въ своей монографіи *Longuet* касается вопроса ангіохолециститовъ первичныхъ, гдѣ камней не было. Выводы свои онъ построилъ на 70 наблюденіяхъ.

Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ не было камня, что провѣрено было или аутопсіей, или руками опытныхъ хирурговъ.

Разбирая клинич. картину этихъ случаевъ: колики, желтуху, лихорадку, *Longuet* находитъ, что въ общемъ эта картина не разнится отъ коликъ при каменныхъ, или вторичныхъ, ангіохолециститахъ.

Все обусловлено воспалительнымъ измѣненіемъ: отсюда припадки болей, лихорадка и т. д.

Интермиттирующій типъ лихорадки и болей обязанъ такимъ же процессамъ, какіе совершаются при аппендицитахъ.

Инфекція, выходя изъ кишечника, смотря по условіямъ жизнедѣятельности того или другого отдѣла желчныхъ путей, избираетъ опредѣленное себѣ мѣстожительство.

Сообразно послѣдн., можно раздѣлить первичныя инфекціонныя болѣзни желчныхъ путей на два класса.

1-й классъ—пораженіе главнаго дерева желчныхъ путей; 2-й классъ—пораженіе придаточнаго аппарата.

1-й классъ подраздѣляетъ онъ 1) на пораженіе корешковое, куда относятся инфекц. гепатиты и гипертрофич. циррозы; 2) на пораженіе болѣе крупныхъ желчныхъ каналовъ—ангіохолиты; или пораженіе желчнаго протока—холедохоцитъ.

Страданія желчнаго пузыря и его протока составляютъ второй классъ, гдѣ *Longuet* вводитъ три подраздѣленія: септицемію, піэмію и холодный абсцессъ; это дѣленіе основано уже не по мѣсту, а по силѣ инфекціи.

Первый классъ, дающій подраздѣленія лишь по мѣсту поселившейся инфекціи, въ общемъ представляетъ воспалительныя явленія отъ самыхъ легкихъ до тяжелыхъ гнойныхъ.

Longuet не даетъ подробнаго описанія патологоанотомич. измѣненій, свойственныхъ этому классу.

Они въ общемъ тѣ-же, что при закупоркѣ желчныхъ путей, и мы еще встрѣтимся съ ними, когда коснемся вопроса закупорки.

Longuet приводитъ только клиническія картины этого класса и результаты оперативн. лѣченія.

Такимъ образомъ, мы разсмотримъ въ клинической части

каждый типъ этого класса: 1) инфекцію печеночныхъ канальцевъ—циррозъ и инфекціонный гепатитъ; 2) инфекцію желчныхъ канальцевъ—ангіохолитъ; и 3) инфекцію желчнаго протока—холедохоцитъ.

Замѣчу только, что классификація эта не строго выдержана самимъ *Longuet*. Дѣйствительно, видна нѣкоторая ея условность, что сказалось въ примѣненіи ея къ наблюденіямъ. Если еще можно представить себѣ здоровое состояніе желчнаго протока при измѣненіяхъ въ печени, то уже крайне сомнительно, чтобы было одно пораженіе желчнаго протока, безъ распространенія процесса на болѣе высоко лежащіе пути.

Переходимъ ко 2-му классу.

1-я группа касается септицеміи желчныхъ путей. Причина ихъ лежитъ въ пораженіи желчныхъ путей бактеріями высокой ядовитости: тифозной палочкой, холернымъ вибріономъ и кишечной палочкой необычайной силы; анатомически наблюдаютъ отсутствіе гноя и недостаточный фагоцитозъ.

Клинически заболѣваніе то совершенно незамѣтно проходитъ въ тяжелой картинѣ, свойственной общей инфекціи, то производитъ гнилостный перитонитъ.

Общее, что характеризуетъ эту группу, это ея молніеносное дѣйствіе. Пузырь не успѣваетъ даже особенно измѣниться, какъ уже происходитъ прободеніе его.

Такимъ образомъ, эта группа напоминаетъ собой дейтеропатическую первичную инфекцію желчныхъ путей, въ смыслѣ Dupré.

2-я группа обнимаетъ собой болѣзни піэмическія: 1) парахолециститы; 2) перихолециститы; 3) гнойные, или съ какимъ либо другимъ экссудатомъ, холециститы; и 4) фиброзные хохолециститы. Каждой формѣ соотвѣтствуетъ отдѣльная клин. картина съ особымъ анатомич. измѣненіемъ.

Парахолециститы возникаютъ на отдаленномъ пространствѣ отъ пузыря; анатомически—это абецессъ съ стрептококк., или стафилококк, или bacillus coli, или же съ пневмококкомъ.

Клинически имъ соотвѣтствуетъ опухоль, въ отдаленіи отъ пузыря, принимавшаяся иногда за pyopneumothorax, переме-

жающаяся лихорадка. Вмѣсто нагноенія находили иногда лишь фиброзныя утолщенія клѣтчатки съ серознымъ содержимымъ.

Перихолециститы—это около пузырный гнойникъ, или фиброзныя утолщенія его стѣнокъ. Бактеріологія его не извѣстна. Клинически онъ характеризуется колликами.

Холециститы съ изліяніемъ составляютъ третью форму этой группы. Ихъ можно раздѣлить по содержимому на піохолециститъ, гематохолециститъ и гидрохолециститъ. Они всегда даютъ опухоль въ правой сторонѣ.

4-я форма — холециститъ безъ изліянія. Стѣнки фиброзно утолщены; объемъ пузыря увеличенъ или уменьшенъ. Пузырь болѣе или менѣе сращенъ съ окружающ. органами.

Клинически онъ также характеризуется періодическими колликами.

3-ю группу піэмій представляетъ холодный абсцессъ желчныхъ путей. Бактеріологически — здѣсь часто антиномикозъ, или коховская палочка. Анатомически — содержимое пузыря представляется въ видѣ казеозныхъ массъ, стѣнки — утолщены, иногда покрыты известковыми отложеніями. Боли обычно не большія.

Такова классификація *Longuet*, обнимающая собой, дѣйствительно, всѣ инфекціонныя заболѣванія желчныхъ путей, но въ ней отсутствовали только камни и опухоли.

Масса просмотрѣнныхъ мною наблюденій въ литературѣ не представила ни одного случая, который былъ бы не охваченъ этой классификаціей. Если въ послѣднее время были описаны случаи гипертрофическаго склерогеннаго холецистита, гдѣ пузырь имѣлъ стѣнки въ $1-1^1/_2$ сант. толщиной, и самъ при этомъ достигалъ 10—15 сант. длины, то, мнѣ кажется, это заболѣваніе вполнѣ укладывается въ рамку фиброзныхъ холециститовъ, упомянутую Longuet.

Одинаково, я думаю, вполнѣ возможно ту же классификацію примѣнить къ случаямъ, гдѣ въ каждой изъ этихъ формъ присутствовали камни.

Стоитъ только приложить названіе «calculosa», напр., pericholecystitis calculosa, и т. д., и сущность анатомическаго процесса, бактеріологическое происхожденіе, и клиническая картина почти нисколько не уклонятся отъ тѣхъ рамокъ, въ которыя вставилъ *Longuet* первичныя инфекціи.

Вѣдь литіазъ — лишь послѣдствіе холецистита или, такъ сказать, дополненіе его; слѣдоват., и бактеріологическое происхожденіе каменнаго холецистита останется однимъ и тѣмъ же.

Впрочемъ, объ этомъ мы будемъ говорить позднѣе въ главѣ о литіазѣ.

Данная глава, посвященная *Longuet*, выдѣлена мною отъ предыдущей, несмотря на ихъ взаимную связь, только по важности теоріи *Longuet*.

ГЛАВА VI.

О вторичной инфекціи желчныхъ путей.

Вторичными инфекціями *Dupré* называетъ тѣ, которыя являются вслѣдъ за предшествующимъ раненіемъ или поврежденіемъ желчныхъ протоковъ. Именно, измѣненіе этихъ послѣднихъ влечетъ восхожденіе инфекціи. Литіазъ всего чаще служитъ призывомъ къ инфекціи.

Позволю замѣтить, что здѣсь сказывается нѣкоторое неудобство классификаціи *Dupré*.

Тифозная инфекція, при которой одновременно въ пузырь попадаетъ кишечная палочка и палочка тифа, можетъ разсматриваться, какъ вторичное пораженіе пузыря, въ силу призыва тифомъ кишечной палочки изъ 12-перстной кишки.

Съ другой стороны, можетъ быть, кишечная палочка уже заранѣе ослабила пузырь и сдѣлала его удобной средой для тифозной инфекціи, которая является, такимъ образомъ, уже вторичной. Поэтому, дѣленіе *Longuet* удобнѣе. Тифозную инфекцію желчныхъ путей онъ считаетъ прямо за первичную, ибо всегда крайне трудно опредѣлить, если не было замѣчено предшествующаго страданія ихъ, имѣется ли здѣсь случай первичнаго пораженія протоковъ или вторичнаго. Только литіазъ можетъ освѣтить дѣло, хотя и не совсѣмъ ясно. Именно,

если камни были до тифа, то тифозный холециститъ, конечно, развился уже на каменной почвѣ.

Если, съ другой стороны, находили въ пузырѣ кишеч. палочки и камни, съ тифозными бациллами въ центрѣ, то такой холециститъ можно считать первичнымъ инфекціоннымъ, вызвавшимъ литіазъ.

Въ клиническихъ замѣткахъ мы покажемъ примѣры, гдѣ можно усматривать первичный тифозный холециститъ, а также случаи вторичнаго тифознаго холецистита.

То, что относится къ пузырю, можно одинаково приложить и къ протокамъ. Ихъ пораженіе при тифѣ можетъ дать первичный тифозный ангіохолитъ. Если же существовала ранѣе первичная инфекція, какъ остатокъ той или другой инфекціонной желтухи, то при тифѣ, тифозный ангіохолитъ явится, въ силу этого, вторичнымъ.

Однако, вполнѣ возможные въ теоріи, ангіохолиты рѣдко бываютъ тифознаго происхожденія. Мы уже выше видѣли, что они результатъ совсѣмъ иной инфекціи, обусловливающей разнаго вида желтухи.

Сдѣлавъ отступленіе въ сторону отъ изложенія *Dupré*, я снова возвращаюсь къ нему.

Итакъ, вторичная инфекція есть результатъ механическаго поврежденія желчныхъ путей, облегчающаго доступъ къ нимъ бактерій.

Dupré допускаетъ, что одинъ изъ видовъ поврежденія есть расширеніе путей на почвѣ ихъ закупорки. Это облегчаетъ доступъ бактерій. Чѣмъ выше закупоренъ протокъ, чѣмъ выше камень отстоитъ отъ кишки, тѣмъ невыгоднѣе это условіе для микробовъ, такъ какъ ихъ восхожденіе нисколько не облегчено расширеніемъ протоковъ въ верхней части, вдали отъ кишки.

Помимо камней, ракъ часто закупориваетъ протоки. По мнѣнію *Dupré*, если ракъ давитъ снаружи, то можетъ долгое время тянуться асептич. процессъ. Точно также, и каменная закупорка, въ случаѣ высокаго положенія камня, можетъ долго не

давать зараженія путей и представить клинически только асептическую закупорку.

Въ клинич. части мы коснемся этихъ воззрѣній *Dupré*, представивъ наблюденія, а теперь только замѣчу, что асептическая закупорка, вѣроятно, крайне рѣдкое явленіе, такъ какъ всегда, что касается патологоанатомическихъ измѣненій, при первичной инфекц. желтухѣ наступаетъ набуханіе слиз. оболоч., шелушеніе эпителія, инфильтратъ подъ слизистой оболочкой, расширеніе капилляровъ; мѣстами—даже маленькіе очаги гноя. Вокругъ канальцевъ появляется тоже инфильтратъ, а потомъ, въ хроническихъ случаяхъ развивается соединит. ткань, опоясывающая канальцы.

Сверхъ описанныхъ въ 4 гл. первичныхъ инфекцій, гдѣ заболѣваютъ прежде всего дотолѣ здоровые желчные пути, существуютъ еще первичныя пораженія, какъ слѣдствіе общаго заболѣванія, и такъ какъ желчные пути являются уже больными, то проникновеніе къ нимъ бактерій изъ кишечника облегчается; образуется такимъ образомъ уже двойная инфекція, напр., тифозная и кишечная.

Что касается вторичныхъ инфекцій, то таковыми *Dupré* называетъ тѣ, которыя являются вслѣдъ за предшествующимъ раненіемъ желчныхъ протоковъ.

Именно, измѣненіе этихъ послѣднихъ влечетъ восхожденіе инфекціи. Литіазъ всего чаще служитъ призывомъ инфекціи.

Я позволю себѣ замѣтить, что, въ смыслѣ *Dupré*, тифъ и другія общія заболѣванія, такъ или иначе повреждающія желчные пути, то-же могутъ служить призывомъ инфекціи, а потому, тифозный холециститъ, можно объяснить, какъ первичную инфекцію, а можно въ немъ усматривать сочетаніе первичной тифозной съ вторичной кишечной.

За закупоркой непремѣнно явится инфекціонное пораженіе желчныхъ путей. Вѣроятно, застой желчи замедляетъ отправленіе функцій печени, а тѣмъ самымъ даетъ благопріятный толчокъ для развитія бактерій; эти пріобрѣтаютъ бо́льшую и бо́льшую силу въ нижн. части протока и порождаютъ уже восходящій ангіохолитъ.

Точно также самъ *Dupré* признаетъ существованіе асептичнаго состоянія короткимъ.

Водянку и эмпіэму пузыря *Dupré* разсматриваетъ также съ точки зрѣнія асептической закупорки.

Водянка—это результатъ асептической закупорки.

Эмпіэма—результатъ вторичной инфекціи на почвѣ закупорки пузыря.

Итакъ, по его мнѣнію, камень или ракъ, занявшій шейку протока, не очень скоро вызываетъ восхожденіе инфекціи, почему водянка и остается асептичной нѣкоторое время.

Въ 1891 г., въ то время какъ *Dupré* излагалъ свою работу, не было еще ясно доказано инфекціонное происхожденіе литіаза.

Помимо камня, остановившагося въ нижней части желчнаго протока, инфекцію очень легко несутъ аскариды своимъ блужданіемъ; между тѣмъ, эхинококки, спускающіеся въ желчный протокъ, если только киста была не гнойная, не влекутъ инфекціи, но, постояннымъ прохожденіемъ, черезъ протокъ, значительно расширяютъ послѣдній, и тѣмъ самымъ даютъ возможность вхожденія инфекціи.

Вслѣдъ за застоемъ рождается расширеніе каналовъ, измѣненіе питанія стѣнокъ, асистолія протоковъ, язвенный фолликулитъ слизист. оболочки. Большинство опытовъ съ перевязкой желчн. протока представляетъ ту-же картину, что результатъ септической закупорки.

Сжатіе же опухолью даетъ всѣ стадіи асептической высокой перевязки протока, протекающей нѣкоторое время безъ лихорадки.

Таковы причины вторичной инфекціи, въ взглядахъ *Dupré*, и таковы картины, порождаемыя ими.

Однако, вопросъ, затронутый этой главой, относительно перевязки и закупорки желчнаго протока такъ важенъ въ патологіи и такъ сравнительно разработанъ, что мы посвящаемъ ему особую главу.

ГЛАВА VII.

О перевязкѣ и закупоркѣ желчнаго и пузырнаго протоковъ.

Настоящая глава представляетъ собой прямое продолженіе предшествующей, излагая здѣсь результаты вторичной инфекціи.

Мы должны коснуться здѣсь многихъ новыхъ фактовъ и наблюденій, которыми обогатилась патологія послѣ работы *Duprè*. Коротко скажемъ о патологоан. картинѣ.

Острая инфекція обусловливаетъ въ большихъ протокахъ набуханіе слизистой оболочки, покрытой экссудатомъ; подслизистая оболочка инфильтруется экбріональными клѣтками; капилляры расширяются, эпителіальныя клѣтки отчасти отстаютъ отъ слизистой оболочки; поверхностные слои слизистой оболочки инфильтруются микробами, которые видны между эпителіальн. клѣтками, а иногда они проникаютъ на разную глубину въ толщу слиз. оболочки и въ железы, причемъ поражаютъ послѣднія до самаго ихъ дна.

На фигурѣ 3-й видны бактеріи на поверхности эпителія, подобно песку. Видно также проникновеніе ихъ въ железистый мѣшочекъ. Подслизистая оболочка усѣяна кругл. клѣтками, которыя особенно многочисленны около железистыхъ мѣшочковъ и подъ эпителіемъ, противъ находящихся на немъ бактерій. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ образуются маленькіе очаги, гдѣ инфильтрующія клѣтки растворились и образовали полости.

Что касается мельчайшихъ каналовъ, то, по мнѣнію *Dupré*, они представляютъ тѣ измѣненія, которыя были описаны въ опытахъ *Charcot* и *Gambault*'а; часто также наблюдаются очаги некроза, въ видѣ многоклѣточныхъ островковъ, которые описаны въ работѣ *Былоусова*, а также у *Lahousse*'а.

Микробы часто отсутствуютъ. Впрочемъ, открытіе ихъ въ печени, по мнѣнію *Dupré*, часто не удается; съ другой стороны, быть можетъ, микробы, въ остромъ стадіи болѣзни, не имѣли времени поразить мельчайшіе протоки, между тѣмъ

какъ продукты ихъ жизнедѣятельности, обусловили островки некроза. Если инфекція долго длилась, то, вокругъ канальцевъ, въ междольковыхъ пространствахъ, видна обильная инфильтрація зачаточными клѣтками, которыя постепенно превращаются въ веретенообразныя; постепенно развивается склерозъ, и тяжи соединит. ткани ограничиваютъ расширенныя желчныя полости. Въ этихъ расширенныхъ полостяхъ, на внутренней стѣнкѣ ихъ видны разсѣянными многочисленные микробы (см. рис.).

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, на ряду съ циррозомъ, въ паренхимѣ печени видны дегеративные процессы: трабекулы лежатъ въ безпорядкѣ, клѣтки набухли, инфильтровались пигментомъ; такой дегенеративный процессъ особенно замѣтенъ въ центрѣ островковъ, окруженныхъ склерозными тяжами. Въ этихъ островкахъ также поселяются микробы. Въ общемъ, картина представляетъ старый циррозъ со множествомъ некротическихъ очаговъ, свойственныхъ тяжелой желтухѣ, и съ микробной инфильтраціей желчныхъ канальцевъ.

Въ крайне тяжелыхъ формахъ желчной инфекціи всякая систематичность исчезаетъ.

Таковъ, напр., процессъ острой желчной атрофіи печени.

Бактеріологическія изысканія часто здѣсь—отрицательны. Въ общемъ можно сказать, что, чѣмъ инфекція глубже, тѣмъ она сильнѣе поражаетъ печеночную клѣтку. Это легко сравнить съ дыхательными органами: пораженіемъ трахеи, бронховъ и легочныхъ альвеолъ.

Dupré, напр., дѣлалъ опыты впрыскиванія бактерій въ желчный протокъ или пузырь и вызвалъ диффузный катарральный ангіохолитъ и желтуху.

Что касается тифозной инфекціи, то въ начальныхъ стадіяхъ наступаютъ явленія десквамативнаго катарральнаго ангіохолита. Капилляры расширены, мѣстами скопленія эмбріопальныхъ клѣтокъ. Вслѣдъ за этимъ наступаетъ болѣе тяжелое пораженіе—язвенный ангіохолитъ.

Изъязвленія обычно помѣщаются въ мѣшочкахъ слизистой оболочки пузыря. Результатомъ обычно является прободеніе, хотя язвы могутъ и зарубцеваться.

Объясненіе таблицы изъ диссерт. Dupré.

Фиг. 1. Старый циррозъ. Инфекція желчн. каналовъ.

A. Расширенный желчный каналъ.

B. Тяжи соед. ткани.

C. Некрозы клѣтокъ.

D. Пигментная инфильтрація перерожденныхъ островковъ паренх. печени.

E. Инфильтрація микробами стѣнки желчнаго канала.

F. Некротическій фокусъ съ бактеріями.

Фиг. 2. Стрептококк. инфекція вслѣдъ за литіазомъ (каменн. ангіохолитъ).

A. Расшир. желчный каналъ.

B. Хронич. періангіохолитъ.

C. Портальн. пространство, перипорт. склерозъ.

E. Паренхима печени.

F. Стрепток. инфильтр. стѣнки канала.

Фиг. 3. Инфекція желчнаго пузыря.

A. Инфильтрація микрококками эпителія стѣнки пузыря.

B. Расширенная полость въ железѣ; пигментная грануляція.

C. Склерозъ около железы.

D. Инфильтрація подслизистой оболочки зачаточн. клѣтками.

E. Образованіе внутристѣночнаго абсцесса.

F. Инфильтрація микробами стѣнки желѣзы.



Объясненіе таблицы изъ [illegible]

Фиг. 1. Старый циррозъ. Инфекція [illegible]

A. Расширенный желчный каналъ.

B. Тяжи соед. ткани.

C. Некрозы клѣтокъ.

D. Пигментная инфильтрація перерожденныхъ [illegible] въ-ренх. печени.

E. Инфильтрація микробами стѣнки [illegible]

F. Некротическій фокусъ съ бактеріями.

Фиг. 2. Стрептококк. инфекція [illegible] (камени. ангіохолитъ).

A. Расшир. желчный каналъ.

B. Хронич. перiангіохолитъ.

C. Портальн. [illegible]

E. Паренхима печени.

F. Стрептов. инфильтр. [illegible]

Фиг. 3. Инфекція желчного [illegible]

A. Инфильтрація [illegible]

B. Расширенная [illegible] въ желчн. [illegible]

C. Склерозъ [illegible] железы.

D. Инфильтрація [illegible] оболочки [illegible]

E. Образованіе внутрипечеточнаго абсцесса.

F. Инфильтрація микробами стѣнки желѣзы.

Fig. I

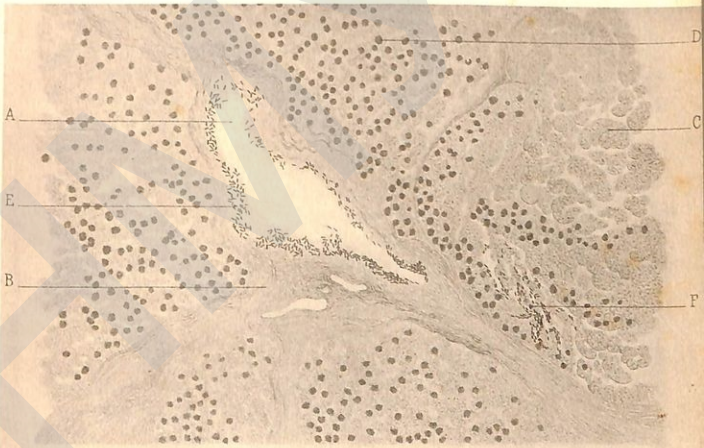


Fig. II

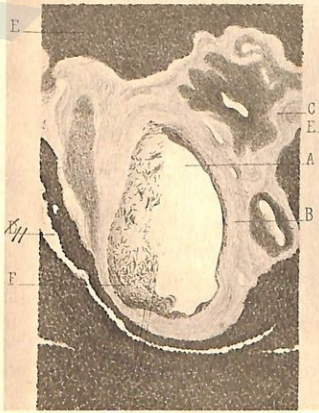
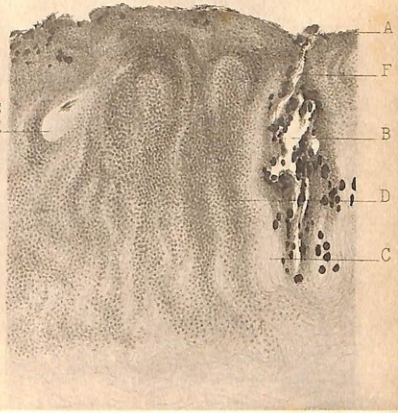


Fig. III



Фототипія О. Ренаръ, Москва.

НБ ХНУ

Эти рубцы, по мнѣнію *Dupré*, можетъ быть, служатъ ядромъ, около котораго современемъ возникнутъ камни.

Разсмотрѣвъ, что́ порождаетъ собою инфекція въ патолого-анат. отношеніи, мы прослѣдимъ рядъ экспериментальныхъ работъ, посвященныхъ выясненію измѣненій желчныхъ путей вслѣдъ за перевязкой ихъ.

Именно, если мы разсмотрѣли картины, свойственныя вторичной инфекціи, проявляющей свою силу на почвѣ закуп. камнемъ желчн. протока, то кажется теперь необходимымъ выяснить путемъ опытовъ гибельное вліяніе этой закупорки, и сравнить картины каменной закупорки съ картинами опытовъ.

Наиболѣе ранними были опыты *Charcot* и *Gaumbault*'а.

Опыты, предпринятые ими въ 1876 г., показали, что во всѣхъ случаяхъ печень, послѣ перевязки желчнаго протока, содержала вибріоновъ; маленькія кучки зачаточныхъ клѣтокъ, расположились то въ самой долькѣ, то по сосѣдству въ междольковыхъ пространствахъ, то въ стѣнкахъ желчныхъ капилляровъ.

Сверхъ того, они видѣли, что вслѣдъ за перевязкой желчнаго канала, черезъ 12—15 дней отъ операціи, желчные каналы животныхъ представляются расширенными, выстланными правильнымъ цилиндрическимъ эпителіемъ.

Одновременно видно развитіе соединительной ткани вдоль желчныхъ протоковъ; гиперплязія соед. ткани выражена сначала лишь въ портальныхъ пространствахъ, а потомъ простирается и на щели между дольками, а иногда окружаетъ всю дольку.

Послѣ опытовъ *Charcot*, опыты были предприняты *Chambard*'омъ въ 1877 г., который пришелъ къ тѣмъ же выводамъ, что и *Charcot*.

Болѣе подробно мы изложимъ то, что получалось въ опытахъ *Бѣлоусова*, въ 1881 г., съ перевязкой желчнаго протока.

Взгляды его нѣсколько разошлись съ мнѣніями предшественниковъ.

Онъ оперировалъ 80 животн., которыя не выживали болѣе

18 дней; передъ смертью появлялись судороги; первые дни животныя были здоровы, но съ 6—8-го дня переставали ѣсть.

Выше перевязки всѣ протоки были расширены; желчь—темная; бактерій въ желчи не было; пузырь также былъ растянутъ; большого увеличенія печени не было. Черезъ 4—8 час. послѣ перевязки на печени находили сѣрожелтыя бляшки, величиной съ булав. головку; въ слѣдующіе 6 дней ростъ бляшекъ больше; съ 10-го ихъ меньше, а съ 18-го—ихъ не замѣтно.

Черезъ 24 часа эти сѣроватожелтыя бляшки были отграничены красноватымъ поясомъ отъ сосѣднихъ тканей; красный поясъ былъ выраженіемъ воспаленія; кровеносные сосуды здѣсь переполнены не только на периферіи долекъ, но и внутри ихъ; лейкоциты находились между дольками и проникали въ очаги, о которыхъ сейчасъ будетъ рѣчь.

Сѣрожелтыя бляшки, при микр. изслѣдованіи, представили ряды печеночныхъ клѣтокъ, напитанныхъ пигментомъ желчи; клѣтки эти сильно красились пикрокарминомъ; ядра въ нихъ исчезли; затѣмъ здѣсь видны сѣти, образующія петли; въ этихъ петляхъ заложены печеночныя клѣтки, которыя тѣмъ болѣе измѣнены, чѣмъ дольше жило животное, и, наконецъ, превращаются въ блестящіе комки, на подобіе гіалиновыхъ массъ. Наливая воротную вену окрашенной массой, замѣтили, что окраски очаговъ не было; обратно, она происходила, если наливали массу черезъ желчный протокъ.

Подобные очаги можно получить было, вводя подъ сильнымъ давленіемъ какую либо жидкость, напр., соляной растворъ, въ печеночный протокъ. Это показываетъ, что причина очаговъ въ давленіи желчи. Гдѣ нѣтъ давленія, тамъ нѣтъ очаговъ. Какая связь? Очевидно, происходитъ разрывъ ходовъ, или, въ силу химич. дѣйствія, происходитъ нарушеніе питанія. Въ окружности очага является также измѣненіе клѣтокъ. Разъ снова открыли желчный протокъ, клѣтка не оживаетъ, она мертва. Если впрыскивать индигосѣрную кислоту, мертвыя клѣтки жадно ею красятся, живыя—нѣтъ; онѣ выводятъ краску, тогда какъ мертвыя лишены сей способности.

Черезъ 4 дня послѣ перевязки въ очагѣ развивается сильная инфильтрація зачаточн. клѣтками, и наблюдаются новые желчные ходы. Черезъ 12 дней дѣлаются видны тяжи соедин. ткани, заполняющіе очаги; ткань распредѣляется неправильно, и черезъ 18 дней видно, что печеночныя дольки изуродованы: то одни дольки огружены соед. тканью, то нѣсколько, то часть дольки и между тяжами клѣтки сплющиваются и исчезаютъ.

Ни отъ кого не ускользнулъ этотъ процессъ развитія ткани, но всѣ, начиная съ *Charcot*, думали, что клѣтки уничтожаются въ силу роста соед. ткани. Но почему лигатура влечетъ развитіе ткани, это—*Charcot* и его ученики разно объясняли.

Они думали, что застой желчи вызываетъ раздраженіе слиз. оболочки желчн. ходовъ и черезъ нихъ вліяетъ на окружающую соединительную ткань.

Legg думалъ, что раненіе стѣнки, при перевязкѣ желчн. протока, влечетъ распространеніе воспал. проц. по Глиссоновой капсулѣ.

Litten тоже высказалъ, но думалъ, что асептичная операція не вызываетъ воспаленія, а потому де причина разрощенія кроется въ воспаленіи.

Однако, говоритъ *Бѣлоусовъ*, пусть воспаленія и не будетъ, но, все равно, циррозъ явится, а если дать желчи ходъ, или слабо перевязать протокъ, то циррозъ не разовьется. Дѣло въ томъ, что ни *Legg*, ни *Litten* не замѣтили очаговъ, а *Charcot*, *Chambard* и друг., хотя видѣли, но выяснили ихъ не вѣрно, считая за пустоты. Еще менѣе они знали, что очаги развиваются даже черезъ 4 часа, когда нѣтъ никакого роста соедин. ткани.

Итакъ, циррозъ происходитъ слѣд. образомъ: въ силу застоя, рвутся желчные ходы; вслѣдствіе сего происходитъ некротическій фокусъ, за которымъ идетъ реактивное воспаленіе и развитіе соединит. ткани.

Въ человѣческой патологіи за закупоркой не всегда слѣдуетъ интерст. процессъ. Здѣсь играетъ роль время. Чѣмъ быстрѣе закупорка, тѣмъ скорѣе явятся некротическіе фокусы, и смерть быстрѣе придетъ; если же суженіе идетъ медленно, то фокусы

разовьются не скоро, а, можетъ быть, и совсѣмъ не разовьются.

Изъ послѣдующихъ русскихъ работъ упомянемъ опыты *Попова*, предпринятые послѣ *Бьлоусова*. Онъ также видѣлъ фокусы омертвѣнія печеночныхъ клѣтокъ.

Обратный *Бьлоусову* взглядъ высказалъ *Dietrich* (см. *Alessandri*), который приписалъ некрозъ печеночныхъ клѣтокъ ядовитому дѣйствію желчи, а не застою ея. Сильное давленіе, которое онъ примѣнялъ путемъ впрыскиванія воды въ желчный каналъ не произвело никакихъ некротическихъ фокусовъ.

Въ 1887 г., *Lahousse* изложилъ результаты перевязки желчн. протока въ личныхъ опытахъ.

Онъ наблюдалъ слѣдующія измѣненія: въ первомъ стадіи, начало клѣт. некроза, расширеніе сосудовъ, пигментную окраску печени, собраніе лейкоцитовъ между дольками; во 2-мъ стадіи—гиперплязію соединит. ткани между дольками и атрофію паренхимы по ея краямъ, расширеніе желчныхъ канальцевъ, мутное набуханіе печеночныхъ клѣтокъ или жировое, перерожденіе ихъ. Гнойнаго пораженія онъ не наблюдалъ.

Затѣмъ, въ 1891 году, *Dupré* также произвелъ подобные опыты. На 4 собакахъ, онъ перевязалъ желчный протокъ у мѣста соединенія двухъ печеночныхъ.

Три собаки умерли въ 2—4 дня послѣ операціи.

При аутопсіи найдена большая печень, въ ней—расширеніе каналовъ, инфильтрація лейкоцитами междольковыхъ пространствъ, гноя нигдѣ не было. 4-я собака жила 3 мѣс., такъ какъ у нея не было полной закупорки. При вскрытіи ея, протоки расширены, гноя нѣтъ.

Въ другомъ опытѣ онъ перевязалъ желчный протокъ и ввелъ въ пузырь культуру. Это тотчасъ породило смерть собаки, у которой были найдены гнойники въ печени. Наконецъ, введеніе въ пузырь стафилококка, безъ перевязки желчнаго протока, вызвало только легкую инфекціонную желтуху, и собака выздоровѣла.

Alessandri, въ 1901 г., сообщилъ о своихъ опытахъ перевязки, въ которыхъ онъ видѣлъ атрофію печеночныхъ клѣтокъ

съ пигментнымъ отложеніемъ; жировое перерожденіе нѣкоторыхъ клѣтокъ. Въ общемъ его опыты подтвердили мнѣнія *Charcot*.

Мнѣ остается теперь сказать о тѣхъ измѣненіяхъ въ организмѣ, которыя вызываетъ перевязка желчнаго протока или каменная его закупорка.

Мы увидимъ, что оказались существующими также и русскія работы въ этомъ направленіи.

Кравковъ въ 1891 г., произвелъ опыты перевязки общ. желчнаго протока, съ цѣлью изучить вліяніе ея на обмѣнъ.

Онъ нашелъ, что по мѣрѣ развитія желтухи, наступаетъ неудержимый распадъ азотистыхъ веществъ организма. Развиваются, при этомъ, вредные яды, съ которыми печень не можетъ справиться. Это и вызываетъ смерть животнаго. Опыты его продѣланы на 16 собакахъ.

Выяснилось далѣе опять таки русскими экспериментаторомъ вліяніе закупорки на составъ крови и способъ зараженія печени.

Левинъ произвелъ рядъ опытовъ въ 1893 г. для выясненія механизма зараженія печени чрезъ желчные пути.

Онъ перевязывалъ желчный протокъ очень низко, совсѣмъ около кишки; въ друг. случаяхъ, значительно повыше. Изслѣдуя кровь чрезъ 5-ть дней, онъ находилъ присутствіе въ ней микробовъ, въ случаѣ низкой перевязки; микробовъ не было, если перевязка сдѣлана высоко.

Интересны также попутные его опыты о значеніи закупорки. Если кролику впрыскивали палочку синяго гноя въ кровь, онъ иногда переживалъ. Если же при этомъ перевязывался общій желчный протокъ, то смерть развивалась несравненно быстрѣй, чѣмъ при простой перевязкѣ.

Такимъ образомъ, выходитъ, что вмѣстѣ съ желчью выдѣляются въ пузырь и ядовитые продукты жизнедѣятельности бактерій, при общихъ инфекціяхъ. Изліяніе такой желчи въ полость брюшины не было бы безразлично для организма.

Быть можетъ, при жизни неоднократно попадаютъ палочки въ печень, не обусловливая грозныхъ явленій вслѣдствіе своего уничтоженія. Всякая же закупорка протока повлечетъ ослаб-

леніе клѣтокъ, размноженіе бактерій и смерть не отъ желчи, но отъ развитія ядовъ.

Далѣе, *Вербицкій* предпринялъ въ 1895 г. провѣрку опытовъ *Оболенскаго* и *Кремера*, производившихъ перевязку желчнаго протока и изслѣдованіе крови вслѣдъ за перевязкой.

Опытами на собакахъ *Вербицкій* убѣдился въ томъ, что кровь становится бѣдна красными шариками и гемоглобиномъ, и это развивается не въ 1-ю или во 2-ю нед., какъ думали прежде, а чрезъ 2—3 недѣли. Въ то же время, повидимому, наступаетъ прекращеніе выработки желчныхъ кислотъ, такъ какъ въ мочѣ ихъ нельзя открыть.

Изъ этихъ опытовъ, я думаю, вполнѣ возможно заключить о подавленіи отправленій печени у желчныхъ больныхъ, на почвѣ закупорки, наступающемъ, вѣроятно, довольно рано. Отсюда, выжиданіе съ операціей 2—4 мѣс., какъ совѣтуютъ нѣкоторые, является мало обоснованнымъ.

Собаки въ его опытахъ жили до 100 дней; у нихъ развилась рѣзкая водянка; въ печени разросталась соединит. ткань не только около желчныхъ ходовъ, но и около венъ.

Въ общемъ онъ пришелъ къ заключенію, что собаки съ перевязкой желчнаго протока могутъ жить до 100 дней, тогда какъ прежнимъ наблюдателямъ не удавалось видѣть столь длительнаго срока. Малокровіе собакъ развивается въ силу слизистаго перерожденія костнаго мозга; печень превращается въ атрофическую зернистую; въ почкахъ наступаетъ пораженіе клубочковъ; въ кишечникѣ—изъязвленіе; желтуха современемъ дѣлается слабой отъ пониженной дѣятельности печени; вѣсъ собакъ падаетъ и температ. понижается; водянка ихъ обусловлена циррозомъ печени, а также пораженіемъ почекъ и состояніемъ крови. Главнѣйшая же причина водянки—въ измѣненіи крови, такъ какъ пораженія печени и почекъ слишкомъ незначительны, чтобы ими можно было объяснить водянку.

Для выясненія условій развитія водянки, при закупоркѣ желчнаго протока, *Малковъ* предпринялъ въ 1896 г. опыты съ перевязкой желчнаго протока.

У 1-й собаки на 36 день послѣ операціи рѣзко увеличился

животъ, и расширились подкожныя вены; тогда на 68-й день ей произведенъ пузырный свищъ; водянка стала уменьшаться и исчезла. Собака еще жила 68 дней.

У 2-й собаки водянка живота наступила на 52-й день; на 57-й день пузырь вскрытъ, и водянка стала уменьшаться. Не излагая всѣхъ его опытовъ, скажу, что въ печени этихъ оперированныхъ собакъ онъ находилъ потомъ разрощеніе соединительной ткани въ междольковыхъ пространствахъ, а иногда вокругъ центральн. венъ; также попадались новообразованные желчные канальцы. На основаніи этихъ опытовъ, онъ приходитъ къ заключенію, что, послѣ перевязки желчнаго протока, водянка у собакъ обусловлена измѣненіемъ состава крови, замѣченнымъ ранѣе *Вербицкимъ*. Если бы собаки могли жить долѣе, у нихъ должна бы развиться общая водянка, которая въ раннемъ стадіи сказывается на животѣ, а не въ другихъ органахъ потому, что измѣненная жидкая кровь легко пропускаетъ свою сыворотку прежде всего чрезъ серозный покровъ печени.

Послѣднее было доказано еще ранѣе опытами *Pisenti*, на котораго ссылается *Малковъ*. Кроветворящіе органы, наконецъ, такъ глубоко могутъ измѣниться, что даже выпусканіе желчи чрезъ пузырь уже не способно вернуть ихъ къ нормальному отправленію, и водянка остается, переходя въ общую.

Въ дополненіе къ этому, проф. *И. Павловъ*, въ 1896 году, показалъ собаку, которая жила 4—5 мѣс. съ желчнымъ свищемъ, и у нея развилась водянка въ силу того, что свищъ закупорился, и желчь не могла течь, по причинѣ заранѣе перевязаннаго желчнаго протока.

Если же у собаки расширялся свищъ, то водянка исчезала.

Поэтому, онъ присоединился къ мнѣнію *Вербицкаго* и *Малкова*, что водянка обусловлена измѣненіемъ крови.

У собаки проф. *И. Павлова* въ печени оказались незначит. цирротическія измѣненія. Точно также и *Малковъ* находилъ незначительный циррозъ.

Далѣе, въ 1897 г., *Лукьяновъ* также на основаніи личныхъ опытовъ убѣдился, что застой желчи вызываетъ ограниченіе выработки ея печеночными клѣтками; клѣтки сами поражаются,

въ нихъ исчезаетъ ядро, развивается жировое перерожденіе, мѣстами прямо погибаетъ цѣлая кучка клѣтокъ, и, слѣдоват., не удивительно, что выработка желчи значительно уменьшена.

Наконецъ, *Дитманъ*, въ 1898 году, также наблюдалъ послѣ перевязки желчнаго протока некротическіе фокусы въ печени и уменьшенное отдѣленіе желчи. Составныя части желчи находились въ бо́льшемъ количествѣ противъ содержащейся въ желчи воды.

Перехожу теперь къ указанію рѣдкихъ причинъ закупорки у людей, помимо камней, аскаридъ, эхинококковъ, опухолей и внѣшнихъ причинъ со стороны сосѣднихъ органовъ, сдавливающихъ желчные пути.

Я могъ изъ этихъ рѣдкихъ случаевъ найти въ литературѣ лишь небольшое число.

Въ 1896 г., *Leven* описалъ наблюденіе, гдѣ причиной закупорки была складка въ видѣ клапана, на слизистой оболочкѣ желчнаго протока.

Далѣе укажемъ на наблюденіе *Guise*, въ 1896 г.

Онъ сообщилъ случай врожденнаго зарощенія печен. протока у 3 мѣсячн. ребенка. При этомъ онъ собралъ еще 27 подобныхъ, извѣстныхъ въ литературѣ, случаевъ съ дѣтьми. Дѣти первое время хорошо питаются, хотя имѣютъ желтуху, и живутъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Въ приведенномъ наблюденіи ребенку сдѣлали операцію, но онъ умеръ черезъ 3 недѣли.

Авторъ, однако, допускаетъ, что при болѣе точномъ распознаваніи, возможно спасти дѣтей; нужно лишь, по возможности, раннее вмѣшательство.

Укажемъ еще на случаи кисть желчнаго протока, развившихся также на почвѣ застоя желчи. Механизмъ ихъ довольно темный, хотя въ этомъ направленіи есть русская работа *Ростовцева*, въ 1898 году, гдѣ онъ механизмъ кисты объясняетъ особыми клапанами слизистой оболочки, допускающими притокъ желчи. Это наблюденіе мы приведемъ въ клинической части.

Также къ рѣдкимъ случаямъ принадлежитъ зарощеніе руб-

цовой тканью нижняго отверстія желчнаго протока. Я нашелъ одно русское наблюденіе, описанное *Троицкимъ* въ 1900 году. Мы приведемъ этотъ случай въ клинич. отдѣлѣ.

Вѣроятно, клапаны играли роль въ случаяхъ *Brun'a* и *Broca*.

Въ 1897 г., *Brun* сообщилъ наблюденіе пораженія желчн. путей у ребенка $3^1/_2$ лѣтъ.

Большая опухоль занимала весь животъ. Лихорадка. При операціи, найдена киста, изъ которой выдѣлилось $1^1/_2$ литра желчной жидкости; потомъ все время выдѣлялась желчь, и испражненія были обезцвѣчены. Черезъ $^1/_2$ года было сдѣлано вырѣзаніе свища и вшиваніе въ кишку кисты... *Brun* не зналъ, что это была за киста. Но, кажется, это разъяснено наблюденіемъ *Broca*.

Именно, *Broca* въ 1897 г. привелъ случай огромнаго расширенія желчнаго протока у 10-ти лѣтней дѣвочки. При операціи нашли большую кисту, сидѣвшую между изгибами 12-типерстной кишки. Оказалось, что это былъ расшир. желчный протокъ, сообщившійся съ нормальнымъ желчнымъ пузыремъ и съ 12-перстной кишкой.

Упомянемъ, наконецъ, тотъ важный фактъ, что часто неполная закупорка производитъ измѣненія печеночныхъ протоковъ. Это мы увидимъ въ клинич. части, а сейчасъ приведемъ наблюденіе *Giacinto Viola*, который видѣлъ на почвѣ закупорки желчн. протоки струнцомъ, у 83-лѣтней женщины, отсутствіе желтухи, но лихорадку въ 38°—38,4°. Смерть послѣдовала отъ маразма. Въ пузырѣ и въ печеночномъ протокѣ находились струнцы. Всѣ протоки печени очень расширены, а въ правой долѣ, около глисты, былъ гнойникъ. Важно здѣсь отмѣтить расширеніе протоковъ, хотя желчь могла поступать въ 12-типерстную кишку.

По изложеніи этихъ сравнительно рѣдкихъ причинъ закупорки, я въ заключеніе коротко скажу о патологоанат. измѣненіяхъ у лицъ, умершихъ при закупоркѣ желчн. путей. Буду кратокъ потому, что всѣ эти измѣненія были наблюдаемы и въ опытахъ.

Gilbert и *Surmont*, въ 1897 г., заявили, что результатомъ закупорки желчн. протока является гнойный или катарральный ангіохолитъ. Развитіе того или другого зависитъ отъ сопротивляемости печени и отъ силы инфекціи. Желчные пути при томъ и другомъ процессѣ стремятся къ облитераціи, и развивается островковый циррозъ, ничѣмъ не отличающійся отъ цирроза *Hanot*; только, при циррозѣ отъ закупорки, теченіе процесса быстрѣе. Приступы лихорадки болѣе часты, и испражненія чаще бываютъ вполнѣ обезцвѣчены, чѣмъ при циррозѣ *Hanot*.

Schwartz, въ 1900 г., такъ излагаетъ сущность ангіохолита. Подъ вліяніемъ инфекціи, наступаетъ шелушеніе эпителія и разрушеніе его: ткань подъэпителіальная инфильтруется, протоки расширяются; кучки слущившихся клѣтокъ засариваютъ канальцы, въ которыхъ можно встрѣтить разныхъ микробовъ; вокругъ каналовъ развивается инфильтратъ—періангіохолитъ. Въ самыхъ каналахъ, подъ вліяніемъ болѣе сильной инфекціи, можетъ получиться гной; стѣнки ихъ разрушаются, и нѣсколько ходовъ соединяются въ одинъ общій, отчего получаются ареолярные абсцессы. Печень въ это время увеличена, и на ея поверхности замѣтны желтоватыя пятна; на срѣзѣ печени видны желчь и гной: въ гною иногда мельчайшіе конкременты. Если же не наступаетъ гнойный процессъ, то инфильтратъ постепенно переходитъ въ молодую соедин. ткань, и такимъ образомъ начинаетъ развиваться билліарный циррозъ.

Такимъ образомъ, если принять во вниманіе все то, что было изложено въ опытахъ съ точки измѣненій анатомич. строенія, а равно припомнить опыты, предпринимавшіеся съ цѣлью выяснить значеніе для организма застоя желчи, и, наконецъ, присоединить сюда заключеніе, что закупоренные пути очень скоро инфецируются, и что эта инфекція гибельно вліяетъ на отправленіе печени, то легко понять рядъ анат. и клин. проявленій у человѣка, вслѣдъ за закупоркой путей.

Тотчасъ наступаетъ растяженіе желчныхъ путей. Печень дѣлается объемистой, но край ея острый; поверхность ея гладка, зернистости не бываетъ. Могутъ быть даже разрывы внутри

печеночныхъ каналовъ, такъ назыв. желчныя апоплексіи. Постепенно развивается гиперплязія соедин. ткани, не влекущая зернистости.

По истеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, послѣ закупорки, можетъ наблюдаться и уменьшеніе печени въ силу гибели ея печеночныхъ клѣтокъ. Иногда же присоединяется жировое перерожденіе ея, сходное съ острой желтой атрофіей.

Крупные каналы, расположенные въ рыхлой соедин. ткани, болѣе расширяются, чѣмъ мелкіе междольковые; въ послѣднихъ эпителій сохраняется, но располагается неправильно, закупоривая просвѣтъ; въ крупныхъ эпителій весь слѣзъ со стѣнокъ. Иногда получается рѣзкое разграниченіе: мелкіе каналы растянуты желчью, а крупные содержатъ только одну слизь; но это рѣдко; чаще въ крупныхъ наблюдается желчь со слизью или съ гноемъ. Стѣнки и крупныхъ, и мелкихъ протоковъ обычно утолщены.

Эти измѣненія обычно наступаютъ въ разные періоды.

Затѣмъ наступаетъ періангіохолитъ и мѣстами нагноеніе.

Нарывъ то одиночный бываетъ, то ихъ много, въ видѣ гороха или проса.

Смерть отъ закупорки у людей всего чаще черезъ нѣсколько мѣсяцевъ, и только, самое позднее, черезъ два года.

Расширенные желчные канальцы и разростаніе соединительн. ткани вызываетъ сдавленіе венъ, отчего является водянка, гипертрофія селезенки и кишечное кровотеченіе. Однако, водянка, можетъ быть, зависитъ отъ гипереміи крови, а большая селезенка—отъ инфекціи.

Затѣмъ, перемежно-печеночная лихорадка свойственна всякой закупоркѣ, но она можетъ отсутствовать при ангіохолитахъ. Приступъ начинается внезапно, знобомъ, съ температур. въ 40—41°; затѣмъ обильный потъ; новый припадокъ наступаетъ правильно черезъ нѣсколько (2—3—4) дней. Мочевины мало. Лихорадка, если она очень высокая, ведетъ въ нѣсколько мѣсяцевъ къ смерти.

Эту лихорадку слѣдуетъ отличать отъ гепаталгической, наблюдаемой при колликахъ, за которой развивается новый рядъ

приступовъ ея, но уже безъ колики. Гепаталгическая форма часта у лицъ уже давно страдающихъ, и ее можно сравнить съ уретральной лихорадкой.

Затѣмъ, при закупоркѣ развивается желтуха покрововъ, измѣненіе мочи и кала. Однако, въ виду того, что лихорадка и сейчасъ упомянутыя явленія встрѣчаются при многихъ другихъ заболѣваніяхъ желчныхъ путей, я отложу вопросъ о нихъ въ одной изъ слѣдующихъ главъ, а теперь скажу о пуз. протокѣ.

Переходя къ закупоркѣ пузырнаго протока, напомню, что *Dupré* доказывалъ полнѣйшую возможность отсутствія микробовъ въ замкнутомъ пузырѣ. Подобное явленіе стоитъ, по его мнѣнію, въ прямой связи, съ отдаленностью пузыря отъ кишечника. Поэтому, разъ произошла «асептическая закупорка», то содержимое пузыря, если оно было лишено микробовъ до закупорки, остается и послѣ этого обезпложеннымъ.

Клиническія наблюденія, гдѣ происходилъ разрывъ замкнутаго пузыря, часто показывали отсутствіе перитонита.

Однако, работой *Morin'a*, появившейся въ 1894 году, были сдѣланы нѣкоторыя дополненія къ взглядамъ *Dupré*.

Morin изучалъ водянку желчнаго пузыря и воспользовался 88 наблюденіями, извѣстными въ литературѣ. Онъ пришелъ къ выводамъ, что водянка—результатъ литіаза. Камень или непосредственно производитъ закупорку протока, или путемъ мѣстнаго воспаленія, поражаетъ уничтоженіе просвѣта; наконецъ, раздраженіе стѣнокъ протока вызываетъ иногда только набухлость ихъ, благодаря чему, довольно маленькій камень можетъ закупоривать протокъ.

На 83 наблюденія водянки 73 раза камни были причиной закупорки. Очень рѣдко, только въ 6-ти случаяхъ, также былъ закупоренъ и желчный протокъ. Интересно отмѣтить, что только 1 разъ было рубцовое зараженіе пузырнаго протока въ 88-ми наблюденіяхъ.

По вопросу о присутствіи микробовъ въ жидкости замкнутаго пузыря. *Morin* сослался на *Letienne'a*, какъ на перваго, кто указалъ ихъ присутствіе въ слизи закупореннаго желчнаго пузыря.

Проникновеніе этой инфекціи *Morin* объясняетъ или вхожденіемъ ея въ пузырь ранѣе закупорки, или послѣдующимъ зараженіемъ водянки чрезъ кровяной токъ. Присутствіе инфекціи почему-то иногда остается совершенно не замѣтнымъ; только случайный какой либо моментъ, ударъ, раздраженіе камнемъ, и проч., вызываетъ превращеніе водянки въ эмпіэму.

Обращаясь къ признакамъ, которые наблюдались въ 88 случ. водянки, *Morin* указываетъ на лихорадку, боли и желтуху.

Однако, ни одинъ изъ нихъ не составлялъ, по его мнѣнію, прямого результата водянки. Такъ, лихорадка зависѣла отъ того или другого совмѣстнаго пораженія печени; желтуха часто также отъ печени, или отъ спазма желчнаго протока, на почвѣ раздраженія пузыря камнями.

Боли, имѣющія характеръ то острыхъ приступовъ, то упорныхъ болевыхъ ощущеній въ области желудка, поясницы, зависятъ или отъ величины самой опухоли, или отъ сокращенія пузыря, старающагося протолкнуть свое содержимое. Повидимому, нарушеніе покоя, усиленная ходьба, и т. д., побуждаютъ пузырь къ сокращенію, результатомъ чего являлись приступы болей.

Съ точки зрѣнія патологоанат. измѣненія, въ водяночномъ пузырѣ часто находили слизистую оболочку совершенно здоровой. Мышечныя волокна стѣнки обычно отсутствуютъ, фиброзная стѣнка, въ большинствѣ случаевъ, тонка, и только нѣсколько разъ видѣли ее очень толстой; въ случаѣ *Frank'a* (см. *Morin*) стѣнка водяночнаго пузыря имѣла толщину поперечнаго пальца.

Не вдаваясь болѣе въ подробности о водянкѣ, замѣчу, что приведенныхъ данныхъ достаточно, чтобы сдѣлать нѣкоторые выводы.

Прежде всего, нужно отмѣтить сравнительно легкое теченіе многихъ водянокъ, въ отсутствіи вторичной инфекціи.

Однако, нельзя признать существованіе асептической закупорки, въ смыслѣ *Dupré*.

Не забѣгая впередъ, скажемъ, что самый литіазъ обязанъ инфекціи; слѣдоват., закупорка камнемъ есть очень часто сеп

тическая пробка, содержая въ своемъ центрѣ микробы. Далѣе, рубцовое зарощеніе протока также говоритъ за инфекцію; простое раненіе менѣе способно давать неподатливые рубцы.

Самое содержимое водянокъ, часто совершенно прозрачное; отсутствіе измѣненій стѣнокъ пузыря, и одновременное присутствіе микроорганизмовъ, побуждаютъ къ выводу, что послѣдніе мало жизненны, что въ содержимомъ пузыря они не находятъ удобствъ для своего развитія; короче говоря, все это означаетъ скрытый микробизмъ.

Такимъ образомъ, закупорка камнемъ пузырнаго протока приводитъ всегда, по моему мнѣнію, къ скрытому микробизму, между тѣмъ какъ закупорка желчнаго протока влечетъ явное распространеніе инфекціи.

Оканчивая эту главу, мы замѣтимъ, что закупорка путей, какого бы рода она ни была, составляетъ благопріятное условіе для инфекціи и послѣдующихъ измѣненій желчныхъ путей. Въ слѣд. главѣ мы разсматриваемъ рядъ другихъ условій для инфекціи.

ГЛАВА VIII.

Объ условіяхъ, способствующихъ инфекціи желчныхъ путей. Теоріи литіаза. Опыты искусственнаго образованія желчныхъ камней.

Въ предшествующей главѣ мы разсмотрѣли результ. и условія распространенія инфекціи по больнымъ путямъ, измѣненнымъ отъ застоя желчи.

Эти условія, порождающія неустойчивость желчныхъ путей противъ инфекціи, въ общемъ, по мнѣнію *Dupré*, сводятся къ почвѣ организма.

Разныя причины, алкоголизмъ, палюдизмъ, туберкулезъ, плохое питаніе и т. д., производятъ уже до нѣкоторой степени пониженіе дѣятельности печеночныхъ клѣтокъ и всѣхъ тканей организма вообще. При такомъ состояніи, растяженіе желчью протоковъ оказываетъ вредное вліяніе рядомъ новыхъ разстройствъ, какъ то, ограниченіемъ выдѣленія желчи, измѣненіемъ состава

крови и т. д. Поэтому инфекція съ большей легкостью поражаетъ лицъ, имѣвшихъ больную почву.

Далѣе, литіазъ есть уже, по *Dupré*, прямая причина раненій, сообразно величинѣ, числу, поверхности камней. Чѣмъ чаще камни выходятъ, тѣмъ болѣе они утомляютъ протоки, расширяютъ ихъ, приводятъ къ асистоліи. Неровная поверхность камней одинаково неблагопріятна для слизистой оболочки.

Поэтому, литіазъ, при застоѣ желчи, даетъ очень благопріятныя условія къ восхожденію инфекціи.

Наконецъ, анатомическое строеніе пузыря, съ его складками и ямками, представляетъ также, въ случаѣ застойнаго расширенія, хорошее мѣсто для развитія микробовъ, особенно если пузырь уже былъ пораженъ литіазомъ.

Таковы условія, помогающія инфекціи, при застоѣ желчи, почему можно выразиться такъ: застой влечетъ болѣзненное измѣненіе желчныхъ путей и печени, которое благопріятствуетъ восхожденію инфекціи, дающей въ свою очередь новое измѣненіе въ видѣ воспаленій. Каковы же условія инфекціи, при отсутствіи застоя?

Разрѣшеніе этого вопроса состоитъ въ связи съ ученіемъ о литіазѣ, къ которому мы, поэтому, и переходимъ.

Въ настоящее время все болѣе и болѣе упрочивается ученіе объ инфекціонномъ происхожденіи литіаза.

Мысль объ инфекціонномъ происхожденіи камней не пришла къ намъ въ видѣ новости съ Запада.

Въ 1888 г., слѣдоват., за 2—3 года до конгресса, на которомъ *Naunyn* провозгласилъ значеніе инфекціи въ литіазѣ, *С. П. Боткинъ* говорилъ слушателямъ: «мнѣ уже давно приходила въ голову мысль, не лежитъ ли причина развитія камней въ какихъ-либо паразитахъ, жизнь коихъ связана съ измѣненіемъ желчи, и не обусловленъ ли разный химическій составъ камней жизнью различныхъ микроорганизмовъ, вырабатывающихъ, смотря по роду ихъ, въ одномъ случаѣ такія условія, когда осаждается холестеринъ, въ другихъ—пигментъ, въ третьихъ—пигментъ и известь.

Это невольно приходитъ въ голову на основаніи, бросаю-

щихся въ глаза, особенностей въ строеніи самихъ камней, и оно станетъ для васъ еще понятнѣй, еще болѣе возможнымъ, если много проглядѣть ихъ. Что поражаетъ, это—однообразіе формы и химическаго состава камней. Если у меня вышелъ одинъ камень, то чрезъ годъ выйдетъ другой, и по формѣ, и по строенію, и химич. составу такой же. Невольно, повторяю, является мысль о существованіи, можетъ быть, пяти—шести видовъ этихъ микроорганизмовъ, жизнь коихъ даетъ въ результатѣ такія химич. соединенія, которыя превращаютъ вещества, находящіяся въ желчи въ растворимомъ видѣ, въ нерастворимыя, выпадающія и отлагающіяся затѣмъ съ извѣстной правильностью, дающей рисунокъ камню».

Бѣдные, по его мнѣнію, въ Россіи рѣдко страдаютъ желчными камнями. Въ Берлинѣ тѣ-же бѣдные гораздо—чаще.

Можетъ быть въ бѣдномъ классѣ и столько же желчныхъ камней, сколько въ богатомъ, но жизнь различна у тѣхъ и другихъ.

Первые и, образовавъ камни, скоро ихъ выведутъ, много работая физически.

Вторые, при отсутствіи работы, поздно выводятъ ихъ.

Впрочемъ, даже раньше проф. *С. П. Боткина, Пашутинъ*, въ 1885 г., говорилъ, что микробы могутъ разлагать желчь, но что все-таки дѣло не въ нихъ, а въ конституціональной болѣзни. Вѣроятно, что еще раньше ихъ думали о вліяніи бактерій на разложеніе желчи.

Рѣзкій толчекъ далъ этому ученію *Galippe*, который въ 1886 г. нашелъ бактерій въ центрѣ слюннаго камня, и отсюда заключилъ, что микробы вызываютъ разложеніе слюны.

Мысль о бактеріяхъ соединялась, повидимому, только съ представленіемъ о разложеніи желчи; на пузырь же не обращали особеннаго вниманія. Думали, что и въ здоровомъ пузырѣ бактеріи прямо разлагаютъ желчь и вызываютъ строеніе камней.

Къ сужденію о винѣ бактеріи при камняхъ приводили наблюдателей прежде всего клиническія данныя.

Именно, *Bernheim*, въ 1888 году, обратилъ вниманіе на

приступы коликъ у тифозныхъ, которые раньше никогда не страдали печенью.

Въ 1891 году *Dupré* тоже замѣтилъ вспышки коликъ во время тифа.

Въ 1893 г. *Dufourt* собралъ уже 19 случ. коликъ послѣ тифа; эти колики всегда почти возникали ранѣе $^1/_2$ года послѣ тифа, но въ 2 случаяхъ тифъ былъ очень давно 4 и 6 лѣтъ назадъ.

Въ 1894 г. *Gilbert* и *Fournier* присоединили новое наблюденіе, гдѣ черезъ $2^1/_2$ мѣс. послѣ тифа явились колики.

Трудно перечислить всѣхъ, кто наблюдалъ потомъ подобныя же колики. Изъ русскихъ упомяну наблюденія *Канцеля* въ 1898 г., гдѣ, послѣ тифа, въ желчи нашлась тифозная палочка; и *Рокицкаго*, въ 1899 г.

Кромѣ клиническихъ наблюденій, бактеріологическія изслѣдованія желчи приводили къ заключенію о важности инфекціи для развитія камней. Широкой волной полились наблюденія о бактеріяхъ въ камняхъ или въ желчи.

Такъ, въ 1894 году, *Gilbert* и *Dominici* заявили, что они видѣли, при камняхъ, бактерій въ желчи.

Первый—*Hanot*, въ 1896 г., нашелъ тифозную бациллу у женщины, умершей послѣ тифа.

Потомъ *Milian*, тоже въ 1896 г., нашелъ 25 камней послѣ тифа, всѣ одного размѣра, и въ ихъ центрѣ была живая тифозная палочка. Нахожденіе ея, благодаря многочисленнымъ наблюденіямъ, стало даже обычнымъ.

Такъ, въ 1896 г., *Gilbert* и *Fournier* сообщили результаты 36 изслѣдованій желчи и камней въ бактеріологическомъ отношеніи. Въ 19 случаяхъ человѣческаго литіаза, въ центрѣ камней не было микробовъ, но въ 7-ми другихъ, найдены были живые микробы въ срединѣ камней.

Отмѣчены еще 2 случая, гдѣ желчь была безплодна, а камни содержали въ центрѣ мертвыхъ бациллъ. Далѣе они выяснили, что пигментные камни, при искусствен. насыщеніи ихъ бактерійной разводкой, не пропускали бактерій въ центръ.

Нѣсколько позднѣе, но въ тотъ же годъ *Fournier* могъ уже написать диссертацію о микробномъ происхожденіи литіаза.

Первоначально онъ изслѣдовалъ частоту микробовъ въ камняхъ. Приложивъ къ собственнымъ 30-ти случаямъ изслѣдованія предшественниковъ, онъ получилъ 70 наблюден. литіаза, въ которыхъ камни 47 разъ не содержали бактерій; 20 разъ, наоборотъ, бактеріи давали разводку; 3 раза разводки не удались, но микробы были видны при микроскопическомъ изслѣдованіи.

Присутствіе бактерій, по мнѣнію *Fournier*, въ центрѣ камней говоритъ за значеніе ихъ при развитіи послѣднихъ, такъ какъ камни пигментные не могутъ пропускать бактерій въ свой центръ.

Что касается опытовъ развитія камней, *Fournier* сдѣлалъ 14 перевязокъ желчнаго протока со впрыскиваніемъ въ пузырь бактерій и видѣлъ лишь воспаленіе. Затѣмъ, вводилъ шелковыя нитки, зараженныя и обезпложенныя, но не видалъ вокругъ нихъ отложенія. Нѣкоторые наблюдатели, впрочемъ, получали отложеніе пигмента около зараженныхъ тѣлъ.

Наконецъ, *Fournier* впрыскивалъ іодъ въ пузырь и вызывалъ иногда холециститъ, но камней не получилъ. Онъ сдѣлалъ 4 опыта въ этомъ родѣ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, *Fournier* далъ въ этой работѣ объясненіе значенія бактерій.

Именно: зараженіе пузыря влечетъ отпаденіе эпителія, клѣтки его, перерождаясь, даютъ холестеаринъ и известь; съ известью соединяется билирубинъ, и является известково-билирубиновый камень, нерастворимый въ присутствіи бѣлка. Бѣлокъ также происходитъ отъ распада эпителія.

Вокругъ образованнаго ядра осядаетъ холестеаринъ, развивающійся изъ слизистой оболочки пузыря.

Еще позднѣе, въ 1898 г., опять *Gilbert* и *Fournier* указали, что литіазъ, въ смыслѣ наслѣдственности, нужно понимать, какъ вообще уменьшенную способность къ противодѣйствію инфекціи. Всѣ условія діатеза, по мнѣнію ихъ, сводятся къ

желчному застою, который вызывается разными моментами: беременностью, вялостью пузыря, опущеніемъ печени и т. д.

Такимъ образомъ, *Gilbert* и *Fournier*, можно сказать, укрѣпили инфекціонную теорію.

Далѣе въ литературѣ появились нѣмецкія сообщенія, хотя, какъ мы видѣли, французскими изслѣдованіями былъ въ это время прочно установленъ фактъ зараженія желчи. Изъ нѣмецкихъ работъ укажу на *Petersen'a*, который въ 1898 г. сообщаетъ о 50 наблюден., гдѣ 46 разъ найдены были, при операціи, кишечная палочка, стафилококки и стрептококки.

Потомъ, въ 1898 году, *Wunschheim* описываетъ нахожденіе тифозной палочки въ пузырѣ и омертвѣніе послѣдняго.

Далѣе, *Droba*, въ 1899 году сообщаетъ случай изсѣченія пузыря чрезъ 17 лѣтъ послѣ тифа, гдѣ въ желчи была найдена тифозная палочка.

Наконецъ, въ 1900 г., *Mieczkowsci* изслѣдовалъ желчь при камняхъ; она оказалась зараженной въ 18 случаяхъ изъ 23. Онъ сдѣлалъ выводы, что на желчь, при камняхъ, всегда слѣдуетъ смотрѣть, какъ на зараженную.

Послѣ укрѣпленія французами факта инфекціоннаго происхожденія камней, имъ оставалось опытами подтвердить достовѣрность этой теоріи. Однако, я сдѣлаю отступленіе и коротко скажу о другихъ опытахъ, дѣлавшихся задолго до инфекціонной теоріи.

Мы встрѣчаемся прежде всего, въ 1888 году, съ попыткой *Дохмана*, который перевязывалъ пузырный протокъ собакамъ, и въ одномъ случаѣ нашелъ въ полости пузыря обезцвѣченную жидкость и маленькій конкрементъ съ горошину, состоявшій изъ извести и пигмента. *Дохманъ* заключилъ, что, въ силу застоя желчи въ пузырѣ, въ немъ наростаетъ известь и всасывается натрій; отъ исчезновенія натрія, желчныя кислоты дѣлаются свободными и вступаютъ въ связь съ известью.

Дохманъ не совсѣмъ правильно объяснилъ свою теорію; онъ не прибѣгнулъ къ объясненію болѣе простому, что известь въ его случаѣ зависѣла отъ шелушенія эпителія пузырныхъ стѣ-

покъ, а исчезновеніе натрія обязано было исчезновенію желчи изъ пузыря.

Въ 1892 г. *Naunyn* своими опытами и опытами сотрудниковъ *Labes*'а, *Minkowski*, *Thomas*'а, *Kausch*'а, *Jankau*, доказалъ, что введеніе кислотъ, щелочей, желчныхъ камней, разныхъ другихъ тѣлъ, не влечетъ никогда развитія камней. Камни желчные растворялись, а мягкія тѣла совсѣмъ пропадали.

Въ 1894 г. *Mayer* повторилъ опыты *Naunyn*'а, при чемъ собаки его жили гораздо дольше. Онъ вводилъ слоновый костяной шарикъ и видѣлъ на немъ отложеніе билирубина; во 2-мъ случаѣ на глиняныхъ шарикахъ отложился зеленый слой пигмента, и въ немъ оказалось много бактерій.

Потомъ онъ вводилъ глиняные шарики съ микробной полостью, и собака погибла, не представивъ измѣненій.

Итакъ, я отмѣчу въ опытахъ *Mayer*'а полученныя имъ отложенія около зараженныхъ тѣлъ, хотя и не было форменныхъ камней.

Очевидно, что инфекція имѣла значеніе въ его опытахъ, такъ какъ на обезпложенныхъ тѣлахъ не наблюдали осадковъ.

Въ дополненіе къ мысли, что обезпложенныя тѣла не влекутъ образованія камней, *Mignot*, въ 1897 году, произвелъ опыты и получилъ отрицательный результатъ.

Тогда онъ сталъ вводить сильныя культуры и увидалъ въ пузырѣ гной и желчь.

Въ силу этого, онъ перешелъ къ особымъ опытамъ, чтобы замедлить токъ желчи изъ пузыря. Простое уменьшеніе не давало результатовъ, почему онъ вводилъ въ пузырь марлю, напитанную ослабленной кишечной палочкой; черезъ 5—6-ть недѣль удалялъ ее и оставлялъ шелковую нить въ пузырѣ. На нити развились 2 каменныхъ сростка: первый—въ 11 сантим. длины, 2-й болѣе мелкій. Они были тверды, плотны и состояли исключительно изъ холестеарина.

Gilbert и *Fournier* въ томъ же году повторили опыты *Mignot* и получили мягкій сростокъ, черезъ одинъ мѣсяцъ послѣ операціи.

Такимъ образомъ, камни удалось получить внѣ всякаго діатеза.

Исходя изъ данныхъ, что пребываніе безгнилостныхъ инородныхъ тѣлъ не вызываетъ воспаленія пузыря, и что очень ядовитые микробы вызываютъ осажденіе «желчной грязи», смѣшанной съ гноемъ, *Mignot* заключилъ, что, для развитія камней, 1) жизнедѣятельность микробовъ должна быть ослаблена, 2) что, безусловно, долженъ быть на лицо умѣренный застой желчи и 3) легкій катарръ слизистой оболочки пузыря.

Сочетаніе этихъ трехъ условій всегда порождаетъ образованіе камней.

Въ то время какъ каждое условіе, взятое въ отдѣльности, или даже сочетаніе двухъ условій, не вызываетъ литіаза, совокупность трехъ непремѣнно произведетъ литіазъ.

Дальнѣйшія изслѣдованія подтвердили теорію *Mignot*, такъ какъ всякій, кто игнорировалъ одно изъ условій, или вовсе не получалъ камней, или наблюдалъ только осажденіе желчныхъ элементовъ.

Именно, *Михайловичъ*, въ 1898 г., вырыскивалъ въ желчный пузырь кроликамъ слѣдующіе виды бактерій: 1) bacter. coli-commune, bacill. lactis aerogen., 3) bacill. typhi, 4) streptococcus pyogenes. Нѣкоторые кролики прожили 5 мѣс., и въ ихъ желчи не осталось слѣда культуры; въ одномъ случаѣ кроликъ прожилъ 3 мѣс., и въ его желчи найдена введенная кишечная палочка.

Наконецъ, въ 2-хъ случаяхъ, въ пузырѣ найдены были песчинки, непохожія на камни.

Streptococcus pyogenes всегда производилъ смерть кролика отъ септицеміи.

Ясно, что отрицательные результаты въ опытахъ *Михайловича* косвенно подтверждали теорію *Mignot*.

Въ 1900 г. *Miyake* (*aus Japan*), изъ Японіи, сообщилъ о результатахъ своихъ изслѣдованій. Онъ также пришелъ къ заключеніямъ, что обезпложенныя тѣла не ведутъ къ образов. камней; равнымъ образ., прижиганіе и выскабливаніе пузыря не вызываетъ литіаза. Только инфекція желчи, катарръ и за-

медленн. токъ способны были произвести камни съ фасетками, состоявшіе изъ холестеарина. Родъ микробовъ по его мнѣнію, безразличенъ, лишь бы они не вызывали перитонита.

Въ одномъ случаѣ кроликъ прожилъ 1 г. 8 дней, и въ пузырѣ его былъ найденъ камень.

Въ 1901 г. *Italia* опубликовалъ результаты своихъ опытовъ, по разнымъ способамъ, и въ пятой группѣ ихъ вводилась ослабленная разводка *тифозной* палочки шести собакамъ. Смерть послѣдовала въ промежутокъ отъ 4 до 20 дней, но у одной собаки, черезъ 20 дней, въ пузырѣ найденъ былъ мягкій пигментный камень. Въ шестой группѣ, вводилась ослабленная разводка *кишечной* палочки, и у одной собаки черезъ 12 дней найденъ въ пузырѣ мягкій холестеариновый камень.

Въ заключительныхъ своихъ выводахъ, онъ не согласенъ съ *Mignot*, чтобы застой желчи былъ необходимымъ условіемъ, но одинаково съ нимъ признаетъ, что сильная палочка тифа или кишечная—влекутъ смерть ранѣе развитія камней. Слабая же—влечетъ измѣненіе реакціи желчи, выпаденіе холестеарина, шелушеніе стѣнокъ пузыря и выдѣленіе слизи, порождающей известь.

Бульонъ, гдѣ были разводки, не способенъ вызвать развитіе камней, если онъ обезпложенъ. Вмѣстѣ съ симъ *Italia*, на основаніи собственныхъ изслѣдованій, пришелъ къ заключенію, что то или другое количество железъ въ стѣнкѣ пузыря не вліяетъ на развитіе литіаза.

Въ заключеніе изложенія опытовъ различныхъ экспериментаторовъ, остается бросить бѣглый взглядъ на другія теоріи развитія камней, помимо инфекціонной.

Italia въ 1901 г. насчитываетъ ихъ четыре: 1) теорія діатеза, въ 1882 г. (Bouchard, Chauffard), 2) химическая теорія (Ebstein, Nicolaier, de Rouville), 3) инфекціонная теорія (Galippe, Mignot, Fournier, Naunyn, Gilbert, Dominici и др.), 4) анатомическая теорія (Müller, Schiff.)

Однако, онѣ не охватываютъ области опытовъ, гдѣ пытались однимъ застоемъ желчи въ пузырѣ образовать камни.

По этой теоріи думали о разложеніи желчи подъ вліяніемъ застоя.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, теорія катарральная не совсѣмъ подходитъ къ химической. Поэтому мнѣ кажется справедливымъ въ дѣленіи Italia присоединить 5-ю и 6-ю теоріи, такъ что въ настоящее время можно представить слѣдующее дѣленіе: 1) теорія діатеза въ 1882 г., *Bouchard*'а, 2) теорія анатомическая, 1885 г., *Müller*'а, 3) теорія застоя желчи, въ 1888 г., *Дохмана*, 4) химическая, 1888 г., *Ebstein*'а, 5) катаральная, очень давняя, *Meckell*'я въ 1819 г., 6) инфекціонная, 1892 г., *Naunyn*, *Mignot*.

Коснемся теперь каждой изъ этихъ теорій, кромѣ уже изложенныхъ.

Теорія *Bouchard*'а, въ 1882 г., сводитъ образованіе камней исключительно на замедленное питаніе relentissement de la natrition. Для того, чтобы въ желчи не было разложенія ея составныхъ элементовъ нужна извѣстная пропорціональность между ними. Поэтому если, въ организмѣ много растительныхъ кислотъ, то онѣ уменьшаютъ щелочность крови, извлекаютъ известь изъ тканей и отдаютъ ее жидкостямъ организма. Подъ вліяніемъ извести желчныя соли разлагаются, и холестеринъ выпадаетъ, особенно, если его вообще много въ организмѣ; недостатокъ жирныхъ кислотъ въ желчи также способствуетъ его осажденію. Послѣднихъ бываетъ мало отъ разныхъ причинъ: то въ силу недост. жира въ пищѣ, то въ силу плохого усвоенія его, то отъ кислотности кишекъ, мѣшающей дѣйствію панкреатич. сока.

Наконецъ, сама печень иногда мало производитъ желчныхъ кислотъ; послѣднія, поступивъ въ пузырь, не въ состояніи удержать въ растворѣ холестеринъ.

Такимъ образомъ, изобиліе холестеарина въ организмѣ, недостатокъ желчныхъ кислотъ, недостатокъ щелочи, избытокъ кислоты, раствореніе извести, все это—такія явленія, которыя, то по нѣскольку вмѣстѣ, то порознь, способны повліять на осажденіе холестеарина.

Итакъ, отъ нормальной желчи требуется, чтобы въ ней было

умѣренное колич. холестеарина и достаточное колич. желчныхъ и жирныхъ кислотъ, вмѣстѣ съ натр. и каліемъ.

Однако, въ 1891 году, этой теоріи былъ нанесенъ ударъ *Naunyn*'омъ и его сотрудниками: *Thomas*, *Kausch*, *Jankau*, которые доказали, что ни извести, ни холестеарина нельзя увеличить въ желчи, какъ бы и чѣмъ бы ни питали собакъ. Съ другой стороны, для желчи не требуется большого количества растворителей, а въ маломъ—они всегда присутствуютъ.

Итакъ, откуда же берется холестеаринъ, известь?

Только изъ стѣнокъ измѣненнаго пузыря, рѣшаетъ эта теорія.

Именно, известь освобождается отъ эпителія, при его перерожденіи, а также изъ слизи. Бактеріи же одновременно разлагаютъ желчь; желчныя кислоты или билирубинъ соединяются съ известью, и ядро камня готово. Холестеаринъ, частью выпадающій изъ желчи, а частью, какъ продуктъ слизи, кристаллизуется около ядра.

Понятно, что эта теорія не была еще совершенна, такъ какъ ею нельзя было объяснить, почему же находятъ камни чаще всего въ пузырѣ, а не въ печени.

Все-таки, сторонники новаго взгляда были убѣждены въ своей правотѣ и объявили теорію *Bouchard*'а несостоятельной.

Наслѣдственность, питаніе, климатъ, артритизмъ, казалось имъ, нисколько не повинны въ литіазѣ. Катарральное состояніе пузыря и бактеріи могутъ явиться на всякой почвѣ.

Оставалось только дополнить и развить эту теорію, что скоро и случилось. Мы видѣли, какъ *Mignot* присоединилъ новое третье условіе—легкій застой желчи въ пузырѣ.

Переходимъ къ химической теоріи.

Въ 1889 г. *Ebstein* и *Nicolaier* представили на конгрессъ въ Wiesbaden'ѣ мочевые камни, которые они получили у животныхъ, кормя ихъ «оссіамидомъ», веществомъ близкимъ къ щавельной кислотѣ.

Этотъ фактъ послужилъ поводомъ считать всѣ камни въ организмѣ за результатъ химическихъ причинъ, а не бактерій и не катарра.

Теорія эта нѣсколько подходила къ теоріи діатеза, но одинаково и отличалась отъ нея. При діатезѣ выходило, что, какъ будто, существуютъ особые люди, у которыхъ питаніе всегда должно идти неправильно. По химической же выходило, что всякій человѣкъ, уклонившійся отъ нормальн. питанія, можетъ заболѣть литіазомъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ, не признавая значенія катарра, химич. теорія рѣзко отличалась отъ взгляда *Meckel*'я.

Теорія *Meckel*'я, самая древняя, относится къ 1819 году, построена на томъ, что камни образуются вслѣдствіе катаррал. воспаленія слиз. обол. желчныхъ путей; желчь начинаетъ бродить и измѣняетъ свою реакцію, становится кислой; желчныя соли осаждаются.

Билирубинъ и холестеаринъ, послѣ осажденія солей, роковымъ образомъ должны послѣдовать примѣру послѣднихъ.

Одновременно, въ силу воспаленія слизистой оболочки, выдѣляется много извести, соединяющейся съ пигментомъ. На это ядро отлагается холестеаринъ.

Наконецъ, разберемъ еще послѣднюю теорію *Müller*'а.

Müller, (см. Italia), въ 1895 г., высказалъ мысль, на основаніи 5 положительныхъ изслѣдованій, что у людей, страдающихъ камнями, стѣнки пузыря всегда болѣе или менѣе богаты слизист. железами.

Между тѣмъ, железы въ нормальномъ пузырѣ, не каменномъ отсутствуютъ; когда же онѣ и здѣсь на лицо, то пузырь, по *Müller*'у, склоненъ къ литіазу.

Эта теорія, можетъ быть названа анатомической. Однако, сопоставляя два собственныхъ изслѣдованія, 5 изслѣдов. *Müller*'а и 5—*Schiffa*, *Italia* говоритъ, что во всѣхъ этихъ 12 случаяхъ камней только 6 разъ были замѣчены железы въ пузырѣ, т. е., въ 50%; въ остальныхъ же—железъ не было, хотя камни были.

Бросивъ взглядъ на всѣ разобранныя теоріи, мы увидимъ, что ни одна изъ нихъ, кромѣ теоріи *Müller*'а и инфекціонной, не можетъ объяснить, почему камни такъ рѣдко наблюдаются въ печени.

Если отбросить предположеніе *Müller*'а, то останется лишь одна инфекціонная, которая можетъ разрѣшить вопросъ. Дѣй-

ствительно, для камней нуженъ умѣренный застой желчи и постоянный притокъ ея. Если же вызвать застой желчи въ печени перевязкой желчнаго протока, то, хотя возникнутъ условія застоя и инфекціи, но печень, при этомъ, сама мало вырабатываетъ желчи, и потому не даетъ камней, а только песокъ или мягкіе комки желчныхъ осадковъ.

Тѣ же рѣдкіе случаи, гдѣ печень точно набита камнями, вѣроятно, основаны были на давнишней неполной закупоркѣ печеночнаго или желчнаго протока и на крайне выносливой печени. Однако, условія такой неполной закупорки и одновременной высокой сопротивляемости печени, выносящей закупорку безъ особой тяжести, крайне рѣдки.

Вотъ почему рѣдки камни печени.

Литіазъ, съ новѣйшей точки зрѣнія, долженъ быть разсматриваемъ, какъ результатъ больного утомленнаго пузыря. Долго послѣдній боролся противъ спазмовъ своего протока, долго развивалъ силу гипертрофіей своихъ стѣнокъ, и, наконецъ, ослабѣлъ, и вотъ извѣстная слабость его порождаетъ застой желчи, а затѣмъ и развитіе бактерій и камни. Несомнѣнно, что бактеріи не разъ проходятъ чрезъ здоровый пузырь, но долго оставаться тамъ не могутъ; онъ выбрасываетъ ихъ легко вмѣстѣ съ желчью.

Нуженъ какой-либо моментъ, чтобы ослабить его сократительную силу. Такими моментами служатъ то яды, то рядъ механическихъ условій, затрудняющихъ оттокъ.

Беременность, слабость брюшныхъ стѣнокъ, производящая опусканіе внутренностей, старость, болѣзни, и т. п., однимъ словомъ все то, что́ прежде считалось за діатезъ, создаетъ рядъ условій застоя желчи въ пузырѣ.

Тогда то онъ заболѣваетъ. Возникаютъ боли. Онѣ тѣмъ упорнѣе, чѣмъ тяжелѣе условія для изгнанія желчи.

То, ядовитое, что попадало въ него раньше изъ печени и легко выталкивалось, теперь остается въ немъ.

Его боли даютъ тревожные звонки организму, продолжающему такъ или иначе отравлять свою печень. Въ этомъ смыслѣ, онъ, какъ бы стражъ печени.

Въ этотъ моментъ и умѣстно серьезное внутреннее лѣченіе. Камни, повторяю, результатъ уже утомленнаго пузыря.

Я уже упоминалъ про опыты *Claude*'я съ токсинами, вызывающими кровоизліяніе въ пузырѣ.

Весьма вѣроятно, что яды разныхъ инфекцій такъ или иначе отравляютъ печень и желчь, а затѣмъ и пузырь.

Отсюда въ дальнѣйшемъ произойдетъ слабость стѣнокъ его, какъ тоже благопріятный моментъ для жизни микробовъ.

Если, поэтому, признать наклонность организма къ разнымъ инфекціоннымъ заболѣваніямъ, то только въ этомъ самомъ смыслѣ можно сказать о наклонности къ литіазу. Итакъ, въ этой главѣ, мы разбирали условія возникновенія литіаза и прямо пришли къ выводу, что они не что другое, какъ условія для первичной инфекціи желчныхъ путей.

Наконецъ, нельзя не упомянуть о важномъ условіи для инфекціи желчныхъ путей—о болѣзни кишечника.

Уже десятокъ лѣтъ тому назадъ, въ 1892 г., *Lesage* и *Macaigne* (см. *Macé*) показали, что bacillus coli, удаленный изъ нормальной кишки, мало ядовитъ; но лишь только появлялось заболѣваніе кишечника, то, параллельно воспаленію, росла ядовитость этой палочки. Точно также эпителій здоровой кишки не пропускаетъ въ кровяной токъ микроорганизмовъ кишечника, но, при болѣзняхъ послѣдняго, эпителій теряетъ эту отражательную способность. Въ силу этого, развивается инфекція печени, жизнедѣятельность ея до нѣкоторой степени ослабляется, а мы видѣли, къ чему ведетъ пониженіе отправленій этой важной железы организма.

Нельзя также не упомянуть о роли беременности для инфекціи желчныхъ путей.

Rambert, въ 1899 г., въ своей диссертаціи, задался вопросомъ выяснить отношеніе беременности къ литіазу, съ точки зрѣнія новѣйшей теоріи.

Онъ отмѣчаетъ, что у мужчинъ литіазъ является въ поздніе годы; у женщинъ, наоборотъ, часто въ 20—40 л. Его наблюденія обнимаютъ 25 случаевъ во время беременности и 58 послѣ родовъ.

На основаніи этихъ наблюденій онъ приходитъ къ выводамъ о несомнѣнной связи между литіазомъ и беременностью. Всѣ причины этой связи, на которыя раньше указывали, а именно, ослабленіе питанія, развитіе артритизма, сидячая жизнь, прекращеніе кормленія, сдавленіе печени, и т. д., вѣроятно, имѣютъ, по его мнѣнію извѣстное значеніе, но не главное.

Главная роль принадлежитъ инфекціи, такъ какъ беременность, благодаря подавленію отправленій кишечника, вызываетъ обостреніе ядовитости микробовъ; благодаря же давленію на желчные пути, происходитъ застой желчи; въ силу этого, инфекція вызываетъ холециститъ съ желтухой и коликами, хотя послѣднія чаще возникаютъ послѣ беременности.

Такимъ образомъ, новѣйшая инфекціонная теорія также хорошо объясняетъ литіазъ беременныхъ, какъ теорія *Bouchard*'а замедленіемъ питанія. Къ этому добавлю работу *Masson*'а, который, въ 1898 г., въ диссертаціи, собралъ 52 случ. литіаза послѣ родовъ, изъ нихъ 39 во время беремен., а 13 послѣ родовъ.

Dieulafoy, въ 1898 г., въ своихъ клиническихъ лекціяхъ, признаетъ частоту литіаза при беременности въ застоѣ желчи, какъ условіи для инфекціи. Однако, онъ не отрицаетъ значенія ослабленнаго питанія.

Я думаю, что новѣйшая теорія нисколько не стремиться доказывать значеніе лишь однихъ микробовъ. Всякое паденіе силы организма влечетъ къ развитію силы жизнедѣятельности микробовъ. Гдѣ условія для послѣднихъ наиболѣе благопріятны, какъ, напр., въ желчномъ пузырѣ при беременности, въ червеобразномъ отросткѣ слѣпой кишки, въ почкахъ и т. д., тамъ часто и развиваются заболѣванія при беременности.

Конечно, бывали увлеченія и въ инфекціонной теоріи, и оно служило для противниковъ ея доказательствомъ противъ самой теоріи. *Chauffard*, не раздѣляющій вообще взглядовъ на важность инфекціи въ литіазѣ, привелъ 171 случай тифозныхъ кобольныхъ, изъ которыхъ 148 не имѣли потомъ никакихъ коликъ. Обратно, онъ собралъ 86 желтушныхъ, изъ коихъ 63 не имѣли никогда тифа. Въ виду этого онъ сомнѣвается въ значеніи тифа для литіаза. Однако, по моему мнѣнію, приведенные *Chauffard*'омъ, факты не могутъ поколебать новое ученіе. Они не доказываютъ, что у перенесшихъ тифъ не было того или другого холецистита; это первое. Второе же это то, что не одинъ холециститъ производитъ камни, но одновременный застой желчи.

ГЛАВА IX.

Собственные опыты образованія желчныхъ камней и новаго желчнаго пузыря *).

Собственные опыты я выдѣляю въ отдѣльную главу, чтобы только сократить предыдущую.

Объ опытахъ съ образованіемъ камней, произведенныхъ различными экспериментаторами, я уже сказалъ.

Здѣсь же укажу на опыты съ развитіемъ новаго пузыря.

Первый, кто испыталъ удаленіе пузыря у животныхъ, былъ *Herlin*, хирургъ изъ *Rouen*'а, (см. *Dupré*). Въ 1767 г. онъ изложилъ свой опытъ съ кошкой, у которой перевязалъ пузырь. *Petit* не вѣрилъ, что *Herlin* перевязалъ протокъ. Кошка была вскрыта, и въ пузырѣ была найдена прозрачная слизь.

Затѣмъ, хирурги *Anglas*, *Duchainois* повторили опыты *Herlin*'а на собакахъ. Собаки отлично перенесли операцію. (Document historique. Journal de médec. de Rouen, 1767. t. 27. p. 163. Приведено по *Dupré*).

Затѣмъ, въ 1890 г., *Courvoisier* въ своей монографіи упомянулъ, что разные экспериментаторы никогда не наблюдали никакихъ дополнительныхъ расширеній протоковъ въ опытахъ съ перевязкой или съ удаленіемъ пузыря. Какъ относится человѣкъ къ удаленію пузыря, развивается ли у него что-либо въ области протока, *Courvoisier* не знаетъ, такъ какъ нигдѣ въ литературѣ указаній на это нѣтъ. Онъ упоминаетъ про *Oddi*, который дѣлалъ опыты въ 1888 г. и не видѣлъ у со-

*) Часть этихъ опытовъ я уже излагалъ на «1-мъ съѣздѣ россійскихъ хирурговъ въ 1900 г.» (См. «Труды 1-го Съѣзда Росс. Хир. Москва. 1900 г.»)

бакъ ничего ненормальнаго. Опыты *Dupré* съ удаленіемъ пузыря были сдѣланы на 2 собакахъ въ 1891 г. Одна изъ собакъ, вскрытая черезъ 1 м., въ области отрѣза пузыря, представила атрофію пузырнаго протока. Правда, здѣсь оказались воспалительныя спайки, которыя сдавили пузырный протокъ.

Далѣе, въ 1898 г., *Voogt* сдѣлалъ нѣсколько операцій удаленія желчнаго пузыря у собакъ, которыя были убиты чрезъ 50, 98 105 и 175 дней. Онъ наблюдалъ у нихъ новый пузырь длиной въ $2^1/_2$—3 с., шириной въ $1^1/_2$ с. Форма его была грушевидная; онъ прилегалъ къ печени и продолжался въ желчный протокъ. Стѣнки его были тѣмъ толще, чѣмъ дольше жило животное. Слизист. оболочка имѣла складки, покрытыя цилиндр. эпителіемъ; кромѣ того были въ немъ и мышечныя волокна. На уровнѣ новаго пузыря находилась всегда менѣе выраженная окраска ткани печени, и около пузыря было много соединит. ткани, прикрѣплявшей его къ печени. Подобное расширеніе *Voogt* счелъ за образованіе изъ расширеннаго пузырнаго протока.

Въ своихъ изслѣдованіяхъ я упоминалъ объ измѣненіи печени въ области стараго пузыря.

Нельзя ли думать, что въ опытахъ *Voogt*'а произошло воспалительное расширеніе въ культѣ, вслѣдъ за чѣмъ могъ расшириться и пузырный протокъ?

Перехожу теперь къ изложенію собственныхъ опытовъ образованія желчныхъ камней.

Опыты были сдѣланы въ пяти направленіяхъ:

1) вызвать застой желчи перевязкой желчнаго пузыря;

2) затруднить оттокъ желчи изъ пузыря, уменьшая подвижность его пришиваніемъ къ брюшной стѣнкѣ;

3) выяснить значеніе обезпложенныхъ тѣлъ, опущенныхъ въ пузырь, не перевязывая послѣдній;

4) заразить пузырь инородными тѣлами, содержащими въ себѣ разводки кишечной палочки;

5) заразить пузырь по предыдущему способу и одновременно сузить перевязкой желчный протокъ; сверхъ того вшить

инородное тѣло въ 12-перстную кишку около впаденія въ нее желчнаго протока.

Причины, по которымъ я поставилъ имепно этотъ, а не другой рядъ изслѣдованій, заключаются въ томъ, что опыты предшественниковъ въ первомъ рядѣ опытовъ не всегда были согласны; во второмъ рядѣ—попытки предшественниковъ мнѣ не извѣстны; въ третьемъ отдѣлѣ—казалось желательнымъ дополнить отрицательный результатъ предшественниковъ; въ четвертомъ отдѣлѣ—казалось важнымъ опредѣлить вліяніе кишечной палочки, не ослабляя ея ядовитости; наконецъ, опыты въ послѣднемъ направленіи предприняты съ цѣлью вызвать умѣренный застой инфецированной желчи и раздражить кишку въ области впаденія въ нее желчнаго протока, чтобы тѣмъ самымъ обусловить катарральное измѣненіе кишки, способствующее инфекціи пузыря.

Вотъ результаты этихъ опытовъ. 12 собакъ, которымъ былъ перевязанъ пузырный протокъ, отчасти съ цѣлью узнать возможность образованія желчныхъ камней, при подобномъ условіи, а отчасти съ цѣлью вызвать атрофію желчнаго пузыря, за исключеніемъ четырехъ, всѣ хорошо перенесли вліяніе перевязки.

Только четыре умерли черелъ 2, 13, 18 и 20 дней.

Умершая черезъ 2 дня не представила никакихъ особенностей; умершія черезъ 13, 18 и 20 дней представили нѣсколько растянутые пузыри, наполненные прозрачной слизью, безъ всякихъ сростковъ.

Остальныя 8 собакъ были умерщвлены хлороформомъ черезъ 2 м., 3 м., 3 м. 6 дн., 4 м., 5 м., 5 м. 9 дн., 6 м. 22 дн., 7 м.

У всѣхъ 8 въ пузырѣ была лишь прозрачная слизь, безъ сростковъ.

Во второмъ рядѣ наблюденій была взята лишь одна собака; она убита черезъ $1^1/_2$ м., пузырь содержалъ желтую желчь; никакихъ осадковъ не было.

Въ третьемъ рядѣ—я бралъ разныя инородныя тѣла, обез-

ложивалъ ихъ, вводилъ въ пузырь черезъ разрѣзъ и снова зашивалъ.

Щенокъ, которому было введено 10 свинцовыхъ дробинъ, прожилъ 9 дней; одна изъ дробинъ была найдена въ кишечномъ отверстіи желчнаго протока; девять другихъ лежали въ пузырѣ не измѣненными; желчь—желтаго цвѣта.

Сука, которой введено было 5 дробинокъ, въ 2 мил. въ поперечникѣ, 5 гипсовыхъ шариковъ и три восковыхъ, размѣромъ въ 7 мил., была захлороформирована черезъ 4 м. 10 дней. Пузырь найденъ уменьшеннымъ, содержавшимъ лишь одну дробинку, всѣ же остальныя тѣла исчезли. Около швовъ пузыря нѣтъ никакого отложенія.

Такимъ образомъ, можно заключить, что длительная закупорка пузырнаго протока собаки, до 7 мѣс., не влечетъ къ развитію камней пузыря.

Затѣмъ, обезпложенныя тѣла, лежавшія до 4 мѣс. въ пузырѣ, а равно швы пузыря, лежавшіе въ его стѣнкѣ до 7 мѣс., тоже не влекутъ осажденія составныхъ частей желчи.

Тогда я перешелъ къ зараженію пузыря, но хотѣлъ выяснить значеніе не ослабленной разводки кишечной палочки въ развитіи камней и ея вліяніе на стѣнку пузыря.

Разводки кишечной палочки я получалъ изъ Института Патологической Анатоміи Имп. Московскаго Университета, благодаря любезности доктора *Евгенія Ивановича Марциновскаго*, который неоднократно помогалъ мнѣ и потомъ въ изслѣдованіяхъ. Долгомъ считаю выразить ему мою истинную благодарность, а равно пользуюсь случаемъ высказать мою признательность прив. доц. *М. М. Покровскому* и прив. доц. *В. И. Кедровскому* за ихъ спеціальную помощь мнѣ.

Разводка кишечной палочки разжижалась бульономъ; затѣмъ въ эти же самыя пробирки вводились прокипяченые куски дренажной резиновой трубки, а также пробковые шарики. Резиновыя трубки и пробки были истыканы, до кипяченія, иглой и затѣмъ сквозь нихъ продѣвались тонкія шелковыя нити. Все это, послѣ кипяченія, клали въ пробирку съ разводкой и оставляли въ ней на часъ.

По вскрытіи пузыря, вынимали пробки и вшивали ихъ въ полость пузыря, такъ что до нѣкоторой степени онѣ были тамъ подвижны, благодаря тому, что петля, на которой онѣ висѣли, имѣла длину въ 2—3 сантим. Затѣмъ пузырь тщательно зашивался.

Первый опытъ. Черный кобель, средней величины. Были введены описаннымъ образомъ 3 дренажа и три пробки. Захлороформированъ черезъ 3 мѣс.; введенныя тѣла, равно и петли нитокъ, не представили никакихъ измѣненій, если не считать потемнѣнія ихъ; слизистая оболочка пузыря казалась нормальной, желчь—желтаго цвѣта.

Д-ръ *В. И. Кедровскій* сдѣлалъ посѣвы изъ жидкости печени и изъ желчи пузыря. Печень оказалась не содержащей никакихъ микробовъ; желчь пузыря показала присутствіе кишечной палочки.

Микроскопическ. изслѣдованіе стѣнки пузыря, произведенное доктор. *М. М. Покровскимъ*, не показало никакихъ другихъ измѣненій слизистой оболочки, кромѣ растянутыхъ слизистыхъ железъ, на ряду съ которыми были и нормальныя—не растянутыя.

Второй опытъ. Молодой кобель былъ усыпленъ хлороформомъ и оперированъ тѣмъ же способомъ, какъ и въ первомъ опытѣ.

Въ пузырь были вшиты двѣ пробки, напитанныя разводкой кишечной палочкой.

Операція произведена 24-го октября 1900 г.; умерщвленъ хлороформомъ 10-го сент. 1901 г. Прожилъ такимъ образомъ почти 11 мѣсяцевъ.

Пузырь найденъ сморщеннымъ, сильно вросшимъ въ печень.

Вынувъ печень, пузырную стѣнку прижгли и чрезъ обезпложенное такимъ способомъ мѣсто извлечена желчь, которая была изслѣдована доктор. *Е. И. Марциновскимъ*.

Оказалось присутствіе кишечной палочки.

Желчь пузыря была мутная; на стѣнкѣ пузыря, не представлявшей особыхъ измѣненій (за исключеніемъ участка, гдѣ были вшиты нитки съ пробками), мѣстами были видны бурые

осадки, которые пальцемъ легко снимались. Растираніемъ ихъ между пальцами не удавалось ощутить никакой твердости; ближе къ шейкѣ лежали 2 бурыхъ комочка, не болѣе 1—1½ милим., растирая которые, получили подобное же ощущеніе.

Наконецъ, нитки и двѣ пробки спаялись въ одну массу бурую, совершенно мягкую, на которой было темное отложеніе въ 1—1½ мил. толщины.

Изслѣдованіе состава отложеніи въ этомъ, какъ и въ послѣдующихъ опытахъ, я изложу далѣе.

Третій опытъ.

Большая желтая сука усыплена хлороформомъ 1-го ноября 1900 г. и затѣмъ оперирована. По вскрытіи пузыря, въ стѣнку послѣдняго вшиты 2 пробки на ниткахъ, напитанныя разводкой кишечной палочки.

Пузырь тщательно зашитъ. Умерщвлена хлороформомъ 1-го ноября 1901 г. Жила, слѣдов., 1 годъ. По вынутіи печени, изъ пузыря взята желчь по описанному сейчасъ выше способу.

Изслѣдованіе желчи, произведенное докторомъ *Е. И. Марциновскимъ*, показало присутствіе кишечной палочки.

Пузырь былъ уменьшенъ и тѣсно спаянъ съ печенью. Онъ содержалъ мутную желчь. Стѣнка его не казалась больной. Мѣстами на ней бурыя отложенія и такіе же комочки, какъ въ предыдущемъ опытѣ. Пробки и нитки образовали одну общую массу, покрытую мягкимъ бурымъ отложеніемъ, подобнымъ предшествующему опыту. Длина этой спаянной массы была около 2 с., ширина 5—6 мил., толщина въ 1—1½ мил.

Четвертый опытъ.

Маленькій желтый кобель. Усыпленъ 29-го ноября 1900 г. По разрѣзѣ пузыря, въ стѣнку послѣдняго вшиты гипсовые шарики, одинъ человѣческій желчный камень въ 1 граммъ вѣса, и двѣ пробки. Пузырь тщательно зашитъ. Затѣмъ, желчный протокъ слегка суженъ перевязкой шелковой нитью на срединѣ его протяженія.

Послѣ этого, вскрыта 12-перстная кишка; найдено отверстіе въ ней, гдѣ было замѣтно выдѣленіе желчи при давленіи на

пузырь, и здѣсь плотно подшить къ краю отверстія желчный человѣческій камень; однако, самое отверстіе старались не ранить. Послѣ сего кишка зашита. Гипсовые и желчные камни были просверлены иглой и вздѣты на нитку.

Умерщвленъ хлороформомъ 23-го сент. 1901 г. Слѣдов., жилъ почти 10 мѣсяцевъ.

Въ пузырѣ—мутная желчь, содержавшая, по изслѣдованію докт. *Е. И. Марциновскаго*, кишечную палочку.

Пузырь уменьшился и плотно сросся съ печенью.

Въ его полости, на стѣнкахъ находились совершенно такія же, какъ и въ 2-хъ предыдущихъ опытахъ, бурыя мягкія отложенія. Мѣстами находились также малые комочки въ 1—1½ мил., но совершенно мягкіе, легко растиравшіеся между пальцами.

Гипсоваго и желчнаго камня не оказалось; отъ нихъ остались свободныя петли, которыя пристали къ пробкамъ и вмѣстѣ съ ними образовали бурую массу въ 1½ с. длины и ½ с. ширины, покрытую мягкимъ темнымъ отложеніемъ, не болѣе 1 мил. толщиной.

Въ 12-перстной кишкѣ нѣтъ никакихъ измѣненій. Тамъ, гдѣ былъ вшитъ камень, съ трудомъ различается едва видный рубчикъ. Вѣроятно, нитка разсосалась. На желчномъ протокѣ найдена перевязка; она сползла внизъ къ кишкѣ; никакого расширенія протока не замѣтно. Стѣнки всѣхъ четырехъ пузырей были изслѣдованы микроскопически: д-мъ *Е. И. Марциновскимъ* въ одномъ случаѣ; д-мъ *М. М. Покровскимъ*—въ другомъ; въ остальныхъ двухъ случаяхъ мною, и результаты любезно просмотрѣны д-мъ *М. М. Покровскимъ*. Вездѣ стѣнки оказались сравнительно здоровыми. Мѣстами на слизистой не было цилиндрическаго эпителія; мѣстами онъ сохранился; въ нѣкоторыхъ случаяхъ слизистыя железы были растянуты; въ другихъ этого не было.

Отложенія на ниткахъ были засушены и превратились въ хрупкія бурыя массы.

Изслѣдованіе произведено прив. доц. Фармакол. Института

Имп. Московскаго Университета *Д. М. Щербачевымъ*, которому выражаю здѣсь искреннюю благодарность.

Вотъ результаты его изслѣдованій:

А. При обработкѣ водой, часть красящихъ веществъ перешла въ воду. Этотъ растворъ оказался слѣд. качества:

1) реакція его—нейтральная;

2) при кипяченіи, не свертывается;

3) при осажденіи избыткомъ спирта, осадка нѣтъ:

4) проба на желчные пигменты ясной реакціи не дала;

5) реакція на желчныя кислоты дала положительный результатъ;

6) реакція на муцинъ—не ясная.

В. Затѣмъ сростки на ниткахъ были обработаны спиртомъ; часть вещества растворилась въ спирту. Этотъ спиртъ опять подвергнутъ изслѣдованіямъ, при чемъ оказалось:

1) осаждая эфиромъ не получили никакого осадка;

2) послѣ выпариванія спиртноэфирнаго раствора получилось маслянистое вещество, которое не дало реакціи холестеарина;

С. Сростки были опущены въ соляную кислоту, гдѣ растворились, хотя не вполнѣ.

Д. Часть сростковъ была сожжена; горѣла яркимъ пламенемъ и оставила золу; въ послѣдней были найдены:

1) замѣтное количество извести;

2) почти такое же количество окиси желѣза.

Итакъ, заключаетъ *Д. Щербачевъ*, съ положительностью найдены:

1) известь,

2) желчныя кислоты,

3) желѣзо.

Сверхъ того, не отрицается присутствіе желчныхъ пигментовъ.

Холестеарина же не найдено.

Выводы изъ опытовъ искусственнаго образованія желчныхъ камней.

Всѣ случаи можно раздѣлить въ общемъ на двѣ группы: въ первой опыты дѣлались безъ введенія инфекціи; во 2-й пузырь заражался.

Различіе результатовъ получилось поразительное, и отрицать значеніе инфекціи въ образованіи камней я никакъ не могу. Дѣйствительно, въ первой группѣ опытовъ, желчь, хотя и не изслѣдовалась бактеріологически, но она была совершенно прозрачна; также прозрачна была слизь въ перевязанныхъ пузыряхъ; стѣнки пузыря не представляли никакихъ отложеній; не было также отложеній вокругъ инородныхъ тѣлъ и на ниткахъ, которыми зашитъ пузырь; сами стѣнки нисколько не были измѣнены. Совершенно другое видимъ во 2-й группѣ опытовъ. Желчь всегда мутная, съ крупинками; всегда содержала кишечную палочку; на стѣнкахъ пузыря, равно около швовъ, тамъ и сямъ попадались бурыя отложенія или бурые комочки; стѣнки по виду не измѣнены; микроскопически замѣчали лишь иногда отсутствіе эпителія. Разсматривая составныя части отложеній, мы видимъ въ нихъ известь, желчныя кислоты и возможное присутствіе пигментовъ. Холестеарина нѣтъ.

Слѣдовательно, мы вполнѣ могли бы говорить здѣсь о мягкомъ пигментномъ камнѣ, если бы только отложенія имѣли видъ обычнаго пигментнаго камня.

Въ самомъ дѣлѣ, наблюдались камни, состоящіе изъ билирубиновой кислой извести; холестеарина въ нихъ иногда совершенно нѣтъ.

Слѣдов., въ нашихъ наблюденіяхъ составъ сростковъ нисколько не противорѣчитъ, составу билирубиновокислаго известковаго сростка.

Что касается отсутствія холестеарина, то, въ виду отсутствія катарральныхъ измѣненій стѣнокъ пузыря, нисколько не удивительно, что не было холестеарина. Мы уже знаемъ, на осно-

ваніи всего изложеннаго, откуда получается холестеаринъ. Будь на лицо сильныя измѣненія стѣнокъ, возможно было бы и присутствіе его.

Скорѣе, даже отсутствіе холестеарина въ данномъ случаѣ говорило въ пользу инфекціонной теоріи.

Сростки, повторяю, не имѣли въ нашихъ опытахъ видъ обыкновенныхъ старыхъ камней. Но вѣдь никто не видѣлъ молодыми старыхъ камней.

Naunyn, какъ мы знаемъ, признаетъ кристаллизацію въ камняхъ лишь за послѣдующія явленія.

Итакъ, весьма возможно, что сростки въ нашихъ опытахъ, со временемъ, когда развился бы болѣе тяжелый катарръ, послужили бы ядромъ для кристаллизаціи холестеарина. Поэтому, мы рѣшаемся разсматривать полученные сростки, какъ самые первые зачатки камней.

Интересно, что во второй группѣ нашихъ опытовъ сростки получились лишь у собакъ, жившихъ долго; собака прожившая 3 мѣс. сростковъ не представила. Между тѣмъ, во всѣхъ опытахъ кишечная палочка была на лицо.

Ясно, мнѣ кажется, что неослабленная инфекція, будучи введена въ пузырь, не имѣвшій желчнаго застоя, не могла тамъ слишкомъ сильно укрѣпиться въ короткій срокъ, и если укрѣплялась, то, вѣроятно, въ силу оперативнаго раненія стѣнокъ пузыря.

Но какъ бы она ни укрѣплялась, все же, благодаря отсутствію застоя желчи, она не могла проявить тѣхъ губительныхъ послѣдствій, которыя случаются при закупоркѣ пузыря или желчнаго протока.

Въ этомъ отношеніи наши опыты мнѣ кажутся очень убѣдительными. Именно: инфекція произвела лишь самыя, вѣроятно, ничтожныя измѣненія пузыря, мало уловимыя, и, конечно, только благодаря отсутствію застоя желчи.

Можетъ быть, и у здоровыхъ людей, инфекція заходитъ въ ихъ здоровый пузырь, но не удерживается тамъ долго, въ силу сокращеній пузыря, быстро ее изгоняющаго. Стоитъ же такъ или иначе заболѣть человѣку, мѣняется отправленіе печени,

мѣняется нормальная желчь, создаются условія уже болѣе удобныя для жизни микробовъ въ пузырѣ, и они живутъ, разлагая желчь и приготовляя камни; или же, въ силу скуднаго развитія своего, при общемъ поправленіи больного, они совершенно ничѣмъ не проявляютъ своего дѣйствія, пока совсѣмъ не исчезнутъ.

Желѣзо въ моихъ опытахъ было, вѣроятно, случайной примѣсью. Въ заключеніе, могу сказать, что, въ силу отсутствія застоя желчи, не могъ развиться болѣе рѣзкій холециститъ; и, въ силу отсутствія его не было, слѣдоват., причинъ къ развитію холестеарина. Однако, желчь стала мутной; послѣдовало, вѣроятно, разложеніе ея, и въ результатѣ появились отложенія на ниткахъ.

У больныхъ, я думаю, въ случаѣ отсутствія благопріятныхъ условій для застоя, инфекція можетъ быть бездѣятельной или постепенно готовитъ зародыши камней. Наоборотъ, при всякомъ пониженіи жизнедѣятельности организма, и особенно при разныхъ условіяхъ, благопріятныхъ для застоя желчи, инфекція сдѣлается болѣе грозной и дастъ болѣе непріятное теченіе въ смыслѣ измѣненія стѣнки пузыря.

Отмѣчу еще вѣроятность растворенія человѣч. желчнаго камня въ одномъ изъ опытовъ, такъ какъ, по своей величинѣ, онъ врядъ ли могъ бы пройти, не уменьшившись въ объемѣ.

Подводя окончательный итогъ опытамъ съ зараженіемъ пузыря, я могу сказать, что инфекціонной теоріей вполнѣ объясняются всѣ измѣненія желчи въ нашихъ опытахъ.

Слѣдуетъ отмѣтить также возможность долгаго существованія кишечн. палочки въ пузырѣ, безъ особыхъ измѣненій для послѣдняго.

Та или другая подробность въ результатахъ опытовъ сейчасъ же находитъ себѣ поясненіе въ ученіи этой теоріи, которую мы выше изложили.

Опыты по вопросу о возможности развитія новаго желчнаго пузыря.

Собаки, на которыхъ были предприняты опыты съ означенной

цѣлью, одновременно послужили къ выясненію вопроса, что застой желчи въ пузырѣ не ведетъ къ развитію камней.

Этихъ собакъ, какъ мы упомянули выше, было 12.

Исходя изъ предположенія, что перевязка пузыря устраняетъ попаданіе желчи въ него и влечетъ постоянный токъ ея въ кишку, я не сталъ отрѣзать пузыря, такъ какъ это у собакъ довольно затруднительно. Я просто устранилъ попаданіе желчи въ него, такъ какъ очевидно, что, разъ пузырь необходимъ для компенсаціи давленія желчи на печень, перевязка или полное удаленіе одинаково нарушаютъ эту компенсацію.

Итакъ, возможность порядочныхъ кроветеченій и послѣдующихъ осложненій, въ смыслѣ изліянія желчи изъ культ., побуждали меня предпочесть перевязку, хотя подобными опытами я не совсѣмъ приблизился къ *Voogt*'у, о которомъ упоминалъ выше.

1-й опытъ. Сука — средней величины. Сдѣлана перевязка пузырнаго протока 15-го ноября 1899 г. Околѣла 4 декабря 1899 г., проживъ, слѣд., 18 дней. Отъ мѣста перевязки идетъ мало-расширенный пузырный протокъ, а затѣмъ показался желчный протокъ, расширенный почти до величины пузыря; по бокамъ въ желчный протокъ впадаютъ по 2 печеночныхъ протока съ мало-измѣненнымъ объемомъ, по сравненію съ нормальн. протоками.

Пузырный протокъ и желчный вмѣстѣ представляютъ видъ веретена. (У собакъ желчный протокъ и пузырный лежатъ по одной прямой линіи).

Пузырь — слегка увеличенъ, въ немъ прозрачная слизь; отложеній нѣтъ. (См. рис. 1-й и объясненіе къ нему).

Второй опытъ. Большая черная сука. Оперирована 22-го ноября 1899 года. Перевязанъ пузырный протокъ. Смерть отъ нагноенія въ ранѣ 13-го декабря 1899 года, черезъ 20 дней послѣ операціи.

Перевязанный пузырь нѣсколько увеличенъ и напряженъ; въ немъ прозрачная слизь; отложеній нѣтъ.

Отъ мѣста перевязки начинается другое пузыреобразное расширеніе, вдвое меньшее, чѣмъ перевязанный пузырь. Оно содержало желчь.

Печеночные и желчный протоки — не расширены. (См. рис. № 2-й).

Третій опытъ. Желтая большая сука. Оперирована 29-го ноября 1899 г. Захлороформирована 28-го іюня 1900 г., черезъ 7 мѣс. послѣ операціи. За это время сильно пополнѣла. Пузырь совершенно скрытъ въ ткани печени, такъ что нужно было разрѣзать слой ея въ $^1/_2$ сант. толщины, чтобы достигнуть до пузыря. Микр. изслѣд. печени надъ пузыремъ показало отсутствіе печеноч. клѣтокъ, обиліе лейкоцитовъ и много соедин. ткани. Стѣнки пузырныя толсты, въ 4—5 мил.; онъ увеличенъ и напряженъ. Слой печени, скрывавшій его, совершенно желтаго цвѣта, плотенъ; микроскопическое изслѣдованіе ея показало сплошную инфильтрацію лейкоцитами и молодую соединительную ткань.

По вскрытіи пузыря изъ него выдѣлили прозрачную слизь; никакихъ измѣненій на слизистой оболочкѣ нѣтъ; наружная стѣнка пузыря сильно утолщена, особенно около дна, гдѣ толщина стѣнки была не менѣе $1^1/_2$ с. Микроскопич. изслѣдованіе стѣнки дна показало неизмѣненную слизистую оболочку; мышечныхъ волоконъ нѣтъ; затѣмъ, пучки плотной соединительной ткани. Тотчасъ отъ перевязаннаго пузыря, вслѣдъ за перевязкой, находилось расширеніе пузырнаго протока грушеобразной формы, которое постепенно суживалось по направленію къ 12-ти-перстной кишкѣ. Наиболѣе широкая часть этого растянутаго протока, около перевязки, имѣла $2^1/_2$ с. ширины; она выступала надъ уровнемъ печени почти на 2 сан. Длина, до мѣста впаденія перваго печеночнаго протока — 4 сант. (См. рис. № 3).

Четвертый опытъ. Большая черная сука. Оперирована 6-го декабря 1899 г. Пузырный протокъ перевязанъ по обычному способу. Захлороформирована 28-го іюня 1900 г., послѣ 6 м. 22 дней отъ операціи. Печень надъ пузыремъ была желтовато-бѣлаго цвѣта и совершенно прикрывала пузырь; послѣдній напряженъ, сморщился, въ немъ прозрачная слизь; полость

пузырная — очень мала; стѣнки его значительно утолщены. Тотчасъ за перевязкой — пузыреобразное расширеніе протока; длина его до впаденія перваго печеночнаго протока — 5 с., наибольшая ширина, около перевязки 1, 5 сант., высота надъ уровнемъ печени 1, 4 сант. (см. рис. № 4.)

Пятый опытъ. Мопсъ. Оперированъ 22-го дек. 1899 г.; умеръ отъ нагноенія въ ранѣ на 13-й день. Пузырный протокъ около перевязки слегка расширенъ. Въ пузырѣ — прозрачная слизь.

Шестой опытъ. Бѣлая сука погибла отъ перитонита черезъ 2 дня послѣ перевязки. Никакихъ измѣненій въ пузырѣ и пузырномъ протокѣ не найдено.

Седьмой опытъ. Черная сука. Оперирована 21-го янв. 1900 г.; усыплена хлороформомъ 30 іюня 1900 г.; черезъ 5 мѣс. 9 дней послѣ операціи.

За это время сильно растолстѣла. Пузырь закрытъ печенью бѣлов. цвѣта. Онъ очень расширенъ; полонъ прозрачной слизи; никакихъ отложеній въ его полости нѣтъ. Отъ перевязки идетъ расширеніе пузырнаго протока, которое охватило старый пузырь въ видѣ чашки.

Печеночные протоки нѣсколько расширены. Образовавшееся расширеніе протока имѣетъ 5 с. длины; высота его надъ уровнемъ печени около 3 с.; ширина — 2, 2 с.. (См. рис. № 5).

Восьмой опытъ. Кобель желтый. Оперированъ 22 янв. 1900 г.; Умерщвленъ хлороформомъ 28 апр. 1900 г., черезъ 3 м. 6 дней послѣ операціи.

Пополнѣлъ. Перевязанный пузырь содержалъ прозрачную слизь; въ полости его нѣтъ никакихъ отложеній. Величина растянутаго пузырнаго протока въ 3 с.

Девятый опытъ. Бѣложелтый кобель. Оперированъ 24 янв. 1900 г., захлороформированъ 23 марта 1900 г. Прожилъ 2 мѣс. Перевязанный пузырь совершенно скрытъ въ ткани печени; въ немъ — прозрачная слизь. Около перевязки — грушевидное расширеніе пузырнаго протока. Длина груши — 3 с., ширина — $1^1/_2$ с.

Десятый опытъ. Желтая сука. Оперирована 27 янв. 1900 г., захлороформирована 28-го апрѣля того же года, черезъ 3 мѣс. послѣ операціи.

Пузырь сильно растянутъ; полонъ слизи; никакихъ отложеній въ полости не замѣчено. Размѣръ грушевиднаго расширенія пузырнаго протока въ 3 с. длины, $1^1/_2$ с. ширины, толщина стѣнки въ 2 мил.

Одиннадцатый опытъ. Мопсъ. Оперированъ 10-го февр. 1900 г. Желчный пузырь перевязанъ шелкомъ по срединѣ.

Захлороформированъ 10-го іюля 1900 г., черезъ 5 мѣс. послѣ операціи. Часть пузыря, лежавшая ближе къ краю печени превратилась въ фиброзный плотный узелъ, безъ всякой полости. Другая часть пузыря значительно расширилась и была подобна нормальному желчному пузырю; длина ея около 5 с., ширина 2 с.

Двѣнадцатый опытъ. Черный большой кобель. Оперированъ 12-го февр. 1900 г., умерщвленъ черезъ 4 м. послѣ опер., 12 іюня 1900 г. Перевязанный пузырь мало растянутъ, полонъ прозрачной слизи. Расширеніе пузырнаго протока имѣло видъ груши въ 4 с. длины, $1^1/_2$ с. ширины; толщина стѣнки около $2^1/_2$ мил.

Тринадцатый опытъ. Въ приведенныхъ выше опытахъ не изслѣдовалась гистологически стѣнка расширеннаго пузырнаго протока.

Поэтому, казалось необходимымъ сдѣлать еще наблюденіе. Черная сука. Оперирована 5 марта 1901 г.; умерщвлена 6 сент. 1901 г., послѣ 6 мѣс. отъ операціи. За это время сильно пополнѣла. Получилось совершенно подобное расширеніе пузырнаго протока, какъ и во всѣхъ предыдущихъ опытахъ, длиной въ 4 с., шириной — въ 2 с., высота же его надъ уровнемъ печени 1, 5 с.

Микроскопич. изслѣдованіе показало слѣд. картину: мѣстами на слизистой оболочкѣ цилиндрическій эпителій уплощенъ; въ другихъ мѣстахъ его нѣтъ; подъ эпителіемъ идутъ нѣжные пучки соединит. ткани, которые дѣлаются все грубѣе и грубѣе, чѣмъ далѣе отстоятъ отъ слизистой оболочки; за послѣдними пучками шла опять болѣе рыхлая соединит. ткань; въ

ней видны неизмѣненные просвѣты сосудовъ, но около нѣкоторыхъ были скопленія лейкоцитовъ. Такова была картина пузырнаго расширенія.

Изслѣдованіе стѣнки перевязаннаго пузыря показало отсутствіе воспаленія; слизистая оболочка мѣстами покрыта сильно уплощеннымъ эпителіемъ; мѣстами эпителія совсѣмъ нѣтъ. Мышечныхъ волоконъ не было. Соединительно-тканный слой представлялся болѣе сильно развитымъ, чѣмъ въ нормѣ. Слизистыхъ желѣзъ не было.

Выводы изъ опытовъ искусственнаго образованія пузыря.

Помимо 4 собакъ, умершихъ черезъ 2, 13, 18 и 20 дней отъ нагноенія въ ранахъ, всѣ остальныя 9 хорошо перенесли перевязку пузыря. Нѣкоторыя пополнѣли, такъ что, на основаніи общаго ихъ состоянія, нельзя не придти къ заключенію, что исключеніе функцій пузыря нисколько не вліяетъ на здоровье собакъ. Умерщвленіе ихъ дѣлалось въ разные сроки, черезъ 2, 3, 4, 5, 6 и 7 мѣсяцевъ.

У долго жившихъ собакъ пузырь, большей частью, былъ закрытъ совершенно печеночной тканью, которая являлась иногда бѣловатаго цвѣта, была очень тверда и показывала почти полное отсутствіе печеночныхъ клѣтокъ, съ развитіемъ соединит. ткани и обильной инфильтраціи лейкоцитами. Нельзя отрицать, что въ этихъ случаяхъ могли быть и околопузырные гнойники въ печеночной ткани.

Собаки, умерщвленныя позднѣе, давали расширеніе пузырнаго протока нѣсколько бо́льшее, чѣмъ умерщвленныя рано.

Можно ли считать полученное расширеніе за пузырь? Гистологическое изслѣдованіе (въ одномъ случаѣ) показало, что строеніе больше похоже на стѣнку растянутаго желчнаго пузыря. Макроскопически всѣ полученныя расширенія не отличались другъ отъ друга.

Микроскопическаго же изслѣдованія я не сдѣлалъ во всѣхъ случаяхъ отчасти потому, что для снятія фотографій приходилось наливать протоки гипсомъ; отчасти и потому, что, разсѣкая расширенія для осмотра ихъ стѣнки, вызывали до нѣкоторой степени поврежденіе слизистой оболочки. Поэтому, въ послѣднемъ провѣрочномъ опытѣ стѣнки расширенія не разсѣкались, и все расширенное мѣсто было вырѣзано и опущено въ формалинъ.

Отмѣтимъ еще, что во многихъ случаяхъ перевязанный пузырь былъ сильно утолщенъ и расширенъ, но въ то же время полость его содержала совершенно прозрачную слизь. Эти случаи напоминаютъ собой склерозный гипертрофическій холециститъ человѣка.

Разные пріемы во время операціи, когда пузырь захватывается, вытягивается, отслаивается отъ печени и т. д., конечно, могли вызвать поврежденіе и инфекцію наружной его стѣнки. Про отсутствіе всякихъ отложеній въ полости перевязанныхъ пузырей, мы уже упоминали.

Отмѣчу еще, что въ первомъ опытѣ получилось расширеніе не пузырнаго протока, а желчнаго — въ конечной его части; во 2-мъ опытѣ у собаки уже черезъ 20 дней получилось грушевидное расширеніе пузырнаго протока.

Въ своемъ сообщеніи на I-мъ съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ, говоря о своихъ опытахъ съ искусственнымъ образованіемъ желчнаго пузыря, я сказалъ, что расширенная часть пузырнаго протока не изслѣдовалась мною гистологически.

Опытъ, продѣланный позднѣе (№ 13), гдѣ получено было совершенно подобное же расширеніе, даетъ мнѣ право сказать слѣдующее: у собакъ перевязка желчнаго протока вызываетъ расширеніе не всѣхъ печеночныхъ протоковъ, но непремѣнно пузырнаго, причемъ стѣнка этого расширенія подобна въ своемъ строеніи не стѣнкѣ нормальнаго пузыря, но растянутаго; расширеніе, повидимому, начинается вскорѣ послѣ перевязки; оно идетъ впередъ медленными шагами. Что касается причинъ этого расширенія, то изслѣдованіе ихъ не могло войти въ планъ моей работы, вслѣдствіе встрѣтившихся препятствій въ сложности подобнаго рода изслѣдованій.

Можно, однако, вывести теоретическое заключеніе, что желчь, выдѣляемая печенью, встрѣчаетъ въ лицѣ сфинктера желчнаго протока нѣкоторое сопротивленіе; благодаря этому она устре-

мляется въ пузырь; за отсутствіемъ послѣдняго, при перевязкѣ его, возникаетъ растяженіе всѣхъ протоковъ, но особенно пузырнаго, который медленно все болѣе и болѣе растягивается, не утончаясь, однако.

Почему же расширеніе особенно отражается на стѣнкахъ пузырнаго протока (только одинъ разъ получилось расширеніе общаго желчнаго протока), а не на другихъ, вопросъ будущаго. Всего вѣроятнѣе, извѣстную роль играетъ различная сопротивляемость тканей того или другого протока, подъ вліяніемъ давленія желчи.

Допуская такое объясненіе, нужно сознаться, что опыты на собакахъ не могутъ быть всецѣло перенесены въ данномъ случаѣ на человѣка, такъ какъ сопротивляемость тканей того и другого организма можетъ быть совсѣмъ иная.

ГЛАВА X.

О послѣдствіяхъ и осложненіяхъ инфекціи желчныхъ путей.

Данная глава, по отношенію всего вышеизложеннаго, является прямымъ слѣдствіемъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ она является попыткой классифицировать разнообразныя клиническія проявленія инфекціи желчныхъ путей. Инфекція, влекущая, при благопріятныхъ условіяхъ, къ воспаленію, прежде всего скажется рядомъ общихъ признаковъ, свойственныхъ воспаленію и издревле отмѣченныхъ, какъ calor, dolor, rubor, tumor et functio laesa.

Поэтому, мы прежде всего разбираемъ лихорадку, боли, опуханіе, желтуху, камни, мочу и кало. Съ этими данными прежде всего приходится имѣть дѣло въ заболѣваніи желчныхъ путей. Это, такъ сказать, общія послѣдствія инфекціи.

Послѣдняя, достигнувъ до пузыря или до печени производитъ или рядъ легкихъ измѣненій, излѣчивающихся безъ оперативнаго вмѣшательства, или, наоборотъ, переходятъ въ такія формы, которыя можно назвать почти неизлѣчимыми, безъ хирургическаго вмѣшательства. Итакъ, со стороны поражаемыхъ инфекціей органовъ, мы имѣемъ легкія формы холециститовъ и ангіохолитовъ, или, наоборотъ, затяжныя формы: водянку,

Опытъ № 1-й.

Сука—средней величины. Перевязка пузырнаго протока 15 ноября 1899 г., околѣла отъ нагноенія въ ранѣ черезъ 18 дней—15 ноября 1899 г.

Объясненіе къ рис. № 1-й А.

А. Старый пузырь—слегка увеличенъ.

Б. Отъ мѣста перевязки идетъ постепенно расширяющійся пузырный протокъ.

В. В. Четыре печеночныхъ протока—почти нормальнаго размѣра.

Д. Желчный протокъ, принявшій вмѣстѣ съ пузырнымъ видъ веретенообразн. расширенія.

Объясненіе къ рис. № 1-й Б.

Буквы обозначаютъ тоже, что и въ № 1-А.

Здѣсь видно, что часть желчнаго протока, проходящая въ толщѣ стѣнки кишки, не расширилась.



Рис. № 1-й А.



Рис. № 1-й Б.

НБ ХНАУ

Опытъ № 2-й.

Большая черная сука, перевязка пузырнаго протока 22 ноября 1899 г., околѣла отъ нагноенія въ ранѣ черезъ 20 дней, 13 дек. 1899 г.

Объясненіе къ рисунку № 2-й.

А. Старый пузырь, нѣсколько увеличенный, въ немъ прозрачная слизь. Отложеній—нѣтъ.

Б. Грушевидное расширеніе пузырнаго протока, вдвое меньшее, чѣмъ пузырь.

В. В. Печеночные протоки, не расширенные.

Г. Желчный протокъ, не расширенный.

Д. 12 перстная кишка, внутр. стѣнка.



Рис. № 2-й.

НБ ХНМУ

Опытъ № 3-й.

Большая желтая сука. Оперирована 29 ноября 1899 г., захлороформирована 28 іюня 1900 г., черезъ 7 мѣс.

Объясненіе къ рис. № 3-й.

А. Пузырь, скрытый въ ткани печени.
Б. Расширеніе пузырнаго протока, въ видѣ груши, въ $2^1/_2$ с. ширины.
В. В. Печеночные протоки, нѣсколько расширенные.
Г. Желчный протокъ, расширенный.
Д. 12 перстная кишка, съ канюлею.

Опытъ № 4-й.

Большая черная сука. Оперирована 6 дек. 1899 г., захлороформирована 28 іюня 1900 г., черезъ 6 м. 22 дня.

Объясненіе къ рис. № 4-й.

А. Сморщенный пузырь, скрытый въ ткани печени.
Б. Расширеніе пузырн. протока въ видѣ груши.
В. В. Четыре печеночныхъ не расширени. протока.
Г. Не расширени. желчный протокъ.
Д. 12 перстная кишка. внутренн. стѣнка.

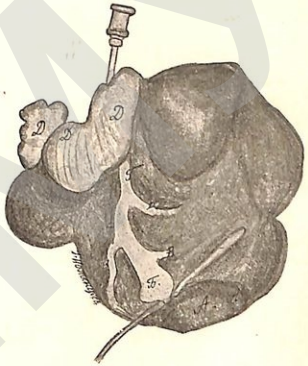


Рис. № 3-й.

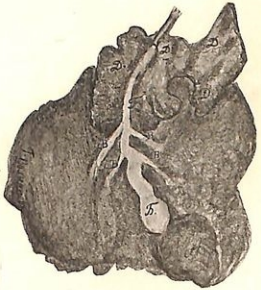


Рис. № 4-й.

НБ ХНМУ

Опытъ № 7-й. Рис. № 5-й.

Черная сука. Оперирована 29 янв. 1900 г., усыплена хлороформомъ 30 іюня 1900 г., черезъ 5 м. 9 дн. послѣ операціи.

А. Старый пузырь, расширенный, со слизью.

Б. Грушевидное расширеніе пузырнаго протока, которое охватило въ видѣ чашки старый пузырь.

В. В. Печеночные протоки.

Г. Желчный протокъ.

Д. 12 перстная кишка, внутренняя стѣнка.

Опытъ № 12-й. Рис. № 6-й.

Черный кобель. Оперированъ 12 февр. 1900 г., захлороформированъ 12 іюня 1900 г., черезъ 4 м.

А. Старый пузырь, скрытый въ ткани печени, полонъ слизи.

Б. Грушев. расширеніе пуз. протока.

В. В. Нерасширенные печеночные протоки.

Г. Желчный протокъ.

Д. 12 перстная кишка, внутренняя стѣнка. Канюля нѣсколько прорвала стѣнку слизистой оболочки.



Рис. № 5-й.

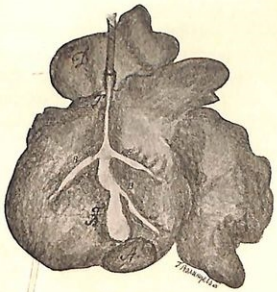


Рис. № 6-й.

НБ ХНМУ

эмпіэму, литіазъ, объизвествленіе, со стороны пузыря; кисты и расширенія, со стороны протоковъ; или, наконецъ, желчныя апоплексіи, абсцессы и циррозы, со стороны печени.

Сообразно этому, по изложеніи общихъ явленій инфекціи, мы разсмотримъ мѣстныя поврежденія: легкія и тяжелыя, въ приведенномъ сейчасъ порядкѣ.

Объ эти формы, легкая и тяжелая, въ разное время своего существованія, смотря по тяжести инфекціи, такъ или иначе отражаются на функціональномъ отправленіи печени, желудка, кишокъ, общаго питанія и крови. Поэтому, мы должны выдѣлить отъ общихъ проявленій инфекціи группу функціональныхъ разстройствъ. Наконецъ, помимо непосредственнаго пораженія тѣхъ отдѣловъ желчныхъ путей, въ которыхъ прочно укрѣпились микроорганизмы, современемъ возникаетъ рядъ пораженій смежныхъ или болѣе отдаленныхъ органовъ, въ силу чего возникаютъ сращенія желчныхъ путей съ органами живота, перитониты, разрывы желчн. путей, желчныя флегмоны, свищи, закупорка кишокъ и плевриты.

Эти пораженія мы и называемъ осложненіемъ инфекціи желчныхъ путей. Такимъ образомъ, въ результатѣ мы разсмотримъ всѣ проявленія болѣзни желчныхъ путей въ слѣдующемъ порядкѣ:

А. 1) послѣдствія легкой инфекціи, поражающей: а) пузырь—холециститы, б) желчные протоки—ангіохолиты;

2) послѣдствія инфекціи, производящей неизлѣчимое, безъ опер. вмѣшательства, страданіе:

1) пузыря—водянку, эмпіэму, литіазъ, объизвествленіе, склерозъ;

2) протоковъ—кисты и расширеніе;

3) печени—желчныя апоплексіи, абсцессы, циррозы.

Б. Осложненія, въ видѣ:

1) сращеній,

2) перитонитовъ,

3) разрывовъ,

4) флегмонъ,

5) фистулъ,

НБ ХГМУ

6) закупорки,
7) плевритовъ.

В. Среди же общихъ проявленій инфекціи, мы разсмотримъ:
1) лихорадку,
2) боли,
3) опуханіе,
4) желтизну покрововъ,
5) камни,
6) мочу,
7) кало.

Каждое изъ этихъ проявленій имѣетъ, конечно, свои подраздѣленія, но о каждомъ будемъ говорить въ своемъ мѣстѣ.

Я начну изложеніе съ общихъ проявленій.

В. Общія проявленія инфекціи.

I. Лихорадка.

По мнѣнію *Dupré*, какъ при задержкѣ мочи, существуетъ асептическій періодъ и септическій, такъ точно и при застоѣ желчи. Асептическій періодъ характеризуется желтухой безъ лихорадки. Септическій наступаетъ позднѣе и даетъ картину, характеризующуюся особой лихорадкой, измѣненіемъ мочи, воспаленіемъ желчныхъ путей, измѣненіемъ желчи. Послѣдняя, къ сожалѣнію, недоступна прямому изслѣдованію до операціи.

Эту лихорадку отмѣтилъ *Charcot* и указывалъ, что, вѣроятно, есть какое-то пирогенное начало, образующееся въ больной желчи, которое вызываетъ жаръ. *Charcot* былъ пораженъ сходствомъ лихорадки, при застоѣ желчи, съ септической лихорадкой, при задержкѣ мочи.

Dupré различаетъ четыре типа лихорадки:

1-й типъ—нервная. Это гепаталгическая лихорадка *Charcot*. Она вспыхиваетъ въ моментъ колики, начинается съ озноба, за которымъ слѣдуетъ жаръ; потъ, всего чаще, отсутствуетъ; время лихорадки—очень короткое; она не стоитъ въ связи съ силой боли; она рождается то прежде приступа колики, то послѣ. *Mossé* высказался въ 1880 г., что у стариковъ, лихорадящихъ вечерами, нужно обратить вниманіе на печень, такъ

какъ у нихъ часто нѣтъ коликъ, и лихорадка замѣняетъ собою колики.

Второй типъ эфемерная лихорадка, которая болѣе приближается къ гепаталгической лихорадкѣ Charcot. Этотъ типъ характеризуется тремя стадіями: озноба, жара и пота; темп. доходитъ здѣсь до 40°—41° и болѣе; жаръ то наступаетъ вмѣстѣ съ коликами, то внѣ ихъ.

Оба типа имѣютъ главную общую черту—неправильность появленія.

Третій типъ—интермиттирующая лихорадка; она—довольно правильно течетъ, напоминаетъ типъ болотной лихорадки, является, больш. частью, вечерами; жаръ бываетъ—высокій; нѣсколько нормалъныхъ дней чередуется съ лихорадочнымъ днемъ.

Наконецъ, 4-й типъ—ремиттирующая лихорадка, которая свойственна ангіохолитамъ; она менѣе сильна, чѣмъ интермиттирующая; утрами при ней бываетъ пониженіе жара.

Оказывается, что въ крови этихъ больныхъ не находили никакихъ микробовъ, но *Dupré* добылъ ихъ уколомъ селезенки и узналъ въ нихъ стафилококка, золотого и бѣлаго. Позднѣе было доказано присутствіе микробовъ и въ крови этихъ лихорадящихъ больныхъ; но только, внѣ припадка, въ крови нѣтъ бациллъ, такъ какъ онѣ остаются въ селезенкѣ.

При недостаточности печени, лихорадки, наоборотъ, очень часто совсѣмъ не бываетъ; также не наблюдается она часто у стариковъ и у кахектичныхъ. Къ этому изложенію *Dupré* остается очень немного прибавить.

Такъ, *Faure*, разбирая лихорадку при ангіохолитахъ, отмѣчаетъ, что сила ея обусловливается той или другой степенью пораженія путей. Чѣмъ выше темпер., тѣмъ, слѣдовательно сильнѣе поражены желчные пути.

Раненіе прошедшимъ камнемъ или закупорка желчнаго протока, когда пути были довольно здоровы, порождаетъ интермиттирующую лихорадку. У больного является сильный знобъ; онъ весь трясется. Скоро, черезъ нѣсколько часовъ, темп. поднимается до 40—41°, затѣмъ—проливной потъ, и приступъ ли

хорадки кончился. Надо думать, что желчные пути въ это время проглотили большую дозу яда.

Когда инфекція забирается выше и выше, лихорадка дѣлается ежедневной, послабляющей; утр. темп. почти нормальна; вечеромъ повышена; наконецъ, когда инфекція захватываетъ мельчайшіе ходы, развивается постоянная лихорадка; темпер. повышена и утр. и вечеромъ.

Такимъ образ., мы видимъ, что *Faure* объясняетъ присутствіе лихорадокъ, описанныхъ *Charcot*, не исключительно закупоркой, но наличностью ангіохолита.

Большому спору подвергался вопросъ о лихорадкѣ при коликахъ, и много было высказано различныхъ предположеній. Однако, современное ученіе смотритъ на эту лихорадку, какъ на выраженіе инфекціи. Такъ, *Крель*, въ «основахъ общей клинической патологіи» рѣшительно высказался о лихорадкѣ при коликахъ, какъ объ инфекціи желчныхъ путей. Дѣйствительно, какъ далѣе увидимъ, самыя колики—также косвенный результатъ инфекціи, а потому не удивительнымъ покажется и жаръ при нихъ.

Pick, въ 1900 г., ссылаясь на *Chauffard*'а указываетъ, что слѣдуетъ отличать лихорадку при коликахъ отъ перемежающейся лихорадки, при заболѣваніи печени, очень похожей на болотную. *Chauffard* изучалъ при ней лейкоцитозъ и убѣдился въ нормальномъ количествѣ лейкоцитовъ во время безлихорадочнаго состоянія и во время ознобовъ.

Въ общемъ, *Pick* присоединяется къ мнѣнію *Charcot*. Объясненіе о причинѣ лихорадки и объ отсутствіи ея находимъ у *Roger*'а, въ 1900 году, который, приведя примѣры тяжелой инфекціонной желтухи (см. клин. отд.), пришелъ къ выводамъ, что подавленіе функцій печени влечетъ разстройство обмѣна и пониженіе температуры.

Хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдался жаръ при тяжелой инфекц. желтухѣ, но, по мнѣнію *Roger*, онъ, все таки, здѣсь уменьшенъ, въ связи съ разрушеніемъ печени. Въ своихъ опытахъ съ кроликами, которымъ онъ вводилъ растворъ 2% acidi acetic., производящій у нихъ постепенное разрушеніе печени, темп. постепенно падала, и передъ смертью опредѣлялась въ 31°. Такимъ образомъ, по моему мнѣнію, опыты *Roger* важны для насъ въ томъ отношеніи, что тяжесть процесса часто не гармонируетъ съ слабой лихорадкой.

Dieulafoy, въ 1897 г, продолжаетъ, однако, смотрѣть на лихорадку при коликахъ, какъ на результатъ блужданія камней. Онъ называетъ ее сопутствующей. Подобный взглядъ, однако, будучи не доказаннымъ, значительно вредитъ въ вопросѣ о лѣченіи, такъ какъ на лихорадку будутъ смотрѣть, какъ на неважный признакъ. Между тѣмъ, инфекція будетъ развиваться, и благопріятный моментъ для хирург. вмѣшательства будетъ откладываться и врачемъ, и больнымъ.

II. Боли.

Въ описаніи болей, породившемъ большую литературу, мы будемъ различать: 1) родъ болей, 2) причину ихъ, 3) вліяніе ихъ на отдаленные органы, 4) отсутствіе болей, 5) періодичность ихъ, 6) боли послѣ операціи или, какъ говорятъ, рецидивы литіаза.

Въ клинической части мы приведемъ примѣры болей, считающихся типомъ.

Теперь приведемъ недавнее, сравнительно, описаніе типичныхъ коликъ. *Kauffman*, изъ Парижа, въ 1900 г., посвятилъ свою диссертацію вопросу о происхожденіи коликъ. Типичная колика происходитъ такимъ образомъ: среди сравнительно полнаго здоровья, хотя иногда предшествуетъ нѣкоторая болѣзненность въ подложечной области, чрезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды, вдругъ является сильная боль въ подложечной области, и, появившись, все ростетъ и ростетъ. Боль то захватитъ правое подреберье, то идетъ къ позвоночнику, то въ плечо. Больной мечется, чувствуетъ ознобъ, желудокъ его выбрасываетъ все съѣденное, а потомъ слизь и желчь. Лицо блѣдно, глаза выражаютъ тоску, руки хватаются по сторонамъ, сжимая постель, самъ онъ весь перегибается къ животу, дышетъ прерывисто, съ трудомъ. До живота часто нельзя дотронуться. И вдругъ все сразу исчезаетъ.

Помимо такого типичнаго припадка, есть ложные: то явля-

ются временныя схватки въ области желудка, то временная диспепсія съ тошнотой и рвотой.

Лихорадка иногда бываетъ до коликъ, а всего чаще послѣ появленія ихъ.

Общее всѣмъ коликамъ—это—ихъ неожиданное появленіе и періодичность.

Теперь упомянемъ, какъ описывались колики.

Извѣстно, что *Charcot* допускалъ существованіе коликъ, въ громадномъ большинствѣ случаевъ, прохожденіемъ камней. Боль, по *Charcot*, появляется отъ какой либо случайной причины, даже нравственнаго потрясенія, часа черезъ 3—4 послѣ ѣды. Особенно она сильна въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, изъ которыхъ уже давно указывали надчревную и лопаточную точки. Существованіе же пузырной точки—далеко не постоянное явленіе. При этомъ возникаетъ рядъ отраженныхъ движеній, въ видѣ судорогъ; рвота съѣденнымъ а потомъ слизью и желчью; замедленіе пульса; иногда обморокъ, объясняемый *Charcot*, какъ рефлексъ на блуждающіе нервы, отъ раздраженія конхъ можетъ произойти остановка сердца; нѣкоторые больные умирали.

Желтуха, считавшаяся нѣкоторыми, какъ признакъ попаданія камня въ желчный протокъ можетъ зависѣть, по *Charcot*'у не отъ величины камня, но лишь отъ спазма протока.

Она наступаетъ черезъ 6—12 часовъ послѣ коликъ. Колики у одного и того же больного то сопровождаются знобомъ, то нѣтъ.

Теперь укажемъ новые взгляды на виды болей. *Keay*, въ 1900 г., находитъ, что колики невѣрно описаны. За долго до выхожденія камней, боли являются въ спинѣ, и, если камни ущемляются, получается опоясывающая боль на уровнѣ 10 и 11 грудн. позвонковъ, отдаетъ отъ нихъ вправо и влѣво, особенно въ правый сосокъ, но не въ правое плечо. Во время прохожденія камня, получается особое ощущеніе проскальзыванія.

Оригин. работы я не имѣлъ, но дѣло не въ картинѣ болей, а въ попыткахъ автора распознать, на основаніи вида болей, присутствіе камней. Это мнѣ кажется безполезной попыткой, такъ какъ и камни, и холециститы могутъ давать различные

виды болей. Такъ, въ 1899 г., *Lejars*, сообщая о результатахъ 20 сдѣланныхъ имъ операцій, приходитъ къ заключенію, что существуютъ боли острыя, типичныя, но есть неопредѣленныя, непонятныя. Въ послѣднихъ случаяхъ никогда не слѣдуетъ упускать изъ вида, что неопредѣленная картина, какъ и типичная, могутъ зависѣть отъ холецистита.

Точно также *Vergriete* упоминаетъ, что у стариковъ часто вмѣсто типичныхъ коликъ, бываютъ припадки желудочныхъ болей. Неожиданное ущемленіе камня въ пузырномъ протокѣ порождаетъ у нихъ явленія паденія пульса, вздутіе живота, запоръ, и часто думаютъ здѣсь объ ущемленной грыжѣ. Совершенно особенной будетъ картина у лицъ, страдающихъ тѣми или другими неврозами. Въ такихъ случаяхъ могутъ являться припадки истеріи, приступы невралгій.

У многихъ больныхъ, наконецъ, въ силу ли индивидуальности, или по другимъ причинамъ, боли являются то въ области червеобразнаго отростка, то подъ мечевиднымъ отросткомъ, то въ лѣвой половинѣ живота. У женщинъ замѣчали боли въ яичникахъ и вообще внизу живота.

Наконецъ, дѣти даютъ очень неясную картину литіаза.

При болѣхъ возникаетъ, хотя не всегда, сильное сокращеніе правой прямой мышцы живота. Объ этомъ упоминалъ *С. П. Боткинъ* въ своихъ лекціяхъ о желчнокаменной болѣзни.

Получали тогда ощущеніе твердой печени, или признавали даже ракъ печени. (См. *С. П. Боткинъ*).

Причины болей и до сей поры объясняются еще очень различно.

Одни видятъ въ нихъ часто воспалительныя боли, какъ при воспаленіи червеобразнаго отростка, другіе видятъ въ нихъ результатъ случайныхъ сращеній пузыря съ сосѣдними органами; третьи разсматриваютъ ихъ, какъ спазмотическую боль расширеннаго пузыря, нѣкоторые допускаютъ особую невралгію пузыря и т. д.

Посмотримъ на литературныя указанія.

Krause, въ 1896 г., въ обществѣ Гамбургскихъ врачей сообщилъ наблюденіе, гдѣ были признаки типичнаго литіаза. При

операціи же, камней въ пузырѣ не оказалось: пузырь сокращенъ; сверхъ того, было сращеніе желудка съ прямой кишкой. Разрѣзъ перемычекъ между послѣдн. органами уничтожилъ всѣ боли.

Въ этомъ наблюденіи нельзя отрицать, однако, что уже одно изслѣдованіе желчныхъ путей, могло оказать пользу, въ смыслѣ разрыва слабыхъ перемычекъ, окружавшихъ, можетъ быть, протоки.

Charcot, какъ и многіе другіе, признавалъ, что колики—выраженіе движенія камня. Пузырный протокъ, воспринявшій камень, сокращается и, по рефлексу, передаетъ боли въ разные органы.

Kauffmann, въ упомян. выше работѣ, дѣлаетъ 10 возраженій противъ этой теоріи, изъ коихъ приведемъ лишь нѣкоторыя. Находили колики у лицъ, у которыхъ камень уже давно вросъ въ пузырный протокъ; находили камни въ испражненіи лицъ, не имѣвшихъ никогда коликъ; находили пузырный протокъ заросшимъ, при коликахъ; наконецъ, у многихъ лицъ, были пузыри, набитые камнями, въ шейкѣ также бывалъ вколоченъ камень, а коликъ при жизни не было.

Боль, по его мнѣнію, есть результатъ невралгіи, и, какъ таковая, она зависитъ то отъ воспаленія, то отъ общей невропатіи.

Подъ вліяніемъ раздраженія пузыря происходитъ спазмъ пузырнаго протока; пузырь силится прогнать свое содержимое; воспаленныя стѣнки его растягиваются; это и есть причина коликъ. Подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ условій, спазмъ проходитъ, колика кончается.

Періодичность ихъ зависитъ отъ обостренія воспаленія, на подобіе того, что мы видимъ въ аппендицитѣ.

Такимъ образомъ, холециститы могутъ порождать колики, при всякомъ отсутствіи литіаза.

Старые больные пузыри, по мнѣнію *Kauffmann*'а, могли бы много поразсказать о томъ, что приписывали совсѣмъ не къ ихъ болѣзни.

Перихолециститы и парахолециститы также могутъ вызывать колики.

При всемъ томъ, несомнѣнно, по его мнѣнію, что у молодыхъ анемичныхъ, или неврастениковъ, нерѣдко бываютъ чисто нервныя колики, впервые описанныя *Thiriar*'омъ.

Въ общемъ онъ заключаетъ, что частота коликъ у лицъ, страдающихъ литіазомъ, зависитъ лишь отъ частыхъ обостреній имѣющейся въ пузырѣ инфекціи, она и вызываетъ колики, какъ ранѣе она вызвала камни. Опухоль пузыря, увеличеніе печени, лихорадка и желтуха говорятъ, именно, за воспалительное происхожденіе коликъ.

Раньше *Kauffmann*'а, однако, были тоже отрицательныя мнѣнія о значеніи камней.

Riedel высказываетъ въ 1898 г. особенный взглядъ; колики не зависятъ ни отъ прохожденія камней, ни отъ воспаленія пузыря; послѣднее бываетъ, но рѣдко; наиболѣе частая причина—это воспаленіе около инороднаго тѣла — periallenitis; если камни остались, то приступы коликъ всегда возможны, такъ какъ всегда возможны приступы періалліэнита.

Такое мнѣніе, кажется, принадлежало лишь одному *Riedel*'ю.

Thomson въ 1898 г. привелъ наблюденіе женщины, страдавшей коликами въ прав. подреберьѣ, съ желтухой; колики и желтуха имѣли прерывистый характеръ. При операціи камней нигдѣ не найдено. Свищъ закрылся чрезъ $^1/_2$ года.

Приводимъ очень вѣское мнѣніе *Naunyn*'а, который, на основаніи 250 разобранныхъ случаевъ, въ 1898 г., пришелъ къ заключенію, что припадки коликъ одинаково могутъ вызываться и камнями, и воспаленіемъ пузыря.

Еще болѣе вѣское мнѣніе находимъ въ словахъ *Kehr*'а, который въ 1899 г., на основаніи своихъ 433 желчныхъ операцій, дѣлаетъ различные выводы о желчнокаменной болѣзни и признаетъ колики зависящими отъ холецистита или перихолецистита.

Lücke, въ 1900 г., до нѣкоторой степени, экспериментально подошелъ къ вопросу о коликахъ.

Онъ видѣлъ на больномъ, имѣвшемъ желчный свищъ, что

наполненіе пузыря водой вызываетъ настоящія печеночныя колики.

Поэтому, колики зависятъ, по его взгляду, отъ растяженія пузыря, пытающагося изгнать свое содержимое.

Существуютъ и клиническія наблюденія независимости коликъ отъ камней.

Въ 1900 г. *Maclagan* и *Treves* сообщили 3 наблюденія, гдѣ были всѣ признаки желчнокаменной болѣзни, но камней не оказалось, а просто было сдавленіе того или другого протока смѣщенной почкой. Колики, по ихъ мнѣнію, зависѣли отъ растяженія пузыря, не имѣвшаго выхода для желчи. Во всѣхъ трехъ случаяхъ были сдѣланы чревосѣченіе и поясничные разрѣзы съ пришиваніемъ почекъ. Колики исчезли.

Въ русской литературѣ также есть наблюденія, которыя прямо указываютъ, что боли не зависятъ отъ камня. Такъ, въ случаѣ проф. *Склифосовскаго*, «боль» въ видѣ коликъ существовала не задолго до операціи. Пузырь найденъ содержавшимъ 210 грамм. слизи и большой камень въ протокѣ въ $7^1/_2$ грамм. вѣса. По наличности водянки можно заключить о давнишней закупоркѣ, и, слѣдов., камни не выходили.

Въ другомъ сообщеніи проф. *Склифосовскаго* приводится случай эмпіэмы, гдѣ у больного временами бывали сильныя колики, побудившія его поступить въ клинику.

Блестящее разъясненіе значенія коликъ отмѣчаемъ, съ удовольствіемъ, у русскихъ.

«Разъ есть желтуха, говоритъ *С. П. Боткинъ*, и колики, то это не значитъ, что боли непремѣнно зависятъ отъ камней, такъ какъ твердо установленъ фактъ движенія камней безъ боли и долгаго ихъ существованія безъ всякой колики; именно, колики, даже въ области печени, могутъ зависѣть и отъ друг. причинъ, напр., отъ tabes, и т. д.

Въ другихъ случаяхъ, камни отраженно вліяютъ совсѣмъ на другіе органы, напр., вызываютъ аритмію сердца, затруднител. дыханіе, на 8—10 часовъ; дѣло доходитъ даже до кардіальной астмы; или же являются припадки сѣдалищной боли,

или головокруженіе на нѣсколько часовъ; иногда, отекаютъ голени безъ отеканія стопъ; иногда же все дѣло сводится къ перемежающейся лихорадкѣ, то съ желтизной, то безъ желтизны». Въ приводимой имъ исторіи у больной боли начинались въ лѣвой сторонѣ живота, потомъ переходили въ подложечн. область, потомъ въ прав. подреб. и во весь животъ.

«Вы увидите, что одинъ и тотъ же субъектъ, поставленный въ разныя условія, подъ вліяніемъ только измѣненной психики, начинаетъ иначе реагировать на свое страданіе. Можно носить и выводить камни безъ болей, а можно, при измѣненіи условій, выводить иначе. Какая связь, мы не знаемъ, но связь есть, и нарушеніе равновѣсія первнаго аппарата вызываетъ приступы весьма часто».

Къ этому, по моему мнѣнію, прекрасному толкованію о значеніи камней въ тѣхъ или другихъ припадкахъ болей, почти нѣчего прибавлять. Оно совершенно на уровнѣ современныхъ взглядовъ, хотя продолжаютъ еще существовать, къ сожалѣнію, старыя мнѣнія о типичныхъ и не о типичныхъ коликахъ.

Существуютъ, къ сожалѣнію, разныя новѣйшія измышленія, пытающіяся поправить старыя, на пособіе новой заплаты къ ветхой одеждѣ.

Одни авторы ихъ, признавая каменное происхожденіе коликъ, стремятся только расширить область коликъ, утверждая, что пространство, захватываемое ими, гораздо больше печени, что оно захватываетъ подложечную область, весь животъ. Другіе, все таки, стоя тоже на почвѣ непремѣнной типичности коликъ, пытаются создать совсѣмъ новую картину коликъ.

Таково, наприм., новѣйшее толкованіе *Keay*'я.

Мы же скажемъ, согласно разсужденіямъ проф. *Боткина*, что боли, вызываемыя камнями, совсѣмъ не имѣютъ ничего опредѣленнаго, да и не могутъ имѣть.

Это—остатокъ рутины, во многомъ еще царствующій въ медицинѣ—искать типичную колику. Ея для камней—нѣтъ и, повторяю, не можетъ быть.

Если же возражаютъ, что, при камняхъ, наблюдаютъ совершенно ту колику, въ области печени, плеча и т. д., которая,

издавна, въ старину описана, то я могу возразить одно, что анатомія человѣка въ существенныхъ чертахъ осталась пока все той же. Нервы печени также. Та или другая причина, вызывающая раздраженіе пузыря или печени, непосредственно, или же, путемъ рефлекса, съ другихъ органовъ, въ результатѣ могутъ породить одинаковый симптомокомплексъ, такъ назыв., колики. Я убѣжденъ, что воспаленіе желчнаго пузыря, камни его, воспаленіе червеобразнаго отростка, или другихъ какихъ либо органовъ, на что еще мало обращалось вниманіе, могутъ породить у разныхъ лицъ, въ зависимости отъ ихъ организма, признаки, похожіе, то на печеночную колику, то на желудочную боль, то на боли слѣпой кишки.

Переходимъ теперь къ вопросу о нервной коликѣ печени, которую *Forster*, въ своей статьѣ, въ 1900 г., опредѣляетъ, какъ гиперестезію печеночнаго сплетенія.

Онъ приводитъ относящуюся сюда литературу и упоминаетъ *Henoch*'а, который, въ 1854 году, видѣлъ въ ней гиперемію печеночнаго нервнаго сплетенія. Затѣмъ, *Furbringer*, въ 1891 году, доказывалъ ея существованіе, съ чѣмъ, однако не соглашались.

Теперь, *Forster*, на основаніи личныхъ наблюденій, даетъ слѣдующ. ея признаки: рѣжущая или сверлящая боль, отдающая внизъ, въ пахъ, или въ плечо, или въ подлож. область; давленіемъ на печень можно вызвать припадки болей, даже до падучей; боли—перемежающагося характера, наприм., каждую ночь или правильно 2 раза въ день. Существуетъ какая то связь между припадкомъ и мѣсячными; иногда онъ является до мѣсячныхъ; иногда, послѣ мѣсячныхъ.

Лица эти страдаютъ разными другими невралгіями: пузыря, кишечника, межреберными и проч.

Отличіе отъ каменной колики то, что камней и желтухи нѣтъ, что онѣ не зависятъ отъ пріема пищи, что лѣченіе, свойственное литіазу, здѣсь не помогаетъ. Наконецъ, общая нервность больного также говоритъ за печеночную невралгію.

Изъ русскихъ авторовъ, раздѣляющихъ взглядъ о возможности нервной колики печени, приведу мнѣніе профес. *В. Д. Шервинскаго*, въ 1900 г., который заявляетъ, что нѣтъ никакихъ данныхъ, чтобы отрицать возможность невралгіи печеночнаго сплетенія, разъ бываютъ, вообще, невралгіи въ разныхъ сплетеніяхъ. Въ приводимомъ имъ случаѣ, у больной, припадки коликъ пріурочивались къ періоду мѣсячныхъ, хотя, по другимъ признакамъ, отсутствію нервности, постоянной болѣзненности въ области печени, и друг., *Шервинскій* признавалъ въ данномъ случаѣ возможность камней, что и оказалось при операціи.

Касаясь вопроса совпаденія коликъ съ регулами, *Шервинскій* дѣлаетъ предположеніе, что, быть можетъ, здѣсь играетъ роль особенное раздраженіе нервовъ пузыря, 12-перстной кишки и протоковъ, или, по его мнѣнію, вѣроятно, дѣло сводится на измѣненіе кровеобращенія печени во время регулъ. *Шервинскій* указываетъ на *Senator*'а, который видѣлъ 4 раза подобныхъ больныхъ; у нихъ бывали колики и желтуха во время наступленія мѣсячныхъ.

Не отрицая возможности печеночной невралгіи, я, тѣмъ не менѣе, скажу, что въ отношеніи выбора того или другого рода лѣченія больныхъ, никогда не слѣдуетъ принимать во вниманіе подобную невралгію.

Прежде всего, она крайне рѣдко наблюдалась, и прямыхъ доказательствъ ея быть не можетъ. Вѣдь тѣ случаи, которые не были оперированы, въ счетъ идти не могутъ. Если же принять во вниманіе тѣ, которые были оперированы и показали полное отсутствіе камней, то это нисколько не говоритъ за нервныя колики, такъ какъ боль могла зависѣть даже отъ очень незначительнаго катарральнаго измѣненія пузыря. Сравнимъ здѣсь боли въ червеобр. отросткѣ, въ которомъ однако, часто нѣтъ большихъ измѣненій, способныхъ объяснить происхожденіе коликъ въ области слѣпой кишки.

Большинство, поэтому, совершенно отрицаетъ нервную колику печени, въ вопросѣ о лѣченіи, хотя, конечно, теоретически всякій понимаетъ ея возможность. Въ виду этого, при существованіи коликъ, лучше разсматривать ихъ, какъ признакъ воспаленія пузыря. Въ то время, какъ одни признавали

происхожденіе нервныхъ коликъ въ связи съ раздраженіемъ печеночнаго сплетенія, *Thiriar*, первый, въ 1888 г., высказалъ мысль, о существованіи крайне болѣзненныхъ пузырей, не переносящихъ даже незначит. скопленія слизи. Это—невровы пузыря.

Подобный взглядъ болѣе пригоденъ въ вопросѣ о лѣченіи, такъ какъ онъ не исключаетъ возможности лѣчить пузырь хирургическимъ путемъ.

Въ русской печати указанъ примѣръ, гдѣ всѣ данныя заставляли предположить возможность нервной колики, но операція выяснила, что дѣло шло о камняхъ.

Такъ именно, *Тандовъ* сообщилъ въ 1900 г., что онъ наблюдалъ одну истеричку, которая, въ теченіи 6 лѣтъ, страдала припадками коликъ безъ лихорадки; пятый приступъ былъ у нея съ лихорадкой; ей была сдѣлана операція, по поводу гнилокровія, и въ пузырѣ найдено было 70 камней.

Я къ этому могу прибавить нашъ случай (см. клинич. отд.), гдѣ больная страдала въ ранней юности страшными припадками нервныхъ болей въ области желудка. Всѣ врачи считали ея боли за истерію, тѣмъ болѣе, что онѣ возникали послѣ нервныхъ волненій. Черезъ нѣсколько лѣтъ мы оперировали у нея водянку желчн. пузыря, содержавшаго камни.

Теперь мы разсмотримъ вліяніе болей на другіе органы и значеніе пузыря въ этомъ явленіи.

Могу опять сослаться здѣсь на русскія работы.

Лукьяновъ упоминаетъ опыты *Симановскаго*, наблюдавшаго, при раздраженіи желчнаго пузыря прерывистымъ токомъ, всѣ явленія, напоминающія желчныя колики; вслѣдствіе чего *Симановскій*, во вліяніяхъ со стороны кровеобращенія, дыханія и пищеварит. органовъ, видитъ рефлексъ раздраженнаго пузыря.

Далѣе, проф. *С. П. Боткинъ*, страдавшій болѣе 30-ти лѣтъ жестокими припадками печеночныхъ коликъ, указывалъ вліяніе ихъ на иннервацію сосудодвигателей сердца; аритмія пульса есть, по его мнѣнію, отраженный ангіоневрозъ; желчные камни отраженно могутъ вызывать тяжелыя явленія со стороны сердца.

Въ послѣдствіи д-ръ *Соколовъ*, приводя данныя изъ протокола вскрытія умершаго *С. П. Боткина*, упоминаетъ, что желчный пузырь его содержалъ 236 камней, а вѣнечныя артеріи сердца подвергались склерозу, при отсутствіи послѣдняго въ другихъ областяхъ, помимо начала аорты.

Упомянемъ, что проф. *С. П. Боткинъ* неоднократно требовалъ операціи, и большинство хирурговъ находило ее не показанной.

Въ литературѣ находимъ не мало наблюденій, гдѣ коликъ совсѣмъ не было, или онѣ являлись въ видѣ болей подъ ложечкой, совсѣмъ не типичныхъ для признанія въ нихъ «припадковъ, такъ какъ онѣ наблюдались въ видѣ постоянныхъ ноющихъ болей».

Русскія наблюденія подтверждаютъ это.

Именно, въ случаѣ *Розена*, больная, 30 л., была оперирована, по поводу шарообр. опухоли у нижняго края печени. Оказался увеличенный желчный пузырь съ 70 камн. и гноемъ. Больная никогда не имѣла колики, и боли, на которыя она жаловалась, всегда бывали въ подложечной области.

Также существуетъ русское наблюденіе сильно растянутаго пузыря, безъ всякихъ коликъ въ прошломъ.

Поляковъ, въ 1900 г., привелъ интересный случай, со стороны растяженія пузыря.

Мальчикъ 11 л., крайне худой, имѣлъ сильно увеличенный, почти вдвое, животъ, въ 102 с. въ окружности. Низъ грудной клѣтки сильно расширенъ, и обѣ ключицы, въ силу этого, подвывихнуты. Опуханіе живота развилось въ теченіи 6 мѣс., но припадковъ болей не было. При операціи, изъ пузыря вышло 9 ф. зеленой маслянистой жидкости. Свищъ закрылся чрезъ 3 мѣсяца. Окружность живота стала въ 62 сант.

Далѣе, изъ русскихъ работъ крайне цѣнной во многихъ отношеніяхъ является работа д-ра *Игнатова*, въ 1891 г. Онъ собралъ съ 1878 г. по 1891 г., 175 случаевъ операціи пузырнокожнаго свища, 62 случ. изсѣченія пузыря и 32 идеальной операціи пузыря.

На основаніи разбора этихъ наблюденій, онъ дѣлаетъ очень

поучительные выводы. Оказывается, что, на 198 случ., отсутствіе колики было 4 раза. Одиночные камни крайне рѣдко наблюдались. Онъ указываетъ на кроветеченія, наблюдавшіяся до и послѣ операціи у страдавшихъ закупоркой желчнаго протока.

Изъ иностранныхъ авторовъ укажемъ рѣзкій примѣръ въ наблюденіи *Monod*, относящемся къ 1899 г.

Женщина, 71 года, никогда не страдала ни коликами, ни желтухой. При операціи въ пузырѣ найдено 934 камня. Больная была оперирована вслѣдствіе опухоли, которую признали за кисту яичника.

Рѣзкій примѣръ также у *Guinard*'а, въ 1901 г. У женщины, 58-лѣтней, была сильная кахексія. Колики никогда не было. Изъ пузыря удаленъ 1 камень. Въ желчномъ протокѣ также былъ камень въ 6,65 грамм. Случай этотъ приведенъ въ клиническомъ отдѣлѣ.

Вопросъ о коликахъ и о причинѣ ихъ важенъ не только въ смыслѣ распознаванія; онъ возбуждаетъ интересъ во многихъ отношеніяхъ. Послѣ операціи удаленія камней наблюдали иногда колики и выводили отсюда заключеніе о вторичномъ образованіи камней, о безполезности операцій. Далѣе, для другихъ эти боли служили доказательствомъ необходимости удаленія пузыря, какъ причины къ послѣдующ. развитію камней.

Укажемъ сначала рядъ мнѣній разныхъ хирурговъ.

Hermann въ 1900 году допускаетъ рецидивы, такъ какъ у одной больной черезъ 8 мѣсяцевъ, а у другой черезъ 3 года, послѣ удаленія пузыря, онъ видѣлъ явленія колики и выхожденіе камней.

Обратно, *Hermann*'у, *Kehr* высказался въ 1900 году, что возвратовъ, какъ таковыхъ, нѣтъ.

Онъ видѣлъ колики 19 разъ на 491 случ., но онѣ зависѣли или отъ сращеній (ложные рецидивы), или отъ собственной его погрѣшности, т. е. оставленія камней (наст. рецидивы).

Kehr допускаетъ, что въ теоріи возможно говорить о новомъ появленіи камней, но въ практикѣ его, основанной на 491-мъ наблюденіи, никогда не было развитія камней.

Это побудило его высказаться слѣдующ. образомъ:

«Итакъ, если придетъ теперь ко мнѣ больной съ желаніемъ освободиться отъ своихъ камней и спроситъ меня, могутъ ли снова вырости камни, я отвѣчу ему спокойно, по чистой совѣсти, рѣшительнымъ «нѣтъ». Воззрѣніе, что камни вторично ростутъ, вполнѣ теоретично, хотя и возможно, но хирурги показали, что настоящ. возвр. нѣтъ».

Онъ полагаетъ, что бываетъ только ложный рецидивъ, обязанный болямъ отъ сращеній, или отъ оставленныхъ камней при операціи, что было съ нимъ 19 разъ на 491 случай. Сращенія онъ наблюдалъ въ размѣрѣ 11%, а оставленіе камней въ 4%. Послѣ удаленія пузыря, боли-рѣдки; онѣ чаще послѣ пузырнокожнаго свища; послѣднюю операцію онъ осуждаетъ, какъ причиняющую новую инфекцію, и предпочитаетъ удаленіе пузыря вездѣ, гдѣ возможно. Сращенія всего чаще бываютъ съ сальникомъ, потомъ съ 12-перстной кишкой, и, затѣмъ, съ толстой кишкой.

Вотъ одинъ изъ примѣровъ рецидива *Kehr*'а, въ случаѣ, о которомъ онъ описалъ въ своей статьѣ о дренажѣ желчныхъ путей.

Женщина, 56 л., въ 1893 г. подвергалась операціи холецистостоміи. Удаленъ былъ пузырный камень. Въ 1895 г. ей же сдѣлана холедохотомія.

Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ опять приступы. Сдѣлана 2-я холедохотомія, опять найденъ камень. Въ этомъ случаѣ, очевидно, камни загромождали желчный протокъ и не были удалены всѣ.

Есть и въ русской литературѣ указаніе на рецидивы болей. Примѣръ, такъ называемаго, ложнаго рецидива представляетъ случай *Боровскаго*, гдѣ была оперирована 25-лѣтняя больная, при явленіяхъ лихорадки, боли и опухоли въ области желчнаго пузыря.

Ощупываніе протоковъ и пузыря дало отрицат. рельзультаты; изъ пузыря выдѣлилась кровянисто-гнойная жидкость. Черезъ 2 недѣли, сразу, развилась желтуха и боли, и изъ пузыря удалили 11 камней, размѣромъ въ $^3/_4$ сант.

Прекрасное и довольно полное изложеніе вопроса о рецидивахъ мы находимъ въ работѣ *Mohr*'а, въ 1901 г.

Онъ полагаетъ, что при недостаточно долгомъ дренированіи пузыря послѣ операціи, въ силу ли произвольнаго закрытія свища, или въ силу ранняго оперативнаго закрытія, остается возможность къ новому развитію камней, разъ въ организмѣ существуютъ благопріятныя условія въ видѣ воспаленія пузыря и застоя желчи.

Камни могутъ, по его мнѣнію, также спуститься въ пузырь изъ верхнихъ путей, гдѣ они оставались, несмотря на операцію. Допуская возможность развитія камней въ печени и верхнихъ путяхъ, *Mohr* отмѣчаетъ, что тамъ они—гладкіе, небольшіе и легко проходятъ въ кишку. Поэтому, удаленіе пузыря, дѣйствительно, устраняетъ ростъ камней; если же невозможно удалить пузырь, въ силу обширныхъ сращеній, то, при сопутствующихъ имъ воспалительныхъ состояніяхъ желчныхъ ходовъ, при произвольномъ соединеніи пузыря съ кишкою, и т. д., всегда даны условія для новаго развитія камней. Однако, по его мнѣнію, теорія рушится до нѣкотор. степени передъ практикой. *Kehr* на 500 желчн. операцій лишь 1 разъ видѣлъ развитіе камня около шелковинки; всѣ же остальные случаи повторнаго за операціей сохраненія камней должны быть приписаны оставленію камней при операціи.

Также думаютъ *Petersen* и *Löbker*, хирурги съ большой практикой въ желчныхъ болѣзняхъ. Только *Hermann* одинъ признаетъ новое развитіе камней послѣ операціи, на основаніи долгаго промежутка между операціей и приступомъ новыхъ колики.

По мнѣнію *Mohr*'а наблюденія *Hermann*'а не очень обоснованы, такъ какъ тотъ фактъ, что въ 15 случ. операціи онъ видѣлъ въ 7 случ. возвратъ колики, не обозначаетъ еще новое развитіе камней, потому что заключеніе не было основано на вторичной операціи, а лишь на отхожденіи камней въ 2 случаяхъ, да по присутствію колики. *Mohr*, въ общемъ, признаетъ теоретическую возможность, но, практически, причину колики

усматриваетъ въ новомъ воспаленіи, въ развитіи перемычекъ и въ оставленіи прежнихъ камней.

Сопоставляя все сказанное о возвратѣ каменной болѣзни, я рѣшительно скажу, что послѣ операцій новые камни не развиваются, что оперативное лѣченіе есть радикальное лѣченіе желчно-каменной болѣзни. Почему же? Отвѣтъ намъ даетъ инфекціонная теорія и клиника. Именно, для развитія камней нужны три условія: катарръ желчныхъ путей, присутствіе микроорганизмовъ, и легкій застой желчи въ большомъ резервуарѣ, напр., въ пузырѣ, куда бы постоянно могла заходить желчь и снова выходить, отдавъ здѣсь пигментъ и свои соли. Нигдѣ на протяженіи желчныхъ путей, кромѣ пузыря, таковыхъ условій нѣтъ. Если образуется быстрая закупорка желчнаго протока, то возникаетъ сразу остановка выработки желчи. Если же возникаетъ медленная закупорка, то совершается постепенный застой желчи и постепенное сокращеніе выработки ея печенью. Не даны ли въ семъ условіи причины для развитія камней въ печени? Конечно, даны, но камни будутъ развиваться въ расширенныхъ желчныхъ капальцахъ, гдѣ скоро развивается частью закупорка ихъ, частью атрофія печеночныхъ клѣтокъ, и вотъ готово прекращеніе къ нимъ доступа желчи! Поэтому, они представляются въ видѣ «желчной грязи», песка или мягкихъ сгустковъ, что отмѣтилъ еще *Charcot*.

Если же теперь длительная неполная закупорка будетъ тянуться десятки лѣтъ, безъ особой атрофіи клѣтокъ печени, то мягкіе сростки, наконецъ, превратятся въ твердые, подобные пузырнымъ камнямъ. Мы будемъ имѣть печень, фаршированную камнями. Я лично видѣлъ одинъ подобный препаратъ печени, въ 1901 г. Исторія больного, умершаго въ Московской Голицынской больницѣ въ томъ году, мнѣ неизвѣстна; печень его представляла на срѣзѣ большіе, величиною въ 1—$1^1/_2$ с., камни, очень твердые.

Ясно, что подобные случаи длительной неполной, закупорки, тянущейся десятками лѣтъ, крайне рѣдки. Больной долженъ имѣть какую-то особенную выносливость своей печени къ инфекціи, или же онъ долженъ погибнуть раньше, чѣмъ камни

печени стали твердыми; а, сверхъ того, всегда почти, раньше образованія твердыхъ камней въ печени, наступятъ тяжелыя явленія со стороны пузыря, которыя то приведутъ къ смерти, то потребуютъ оперативнаго вмѣшательства.

Итакъ, *почему же однажды сдѣланная операція не влечетъ ко вторичному рожденію камней?*

Причина слѣдующая: какъ мы указали, оперируютъ обычно раньше, чѣмъ успѣли развиться камни въ печени. Слѣдовательно, камни находятся то въ пузырѣ, то въ крупныхъ желчныхъ протокахъ. Что дѣлаютъ при операціи? То—удаленіе пузыря, то постоянный его свищъ съ кишкой, то долгую наружную фистулу, то, наконецъ, временный разрѣзъ пузыря съ новымъ зашиваніемъ. Всякій разъ, какъ сдѣлана та или другая операція, ею непремѣнно устраняется какое-либо одно изъ трехъ условій образованія камней. Только послѣдняя операція, разрѣзъ пузыря и новое зашиваніе, какъ будто бы, не устраняетъ ни одного изъ трехъ условій. Но вѣдь это «какъ будто» только пока остается не изслѣдованнымъ; въ будущемъ, вѣроятно, выяснится, и при идеальной операціи, какое-либо нарушеніе изъ трехъ условій развитія камней. Сейчасъ же укажу одну возможность, хотя не доказанную, это—уменьшеніе полости пузыря въ силу зашиванія.

Итакъ, *рядомъ долгихъ разсужденій мы пришли къ выводу, что возвратовъ камней, въ смыслѣ новаго развитія ихъ, послѣ удаленія всѣхъ старыхъ, не бываетъ*, ибо операція всегда устраняетъ одно изъ трехъ условій теоріи *Mignot*.

Второй выводъ тотъ, что *только длительныя неполныя закупорки, приведшія, наконецъ, къ полной, есть причина къ развитію камней въ печени;* послѣдняя же, при другихъ условіяхъ, камней въ себѣ не развиваетъ, будучи лишена какого-либо изъ трехъ условій инфекціонной теоріи.

III. Желтизна покрововъ.

Въ виду того, что съ именемъ «желтухи» связанъ цѣлый симптомокомплексъ извѣстныхъ клиническихъ явленій, мы избѣгаемъ здѣсь этого названія, намѣреваясь разобрать лишь желтый цвѣтъ покрововъ при заболѣваніи желчныхъ путей.

Итакъ, здѣсь мы будемъ говорить отчасти о степени желтизны, а, главное, о причинѣ окраски.

Много существовало изслѣдованій, много взглядовъ и мнѣній было высказано о причинѣ отложенія пигмента въ кожу. Было время, когда придавали значеніе кроверодной желтухѣ, т. е., такой, при которой пигментъ образуется въ самой крови. Теперь эта теорія пала, но мнѣ придется касаться ея не разъ въ послѣдующемъ изложеніи.

Въ настоящее время признаются лишь двѣ теоріи: механическая и воспалительная, и ими стремятся объяснить всѣ явленія окраски и всѣ послѣдствія ея.

Итакъ, бросимъ предварительно взглядъ на современное ученіе.

Въ своемъ руководствѣ общей патологіи, *Krehl*, на основаніи разныхъ указаній въ литературѣ, доказываетъ, что нѣтъ кроверодной желтухи, въ смыслѣ развитія желчн. пигментовъ въ крови, такъ какъ у птицъ, по изсѣченіи печени, желтуха не развивалась.

Поэтому, желтуха всегда происхожденія механическаго, отъ всасыванія желчи изъ печени лимфатическими путями. Въ кровяные сосуды печени желчь не переходитъ прямо, но лишь въ лимф. сосуды ея; если перевязать грудной лимфат. протокъ, то желтуха не развивается, ибо составные элементы желчи не могутъ войти изъ печени въ общій токъ крови. Лица, страдающія септическими процессами, представляли, по мнѣнію нѣкоторыхъ, примѣръ кроверодной желтухи. Однако, въ мочѣ такихъ лицъ найдены были желчныя кислоты; слѣдов., у нихъ происходитъ образованіе желчныхъ кислотъ въ печени, откуда онѣ всасываются.

Пусть, при септическихъ процессахъ, окраска зависитъ отъ разложенія крови, т. е. желчь не входитъ въ кровь, но какъ же защитники кроверодной желтухи объяснятъ присутствіе желчныхъ кислотъ въ мочѣ?

Итакъ, страдающіе механической закупоркой путей, или

септическими процессами, имѣютъ одинаковую причину желтухи—всасываніе желчи изъ печени. Сверхъ того, думаютъ, что закупорка влечетъ страданіе печени и послѣдующее скопленіе въ крови пигментовъ, изъ которыхъ должны бы развиться желчные пигменты въ печени. Однако, говоритъ *Krehl*, многія болѣзни печени протекаютъ безъ желтухи, хотя существуетъ распадъ и атрофія печеночныхъ клѣтокъ. Слѣдов., для желтухи очень важна механическая причина, а не одно страданіе печени.

Упомяну еще слѣд. фактъ: желтизна покрововъ иногда очень мало выражена, и приходится внимательно изслѣдовать больного.

Въ клинич. лекціяхъ проф. *С. П. Боткина* находимъ указаніе, что желтизна прежде всего появляется въ защищенныхъ отъ свѣта частяхъ. Напр., въ склерахъ, закрытыхъ вѣками, гдѣ и слѣдуетъ прежде всего искать желтизну, поднимая вѣки. Есть также указаніе на то, что у желтушныхъ окрашиваются всѣ транссудаты и экссудаты. Напр., у пневмониковъ, въ случаѣ желтухи, мокрота также содержитъ желчные пигменты.

Въ лекціяхъ общей патологіи питанія, *Лукьяновъ*, въ 1897 г., излагая патологію желтухи, приводитъ мнѣнія разныхъ изслѣдователей, изъ взглядовъ коихъ слагается заключеніе, что кроводродной желтухи, или образованія желчн. пигмента въ крови, не существуетъ. Если даже нѣтъ механическихъ причинъ, то желтуха, все-таки, зависитъ отъ потери печен. клѣтками способности удерживать желчь, почему она устремляется въ лимфу.

Также сложилось мнѣніе, что рядъ тяжелыхъ явленій, наблюдаемыхъ при задержкѣ желчи, не обусловленъ ядовитостью самой желчи, а лишь нарушеніемъ отправленія печеночныхъ клѣтокъ, ибо печень предохраняетъ организмъ отъ разныхъ ядовъ.

Именно, если бы кровь воротной вены не попадала въ печень, а прямо устремлялась въ нижнюю полую вену, то неизбѣжно наступило бы общее отравленіе. Это доказано на собакахъ путемъ вшиванія воротной вены въ стволъ нижней полой вены. Всѣ наркотич. вещ. вызывали у оперированныхъ

так. образ. животныхъ смерть. Такія животныя не переносятъ даже кормленія мясомъ, такъ какъ у нихъ происходитъ отравленіе путемъ птомаиновъ мяса; является мыш. слаб., рвота, возбужденіе, одышка, кома. Извѣстны опыты *Котляра* съ введеніемъ такимъ собакамъ атропина, отъ коего они погибали, въ то время какъ нормальныя собаки выносили тѣ-же дозы.

Желчь одинаково всасывается, по мнѣнію *Dubois* не только лимфатич. путями, но и кровяными сосудами. Это онъ доказалъ опытами въ 1898 г., въ разборъ которыхъ мы входить не будемъ, послѣ того какъ указали сейчасъ, что дѣло не въ самой желчи, не въ ея ядовитости, а въ причинахъ, которыя порождаютъ ея застой и одновременно всегда вызываютъ рядъ страданій печеночной клѣтки.

Желтуха служитъ, такъ сказать, указаніемъ, что печень живетъ ненормально.

Въ 1898 г. *Humbel* посвятилъ свою диссертацію упорной желтухѣ.

Мы дадимъ очень краткій обзоръ ея содержанія.

Упорная желтуха есть слѣдствіе механическихъ причинъ, лежащихъ то внѣ печени, то въ печени.

Къ внутрипеченочнымъ причинамъ желтухи онъ относитъ: 1) гипертрофическій циррозъ, 2) гипертроф. жирный циррозъ и 3) смѣшанный циррозъ.

При первомъ, желтуха—небольшая въ началѣ болѣзни, въ концѣ концовъ дѣлается постоянной; печень, въ началѣ небольшая, подъ конецъ—тоже дѣлается очень большой; селезенка увеличена; темп. не всегда нормальна; общее состояніе мало страдаетъ; теченіе—длительное.

При гипертрофич. жировомъ циррозѣ, желтухи въ началѣ нѣтъ совсѣмъ; она развивается лишь въ послѣдніе 8—15 дней, въ очень тяжелой формѣ, и больной умираетъ въ коматозномъ состояніи.

Интересна картина жироваго цирроза: печень на срѣзѣ представляетъ зеленые островки, раздѣленные тяжами соединит. ткани; въ центрѣ этихъ островковъ наблюдаются маленькіе желтые узелки величиной съ просянное зерно. Развитіе бо-

лѣзни тянется неопредѣленно долго, съ явленіями болей желудка и т. д. Печень не бываетъ особенно велика. Лихорадка—очень неправильной формы.

Въ общемъ, *Humbel* допускаетъ лишь механич. желтуху и также указываетъ на ядовитость тѣхъ токсиновъ, которые развиваются при застоѣ; желчь же играетъ вторую роль.

Приводимъ опять *Krehl*'я, который указываетъ, подобно *Humbel*'ю, на то, что многія страданія печени, совершенно клинически сходныя съ явленіями острой желтухи, протекаютъ безъ всякой желтизны. Напр., заключительный стадій атрофическаго цирроза. Поэтому не желчи нужно приписывать грозныя явленія, а недостаточности печени.

Если согласиться съ этими взглядами, то нельзя будетъ объяснить причины грозныхъ явленій отравленія желчью, которыя наблюдались въ опытахъ съ изліяніемъ ея въ полость брюшины, о чемъ я говорилъ выше. И потому, мнѣ кажется, что *вопросъ о ядовитости желчи остается пока не совсѣмъ разрѣшеннымъ*.

Теперь, переходимъ къ той желтизнѣ покрововъ, при которой было доказано, при операціи, отсутствіе всякой закупорки желчныхъ путей.

Подобную желтизну называютъ воспалительной.

Существуетъ уже нѣсколько работъ въ этомъ направленіи.

Такъ, *Riedel*, въ 1899 г. въ такой желтухѣ видитъ исключительно инфекцію, порождаемую раненіемъ, вслѣдствіе выхода камня. Какъ только камень ранитъ желчный протокъ въ его конечной части, такъ тотчасъ инфекція пробирается въ желчные пути и производитъ воспаленіе.

Кромѣ того, онъ признаетъ асептическое воспаленіе около инороднаго тѣла въ пузырѣ, что способно также вести къ желтухѣ, вслѣдствіе всасыванія желчи лимфатич. путями пузыря.

Съ этимъ, однако, не могу согласиться.

Инфекція, по *Riedel*'ю, попадаетъ въ пузырь только тогда, когда поврежденъ сосочекъ 12 п. кишки; это возможно при выхожденіи камней въ кишку.

Другая желтуха, по *Riedel*'ю—литогенная, т. е., зависитъ отъ закупорки камнемъ протоковъ.

Далѣе упомянемъ *Kauffmann*'а, который отмѣчаетъ, что желтуха—не механич. происхожденія при камняхъ пузыря, такъ какъ иногда она длится мѣсяцы, при совершенно свободныхъ путяхъ и наступаетъ часто гораздо ранѣе, чѣмъ можетъ явиться механич. желтуха.

Опыты показали, что желтуха является черезъ сутки на механической почвѣ, а, при холециститѣ, она явится уже черезъ нѣск. часовъ отъ начала приступа болей. Причина этого явленія въ силѣ инфекціи, порождающей ангіохолитъ.

Недавняя работа *Guillemin*'а, диссертація въ 1899 г., содержитъ одну главу о воспалительной желтухѣ каменнаго происхожденія. Онъ ссылается на наблюденія *Riedel*'я и тоже допускаетъ, что желтуха обязана распространенію воспалит. процесса отъ пузыря, черезъ пузырный протокъ, на печень. Воспалительная желтуха, по его мнѣнію, часто бываетъ менѣе сильной, чѣмъ литогенная.

Въ заключеніе, выскажу свое мнѣніе о желтухѣ.

Несмотря на многія утвержденія, *вѣрныхъ доказательствъ воспалительной теоріи желтухи нѣтъ*.

Дѣйствительно, *Riedel* выводитъ ее изъ своихъ наблюденій. Однако, по моему мнѣнію, въ его наблюденіяхъ вполнѣ возможно допустить литогенную желтуху. Вотъ, напримѣръ, 58-е его наблюденіе, которое излагаю коротко: женщина, 52 л., всегда здоровая, заболѣла около 4 м. назадъ, коликами и рвотой. Потомъ еще были приступы, и, наконецъ, развилась желтуха, около 2 м. назадъ. Въ наст. время, больная очень желта, худа, пузырь не ощупывается, зудъ, въ мочѣ—пигментъ, испражненія—обезцвѣчены.

При операціи, въ пузырѣ найдено болѣе 1000 камней, желчи нѣтъ, но она потекла черезъ три дня послѣ операціи. Черезъ 10 дней—испражненія окрасились.

Что же мы видимъ изъ этого случая? Можно ли объяснить желтуху данной больной только воспаленіемъ? Нельзя ли съ

другой стороны думать объ одновременной закупоркѣ пузырнаго протока и желчнаго.

Я положительно не вижу данныхъ не допустить послѣдней, обусловленной, быть можетъ, или закупоркой малымъ камнемъ, который могъ самъ собой пройти во время наркоза больной, а равно благодаря всѣмъ оперативнымъ пріемамъ, или же въ силу устраненія закручиванія печеночнаго протока, что потомъ исчезло чрезъ приниваніе пузыря. Во всякомъ случаѣ *вопросъ о воспал. желтухѣ, повидимому еще нуждается въ доказательствахъ.*

IV. Желчные камни.

Здѣсь мы коснемся камней, только какъ общаго проявленія инфекціи, не входя уже въ вопросъ о причинѣ ихъ развитія, что было раньше разсмотрѣно.

Послѣдовательно разсмотримъ: видъ камней, родъ ихъ, величину, частоту ихъ нахожденія, время ихъ развитія, мѣсто развитія, выхожденіе камней въ кишку черезъ прободеніе послѣдней, и, наконецъ, разрывы желчныхъ путей.

Прежде всего, что такое желчные камни? Можно ли назвать камнями мягкіе сростки желчи, растирающіеся безъ труда между пальцами?

Отвѣтъ на это находимъ, между прочимъ, въ прекрасной монографіи *Naunyn*'а, посвященной литіазу; первая глава разсматриваетъ строенія камней.

Изъ ея содержанія видно, что желчными камнями слѣдуетъ называть твердыя, плотныя тѣла, имѣющія особенное физическое строеніе. *Naunyn* даетъ такое дѣленіе—1) чистые холестеар. камни, имѣющіе лучистое строеніе; лучи идутъ изъ центра къ поверхности; камни эти бѣл. цвѣта, коры не имѣютъ; 2) слоистые холест. камни, гдѣ есть кора изъ нѣсколькихъ слоевъ; 3) холестер. камни безъ кристаллич. структуры, 4) билирубиноизвестковые камни, имѣющіе кору изъ холестер.; 5) чистые билируб. известк. камни, обычно маленькіе; 6) рѣдкія формы: а) изъ аморфн. холестер.; б) изъ одной извести; в) камни со включеніемъ, т. е., два или болѣе камней извѣсти. строенія имѣютъ одну общую кору; г) билир. изв. камни, изображающіе форму каналовъ. изъ которыхъ они произошли.

Изъ этого описанія мы видимъ, что называется камнемъ. Мягкіе сростки, слѣдов., изъ одного аморфн. холестер., или изъ билирубина съ известью, тоже относятся къ камнямъ, и они-то при долгомъ существованіи пріобрѣтаютъ одну изъ описанныхъ формъ.

Внутрипеченочные камни почти никогда, по *Charcot*, не пріобрѣтаютъ вида сростковъ, съ лучистымъ строеніемъ. Они являются то въ видѣ песка, то въ видѣ мягкихъ слѣпковъ, напоминающихъ формой тѣ пути, гдѣ они развились.

Излагая вопросъ о рецидивахъ, мы указали тогда, почему такъ рѣдко наблюдаются настоящіе сростки, съ луч. строеніемъ, въ печени. Инфекціонная теорія намъ показала, что обычно въ печени нѣтъ одного изъ трехъ условій для развитія камней.

Однако физическое и химическое строеніе не очень важно въ закупоркѣ, такъ какъ и мягкіе сростки могутъ, будучи очень большими, произвести закупорку. Въ другомъ отношеніи, поэтому, важенъ родъ камней, именно, когда они выходятъ чрезъ прямую кишку.

Здѣсь, указаніе на составъ и строеніе камней ведетъ къ выясненію вопроса, откуда они.

Наоборотъ, менѣе важно узнать родъ камня, вынутаго изъ желчн. пузыря, такъ какъ одно присутствіе камней въ немъ говоритъ за предварительн. инфекцію и, слѣдов., выясняетъ родъ болѣзни.

Въ случаѣ *Langenhagen*'а, доложенномъ парижск. мед. академіи, больная выдѣлила около 300 камней чрезъ прям. кишку.

Анализъ показалъ, что дѣло шло объ оплаткахъ изъ магнезіи и мѣла, которыя подверглись уплотненію въ кишкахъ.

Величина камней очень разнообразна. *Charcot* упоминаетъ о камнѣ, найденномъ *Meckel*емъ, имѣвшемъ 30,3 грамм. вѣса и 15 сант. длины.

Камни съ голубиное яйцо очень часто упоминаются въ литературѣ.

Такъ, въ случаѣ *Соколовскаго*, сообщившаго наблюденіе въ Варш. Мед. О-вѣ, въ 1890 г., существовала закупорка желчнаго протока большимъ, величиной съ голубиное яйцо, камнемъ.

Вотъ еще довольно частый примѣръ порядочной величины камня въ наблюденіи *Schwartz'a*, въ 1898 г. Дѣло шло о женщинѣ, 45 л., страдавшей печеночными коликами уже 18 л., безъ желтухи. При операціи, найденъ былъ камень въ пузырѣ въ $4^1/_2$ с. длины и $8^1/_2$ въ окружности. Интересно здѣсь отмѣтить колики даже при одномъ камнѣ.

Часто ли попадаются камни въ желчныхъ путяхъ при вскрытіи? Здѣсь мы находимъ очень различныя наблюденія.

Въ этомъ отношеніи цѣнное указаніе даетъ работа *Rother'a* въ 1883 г., который привелъ статистику вскрытій труповъ съ 1881 г.—по 1882 г. въ Мюнхенск. Анат. Инст. Произведено 1034 вскрытія, найдено 66 камней, т. е. 6,3%; изъ нихъ 23 у мужчинъ и 43 у женщинъ; слѣдов. отношеніе мужчинъ къ женщинамъ=2:5. Далѣе онъ приводитъ статистику *Roths*'а изъ Базеля, который на 2028 вскрытій нашелъ камни 166 разъ, т. е. 8,8%; 48 разъ у мужч., 118—у женщ., слѣд., опять, въ отношеніи 2:5.

Наконецъ, *Fiedler* на 4300 вскрытій въ Дрезденѣ нашелъ 502 раза камни, т. е. 6,8%, и опять отнош. мужч. къ женщ. было 2:5. *Franks* указываетъ, что въ Вѣнѣ 10% мужчинъ страдаетъ камнями. Далѣе, по *Rother'*у, желчные камни очень рѣдко наблюдаются въ Голландіи и Финляндіи; и несравненно чаще въ Баваріи, что, можетъ быть, стоитъ въ связи съ количествомъ истребленія пива, богатаго известью.

По моимъ наблюденіямъ, на основаніи разбора протоколовъ вскрытій, камни попадались крайне рѣдко. Такъ, въ Институт. Пат. Анат. Моск. Университ. я успѣлъ просмотрѣть съ 1891 по 1899 г.—945 протоколовъ, хотя вскрытій за означенное время было больше. На эти 945 вскрытій камни мнѣ попались лишь 12 разъ, т. е. въ 1,2%.

Интересно сопоставить изслѣдованія *Simonesco*, который про-

извелъ обширныя наблюденія частоты камней у животныхъ и у человѣка; на 260 аутопсій человѣч. труповъ онъ нашелъ камни 7 разъ, у быковъ 2 р. на 3000 случ., совсѣмъ не нашелъ ни у барана, ни у лошади.

Что касается вопроса, когда развиваются камни, то въ этомъ отношеніи всѣ указываютъ, что камни—чаще въ періодъ зрѣлости человѣка.

Однако, есть наблюденія крайне ранняго литіаза. *Still*, въ 1899 г., приводитъ три подобныхъ наблюденія: 1-й ребен., 9 мѣс., страдалъ рвотою и глинистыми испражнен.; при вскрытіи найдено 11 камней, изъ коихъ 3 находились въ желчн. протокѣ; 2-й реб., 8 м., не имѣлъ болей; въ пузырѣ было три камня; 3-й реб. страдалъ болями, также имѣлъ камни. Авторъ могъ найти 10 наблюденій дѣтскаго литіаза въ литературѣ. Во всякомъ случаѣ, *интересны дальнѣйшія изысканія въ этомъ направленіи, хотя бы разборомъ протоколовъ вскрытій младенцевъ.*

Мѣсто камней.

Я уже упоминалъ, что камни печени крайне рѣдко попадались.

Попробуемъ бросить взглядъ на литературныя указанія.

Courvoisier, приведшій въ своемъ литерат. указателѣ 1773 казуистическихъ статей, упоминаетъ, что извѣстно лишь 8 случаевъ нахожденія камней въ печени, и всѣ, большей частью, относятся къ древнимъ временамъ.

Среди моихъ литерат. изысканій печеночные камни тоже рѣдко попадались.

Упомяну о *Lejars'*ѣ, который приводитъ случай *Mermann'*а, видѣвшаго на аутопсіи одной женщины, страдавшей въ теченіи года желтухой, выполненіе всѣхъ мельчайшихъ и крупныхъ желчн. протоковъ камнями разнаго размѣра.

По мнѣнію *Naunyn'*а не только въ печени, но даже въ печен. протокѣ камни крайне рѣдки, не болѣе 1,4% всѣхъ случаевъ. Мельчайшіе билирубиновые конкременты не очень рѣдко

попадаются въ самой печени; изъ нея они выводятся въ пузырь и служатъ ядромъ. Поэтому, холестериновые камни съ билирубиново-известковымъ ядромъ говорятъ о томъ, что желчь проходила въ пузырь. Обратно, чисто холестериновые камни могутъ развиться и безъ доступа желчи въ пузырь. Все таки извѣстны случаи нахожденія камней въ печени. *Cruveilhier* сообщаетъ случай, гдѣ всѣ желчн. пути до мельчайшихъ ходовъ, начиная отъ atriulae, были набиты камнями.

Точно также случай камней въ печеночныхъ протокахъ находимъ въ наблюденіи *Roux* и *Nattan-Larrier*, въ 1897 г. Женщина, 72 л., 10 л. страдала коликами и умерла при явленіяхъ тяжелой желтухи. При вскрытіи, кромѣ камней въ пузырѣ, найдены въ каждой вѣтви желчн. протока по 1 камню величиной съ голубин. яйцо.

Въ наблюденіи *Vermorel'я*, въ 1896 г., при вскрытіи больной женщины найдено выполненіе всего желчнаго протока, до развѣтвленій, камнями.

Что касается мѣста камней въ желчномъ протокѣ, то всѣ согласны, что чаще они въ верхней части протока. *Vautrin* указываетъ, что въ 27 случаяхъ на 47 наблюд. камни были въ верхн. части протока.

По поводу выхожденія камней изъ кишечника наружу, замѣчу, что вопросъ объ осложненіяхъ, вызываемыхъ ими, мы, согласно принятой классификаціи, относимъ къ функціон. разстройствамъ разныхъ органовъ и будемъ говорить объ этомъ далѣе. Здѣсь же укажу только, сколько времени можетъ пройти отъ выхода камня въ 12 п. кишку до выдѣленія его наружу.

С. П. Боткинъ высказался за возможность 7—8 нед. лежанія камней въ кишечникѣ безъ ущерба больному.

Быть можетъ, камни удерживаются въ силу какихъ-либо особенностей кишечника.

Такъ *Dufour* сообщилъ, въ 1901 г., о большомъ желчномъ камнѣ, сидѣвшемъ между привратникомъ и складкой слиз. оболочки 12 п. кишки; при этомъ слиз. обол. кишки была нѣсколько отслоена; при жизни больной, умершей на 50 г. отъ

страд. легкаго, не было никакихъ явленій непроходимости 12 перст. кишки.

Однако, въ общемъ, камни выходятъ черезъ нѣсколько дней послѣ припадка. На фактѣ ихъ выхожденія, *Steinkel*, въ 1898 г., попытался дать теорію объ ихъ количествѣ.

Именно, выхожденіе камней, по его мнѣнію, послѣ припадка, означаетъ ихъ большое количество; если же не было выхожденія послѣ приступа, то слѣдуетъ думать объ одинокихъ камняхъ; если выходитъ одинъ объемистый камень, нужно думать о перфораціи желчныхъ путей въ кишки.

Вопросъ о возможности самопроизвольнаго растворенія образовавшихся камней, по моему мнѣнію, долженъ быть рѣшенъ въ отрицат. смыслѣ. Указанія на это нѣтъ никакого.

Отмѣчу, въ заключеніе, что были попытки лѣчить камни введеніемъ растворовъ въ желчный пузырь.

Однако, опыты *Титова* въ этомъ направленіи можно назвать неудавшимися. Имъ пропущено было то обстоятельство, отмѣченное сравнительно давно, что желчные камни человѣка растворяются въ желчи собаки.

Поэтому, ничтожную убыль вѣса камней въ его опытахъ можно прямо отнести къ растворенію ихъ въ желчи собакъ.

Нѣсколько странно предложеніе его—лѣчить литіазъ введеніемъ въ печен. протокъ бужа или катетра съ каплей бензола. Подобное предложеніе грѣшитъ отчасти противъ сущности литіаза, и еще больше вредитъ правильному взгляду о необходимости ранняго хирургическаго вмѣшательства при болѣзни желчн. путей.

V. Опухоли въ правомъ подреберьи.

Къ числу общихъ послѣдствій инфекціи желчн. путей можно отнести опухоли въ правомъ подреберьѣ, нерѣдко представляющія собой растянутый желчный пузырь.

Вопросъ о распознаваніи этихъ опухолей, объ отличіи растянутаго пузыря отъ другихъ возможныхъ опухолей этой области, слишкомъ обширенъ.

Я сошлюсь на *Lionnais*, который, въ 1896 г., посвятилъ свою диссертацію этому вопросу и пришелъ къ выводу, что діагностика опухолей праваго подреберья крайне трудна, такъ какъ функціональные признаки часто отсутствуютъ, а физическія изслѣдовтнія подчасъ оказываются безсильны разрѣшить вопросъ. Распознаваніе же рода воспаленія пузыря еще труднѣй, и во многихъ случаяхъ только одна пробная лапаротомія даетъ отвѣтъ.

VI. Моча и калъ при инфекціи желчныхъ путей.

Послѣдствія инфекціи, говоритъ *Dupré*, непремѣнно отразятся въ выдѣленіи мочи. Трудами многочисленныхъ изслѣдователей установленъ такой фактъ: чѣмъ болѣе выдѣленіе мочевины, тѣмъ лучше предсказаніе. Тяжесть послѣдняго находится въ прямой связи съ паденіемъ мочевины. Усиленное выведеніе мочевины всегда почти сопровождается поліуріей; уменьшенное колич. мочевины есть выраженіе олигуріи. Усиленное выведеніе азота съ мочей показываетъ нормальное раздраженіе печеночной клѣтки; обратно, уменьшенная азотурія есть выраженіе недостаточности функціональной способности клѣтки.

Поэтому, легкая инфекція вызываетъ поліурію до 3—4 кило мочи въ день, съ выдѣленіемъ 30—40 гр. мочевины.

Средней силы инфекція влечетъ нѣсколько меньшее выдѣленіе той и другой.

Чѣмъ тяжелѣе инфекція, тѣмъ менѣе и менѣе выдѣляется моча и мочевина, и дѣло доходитъ, наконецъ, до ануріи.

При выздоровленіи, постепенно растетъ количество мочи и мочевины.

Бѣлокъ и почечные цилиндры лишь результатъ пораженія почекъ токсинами, которые проходятъ въ увеличенномъ количествѣ.

Серьезное значеніе имѣетъ появленіе уробилина. Онъ говоритъ о состояніи печени, что доказано работами *Hayem*'а и *Tissier*; послѣдній изложилъ ученіе объ уробилинѣ въ своей

диссертаціи въ 1890 г. Именно, присутствіе уробилина не замѣчено въ легкихъ инфекціяхъ, и, наоборотъ, оно отмѣчается постоянно при старыхъ заболѣваніяхъ печени.

Присутствіе индикана не имѣетъ серьезнаго значенія; лейцинъ и тирозинъ наблюдаются лишь въ самыхъ тяжел. формахъ пораженія печени.

Наконецъ, пищевая гликозурія служитъ цѣннымъ указателемъ на ненормальное состояніе печеночной клѣтки, и, слѣдовательно, на неспособность ея противодѣйствовать токсинамъ, которые переходятъ въ мочу. Послѣдняя, въ тяжелыхъ формахъ пораженія печен. клѣтокъ, имѣетъ сильную ядовитость.

Chauffard, въ 1890 г., пораженный случаями, гдѣ была легкая инфекція, а измѣненіе функціи печеночной клѣтки довольно сильное (вѣроятно, на почвѣ недостат. печени) воскликнулъ, что нѣтъ заболѣваній желчныхъ путей; есть только болѣзнь печен. клѣтки.

Въ этихъ словахъ звучитъ намекъ на то, до какой степени не важно одно заболѣваніе желчныхъ путей, если не присоединилась сюда недостаточность печени.

Посмотримъ теперь, что новаго можно отмѣтить съ 1891 г., когда *Dupré* изложилъ современное ему ученіе о мочѣ.

Въ 1899 г. *Gilbert* и *Castaing* высказали мнѣніе, что при печеночныхъ коликахъ производится рефлексъ на печень, который останавливаетъ функціи послѣдней, что сравнимо вполнѣ съ ануріей при почечныхъ коликахъ.

Точно также и здѣсь развивается сразу временная остановка дѣятельности печени, въ мочѣ является пигментъ и сахаръ.

Pick, въ 1900 г., видѣлъ уменьшеніе мочевины, во время приступовъ, въ двухъ случаяхъ. Соглашаясь съ *Charcot*, что уменьшеніе мочевины зависитъ въ такихъ случаяхъ отъ страданія печени, *Pick* говоритъ, что ни задержкой мочи, ни уменьшеннымъ питаніемъ желчныхъ больныхъ, нельзя объяснить уменьшеніе мочевины, такъ какъ у голодавшихъ мочевина уменьшается не такъ разительно; также, и при лихорадкахъ, хотя мало мочи, но все же мочевины больше, чѣмъ у желтушн. больныхъ.

Объ участіи печени въ образованіи мочевины, мы находимъ изслѣдованія и въ русской литературѣ.

Мейстеръ нашелъ, что чѣмъ болѣе кусокъ резецированной печени, тѣмъ сильнѣе паденіе мочевины. (Интересны также его опыты съ точки зрѣнія возстановленія печеночной ткани послѣ резекціи. Такъ, въ одномъ случаѣ, у животнаго чрезъ 36 дн. возстановились $^3/_4$ удаленной печени. Возстановленіе шло путемъ гиперплязіи и гипертрофіи).

При застоѣ желчи почти всегда являются въ мочѣ билирубинъ и желчныя кислоты. Это также бываетъ и при воспалительной желтухѣ, т. е., безъ закупорки желчнаго протока.

Обычно желчныя кислоты не находятся въ мочѣ, хотя изъ кишокъ всасываются въ кровь лимфат. путями. Опыты *Алексѣева*, въ 1882 г., доказали подобное поступленіе желчныхъ кислотъ въ кровь, но ихъ такъ мало, что онѣ въ мочѣ не открываются. Обратно, если онѣ появляются въ мочѣ, при закупоркѣ желчн. протока, то ихъ присутствіе говоритъ о поступленіи желчи въ лимф. пути печени.

Присутствіе пигмента и желчныхъ кислотъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ непостояннымъ, то пропадая на нѣкоторое время, то вновь являясь. Это одинаково можетъ случиться и при механич. закупоркахъ, и при воспалительной желтухѣ.

Проф. *С. П. Боткинъ* говорилъ, что, быть можетъ, иногда сами желчныя кислоты переходятъ въ пигментъ и вызываютъ окраску кожи; между тѣмъ, *Leiden*, по словамъ *С. П. Боткина*, находилъ обязательнымъ присутствіе желчн. кислотъ въ мочѣ при закупоркѣ протока; если же ихъ не было въ мочѣ, а былъ одинъ пигментъ, то, по мнѣнію *Leiden*'а, пигментъ происходитъ не изъ печени, а развивается въ самой крови. Мы видѣли, что это мнѣніе о кроверодной желтухѣ пало.

Итакъ, чѣмъ же объяснить отсутствіе желчныхъ кислотъ въ мочѣ при желтухахъ?

Повидимому, большинство склоняется къ малой выработкѣ ихъ при страданіи печени.

Другое интересное явленіе—это—отсутствіе пигмента въ мочѣ

при желтухѣ. На основаніи сего составилось ученіе объ ахолурической желтухѣ, или иначе, о безпигментной желтухѣ.

Hayem думалъ (см. *Gilbert* и *Lereboullet*), въ 1898 г., что пигментъ поступаетъ въ кровь, но почему-то не выдѣляется почками.

Послѣдствіемъ такого невыдѣленія пигмента, является холемія, т. е. отравленіе организма продуктами желчи. По мнѣнію *Gilbert* и *Lereboullet*, отъ холеміи возникаютъ геморрагіи кишечныя, purpura и т. д. Когда исчезаетъ холемія, то уничтожаются кровотеченія.

Chauffard, однако, въ 1901 г. пытается дать другое объясненіе отсутствію пигмента. Онъ описываетъ «хроническую диспептич. желтуху съ минимальн. колич. ж. пигм. въ мочѣ и съ прерывист. выдѣленіемъ послѣднихъ».

Подобные больные имѣютъ, по мнѣнію *Chauffard*'а, слѣд. тріаду: желтуху, диспепсію и неврастенію; но въ мочѣ отсутствуютъ пигменты; прежде так. желтуху называли ахолурической желтухой, но собираніе и изслѣдованіе мочи чрезъ каждые 2 часа показало выдѣленіе временами пигмента.

Такимъ образомъ, отсутствіе пигмента въ мочѣ, при желтухахъ, не представляется яснымъ. Происхожденіе желтухи, когда въ мочѣ находится лишь уробилинъ, тоже окончательно еще не выяснено.

Скажу теперь нѣсколько словъ о сахарѣ въ мочѣ при болѣзни желчныхъ путей.

Exner, въ 1898 г., заявилъ, что при литіазѣ очень часто бываетъ гликозурія. На 40 больныхъ онъ видѣлъ 39 разъ. Послѣ операціи гликозурія держится нѣкоторое время и потомъ исчезаетъ.

Однако, *Krausch*, въ 1899 г., не подтвердилъ подобнаго заявленія. Въ 70 случ. литіаза онъ видѣлъ только одинъ разъ гликозурію.

Я думаю, что въ случаяхъ *Exner*'а, одновременно съ литіазомъ существовала недостаточность печени, порождавшая выдѣленіе сахара.

Что касается теперь отсутствія окраски испражненій, то степени обезцвѣчиванія бываютъ различны. Полная закупорка путей влечетъ совершенно бѣлыя испражненія; неполная—всегда уменьшаетъ степень окраски.

Слѣдуетъ помнить, что при желтухахъ бываетъ временами окраска кала; нельзя думать, однако, что это обозначаетъ исчезновеніе производящей причины, такъ какъ чрезъ нѣсколько дней калъ снова дѣлается глинистымъ.

Также не нужно упускать, что окраска кала зависитъ не только отъ желчнаго пигмента, но также отъ сѣрнистаго желѣза и гематина, и что бѣлый цвѣтъ обязанъ значительному присутствію жира; если жиръ извлечь, то испражненія окажутся темными въ силу присутствія сѣрнистаго желѣза.

Б. Послѣдствія легкой и тяжелой инфекціи, прямо касающіяся пузыря и желчныхъ путей.

Разобравъ общія явленія, свойственныя до нѣкоторой степени всѣмъ инфекц. заболѣваніямъ, я перехожу теперь къ явленіямъ, наблюдающимся въ пузырѣ и протокахъ. Здѣсь, какъ выше указалъ, дѣлаю раздѣленіе на формы, излѣчивающіяся безъ оперативнаго вмѣшательства, и формы, неподдающіяся одному внутреннему лѣченію.

Къ первой формѣ можно отнести катарры желчнаго пузыря и протоковъ, выражающіеся анатомически лишь шелушеніемъ эпителія и инфильтраціей подслизистой оболочки.

Ко второй: со стороны пузыря: водянку, эмпіэму, камни и склерозные процессы; со стороны протоковъ: кисты ихъ и расширенія на почвѣ закупорки; со стороны печени: желчныя апоплексіи, абсцессы и циррозы.

I. Легкіе катарры пузыря и желчныхъ протоковъ.

Подобнаго рода пораженія, по классификаціи *Longuet*, относятся къ септицеміи, гдѣ производящіе микробы или крайне ядовиты, палóчка тифа, холерный вибріонъ и кишечная палочка, или же существуетъ какая либо другая палочка, не специфическая. Анатомически—гноя почти не бываетъ, и болѣзнь проходитъ незамѣченной, или въ видѣ септическаго перитонита.

Вотъ изъ этого класса септицемій я и выдѣляю катарры пузыря, протекающіе незамѣтно съ клинич. стороны, съ неспецифической инфекціей или специфической. Безспорно, что во время тифа, холеры, или другихъ инфекціонныхъ болѣзней, пузырь и желчные протоки реагируютъ легкимъ катарромъ, вынуждая насъ помнить о нихъ, но не представляя часто никакихъ данныхъ о своемъ существованіи.

Сошлюсь на *Faure*'а въ руководствѣ *Dentu* и *Delbet*.

Онъ одобряетъ дѣленіе *Longuet*, съ клин. точки зрѣнія, и, касаясь патол. анатоміи, отмѣчаетъ, что инфекція порождаетъ то катарр. измѣненія слиз. оболочки, то даетъ гнойники, которые могутъ прободать стѣнку каналовъ.

Иногда происходитъ пролиферація соедин. ткани въ промежуткахъ между дольками, около канальцевъ, вслѣдствіе чего возникаетъ билліарный циррозъ.

Въ случаѣ особой ядовитости инфекціи, происходитъ иногда сразу погибель печеночныхъ клѣтокъ, напр., при острой желтой атрофіи.

II. Глубокія измѣненія пузыря, желчныхъ протоковъ и печени.

Анатомически въ этомъ рядѣ болѣзней наблюдаются тѣ измѣненія, которыя, по классификаціи *Longuet*, составляютъ рядъ піэмій, поражающихъ пузырь; сюда онъ относитъ: 1) гнойные холециститы съ изліяніемъ, и 2) фиброзные холециститы безъ изліянія.

Первые анатомически характеризуются, сообразно содержимому, водянкой, кровяной кистой или эмпіэмой; вторые—представляютъ фиброзное перерожденіе стѣнокъ пузыря безъ экссудатовъ, а также объизвествленіе пузыря.

Однако, въ виду того, что *Longuet* даетъ классификацію только не каменныхъ холециститовъ, я присоединяю къ этой группѣ глубокихъ измѣненій еще рядъ страданій—именно литіазъ, какъ послѣдствіе слабаго катарра. Къ этому меня по-

буждаетъ то обстоятельство, что, за рѣдкими исключеніями, литіазъ обычно влечетъ глубокія измѣненія пузыря и протоковъ.

Эти измѣненія, на почвѣ литіаза, современемъ такъ вліяютъ на пузырь и протоки, что ставятъ ихъ въ рядъ разбираемыхъ страданій, т. е., въ рядъ піэмій, по *Longuet*.

Наконецъ, сюда же я отношу не упомянутую *Longuet* форму, именно, гипертрофическій циррозъ пузыря.

Что касается глубокихъ измѣненій протоковъ и самой печени, то здѣсь разсматриваемъ гнойные катарры, кисты и расширенія протоковъ при закупоркѣ разнаго *происхожденія; со стороны же* печени, желчныя кисты, абсцессы и циррозы.

Попытаемся теперь охарактеризовать каждое страданіе, которое, являясь недоступнымъ внутреннему лѣченію, требуетъ хирургич. вмѣшательства.

Въ клинич. отдѣлѣ мы еще скажемъ нѣсколько словъ по поводу того или другого страданія.

1. Водянка желчнаго пузыря.

Отмѣтимъ здѣсь лишь нѣкоторыя данныя, составляющія результатъ различныхъ наблюденій о водянкѣ.

Въ диссертаціи *Morin*'а, въ 1894 г., собрано 88 случаевъ водянки пузыря. Приведемъ сначала нѣсколько краткихъ его наблюденій. Въ 88-мъ наблюденіи приводится случай, гдѣ при жизни наблюдалась желтуха, лихорадка и опухоль пузыря. Больная умерла, и, при вскрытіи, нашли расширенный желчный протокъ и ракъ въ немъ. Въ 32 наблюденіи—желтуха, лихорадка, опухоль. При вскрытіи умершей нашли водянку пузыря и складку въ желчномъ протокѣ, прекратившую токъ желчи.

Водянки пузыря иногда разрываются при чрезвычайно непонятныхъ условіяхъ.

Такъ, одна дама танцовала на балу, гдѣ почувствовала себя дурно, а черезъ 32 ч. умерла. На вскрытіи найденъ разрывъ желчнаго пузыря, два камня въ немъ и перитонитъ. Пузырь содержалъ остатки прозрачной слизи.

Такимъ образомъ, мы въ приведенныхъ выше случаяхъ видѣли совмѣстное существованіе закупорки желчнаго протока и водянки пузыря, не перешедшей, однако, въ эмпіэму. Съ другой стороны, по присутствію водяночнаго пузыря, нельзя думать, какъ полагали нѣкоторые, о проходимости остальныхъ желчныхъ путей. Несмотря на частую асептичность водянки, слѣдуетъ считать ее, какъ тлѣющій очагъ, готовый вспыхнуть отъ слабаго вѣтра.

Эту ядовитость водянки мы видѣли сейчасъ въ смерти отъ перитонита черезъ 32 часа послѣ разрыва пузыря.

Въ недавнее время, въ 1899 г., *Castaing*, въ своей диссертаціи, посвященной осложненіямъ литіаза, приходитъ къ заключеніямъ, что разныя тяжелыя послѣдствія литіаза рождаются отъ вторичныхъ зараженій. Всѣ невинныя водянки и легкіе холециститы могутъ превратиться въ грозные перихолециститы, если вторгается новая инфекція, которую, такъ сказать, призвалъ литіазъ.

Очень интересна упоминаемая имъ диссертац. *Mignot*, въ которой послѣдній изложилъ опыты искусственн. воспроизведенія водянки желчн. пузыря. Если перевязать пузырь и впрыснуть въ полость его очень слабую культуру бактерій, то получается водянка съ большимъ растяженіемъ пузыря. Наоборотъ, асептическая перевязка влечетъ только атрофію желчн. пузыря.

Водянки вызываютъ ничтожныя болевыя ощущенія, но, превратившись въ эмпіэмы, часто влекутъ жестокія боли.

Не рѣдко встрѣчается періодичность болей при водянкѣ. Стоитъ только инфекціи пробраться къ водяночному пузырю, и получаются острыя боли. Чрезъ нѣск. времени боли исчезаютъ; это, значитъ, инфекція ослабѣла; но, вотъ, новая инфекція, и новая вспышка болей.

2. Эмпіэма пузыря.

Эмпіэма, гнойный холециститъ, развивается то въ пузырѣ съ камнями, то въ пузырѣ, неимѣющемъ камней, но при заросшемъ протокѣ. Всякая водянка пузыря легко переходитъ

въ эмпіэму отъ вторичнаго проникновенія инфекціи при общихъ заболѣваніяхъ, или же отъ обострепія находящихся въ ней микробовъ, что́ случается отъ ушибовъ, общаго утомленія и т. д. Не входя въ подробности гнойнаго холецистита, укажу лишь на величину желчнаго пузыря при нихъ. Въ одномъ изъ случаевъ, наблюдавшихся проф. *Н. В. Склифосовскимъ*, эмпіэма содержала 10 фунт. гноя.

3. Литіазъ.

Здѣсь присоединимъ нѣсколько замѣчаній къ тому, что уже сказано было мной въ разныхъ прежнихъ мѣстахъ работы. Прежде всего упомяну русскую работу о литіазѣ, появившуюся въ 1891 г., *Игнатова*. Онъ указываетъ между прочимъ, что слѣдствіемъ литіаза являются: во-1-хъ) изъязвленіе слиз. оболочки пузыря, 2) водянка пузыря, 3) закупорка желчн. протока, 4) перфорація кишокъ, 5) прободеніе другихъ органовъ, какъ-то легкихъ, мочевого пузыря, 6) ракъ, 7) призывъ вторичной инфекціи къ желчн. путямъ. Мы видимъ, такимъ образ., что на возможность вторичной инфекціи указано было и у насъ въ Россіи. Далѣе онъ отмѣтилъ также существованіе чистыхъ пигментныхъ камней, большею частію, въ видѣ песка, а также рѣдкость чистыхъ известковыхъ камней.

Въ 1892 г., *Delbeck*, въ своей диссертаціи, занялся поврежденіями, которыя производятся камнями на стѣнкѣ пузыря. Изучая литературу, онъ пришелъ къ выводу, что камни «призываютъ инфекцію». Стѣнки пузыря, подъ вліяніемъ механич. причинъ, ослабляются. Всякое общее заболѣваніе будетъ отражаться въ мѣстѣ наименьшаго сопротивленія, т. е., въ стѣнкахъ ослабленнаго пузыря, и, такимъ образомъ, способно породить тяжелое страданіе его. Самая форма камней, иногда шероховатая, порождаетъ ранимость стѣнокъ и способность ихъ къ зараженію. Поэтому, онъ допускаетъ, что, при литіазѣ, могутъ вспыхнуть острыя пораженія пузыря. Легкая инфекція вызоветъ шелушеніе эпителія, а тяжелая—производитъ исчезновеніе слизистой оболочки, атрофію мышечн. волоконъ, воспаленіе клѣтч. надъ пузыремъ, склерозное измѣненіе ткани

печени, смежной съ пузыремъ. Въ общемъ онъ признаетъ, что эти поврежденія есть результатъ той же причины, что породила камни, т. е., инфекціи.

4. Объизвествленіе стѣнокъ пузыря.

Longuet упоминаетъ о случаяхъ, гдѣ видѣли пузыри, слизистая оболочка коихъ была покрыта известью. Мнѣ тоже попался случай *Claude*'а.

Дѣло шло о 94-хъ-лѣтней старухѣ, никогда ничѣмъ особенно не страдавшей. Всѣ стѣнки ея пузыря были пропитаны известью, а внутри находилась бѣлая жирная мастика—холестеринъ.

5. Склерозъ пузыря.

Въ 1895 г. *Souville* посвятилъ свою диссертацію склерозному холециститу, на почвѣ литіаза. Камни, по его мнѣнію, уменьшаютъ эластич. силу пузыря и влекутъ асистолію, почему инфекція легко поражаетъ его. Тогда наступаютъ условія, подобныя больному сердцу, стремящемуся прогнать излишекъ крови. Именно, происходитъ мышечная гипертрофія пузырныхъ стѣнокъ, которыя потомъ начинаютъ перерождаться, а въ наружной стѣнкѣ развивается фиброзная ткань, посылающая тяжи въ печень; слиз. оболочка исчезаетъ въ большинствѣ случаевъ. Въ клиническомъ отношеніи, такой холециститъ характеризуется болью, очень живой, то въ поясницѣ, то въ области желудка, то въ правой подвзд. впадинѣ; боли при стояніи увеличиваются и идутъ въ поясницу; при ходьбѣ онѣ еще сильнѣе. Эти болѣзненные припадки временами даютъ успокоеніе; но не типичности, называютъ ихъ ложными печеночными коликами. Сверхъ того, холециститы отраженно вызываютъ гастралгію, диспепсію, рвоту. Ощупываніе праваго подреберья причиняетъ большую боль; правая прямая мышца часто сильно напряжена. Теченіе болѣзни—длительное. На основаніи всего сказаннаго, *Souville* приходитъ къ выводу, что склерозный холециститъ имѣетъ совершенно особое теченіе, почему эту форму слѣдуетъ выдѣлить въ отдѣльную болѣзнь желчныхъ путей. Главный при-

знакъ ея, это—совершенно особыя боли съ особенной иррадіаціей, съ разстройствомъ нищевар. органовъ и разстройствомъ общаго состоянія.

Въ болѣе недавнее время, въ 1899 г., *Guillemain*, въ своей диссертаціи о каменномъ холециститѣ, пришелъ къ тѣмъ же заключеніямъ объ особенности припадковъ. Онъ указалъ также, что такой холециститъ даетъ иногда явленія перитонита, или тифоида, или аппендицита. Желтуху онъ объясняетъ здѣсь такъ же, какъ *Riedel*, распространеніемъ воспаленія отъ пузыря къ печени, т. е., признаетъ воспалительную желтуху, въ отличіе отъ литогенной, на почвѣ закупорки желчнаго протока.

Сравнительно недавно стали обращать вниманіе на особую форму склероза пузыря, именно, на одновременное увеличеніе объема его, съ развитіемъ толстой фиброзной стѣнки.

Напримѣръ, въ 1898 г., *Termet* сообщилъ случай холецистита съ стѣнкой пузыря, толщиной въ 1—1½ сант.; пузырь, однако былъ нормальной величины. Больная, 40 л., 5 лѣтъ назадъ страдала болью желудка; боли тянулись нѣсколько лѣтъ и исчезли лишь 7 м. назадъ. Вскорѣ появились боли въ правомъ подреберьѣ. Желтухи не было. На мѣстѣ пузыря, въ настоящее время, опухоль. Думали о новообразованіи. Оказались громадныя сращенія. Пузырь удаленъ. Смерть отъ шока чрезъ 48 час. Желчн. протокъ оказался безъ измѣненія.

Въ 1900 г., подобный же примѣръ представилъ *Guéniot* у 27-лѣтней женщины, страдавшей болью въ области печени. Желчный пузырь имѣлъ 16 сантим. длины; стѣнка его имѣла 4½ мил. толщ. Онъ вѣсилъ 77 грамм. и содержалъ 20 камней; на слизистой оболочкѣ его были—кровеизліянія; эпителій, мѣстами, цѣлъ; мышечныя волокна кое-гдѣ сохранились. Онъ приводитъ еще 2 случая *Morestin*'а, гдѣ подобные пузыри имѣли толщину стѣнокъ въ 8 и 9 мил.

6. Гнойные ангіохолиты. Кисты и расширенія желчныхъ протоковъ. Желчныя апоплексіи. Нарывы печени. Циррозы.

Всѣ эти заболѣванія, согласно принятому мной дѣленію, я также разсматриваю, какъ глубокія измѣненія желчныхъ путей

и печени, неподлежащія внутреннему лѣченію. Доказательствомъ этого возврѣнія служатъ патологоанат. измѣненія. *Dupré* хорошо изложилъ ихъ взаимную связь, почему я сейчасъ и упомяну о нихъ. Относительно же кистъ и расширеній желчныхъ протоковъ на почвѣ закупорки было сказано уже въ предыдущихъ главахъ. Я упоминалъ тогда, что какова бы ни была причина закупорки, обычно скоро наступаетъ вторичная инфекція, вызывающая измѣненія, о которыхъ сейчасъ пойдетъ рѣчь.

Первичный стадій инфекціи выражается, по *Dupré*, катаральной желтухой, съ набуханіемъ слизистой оболочки, съ отпаденіемъ кое-гдѣ эпителія. Затѣмъ, возникаетъ нагноеніе то внутри больныхъ каналовъ, то въ ихъ стѣнкахъ; гной скопляется иногда въ мельчайшихъ ходахъ и образуетъ чуть видимые гнойнички, называемые миліарными. Печень по своей поверхости и въ толщѣ усѣяна бѣловатыми бугорками. Каждый бугорокъ есть осумнованный гнойничекъ. Къ поврежденіямъ ангіохолита присоединяются вскорѣ явленія періангіохолита, который можетъ протекать хронически и обусловить собой разращеніе соединительной ткани—циррозъ. Маленькіе абсцессы, сидящіе въ полости самихъ желчныхъ канальцевъ, не есть осложненіе; это только первый этапъ серьезной инфекціи. Наоборотъ, абсцессы, развивающіеся въ стѣнкѣ канальца, или въ соединит. ткани вокругъ канальцевъ, являются осложненіемъ инфекціи печени. Въ дальнѣйшемъ развитіи абсцессы увеличиваются; между ними и, окруженными ими, канальцами нѣтъ прямого сообщенія; существуетъ лишь бактерійная связь. Наконецъ, одинъ изъ абсцессовъ внутри канала прорывается и вступаетъ въ непосредственную связь съ парабиліарнымъ абсцессомъ; происходитъ быстрое увеличеніе послѣдняго, гной смѣшивается съ желчью, является желчная септическая апоплексія. Постепенно гнойникъ растетъ, и если долго длится, то развиваетъ въ себѣ болѣе или менѣе гладкую стѣнку и перемычки соединит. ткани. Если же абсцессъ свѣжій, то стѣнка не бываетъ гладкой, но покрыта углубленіями; это слѣды открывшихся желчныхъ канальцевъ. Кромѣ этихъ абсцессовъ, въ другихъ мѣстахъ печени, наблюдается диффузный интерстиціальный гепатитъ и гнойный

ангіохолитъ Нужно, однако, строго различать эти абсцессы отъ таковыхъ же піэмическихъ абсцессовъ печени, возникающихъ черезъ кровяной токъ. По происхожденію и по анатом. проявленію слѣдуетъ называть описанные сейчасъ абсцессы піохолическими. *Chauffard* даетъ имъ названіе «ареолярныхъ абсцессовъ».

Въ 1901 г., *Ciro Dalla Rosa* привелъ наблюденіе нарыва желчныхъ путей. Больной, 32 л., лихорадитъ 4 недѣли, страдаетъ желтухой и болями праваго подреберья. При изслѣдованіи, вся верхняя правая часть живота занята большой, гладкой опухолью, дающей тупой звукъ, сливающійся вверхъ съ печенью; сама печень увеличена; въ мочѣ бѣлокъ и пигменты. Сдѣлали разрѣзъ и вскрыли опухоль, содержавшую 1500 к. с. зеленожелтой жидкости, съ кусками омертвѣлой печени. Опухоль помѣщалась въ правой долѣ. Черезъ 4 мѣс. рана зажила.

Нѣчто подобное видѣлъ *Kocher* и *Zendler* (см. *Dalla Rosa*). Въ заключеніе упомяну, что *Castaing* упоминаетъ про опыты *Lahousse*'а въ 1887 г., который показалъ, что высокая перевязка желчнаго протока влечетъ только фокусы омертвѣнія въ печени, но не ангіохолитъ. *Dupré* также признаетъ асептическую закупорку желчнаго протока, съ оговоркой, однако, что она не долга. Я думаю, что у человѣка никогда вообще не бываетъ асептической закупорки.

В. *Осложненія инфекціи въ видѣ сращеній, перитонитовъ, разрывовъ желчныхъ пузырей, флегмонъ, свищей, закупорки кишки, плеврита и общаго упадка питанія.*

Осложненіями я назвалъ тѣ послѣдствія инфекціи, которыя поражаютъ помимо желчныхъ путей, также сосѣдніе или отдаленные органы. Начинаю изложеніе ихъ въ приведенномъ сейчасъ порядкѣ.

1. Сращенія.

Сращенія происходятъ въ результатѣ тѣхъ страданій, которыя, по дѣленію *Longuet*, отнесены въ классъ піэмій, именно, перихолециститы и парахолециститы создаютъ самыя стран-

ныя осложненія въ видѣ сращеній или суженій сосѣднихъ органовъ.

Marchais, въ своей диссертаціи, въ 1898 г., указалъ на суженіе привратника, въ связи съ пораженіемъ желчнаго пузыря.

Страданіе послѣдняго часто влечетъ суженіе, въ силу давленія камней пузыря на привратникъ. Одинаково, камень желчнаго протока можетъ повлечь суженіе верхней части 12-ти перстной кишки въ подпривратниковомъ отдѣлѣ. Возможно еще суженіе привратника, въ силу перемычекъ, перекрещивающихъ его, или вслѣдствіе сращеній, производящихъ изгибы.

Точно также, въ 1896 г., *Bouveret* допустилъ возможность суженія привратника на почвѣ сращенія пузыря съ послѣднимъ.

Вслѣдствіе мѣстнаго перитонита, наступаетъ временный рефлекторный спазмъ привратника, а затѣмъ временный процессъ закрѣпляется сращеніями. Образовавшіяся связки, между пузыремъ и желудкомъ, тянутъ привратникъ къ печени, когда желудокъ бываетъ наполненъ. Отсюда рвота послѣ пищи, и облегченіе, если больного кладутъ на правый бокъ. Подобное суженіе даетъ колики и увеличеніе отдѣленій слиз. оболочки желудка.

2. Перитониты.

Въ силу ушибовъ, или иногда отъ временнаго обострения инфекціи, больной пузырь, не причинявшій больному никакого страданія, вдругъ вызываетъ явленія, свойственныя то мѣстному, то общему перитониту. Примѣромъ обострения ядовитости кишечной палочки служитъ наблюденіе д-ра *Левина*, въ 1894 г.

У больного, послѣ перенесенной холеры, явилось повышеніе температуры, боль въ прав. подребер., желтуха, затѣмъ картина остраго воспаленія брюшины. Чревосѣченіе показало начальное воспаленіе брюшины. Больной умеръ. При вскрытіи въ желчномъ пузырѣ найдено нѣсколько язвъ. Бактер. изслѣдованіе обнаружило присутствіе кишечной палочки, но не холернаго вибріона.

Въ наблюденіи *Parmentier*, въ 1900 г., холециститъ вызвалъ перитонитъ на 17-й день тифа. Наконецъ, упомяну, не разъ приводимые прежде, тифозные холециститы, дававшіе явленія мѣстнаго перитонита въ разное время, отъ $4^1/_2$ мѣс. до $14^1/_2$ л., послѣ тифа. (См. раб. *Канцеля*).

3. Разрывы желчныхъ путей.

Мы разсматриваемъ здѣсь разрывы, какъ осложненіе, потому, что они вызываютъ болѣе или менѣе серьезный рядъ послѣдствій во всемъ организмѣ или въ отдѣльныхъ органахъ. Попутно разсмотримъ разрывы не на почвѣ инфекцій, а при раненіи брюшныхъ стѣнокъ. Въ отдѣльномъ параграфѣ разсмотримъ осумкованные перитониты, ведущіе часто къ желчнымъ флегмонамъ.

Разрывъ каменныхъ пузырей влечетъ къ выпаденію и странствованію камней въ брюшной полости. *Courvoisier* находилъ камни въ подвздошной впадинѣ, именно, 10 р. на 169 случаевъ; 12 разъ они были найдены въ области пупка.

Porges, въ 1900 г., сообщилъ случай, гдѣ камень дошелъ до большого вертела, а потомъ спустился вдоль фасціи бедра.

Видали желчные камни (*Krönlein*), выходившими черезъ мочеисп. каналъ. Такимъ образомъ видимъ, что разрывы иногда не сопровождались смертельнымъ перитонитомъ.

Теперь я изложу общую картину разрывовъ, выведенную на основаніи различныхъ литературн. данныхъ.

Изліяніе желчи занимаетъ разный объемъ; то оно осумковывается, то распространяется вправо внизъ до малаго таза, а иногда идетъ влѣво, въ малый тазъ. Первые симптомы—шокъ, за которымъ слѣдуетъ смерть часто на первый день. Если же больной переживаетъ, то наступаютъ жестокія боли въ правой сторонѣ, распростр. въ плечо, и рвота.

На 2—8-й день становится замѣтнымъ опуханіе живота; въ это же время всегда почти обнаруживается и желтуха; крайне рѣдко послѣдняя развивается болѣе поздно, на 2 й недѣлѣ.

Одновременно съ желтухой является обезцвѣченіе испраженій, причемъ послѣднее болѣе признакъ разрыва желчнаго протока.

Брюшина довольно вынослива къ изліянію желчи, и иногда перитонитъ затягивался до 40 дней, оканчивалсь выздоровленіемъ.

Сошлюсь, въ доказательство изложеннаго, на работы о разрывахъ желчныхъ путей.

Считаю необходимымъ это сдѣлать, такъ какъ литература о разрывахъ еще не слишкомъ обширна, и, съ другой стороны, показанія къ операціи при нихъ продолжаютъ служить предметомъ нѣкоторыхъ споровъ, какъ мы увидимъ это въ главѣ «о показаніяхъ».

Desrosiers въ 1894 г. собралъ всѣ извѣстные случаи разрыва пузыря, вслѣдствіе ушиба живота, коихъ оказалось 25.

Онъ приводитъ наблюденіе *Uhde*, въ 1880 г., гдѣ изліяніе желчи въ брюшн. полость было въ размѣрѣ 14 литр. Больной поправился послѣ пункціи, при помощи коей сразу было извлечено приведенное количество. Впрочемъ, пункціей удаляли иногда еще бо́льшія количества. Такъ *Landerer*, въ теченіи 29 дней, удалилъ 27 литровъ желчи, въ пять пріемовъ. *Desrosiers* допускаетъ возможность излѣченія безъ оперативнаго вмѣшательства, но добавляетъ, что это не доказано. Въ приведенныхъ случаяхъ всегда было хирургическое вмѣшательство. 12 пункцій и 12 чревосѣченій дали одинаковый % смертности, въ 33%.

Желтуха развивается обычно на 1-й нед.; обратно, при разрывѣ печени, желтуха наблюдается рѣдко, не болѣе 5% извѣстн. случаевъ.

Исходъ разрыва зависитъ отъ состоянія желчныхъ путей; разъ они заражены, всегда возникаетъ перитонитъ. Лучшій результатъ даетъ чревосѣченіе; больные быстрѣе поправляются. Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ вмѣшательство было позднее. По его мнѣнію, чревосѣченіе нужно дѣлать, по возможности, ранѣе.

Въ 1897 г. *Terrier* и *Auvray* обстоятельно разобрали картину разрыва желчныхъ путей.

Если больной переживетъ коллапсъ, то у него начинаются боли въ прав. подреберьѣ, которыя распространяются въ плечо. Весь животъ крайне чувствителенъ къ давленію, но особенно ниже печени, и одновременно больной страдаетъ страшной рвотой и мучительной неутолимой жаждой. Между тѣмъ, животъ все пухнетъ и пухнетъ; на правой его сторонѣ появляется рѣзкая тупость. Общее страданіе увеличивается отъ одышки. Не позднѣе 2-хъ недѣль появляется желтуха; одновременно обезцвѣчиваются испражненія. Запоръ—довольно упорный, но смѣняется, затѣмъ, поносомъ. Температура начинаетъ колебаться, поднимаясь до 37,5°—38°. Наконецъ, больной постепенно все худѣетъ и худѣетъ, перестаетъ ходить, животъ его сильно вздувается, и является картина хроническаго перитонита.

Вотъ еще наблюденіе *Aurray*, въ 1899 г. Женщина, 48 л., всегда здоровая, представила картину перитонита, развившуюся въ послѣдніе 12 часовъ, сразу; дѣло началось съ ужасной боли въ подлож. области и паденія пульса. Операція. Изъ полости брюшины вылилась темная желчь. Мѣсто поврежденія не найдено. Смерть черезъ нѣсколько часовъ. При вскрытіи, въ шейкѣ пузыря — овальное отверстіе и 8 камней въ полости пузыря. *Aurray* отмѣчаетъ рѣдкость разрыва шейки, такъ какъ въ 28 случаяхъ *Courvoisier* 20 разъ было разорвано дно, 4 раза—тѣло, 3 раза—шейка. Операція, по его мнѣнію, всегда должна быть ранняя.

Наблюденія разрывовъ и прободеній камней въ кишкѣ все умножались, и *Ullman* въ 1899 г. сообщилъ о 540 случаяхъ, собранныхъ имъ въ литературѣ, всякаго рода прободенія желчныхъ путей, и нашелъ, что главной причиной всегда были камни.

Въ то время какъ *Desrosier* разсматривалъ разрывы подъ вліяніемъ ушиба, въ 1899 г. *Bricka* въ своей диссертаціи занялся изученіемъ вопроса о произвольномъ разрывѣ пузыря и нашелъ, что при немъ главная причина есть воспаленіе пузыря, или язвы, на почвѣ камней; камни механически истончаютъ стѣнку пузыря, а инфекція доканчиваетъ дѣло. Тифозная инфекція наиболѣе часто производитъ разрывъ. Въ 25 на

39 его наблюденій перфорація произошла въ пузырѣ. Предсказаніе произвольныхъ разрывовъ очень тяжелое, такъ какъ разрываются уже давно больные пузыри. Такъ, изъ 39 собранныхъ имъ случаевъ, 35 кончились смертью. Литіазъ былъ причиной 23 раза, тифъ 11 разъ и 5 разъ первичная инфекція.

Въ заключеніе приведу одно русское наблюденіе.

Въ случаѣ *Троянова*, больной рабочій, 40 л., всегда жаловался на боль подъ ложечкой и рвоту, но не имѣлъ желтухи. Послѣ поднятія экипажа развились явленія перитонита. При операціи былъ найденъ разрывъ желчнаго пузыря въ конопляное зерно. Пузырь содержалъ камни. Сдѣлано удаленіе пузыря. Больной выздоровѣлъ. Испражненія окрасились на 10-й день. Въ клинической части я приведу нѣсколько примѣровъ разрыва пузыря изъ русской печати.

4. Желчныя флегмоны.

Подъ именемъ желчныхъ флегмонъ разумѣютъ нарывы въ клѣтчаткѣ, имѣющіе сообщеніе съ желчными путями. Во всякомъ случаѣ, страданіе это довольно рѣдкое. Въ русской печати я нашелъ лишь одно наблюденіе.

Въ статьѣ проф. *Дьяконова* упомянуто наблюденіе (12-е), принадлежащее *Jawdynski* въ 1893 г. Больной имѣлъ на уровнѣ 7-го ребра нѣсколько свищевыхъ отверстій, выдѣляющихъ гной. Истощеніе. Сдѣлана резекція 7, 8, 9, 10 реберъ. Открыта обширная полость, выстланная грануляціями. На днѣ ея—отверстіе, ведущее въ желчный пузырь. Ходъ расширенъ и извлечены камни.

Въ иностранной литературѣ, кромѣ работы *Dian-Court*'а, написавшаго диссертацію объ этихъ флегмонахъ, въ 1901 г., я не нашелъ другихъ. Онъ собралъ 11 наблюденій флегмоны брюшной стѣнки, въ области желчнаго пузыря. Въ 10 изъ 11 онѣ обусловлены были каменнымъ холециститомъ. Камни, большей частью, оказывались очень крупными.

На основаніи приводимыхъ наблюденій, онъ приходитъ къ заключенію, что наружный желчный свищъ не частое явленіе: въ развитіи свища нужно видѣть стремленіе организма осво-

бодиться отъ инороднаго тѣла. Что касается лѣченія, то приходится считаться съ проходимостью желчнаго протока, сообразно съ чѣмъ и можетъ быть выбранъ способъ.

5. Свищи желчныхъ путей во внутренніе органы.

Помимо вызова общаго перитонита и мѣстнаго, помимо флегмонъ, камни довольно часто прободаютъ тотъ или другой отдѣлъ желудочнокишечнаго канала или даже мочеполовыхъ органовъ и выдѣляются такимъ образомъ естественными путями. Предварительно бываетъ спаяніе органовъ.

Castaing указываетъ на бронхіальножелчныя фистулы. *Graham* въ 1897 г. собралъ 19 подобныхъ случаевъ, изъ коихъ 11 были уже ранѣе указаны *Courvoisier*.

Спаяніе, предшествующее прободенію, развивается обычно тамъ, гдѣ пузырь ближе всего къ тому или другому отдѣлу кишечника.

Искать здѣсь какой либо законъ прободенія врядъ ли справедливо. Все зависитъ отъ положенія пузыря у даннаго человѣка. Сошлюсь, однако, на *Charcot*, который указываетъ статистику *Murchison*'а, гдѣ двѣнадцатиперстные свищи—самые частые; онъ собралъ ихъ 28; толстокишечные рѣже—ихъ 7; желудочныхъ—4, а *Charcot* приводитъ случай, гдѣ свищъ желчный прошелъ въ бронхи.

6. Закупорка камнями желудочнокишечнаго канала.

Каменную закупорку кишекъ наблюдали нерѣдко. Это осложненіе мы разсматриваемъ въ группѣ отдаленныхъ послѣдствій инфекціи по ясной причинѣ, не нуждающейся въ поясненіи. Въ подобномъ осложненіи можно усмотрѣть результатъ стремленій терапевтовъ лѣчить желчнокаменную болѣзнь внутр. средствами.

Leichtenstern (см. Castaing) въ 1893 г. нашелъ, что въ 1541 случаѣ закупорки кишекъ, камни были причиной 41 разъ, т. е. въ 2,6%.

Körte указываетъ (см. Castaing) въ 1893 г., что камни лежатъ иногда 3 мѣсяца въ кишкѣ; другіе указывали случаи на 9 мѣсячное пребываніе въ кишкахъ. Въ общемъ же, однако, проходитъ около 12 дней, пока они достигаютъ до заслонки толстой кишки.

Величина выходящихъ камней даетъ указаніе, какимъ путемъ прошли камни. Равнымъ образомъ и вся клиническая картина иногда даетъ тоже указаніе.

Напримѣръ, *Pawlowicz* въ 1896 г. сообщилъ наблюденіе выхода камня у 70 л. женщины, послѣ долгаго запора и каловой рвоты, въ 3 с. длины, $2^1/_2$ ширины, и въ 10,75 граммовъ вѣсомъ. Больная страдала до этого времени 1 мѣсяцъ признаками закупорки желчныхъ путей. Въ данномъ случаѣ, можно легко заключить, что камень запиралъ желчный протокъ и затѣмъ произвелъ прободеніе кишки.

Рѣже наблюдались случаи суженія привратника каменнаго происхожденія.

Monprofit—въ 1897 г. наблюдалъ женщину, погибшую при явленіяхъ суженія привратника. Желудокъ былъ растянутъ до лобка.

Оказалось, что дно пузыря сраслось съ 12 п. кршкой, въ области привратника; изъ пузыря въ желудокъ шелъ свищъ.

Интересными вопросами въ патологіи закупорки кишокъ являются мѣста застреванія камней и причина сего. Въ самомъ дѣлѣ, находили иногда очень маленькіе камни. Съ другой стороны, не играетъ ли роль тотъ или другой отдѣлъ кишокъ? Къ сожалѣнію, далеко не всегда авторы подробно указывали мѣсто застреванія. Такъ *Labadie* изъ 46 случаевъ, собранныхъ имъ въ литературѣ по 1898 г., только въ 29 нашелъ указаніе мѣста камня, а именно 2 р. вблизи перехода 12-перстной кишки въ тонкую; 6 р. въ тонкой, 16 р. въ нижней части тонкой, 3 раза въ *S Romanum*. По его выводамъ, клинич. картины застреванія камней нѣсколько разнятся отъ разныхъ другихъ закупорокъ тѣмъ, что послѣднія проявляются болѣе грозно.

Наконецъ, относительно причины, влекущей ущемленіе маленькимъ камнемъ, находимъ теорію *Rehn*'а, въ 1899 г. кото-

рый думалъ, что камень производитъ эрозію стѣнки кишки; образуется маленькая язвочка, которая заражается содержимымъ кишечника; происходитъ ограниченный перитонитъ и, по причинѣ сего, отсутствіе перистальтики. Вызывается контрактура кишекъ кругомъ камня, и движеніе его совершенно прекращается. Эта контрактура длится иногда даже послѣ удаленія камня.

7. Плевриты.

Рѣдкое явленіе осложненій инфекціи составляютъ плевриты. Здѣсь мы не касаемся бронхіальныхъ свищей, производимыхъ камнемъ; о нихъ мы упоминали въ отдѣлѣ свищей, а сейчасъ скажемъ о плевритахъ безъ всякихъ прободеній грудобрюшной перегородки.

Gilbert и *Lereboullet* привели 3 случая подобнаго плеврита и заключили, что онъ можетъ развиться безъ прободенія діафрагмы. Вѣроятный путь—лимфатическіе сосуды. Въ одномъ случаѣ была катарральная желтуха, въ другомъ—литіазъ, въ третьемъ—ангіохолитъ. Другихъ указаній я, къ сожалѣнію, въ литературѣ не встрѣтилъ.

8. Осложненія инфекцій желчныхъ путей въ видѣ упадка общаго питанія. Кахексіи. Геморрагіи.

Всѣ разсмотрѣнныя до сей поры осложненія не такъ грозны по своимъ послѣдствіямъ, какъ наступающая въ концѣ концовъ кахексія—результатъ пораженія печени.

При всѣхъ, вѣроятно, инфекціяхъ печень болѣе или менѣе страдаетъ. Длительная же и упорная инфекція приводитъ, наконецъ, къ недостаточности печени. Вотъ о ней-то и о вызывающихъ ее причинахъ мы и будемъ говорить.

Сверхъ того коснемся вліянія инфекціи желчныхъ путей на кровь.

Gouget въ своей монографіи о недостаточности печени указываетъ громадное значеніе этой послѣдней при инфекціяхъ. Если, говоритъ онъ, всѣ члены данной семьи отравились ядомъ, то у однихъ будутъ лишь желудочныя разстройства, у другихъ одновременно возникнетъ тяжелая желтуха. Послѣдняя обязана слабому противодѣйствію печеночныхъ клѣтокъ противъ токсина, вызвавшаго ослабленіе жизни печени. Всѣ явленія тяжелой желтухи нѣкоторые сводили только на подавленіе отправленій печени, такъ какъ утрата способности образовать гликогенъ ведетъ къ мышечной слабости; отъ отсутствія окисленія кровяныхъ пигментовъ въ печени, развивается скопленіе ихъ въ крови, или, такъ называемая, ахолія, при которой можетъ быть на лицо желтуха безъ пигментовъ въ мочѣ; наконецъ, вслѣдствіе утраты печенью способности противодѣйствовать инфекціи, производить мочевину и дѣйствовать на жиры, наступаетъ рядъ тяжелыхъ нервныхъ явленій: ужасный зудъ, бредъ, конвульсіи, и т. д., кроветеченія, даже при отсутствіи циррозовъ, также слѣдствіе недостаточности печеночной дѣятельности. Недостаточность печени въ слабой степени, такъ называемая, скрытая недостаточность, можетъ выражаться лишь въ диспепсіи, похуданіи и неврастеніи.

Поэтому, при тяжелой желтухѣ, дѣло не во всасываніи желчи въ кровь, а въ давленіи на печен. клѣтки, постепенно теряющія свои полезныя функціи. Эти полезныя функціи печени, кажется, достаточно выяснены экспериментально. Упомянемъ про *Roger*, который произвелъ опыты въ 1897 году, вводя микробовъ то въ стволъ воротн. вены, то въ периферическія наружныя вены. Кролики переживали когда имъ вводили микробовъ въ воротную вену и умирали, при введеніи въ кожныя вены.

Claude въ 1897 г. высказалъ мнѣніе, что общая инфекція порождаетъ уменьшеніе сопротивленія желчныхъ протоковъ, и тогда восходящая инфекція легко поражаетъ желчные пути. Такимъ образомъ, *Claude* указываетъ значеніе силы желчныхъ путей и печени, уменьшеніе которой ставитъ организмъ въ тяжелое состояніе разныхъ восходящихъ инфекцій, въ томъ числѣ и желчной.

Renauld, въ своей диссертаціи, въ 1899 г., разбирая причины геморрагій при операціяхъ на желчныхъ путяхъ, пришелъ къ выводамъ, что дѣло не въ раненіи путей, а въ задержкѣ

желчи и происходящей отъ этого недостаточности печени. Поэтому, лѣченіе задержки желчи должно быть возможно ранѣе. Онъ приводитъ рядъ наблюденій, изъ которыхъ приведемъ слѣдующее: мужчина, боленъ 3 мѣс., цвѣтъ кожи черный, всѣ признаки тяжелой желтухи. Сдѣланъ свищъ; смерть черезъ 10 дней отъ кровавой рвоты. Въ другомъ случаѣ: больной, 56 л., 13 дней страдалъ желтухой; въ б-цѣ еще выжидали нѣкоторое время. Сдѣланъ свищъ пузыря; пузырь былъ огромный, имѣлъ 437 камней, и 1 камень въ желчномъ протокѣ. Черезъ нѣсколько дней больной умеръ отъ геморрагіи въ желчномъ пузырѣ. Смерть въ этихъ случаяхъ *Renauld* усматриваетъ въ осложненіяхъ со стороны кахексіи и измѣненія состава крови.

Однако, помимо вреднаго вліянія давленія желчи на клѣтки, отмѣчаютъ физіологическое значеніе выдѣленія желчи. Пониженіе этого значенія косвенно можетъ вліять на развитіе слабости печени и всего организма. *Брюно,* какъ многіе другіе, указалъ, что желчь предохраняетъ панкреатич. сокъ отъ разрушенія пепсиномъ. *Зимницкій*, въ своей диссертаціи, указалъ, что задержка желчи въ организмѣ влечетъ повышеніе кислотности желудка. Наконецъ, *Elliot* опытомъ убѣдился, что, при вытеканіи желчи наружу, всасываніе жировъ уменьшено; у одной женщины, имѣвшей фистулу, онъ видѣлъ содержаніе жира въ испражненіи въ отношеніи 63:100; примѣшивая ей въ пищу бычью желчь, онъ увидѣлъ отношеніе жира 46:100.

Итакъ, застой желчи, какъ частый результатъ инфекціи, способствуетъ: 1) недостаточности печени, 2) нарушенію нормальной дѣятельности отдаленныхъ органовъ и 3) проникапію вторичной инфекціи.

ГЛАВА XI.

Доброкачественныя и злокачественныя опухоли желчныхъ путей. Туберкулезъ ихъ.

Хотя причины опухолей остаются и до сей поры загадочными, тѣмъ не менѣе все болѣе и болѣе развивается ученіе

объ инфекціонномъ ихъ происхожденіи. Если эта теорія современемъ окажется достовѣрной, то мнѣніе, что всѣ заболѣванія желчныхъ путей зависятъ отъ инфекціоннаго пораженія ихъ, было бы вполнѣ доказано. Теперь же, разсматривая преимущественно инфекціонныя болѣзни желчныхъ путей, я все-таки не могъ опустить отдѣла опухолей желчныхъ путей, стоящаго въ тѣсномъ отношеніи съ рядомъ всевозможныхъ явленій, производимыхъ обыкновенно инфекціоннымъ началомъ.

Первоначально коснусь доброкачественныхъ опухолей. *Terrier* и *Auvray*, въ 1901 г., въ своей монографіи: «Хирургія печени и желчныхъ путей», перечисляютъ слѣдующія доброкачественныя опухоли пузыря: эхинококки, фиброзныя опухоли, папилломы и пузырныя кисты съ массами холестеарина.

Вся литература о доброкачественныхъ опухоляхъ желчныхъ путей вообще скудна. Вѣрное распознаваніе подобныхъ опухолей до операціи врядъ ли возможно. Единственный признакъ ихъ это -- опуханіе праваго подреберья; но до какой степени онъ не надеженъ, можно увидать въ работѣ *Lionnais*, о которой мы уже упоминали. Случай, который онъ приводитъ, подалъ ему мысль написать диссертацію объ опухоляхъ праваго подреберья.

Женщина, 21 г., замѣтила, 8 м. назадъ, опухоль въ правой подреберной области, не причинявшую ей никакихъ болей; не было ни желтухи, ни колекъ. Опухоль казалась крайне похожей на желчный пузырь по формѣ и мѣсту. При операціи нашли фиброму брюшной стѣнки, сидѣвшую вправо отъ правой прямой мышцы живота.

Вотъ еще 29-й его случай, принадлежащій *Routier*.

Женщина, ранѣе здоровая, заболѣла колеками и желтухой, съ поднятіемъ температуры. Въ правомъ подреберьѣ—опухоль. При операціи *Routier* убѣдился, что опухоль представила липому, исходящую изъ брюшины. Пузырь же съ трудомъ былъ найденъ, такъ какъ былъ закрытъ сращеніями и крайне уменьшенъ, почти до величины орѣха. Въ своихъ выводахъ *Lionnais* приходитъ къ заключеніямъ, что діагностика опухолей праваго подреберья крайне трудна, такъ какъ признаки разстройствъ

отправленій, причиняемыхъ опухолью, весьма часто отсутствуютъ, а одно физическое изслѣдованіе бываетъ въ большинствѣ случаевъ недостаточнымъ.

Относительно пораженія пузыря эхинококкомъ, сошлись на русское наблюденіе *Королькова*, въ 1898 г.

Больная, 30 л., поступила 11 дек. 1898 г., а умерла 18 дек. того же года. При поступленіи были замѣчены явленія желтухи, жара, увеличенной печени. Пробный уколъ показалъ гной и крючья эхинококка. При операціи изъ кисты эхинококка выпущено 10 ф. гноя. На вскрытіи оказалось, что эхинококкъ занималъ всю правую долю печени. Желчный пузырь, содержавшій 12 камней и темную желчь, имѣлъ 20 эхинок. пузырей. Въ кишкахъ обезцвѣченный калъ. По мнѣнію автора, пузырьки эхинококка проникли въ желчн. пузырь чрезъ разрывъ печеночн. ходовъ. Всю картину страданія въ данномъ случаѣ можно свести на случай септической желтухи, произведшей прекращеніе всѣхъ отправленій печени. Громадное развитіе эхинококка не отражалось долгое время на состояніи больной, хотя отъ правой доли остались стѣнки не болѣе $^1/_2$ с. толщиной. Нагноеніе кисты эхинококка, произошло, какъ думаетъ авторъ, отъ перитифлита, существовавшаго у больной. Вѣтви воротной вены, принесли инфекцію къ печени и вызвали нарушеніе отправленій послѣднихъ остатковъ печени, результатомъ чего явилась желтуха.

Упомяну, наконецъ, часто приводимый всѣми случай папилломы желчнаго пузыря, принадлежащій *Ringel*'ю, который, въ 1899 г, удалилъ пузырь у 47 л. женщины; въ полости его, на стѣнкахъ, оказалось множество маленькихъ папилломъ. Въ пузырномъ протокѣ и въ пузырѣ лежало нѣсколько камней. Въ общей картинѣ болѣзни были явленія давнишнихъ болей въ области печени. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что мѣстами бородавчатыя разращенія переходили въ злокачественныя разращенія.

Изъ русскихъ работъ укажу на *Яновскаго*, въ 1891 г., наблюдавшаго бородавчатыя разращенія въ стѣнкѣ пузыря. Онъ

причислилъ ихъ къ результатамъ, вытекающимъ отъ раздр женія стѣнокъ пузыря.

Болѣе разработаннымъ является ученіе о злокачественныхъ опухоляхъ желчныхъ путей. Мы находимъ, что съ тѣхъ поръ, какъ хирургія желчныхъ путей быстро стала двигаться впередъ, наблюденія раковыхъ опухолей пузыря и протоковъ стали умножаться. Несомнѣнно, что случилось это, благодаря бо́льшему знакомству съ патоло́гіей желчныхъ путей, съ болѣе точной оцѣнкой клиническихъ явленій. Несомнѣнно и то, что многіе случаи раньше сходили за циррозъ печени. Обратимся теперь къ краткому изложенію ученія объ этихъ опухоляхъ, начиная съ *Charcot*. Онъ посвятилъ отдѣльную главу первичному раку желчныхъ путей, причемъ ссылался на диссертацію *Bertran*'а и на работу *Villard*'а, появившіяся въ 1870 г. и содержавшія около 20 наблюденій. Въ случаяхъ *Bertran*'а желчные камни находились 14 разъ на 15 раковыхъ пузырей. Опухоль занимаетъ сначала желчный пузырь, но потомъ распространяется на его протокъ и далѣе. Различаютъ мозговикъ, скирръ и цилиндрическую эпителіому. По мнѣнію *Charcot*, ракъ развивается послѣдовательно за камнями. Однако, съ современной точки зрѣнія, этого сказать нельзя, такъ какъ, если ракъ развивается съ дна пузыря, то еще возможно усматривать значеніе камней въ развитіи процесса. Но, съ другой стороны, ракъ протоковъ, первично пораженныхъ, даетъ всѣ условія для развитія инфекціи и литіаза. Даже и въ первомъ случаѣ, при пораженіи дна пузыря, не ослабѣваетъ ли послѣдній и не создаетъ ли условій для вторичной инфекціи? Что касается рака головки поджелудочной железы, то изъ представленнаго мною рисунка (см. анатом. отд.) легко выяснить, что можетъ произойти за пораженіемъ ея. Въ виду довольно ограниченнаго участка железы, занимаемаго протокомъ, только обширное пораженіе головки можетъ захватить протокъ. Наоборотъ, если протокъ проходитъ къ нижней трети 12 п. кишки, то незначительное раков. пораженіе головки скажется внезапной желтухой. Равнымъ образомъ, то или другое положеніе ствола воротной вены отзовется на развитіи водянки живота. Если

стволъ воротной вены слагается у верхняго края головки, то давленію всего болѣе подвергнется верхняя брыжжеечная вена, что можетъ не вызвать набуханіе селезенки, но только асцитъ въ брюшной полости. Пусть стволъ той же вены слагается низко, тогда увеличенная головка сдавитъ не только верхн. брыжж. вену, но и селезеночную; разовьется асцитъ и набуханіе селезенки. Мы видѣли сравнительно рѣже высокое впаденіе желчн. протока; чаще онъ впадаетъ въ кишку въ срединѣ высоты ея нисходящей части, и немудрено, поэтому, что желтуха при ракѣ головки, въ 37 случаяхъ, на которые ссылается *Charcot*, наблюдалась 24 раза. Послѣ этого вступленія намъ понятнѣй будетъ клинич. картина многихъ явленій при ракѣ головки железы.

Ученіе о ракѣ желчныхъ путей хорошо изложено въ упомянутой уже работѣ *Terrier* и *Auvray*, изъ которой мы возьмемъ нѣкоторыя свѣдѣнія. Ракъ пузыря обычно—первичный, и очень рѣдко онъ результатъ распространенія съ привратника, 12 п. кишки и т. д. При одновременномъ пораженіи печени и пузыря ракомъ, считаютъ пораженіе послѣдняго первичнымъ. Ракъ чаще у женщинъ, по крайней мѣрѣ, въ 5 разъ, какъ говоритъ *Courvoisier*. *Auvray* въ своихъ 40 случ. нашелъ ракъ у мужчинъ только 10 разъ. Если литіазъ способствуетъ раку, а первый, какъ извѣстно, гораздо чаще у женщинъ, то понятна частота рака у женщинъ. Ракъ поражаетъ особенно охотно дно пузыря и отсюда уже распространяется на протоки, изъ коихъ особенно часто бываетъ пораженъ желчный протокъ, то въ начальной, то въ конечной части. Печеночный протокъ рѣдко поражается первично. Ракъ ampulae Vateri разсматриваютъ различно: одни (*Rendu*), считаютъ его за кишечн. ракъ, другіе (*Hanot*) за ракъ головки и протока, третьи (*Bard*) за железистый, четвертые (*Durand Fardel*) за ракъ протока. Именно, *Durand Fardel*, въ 1896 г., видѣлъ ракъ, занимающій исключительно желчный протокъ, въ самой нижней его части, откуда онъ выпиралъ въ полость 12 п. кишки, въ видѣ бородавки. Онъ же, какъ и другіе, отмѣтилъ, что раки области ampulae не имѣютъ стремленія къ распространенію. Что касается симптомовъ, то согласно сдѣланнымъ мною указаніямъ, ракъ протоковъ можетъ давать очень различныя картины. Когда ракъ занимаетъ пузырь, то картина бываетъ сходна съ ракомъ печени, но это лишь въ началѣ болѣзни. Позднѣе, ракъ захватываетъ протоки, и признаки сводятся къ пораженію протоковъ, на которыхъ сейчасъ и остановимся. Въ общемъ, можно сказать, что развивается картина застоя желчи отъ механической закупорки, съ быстрымъ развитіемъ послѣдующей инфекціи. Къ недостаточности печени, вызываемой застоемъ желчи, присоединяется отравленіе организма ядомъ раковой опухоли. Поэтому, упадокъ питанія и послѣдующая инфекція здѣсь гораздо быстрѣе дѣйствуютъ, чѣмъ при каменной закупоркѣ. Это—главное отличіе двухъ закупорокъ—раковой и каменной. Указываютъ, что желтизна покрововъ при ракѣ съ каждымъ днемъ прогрессируетъ; но иногда бываютъ перемежки, и это будто бы особенно свойственно раку ampulae. Лихорадка зависитъ отъ рода и силы инфекціи, и мы коснемся ея далѣе. Болѣзнь длится отъ 6 до 18 мѣс., и, конечно, зависитъ отъ выносливости печени даннаго больного. Боли существуютъ, даже иногда въ видѣ колики, а иногда отсутствуютъ. Пузырь при ракѣ ж. пр. обычно растянутъ; это и понятно, хотя первый обратилъ на это вниманіе *Courvoisier*, а *Terrier*, во Франціи, вслѣдъ за *Courvoisier* особенно защищалъ этотъ признакъ, почему и получилось названіе: «Признакъ *Courvoisier-Terrier*». Такъ какъ ракъ поражаетъ желчный протокъ довольно быстро, и пузырь не рѣдко при этомъ бываетъ здоровъ, или въ скрытомъ микробизмѣ, т. е., представляетъ водянку или легкій катарръ, то въ обоихъ случаяхъ пузырь окажется растянутымъ; если онъ былъ здоровъ, мы увидимъ темную застойную желчь; если была водянка, нерѣдко увидимъ гнойный холециститъ. Атрофія пузыря не успѣваетъ развиться. Если же ракъ займетъ съ самаго начала печеночный протокъ, или область впаденія пузырн. протока въ печеночный, или, наконецъ, ту область, гдѣ печеночный и пузырный протоки еще не успѣли слиться, то, конечно, пузырь растянутъ не будетъ. Другое дѣло каменная закупорка протока. Она, есть результатъ давнишней

инфекціи, возрастившей такой камень, который уже не проходитъ въ кишку. Слѣдовательно, атрофія пузыря, какъ результатъ хроническаго воспаленія его, развивалась уже давно; пузырь будетъ уменьшеннымъ. **Итакъ, въ признакѣ Courvoisier-Terrier должно видѣть подтвержденіе инфекціонной теоріи литіаза, какъ позднее слѣдствіе первичной инфекціи пузыря.**

Конечно, возможны всякія уклоненія отъ изложеннаго сейчасъ хода клинической картины раковъ. Упомяну наблюденія *Descos* и *Beril*'я, въ 1894 г., которые видѣли раковое пораженіе сосочка; amp. vateri была разрушена; ракъ перешелъ на головку железы, но проходимость желчн. протока оставалась не уничтоженной все время. Далѣе, ракъ пузыря даетъ болѣзненное ощупываніе, но не всегда, что видѣли *Archambaud* и *Weinberg* въ 1896 г. у 72 л. больной, имѣвшей почти безболѣзненную опухоль праваго подреберья, оказавшуюся ракомъ. *Tesson*, въ 1902 г., видѣлъ ракъ на сліяніи пузырнаго и печеночнаго протока, и пузырь былъ растянутъ. Здѣсь опять инфекція еще не успѣла завладѣть пузыремъ.

Нѣтъ одинаковаго ученія и о лихорадкѣ.

Villard, въ 1890 г., въ своей диссертаціи считалъ febris intermittens признакомъ рака желчныхъ протоковъ, но нѣкоторые наблюдали совершенно неправильный типъ лихорадки. Иногда лихорадки совсѣмъ нѣтъ. Это видимъ въ случаѣ *Monod*, въ 1896 г., гдѣ женщина, 55 л., поражается общей желтухою, худобой, но лихорадки не было. Печень и пузырь—увеличены. Сдѣланъ былъ свищъ между пузыремъ и желудкомъ. Смерть черезъ 2 дня отъ упадка силъ. На вскрытіи—ракъ всей поджел. железы. Примѣръ отсутствія лихорадки видимъ въ наблюденіи *Griffon*'а и *Leven*'а, въ 1899 г. Женщина, 59 л., 15 лѣтъ страдала диспепт. явленіями, а послѣдній годъ припадками болей въ области желудка, безъ лихорадки, со рвотой; желтуха была прерывистая. Наконецъ, развивается желтуха въ послѣдній мѣсяцъ, но опять безъ лихорадки, и это длится 44 дня. При операціи найденъ былъ ракъ сальника, желчные пути не могли отыскать, и рану зашили. Больная умерла. На вскрытіи, кромѣ пораженія сальника и яичниковъ, нашли раковое пораженіе пузыря и верхней трети желчнаго протока, распространившееся къ воротамъ. Авторы заключаютъ о первичномъ пораженіи пузыря и вторичномъ—желчнаго протока.

Одинаковое разнообразіе наблюдается въ послѣдствіяхъ закупорки ракомъ желчныхъ путей.

Bernard, въ 1896 г., сообщилъ наблюденіе рака ampulae, съ явленіями кахексіи, повлекшей смерть больной; однако, не было обычныхъ признаковъ закупорки желчныхъ путей. Такой же случай приводится *François*, въ 1902 г., гдѣ при ракѣ головки не было всю жизнь желтухи.

Auvray полагаетъ, что больные при ракѣ ampulae живутъ 6—18 м., но въ случаѣ *Hanot*, въ 1896 г., подобная больная жила около 2 л., и по смерти, на вскрытіи, у нея найденъ ракъ ampulae; печень и селезенка—увеличены.

Въ клинической части я приведу рядъ примѣровъ рака, съ выясненіемъ клинической картины по мѣсту пораженія, а теперь скажу, что **существуютъ нѣкоторые признаки, по которымъ мы прежде всего можемъ отличить раковую опухоль отъ каменной закупорки. Это—условія развитія вторичной инфекціи.** Каменная закупорка облегчаетъ восхожденіе инфекціи къ путямъ, уже давно пораженнымъ. Раковая закупорка также влечетъ инфекцію путей, но ранѣе не страдавшихъ.

Укажемъ теперь на *Busson*'а, который пытался дать картину рака ampulae.

Въ 1890 г. онъ собралъ 11 случаевъ рака ampulae. Литіазъ былъ лишь въ 1 случаѣ. Съ точки зрѣнія возраста онъ отмѣтилъ, что 8 больныхъ были старше 50 л. и 3 свыше 55. Ракъ, по его мнѣнію, остается мѣстнымъ, хотя иногда ползетъ въ головку железы; лимфатич. железы также поражаются. Печень дѣлается большой, темнозеленой; желчь, больш. частью, черная.

Пузырь обычно очень увеличенъ. Желтуха является сразу, безъ боли, безъ лихорадки, но сопровождается слабостью; кожа дѣлается не только желтой, но желтобронзовой; боль развивается постепенно и носитъ характеръ прерывистый. Лихорадка имѣетъ неправильный типъ. Похуданіе развивается пора-

зительно быстро. Въ послѣдній періодъ боль обычно сидитъ въ спинѣ, или около пупка, или въ правой сторонѣ, подъ ребрами. Наконецъ, развиваются кровотеченія, а затѣмъ кома. Въ 7 случ. больные прожили 5 м.; въ 4 случ. 9 м. Онъ думаетъ, что нельзя отличить ракъ головки отъ рака ampulae.

Не удивительно, въ виду всего изложеннаго, что многіе хирурги совершенно отрицаютъ различіе не только между ракомъ головки железы и ракомъ ampulae, но даже между каменной и раковой закупоркой.

Такъ высказался *Brenner*, въ 1899 г., признавшій, что діагностика почти невозможна. Съ подобнымъ мнѣніемъ соглашаться не слѣдуетъ на основаніи всѣхъ данныхъ патологіи, зиждущихся на ученіи первичной и вторичной инфекціи.

Въ заключеніе я упомяну, что случаи саркомъ желчныхъ путей встрѣчаются крайне рѣдко. Лично я встрѣтилъ только случай *Невядомскаго*, въ 1900 г., который привелъ рѣдкое наблюд. первичной саркомы желчнаго пузыря у 55 л. больного. Желтухи не было. Печень увеличена. Постепенно развивалась кахексія, при явленіяхъ желудочнокишечн. разстройства. При вскрытіи умершаго, желчный пузырь найденъ увеличеннымъ; въ немъ много холестеарин. камней; шейка пузыря была разрушена; вокругъ пузыря опухоль. Это наблюденіе говоритъ, повидимому, за то, что опухоли желчныхъ путей способствуютъ литіазу, какого бы рода онѣ ни были.

Относительно туберкулеза сошлюсь на *Sergent*'а, который представилъ, въ 1894 г., своей монографіей о туберкулезѣ желчныхъ путей цѣнный вкладъ въ патологію послѣднихъ. При туберкулезѣ большіе протоки оказываются не поврежденными. На уровнѣ воротъ печени и вокругъ желчнаго протока находились всегда объемистые лимф. узлы съ бугорками.

На основаніи цѣлости эпителія желчныхъ канальцевъ и на неподвижности бациллъ туберкулеза, *Sergent* думаетъ, что туберкулезъ желчныхъ канальцевъ наступаетъ вторично.

Простое введеніе культуры въ желчный пузырь, безъ перевязки желчнаго протока, не вызываетъ развитія туберкулеза. Такимъ образомъ, по мнѣнію *Sergent*'а нѣтъ восходящаго туберкулезнаго ангіохолита; пораженіе туберкулезомъ желчныхъ канальцевъ всегда вторичное явленіе за первичнымъ туберкулезомъ венъ. Предшествующее воспаленіе, въ видѣ періангіохолита, можетъ способствовать локализаціи въ нихъ туберкулезныхъ бациллъ.

Помимо этой монографіи случаи туберкулезнаго холецистита рѣдко были описаны. *Braquehaye* указываетъ на случаи *Riedel*'я въ 1888 г., *Czerny* въ 1895 г., гдѣ фистула закрылась чрезъ годъ. Затѣмъ, приводитъ свой. Женщ., 41 г., въ прошломъ не имѣла ни желтухи, ни колики; боль и опухоль прав. подреберья замѣтила нѣсколько мѣсяцевъ; опухоль—величиной съ мандаринъ.

При операціи найдены очень обильныя сращенія. Пузырь былъ удаленъ; онъ содержалъ 1 кам. и творожистый гной. Стѣнки его были толщиной въ 1 сант., слиз. обол. имѣла небольшія язвочки.

Выздоровленіе наступило крайне быстро, въ $1^1/_2$ мѣс. Распознаваніе до операціи было очень затруднительно; склонялись въ пользу кисты печени.

Braquehaye указываетъ на часто попадающіеся случаи, гдѣ находили въ пузырѣ творож. гной. Онъ думаетъ, что боли здѣсь вызывались именно туберкулезн. процессомъ, а не камнями. Затѣмъ, по его мнѣнію, долго не заживающія фистулы стоятъ, очень вѣроятно, въ связи съ туберкулезной натурой холецистита.

Клиническая часть.

НБ ХНМУ

ГЛАВА XII.

О нѣкоторыхъ признакахъ пораженія желчныхъ путей и о клинической картинѣ ихъ страданія.

Въ клинической части мы излагаемъ рядъ наблюденій, служащихъ дополненіемъ и разъясненіемъ къ тому, что уже было изложено въ патологической части. Поэтому, мы скажемъ сначала о нѣкоторыхъ признакахъ, которые отмѣчались клиницистами. Затѣмъ, перейдемъ къ ряду наблюденій разнаго рода инфекціонныхъ страданій, гдѣ касаемся вопроса классификаціи клиническихъ формъ; наконецъ, представимъ рядъ наблюденій рака желчныхъ путей и въ заключеніе рядъ русскихъ наблюденій, заимствованныхъ отчасти изъ отчетовъ клиникъ и больницъ, а частью по личнымъ наблюденіямъ, которыя были опубликованы въ отчетахъ по хирург. клиникѣ Иверской Общины Краснаго Креста, подъ ред. проф. Дьяконова.

Впрочемъ, одно приводимое наблюденіе принадлежитъ къ неизданнымъ въ печати; его я отнесъ въ 13-ю главу.

Такимъ образомъ планъ этой главы слѣдующій: А) разборъ нѣкоторыхъ признаковъ заболѣванія желчныхъ путей; Б) краткія наблюденія, собранныя въ русской и иностр. литературѣ, для выясненія затронутыхъ въ патологіи вопросовъ; случаи частью приводились по классификаціи *Longuet*, частью по собственной, и краткость ихъ зависитъ отъ главной преслѣдуемой цѣли — отмѣтить нѣкоторые типичные признаки; В) разборъ картины раковъ желчныхъ путей; этотъ отдѣлъ выдѣленъ отъ предыдущаго потому, что въ послѣднемъ разсматривались только инфекціонныя заболѣванія; Г) наконецъ, разборъ русскихъ наблю-

деній, изъ которыхъ большинство было озаглавлено, какъ холелитіазъ; эти наблюденія составлены по особому плану.

Итакъ, переходимъ къ изложенію нѣкоторыхъ признаковъ, даваемыхъ пузыремъ, печенью, родомъ болей, желтухой и общей картиной. Въ отдѣлѣ патологіи о многомъ мы уже сказали, и здѣсь остается сказать немногое.

А. О нѣкоторыхъ признакахъ страданія желчныхъ путей.

Примѣры расширеннаго пузыря, при камняхъ желчнаго протока, находимъ въ случаѣ *Сабанѣева* и *Любомудрова*, гдѣ при ясной клинической картинѣ, указывавшей на закупорку, пузырь, при операціи, оказался величиной съ гусиное яйцо и содержалъ массу камней; въ то же время по всему желчному протоку ощупывались камни.

Между тѣмъ мы знаемъ, что, по вскрытіи живота, когда передъ нами сокращенный или растянутый пузырь, пытались уже по его виду, заключить, какая закупорка, раковая или каменная. Свое знаменитое заключеніе о состояніи пузыря при закупоркѣ желчнаго протока *Courvoisier* построилъ на 187 наблюденіяхъ, собранныхъ имъ въ литературѣ по 1890-й годъ и относящихся къ закупоркѣ протоковъ. Онъ сказалъ такъ:

«При каменной обструкціи желчнаго протока, растяженіе пузыря—рѣдко; органъ обычно сморщенъ; при обструкціяхъ другого рода, эктазія—обычное явленіе, и атрофія наблюдается въ $^1/_{12}$ случаевъ». Во Франціи это положеніе особенно защищалъ *Terrier*, и признакъ сталъ именоваться симптомомъ *Courvoisier-Terrier*.

Вотъ наблюденіе, гдѣ какъ разъ не было этого признака. Именно *Routier*, въ 1898 г., при закупоркѣ протока, сдѣлалъ свищъ желчн. пузыря. Больной умеръ. При вскрытіи найденъ камень въ протокѣ, а не ракъ, о которомъ думали потому, что пузырь былъ растянутъ и содержалъ 300 к. с. желчи.

Точно также, *Gould*, въ 1898 г. привелъ случай, гдѣ изъ пузыря удалено 200 к. с. жидкости, а въ протокѣ поджелуд. железы лежалъ камень, сдавившій желчный протокъ.

Упомянемъ, что для діагностики растянутаго пузыря отъ опухолей почки предлагали принимать во вниманіе «колебаніе», свойственное тому или другому пораженію.

«*Ballotement*» пузыря наиболѣе кажется яркимъ, когда надавливаютъ рукой въ переднезаднемъ направленіи, причемъ одна ладонь кладется около наружн. края прав. прямой мышцы, а другая—въ пространствѣ между ребрами и гребешкомъ таза. Колебаніе же почки особенно ощутительно, если его вызываютъ пальцемъ, погружающимся въ уголъ между 12 ребромъ и спинными мышцами.

Укажу теперь на нѣкоторыя свойства закупорки желчнаго протока; именно, иногда существуетъ вѣрный признакъ, указанный *Vautrin*'омъ: ставъ слѣва отъ больного и стараясь прощупать правую сторону позвоночника въ области происхожденія желчн. протока, можно найти твердое тѣло; больной же всегда испытываетъ при этомъ острую боль въ ощупываемомъ мѣстѣ, гораздо большую, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ живота. Желтизна покрововъ и обезцвѣченіе испражненій бываютъ часто преходящими. Въ 1896 г. *Griffon* описалъ 4 случая закупорки камнями нижняго конца желчнаго протока; при жизни не было желтухи.

Въ первомъ случаѣ пузырь былъ сокращенъ вокругъ камня; ampula Vateri была растянута вслѣдствіе камня, запиравшаго выходъ изъ нея. Во 2-мъ, 3-мъ и 4-мъ случаяхъ пузырь былъ вездѣ растянутъ, а камни сидѣли въ полости сосочка 12-перстной кишки. Отсутствіе желтухи, по автору, объясняется усиленнымъ давленіемъ желчи, которая временами проходитъ между стѣнкой и камнемъ.

Относительно состоянія пузыря, *Griffon* думаетъ, что признакъ *Terrier* не надеженъ. Слѣдуетъ дополнить его такимъ примѣчаніемъ: если больной очень истощенъ и имѣетъ растянутый пузырь, то дѣло идетъ о ракѣ. Если же пузырь растянутъ у неистощеннаго больного, то нужно думать о литіазѣ. Онъ же привелъ наблюденіе, гдѣ при ракѣ головки, подтвержденномъ на вскрытіи, желтуха и обезцвѣченіе испражненій

были также преходящими. Это, какъ увидимъ, противорѣчитъ ученію о постоянствѣ желтухи при ракѣ головки.

Riedel, повидимому, любящій разныя тонкости діагноза, указалъ на признакъ литіаза по состоянію печени. Послѣдняя при камняхъ пузыря часто даетъ влѣво отъ него увеличенную дольку, которую находили нерѣдко. Мы объ этомъ говорили въ патологіи. *Lionnais*, признавая теорію *Riedel'*я очень остроумной, тѣмъ не менѣе противопоставляетъ ей наблюденія, гдѣ отростокъ печени былъ, но не было ни сращеній, ни болѣзни пузыря. Затѣмъ, отростокъ *Riedel'*я не легко распознается, потому что опытные хирурги, какъ проф. *Terrier*, признавали за отростокъ блуждающую почку, что было даже съ самимъ *Riedel'*емъ.

Увеличеніе всей печени, съ соотвѣтствующей инфекціи картиной, служитъ, по наблюденіямъ многихъ, признакомъ ангіохолита. *Bolognesi*, наприм., при ангіохолитахъ отмѣчаетъ увеличеніе печени, но меньшее, чѣмъ при циррозахъ. Оно зависитъ отъ застоя желчи и отъ воспалительнаго измѣненія желчныхъ путей. Возлѣ позвоночника, по его мнѣнію, печеночная тупость идетъ съ 9-го спин. позв., вмѣсто 11-го; по лопаточной линіи съ 7-го вмѣсто 10-го; по подмыш. линіи съ 6-го вмѣсто 8-го.

Случайное, одновременное съ инфекціей, опущеніе печени, или блуждающая почка, не могутъ служить непремѣнно къ указанію на литіазъ, который де и произошелъ отъ опущенія печени; послѣднее, конечно, не можетъ всегда имѣть послѣдствіемъ заболѣваніе желчныхъ путей. Въ случаѣ *Гончаренко*, передній край опущенной печени находился на уровнѣ пупка, и не было никакихъ признаковъ заболѣванія желчныхъ путей. Впрочемъ иногда замѣчалось совмѣстное явленіе: опущеніе и литіазъ. Въ случаѣ *Сапѣжко* пузырь больной женщины содержалъ 2 камня, величиной съ голубиное яйцо; печень сильно была опущена.

Точно также *Гетье* приводитъ примѣръ желтухи при блуждающей почкѣ. Больная, 47 лѣтъ, перенесла тифъ, 17 л. назадъ. Около 2 нед. появилась желтуха, ломота въ тѣлѣ, ознобъ.

Въ настоящее время наблюдается желтуха, хотя испражненія окрашены; печень увеличена; въ области пузыря — опухоль; темп. 37,3. *Гетье* пришелъ къ заключенію, что ощупываемая опухоль — почка, почему и примѣнилъ бандажъ; это повлекло исчезновеніе желтухи и выздоровленіе. Стараясь объяснить, почему развилась желтуха, онъ приходитъ къ мысли о прижатіи желчнаго протока правой почкой. Однако, болѣе правдоподобнымъ мнѣ кажется объяснить желтуху, какъ инфекціонную, на почвѣ неполнаго, незначительнаго застоя желчи, чему способствовала почка; могло и не быть закупорки, а только легкій застой, достаточный, однако, для вспышки инфекціи.

Переходимъ къ значенію желтизны покрововъ и отсутствія ея.

Вотъ примѣръ полной закупорки протока безъ желтизны кожныхъ покрововъ. Случай этотъ былъ сообщенъ *Tuffier* въ 1902 г. въ парижск. хир. о—вѣ, въ мартѣ Онъ замѣчателенъ также отсутствіемъ лихорадки.

Женщина, 40 л., поступила съ жалобой на боль въ подложечн. и правой подреберной области; боли начались, въ видѣ приступовъ, мѣс. 3 назадъ, а потомъ стали постоянными, вспыхивая, однако, временами въ видѣ наст. печеночн. коликъ. При изслѣдованіи найдено: темп. и пульсъ—норма; незначит. похуданіе, желтизны кожи нѣтъ, но испражненія обезцвѣчены, бѣлы, какъ гипсъ. Въ мочѣ ничего особеннаго. Вдоль нар. края правой прямой мышцы опухоль съ кулакъ. При операціи, изъ растянутаго пузыря удалили 400 грамм. темной густой желчи. Камней въ пузырѣ не было; въ головкѣ железы прощупана каменистая масса, которая была оттолкнута вверхъ и выведена въ пузырь; оказался камень величиной въ голубиное яйцо. Позади протока, въ головкѣ железы, ощупывалась еще какая то твердая масса; почему, сомнѣваясь въ проходимости протока, *Tuffier* сдѣлалъ соустіе съ желудкомъ. Больная совершенно поправилась. Какъ объяснить подобный случай одновременнаго обезцвѣченія испражненій и отсутствія желтизны кожи, онъ не знаетъ. Возможно, что здѣсь, по гипотезѣ *Gilbert* и *Castaigne*'я, наступила остановка въ выработкѣ желчи печенью. Операція была сдѣлана 6-го февраля; 11-го марта

больная вторично была осмотрѣна и найдена совершенно здоровою. Наблюденіе это интересно еще растянутымъ пузыремъ и операціей—соустія съ желудкомъ.

До нѣкоторой степени обратное привели *Lejonne* и *Milanoff*, въ 1900 г., гдѣ была закупорка желчнаго протока съ окрашеннымъ испражнен. и желчной рвотой. Больная, 87 л., страдала уже 5 л. болью въ области желудка; цвѣтъ кожныхъ покров.—желтый, испражненія почти окрашены, моча съ пигментомъ, но рвота нерѣдко съ желчью. Оказалось, что у больной былъ закупоренъ желчный протокъ камнемъ; сверхъ того, существовали два свища, изъ коихъ одинъ идетъ отъ пузыря въ желудокъ, другой—отъ желчнаго протока въ 12 перст. кишку; этимъ и объясняются всѣ клиническія явленія; въ днѣ пузыря находилась раковая опухоль, не поразившая ни воротъ печени, ни лимфатич. железъ.

Колики, какъ мы видѣли въ патологіи, не зависятъ отъ выхожденія камней; иногда пузырь давно закупоренъ, а колики существуютъ; иногда онѣ наблюдались при закрытомъ желчномъ протокѣ; иногда совсѣмъ отсутствуютъ или являются въ очень раннемъ возрастѣ.

Въ 1901 г. *Schwartz* сообщилъ наблюденіе хронич. закупорки съ постоянными приступами болей у 48 л. женщины. При операціи найденъ камень въ желчномъ протокѣ; въ пузырѣ не было камней; протокъ разсѣченъ, не зашитъ. Испражненія окрасились чрезъ 10 дней; отдѣленіе желчи наружу прекратилось на 15-й день.

Колики обязаны растяженію воспаленнаго пузыря, при спазмѣ пузырнаго протока. Это мы находимъ во многихъ наблюденіяхъ.

Вотъ, наблюденія *Lejars*'а, въ 1896 г., довольно типичныхъ болей при холециститѣ. Картину эту я привожу, какъ примѣръ одного холецистита безъ инфекціи верхнихъ путей.

Молодая женщина, 26 л., съ годъ страдаетъ припадками сильныхъ болей въ области желудка, которыя повторялись ежемѣсячно по 4—5 часовъ; желтухи не имѣла, и испражненія всегда были окрашены. При операціи, найденъ большой

пузырь съ однимъ камнемъ. Свищъ не закрывался около 4 мѣсяцевъ, по истеченіи коихъ былъ зашитъ съ хорошими результатами. Возрастъ, въ оцѣнкѣ припадковъ колики, мало имѣетъ значенія, такъ какъ холециститъ развивается иногда въ ранніе годы. Вотъ, напримѣръ, 5-е наблюденіе *Lejars*'а, гдѣ молодая, 26 л., женщина страдала съ 12 л. болью въ правомъ боку. Боли бывали ежемѣсячно, по нѣск. часовъ. Съ 18 л. боли участились, появилась желтуха и испражненія обезцвѣтились. Пузырь увеличенъ. При операціи нашли растянутый пузырь, содержавшій камни и слизь. Больная выздоровѣла. Свищъ закрылся чрезъ 3 мѣс. Въ 9-мъ его наблюденіи 33 лѣтняя женщина страдала почти постоянно болью въ области печени «съ 15 лѣтъ». При операціи пузырь содержалъ $^1/_4$ литра гноя и камни.

Въ наблюденіи *Guinard*'а, въ 1901 году, видимъ полное отсутствіе коликъ въ прошломъ больной, которая на 58 году стала страдать желтухой и жаромъ въ 39—40°; жаръ случался каждую недѣлю. Больная—очень кахектична. Печень выходитъ изъ-подъ реберъ на 3 поперечныхъ пальца. При чревосѣченіи нашли спаяніе пузыря съ печенью; въ пузырѣ камень въ 10 граммовъ и нѣсколько маленькихъ. Желчный протокъ содержалъ камень въ 6 граммовъ; протокъ былъ разсѣченъ; не зашитъ; черезъ мѣсяцъ больная выздоровѣла. Итакъ, камни давно, а коликъ не было.

Приведемъ еще случай *Тернера*. 45-лѣтняя больная поступила съ большой опухолью живота и ужасными болями въ немъ, въ силу которыхъ должна была лежать послѣдніе 4—5 мѣсяцевъ. Опухоль спускалась ниже пупка. При операціи оказался растянутый желчный пузырь съ гноемъ и камнями. Камни вынуты частью при операціи, частью же сами выходили изъ свища послѣ операціи. По выходѣ изъ больницы, камни стали выдѣляться съ испражненіями. При этомъ бывали колики въ правомъ боку. Больная за 2 года до начала болѣзни получила ударъ въ правую сторону живота. Итакъ, здѣсь колики не зависѣли отъ выхожденія камней изъ пузыря, такъ какъ послѣдній былъ зарощенъ. При такомъ разнообразіи укло-

Библіотека Читальня

нения признаковъ отъ своего типичнаго выраженія, не удивительно, что часто діагнозъ оказывается крайне труденъ. Поэтому, мы приведемъ сейчасъ рядъ наблюденій, очень трудныхъ для вѣрнаго распознаванія. Дѣйствительно, существуютъ больные, страдающіе только гастралгіей; при этомъ нѣтъ данныхъ, указывающихъ на болѣзнь печени. И вдругъ, неожиданно, начинается у нихъ заболѣваніе въ видѣ перитонита или аппендицита, съ опухолью въ прав. подвздошн. области. Примѣры выяснятъ намъ эти темныя картины.

1-й случай. Описанъ *Guillemin*'омъ. Женщина, 35 л., неожиданно заболѣла сильными схватками въ правой подвздошной области, рвотой, лихорадкой, крайней болѣзненностью при давленіи на низъ живота. При операціи, сдѣланной на 4—5-й день болѣзни, нашли опущенную печень и растянутый желчный пузырь съ камнями, хотя думали о перитонитѣ.

2-й случай. Описанъ *Reynes*'омъ въ видѣ примѣра холецистита въ формѣ аппендицита. Больная, 60 л., въ прошломъ имѣла легкую желтуху и колики. Это было давно. Разъ у нея неожиданно появились боли въ правой подвздошной области со рвотой; думали о перитонитѣ, клали ледъ; другой разъ опять тѣ же боли; ставили мушку. *Reynes* увидалъ эту больную съ болью во всемъ животѣ, съ опухолью въ правой подвзд. области и обостренною болью въ точкѣ *Mac-Burney*'я. Думая о хронич. аппендицитѣ, произвели операцію. Печень оказалась сильно опущенной; червеобразный придатокъ здоровъ. Найденъ большой желчн. пузырь, изъ котораго выдѣлили цѣлый стаканъ мелкихъ камней. Авторъ думаетъ, что хронич. холециститъ можетъ давать припадки, свойственные аппендициту.

3 случай. Описанъ *Соловейчикомъ* въ 1900 г. Больная, 54 л., поступила 1-го мая. 3 нед. назадъ появилась рвота и боли въ правой паховой области. Въ настоящее время животъ вздутъ; въ правой паховой области припухлость, величиной съ кулакъ; она сливается съ тупостью печени; температура 37,6. 14-го мая, рвота, тѣ-же боли. Операція. Разрѣзъ выше паховой складки. Найденъ растянутый пузырь, содержавшій желчь, слизь и гной, а равно камни, величиной съ голубиное яйцо.

Онъ произвелъ въ этомъ случаѣ 2-хъ моментную холецистотомію; дѣло кончилось выздоровленіемъ.

4 и 5 случаи. Описаны *Adenot*. Онъ отмѣтилъ въ 1901 г., что холециститъ можетъ давать, особенно, если онъ не каменный, самую темную картину. Характеръ болей иногда соотвѣтствуетъ припадку аппендицита; нерѣдко ощупывается въ подвздошной области опухоль, въ случаѣ опущенія пузыря. Вотъ 1-е его наблюденіе. Женщина, 45 л., вступила въ б-цу въ 1898 г., съ жалобой на боль въ животѣ, рвоту. Больна уже 5 дней; иногда боли распространялись вправо, иногда въ пахъ. Темпер. 38°. Черезъ нѣсколько дней, по вступленіи, боли нѣсколько замерли, и въ правой подвздошной области ощупалась колбасовидная опухоль. При операціи нашли дно пузыря почти около верхней передней ости таза съ 12 камн. и съ 80 грамм. гноя.

У другой больной женщины, 31 года, были нѣсколько дней колики въ области почекъ, желтухи не было. Мѣсто червеобр. отростка особенно болѣзненно. При ощупываніи здѣсь замѣчена и опухоль. При операціи нашли опущенный пузырь съ гноемъ и камнями.

6 случай. Описанъ *Bloch*'омъ. Здѣсь данъ также темный случай холецистита. Больная, 40 л., уже 10 лѣтъ лѣчилась отъ катарра желудка. Два года назадъ появились припадки болей въ подлож. области, а также въ правомъ подреберьѣ. Припадки болей длились по нѣск. часовъ въ день; повторялись ежемѣсячно. Желтухи не было, но рвота и поносы часто. Легла въ больницу, гдѣ опредѣлили у нея корсетную долю печени; особеннаго улучшенія не получила, и скоро начались тѣ-же явленія. Тогда поступила въ хирургическую клинику, гдѣ ее наблюдали $2^1/_2$ недѣли. Картина была слѣдующая: въ правомъ подреберьѣ гладкая опухоль; животъ вездѣ слегка болѣзненный; темп.—норма. Послѣ 5—6 дней пребыванія въ клиникѣ, темп. 39°, боль во всемъ животѣ, рвота, поносъ; потомъ, на слѣд. день все исчезло. Это, по словамъ больной, у нея повторяется 2—3 раза въ мѣсяцъ. Діагнозъ—повторяющійся копростазъ на почвѣ сращеній между кишками. 17 и 20 сент. 1893 г.

сдѣлано соустіе пузыря, въ два момента; извлекли 26 камней и зашили наглухо; черезъ 11-ть дней пузырь отдѣлили отъ брюшной стѣнки и опустили въ животъ. Полное выздоровленіе. Авторъ нашелъ въ желчи staphyloc. pyogenes aureus, но тѣмъ не менѣе рѣшился опустить желчн. пузырь въ животъ. Перитонита, дѣйствительно, не послѣдовало.

7 случай. Описалъ *Routier* въ 1899 г. Дѣло шло о больной въ состояніи кахексіи, страдавшей упорной рвотой, болями желудка, крайне растянутаго, и потерей вѣса, такъ что утратила 32 ф. Въ области праваго подреберья находилась опухоль. При операціи оказался холециститъ съ 6 камнями. Больная выздоровѣла.

8 случай, принадлежитъ *Mouchet* и *Hallopeau*, въ 1901 г., которые привели еще подобный же примѣръ. Больная 56 л., 4 дня назадъ, заболѣла рвотой и болевыми ощущеніями въ правомъ подреберьѣ. 2 года назадъ было нѣчто подобное. Въ настоящее время темп. 37,8°; пульсъ 105, болѣзненное давленіе въ почкѣ Mac Bourney'a, гдѣ прощупывается гладкая опухоль, величиной съ померанецъ. При операціи нашли желчный пузырь растянутымъ и опущеннымъ; онъ содержалъ гной и камень въ 47 граммъ; послѣ этого стала выдѣляться желчь; больная умерла отъ воспаленія легкаго на 2-й день послѣ операціи. Желчные пути оказались проходимыми.

9 случай. *Kehr* въ своей монографіи въ 1899 г. приводитъ образецъ трудной діагностики литіаза. Женщина, 36 лѣтъ, въ молодости страдала схватками желудка, и тогда у нея были колики 2 нед. съ желтухой. 2 года назадъ—ужасныя боли въ желудкѣ, которыя тянулись 2 мѣсяца. Потомъ была здорова, но нѣсколько мѣсяцевъ назадъ почувствовала боли въ области печени, непохожія на колики, а потомъ въ спинѣ, и это длилось 10 нед. При операціи нашли пузырь, сращенный съ привратникомъ; дно пузыря, въ мѣстѣ сращенія, дало прободеніе въ привратникѣ. Подобный случай, конечно, не литіазъ. Дѣло шло о пораженномъ больномъ пузырѣ, и камни довершили дѣло.

10 случай. *Богаевскій*, въ 1891 году, сообщилъ о больной,

38 л., имѣвшей 11 л. постоянныя боли въ животѣ, въ правомъ подреберьѣ. Ощупываніе опухоли, сидѣвшей здѣсь, было очень болѣзненно. Въ мочѣ—щавелевокислая известь, слѣды бѣлка. Боли дѣлаются все сильнѣй, лихорадки нѣтъ. При операціи думали о блужд. почкѣ, почему и сдѣлали поясничный разрѣзъ. Однако, почка оказалась нормальной, но между ней и прилегавшей печенью—находился пузырь съ камнями. Пузырь вскрытъ, удалены 5 камней, причемъ одинъ плотно сидѣлъ въ расширенномъ желчномъ протокѣ. Пузырь былъ зашитъ и опущенъ обратно. Выздоровленіе. Этотъ случай—примѣръ чистаго холецистита на почвѣ закупорки пузырнаго протока.

Подобныхъ примѣровъ можно представить, конечно, множество, но уже и 10 приведенныхъ достаточно, чтобы видѣть разнообразіе загадочныхъ случаевъ.

Б. Классификаціи клиническихъ формъ.

Указавъ рядъ разнообразій клиническихъ признаковъ, мы переходимъ теперь къ клиническимъ наблюденіямъ инфекціи желчныхъ путей, пользуясь здѣсь отчасти классификаціей *Longuet*.

Часть случаевъ мы заимствуемъ у него, часть же приводимъ изъ различныхъ другихъ работъ.

Въ виду того, что уже существовали попытки дать классификацію страданій желчнаго пузыря и желчныхъ протоковъ, въ замѣнъ однообразнаго названія «холелитіаза», составляющаго въ нѣкоторыхъ руководствахъ всю суть болѣзней желчныхъ путей, мы должны коснуться этой классификаціи.

Классифицировать заболѣванія по роду инфекціи, поразившей пузырь, пытался отчасти *Dupré*, хотя онъ болѣе думалъ не о клинической картинѣ проявленія, но объ измѣненіяхъ, оказываемыхъ инфекціей на стѣнки желчныхъ путей. Поэтому, первоначально онъ поставилъ себѣ задачей изучить родъ бактерій и съ этой цѣлью бралъ кровь изъ селезенки желтушныхъ больныхъ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровь изъ пальца не показывала присутствія микробовъ, но кровь изъ селезенки давала положит.

результатъ. Итакъ, найдены были различными наблюдателями и самимъ *Dupré* слѣдующіе виды: кишечная палочка, тифозный бациллъ, bacille encapsulé, сапрогенный бациллъ, стрептококкъ, золотистый гроздекоккъ, бѣлый гроздекоккъ, диплококкъ. Слѣдоват., инфекцію вызываютъ разнообразные виды.

Сообразно случаю, то находили одинъ родъ бактерій, то смѣсь ихъ.

Что касается тяжелой желтухи, icterus gravis, то всегда при ней находили присутствіе микробовъ; однако согласія нѣтъ о видѣ ихъ; одни находили бактерій, другіе—кокковъ, третьи диплококковъ. Хотя наблюденій бактерій, при инфекціи желчныхъ путей, еще ограниченное количество, но *Dupré* находитъ возможнымъ сдѣлать нѣкоторые выводы. Можно по его мнѣнію, раздѣлить микроорганизмы на три класса: въ 1-мъ поставить гнилостныя бактеріи, которыя часто наблюдаются въ печени послѣ смерти желтушныхъ; онѣ отличаются страшнымъ токсическимъ дѣйствіемъ на печеночную клѣтку, которую убиваютъ безъ всякой борьбы съ ея стороны; ихъ сила гигантская, сравнительно съ силой клѣтки; вѣроятно, что эта инфекція иногда врывается въ цирротическія печени, такъ сказать, умирающія уже.

Во второмъ классѣ, онъ ставитъ кишечную и тифозную палочку. Онѣ вызываютъ умѣренную реакцію со стороны клѣтокъ печени; дѣло рѣдко доходитъ до нагноенія. Однако, при тифѣ наблюдается тифозная инфекція и съ нагноеніемъ.

Послѣднее, надо думать, обусловлено кишечной палочкой, которая нападаетъ вторично на ослабленные пути. Подобное можетъ возникнуть при разныхъ абсцессахъ печени, на почвѣ дизентеріи, аппендицита и т. д.

Микробы въ этихъ случаяхъ заражаютъ печень черезъ воротную вену, а потомъ въ ослабленную печень вторгается желчными путями кишечная палочка.

Въ третьемъ рядѣ, *Dupré* ставитъ стафилококка, стрептококка и диплококка. Они порождаютъ усиленный фагоцитозъ. Клѣтки печени подвергаются при этомъ дегенеративнымъ измѣненіямъ.

Клинически этимъ инфекціямъ соотвѣтствуютъ самые интенсивные приступы лихорадокъ, и при нихъ всего чаще вызывается зараженіе селезенки и крови. Эти кокки не находятъ въ путяхъ печени никакого противодѣйствія; клѣтки путей уже не могутъ удержать проникновеніе ихъ въ кровяной токъ, и такимъ образомъ черезъ желчные пути открывается очень удобный путь къ общему пораженію организма. Въ силу этого возникаетъ особая клиническая картина, свойственная пораженію кокками всего организма.

На основаніи изложеннаго *Dupré* заключаетъ, что существуетъ возможность разсматривать клиническія картины различныхъ инфекцій желч. путей, какъ результаты разнородной инфекціи и разнородной сопротивляемости печеночной клѣтки.

Теперь обратимся къ ряду другихъ классификацій. *Kehr*, въ своей работѣ, въ 1899 г., представилъ таблицу клинич. формъ болѣзней желчныхъ путей.

Основаніемъ для выдѣленія той или другой формы взяты, съ одной стороны, патологоанатом. данныя, съ другой, соотвѣтствующее имъ теченіе болѣзни.

До 1899 г. *Kehr* произвелъ 433 операціи желчныхъ путей, что и дало ему возможность создать классификацію, основанную на своихъ случаяхъ.

1-я форма: камни въ пузырѣ, стѣнки котораго почти здоровы; пуз. протокъ свободенъ; желчь—прозрачная. Съ клинич. стороны, почти нѣтъ никакихъ признаковъ, кромѣ желудочныхъ болей.

2-я форма: камни въ пузырѣ, который уже воспаленъ; между пузыремъ и кишками—сращенія. Больной страдаетъ, обычно, коликами.

3-я форма: камней нѣтъ, но только воспалит. сращенія. Больной, однако, можетъ страдать тѣми же коликами, что и при камняхъ.

4-я форма: острый холециститъ въ здоровомъ сравнит. пузырѣ, съ камнемъ въ шейкѣ, съ мутнымъ экссудатомъ. Обычно наблюдаютъ опухоль пузыря, отростокъ печени *Riedel*'я, иногда

желтуху, частыя боли желудка; печень опухаетъ лишь при сопутств. холангитѣ, лихорадка можетъ быть или не быть.

5-я форма: острый холециститъ уже въ измѣненномъ прежде пузырѣ; шейка закупорена; экссудатъ слизистый или гнойный. Явленія въ общемъ сходны съ 4-й формой.

6-я форма: водянка пузыря. Больной часто ни на что не жалуется. Иногда боли въ области желудка. Опухоль пузыря ощутима.

7-я форма: эмпіэма пузыря; камень въ пузырн. протокѣ. Начальныя явленія свойственны картинѣ 4-й формы. Позднѣе можетъ исчезнуть лихорадка.

8-я форма: ракъ пузыря. Больной обычно страдаетъ разстройствомъ органовъ пищеваренія, не имѣя желтухи. Позднѣе, съ распространеніемъ процесса на желчный протокъ, желтуха и кахексія.

9-я форма: острая закупорка желчн. протока камнемъ. Является сильная желтуха, лихорадка, колики.

10-я форма: хронич. запираніе камнемъ, причемъ послѣдній сидитъ въ вышекишечной части протока. Желтуха, но не постоянная. Испражненія тоже перемѣнчивы, то окрашены, то нѣтъ; лихорадка перемежающаяся; боли то бываютъ, то отсутствуютъ; печень и селезенка—увеличены. Пузырь обычно не ощутимъ.

11-я форма: хронич. закупорка желчнаго протока камнемъ, причемъ послѣдній находится въ сосочкѣ 12-перстной кишки. Явленія, представляемыя больнымъ, сходны съ 10-й формой. Желтуха обычно очень сильна, рѣдко бываетъ перемѣнчивой.

12-я форма: опухоль въ поджелуд. железѣ, производящая сдавленіе протока. Желтуха обычно упорная и постоянная, постепенно усиливающаяся; лихорадки нѣтъ, или очень рѣдко; болей то нѣтъ, то онѣ очень малы; желчный пузырь большой, печень увеличена.

Среди всѣхъ этихъ формъ, *Kehr*, что укажу далѣе, только одну первую считаетъ удобной для внутренняго лѣченія. Всѣ же остальныя подлежатъ хирургическому воздѣйствію.

Обращаясь къ наблюденіямъ, по классификаціи *Longuet*, напомню, что онъ дѣлаетъ дѣленіе на двѣ главныя группы. Къ первой онъ причисляетъ: 1) инфекцію мельчайшихъ желчныхъ путей, вѣтвящихся въ печени—циррозы; 2) инфекцію болѣе крупныхъ протоковъ печеночныхъ и внѣпеченочныхъ—ангіохолиты, и 3) инфекцію желчнаго протока — холедохоцитъ. Мы начнемъ съ холедохоцита. Вотъ два наблюденія изъ трехъ, приводимыхъ имъ; въ третьемъ не было вскрытія, и онъ теряетъ интересъ.

Наблюденіе *Seyfert*'а. Женщина, 23 л.; послѣ родовъ развились желтуха и зудъ; вскорѣ увеличеніе живота, рвота и колики въ области печени. Оказалось: печень увеличена, пузырь нормальный по виду, но тоже большой; книзу отъ печени—другая опухоль съ головку ребенка. Распознали кисту поджелудочной железы. Смерть отъ кровотеченія на 29-й день послѣ операціи. На вскрытіи найдена большая киста желчнаго протока, изъ которой желчь не выходитъ въ кишку. Пузырный и печеночный протоки расширены. Въ стѣнкѣ кисты разрывы и кровоподтеки. Такимъ образомъ, здѣсь быстро развился послѣ родовъ холедохоцитъ, каменной закупорки не было. Во 2-мъ случ., наблюденіе *Ahlfeld*'а, дѣло шло о женщинѣ, 21-лѣтней; у нея быстро развилась желтуха и опухоль въ правомъ подреберьѣ. При операціи нашли кисту съ зеленой желчью. Смерть. При вскрытіи найдено громадное расширеніе желчнаго протока; изъ кисты шелъ узкій каналъ въ 12-перстную кишку; пузырь также имѣлъ сообщеніе съ кистой. Печень представила разрощеніе соедин. ткани.

3-е наблюденіе, принадлежащее *Quénu*, мы не приводимъ, такъ какъ самъ онъ не могъ разобраться, о чемъ шло дѣло, а вскрытія не было сдѣлано. Въ русской печати мы находимъ нѣсколько примѣровъ холедохоцита, обозначенныхъ то расширеніемъ желчнаго протока, то хронической желтухой, то зарощеніемъ желчнаго протока. Очевидно, если находятся на-лицо сильное расширеніе желчнаго протока и клинич. явленія воспаленія, то слѣдовало бы избѣгать неопредѣленныхъ названій

и давать имя по ходу болѣзни. Мы приведемъ три русскихъ наблюденія.

Въ 1900 г., *Троицкій* описалъ довольно рѣдкую закупорку, именно—зарощеніе желчнаго протока, при впаденіи его въ кишку.

Крестьянинъ, 67 л., боленъ уже 9 мѣсяц. желтухой; ранѣе этого коликъ не имѣлъ и былъ вообще здоровъ.

Въ настоящее время сильно истощенъ; цвѣтъ кожи—грязно-бронзовый. Водянка живота почти до пупка. Въ правомъ подреберьѣ прощупывается грушевидная опухоль. Моча съ желчн. пигментами; испражненія—обезцвѣчены. Пробылъ подъ наблюденіемъ 14 дней, быстро слабѣлъ и умеръ. При вскрытіи, желчный пузырь сильно расширенъ; содержитъ 600 к. с. желчи. Всѣ протоки желчные пропускаютъ палецъ. На слизистой оболочкѣ 12 п. кишки, въ области отверстія протока, бѣлая рубцовая бляшка, величиной въ серебрян. двугривенный. Печень слегка зерниста. Полное отсутствіе проходимости.

Троицкій водянку въ данномъ случаѣ приписываетъ общей гидреміи, ссылаясь на опыты *Малкова*.

Означенный случай мы присоединяемъ къ холедохоцитамъ.

Въ 1898 г. *Ростовцевъ* сообщилъ наблюденіе колоссальнаго расширенія желчнаго протока.

13-лѣтняя дѣвочка заболѣла желтухой, болью въ области печени и общей слабостью. Большой животъ—3 года. Въ больницѣ была подъ наблюденіемъ около $1^1/_2$ мѣс. Желтуха, сильная въ началѣ, стала уменьшаться, испражненія—не обезцвѣчены; темп. утромъ 37^0, вечеромъ 38^0—цѣлый мѣсяцъ. Въ правой половинѣ живота—опухоль, то больше, то меньше выраженная. Печень переходитъ въ опухоль, которая была ниже пупка на 2 попер. пальца; въ мочѣ—желчный пигментъ; больная умерла послѣ операціи вскрытія опухоли, принятой за эхинококкъ; вылилось 2 литра зеленой жидкости. При вскрытіи, нашли опухоль, сращенную съ привратникомъ и съ 12-перстной кишкой; поджелуд. железа лежала спереди, на опухоли; протокъ желчнаго пузыря впадаетъ въ опухоль справа, а сверху впадаетъ печеночный протокъ, шириной въ 2 с.; желчный пузырь въ 6 с. длины. Отъ опухоли внизъ тянулся каналъ въ 3 с. длины и открывался въ 12-перстн. кишку; при конечномъ отверстіи желчн. протока существовалъ клапанъ, мѣшавшій выхожденію желчи; такіе же клапаны находились у пузырнаго и печеночнаго протоковъ. Въ печени желчные ходы расширены. *Ростовцевъ* приводитъ три случая, извѣстныхъ въ литературѣ: 1) *Konitzk*'аго въ 1888 г., гдѣ дѣло шло о дѣвушкѣ, 21 г., страдавшей съ 15 л. большимъ животомъ; желтуха развилась съ годъ; послѣ операціи смерть; опухоль была почти такихъ же размѣровъ, какъ въ случаѣ автора; 2) *Seyffert*'а, который мы уже привели; 3) *Heid*'а, дѣвочка, 14 л., также страдала типичною закупоркой желчн. протока нѣсколько мѣсяцевъ: умерла безъ операціи.

Такимъ образомъ, ставя свое наблюденіе на-ряду съ наблюд. *Seyffert*'а, *Троицкій* признаетъ ихъ тождество, а случай *Seyffert*'а отнесенъ *Longuet* къ холедохоцитамъ. Поэтому, лучше избѣгать выраженій «хроническая желтуха», гдѣ возможно по симптомамъ опредѣлить сущность страданія. Несомнѣнно, что въ случаѣ д-ра *Бѣлоголовано*, приводимомъ ниже, была закупорка или печеночнаго, или желчнаго протока, почему и слѣдовало бы дать названіе болѣзни «холедохоцитъ».

Больной, 48 л., 3 года назадъ, упалъ съ «лѣсовъ» и сильно ушибся. Ушибъ вскорѣ зажилъ. 3 недѣли назадъ появилась желтуха, затѣмъ ознобъ и жаръ, чрезъ 2—3 дня послѣ желтухи. Наст. состояніе: кожа—шафрано-зеленая, пульсъ—64, печень плотная, болѣзненная, увеличена. По сосковой линіи, въ прав. подреб., бугристая опухоль. Селезенка не прощупыв., водянки—нѣтъ. Моча—съ желчн. пигм., испражненія обезцвѣчены. Былъ подъ наблюденіемъ 4 недѣли; желтуха—усилилась; вечеромъ, иногда, темп. до 38^0; зудъ—сильный; прибавился въ вѣсѣ на $4^1/_2$ ф. Черезъ 4 нед. наблюденія — операція. Въ прав. долѣ печени—опухоль, въ которой находилась темная желчь и мягкіе комки какой-то черной массы. Произведена тампонація. Больной постепенно поправился. Черезъ 3 мѣс. снова желтуха. Еще черезъ 4 мѣс. операція по поводу эвентраціи на мѣстѣ рубца. Были изслѣдованы попутно желчные

пути, и въ печено-12-перстной связкѣ найдены плотные узлы. Больной поправился.

Переходимъ къ ангіохолитамъ. *Longuet* описываетъ ангіохолиты не каменные. Вотъ одно изъ наблюденій. Больной, 60 л., имѣлъ, 8 л. назадъ, ударъ въ область печени; нѣсколько мѣсяцевъ назадъ стала расти опухоль въ области печени, безъ желтухи. Изслѣдованіе показало: печень не увеличена, общее состояніе—сносное, но похуданіе; температура—нормальна. При операціи печень, оказалось, имѣетъ въ себѣ опухоль: пришлось пройти черезъ толстый слой печеночной ткани, чтобы уколомъ извлечь жидкость; найденъ гной; опухоль вскрыта сквозь печень; края послѣдней вшиты въ рану; смерть черезъ мѣсяцъ. При вскрытіи — гнойный ангіохолитъ безъ камней. Случай этотъ очень не типиченъ. Желтухи не было; температура нормальна. Подобное наблюденіе представляется рѣдкимъ. Приведемъ рядъ другихъ наблюденій, найденныхъ мною въ литературѣ.

Въ 1896 г. *Ruotte* сообщилъ случай ангіохолита, излѣченнаго прямымъ вшиваніемъ печени въ рану. Женщина, 50 л., страдала болью въ правомъ подреберьи, сильной лихорадкой, и желтухой уже 3 мѣсяца, но коликъ не было. При поступленіи въ больницу представляла такую картину: опухоль занимаетъ всю верхнюю правую половину живота, температура 40,8°, пульсъ 130, сильная желтуха, общая слабость. При операціи печень очень дрябла; пузырь не найденъ; въ рану выдается зыбящаяся опухоль въ существѣ печени, которая вскрыта, и изъ нея вытекли желчь и кровь; стѣнки опухоли составляютъ ткани самой печени, крайне мягкой, такъ что палецъ погружается легко въ ея вещество и дѣлаетъ глубокій колодезь, изъ котораго также льются желчь и кровь. Края полости вшиты въ рану. Больная выздоровѣла.

Въ 1897 г. *Gilbert* и *Fournier* привели примѣръ инфекціоннаго ангіохолита. Женщина, съ 25 л. стала страдать коликами въ области печени, лихорадкой. Съ этого времени подобные приступы тянулись три года съ перерывами; желтуха не была постоянной. Черезъ три года печень и селезенка стали

большими; желтуха сдѣлалась постоянной, испраженія то обезцвѣчены, то нѣтъ; *лихорадка непостоянная*. Послѣ операціи больная поправилась; сдѣланъ былъ свищъ, и камней не оказалось. Черезъ три мѣсяца отъ операціи опять вернулись всѣ признаки болѣзни. Больная—умерла. При вскрытіи нашли камень въ желчномъ протокѣ; печень и селезенка—увеличены. Вокругъ желчныхъ канальцевъ—островковый циррозъ. Авторы отмѣчаютъ длительность теченія болѣзни. Циррозъ, въ данномъ случаѣ, по ихъ мнѣнію, совершенно сходенъ съ пораженіемъ при циррозѣ *Hanot*.

Приведемъ наблюденіе *Kocher*'а въ 1882 г. (см. *Baudouin*'а), сдѣлавшаго операцію, названную имъ гепатостоміей. Случай этотъ можетъ служить примѣромъ картины ангіохолита. Больная, 38 л., въ наслѣдственности ея ничего непормальнаго нѣтъ. До 24 л. была здорова. Въ это время перенесла перитонитъ послѣ родовъ, и съ той поры остались схватки въ области желудка. 12 л. назадъ, въ теченіи 2 дней имѣла желтуху и обезцвѣченныя испражненія, боли въ животѣ и спинѣ; хотя желтуха исчезла черезъ 2 дня, но боли остались на 6 недѣль. Нѣсколько лѣтъ потомъ была здорова. Послѣднія 6 недѣль снова боли, а 3 нед. назадъ лихорадка вечерами до 38°—39°. Боли бывали въ разныхъ мѣстахъ, то въ спинѣ, то въ животѣ. 15 дней назадъ стала опухать правая сторона живота, появилась желтуха. Черезъ нѣсколько дней желтуха исчезаетъ, чтобы вернуться снова чрезъ 6 дней. Въ наст. время больная очень желта; лихорадитъ; печень спускается ниже пупка, а верхняя ея тупость на 4 ребрѣ. Моча—съ желчнымъ пигментомъ. При операціи, разрѣзъ—по бѣлой линіи. Прямо попалась зеленая мягкая ткань печени. Разрѣзъ по ней даетъ токъ прозрачной зеленой жидкости; вытекло около литра. Въ полости было нѣсколько кусковъ омертвѣвшей печени; края полости сшиты съ кожей; вечеромъ температура пала. Въ дальнѣйшемъ лихорадки не было. Черезъ мѣсяцъ выписалась со свищомъ, который закрылся послѣ выхода камня съ испражненіемъ. Въ этомъ наблюденіи замѣчательно то, что на почвѣ закупорки камнемъ

развился желчный абсцессъ, такъ какъ не было слѣда воспаленія, но лишь омертвѣніе печеночной ткани.

Bacaloglu въ 1898 г. сообщилъ случай не каменнаго ангіохолита, названный имъ абсцессомъ. Женщина, 34 л., 5—6 дней страдаетъ желтухой. Темп. 38,2. Печень увеличена. Уколы показали присутствіе гноя въ печени и кишечную палочку. Черезъ мѣсяцъ больная умерла. Въ печени оказались ареолярные гнойники; камней нигдѣ не было. Микроскопическое изслѣдованіе показало картину ангіохолита; въ желчи bacillus coli.

Во Франціи, преимущественно съ 1895 г., благодаря особенно трудамъ *Terrier*, хирургія желчныхъ путей заняла подобающее ей важное мѣсто. Французы называютъ *Terrier* отцомъ желчной хирургіи во Франціи. Его наблюденія много внесли свѣта въ патологію желчныхъ путей.

Изложимъ коротко три его наблюденія довольно типичныхъ ангіохолитовъ. Всѣ три относятся къ 1895 г. 1-е наблюденіе: женщина 43 лѣтъ; уже 15 лѣтъ страдаетъ болями въ области желудка. 17-го ноября 1894 г. у нея явилась сильная колика въ животѣ на одинъ часъ, непохожая на прежнія боли. Во второй разъ подобное случилось на 2 часа, 6-го января 1895 г., а третій разъ 10-го января 1895 г. Температура, однако, была нормальна, боль изъ правой стороны живота шла къ срединѣ и въ спину, при этомъ рвота; печень, увеличенная на 2 попер. пальца; большой пузырь. Съ 13-го января по 27-е была желтуха, которая постепенно исчезала, больная поправилась, но вдругъ 3-го февраля—тѣ-же боли, которыя быстро исчезли, а 6-го даже желтуха исчезла и съ нею лихорадка. Нельзя-ли думать здѣсь о временной закупоркѣ? Однако, не долго было хорошо. Съ 9-го февраля опять боли, печень и пузырь вспухли, явилась желтуха и лихорадка **по утру около 38°, вечерами до 39°, и такъ тянется до 28-го февраля.**

Я думаю, что прохожденіе камня могло вызвать паденіе желтухи, а, съ другой стороны, обусловить раненіе и вызвать восхожденіе инфекціи; явился снова ангіохолитъ; и вотъ, 28-го февраля отмѣчаютъ, что больная совсѣмъ стала черная,

ослабѣла, испражненія гнилостныя, печень увеличена, пузырь также, пульсъ—120, въ мочѣ пигментъ, легкій асцитъ, ежедневная лихорадка. Тогда, 4-го марта, операція. Сдѣлали кожно-пузырный свищъ и ввели дренажъ. Температ. упала до 37°,5°, а потомъ, чрезъ 9 дней, стала нормальной, еще чрезъ 10 дней стулъ окрасился, но невполнѣ; изъ фистулы продолжали выходить маленькіе камушки; нѣсколько разъ бывала маленькая колика. Черезъ $2^1/_2$ мѣс. больная имѣла еще свищъ, но чувствовала себя прекрасно. То-же было и черезъ 7 мѣс. послѣ операціи; свищъ еще не закрылся. Такимъ образомъ, отъ операціи получилось быстрое паденіе температ., затѣмъ быстрая, чрезъ 9 дней, окраска испражненій; свищъ не закрылся даже и чрезъ 7 мѣс. Въ самой болѣзни отмѣтимъ увеличенную печень и пузырь, *постоянную лихорадку*, обезцвѣч. испражненіе, временное исчезаніе желтухи и опухоль пузыря. Постоянная лихорадка развилась къ концу болѣзни.

Во 2-мъ наблюденіи мы коротко отмѣтимъ, что было особеннаго сравнительно съ приведеннымъ случаемъ. Женщина, 48 л., уже около 20 лѣтъ страдаетъ правой межреберной невралгіей и болями желудка. Въ этомъ указаніи на родъ болей нельзя не признать возможности стараго холецистита, тѣмъ болѣе, что лѣтъ 8 назадъ замѣтили у нея песокъ въ испражненіяхъ. Такъ же, какъ и въ первомъ наблюденіи, года за $1^1/_2$ до операціи, вдругъ явились боли, непохожія на прежнія, въ подлож. области, которыя иррадіировали въ спину, въ правое плечо; при этомъ явилась желтуха, обезцв. испражн., лихорадка; все это длилось 4 дня, а потомъ постепенно исчезло въ теченіи 3 недѣль. Въ слѣдующ. году, опять подобное же, даже пузырь опухъ, но все снова прошло чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ. Далѣе, подобныя вспышки участились. Слѣдовательно, опять, какъ и въ 1-мъ случаѣ, неопредѣленная періодичность припадковъ. Наконецъ, развилась уже постоянная непроходящая лихорадка, сильная желтуха, увеличенныя печень и селезенка, обезцвѣченіе испражненій. Произвели операцію. Пузырь былъ съ поперечной перегородкой, такъ что, по излеченіи камней изъ передней его части, нашли суженіе, расширивъ кото-

рое попали въ другую гнойную полость. Половина пузыря была изсѣчена, остальная пришита въ рану. Результатъ былъ прекрасный. Лихорадка падаетъ послѣ нѣсколькихъ дней, въ теченіе коихъ наблюдался легкій перитонитъ. Испражненія окрасились тоже дней чрезъ 9. Больную потомъ видѣли чрезъ 4 мѣсяца совершенно здоровой съ пятномъ на повязкѣ. Теченіе болѣзни въ общемъ—подобное первому случаю.

Вотъ еще 3-е наблюденіе. Женщина, 34 л., страдаетъ уже давно, какъ и въ обоихъ первыхъ случаяхъ. Боли находились въ области желудка, сопровождались рвотой; случалось это періодически лѣтъ 9. Наконецъ, за годъ до операціи, опять развиваются боли, но другого характера, съ желтухой. Потомъ, подобно приведеннымъ случаямъ, наступили періодическіе приступы болей съ обезцвѣчиваніемъ испражненій, лихорадкой и т. д., и тоже все разрѣшалось, пока, наконецъ, наступила постоянная лихорадка, увеличеніе печени, желтуха, обезцвѣченныя испражненія, безпрестанныя боли въ правомъ подреберьѣ. Пузырь былъ вскрытъ. Удалены камни. Вшиваніе пузыря. Тотчасъ, какъ и въ 2-хъ прежнихъ случаяхъ, быстрое улучшеніе. Стулъ окрасился черезъ 4—5 дней. Въ послѣдующемъ теченіи, въ повязку иногда выходили камни, иногда бывали боли, легкая желтуха. Увидали больную чрезъ 4 мѣсяца въ прекрасномъ состояніи, съ небольшимъ отдѣленіемъ желчи изъ свища. Прибавилась въ вѣсѣ на 10 кило. На основаніи этихъ наблюденій *Terrier* признаетъ необходимымъ при ангіохолитахъ хирургическое лѣченіе.

Josserand и *Adenot* представили въ 1898 г. слѣд. наблюденіе. Женщина, 65 л., страдаетъ жестокими болями въ области печени, лихор. въ 38°—39°. При изслѣдованіи, печень увеличена, но селезенка не прощупывается. Въ мочѣ—пигментъ. Чрезъ нѣсколько дней поправляется, хотя темп. не падаетъ до нормы. Потомъ опять черезъ $1^1/_2$ нед. боли подъ ложечкой, желтуха, пигментъ въ мочѣ, высокая темп., что держалось около сутокъ.

Боли успокоились, но темп. совсѣмъ не пала. При операціи камней не найдено. Сдѣланъ свищъ. Больной — поправился.

Этотъ случай, а равно данныя различныхъ наблюденій, заставили авторовъ сказать, что ангіохолитъ имѣетъ прерывистый характеръ.

Roux и *Nattan Larrier* въ 1897 г. приводятъ наблюденіе ангіохолита и, вмѣстѣ съ тѣмъ, печени, фаршированной камнями. Женщина, 72 л., страдала ознобомъ, лихор., потомъ, несильной желтухой, испражненія окрашены, въ мочѣ нѣтъ пигмента.

Желчный пузырь казался увеличеннымъ. Больная имѣетъ боли въ области печени уже 10 л. Умерла безъ операціи отъ кровотеченія. При вскрытіи, нашли камни въ расширенн. желчномъ протокѣ, въ пузырн. протокѣ, въ правомъ печеночномъ, величиной съ голубин. яйцо, въ лѣвомъ печеночномъ — меньшіе камни, и, наконецъ, всѣ протоки печени содержали гной и камни разныхъ размѣровъ. Итакъ, отмѣтимъ здѣсь неполную длительную желтуху.

Только при ней, въ связи съ инфекціей и неугасшей еще функціей печени, могли развиться печеночные камни. Длительность страданія отмѣчается какъ десятилѣтняя.

Въ русской печати также описано нѣсколько случаевъ гнойнаго ангіохолита. Въ 1892 г. *Розенблатъ* описалъ закупорку желчн. протока струнцемъ. Больной, 21 г., заболѣлъ, 5 дней назадъ, лихорадкой и болью въ подлож. области и въ прав. подреберьѣ.

Развилась желтуха съ ознобомъ и жаромъ. Печень постепенно увеличивалась, общее состояніе все ухудшалось; смерть на 30-й день послѣ поступленія, при явленіяхъ перитонита.

При вскрытіи, печень оказалась покрыта шаровидными возвышеніями, величиной въ горошину; они содержали гной; въ печеночномъ протокѣ находился струнецъ; пузырь и всѣ желчные протоки сильно растянуты; въ нихъ находились бурые комки, мягкіе, но не каменные.

Отмѣчу, что по тяжести этого случая, камни и не могли развиться въ печени, по недостатку одного изъ трехъ условій инфекц. теоріи камней.

Подобный же случай ангіохолита сообщенъ д-мъ *Оксомъ* въ

1883 г. Больной, 45 л., боленъ уже 4 г. туберкулезомъ легкихъ. 2 недѣли назадъ, появилась рвота, желтуха. Печень и селезенка увеличены; невысокая лихорадка, рвота—неудержимая; темп. достигаетъ 40,3; смерть чрезъ 2 нед. отъ начала желтухи. При вскрытіи, печень и селезенка найдены сильно увеличенными; въ желчномъ протокѣ—струнецъ; въ самой печени также струнецъ въ 15 с. длины.

Смерть здѣсь, конечно, на почвѣ не одной закупорки; больной вообще былъ крайне истощенъ туберкулезомъ.

Приведемъ еще случай *Любомудрова* и *Сабанѣева*, сообщенный ими въ 1895 г.

Женщина, 47 л., захворала желтухой, исчезнувшей чрезъ 2 дня. Вскорѣ появились колики и опять желтуха.

Колики стали повторяться ежедневно. Постепенно затѣмъ развились слѣд. явленія: ежедневныя схватки болей въ прав. подреб., сильнѣйшій зудъ, обезцвѣченныя испражненія, лихорадка до 39,5°, увеличенная печень, подавленное общее состояніе. При операціи найденъ увеличенный пузырь съ бурой желчью, слизью и 6 камнями. Произведенъ свищъ пузырнокожный. Температура пала.

Почти чрезъ мѣсяцъ была сдѣлана пузырнокишечная фистула, и испражненія стали окрашенными. Желтизна кожи исчезла почти чрезъ $1^1/_2$ м. послѣ первой операціи. Испражненія временами становились обезцвѣченными, почему авторы думаютъ, что пузырнокишечный свищъ, вѣроятно, временами плохо функціонировалъ. Наоборотъ, когда былъ кожный свищъ, желчь текла изъ него всегда обильно.

Въ наблюденіи *Левина* больной, представлявшій картину ангіохолита, повидимому, не лихорадилъ. Однако, видно изъ исторіи, что онъ всего 2 дня пробылъ въ больницѣ. При аутопсіи, въ увеличенной печени найденъ циррозъ. Уколъ въ печень, при жизни, далъ разводку желтаго стафилококка.

Въ случаѣ *Кузьмина* приводится раненіе желчн. путей. Здѣсь, по моему мнѣнію, возникъ потомъ ангіохолитъ.

Больной, 35 л., получилъ рану вправо отъ средней линіи, у хряща 9-го ребра.

Появились боли въ животѣ, рвота. На 3—4-й день желтуха; темп. вечерами около 38°, испражн. обезцвѣчены: правое подреберье все больше и больше припухало, и на 18-й д. темп. выше 40°. Тогда сдѣлали проколъ и удалили 4 стак. жидкости.

Наступило паденіе темп., исчезновеніе желтухи и лихорадки. Испражненія окрасились на 40-й день. Желтуха, лихорадка, поздняя окраска испражненій приводятъ насъ къ выводу о наличности ангіохолита.

Изъ длиннаго ряда русскихъ наблюденій довольно ясно вытекаетъ, что наблюденіями ангіохолита русская литература не очень бѣдна. Мы дополнимъ ее далѣе приведеніемъ наблюденій русскихъ отчетовъ. Къ сожалѣнію, всѣ эти ангіохолиты—причина долгой инфекціи и хирургич. бездѣйствія лѣчившихъ.

Изложивъ, держась классификаціи *Longuet*, случаи холедохоцитовъ и ангіохолитовъ, я не буду входить въ подробный разборъ группы циррозовъ, такъ какъ объ этомъ я уже упоминалъ. Скажу только, что онъ привелъ 8 примѣровъ хирургич. вмѣшательства при нихъ, и въ 4 было значительное улучшеніе. Таково, напримѣръ, наблюденіе *Routier*, приводимое имъ.

Больной, 33 л., страдалъ разстройствомъ пищеваренія и легкой желтухой; печень его была увеличена; испражн. обезцвѣчены; случались временами припадки болей и повыш. темпер. При операціи, въ желчныхъ путяхъ ничего ненормальнаго не найдено; пузырь былъ вскрытъ и вшитъ въ рану. Общее сост. больного рѣзко улучшилось. Печень стала норм. объема.

Относительно пораженій пузыря напомнимъ, что *Longuet* классифицировалъ ихъ подъ видомъ двухъ большихъ группъ: септическихъ и піэмическихъ. Къ случаямъ септицемій онъ относитъ, наприм., наблюденіе *Левина*, въ 1895 г., гдѣ было холерное пораженіе желчнаго пузыря, повлекшее прободеніе послѣдняго и смерть. Отмѣчу еще, что *Longuet* недостаточно ясно выдѣлилъ группу склерозныхъ гипертрофическихъ пузырей, которые, въ послѣднее время все больше и больше привлекаютъ вниманіе наблюдателей. Мы отчасти указывали эту

особенность холециститовъ и здѣсь вторично ее отмѣчаемъ, въ клиническомъ отдѣлѣ.

Такъ, *Gueniot* въ 1900 г. приводитъ наблюденіе, гдѣ пузырь, 16 с. длиной и 5 с. шириной, имѣлъ очень толстыя стѣнки; послѣднія представляли сильное развитіе склерозной ткани; эпителій мѣстами былъ сохраненъ; также мѣстами сохранились мыш. волокна.

Въ томъ же году *Bourlot* описалъ встрѣченный имъ пузырь, имѣвшій 20 с. дл. и 10 с. ширины; стѣнки его тоже были очень утолщены; въ немъ находилось около $^1/_2$ литра жидкости.

Не перечисляя теперь различные, установленные *Longuet*, типы септицемій и піэмій, приведу рядъ наблюденій холециститовъ и замѣчу, что очень нерѣдко встрѣчается совмѣстная картина холецистита и ангіохолита.

Послѣдній, конечно, тѣмъ легче развивается за пораженіемъ пузыря, чѣмъ выше выражена недостаточность печени больного въ силу различныхъ прежнихъ инфекціонныхъ заболѣваній.

Roger, въ 1900 г., приводитъ примѣръ холецистита и легкаго ангіохолита.

Больной, 28 л., заболѣлъ 5 дн. назадъ головной болью и слабостью; при поступленіи нашли: нормальный животъ, больш. селезенку, не увеличенн. печень, поносъ; лихорадка—39°—40°; на кожѣ пятна. На 9-й день отъ поступленія умеръ, причемъ послѣдніе 6 дней темпер. пала. При вскрытіи въ кишкахъ явленія, свойственныя тифу; печень перерождена, желтаго цвѣта; паренхима ея совсѣмъ не содержала крови; авторъ думаетъ, что подавленіе функціи печени влечетъ за собой разстройство обмѣна и паденіе темпер. Онъ назвалъ случай свой тифомъ въ печеночной формѣ.

Этотъ случай я привелъ, какъ примѣръ высокой недостаточности печени на почвѣ инфекціи, дѣйствовавшей какимъ-то токсиномъ. Желчные пути, въ такихъ случаяхъ, представляютъ первичное легкое пораженіе—холециститъ и ангіохолитъ, что было и въ случаѣ автора. Къ септическимъ формамъ *Longuet*

относитъ и тифозные холециститы, разъ тифозная палочка отличается особенной ядовитостью.

Тифъ, какъ говоритъ *Longuet*, иногда рождаетъ прямо омертвѣніе пузыря. *Wunschheim* описалъ въ 1898 г. подобный случай. Женщина, 34 лѣтъ, умерла послѣ тифа. Восходящая толстая кишка была спаяна съ пузыремъ, сильно увеличеннымъ, содержавшимъ камень и густой желтый гной; въ содержимомъ его найденъ bac. typhi, который проникъ изъ кишокъ въ пузырь и повлекъ перитонитъ около пузыря; затѣмъ явилось сращеніе кишокъ съ пузыремъ и изъязвленіе толстой кишки. Стѣнка пузыря была омертвѣвшая.

Канцель въ 1898 году описалъ тифозный холециститъ, излѣченный операціей.

Больная перенесла легкій тифъ съ 3-го по 14-е сентября 1897 г.; 3-го октября того же года снова поступила въ больницу съ лихорадкой, запоромъ, увеличенной селезенкой. Лихорадка длится 10 дней, поднимаясь по вечерамъ до 38,5°—39°; послѣ этого лих. темп. прекратилась, но остались боли, особенно сильныя въ области прав. подреб. и подъ ложечкой. Къ концу мѣсяца, разлитыя боли по всему животу, желчная рвота. Въ прав. подреб. ощупали опухоль. Мало-по-малу разсвивается картина общаго перитонита. Изъ разспросовъ выяснили, что боли подъ ложечкой у больной уже около 2 лѣтъ. При операціи, въ полости брюшины мутная красноватая жидкость. Пузырь растянутъ; по вскрытіи, изъ него выдѣлилась желтая серозногнойная жидкость и 2 камня; третій лежалъ закупореннымъ въ шейкѣ. Послѣ операціи, лихорадка пала, желчь появилась изъ свища на 14-й день. Черезъ $2^1/_2$ мѣс. свищъ закрылся. Въ содержимомъ желчнаго пузыря найдена палочка тифа. Больная совершенно оправилась. Итакъ, она 2 года страдала слабыми неопредѣленными коликами, особенно въ области желудка; перенесла потомъ тифъ, послѣ котораго вспыхнулъ тифозный холециститъ, нашедшій благопріятную почву въ старомъ пораженіи пузыря.

Въ 1899 г. *Рокицкій* описалъ случай каменнаго тифознаго холецистита, который онъ считаетъ 7-мъ, извѣстнымъ въ пе-

чати. Больная, 26 л.; 14-го февраля былъ у нея поставленъ діагнозъ тифа, а 20-го февраля она была переведена въ хирургическое отдѣленіе. Въ первые 2 дня былъ потрясающій ознобъ съ поднятіемъ температуры до 41,8°; далѣе, температура стала 38°; на 10-й день получена реакція *Widal*'я. За это время развилось вздутіе живота, увеличенная селезенка, увеличеніе печени и гладкое тѣло въ области желчнаго пузыря напоминающее формой огурецъ; въ мочѣ—ничего особеннаго. 26-го февр. сдѣлана операція свища; въ пузырѣ 58 камней; онъ растянутъ и содержалъ слизистую желчь, но не гной; на 17-й день послѣ операціи, темп.—нормальна. Въ центрѣ камня оказалась чистая разводка тифозной палочки. Камни не имѣли слоистости. Авторъ думаетъ, что они развились во время тифа.

Въ этихъ случаяхъ тифознаго пораженія пузыря мы нерѣдко видимъ одновременно ангіохолитъ безъ признаковъ желтухи, но съ высокой лихорадкою. Къ сожалѣнію, часто называютъ холециститомъ такія формы, гдѣ имѣется прерывистая желтуха и лихорадка. Объ этомъ скажу впереди, а пока укажу примѣръ, гдѣ перихолециститъ и холециститъ протекалъ чисто, т. е., безъ желтухи.

Случай *Bloch*'а даетъ намъ подобную картину.

Больная, 40 л., 10 л. уже лѣчится отъ катарра желудка. 2 года назадъ стала страдать запоромъ и поносами; въ это же время начали появляться ежемѣсячно, на нѣсколько часовъ, приступы живой боли въ правомъ подреберьѣ, распространяющіяся затѣмъ то въ грудь, то въ животъ, со рвотой съѣдаемаго; приблизительно въ это же время замѣчена въ правомъ боку гладкая твердая опухоль. Тогда больная вскорѣ поступила въ больницу, и здѣсь отмѣчаютъ у ней припадки поноса, сильной боли въ животѣ, жаръ до 39°; потомъ все смолкаетъ, и опухоль исчезаетъ. По ея словамъ, до поступленія въ больницу такіе припадки, съ послѣдующимъ исчезаніемъ опухоли повторяются уже нѣсколько разъ. При операціи, найдены были сращенія пузыря съ кишками и печенью; онъ растянутъ, въ немъ 26 камней.

Прекрасный примѣръ опять-таки чистаго холецистита видимъ

въ наблюденіи *Zuber*'а и *Lereboullet*'а въ 1898 г. Женщина, 36 л., страдаетъ болью, рвотой и вздутіемъ живота. 14 лѣтъ назадъ имѣла тифъ. 7 лѣтъ назадъ были колики, лихорадка и боль въ области печени. Послѣ этого болей не было. Онѣ явились только 8 дней назадъ; боли были то справа, то слѣва, то въ срединѣ; желтизны, однако, не было. Въ больницѣ быстро стала приходить въ упадокъ, такъ что на 6-й день сдѣлали операцію. Найденъ пузырь, содержащій гной и 2 камня; около восходящей толстой кишки—гнойникъ; желчный пузырь имѣетъ прободеніе на нижней поверхности. Больная 4 дня передъ этимъ получила ударъ въ животъ, что̀ ранѣе не знали.

Теперь я перехожу къ ряду наблюденій, расположенныхъ въ порядкѣ вышеупомянутой собственной классификаціи—именно къ отдѣлу осложненій. Какъ примѣры осложненій инфекціи, то въ видѣ глубокихъ измѣненій желчныхъ путей, то въ видѣ отдаленныхъ послѣдствій на другихъ органахъ, приведу наблюденія, касающіяся печени, пузыря и кишечника.

Подробное раздѣленіе мы уже выясняли въ патологіи, а теперь сдѣлаемъ добавленія рядомъ дальнѣйшихъ наблюденій.

Вотъ случай, касающійся печени.

Въ 1901 г. *Dalla Rosa* привелъ случай, гдѣ больной, 32 л., страдалъ 4 недѣли лихорадкой, желтухой и болью печени. Въ правомъ подреберьѣ — большая опухоль, сливавшаяся съ печенью, а внизъ она доходила до пупка. Въ мочѣ — желчные пигменты. При операціи, прямо предстала зеленая опухоль, повидимому печень; по разрѣзѣ ея, выпустили 1500 к. с. зеленожелтой жидкости; оставшаяся полость занимала всю правую долю печени; въ жидкости плавали омертвѣвшіе куски ея. Этотъ желчный нарывъ сообщался съ другимъ меньшимъ. Рана зажила черезъ 4 мѣсяца.

Далѣе излагаю рядъ осложненій въ видѣ разрывовъ желчныхъ путей и кишечной закупорки камнями.

Разрывы пузырей наступаютъ обычно на почвѣ старой инфекціи, глубоко измѣнившей пузырь. Мы отнесли разрывы, по нашей классификаціи, къ группѣ осложненій, въ силу того

обстоятельства, что разрывы влекутъ пораженія другихъ органовъ.

Вотъ примѣръ изъ русской печати, гдѣ извѣстно нѣсколько случаевъ.

Вальтеръ даетъ слѣдующее наблюденіе: больной, 31 г., доставленъ въ больницу съ явленіями шока послѣ удара въ животъ. Нѣсколько разъ рвота; мышцы живота рѣзко сокращены; лицо имѣетъ видъ умирающаго; весь животъ — крайне болѣзненный; легкая желтуха; сильная жажда. При операціи, сдѣланъ срединный разрѣзъ и найденъ кровянисто-слизистый экссудатъ. Не найдя ничего особеннаго при среднемъ разрѣзѣ, сдѣлали 2-й разрѣзъ для обслѣдованія желчныхъ путей, и вся клѣтчатка печеночно 12 перст. связки оказалась пропитанной желчью. Много старыхъ спаекъ, мѣсто поврежденія не могло быть найдено. Изъ раны, послѣ операціи, обильно текла желчь. Больной умеръ на 5-й день заболѣванія. При вскрытіи, въ задней стѣнкѣ желчнаго протока, на 3 с. выше amp. Vateri, найдено отверстіе въ $1^1/_2$ с. величиной; язвъ нигдѣ нѣтъ. Случай, между прочимъ, указываетъ на невозможность при операціи найти мѣсто поврежденія.

Приведу еще статью *Хольцова*, въ 1900 г., гдѣ онъ описываетъ собственное наблюденіе.

Операція была предпринята 30 октября 1897 г., а разрывъ произошелъ 18-го сентября 1897 г. Больной выздоровѣлъ. Къ 25-ти случаямъ, собраннымъ въ диссертаціи *Desrosier*, *Хольцовъ* присоединилъ новыхъ 7 случаевъ.

Разсматривая смертность въ этихъ наблюденіяхъ, онъ нашелъ, что 3 умерли немедленно; 1 черезъ 48 час.; 6 въ разные сроки, отъ 9 дней до 6 нед. Всѣ 17, которыхъ оперировали, выздоровѣли. Желтуха наблюдалась 18 разъ на 34 случ.; она являлась обычно на первую недѣлю—12 разъ, на 2-ю—2 раза; на 3-ю—4 раза. Температура бывала или нормальной, или доходила до 38°; пульсъ обычно учащенъ.

Pauchet, въ 1901 г., наблюдалъ женщину, 70 л., съ пупочной грыжею. Неожиданно развилась картина перитонита. По разсѣченіи живота, грыжа не оказалась ущемленной. Кишки

окрашены желчью. Сдѣланъ былъ 2-й разрѣзъ въ области желчн. пузыря; послѣдній оказался прободеннымъ на нижней поверхности. Истеченіе желчи длилось 8 дней; выздоровленіе въ 3 нед.; *Pauchet* заключаетъ свое наблюденіе словами: «отчего не колеблются извлечь камень изъ мочевого пузыря? Вѣдь холецистостомія не опаснѣе, чѣмъ высокое сѣченіе». Иногда прободеніе даетъ осумкованный гнойникъ, и вся картина протекаетъ очень тихо; подобные примѣры встрѣчаются нерѣдко; сошлюсь на *Fuchs'a*. Въ наблюденіи *Fuchs*'а ясно видно, что часто нельзя узнать о прободеніи. Женщина, 27 л., черезъ 5 дней послѣ родовъ, заболѣла коликами въ подлож. области, которыя потомъ повторялись; появилась желтуха. Чрезъ 4 недѣли послѣ появленія болей сдѣлана операція, причемъ выяснилось, что въ области шейки желчнаго пузыря существовало прободеніе и осумкованный гнойникъ. Изъ полости пузыря извлекли болѣе 30-ти камней.

Къ осложненіямъ, какъ я говорилъ, отношу я и закупорку кишечника камнемъ. Вотъ рядъ картинъ изъ иностранной и русской литературы. *Haller*, въ 1898 г., привелъ слѣдующій случай. Больной передъ проб. страдалъ рвотой кофейнаго цвѣта, болью, упадкомъ силъ; на 14-й день послѣ этихъ явленій впалъ въ обморокъ; по пробужденіи вновь—рвота и черныя испражненія. Черезъ 10 дней послѣ обморока явилась сильная боль въ прямой кишкѣ, осматривая которую, извлекли камень въ 15 грамм. Больной выздоровѣлъ. Такимъ образомъ, первоначально здѣсь происходило изъязвленіе пузыря въ какой-либо отдѣлъ кишечника, что̀ вызывало кофейную рвоту; на 14-й день, при обморокѣ, случилось прободеніе, а черезъ 10 дней камень вышелъ. Интересенъ случай *Morestin'a*, въ 1900 году, какъ примѣръ закупорки кишокъ. Женщина, 82 л., 5 дней страдаетъ рвотой и болью въ животѣ. При операціи, на 50 с. отъ заслонки слѣпой кишки нашли неподвижный камень. Оказалось, что пузырный протокъ сообщился съ 12-перстной кишкой, но перфорація, судя по краямъ, сѣжая; въ пузырѣ еще остались камни. Въ прошломъ больной нѣтъ ничего особеннаго. Итакъ, старый

холецистить иногда платитъ за невниманіе къ нему лишь подъ конецъ жизни. Въ случаѣ *Вуколова*, женщина, 60 л., нѣсколько лѣтъ назадъ имѣла желчную колику и поступила съ явленіями непроходимости кишокъ. Операцію не успѣли сдѣлать. Камень находился на $1^1/_2$ арш. отъ мѣста впаденія тонкой въ толстую кишку. Вѣсилъ онъ 15 грамм., имѣлъ 4 с. длины и 3 с. ширины. Отъ пузыря остались только клоки чернаго цвѣта, съ дырками; такая же дырка находилась на $2^1/_2$ с. ниже привратника, величиной въ серебряный полтинникъ.

Въ случаѣ проф. *Склифосовскаго*, у больной, 56 л., запоръ длился 10 дней; 4 послѣдніе года больная страдала печеночными коликами. Камень, при операціи, найденъ въ области впаденія тонкой кишки въ толстую; вѣсъ камня—19 грамм.

Въ 1901 г. *Сарычевъ* описалъ случай закупорки кишки желчнымъ камнемъ у женщины 60 л.; сдѣлана была энтеротомія; больная выздоровѣла. По мнѣнію автора, это—первый случай въ русской печати; однако, я отказываюсь понять, что назвалъ онъ здѣсь «первымъ». Способъ ли операціи, нахожденіе камня, или оперативное вмѣшательство? Все это уже наблюдалось и ранѣе.

В. Разборъ картины раковъ желчныхъ путей.

Клиническая картина рака желчныхъ протоковъ сводится то къ острому, то къ хроническому ангіохолиту, въ зависимости отъ предшествующаго состоянія желчныхъ путей и кишечника. Дѣйствительно, если желчные пути до момента пораженія ихъ ракомъ были уже поражены инфекціей, то закупорка будетъ содѣйствовать восхожденію вторичной инфекціи, и вся послѣдующая картина будетъ, конечно, тяжелѣе; точно также болѣзненное состояніе кишечника обусловливаетъ особую ядовитость инфекціи и можетъ повлечь крайне острый первичный ангіохолитъ, даже безъ предварительнаго болѣзненнаго состоянія желчныхъ путей. Выраженіе всей болѣзни тоже будетъ нѣсколько варьировать въ зависимости отъ полной или неполной закупорки, но все-таки вся клиническая картина непроходимости отъ рака сводится къ холедохоциту или ангіохолиту. Общее состояніе, свойственное раковымъ больнымъ, мы опускаемъ. Кожные покровы окрашиваются въ желтый цвѣтъ, переходящій съ теченіемъ времени въ зеленовато-желтый, иногда же въ бронзово-желтый или въ черно-желтый; желтизна сопровождается страшнымъ зудомъ, который иногда побуждалъ больныхъ къ самоубійству; во рту—горькій вкусъ; аппетитъ, большей частью, плохъ; отвращеніе къ мясу, жирному и яйцамъ довольно обычно; область печени сама по себѣ болѣзненна, а при давленіи, особенно; она—увеличена, но гладка; часто выступаетъ на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ изъ-подъ реберъ; ея передній край острый, твердый; поверхность не даетъ бугристости; область желчнаго пузыря, большею частью, также болѣзненная, и здѣсь то замѣчаютъ опухоль, то нѣтъ; подложечная область тоже болѣзненна при давленіи; селезенка нерѣдко увеличена; на низъ запоры; животъ очень часто вздутъ; моча—желтая или темнозеленая; въ ней часто уробилинъ и бѣлокъ; почти всегда—индиканъ и желчные пигменты; со стороны нервной системы—подавленность; общее похуданіе прогрессивно наростаетъ; лихорадка въ началѣ болѣзни является приступами, по нѣскольку разъ въ недѣлю, intermittens; позднѣе она переходитъ въ постоянную, съ утреннимъ пониженіемъ. Испражненія глинистаго цвѣта, очень зловонны. Рѣдко—водянка живота; опуханіе ногъ, наоборотъ, не рѣдко. Наконецъ, колики, въ видѣ приступовъ, или постоянная боль въ разныхъ мѣстахъ живота и спины—обычное явленіе. Въ общемъ, все страданіе можетъ длиться не болѣе года, и больной умираетъ отъ истощенія, нерѣдко въ коматозномъ состояніи. Въ теченіи болѣзни иногда наблюдали временное уменьшеніе желтизны покрововъ, а также окраску испраженій. Въ такихъ случаяхъ существуетъ, слѣдовательно, временное открытіе желчн. протока въ силу разныхъ причинъ. Въ мочѣ, помимо желчн. пигм., съ теченіемъ времени появляется сахаръ; количество мочевины рѣзко падаетъ. Такова картина, свойственная холедохоциту и ангіохолиту, на почвѣ раковаго пораженія желчнаго протока. Установить

различіе каменной закупорки отъ раковаго пораженія желчнаго протока не всегда легко. Находили, что легче узнать раковое пораженіе головки железы, такъ какъ колики здѣсь часто отсутствуютъ; затѣмъ, желтизна, по большей части, никогда не ослабляется, а переходитъ въ черножелтую окраску; все теченіе болѣзни, особенно похуданіе, идетъ ускореннымъ шагомъ и въ 4 мѣс. приводитъ къ смерти; пузырь всегда почти увеличенъ, а печень очень рѣдко.

Bard-Pic (см. *Sanchez*) устанавливаетъ даже тріаду признаковъ рака головки: прогрессивную желтуху, расширенный при нормальной печени желчный пузырь, быструю кахексію.

Сверхъ того, всѣ согласны, что кахексія при ракѣ всегда сильнѣе и быстрѣе; но, повторяю, наиболѣе это касается рака головки; пораженіе же того или другого отдѣла желчныхъ протоковъ ракомъ очень часто невозможно отличить отъ закупорки камнемъ. Довольно подробно старается установить распознаваніе—*Dieulafoy*, рисуя картины рака разныхъ отдѣловъ. Теченіе рака ampulae, по его мнѣнію, всегда длительное; наклонности къ язвамъ нѣтъ; онъ обычно мѣстный и не ползетъ къ печени; въ желчн. пузырѣ камней очень часто нѣтъ; селезенка нерѣдко увеличена; желтуха является быстро, течетъ съ перемежкой; боли рѣдко; часто наблюдали кишечныя кровотеченія; печень—увеличена; смерть наступаетъ въ 5—12 мѣсяцевъ. Что касается рака желчнаго протока, выше ampulae, то желтуха развивается исподоволь, не такъ быстро, какъ при ракѣ ampulae. Наконецъ, ракъ головки вызываетъ будто бы огромное увелич. печени, быструю кахексію и все усиливающуюся желтуху

Нѣкоторые находили, что въ случаяхъ рака головки развиваются сильнѣйшія рвущія боли въ подложечной области, и только согнутое положеніе успокоиваетъ больного.

Отмѣчали еще сильнѣйшія боли въ области 12 грудн. или 1 и 2 поясн. позвонка; боли то совпадали съ принятіемъ пищи, то являлись самостоятельно; приписывали это невралгіи солнечнаго сплетенія.

Въ среднемъ длительность рака головки опредѣляли въ 6 мѣс., хотя бывали случаи переживанія до 20 мѣсяцевъ. Сверхъ

того, гликозурія, будто бы, всего чаще наблюдалась при ракѣ головки.

Важнымъ подспорьемъ служитъ прошлое больного, такъ какъ давнишнія колики скорѣе говорятъ о холециститѣ и послѣдующей каменной закупоркѣ.

Состояніе пузыря далеко не всегда служитъ вѣрнымъ признакомъ, и *Reclus* указалъ много примѣровъ растяженія пузыря съ каменной закупоркой. Укажу, наприм., на наблюденіе *Rabé*, въ 1898 г., который нашелъ пузырь въ 16 с. длины; камень сидѣлъ въ ampula; а другой—въ желчномъ протокѣ, въ железистой его части. Всѣ желчные протоки были расширены. Итакъ, огромный пузырь съ каменной закупоркой ж. протока.

Переходя къ краткому изложенію наблюденій рака желчныхъ путей, мы должны отмѣтить, что распредѣляемъ ихъ по анатомическому положенію, идя отъ ampula къ воротамъ; такимъ образомъ разсмотримъ случаи пораженія ampulae, головки железы, желчнаго протока, мѣсто сліянія послѣдняго съ пузырнымъ, печеночнаго протока, воротъ печени и, наконецъ, ракъ пузыря. Здѣсь мы встрѣчаемъ большое разнообразіе признаковъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ раку предшествовали упорныя колики, длившіяся нѣсколько лѣтъ; въ другихъ видимъ длительное теченіе болѣзни; въ третьихъ—слабо выраженную кахексію и т. д. Въ изложеніи мы будемъ указывать на эти особенности.

У *Terrier* находимъ сравнительно типичный случай закупорки, вслѣдствіе развитія рака въ нисходящей части 12 перстной кишки, въ области отверстія желчн. протока.

Женщина, 54 л., сразу стала желтой; стулъ обезцвѣчивается; особенныхъ болей не отмѣчается. Чрезъ годъ поступаетъ въ больницу съ слѣд. явленіями: сильная желтуха, легкая боль подъ ложечкой, лихорадка, обезцвѣч. испражненія, печень увеличена и выдается изъ-подъ реберъ на 10 с., желчный пузырь прощупывается, въ мочѣ нѣтъ ни сахара, ни бѣлка.

При операціи печень оказалась увеличенной, зеленов. цвѣта, пузырь содержалъ слизь и нѣсколько камней. Послѣ удаленія

камней изъ пузыри. протока потекла желчь, и это истеченіе наружу чрезъ сдѣланный свищъ было крайне обильно въ послѣопераціонн. періодѣ; вѣсъ больной прибавился. Черезъ три мѣсяца больная найдена въ хорошемъ состояніи. Вся желчь выходила наружу, испражненія продолжали оставаться обезцвѣченными. Попытки уничтожить фистулу вызвали боли, лихорадку, желтуху. Тогда произведена 2-я операція—вшиваніе пузыря въ 12 перстн. кишку. При этомъ ощупана была опухоль въ головкѣ железы.

Больная поправилась, но чрезъ нѣсколько дней пришла съ жалобой на боль желудка, рвоту; желудокъ найденъ расширеннымъ. При явленіяхъ истощенія, больная умерла. При вскрытіи, нашли въ 12 п. кишкѣ, въ области отверстія ж. протока, круговую эпителіому, обусловившую суженіе кишки и расширеніе верхней части ея.

Въ этомъ наблюденіи мы отмѣтимъ быстрое развитіе желтухи, безъ особыхъ предшествующихъ страданій.

Durand Fardel, въ 1896 г., приводитъ слѣдующ. наблюденіе рака ampulae.

Больной, 58 л., 4 сент. 1888 г. заболѣлъ внезапной желтухой; постепенно развивается слабость, потеря аппетита, худоба; печень выдается изъ-подъ реберъ на 4 пальца; съ 14-го ноября испражненія стали обезцвѣчены. 15 янв. 1899 г. общее состояніе улучшилось, желтуха исчезаетъ, испражненія окрасились; печень—меньше. Однако, съ 13-го февр. появились боли въ прав. подреб. и лихорадка до 39,7°; найденъ шумъ тренія въ легкихъ, и 14 марта больной умеръ. Помимо измѣненій въ легкихъ, найденъ огромный пузырь съ желчью; желчный протокъ расширенъ до 2 с.; также расширены пузырный и печеночный протоки. Въ ampula находилась маленькая бѣловатая опухоль, въ центрѣ которой было отверстіе, пропустившее зондъ въ протокъ железы, но не въ желчный. Разрѣзая послѣдній, нашли въ нижнемъ концѣ его опухоль, величиной съ вишню, которая проросла въ стѣнку кишки. Микроск. изслѣдов. показало, что среди гладкихъ мышечныхъ волоконъ

стѣнки протока находятся полости, выстланныя цилиндр. эпителіемъ; въ этихъ полостяхъ лежатъ свободными много клѣтокъ.

Желтуха въ данномъ наблюденіи наступила также внезапно, но не была постоянной. Длительность болѣзни равна приблиз. 6 мѣс. Въ слѣдующемъ наблюденіи отмѣчается крайне быстрое теченіе, именно, въ 1897 г. *Thomas* привелъ такой случай рака ampulae.

Женщина, 73 л., заболѣла кишечнымъ разстройствомъ, за которымъ черезъ три мѣсяца появилась желтуха, сведшая больную въ могилу въ теченіи мѣсяца. При вскрытіи нашли гнойный ангіохолитъ и цилиндрическую эпителіому, изъязвившую внутрикишечную часть протока, въ области ampulae.

Наконецъ, укажемъ русскую работу, посвященную вопросу о ракѣ ampulae.

Въ 1899 г. *Мануйловъ* собралъ 24 извѣстн. въ литер. случая рака ampulae и присоединилъ къ нимъ два собственныхъ. Въ первомъ случаѣ, мужчина, 43 л., имѣлъ 1 г. назадъ потрясающій ознобъ и желтуху въ теченіи 2 недѣль.

Второй разъ желтуха развилась чрезъ 6 мѣс. и стала постоянной. Настоящее состояніе: желтуха, водянка живота, безцвѣтныя испражненія, крайнее истощеніе, черная рвота. Операціи не было. При вскрытіи найдена опухоль нѣсколько выше amp. Vateri; желчные протоки печени растянуты гноемъ; селез. увеличена вдвое; въ печени—циррозъ.

Во 2-мъ наблюденіи, женщ., 45 л., больна 2 мѣс. тошнотой, рвотой, желтухой; раньше имѣла сильныя колики въ обл. печени. Наст. состояніе: желтуха, боли въ прав. подреб., увелич. печень, жаръ до 39°, истощеніе; цвѣтъ испражн. то темный, то глинистый; также и лихор. не постоянная. При вскрытіи, найдена опухоль въ самой нижней части желчн. протока и также въ области сосочка. Въ печени циррозъ; въ желчн. канальцахъ ея—гной. Основываясь на всѣхъ собранныхъ случаяхъ, *Мануйловъ* даетъ нѣкоторые признаки рака ampulae: желтуха, больш. частью, является сразу; она не постоянная, такъ какъ временами кожа дѣлается свѣтлѣе, и калъ

является окрашеннымъ; нерѣдко наблюдаются различныя кровотеченія изъ кишокъ, изъ носа; лихорадка—ремиттирующая; крайній упадокъ силъ; теченіе очень быстрое, въ среднемъ 8—10 мѣс.

Слѣдующій рядъ наблюденій касается рака головки, и первоначально мы приводимъ три русскихъ наблюденія.

Проф. *Монастырскій* въ 1888 г. привелъ наблюденіе, гдѣ дѣло шло о больной, 50 л., заболѣвшей рвотой, изнобомъ и жаромъ. Черезъ 5 дней послѣ этого появились колики въ печеночной области и желтуха. Больная поступила въ б—цу, гдѣ отмѣтили увеличенную печень, большой желчный пузырь, который, впрочемъ, иногда уменьшался, мало окрашенныя испражненія, которыя также временами бывали похожи на нормальн., ежедневную лихорадку. Заболѣла больная 20-го янв., а къ 25-му апрѣля имѣла оливкозеленый цвѣтъ кожи, выступающую изъ-подъ реберъ печень, вполнѣ обезцвѣченныя испражненія, сильный зудъ, ежедневную лихорадку. При операціи, 4-го мая 1887 г., найденъ растянутый пузырь, а въ области головки поджел. железы прощупана опухоль. Пузырь былъ сшитъ съ кишкой. Здоровье быстро поправилось, стала гулять, но 4-го іюля умерла, при явленіяхъ суженія привратника. На вскрытіи найденъ ракъ головки, проросшій въ 12 п. кишку въ области желчн. протока. *Монастырскій* отмѣчаетъ, что послѣ операціи временами испражненія были обезцвѣчены. Въ этомъ онъ видитъ результатъ уменьшенія выработки желчи, въ силу недостаточности печени.

Очень похожій случай описанъ *Насиловымъ*; однако, 57-лѣтняя больная имѣла въ прошломъ колики въ теченіи года; пузырь спускался до паховой складки; печень была очень увеличена. Изъ пузыря вышло $1\frac{1}{2}$ ф. темной желчи. Больная умерла чрезъ 56 час. послѣ операціи. Найденъ скирръ въ головкѣ железы.

Благовѣщенскій описалъ въ 1890 г. изъ клиники *Тіманх*, случай рака головки поджел. железы. Мужчина, 38 л., уже $1\frac{1}{2}$ г. страдалъ задержкой желчи, но не лихорадилъ; желтуха все усиливалась, сопровождаясь страшнымъ зудомъ. При операціи, желчный пузырь, содержавшій въ себѣ 350 грамм. желчи, былъ вшитъ въ 12-перстную кишку. Смерть чрезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца послѣ операціи, на почвѣ недостаточности печени и раковой кахексіи. При вскрытіи найденъ ракъ головки железы, лимфат. железъ протока и воротъ печени.

René Monod въ 1900 г. привелъ наблюденіе рака головки железы съ проходимостью желчнаго протока. Женщина, 50 л., ранѣе была здорова и, лишь, 3 мѣс. назадъ, заболѣла желуд. болью и диспепсіей. Только мѣсяцъ назадъ появилась постоянная желтуха. Въ настоящее время выраженное похуданіе, общая слабость безъ лихорадки, испражненія обезцвѣчены; печень не увеличена. Пробыла подъ наблюденіемъ 15 дней, въ теченіи коихъ замѣтили опухоль въ правомъ подреберьѣ. При операціи нашли огромный пузырь и, повидимому, ракъ поджел. железы. Умерла на 5-й день. При вскрытіи нашли печень зелен. цвѣта и раковую опухоль въ головкѣ железы; желчный протокъ проходимъ.

Во второмъ наблюденіи—былъ ракъ головки съ лихорадкой и неполной непроходимостью. Больная заболѣла внезапно. Въ заключеніе онъ указываетъ быстрое наступленіе желтухи и неполную закупорку. Поэтому, желтуха, по его мнѣнію, зависѣла отъ спазма желчнаго протока. Наступленію желтухи предшествовали въ обоихъ случаяхъ гастрич. явленія. Сопоставляя приведенные случаи рака головки, мы видимъ въ нѣкоторыхъ перемежающуюся желтуху, въ другихъ отсутствіе большой печени, въ третьихъ—отсутствіе лихорадки; затѣмъ у однихъ передъ желтухой были гастрич. явленія, у другихъ колики. Общее всѣмъ случаямъ—быстрое наступленіе желтухи отъ начала болѣзни. Однако, этотъ признакъ и одновременная быстрая кахексія наблюдаются при пораженіяхъ и другихъ отдѣловъ желчныхъ путей, какъ увидимъ сейчасъ, переходя къ группѣ пораженія протоковъ.

Такъ, *Claisse* въ 1897 г. описалъ случай рака въ сліяніи протоковъ. Мужчина, 73 л., 2 мѣс. назадъ, сталъ желтѣть и представляетъ въ наст. время всѣ признаки кахексіи и закупорки желчныхъ путей. Пузырь не ощупывается, печень не-

много выходитъ изъ-подъ реберъ, селезенка—нормальна. Кахексія растетъ, и больной умираетъ. При вскрытіи, печень покрыта мѣстами бугорками зеленоватаго цвѣта, при разрѣзѣ коихъ вытекаетъ зелен. желчь. Въ мѣстѣ сліянія обоихъ печеночныхъ протоковъ сидѣла раковая опухоль, оказавшаяся скирромъ; метастазовъ въ печень не было; ракъ занимаетъ только мѣсто сліянія протоковъ и даже не проросъ наружу сквозь стѣнку.

Въ случаѣ *Degny* и *Piatot*, въ 1898 г., больной, 60 лѣтъ, страдалъ прерывистой желтухой, поносами и болью въ области печени; упалъ въ вѣсѣ за три мѣсяца на 18 кило. При вскрытіи найдены раковые узлы въ воротахъ печени, которая не увеличена. Такимъ образомъ, болѣзнь здѣсь длилась очень быстро, около трехъ мѣсяцевъ, хотя дѣло шло не о ракѣ головки.

Наконецъ, приведемъ русское наблюденіе, принадлежащее *Васильеву*, въ 1893 г., гдѣ закупорка желчныхъ путей произошла только въ концѣ болѣзни. Больная, 61 г., нѣсколько лѣтъ имѣетъ колики въ правомъ боку; $^1/_2$ года назадъ замѣтила опухоль въ прав. подреберьѣ; боли съ той поры стали постоянными; наконецъ, только 6 дней назадъ, развилась желтуха; лихорадки не было. При операціи, въ растянутомъ пузырѣ нашли камень съ голубиное яйцо и гнойную жидкость; изъ произведеннаго свища желчь послѣ операціи не вытекала. Общее состояніе ухудшалось, и черезъ 1 мѣс. отъ операціи—смерть. При вскрытіи найденъ ракъ печени, исходящій отъ печен. протока и частью отъ пузырнаго. Въ данномъ наблюденіи, судя по величинѣ камня, можно думать о давнишнемъ страданіи пузыря; пораженіе ракомъ печени указываетъ тоже на болѣе или менѣе давнишнее существованіе рака, но закупорка печен. протока произошла только въ концѣ болѣзни.

Если обратимся теперь къ наблюденіямъ рака пузыря, то увидимъ, что пораженіе послѣдняго иногда даетъ картину ангіохолецистита, иногда простого холецистита, и, слѣдоват., своей сравнительной доброкачественностью онъ выдѣляется отъ ряда разобранныхъ наблюденій.

Въ 1897 г. *Criffon* и *Ségall* приводятъ слѣдующее наблюденіе опухоли желчнаго пузыря. Женщина, 76 лѣтъ, имѣла бурныя

колики за 2 мѣс. до смерти; температура колебалась до 38; желтухи не было; область желчнаго пузыря очень болѣзненна; сильное похуданіе. Умерла безъ операціи. На вскрытіи найдена проходимость желчнаго протока; въ днѣ пузыря узелъ; въ пузырной полости—два камня и черная желчь; въ печени также много узелковъ. Микроск. изслѣдованіе узла показало картину веретенообразной саркомы пузыря, захватившей печень.

Въ случаѣ *Blanc*'а и *Leray*, въ 1897 г., больной, ранѣе не хворавшій, сталъ испытывать, 3 года назадъ, тяжесть и боль подъ ложечкою; въ это же время замѣтилъ опухоль въ правомъ подреберьѣ. 4 послѣднихъ мѣсяца появилась лихорадка; темп. 38°—39°, сильно похудѣлъ и пожелтѣлъ. По поступленіи въ больницу нашли громадную опухоль въ правомъ подреб., общее похуданіе, лихорадку до 37,5°, расширенныя кожныя вены живота, желтуху. При операціи въ печени, вблизи переднаго края ея, оказались гнойнички. Изслѣдов. гноя обнаружило кишечную палочку и стрептококка. Смерть на 3-й день. На вскрытіи нашли спаяніе пузыря съ печенью и сальникомъ; въ немъ камни и песокъ; въ сальникѣ раковый узелъ, вросшій въ пузырь; въ правой долѣ печени—также раковые узлы. Изслѣдованіе показало, что первично былъ пораженъ пузырь.

Rabé въ 1897 г. приводитъ случай очень доброкачествен. теченія рака пузыря. Женщина, 64 л., всегда здорова. 1 годъ назадъ, боли въ правомъ подреберьѣ и въ поясницѣ; это длилось два мѣсяца, по 5—6 дней въ недѣлю; потомъ наступило затишье, послѣ котораго снова вспышки болей и новое затишье. Только 3 нед. назадъ, желтуха и лихорадка. Желтуха въ больницѣ носила прерывистый характеръ. При операціи, въ пузырѣ найденъ раковый узелъ; камней не было, пузырь удаленъ; больная поправилась.

Еще болѣе скрытое теченіе видимъ въ случаѣ *Bacaloglu*, который въ 1899 г. сообщилъ такое наблюденіе. Женщина, 65 л., не имѣла ни желтухи, ни болей, ни лихорадки; легкій бредъ; умерла на 5-й день. При вскрытіи найденъ ракъ на верхней поверхн. пузыря въ области сращенія его съ печенью; ракъ вызвалъ распространенное обсѣмѣненіе; въ пузырѣ нахо-

дились камни. Больная хворала нсколько лѣтъ неопредѣленными болями.

Въ двухъ слѣдующихъ наблюденіяхъ находимъ картину, свойственную холециститу; только распространеніе рака дало болѣе тяжелую картину. Именно, *Lejonne* въ 1900 г. приводитъ такой случай. Мужчина, 79 л., поступилъ съ явленіями упадка силъ и болью въ прав. подреберьѣ; 1 годъ назадъ онъ переломилъ 8-е правое ребро и съ этой поры страдаетъ легкой болью въ этой области, съ распространеніемъ ея въ пахъ; больной крайне худъ; коликъ, желтухи, лихорадки нѣтъ. Въ правомъ подреберьѣ—опухоль съ яблоко. Подъ наблюденіемъ былъ 25 дней, и въ послѣдніе дни были ознобы съ поднятіемъ температуры до 38,5. Смерть безъ операціи. На вскрытіи нашли 2 раков. узла въ средостѣніи; значительныя сращенія пузыря съ окруж. органами; опухоль величиною съ яблоко, занимавшую весь пузырь, очень сокращенный; въ немъ были 3 мал. камня, въ воротахъ печени — нѣсколько раковыхъ узловъ; въ правой долѣ миліярные абсцессы.

Такимъ образомъ, только присоединившійся ангіохолитъ отягчилъ картину болѣзни.

Въ 1901 г. *Chavannaz* привелъ наблюденіе рака желчнаго пузыря у молодой женщины. Больная, 25 л., 4 года назадъ стала страдать болью въ подвздошной области, которая являлась сначала подъ ложечкой. Въ это же время она замѣтила опуханіе живота. Около 5 мѣсяц. назадъ, появились боли въ правомъ подреберьѣ, желтуха и общее похуданіе. Поступила въ б-цу, гдѣ безпрестанно страдала коликами, отчего не могла лежать иначе, какъ въ согнутомъ положеніи. Печень увеличена, опухоль въ области пузыря, обезцвѣченіе испражненій, въ мочѣ, пигментъ, желтуха. При операціи камней не нашли; въ пузырѣ гнойная желчь. На 10-й день умерла. Всѣ протоки оказались сильно расширенными. Толстыя лимфат. железы занимали ворота и спускались къ 12-перстной кишкѣ, гдѣ обхватили желчный протокъ и сдавили его до исчезновенія просвѣта. Въ днѣ пузыря — ракъ. Итакъ, послѣдній сначала давалъ картину холецистита и лишь въ послѣдніе 5 мѣс. присоединился ангіохолитъ, въ силу распространенія рака.

Г. Русскія наблюденія, большинство которыхъ озаглавлено «холелитіазъ».

Въ заключеніе клинической части мы приводимъ рядъ наблюденій русскихъ хирурговъ, озаглавленныхъ «холелитіазомъ». Эти наблюденія сокращены и составлены мною по слѣдующему плану: возрастъ, прошлое больного въ смыслѣ инфекцій, прошлое—касающееся какихъ-либо болей живота, прошлое, касающееся болей настоящаго страданія, данныя клиническаго изслѣдованія; операція и найденное при ней; послѣдующее теченіе; время новаго изслѣдованія больной; заключеніе о каждомъ случаѣ на основаніи изложеннаго. Послѣдующее теченіе можно было-бы разбить на отдѣлы: возстановленіе окраски испражненій, время закрытія свища и т. д., но, къ сожалѣнію, объемъ работы не позволилъ мнѣ вводить тщательнаго изложенія послѣопераціоннаго теченія, тѣмъ болѣе, что цѣль этихъ наблюденій другая — выяснить сущность процесса и замѣнить названіе холелитіазъ. Я, быть можетъ, ошибся въ своихъ заключеніяхъ, но, какъ видно будетъ, попытка моя оправдываетъ стремленіе къ этой замѣнѣ. Сначала я даю рядъ различнаго рода холециститовъ, а потомъ ангіохолитовъ.

Проф. Дьяконовъ. Хирургія. 1900. № 49. стр. 19.

Женщина, 36 л., въ 1899 г. стала страдать болями подъ ложечкой; 10 л. назадъ появился прыщикъ на верхн. лѣвомъ вѣкѣ, который превратился въ раковую язву и былъ оперированъ 4 раза. По поводу этой язвы и поступила въ хир. клинику Иверской общины 16 дек. 1899 г. Цвѣтъ кожи—желтоватый; животъ вздутъ; подлож. область—болѣзненная; въ прав. подреб.— опухоль, похожая на растянутый желчный пузырь; давленіе на нее вызываетъ боль; на высотѣ пупка тоже боль; эти боли длятся уже послѣдніе 7 дней, передъ поступленіемъ. Начиная со дня поступленія темп. вечерами 38,5°—39,5°; испражн. слабо окрашены; въ мочѣ слѣды бѣлка и индикана. 23 дек. 1899 г. больной сдѣлана резекція верхней челюсти. Темп. послѣ этого продолжала оставаться прежней; черезъ

11 дней темп. спала, и больная встала съ постели и чувствовала себя хорошо. 20-го янв. 1900 г. рѣшено оперировать опухоль живота, казавшейся почкой. Сдѣланъ поясничный разрѣзъ; почка найдена нормальной; разрѣзъ продолженъ кпереди; вскрыта брюшная полость, и найденъ растянутый желчный пузырь съ нѣсколькими камнями; одинъ былъ вколоченъ въ пузырный протокъ. Пузырь удаленъ. На 3-й день больная оправилась отъ операціи, хотя передъ этимъ въ теченіи двухъ дней пульсъ былъ очень слабъ; при перевязкѣ, на 3-й день, состояніе было бодрое; смѣненъ выпускникъ; вечеромъ неожиданное паденіе пульса и смерть. При вскрытіи, въ брюшной полости нѣтъ воспаленія; около культи слипчивое воспаленіе и кровяные сгустки. Стѣнка удаленн. желчн. пузыря мало измѣнена; эпителій—сплющенъ; железъ—мало.

Въ данномъ случаѣ имѣлась картина катарральнаго холецистита. Къ сожалѣнію, бактеріолог. желчь не изслѣдована; мы полагаемъ, что сверхъ того временами бывали вспышки пораженія желчныхъ путей, дававшихъ лихорадку и обезцвѣч. испражненія. Поэтому, всего лучше наименовать этотъ случай катарральнымъ ангіохолециститомъ.

Проф. Дьяконовъ П. И. Тамъ же.

Женщина, 45 л., на 21 году стала страдать болью въ желудкѣ и кишкахъ со рвотой; такъ длилось 8—9 л.; послѣ 30 л., до 32—33 л., состояніе было лучше; боли какъ будто исчезли; на 33 г., послѣ ѣды стала появляться боль въ прав. половинѣ живота, на уровнѣ пупка; это стало повторяться черезъ 1—2 мѣсяца; боли не имѣли остраго характера и были похожи на распираніе живота; рвота случалась, но не часто; желтизны и лихорадки не было; врачъ во время болей находилъ затверденіе въ прав. половинѣ живота и сильную боль при дотрогиваніи; такъ длилось еще 12 л. до авг. 1900 г.; съ этого времени появилась постоянная тупая боль сант. на 10 ниже прав. реберъ; боль имѣла характеръ потягиванія; иногда она распространялась по всему животу. 12 ноября 1899 г. поступила въ терапевт. клинику; здѣсь былъ замѣченъ увеличенный желчный пузырь въ видѣ плотной опухоли; правая почка была подвижна; боли въ прав. подребер. случались ежедневно; въ вѣсѣ нѣсколько прибавилась. Послѣ выхода изъ клиники опять появились боли. Тогда 22 февр. 1900 г. поступила въ хир. клин. Иверской

общины. Здѣсь отмѣчено: желтухи нѣтъ; желчн. пуз. прощупывается; моча нормальна; испражн.—окрашено. 24 февр. 1900 г. сдѣлана операція. Найденъ увелич. желчный пузырь, мѣстами сращенный съ сальникомъ; онъ изсѣченъ; въ немъ 1 камень и 30 к. с. слизи; въ стѣнку пузыря вросли мелкіе камни; мѣстами стѣнка утолщена до 1 с.; железъ въ стѣнкѣ оказалось очень мало; мѣстами эпителія—нѣтъ; длина пузыря—9 с. На 4-й день испражн. обезцвѣтились; на 5-й день—окрашены. На 10 день боли въ животѣ и лихорадка вечерами; это длилось три дня; черезъ недѣлю опять повышеніе темпер. на 1 нед.; заживленіе раны осложнилось нагноеніемъ; 4-го апрѣля выписалась; рана не совсѣмъ зарубцевалась; 13 мая 1900 г. вынута нитка изъ культи протока. 15 сент. свищъ еще не закрылся; зондъ уходитъ на глубину 4 с.; сдѣлано выскабливаніе свища; 27 авг., по словамъ больной, у нея вышелъ камень съ испражненіемъ, въ $1^1/_2$ с. величиной. Въ декабрѣ 1900 г. свищъ еще не закрылся; болей не было ни разу.

Это наблюденіе представляетъ собой примѣръ гипертрофическаго склерознаго холецистита съ водяночнымъ экссудатомъ. Въ послѣдующемъ теченіи, послѣ операціи былъ легкій ангіохолитъ, вызывавшій желтуху и лихорадку; какъ видно изъ исторіи, этотъ ангіохолитъ могъ имѣть причину въ оставшемся камнѣ, который, однако, не закупоривалъ просвѣта; величина камня заставляетъ предполагать, что желчный протокъ былъ расширенъ, и что, слѣдов., существовалъ холедохоцитъ.

Волынцевъ. Хирургія. 1899. № 26. стр. 126.

Женщина, 33 л., въ дѣтствѣ перенесла корь и оспу; на 9 году имѣла лихорадку и желтизну покрововъ; до 12 л. страдала перемежающейся лихорадкой; на 23 г. перенесла брюшной тифъ. На 27 г. появились припадки болей, выражавшіеся сильнымъ стѣсненіемъ въ груди; «не хватало воздуха», а иногда «какіе-то желудочные спазмы», казалось, что «желудокъ втягивается въ грудь»; отъ болей билась головой въ стѣнку; припадки эти длились до $3^1/_2$ л. и являлись очень часто послѣ душевныхъ волненій; врачи считали припадки за нервныя колики; вскорѣ послѣ этого, года два назадъ, врачъ замѣтилъ у больной безболѣзненную опухоль въ области прав. подреберья,

которая ни разу потомъ не исчезала. 15-го дек. 1898 г. поступила въ хир. клин. Иверской Общины съ означенной опухолью, не вызывавшей никакихъ функціональн. разстройствъ. Желтухи нѣтъ; испражненія окрашены; въ мочѣ—ничего ненорм.; въ прав. подреберьѣ—плотная, подвижная, кругловатая опухоль въ области желчнаго пузыря; давленіе на нее вызываетъ легкую боль; 15-го дек. 1898 г., при операціи, найденъ растянутый желчный пузырь, длиной въ 16 с.; изъ него вытекла прозрачная слизь; найдено 12 камней свободныхъ, а 13-й былъ вколоченъ въ шейку и извлеченъ корицангомъ; желчный протокъ камней не имѣлъ; пузырь—удаленъ проф. *Дьяконовымъ;* рана зашита. Слиз. оболочка пузыря почти не содержала железъ. Рана зажила на 7-й день. Выписалась на 15-й день послѣ операціи. До 1902 г. болей не было. Въ 1902 г. разъ жаловалась на боли въ области печени, но не въ видѣ ирпадковъ.

Итакъ, въ данномъ случаѣ имѣлся холециститъ очень давняго происхожденія; инфекція, быть можетъ, тифозная, а, быть можетъ, кишечная, поразила желчный пузырь. Никакихъ нервныхъ коликъ здѣсь признать нельзя; все было обусловлено сокращеніемъ пузыря, старавшагося изгнать камни. Слиз. железъ въ пузырѣ почти не было, что̀ говоритъ противъ анатомической теоріи образованія камней. Боли въ 1902 г. мы объясняемъ возможностью легкой инфекціи желчныхъ путей больной на почвѣ утомит. путешествія въ Манчжурію. Однако, развитія камней, по моему мнѣнію, послѣдовать не можетъ никогда.

Проф. Склифосовскій Н. В. Отчетъ фак. хир. клин. за 1884—1890 г. стр. 324-я.

Женщина, 43 л., въ іюлѣ 1889 года имѣла сильныя боли въ прав. подреб., длившіяся 4 дня; въ августѣ 1889 г. замѣтила опухоль въ прав. подреб.; эта опухоль до декабря не увеличивалась, а потомъ стала расти. 10 марта 1890 г. поступила въ хир. клинику съ жалобой на означенную опухоль и тяжесть въ области ея. При изслѣдованіи, въ прав. подреберьѣ найдена плотная, продолговатая опухоль, въ области желчнаго пузыря, безъ ясныхъ границъ. 15-го марта того же года, при операціи, опухоль оказалась сильно растянутымъ желчнымъ пузыремъ, содержавшимъ 200 к. с. мутной жидкости; въ шейкѣ пузыря—камень съ грецкій орѣхъ; пузырь зашитъ наглухо и опущенъ. 20-го марта рана живота зажила; 31 марта выписалась вполнѣ здоровой.

Въ данномъ случаѣ мы видимъ примѣръ чистаго катарральнаго холецистита. Названіе болѣзни: «камень желчн. пузыря» ничего не говоритъ. Желательно было бы читать «катарральный холециститъ», съ добавленіемъ «каменный».

Проф. Вельяминовъ. Врачъ 1901 г. № 2. 61 стр.

Женщина, 85 л., страдала, 10 л. назадъ, острой болью желудка и кишокъ. 8 л. назадъ перенесла воспаленіе брюшины, и вскорѣ послѣ него появились припадки болей въ области печени, случавшіеся по нѣсколько разъ въ годъ; въ маѣ 1900 г. лѣчилась въ Карлсбадѣ; значительно стало лучше; однако, въ августѣ опять припадки болей; одинъ разъ вышелъ камень; въ октябрѣ 1900 г. поступила въ академич. клинику съ жестокими болями въ области желудка и печени, рвотой, слабостью и желтухой; сильно истощена. Въ клиникѣ найдено: сильная желтуха; рвота; отсутствіе аппетита; втянутый животъ; въ области желчн. пуз.—опухоль съ куриное яйцо; ближе къ средней линіи—другая, съ голубиное яйцо; ощупываніе ея—болѣзненное; въ первые 10 дней—два приступа болей. При операціи, найдены обильныя сращенія желчн. пузыря съ окружающими органами; одна изъ перемычекъ перетянула пузырь въ видѣ песочныхъ часовъ; самъ пузырь растянутъ; онъ освобожденъ отъ сращеній съ привратникомъ, который имѣлъ мышечное утолщеніе въ области выхода; это утолщеніе, по мнѣнію *Вельяминова,* обусловлено было перемычками привратника, поведшими къ гипертрофіи волоконъ выхода. Въ пузырѣ и протокахъ камней не найдено. Сдѣлана пилоропластика. Боли исчезли.

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ примѣръ перихолецистита и катарр. холецистита; припадки болей частью зависѣли отъ растяженія желудка, частью отъ пузыря. Примѣръ этотъ является единственнымъ наблюденіемъ коликъ, независимо отъ камней, но обусловленныхъ растяженіемъ пузыря.

Березкинъ Ф. И. Хирургія. 1899. № 33. стр. 224.

Женщина, 39 л., въ дѣтствѣ перенесла скарлатину, корь, тифъ. На 21 г. появились боли въ области позвоночника и въ бокахъ, слабость, похуданіе. На 22 г., на 5-й день послѣ родовъ, явились боли подъ ложечкой, въ видѣ приступа колик. Съ тѣхъ поръ это случается по 1 разу въ мѣсяцъ; боли распространяются въ спину, руки и ребра. Желтухи не имѣла никогда. Послѣдніе 6 лѣтъ боли бываютъ только 2—3 раза въ годъ. 7 ноября 1896 г. явилась сильная боль подъ ложечкой и рвота пищей, и это длилось 10—12 часовъ; однако, менѣе сильныя боли длились около недѣли, затѣмъ стихли, и появилась лихорадка. 14 дек. 1896 г. поступила въ Бахрушинскую б—цу съ жалобой на боль въ прав. подреб. и лихорадку. Аппет. удовлетвор.; запоръ; въ области пузыря болѣзненная опухоль, дающая неясное ощущеніе; ея нижній край доходитъ почти до верхней передн. ости таза; верхняя граница сливается съ печенью; темп. утр. 36,9°, вечер. 38,2°. 17 декабря операція. Растянутый пузырь содержалъ 2 стак. гнойн. жидкости; камней не было; темп. послѣ операціи нала; 24 дек. корнцангомъ удалено 12 камней, 28 дек. и 2 янв.—еще 47 камней, потомъ еще удаляли нѣск. разъ до 7 февраля; выписалась 7 февр. 1897 г. съ гнойнымъ отдѣленіемъ изъ свища; камни продолжали выходить и послѣ выписки больной; возвратовъ болей не было.

Итакъ, данный случай представляетъ, по нашему мнѣнію, примѣръ гнойнаго холецистита съ болью и лихорадкой. Воспаленіе было на лицо, но желтухи не было. Я думаю, что одинъ холециститъ не вызываетъ желтухи, и потому «воспалит. желтуха» наступаетъ только тогда, когда возникаетъ ангіохолитъ, т. е., возникаетъ механическая причина. Это и дало мнѣ поводъ сказать, что воспалительная желтуха еще нуждается въ доказательствахъ своего признанія.

№ 1755. Отчетъ фак. хир. клин. за 1899—1901 г. Распознаваніе—эмпіэма и камни.

Женщина, 46 л., поступила 1-го окт. 1899 г., выбыла 17 дек. 1899 г. Инфекціонн. болѣзней не имѣла. 2 года назадъ приступы болей въ правой половинѣ живота, и три дня рвота желчью; знобъ и жаръ. Черезъ 2 нед. боли стихли; въ прав. подреберьѣ опухоль

съ грецкій орѣхъ. Опухоль выросла до головы новорожд. ребенка. 1 м. назадъ, 2-й приступъ безъ рвоты; желтухи не имѣла. Данныя: правое подреберье выстоитъ; подвижная опухоль съ зыбленіемъ. Вѣсъ 3 п. 17 ф. Испражн. окрашены; при операціи—пузырь съ гусиное яйцо; въ немъ слизисто-гнойная жидкость; въ пуз. прот. камень съ орѣхъ. Сдѣланъ свищъ. Черезъ 2 нед. свищъ почти зажилъ.

Въ данномъ случаѣ мы имѣемъ картину гнойнаго холецистита безъ ангіохолита, такъ какъ не было желтизны. Лихорадка приступами, наблюдавшаяся въ прошломъ, безъ желтизны, также свойственна острому еще не гнойн. холециститу

№ 1759. Тамъ же. Cholelithiasis.

Женщина, 60 л. поступила 16 февр. 1901 г., выбыла 20 апр. того же года. Въ прошломъ ничего особеннаго до послѣднихъ 4 л., когда явилась боль въ прав. боку и правой лопаткѣ, жаръ, тошнота, рвота, но безъ желтухи. Въ это же время ощутила опухоль въ прав. подреб.; лежала 1 мѣсяцъ; поправилась и чувствовала себя хорошо до весны 1900 г., когда болѣзнь повторилась. Опять 1 м. лежала, послѣ чего до декабря 1900 г. была здорова, а въ половинѣ декабря появились жестокія боли въ правомъ боку, рвота, тошнота, что повторялось 2—3 р. въ недѣлю; во время болей появлялось желтое окрашиваніе кожи. Боли не успокоились съ той поры до настоящаго момента. Поступила въ клинику, гдѣ найдено: легкая желтизна, запоры, въ области желчнаго пузыря—опухоль съ куриное яйцо, безболѣзненная при давленіи. Испражн. окрашены; въ мочѣ—желчныхъ пигментовъ нѣтъ. Операція 3 марта. Оказались сращенія пузыря съ попер. кишкой; въ мѣстѣ ихъ спалнія—камень. Пузырь вшитъ въ рану; до конца марта испражненія выдѣлялись черезъ каловый свищъ, развившійся вслѣдствіе раненія толстой кишки при операціи. 20-го апр. 1901 г. выписалась, и черезъ мѣсяцъ рана зажила.

Этотъ случай представляетъ собой картину чистаго холецистита безъ ангіохолита.

Проф. Бобровъ А. А. Отчетъ фак. хир. клин. за 1897—1899 г. № 1212.

Женщина, 24 л., уже 2 года страдаетъ тупыми болями въ прав. подреберьѣ; въ сент. 1897 г.—сильныя боли подъ ложечкой и въ

прав. подреб. области съ отдачей въ спину и со рвотой; это длилось сутки; въ ноябрѣ тоже. Въ 1898 г. это повторялось въ янв., въ мартѣ и 2 р. въ маѣ; боли длились около сутокъ; появлялись ночью; лѣто провела на Кавказѣ; поправилась; въ сент. опять боли въ теченіи 6 дней, со рвотой; появилась легкая желтуха; врачъ нашелъ опухоль въ прав. подреб., которая существуетъ до сей поры; 13-го ноября 1898 г. поступила въ хир. клинику. Здѣсь отмѣчено: желтухи нѣтъ, испражненія окрашены, въ прав. подреберьѣ—опухоль, величиной съ яйцо. При операціи найденъ растянутый пузырь; въ пузырн. протокѣ и въ пузырѣ найдены камни; содержимое, кромѣ камней, стекловидная жидкость. Пузырь зашитъ и опущенъ. На 12-й день больная встала. Въ 1899 г. больная вывела съ испражненіемъ 2 камня.

Итакъ, данный случай представляетъ примѣръ катарральнаго холецистита съ водяночнымъ экссудатомъ; теченіе—хроническое.

Березкинъ Ф. И. Отчетъ Бахруш. б—цы за 1895 г. стр. 95.

Женщина, 26 л., 2 мѣс. назадъ замѣтила опухоль въ прав. подреб.; 5 л. страдаетъ болью подъ ложечкой и въ печени, отдающей въ лопатку и спину; послѣдній годъ чувствуетъ себя слабой; желтухи не имѣла. Поступила 10 апр. 1895 г. въ хир. больн. съ жалобой на боль въ прав. подреб. и подъ ложечкой. Въ больницѣ найдено: желтухи нѣтъ; въ прав. подреб. опухоль, спускающаяся ниже пупка, подвижная; печень—не увеличена; опухоль безболѣзненная; испражненіе—норм. цвѣта; лихорадки нѣтъ. 19 апр. 1895 г. операція. Найденъ растянутый желчный пузырь; въ пузырной шейкѣ—камень; сдѣланъ 2 моментный пузырный свищъ; вытекло $1^1/_2$ стак. слизи; лихорадки не было; выписалась 27 іюня со свищомъ; была вновь осмотрѣна въ декабрѣ 1896 г.; изъ свища выдѣлялась слизь по столов. ложкѣ въ день; если происходила задержка слизи, то случалась колика въ прав. подреберьѣ.

Итакъ, данное наблюденіе было бы умѣстно назвать хроническимъ катарр. холециститомъ съ водян. выпотомъ.

Н. Титовъ. Врачъ № 44. 1900. стр. 1352.

Мужчина, 40 л., 2 года назадъ сталъ страдать запорами и сильной болью въ подлож. области; припадки уступили слабительному.

Въ іюнѣ 1896 г. появилась боль въ прав. подреб. и исчезла черезъ 3 дня послѣ слабительн.; изрѣдка побаливала область печени. 23-го августа 1896 г. поступилъ въ больницу съ жалобою на боль въ животѣ и запоры; въ день поступленія, утромъ, начались боли по всему животу и рѣзкое вздутіе послѣдняго; съ клизмой вышли газы; животъ опалъ; вечер. темп. 38,5°; на слѣд. день—боли въ правомъ подреберьѣ продолжались; аппетитъ сталъ лучше, желтухи не наблюдалось; темпер. колебалась между 37 и 39°. 4-го сентября больной чувствовалъ себя хорошо, но неожиданно умеръ, нагнувшись, чтобы поднять что-то. При вскрытіи нашли кровеизліяніе въ желчномъ пузырѣ и 1 камень, величиной съ лѣсной орѣхъ; пузырь атрофиченъ; отверстія въ немъ нигдѣ нѣтъ.

Данный случай представляетъ собой примѣръ атрофическаго холецистита.

Проф. П. И. Дьяконовъ. Хирургія. 1900. № 49. стр. 19.

Женщина, 50 л., 7 лѣтъ назадъ стала страдать перемежающейся желтухой; одновременно были боли въ подложечной области; такъ тянулось до марта 1899 г.; въ мартѣ боли стали распространеннѣе; изъ подлож. области онѣ отдавали въ спину и прав. подреберье; временами онѣ принимали форму жестокихъ коликъ, послѣ которыхъ являлась желтуха и сильный зудъ. Въ маѣ 1899 годъ ѣздила въ Ессентуки; тамъ 2 мѣс. была здорова; скоро, однако опять явились боли на 2 нед.. по истеченіи коихъ наступило сравнительно сносное состояніе до октября; въ октябрѣ—опять возобновились боли въ подложечной области; больная пріѣхала въ Москву и здѣсь припадокъ колик врачами былъ опредѣленъ, какъ «типичный припадокъ печеночныхъ колик;» 22 февраля вечерняя темп. поднялась до 39,3°. 27 февраля врачъ лѣчебницы отмѣтилъ приступъ болей послѣ ѣды черезъ 1 часъ; боль была въ подложечной области; темпер. колебалась нѣсколько дней между 37 – 38°; 2-го марта ночью—«типичный припадокъ болей;» 7 марта—тоже; 8 марта 1900 г. поступила въ хирург. клинику Иверской общины. Здѣсь найдено: желтизна кожныхъ покрововъ; темпер. 39,3°; испражненія окрашены; область желчнаго пузыря—очень болѣзненная, и здѣсь прощупывается плотный тяжъ; въ мочѣ временами—желчные пигменты. 12 марта 1900 г. операція. Найдено спаяніе печени съ сальникомъ и съ кишками; сальниковое отверстіе и протоки были съ трудомъ ощупаны. Въ

пузырѣ найдены камни; вышла темножелтая желчь; пузырь вшитъ въ рану; 2 нед. тянулась общая слабость; на 20-й д. стала сидѣть въ креслѣ; на 27-й день стала ходить; желтуха не исчезла, испражненія—обезцвѣчены; первые 9 дней послѣ операціи темпер. вечерами около 38,2—38,6°; изъ свища обильно текла желчь; 20 мая выбыла изъ клиники; убавилась въ вѣсѣ на 3 кило; общее состояніе удовлетворительно; испражненія слегка окрашены; обильное выдѣленіе желчи изъ свища. 3-го января 1901 года, т. е., почти черезъ 10 мѣсяцевъ послѣ операціи, снова поступила въ клинику; свищъ продолжаетъ выдѣлять громадное количество темной желчи; кожные покровы—желтушны; животъ вздутъ; испражненія—глинистаго цвѣта; ежедневно выдѣлялось 350—700 куб. сант. темной желчи въ повязку или въ желчепріемникъ; температура—нормальна; 23 янв. въ желчи найдены bacillus coli и стафилококки; 14 февраля отверстіе свища сильно съузилось; желчь перестала выдѣляться; появились тянущія боли въ животѣ и спинѣ; 15 февраля свищъ былъ растянутъ; выдѣлилось большое количество желчи, поставленъ дренажъ, но желчь не показалась; вечеромъ—жаръ до 38,6°; появились боли въ прав. и лѣв. боку; 16 февраля желчь не выходила; испражненія—обезцвѣчены; темп. 38,9°; боли; 17-го вечерн. темп. 39,2°, 18-го обильное отдѣленіе желчи; темп. нала до нормы; 19—20 и 21-го. желчь хорошо отдѣлялась, темп. 36,9°; 21 вечер. темпер. 38,2°; снова—боли; съ 22 по 23—тоже; темпер. 38,5°; испражненія—обезцвѣчены; 25 желчь невыдѣляется; темпер. вечер. 40°; въ повязкѣ—кровь; 26 и 27—темп. ниже 37°; боли продолжаются; въ повязкѣ кровь; на перевязкѣ замѣчено отсутствіе выдѣленія желчи. Смерть въ коматозномъ состояніи. Вскрытіе больной описано въ анатомическомъ отдѣлѣ. Здѣсь упомяну, что желчный протокъ и пузырь были выполнены кровяными сгустками; желчный протокъ былъ запертъ большимъ камнемъ.

Случай этотъ крайне замѣчателенъ и ведетъ ко многимъ размышленіямъ, почему я остановлюсь на немъ подробнѣе. Больная имѣла давнишній холециститъ, къ которому современемъ присоединился ангіохолитъ, вѣроятно, на почвѣ закупорки желчнаго протока. Въ силу долгаго выжиданія развился перихолециститъ и парахолециститъ; это повлекло къ сращеніямъ и послужило сильнымъ препятствіемъ для изслѣдованія желчнаго протока, въ которомъ былъ просмотрѣнъ камень; послѣдній,

могъ быть еще не великъ при первой операціи. но онъ уже загромождалъ токъ желчи. Полнѣйшее выдѣленіе темной желчи наружу, явившееся въ клиникѣ по 20 мая, служило указаніемъ закупорки. Наблюденія различныхъ хирурговъ доказали, что выжиданіе здѣсь безполезно; слѣдуетъ всегда думать, разъ вытекаетъ вся желчь наружу, что пути не свободны и не освободятся безъ вторичной операціи. Такъ вторично вмѣшивались *Terrier*, *Quénu*, *Kehr* и друг. Дѣйствительно, почти годъ свищъ не закрывался, и вся желчь текла наружу. Дома больная устраивала повязки сама, и, конечно, дѣло не обходилось безъ зараженія пузыря. Въ клиникѣ, при вторичномъ ея поступленіи, думали о возможности вторичной операціи, но больная не хотѣла операціи и соглашалась лишь на внутреннее леченіе. Ей дѣлали большія масляныя клизмы и ежедневно промывали пузырь то масломъ обезпложеннымъ, то скипидарной водой; при этомъ замѣчательно было явленіе колики, если, наполнивъ пузырь, пытались зажать отверстіе; также замѣчательно, что суженіе кожнаго отверстія повлекло застой желчи, поднятіе температуры и колики; произошла вспышка ангіохолита, тѣмъ болѣе что желчь была зараженной; быть можетъ, неоднократныя попытки расширить свищевое отверстіе повлекли кровеизліяніе; плотные сгустки, которые, даже при вскрытіи больной, удалялись съ трудомъ, окончательно прекратили отдѣленіе желчи и повлекли припадки ужасныхъ болей, отъ которыхъ больная впала почти въ безпамятство; родные отклонили операцію; смерть произошла частью отъ силы инфекціи, отъ ядовитости токсиновъ, частью же отъ шока. Боли здѣсь были потому такъ сильны, что печень была относительно здорова; мы видѣли, что она выдѣляла большое колич. желчи, и вся эта желчь не имѣя выхода, обусловила сильное распираніе и шокъ. Если бы больная страдала хронической недостат. печени съ малымъ выдѣленіемъ желчи, боли, вѣроятно, не были бы такъ жестоки. Печень, какъ упомянуто на вскрытіи, имѣла сильнорасширенные ходы, но гноя не содержала; микроскоп. изслѣдованія отчасти не сдѣлали въ виду того, что изъ печени сдѣланъ гипсовый препаратъ. Гнойный ангіохолитъ еще не успѣлъ

возникнуть, какъ больная погибла. Восхожденіе инфекціи на почвѣ застоя желчи также ярко выразилось въ этомъ примѣрѣ. Таковъ этотъ поучительный случай, въ которомъ смерть больной произошла отчасти по ея собственной винѣ. Въ хирург. отношеніи онъ подтверждаетъ мнѣніе *Terrier*, *Quénu* и друг., что длительное незаживленіе свища всегда говоритъ о необходимости вторичнаго вмѣшательства. Укажу наконецъ, что цвѣтъ желчи, въ данномъ случаѣ черный, также говорилъ за застойную желчь.

Проф. П. И. Дьяконовъ. Тамъ же.

Мужчина, 34 л., заболѣлъ въ ноябрѣ 1896 г. тошнотой, плохимъ аппет., желтухой лица; это состояніе, безъ коликъ, длилось до весны 1897 г.; въ это время опять повторилось то же, почему пролежалъ въ больницѣ 3 недѣли. Послѣ этого былъ 1 годъ здоровъ; въ маѣ 1898 г. боли подъ ложечкой, желтизна лица, слабость; длилось такое состояніе до лѣта, когда сталъ опять здоровъ. Весною—1899 г. боль подъ ложечкой, тошнота, слабость, плохой аппетитъ. Лѣто опять провелъ сносно; въ сентябрѣ 1899 г. до 25-го января постоянная желтуха. 25-го января 1900 г. поступилъ въ Хир. Клин. Иверской Общины; здѣсь найдено: темп. 37,1°; общая желтуха; моча—нормальна; печень—увеличена, и прощупывается плотный твердый край ея на нѣсколько поперечныхъ пальцевъ ниже реберъ; у средины реберной дуги—плотная опухоль. Отъ операціи отказался. Черезъ 5 мѣс. поступилъ въ Голицынскую больницу. Желтуха все время съ января не проходила. Тошнота. Животъ вздутъ; аппетитъ плохой; испражненія слабо окрашены; печень не болѣзненная; въ области средины реберной дуги—плотная опухоль въ формѣ языка; въ мочѣ—желчные пигменты; общая апатія. 14-го іюня 1900 г.—операція, произведенная проф. *П. И. Дьяконовымъ*. Найдено увеличеніе лѣвой доли печени и много сращеній на нижней ея поверхности; на переднемъ краю лѣвой доли—бугристая опухоль. Желчный пузырь—очень растянутъ, содержалъ черную желчь; въ пузырь, при зондированіи, ушелъ инструментъ въ 20 с. длины. Послѣ операціи—общая слабость; серд. дѣят. постепенно падала; на 4-й д. нитевидный пульсъ; на 5-й день пропало сознаніе; темп. не поднималась выше 38°; желчь вытекала обильной струею; 18-го іюня смерть. Подробнаго вскрытія не было сдѣлано по независящ.

обстоятельствамъ. Однако, была извлечена печень съ желчнымъ пузыремъ и протоками. Желчный протокъ оказался заросшимъ; онъ проходитъ лишь на 2 сант. отъ своего начала; далѣе онъ превращенъ въ плотную бѣлую ткань. Эта ткань оказалась, при микроск. изслѣдов., мелкопузырчатымъ или альвеолярнымъ эхинококкомъ. Выше зарощенія находилось расширеніе печеночнаго протока съ зелено-черной стѣнкой; въ немъ—песокъ; изъ этой полости шелъ извилистый ходъ къ нижней поверхности печени къ наружному краю ея, гдѣ помѣщалась другая полость, тоже съ камнями, величиной не болѣе 1 мил.; нижняя стѣнка этой полости также состояла изъ плотной бѣлой ткани. Въ воротахъ печени, оказались тяжи плотной бѣлой ткани, подобной той, которая найдена въ протокѣ. Микр. изслѣдов. тяжей также показало строеніе альвеол. эхинококка. Препараты эти были разсмотрѣны проф. *Мельниковымъ-Разведенковымъ*, и случай этотъ отчасти приведенъ въ его работѣ «объ альвеолярномъ эхинококкѣ».

Въ виду рѣдкости подобнаго заболѣванія приведу болѣе подробно описаніе посмертнаго изслѣдованія, сдѣланнаго мной. Бѣлая ткань, изъ которой состояла нижняя часть протока имѣла протяженіе 1,3 сант.; передъ симъ зарощеніемъ имѣлась продолговатая полость въ $3^1/_2$ с. длины и около 2 с. ширины и содержала темную желчь и слизь; стѣнки ея инкрустированы; въ ней много камней, въ видѣ крупнаго песка; камни совершенно черные, твердые; изъ этой полости шелъ вправо извилистый ходъ, имѣющій хрящевую стѣнку грязнаго цвѣта, и открывался въ другую круглую полость, размѣромъ около 3 с.; ея стѣнки также состояли изъ плотной хрящевой ткани; эта полость помѣщалась въ правой долѣ печени, на разстояніи $1^1/_2$ с. отъ края ея, и отдѣлялась отъ нижней поверхности печени слоемъ бѣлой плотной ткани; стѣнки полости покрыты инкрустаціями; изъ этой полости идетъ новый каналъ, подобный описанному. Въ полость печеночнаго протока, выше зарощенія желчнаго протока, впадалъ пузырный протокъ; пузырь сильно растянутъ; особыхъ измѣненій не представлялъ; въ пузырн. протокѣ отчасти сохранились спиральныя заслонки; конецъ пузырнаго протока имѣетъ сѣрогрязную слиз. оболочку; ближе къ пузырю оболочка болѣе нормальная. Бѣлая ткань,

окружавшая желчный протокъ, одинаково окружала и другіе печеночные протоки; при сдавливаніи этихъ тяжей, выдавливалось какое-то студенистое вещество; вся печень сильно зеленаго цвѣта; въ разрѣзѣ видны мелкіе желтые бугорки; она плотна; въ одномъ мѣстѣ, на ея поверхности, находился мягкій узелъ. Для изслѣдованія были взяты кусокъ стѣнки полости, кусокъ съ упомянутаго сейчасъ узла, ткань желчнаго протока и бѣлая плотная ткань изъ разныхъ другихъ мѣстъ. Микроск. изслѣдов. показало, что бѣлая ткань представляетъ строеніе echinococcus parvicellularis; въ печени—разростаніе глиссоновой капсулы; соединит. ткань проникаетъ въ существо дольки. Случай этотъ долженъ быть причисленъ къ весьма рѣдкимъ. Не будучи достаточно знакомъ съ описаніемъ случаевъ альвеолярн. эхинококка, я могу сказать, что въ казуистикѣ литературы заболѣваній желчныхъ путей я нигдѣ не встрѣтилъ подобнаго наблюденія, и никто изъ авторовъ не приводитъ подобной закупорки. Далѣе, наблюденіе это не менѣе замѣчательно и въ другомъ отношеніи. Именно, здѣсь мы видимъ примѣръ длительной неполной закупорки, давшей возможность умѣреннаго застоя желчи въ печени; при такомъ застоѣ могутъ, какъ говорили мы, развиться камни въ печени. Инфекція повлекла развитіе гипертрофич. желчнаго цирроза. Такимъ образ., данный случай слѣдуетъ назвать: катарральный ангіохолитъ и періангіохолитъ; катарральный холециститъ; гипертрофич. желчный циррозъ; камни здѣсь—лишь отдаленное послѣдствіе, и названіе даннаго случая литіазомъ не выражаетъ сущности болѣзни.

Березкинъ Ѳ. И. Хирургія. 1899. № 33. стр. 224.

Женщина, 70 л., на 40 году страдала болью въ области печени, являвшейся въ формѣ припадковъ; 7 л. назадъ появились опять такіе же припадки; больная лѣчилась въ Ессентукахъ, чувствовала себя хорошо. 1-го ноября 1897 г. опять приступы болей, повторявшіеся каждые 4—5 дней; съ янв. 1898 г.—желтуха; въ мартѣ поступила въ терапевт. клинику; приступы стали повторяться черезъ 2—3 дня; за послѣдній годъ упала въ вѣсѣ на 2 пуда. 5 мая

1898 г. поступила въ Бахрушинскую больницу съ явленіями общей слабости, болей подъ ложечкой, запоромъ, легкой желтухой и плохимъ аппетитомъ. Лѣвая доля печени выступаетъ изъ-подъ реберъ почти на 3 попер. пальца. Желчный пузырь и селезенка не прощупываются; запоры; испражн. обезцвѣчено; бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ; слѣды желчныхъ пигментовъ. Сильный зудъ; темп. норм.; съ 5-го мая по 20-е сент. имѣла 18 приступовъ колики, во время коихъ можно было ощупать желчный пузырь грушев. формы. Темпер. повысилась до 38,3°; желтуха усилилась, отеки—ногъ. 23 ноября 1898 г. операція. Найденъ растянутый желчный пузырь; сращеній кругомъ него нѣтъ; въ желчномъ протокѣ камень съ воложскій орѣхъ, въ начальной части протока; протокъ—разсѣченъ; камень извлеченъ по частямъ; въ пузырѣ камней не было; дренажъ брюшной полости; на 19-й день испражн. окрасились; темпер. черезъ 2 дня послѣ операціи нала до нормы; на 16-й день желчь перестала выдѣляться изъ раны; колики не было. 30 янв. рана зажила. 17 февр. выписалась, прибавилась въ вѣсѣ на 25 ф.; легкая окраска кожи.

Этотъ случай—примѣръ холецистита и послѣдующаго ангіохолита. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ одинъ изъ типичныхъ въ смыслѣ удачи хирургич. лѣченія. Вѣроятно, большее выжиданіе привело бы больную къ гибели вслѣдствіе развитія недостаточности печени.

№ 1756. Отчетъ фак. хир. клин. за 1899—1901 г.

Женщина, 21 г., поступ. 31 окт., выбыла 3 дек. 1899 г. 10 л. назадъ—корь; на 11 г. тифъ. На 14 г. лихорадка и желтуха на 3 нед.; на 16 году аппендицитъ въ теченіи 2 нед.; на 17—длит. лихор. неопр. формы; въ 1898 г., 1 г. назадъ, боль въ прав. подреб. и темп. до 40°; желтухи не было; черезъ $1^1/_2$ нед. боли прошли; встала съ постели, но скоро опять жаръ на 1 нед.; въ янв. 1899 г. 2 приступа съ 40°; это совпало съ регулами. Лѣтомъ—4-й припад., въ сент.—5-й. Поступила въ клин. внутр. болѣзней; здѣсь видѣли увелич. селезенку, тупость ниже реберъ правой стороны; испражненія временами не окрашены; темпер. высокая; лихорадило 9 дней; область печени болѣзненная. 4 окт. операція. Желчный пуз.—растянутъ; изъ него вытекла желтая жидкость; въ полости его 1 камень съ горошину; много спаекъ, которыя раздѣлены. Пузырь вытерли,

зашили и опустили. Черезъ 2 г. узнали, что у больной повторился припадокъ.

Въ данномъ случаѣ картина—ангіохолита и холецистита. Временная желтуха зависѣла отъ застоя желчи. Протоки были освобождены, благодаря разрѣзу сращеній; отчасти—благодаря разминанію.

№ 1758. Тамъ же.

Вотъ еще случай ангіохолита, подъ рубрикой литіаза.

Женщина, 42 л., поступила 6 февр. 1900 г. Въ прошломъ ничего особеннаго. Больна 7 л. Началась болѣзнь съ острой боли подъ лож. и въ прав. подребер., съ распространеніемъ въ лопатку. Желтухи не было. Черезъ 7—8 м.—тоже самое. Потомъ все чаще и чаще. Съ 1898 г. каждый день боли, но въ постель не ложилась. Въ сент. 1898 г.—опять боли на 5 дней; въ ноябрѣ тоже; въ мартѣ 1899 г.—бѣлыя испражненія; стала худѣть; аппет. пропалъ; боли въ правомъ подреберьѣ; въ апрѣлѣ—слегла; желтуха и зудъ; 10 мая знобъ, жаръ 40°—потъ, боли. Лежала 3 мѣсяца; боли не прошли; еще лихорадило 1 мѣс.; въ сент.—лучше; въ октябрѣ слегла, 40°, желтуха, бредъ; 2 мѣс. лѣчилась, но все тѣже боли. Вѣсъ—сталъ 2 п. 28 ф., вся оливковаго цвѣта, изъ рта—запахъ, языкъ желтобурый, аппетита нѣтъ, желчн. пуз. неясно прощупывается. Печень—велика; 13-го февр. операція. Печень — большая; стѣнки пузыря—утолщены; въ немъ—гной; отверстіе зарощено; въ желчномъ протокѣ нашли два камня; протокъ расщепили и взяли на нитки; тампоны; больная потомъ нѣсколько дней лихорадила; 20 февр. испражненія окрасились. 17 апр. выписалась съ узкимъ свищомъ, поподнѣла.

Можно ли такой картинѣ болѣзни давать названіе литіазъ?

Второе, что здѣсь поразительно, это выжидательное лѣченіе, которое едва не свело въ могилу больную. Всякій терапевтъ долженъ былъ покинуть надежду на внутреннее лѣченіе и убѣдить больную подвергнуться операціи.

№ 1760. Тамъ же. Cholelithiasis.

Женщина, 43 л., поступила 13-го ноября 1900 г., выбыла 7 дек. того же года. Въ 1899 г., въ декабрѣ, появилось общее недомоганіе, головная боль, отеки. Черезъ мѣсяцъ поправилась. Въ 1900 г.,

въ іюлѣ, боль подъ ложечкой, рвота 4 дня, общая желтуха. Лѣчилась безъ успѣха. Въ наст. время вѣсъ 3 п. 24 ф., очень желта, зудъ, темп. нормальна, тяжесть подъ ложечкой, тошнота, 4—5 разъ въ день боль подъ ложечкой. Испражненія мало окрашены. Печень увеличена. Въ области пузыря небольшая опухоль, болѣзненная; печень—болѣзненная; въ мочѣ желчн. пигментъ, гной, цилиндры. При операціи въ печеночно 12 п. связкѣ плотные узлы. Пузырь содержалъ слиз. гнойную жидкость, стѣнки его утолщены. Сдѣланъ кожный свищъ. При выпискѣ свищъ и желтуха остались. Въ отдѣленіи пузыря находился bacillus coli.

Этотъ случай, представляющій увеличеніе печени, желтуху, слиз. гнойную жидк. въ пузырѣ, слѣдовало бы назвать angiocholecystitis но во всякомъ случаѣ не литіазомъ.

Проф. Бобровъ А. А. Тамъ же. № 1213-й.

Женщина, 29 л., на 25 г., во время беременности, ощутила боли въ прав. подреберьѣ; послѣ беременности боли исчезли; въ 1899 г., послѣ родовъ, перемеж. лихорадка на 2 нед., съ темп. до 41°; черезъ 3 нед. боли въ прав. подреберьѣ, съ отдачей въ подлож. область, спину, лопатку; случалось это вечерами на нѣсколько часовъ и длилось $1^1/_2$ нед. Въ ноябрѣ 1899 г. боли, приблиз. тѣ же, на 2 дня; вскорѣ на—3 дня; одновремено явилась желтуха; а вскорѣ и лихорадка до 39°; это длилось нѣсколько дней, и вышелъ камень съ испражненіемъ; тогда желтуха значительно уменьшилась, но временами случались жаръ и потъ. Къ концу декабря желтуха исчезла; 4 января 1899 г. знобъ и сильныя колики, темп. до 40°; желтуха. Больная поступила въ хир. клинику, гдѣ найдено: общая слабость, болѣзненность въ прав. подреб., сѣрыя испражненія. 20 января—знобъ и колики; это повторялось еще нѣсколько разъ; испражненія продолжали быть слабо окрашенными. Сдѣлана операція 30 января. Желчный пузырь—съ куриное яйцо; камни въ пузырѣ и протокахъ: печен., пузыр. и желчномъ; въ пузырѣ находилась слизистогнойная жидкость; желчный протокъ былъ вскрытъ изъ него удалено 2 камня; нѣсколько камней въ немъ размяты; 4 шва на рану протока. Послѣ операціи—сильныя боли въ печен. области; приблизит. черезъ 2 нед. испражненія окрасились; однако, еще цѣлый мѣсяцъ больная лихорадила, со знобомъ и потомъ; случались и боли въ подлож. области. Выписалась 10 апрѣля безъ

желтухи, но со свищемъ; въ іюлѣ 1899 г. вышли чрезъ свищъ 2 камня; въ февралѣ 1900 г. была здорова.

Итакъ, данное наблюденіе примѣръ холецистоангіохолита. Интересно отмѣтить здѣсь перемеж. лихорадку послѣ родовъ, которая обязана была вторичной инфекціи, вызвавшей ангіохолитъ, на почвѣ уже пораженныхъ желчныхъ путей. Съ другой стороны не менѣе интересно послѣдующее теченіе, гдѣ закупорка, очевидно, осталась, и она то способствовала продолженію ангіохолита.

Проф. Шервинскій. Хирургія. 1900. № 43 стр. 40 *).

Женщина, 21 г., на 11 г. перенесла лихорадку, похожую на брюшной тифъ; на 14 г. желтуха съ темп. до 40°; на 17 г. длит. лихор. на 2—3 нед., съ болью въ прав. подрeб.; въ октябрѣ 1898 г., при регулахъ боль въ прав. подреберьѣ и темп. до 40°; запоры; желтухи не было; больна была 3 нед.; вскорѣ опять заболѣла подобнымъ же образомъ на 1 нед.; съ этого времени осталась боль въ прав. подреберьѣ; въ январѣ 1899 г. боли и темп. 40° при регулахъ; лѣто 1899 г. тоже случались приступы болей и лихорадки. 15 октября 1899 г. поступила въ факульт. клинику внутр. болѣзн.; здѣсь отмѣчено: болѣзненность въ подлож. области и въ прав. под. реберьѣ; печень увеличена; правая почка—подвижна; моча—нормальна; прощупывается желчный пузырь; темп. норм.; однако, вскорѣ темп. поднялась до 39,1°; селезенка одновременно увеличилась; на другой день темп. 40,5°, и появились регулы; во время теченія послѣднихъ лихорадка держалась около 39°; когда регулы кончились, температура пала черезъ три дня послѣ нихъ; 31 октября 1899 г. переведена въ хир. клин. 4 ноября 1899 г. операція. Найденъ растянутый желчный пузырь; сращенія его съ 12 п. кишкой; сальниковое отверстіе зарощено; въ шейкѣ пузыря—камень; пузырь зашитъ наглухо и опущенъ; первые дни были боли въ ранѣ; регулы протекли безъ болей; темп. почти не поднималась все время; выписалась черезъ мѣсяцъ послѣ операціи; селезенка—уменьшилась; пузырь не прощупывается; область печени—безболѣзненная. Въ апрѣлѣ 1900 г. больная найдена здоровою.

Въ данномъ случаѣ видимъ ангіохолитъ хроническій и холециститъ. Увеличенная печень, увеличенная селезенка, при-

*) Данный случай, повидимому, тотъ самый, что описанъ на 283 стр., подъ № 1756.

ступы лихорадокъ, все говорило за ангіохолитъ; не наблюдалось лишь желтухи; подобные случаи отсутствія желтухи объяснить трудно; быть можетъ здѣсь бываетъ ограниченный ангіохолитъ, не поражающій всей печени.

Проф. Бобровъ А. А. Хирургія. 1899. № 28, стр. 349.

Больная, 22 л., перенесла въ 1897 г. брюшной тифъ. Въ 1896 г. во время беременности имѣла боли въ прав. подреберьѣ; въ 1897 г. при 2-й берем.—тоже; въ маѣ 1898 г. сильныя колики въ прав. подребер., отдающія въ спину и правую лопатку; темп. поднялась до 40°; на другой день—желтуха; вправо отъ пупка—опухоль, величиной съ яйцо; припадокъ длился 1 недѣлю. Черезъ $1^1/_2$ нед. опять озноб., жаръ въ 40°, опухоль; длилось это 2 дня; лѣтомъ изрѣдка ноющая боль и лихорадка; 24 сентября—подобный же припадокъ; въ слѣд. дни—ежедневные припадки колик., вечер. лихор. до 40°; 27 октября 1898 г. поступила въ хир. клин., гдѣ отмѣчено: желтуха, испражн. окрашены, ноющая боль въ прав. подреберьѣ, иногда колики; животъ вздутъ; въ прав. подребер.—опухоль; печень увеличена; селезенка не увеличена; 31 октября 1898 г. операція; въ области головки поджел. железы опухоль величиной съ кулакъ; желчные протоки не расширены; желчный пузырь—умѣренно наполненный; камней въ немъ нѣтъ, пальцемъ, введеннымъ въ сальниковое отверстіе, изслѣдовали головку железы; пузырь не вскрывали, раны зашиты; 6 дней послѣ операціи была сильная боль въ прав. подреберьѣ; вскорѣ послѣ—боли и желтуха исчезли; темп. лишь одинъ разъ поднялась до 38,2°; 23 ноября была трехдневная боль въ прав. подреберьѣ съ желтухой и 38,2°. 15 декабря выписалась; была $1^1/_2$ мѣс. здорова.

Это наблюденіе, названное хроническ. панкреатитомъ, представляетъ типичный случай ангіохолита. Изъ сопоставленія его съ другими, сразу становится понятнымъ сущность процесса. На почвѣ тифозной инфекціи возникъ катарр. холециститъ, который потомъ обусловилъ восхожденіе вторичной инфекціи, вѣроятно, кишечной. Я не отрицаю того, что здѣсь было увеличеніе головки; я думаю, что именно оно было и способствовало восхожденію вторичной инфекціи. Я не поручусь, по краткости наблюденія срока, что дѣло не шло о на-

чинающемся злок. новообразов., которое было во время операціи такъ или иначе измѣнено въ расположеніи, благодаря чему получился выходъ желчи. Не было, однако, долго полнаго устраненія. Нечего удивляться достигнутому результату; мы приводили не разъ непонятное значеніе операціи. Жаль, что пузырь не былъ вскрытъ; темная желчь дала бы опоръ въ распознаваніи ея застоя. Во всякомъ случаѣ вся клиническая картина не могла обусловиться хронич. воспаленіемъ железы. Мы видимъ бурную картину, свойственную острому процессу, въ данномъ случаѣ, ангіохолиту, и никакъ не можемъ предполагать, что поджелудочная железа представляетъ какое то особое исключеніе въ общей паталогіи, характеризующееся острой картиной хроническаго воспаленія. Поэтому, это наблюденіе я отношу въ отдѣлъ остраго катарр. ангіохолита.

Проф. Бобровъ А. А. Отч. Фак. Хирург. Кл. 1897—1899 № 1112.

Женщина, 41 г., на 16 году имѣла малярію, въ 35 л. тифъ, на 6—7 г. отъ роду стала страдать болью подъ ложечкою и запорами. Съ 12 л. эти боли усилились, сопровождались даже крикомъ; эти боли и запоры длились до 20 л., когда присоединились еще боли въ поясницѣ. Въ февралѣ 1896 г. появился ночью припадокъ сильныхъ болей подъ ложечкой и въ прав. подреберьѣ; боли носили характеръ стрѣляющихъ коликъ, отдающихъ въ спину; длились онѣ нѣтеръ стрѣляющихъ коликъ, отдающихъ въ спину; длились онѣ нѣсколько дней; на 5-й день ихъ появленія обозначилась желтуха и общая слабость; пролежала 3 недѣли въ постели; въ апр. 1896 г. новый припадокъ на 3—4 часа; въ маѣ—3-й, длился 1 сутки; 4-й въ августѣ; 5-й въ сентябрѣ; оба длились недолго; въ октябрѣ—опять 3 недѣльная желтуха и слабость; послѣ этого до апр. 1897 г. была здорова; въ апрѣлѣ опять проболѣла 2 нед. коликами и желтухой; до ноября была здорова; 11-го ноября—колики въ теченіи сутокъ; послѣ этого появилась лихорадка и желтуха, что тянется до 8 февр. 1898 г., когда она и поступила въ факульт. хирургич. клинику. Здѣсь отмѣтили: землистый желтый цвѣтъ кожи; печень увеличена; въ мочѣ—желчные пигменты; испражненія—сѣраго цвѣта; животъ—вздутъ; подлож. область—болѣзненная; бѣлка и сахара нѣтъ; черезъ 2—3 дня дѣлаются приступы коликъ. 17-го февраля

1898 г. операція. Желчный пузырь найденъ спавшимся; во всѣхъ протокахъ—камни; часть ихъ извлечена; остальные—размяты; послѣ этого до 26 февраля темп. была довольно нормальной; съ 26-го лихорадка до 38,7°; съ 7 марта опять нормальна; до 13-го марта, колюція боли въ области печени, особенно ночью; съ испражненіями выходитъ песокъ; съ 13 марта боли исчезли, и испражненія окрасились; выписалась 4 апрѣля со свищомъ; желтуха и боли исчезли. Въ февралѣ 1900 г. была осмотрѣна вновь; значительно пополнѣла; на мѣстѣ рубца—грыжевое выпячиваніе.

Итакъ, здѣсь случай ангіохолита и холецистита. Нахожденіе камней дало ему имя литіаза. Что было бы, если бы здѣсь небыло камней, но клиническая картина протекала бы столь же остро? Можно ли тогда назвать этотъ случай литіазомъ? Интересно случай этотъ сравнить съ наблюденіемъ, озаглавленнымъ «хроническій панкреатитъ». Я доказывалъ вредъ названія «литіазъ», и этотъ вредъ сказался въ случаѣ, къ которому мы теперь переходимъ.

Рудзкій. Врачъ. 1900. № 51. Стр. 1564.

Женщина, 28 л., въ 1897 г. имѣла двухдневный приступъ сильныхъ болей въ прав. подреберьѣ; съ 3 сент. до 7 такіе приступы съ жаромъ и рвотой, запоромъ и желтухой, были ежедневно. 7-го сентября 1899 г. поступила въ больницу. Легкая желтизна покрововъ; животъ не вздутъ; правое подреберье очень болѣзненное; желчный пузырь не прощупывается; печень увеличена книзу на 3 попер. пальца; постукиваніе ея—болѣзненное; прощупывается плотная селезенка; темпер. 38,6°. Моча съ желчнымъ пигментомъ; испражнен. обезцвѣчены; черезъ 1—2 дня повторяются приступы болей въ области печени; во время ихъ—печень увеличена; послѣ нихъ она уменьшалась; испражненія временами бывали окрашены; желтизна кожи въ теченіи одной недѣли почти исчезла. 18 сентября ознобъ, жаръ 39,9°, потъ, и вслѣдъ за нимъ паденіе темп. до нормы; одновременно боли въ печени и спинѣ, рвота; селезенка временами еще болѣе увеличивалась; подобные приступы продолжали истощать больную, и 11 октября состояніе ея дошло почти до «агональнаго». Хирурги, нѣсколько разъ видѣвшіе больную, отрицали показаніе къ операціи. 11 окт. былъ сдѣланъ пробный уколъ въ область печени въ 8 прав. межреб. промежуткѣ по подмышечной линіи; кромѣ того

сдѣлано еще нѣсколько пробныхъ уколовъ по сосѣдству; вездѣ получился гной съ кровью или желчью; въ этой жидкости опредѣлили гноероднаго гроздекокка. Послѣ пункціи темпер. съ 40,5° упала до нормы; на слѣд. день темпер. тоже нормальна; ознобовъ больше не было. 6 ноября кровь уже не содержала микробовъ. Желтизна медленно исчезала. Селезенка постепенно сокращалась. Черезъ 14 нед. отъ поступленія выписалась; селезенка чуть-чуть выступаетъ изъ-подъ реберъ; никакихъ болей нѣтъ. Черезъ годъ найдена была здоровой.

Итакъ, въ данномъ случаѣ, имѣлся гнойный ангіохолитъ. Причина его темна. Еще темнѣе совпаденіе пункціи съ поправленіемъ. Вполнѣ возможно допустить здѣсь, что желчь такъ или иначе нашла себѣ дорогу наружу; хотя не было полной задержки желчи, но какая-то причина все же мѣшала стоку. Устраненіе этой причины, быть можетъ, въ видѣ мягкихъ сростковъ, повлекло къ выздоровленію. Совершенно ошибочно мнѣніе, будто бы операція не показана въ такихъ случаяхъ. Разъ имѣется гнойное воспаленіе грудной железы, хирургъ считаетъ показаннымъ вскрытіе, хотя бы гнойники занимали отдѣльныя дольки ея. Одинаково и въ печени; освобожденіе нѣкоторыхъ каналовъ печени отъ застоя влечетъ улучшеніе отправленія ихъ и избавляетъ сосѣдніе отъ давленія; желчный протокъ, даже если онъ не закупоренъ инороднымъ тѣломъ, трудно проводитъ желчь въ силу воспаленія. Отведеніе тока желчи чрезъ пузырь вполнѣ было показано. Въ виду тяжести положенія больной операцію можно было сдѣлать безъ хлороформа, какъ дѣлаемъ мы резекцію при эмпіэмахъ плевр. полости у ослабленныхъ больныхъ. Во всякомъ случаѣ ошибка была допущена въ выжиданіи улучшенія больной, дошедшей до агоніи. Значеніе пункціи въ данномъ случаѣ, конечно, равно почти нулю, если принять во вниманіе, что шприцами извлекли нѣсколько куб. сант. гнойной жидкости. Простое совпаденіе улучшенія проходимости и пункціи стоитъ внѣ сомнѣнія.

Федоровъ С. Отчетъ б-цы Царицы Александры. 1900. г. № 34. стр. 80.

Женщина, 58 лѣтъ, на 30 году имѣла малярію. 3 года назадъ имѣла приступы болей, въ области желудка, по 1 разу въ мѣсяцъ,

длившіеся 3—6 час. Потомъ они участились, послѣ чего затихли на 3 мѣс. Въ апрѣлѣ 1897 г. опять припадокъ болей; въ февралѣ 1898 г. повтореніе припадка; въ іюлѣ 1898 году явились сильныя боли въ прав. подреберьѣ, отдававшія въ правое плечо, въ прав. руку и въ спину, одновременно желтуха. 28 августа — припадокъ тѣхъ же болей, съ рвотой; съ этого времени желтуха стала постоянной; испражненія обезцвѣтились; сильно похудѣла; 22 октября 1898 г. поступила во внутрен. клинику, а 28 марта 1899 г. поступила въ хирург. отд. б-цы Царицы Александры съ явленіями желтухи, тяжестью въ правомъ подреберьѣ и стрѣляющими болями въ правое плечо и лопатку. Изслѣдованіе показало: слиз. оболочка и кожа окрашены въ желт. цвѣтъ; сильный зудъ; боль въ подлож. области и по тракту толстой кишки; печень выходитъ на 4 поперечныхъ пальца изъ-подъ края реберъ; она — гладка, тверда; болѣзненность въ области пузыря; бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ, но только желчные пигменты; общее похуданіе. 3 апр. 1899 г. оперирована. Желчный пузырь — съ голубиное яйцо. Нигдѣ камней нѣтъ; сальниковое отверстіе зарощено, и въ него пальцемъ не входили; въ пузырѣ — слиз. желчь; зондъ прошелъ на глубину 12 с. и ничего не ощутилъ. Стѣнка утолщена до $^1/_2$ с.; пузырь зашитъ наглухо. Послѣ операціи — 3 дня боли; колики не повторялись; лихорадки, истеченія желчи не было; въ видѣ осложненія можно упомянуть нагноеніе въ ранѣ; 5-го мая 1899 г. выписалась; боли не повторялись при осмотрѣ больной черезъ годъ.

Этотъ случай можно отнести къ ангіохолециститамъ, хотя онъ стоитъ подъ рубрикой холелитіаза. Значеніе операціи въ данномъ случаѣ трудно понять. Быть можетъ, изслѣдованіе путей устранило задержку желчи; пузырь, какъ мы видѣли, былъ въ состояніи атрофіи. Отмѣтимъ долгое и безполезное выжидательное леченіе, не смотря на всѣ признаки инфекціи. Ангіохолециститъ мы признаемъ здѣсь по увеличенной печени, желтухѣ, припадочной боли.

Федоровъ. Тамъ же. № 37. стр. 92.

Женщина, 45 л., съ 25 л. страдаетъ болью подъ ложечкой, отдающей въ спину; это случается 1—2 р. въ мѣсяцъ и длится $1^1/_2$—2 часа. На 27 г. появились боли въ правомъ подреберьѣ, отдающія въ спину, лопатку, обычно бывала и рвота; это длилось до 34 л.,

а потомъ около 5 л. была здорова. Въ 1897 г. явились постоянныя ноющія боли въ правомъ подреберьѣ; съ февраля 1898 г. тѣ-же боли стали случаться въ видѣ приступовъ, со рвотой; еще позднѣе, тоже въ 1898 г., случился пятидневный припадокъ болей съ одновременной желтухой, которая длилась болѣе $1^1/_2$ нед.; затѣмъ до декабря этого года повторялись слабые припадки болей, а 17 дек. новый трехдневный приступъ болей, со рвотой, съ желтухой на 2 недѣли. 26 декабря, въ испражненіяхъ больной оказались камни; приступы болей стали слабѣе, но держались до марта 1899 г., когда она поступила во внутренн. отдѣленіе больницы. Въ мартѣ замѣчена была опухоль въ области печени и желчнаго пузыря; желтухи не было; испражненія были окрашены; боли продолжались въ видѣ приступовъ; 21 апрѣля 1899 г. поступила въ хирург. отдѣленіе съ болями въ прав. подреберьѣ, отдающими въ лопатку и спину; при изслѣдованіи, печень выходитъ на 2 попер. пальца изъ подъ реберъ; пузырь съ крымское яблоко: отъ него идутъ какъ бы тяжи къ желудку; въ подложечной области прощупывается плотная печень. 23 апр. 1899 г. операція. Изъ подъ печени выдается желтобѣловатая опухоль, бугристая; желчный пузырь вросъ въ печень и спаянъ съ желудкомъ; на нижней поверхности печени—раковые узлы; пузырь тоже пораженъ опухолью. Рана зашита. 28 апр. рана зажила. 9 мая больная выписалась съ болью, но слабой. Общее состояніе—слабость.

Итакъ, въ данномъ случаѣ ракъ развился на почвѣ камней въ прошломъ больной—явленія холецистита и временами ангіохолита. Показаніе къ операціи существовало уже давно.

На основаніи этихъ русскихъ наблюденій я пришелъ къ выводу, что вездѣ въ нихъ литіазъ являлся лишь вторичнымъ послѣдствіемъ.

Главные признаки страданія больныхъ заключались не въ литіазѣ, а въ инфекціи желчныхъ путей. Поэтому, обозначеніе болѣзни подъ именемъ «*Cholelithiasis*» въ русской печати почти всегда употреблено не достаточно точно.

Было много другихъ признаковъ существенныхъ, по которымъ и слѣдовало бы давать именованіе тому или другому роду болѣзни въ этихъ наблюденіяхъ. Называли же болѣзнь по второстепенному признаку, что, конечно, грѣшитъ противъ истины и, съ другой стороны, вводитъ въ заблужденіе при

поискахъ той или другой инфекціи желчныхъ путей. Наконецъ, интересно, что въ русскихъ наблюденіяхъ, обозначенныхъ «холелитіазъ», мы очень часто видимъ ангіохолиты. Дѣло, конечно, сводится къ мало разработанной еще русской хирургіи желчныхъ путей.

Въ видѣ заключенія этихъ наблюденій еще разъ скажу, что пусть простятъ мнѣ тѣ ошибки, которыя я сдѣлалъ въ распознаваніи. Дѣло, повторяю, не въ нихъ, а въ томъ, что сущность болѣзненнаго процесса не заключалась въ литіазѣ.

Данныя протоколовъ вскрытій.

НБ ХНМУ

ГЛАВА XIII.

О данныхъ, почерпнутыхъ изъ протоколовъ вскрытій въ Патолого-анатомическомъ Институтѣ Импер. Моск. Универс. и въ Московскихъ 1 и 2 Городск. больницахъ. Неопубликованное наблюденіе изъ Московск. Голицынской больницы.

Мною просмотрѣно 945 протоколовъ упомянутаго Института, съ 1891 г. по 1899 г., съ цѣлью выяснить, какъ часто попадались камни желчныхъ путей при вскрытіи. Камни встрѣтились мнѣ лишь въ 12 случ., т. е., приблизительно въ 1, 2% Сверхъ того, изъ собранныхъ потомъ клиническихъ исторій сихъ умершихъ получились нѣкоторые выводы, подтверждающіе мои взгляды.

Это и побуждаетъ меня отвести отдѣльную главу разбору клинич. исторій вмѣстѣ съ данными протоколовъ. Однако, подробнаго изслѣдованія случаевъ я избѣгну и укажу лишь на существенное.

1 случ. Госпит. Терап. Клиника. Протоколъ за 28 окт. 1892 г.

Больной, 49 л., поступилъ 30 сент. 1892 г., умеръ 28 октября 1892 г. Въ прошломъ больного отсутствіе коликъ. На 35 г. имѣлъ тифъ. Заболѣлъ въ іюнѣ поносомъ и болью подъ ложечкой, боли были 1 нед.; черезъ 2 нед.—желтуха безъ болей; въ іюлѣ она стала сильной, а потомъ ослабѣвала, сообразно чему моча и калъ мѣняли свой цвѣтъ; со времени желтухи слабѣетъ и худѣетъ. Въ наст. время у больного прощупывается плотная, слегка зернистая, печень. Потомъ развилась постоянн. желтуха.

Діагнозъ поставленъ—циррозъ печени или новообразованіе.

Нѣкоторыя данныя вскрытія: ракъ желчн. пузыря; зарощеніе пузырн. протока; желтуха печени; циррозъ почекъ. Печень увеличена въ объемѣ, оливков. цвѣта. На разрѣзѣ ея выступаютъ сильно расширенные желчные протоки.

НБ ХГМУ

Пузырь желчный—очень уменьшенъ. Стѣнки его утолщены и превращены въ фиброзную массу. Вокругъ желчнаго пузыря въ печени разростаніе фиброзной ткани съ желтыми островками, которые были видны и на стѣнкахъ пузыря. Въ области воротъ печени разрослась соединит. ткань и сдавила печен. протокъ и вор. вену. Сосочекъ 12 п. кишки не измѣненъ. Желчный протокъ немного расширенъ. Перигепатитъ; сращеніе ж. пуз. съ 12 п. кишкой и съ толстой. Селезенки очень велика.

2 случ. Госпит. Тер. Клин. Протоколъ за 16 марта 1896 г.

Больная, 70 л., поступила 4 окт. 1895 г., умерла 15 марта 1896 г. На 40 г. стала страдать болями въ печени; онѣ случались отъ волненій и нарушенія діэты, длились 3—4 дня съ нов. темп., а потомъ тянулись еще 2- 3 нед. въ видѣ слабыхъ; это случалось 2—3 р. въ годъ. Желтухи не было ни разу, но потомъ развилась. Діагнозъ колебался, на основаніи различныхъ данныхъ, между раками печени, почки, желудка.

Въ протоколѣ значится между другими измѣненіями: lithiasis renalis, nephritis interst. chronica, cancer duodeni, lithiasis hepatica cum retentione fellea in hepate. Icterus universalis. Hepar moschatum. Въ почечномъ тазу найдены 2 камня. На мѣстѣ впаденія желчнаго протока, въ 12 п. кишкѣ кругловатая язва, въ 5 с. въ попер., оказавшаяся раковой. Зондъ прошелъ въ желчный протокъ, вышла густая желчь; печень увеличена; желчные капилляры рѣзко расширены; внутри желчнаго пузыря 2 камня.

Итакъ, въ первомъ случаѣ мы видимъ ракъ пузыря, который въ концѣ концовъ послужилъ поводомъ ко втор. инфекціи, вызвалъ застой желчи и ангіохолитъ. Этотъ застой, въ связи съ ракомъ, долженъ былъ произвести крайне тяжелыя послѣдствія для больного. Желтуха, конечно, въ связи съ ангіохолитомъ; отмѣтимъ ея непостоянство.

Во 2 случаѣ, ракъ занималъ мѣсто выхода желчн. протока; въ теченіи болѣзни замѣтна картина хронич. ангіохолита. По вскрытіи, какъ мы уже видѣли, у больной отмѣчается расширеніе всѣхъ желчныхъ ходовъ и желтуха, а мы выше сказали, какъ понимать слѣдуетъ подобное явленіе. И такъ, въ обоихъ случаяхъ ракъ и инфекція. Сочетаніе двухъ условій произвело скорую смерть.

Инфекція вызвала, не считая различныхъ другихъ проявленій, картину, свойственную ангіохолитамъ.

3 случ. Пропедевтическая клиника. Больной Я. И., 45 л., поступилъ 9 февр. 1898 г., умеръ 19 февр. 1898 г. Распознаваніе—febris intermittens suppurativa.

Въ прошломъ больного отмѣтимъ страданіе маляріей на военной службѣ, около Плевны.

Годъ назадъ появились боли подъ ложечкой, поносы; въ 1897 г., въ декабрѣ, былъ сильный жаръ и знобы въ теченіи 3—4 дней; послѣ этого появилась желтуха; подобные приступы стали повторяться 2—3 раза въ нед.; въ отсутствіи приступовъ кожа блѣднѣла; послѣ приступа желтизна опять дѣлалась сильнѣе; испражненія—временами бѣлаго цвѣта; сталъ слабѣть, боль въ правомъ подреберьѣ; съ теченіемъ времени ознобы и слабость дѣлались сильнѣе; 19 янв. оставилъ службу.

Въ клиникѣ: темпер. вечер. до 40; утрами до 35—37°; вѣсъ 3 п. 32 ф.; пульсъ 78; испражненія слабо окрашены; край печени прощупался легко, онъ плотенъ, не бугристъ; пузырь не прощупывается; селезенка плотна и болѣзненна. Моча съ желчнымъ пигментомъ. Теченіе желтизны въ клиникѣ было прерывисто; обычно утромъ былъ ознобъ на 1—2 часа, а потомъ жаръ и потъ; въ полдень—тоже самое; это случалось черезъ 1—2 дня.

Такимъ образ., передъ нами тип. картина ангіохолита.

При вскрытіи найдено: tumor lienis cum hyperplasia acuta. Angiocholitis suppurativa acuta Abscessus in lobo dextro hepatis. Dilatatio omnium ductuum biliosorum.

Печень—увеличена. Въ пузырѣ, не увеличенномъ, камни; желчный протокъ закупоренъ камнемъ; когда его вынули, тамъ образовалась полость, величиной съ куриное яйцо.

Стѣнки желчн. пузыря измѣнены склеротич. процессомъ; въ желчн. пузырѣ и въ печени много мелкихъ конкрементовъ; въ его полости камень.

Такимъ образ., этотъ случай, яркій по клинич. картинѣ, яркій и для доказат. инфекц. теоріи.

Пораженіе пузыря—давнишнее; камни развились на почвѣ

инфекціи; закупорка вызвала холедохолитъ, а потомъ ангіохолитъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ этотъ случай подтверждаетъ мой взглядъ о происхожденіи камней печени; они результатъ длительной неполной закупорки.

Отмѣчу, что здѣсь количество мочи становилось все меньше и меньше съ каждымъ днемъ: отъ 1200 дошло до 600 к. с.

4-й случ. Факульт. Терапевт. Клиника. Проток. № 23. 1898 г. Больная, 48 л., поступила 21 сент. 1898 г., умерла 22 окт. 1898 г. Діагнозъ клинический—нефритъ, атрофическій циррозъ печени.

При вскрытіи: гуммы печени и рубцовая ткань. Брюшная водянка. Жирное перерожденіе почекъ; пузырь—уменьшенъ, содержитъ зелен. желчь и камни. Больная до 44 л. была здорова; потомъ 3 года лихорадка, приступами, съ болью въ животѣ; такіе приступы повторялись и въ клиникѣ; больная страдала еще отеками живота и ногъ; постепенно она слабѣла и умерла.

Въ данномъ случаѣ, какъ мы видимъ, у больной не было желтухи; слѣдов., не доставало полной картины ангіохолита. Вскрытіе подтвердило тяжелое пораженіе печени; въ связи съ нимъ, быть можетъ, уменьшеніе выработки желчи.

Протоколы 1-й и 2-й Гор. б—цъ. № 337-й. Случай 5-й. Больная Е. Б. 55 л. поступила марта 4-го 1890 г., умерла апр. 14-го того же года. Распознаваніе—литіазъ. ракъ печени.

Въ прошломъ у больной найдено слѣдующее: неожиданно появились сильныя боли въ области печени, что тянется 2 дня. Въ больницѣ боли продолжались, при давленіи весь животъ болѣзненный; печень выходитъ на 2 попер. пальца изъ-подъ реберъ. Животъ вздутъ. Передъ поступленіемъ видѣла выходъ камня съ испражненіемъ. Темп. 37—37,5; боли не прекращались; упадокъ силъ; клизма вывела темныя испражненія.

Итакъ, не заглядывая въ протоколъ, скажемъ, что здѣсь былъ холециститъ и перитонитъ, и, можетъ быть, легкій ангіохолитъ. Вскрытіе показало: холециститъ и холедохоцитъ; въ утолщенномъ пузырѣ—4 камня величиной въ орѣхъ; желчный протокъ расширенъ; спайки вокругъ пузыря и желчныхъ протоковъ. Селезенка большая. Холемія. Къ сожалѣнію, исторія болѣзни такъ коротко составлена, что не извѣстно, была ли у больной желтуха. Если—да, то картина ангіохолита оправдалась бы.

6-й случай. Тамъ же. Протоколъ № 113. № скорбн. листа 3813. Больной, 57 л., поступилъ 4 сент. 1888 г., умеръ 8-го сент. 1888. Распознаваніе—пневмонія.

Изъ прошлаго извѣстно, что 4-й день страдаетъ кашлемъ; мокрота вязкая; боль въ прав. боку. Пульсъ 104. Крупнопузырчатые хрипы въ прав. легкомъ. Темп. 37—38. Постепенно слабѣлъ и умеръ на 5-й день послѣ поступленія. При вскрытіи найденъ перитонитъ серознофибронозный на почвѣ прободенія пузыря; дно послѣдняго пронизано абсцессами и сообщается съ полостью брюшины; въ немъ три камня, величиной съ орѣхъ и нѣсколько малыхъ. Воспалительный отекъ легкихъ. Катарръ желудка. Жировое перерожд. міокардія, печени и почекъ.

Данный случай представляетъ примѣръ призыва вторичной инфекціи, на почвѣ пневмоніи, въ старый, давно пораженный пузырь. Къ сожалѣнію, исторія состоитъ изъ нѣсколькихъ словъ.

7-й случ. Тамъ же. Протоколъ № 1314. № скорбн. листа 944. Больная А. А., поступила 19 февр. 1899 г., умерла 15 марта 1899 г. Распознаваніе—гепатитъ отъ литіаза.

Больная 1 годъ страдаетъ по временамъ схватками болей въ подложечной области, тошнотой, рвотой, плохимъ аппетитомъ. Осенью 1898 г. желтуха, боль въ области печени и лихорадка. Въ наст. время очень слаба, желта, печень—большая, селезенка—тоже; темп. утр. 37,6; вечер. 38—39. Область печени болѣзненна. На вскрытіи найдено: печень увеличена, дрябла. Желчный пузырь съ миндалину; въ желчномъ протокѣ, на 4 с. выше его впаденія въ кишку, камень въ лѣсной орѣхъ. Другой камень въ пузырн. протокѣ. Желчный и пузырн. протоки—расширены; ж. пр. въ трехъ мѣстахъ рубцово-перерожденъ, на ограниченномъ пространствѣ. Лѣвый печеночный протокъ растянутъ и въ немъ камушки и гной. Въ задней правой долѣ печени— гнойникъ въ кулакъ взрослаго человѣка. Селезенка—увеличена. Жировое перерожденіе почекъ и міокардія.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ рѣзкая картина вторичной инфекціи, постепенно поднимавшейся все выше и выше. Наступилъ ангіохолитъ. Его признаки—увеличеніе печени и селезенки, пораженіе міокардія; родились камни въ печеночныхъ протокахъ, но въ печени не развились отъ недостаточности ея, умертвившей больную. Большая длительность закупорки произвела бы и камни печени. Возможно, что здѣсь уже было пораженіе печени въ силу алкоголизма, такъ какъ больная злоупотребляла спиртными напитками. Клинически отмѣчается прерывистость припадковъ; современемъ лихорадка стала постоянная; это—тяжелое пораженіе печени. Распознаваніе поставлено—гепатитъ отъ литіаза, которое бы лучше замѣнить гнойнымъ ангіохолитомъ и ареолярнымъ абсцессомъ печени.

8-й случай. Тамъ же. Протоколъ № 140. № скорбнаго листа 4936. Поступила 12 ноября 1888 г., умерла 21 ноября того же года. Распознаваніе—перигепатитъ.

Больная 1-го августа 1888 г. ушибла правый бокъ (побои мужа) и замѣтила опухоль въ прав. подреб., которая росла; черезъ 1 нед. рвота съ желчью и съ кровью, что длилось 2 недѣли; ослабѣла и не могла лежать на правомъ боку. Съ недѣлю, появилась опухоль живота и малое отдѣленіе мочи. Языкъ—сухой; аппетита нѣтъ, жажда, боль подъ ложечкой и въ прав. подреберьѣ; въ послѣднемъ не ясно прощупывается опухоль. Темп. 36,5°—37,5°. Рвота, поносъ, общ. слаб., пульсъ слабый.

Опять можно сказать, что здѣсь былъ ангіохолитъ при недостат. печени, происшедшій отъ раненія ушибомъ желчныхъ путей, вѣроятно, ранѣе уже больныхъ. Темпер. не могла подниматься высоко, въ связи съ пораженіемъ печени; можетъ быть, потому же не могла развиться и желтуха; одноврем. опухоль въ области пузыря склоняла мысль въ пользу ангіохолецистита. При вскрытіи найдено: 60 камней въ желчномъ пузырѣ, величиной отъ горошины до орѣха. Первичный ракъ пузыря. Перитонитъ геморрагическій. Мускатная печень; пузырь изъязвленъ. Хотя здѣсь и не упомянуто о пораженіи

желчныхъ путей, но та или другая степень, несомнѣнно, была, судя по клинической картинѣ.

9-й случай. Личное наблюденіе изъ Голицынской больницы. Больной Д. Т., 34 л, поступилъ 10 марта 1901 г., умеръ 25 апрѣля 1901 г. Распознаваніе—тяжелая желтуха.

Больной очень желтъ; на лицѣ—бурыя пятна; зудъ сильный; чирьи на рукахъ и ногахъ $1^1/_2$ послѣдн. мѣсяца. Болей въ животѣ нѣтъ и не было. Ничѣмъ не былъ боленъ. Испраж. не окрашены. Край печени бугристый, вздутый; въ области желчнаго пузыря—припухлость твердая. Въ мочѣ—пигменты желчн.; бѣлка нѣтъ; темп. утромъ 36,8., вечеромъ 37,9. При операціи, 17-го апрѣля, нашли печень увеличенной, темнобур. цвѣта, желчный пузырь сильно растянутъ и чрезвычайно напряженъ. Въ немъ черная желчь. Камней нигдѣ не найдено. Сдѣланъ пузырно-кожный свищъ. Больной лихорадилъ послѣ операціи нѣсколько дней; въ легкихъ—хрипы, желчь постепенно становилась желтѣе. Въ рану сталъ выпирать желудокъ, въ силу разошедшихся краевъ. Постепенно больной слабѣлъ; повидимому, смерть отъ хлороформной пневмоніи, при недостаточности печени.

При вскрытіи найдено: сильная желтизна покрововъ; въ рану выступаетъ часть внутренностей; перикардитъ; міокардій очень дряблъ и легко рвется; склерозъ аорты; плевра лѣв. легкаго покрыта наслоеніемъ фибрина; нижняя доля его въ состояніи сѣрой гепатизаціи; печень сращена съ діафрагмой; селезенка очень увеличена, дрябла; жировое перерожденіе почекъ. Желчный пузырь утолщенъ. Слизистая оболочка его мѣстами сѣроватаго цвѣта и покрыта фибринознымъ налетомъ. Желчный протокъ и печеночный—расширены. На слизистой оболочкѣ обоихъ протоковъ замѣтно отложеніе фибрина.

Слизистая оболочка atriulae превращена въ казеозный распадъ, и стѣнки ея утолщены; въ слиз. оболочкѣ протока поджел. железы—просовидные узелки, но паренхима ея—безъ измѣненій; въ области головки железы найдено двѣ плотныя лимф. железы; на слиз. оболочкѣ 12 п. кишки, около сосочка, язва съ распадомъ. Печень увеличена, оливковъ. цвѣта. Микроскопическое изслѣдованіе одной изъ увеличенныхъ железокъ показало картину рака.

Итакъ, въ данномъ случаѣ также имѣлась картина ангіохо-

лецистита, въ клин. отнош.; недостаточность печени не рѣзко выразилась; смерть обязана тремъ причинамъ: инфекціи, произведшей ангіохолитъ, токсинамъ пневмоніи, недостаточности печени. Съ анатомич. стороны встрѣчаемъ тѣ же измѣненія, что видѣли и въ другихъ случаяхъ.

Факульт. тер. клин.

Больная, В. Р., 43 л., поступила 1 февраля 1897 г., умерла 14 февраля 1897 г. Распознаваніе—міокардитъ, нефритъ, расширеніе аорты.

Больная имѣла, 18 л. назадъ, малярію въ теченіи $2^1/_2$ мѣс.; послѣдній годъ—опять малярія; $^1/_2$ г. назадъ—отеки ногъ, боль поясницы, потеря зрѣнія на одинъ глазъ. Въ наст. время—боль подъ ложечкой, иногда въ правомъ или лѣв. подреберьѣ. Область желчн. пузыря болѣзненная; печень увеличена; селезенка также; кожный зудъ; худоба; темп. все время не повышена, въ мочѣ—бѣлокъ. При вскрытіи—печень увеличена; вѣсъ ея 3000 грамм. (вмѣсто 1500 грамм.); въ пузырѣ зеленая желчь и 2 камня; печень мягка; селезенка—увеличена. Хронич. нефритъ.

Данный случай можно считать примѣромъ катарр. холецистита; благодаря общему состоянію, инфекція, на почвѣ молчавшихъ камней, пробудилась и повлекла за собой временами вспыхивавшую боль подъ ложечкой. Камни въ данномъ случаѣ ничѣмъ себя не проявляли.

Терапевт. факульт. клиника. Протоколъ № 33—1891 г. —12 октября. Больной А., 56 л., поступилъ 5-го сентября 1891 г., умеръ 10-го октября 1891 г. Распознаваніе—міокардитъ; опухоль живота; хронич. колитъ.

Больной съ 20 до 36 л. много пилъ. Въ 1891 г. страдалъ отеками ногъ; въ іюнѣ этого года—лихорадка, отеки живота, рукъ, ногъ. Въ наст. время животъ вздутъ; асцитъ до пупка; печень увеличена; селезенка—также; мочи 1500 к. с.; темп. 36,8—37,2°. Общее похуданіе. Въ клиникѣ эти явленія не исчезли; черезъ мѣсяцъ пребыванія явилась сильная боль въ лѣвой стор. живота, темп. поднялась, и больной умеръ, при явленіяхъ перитонита. При вскрытіи выяснилось, что въ S. romanum находился ракъ, изъязвившійся, откуда и развился перетонитъ. Печень норм. величины; на фонѣ разрѣза видны оранжевые тяжи и островки. Желчный пузырь растянутъ свѣтлой желчью; въ его полости три камня, величиной съ грецкій орѣхъ; четвертый застрялъ въ шейкѣ.

Этотъ случай, безъ лихорадки, безъ желтухи, съ цирротической печенью интересенъ съ точки зрѣнія отсутствія коликъ Цирротич. печень обусловила, быть можетъ, уменьшенное отдѣленіе желчи и тѣмъ дала поводъ къ восхожденію инфекціи; во всякомъ случаѣ нѣтъ данныхъ называть это наблюденіе литіазомъ; справедливѣе будетъ именовать его катарр. холециститомъ.

Факульт. терапевт. клиника. Протоколъ вскрытія 9 октября 1896 г. Больная А. С., 25 л., поступила 6-го сентября, умерла 8 октября 1896 г. Распознаваніе—ракъ матки и печени.

У больной, около года назадъ, явилась боль подъ ложечкой, что держалось нѣсколько мѣсяцевъ, но не постоянно; вскорѣ послѣ этого—желтуха и асцитъ; отеки исчезли, но желтуха осталась. Вскорѣ присоединилась опухоль въ правомъ подреберьѣ. Въ настоящее время—поносы, испражненія—глинистыя, моча съ желчн. пигм., желтуха покрововъ, опухоль въ правомъ подреб., печень—увеличена, общее похуданіе; темпер. все время выше 37° утромъ и выше 38° вечеръ. Животъ отеченъ. При вскрытіи найденъ ракъ желудка, матки, сальника. Растяженіе желчн. пузыря и закупорка желчнаго протока; печень велика, желтушно окрашена; желчные ходы расширены; въ печеночной 12 п. связкѣ плотныя массы, сжимающія желчный протокъ.

Этотъ случай я приписалъ къ ангіохолитамъ на почвѣ раковой закупорки.

Показанія къ хирургическому вмѣшательству.

НБ ХНМУ

ГЛАВА XIV.

О показаніяхъ къ хирургическому вмѣшательству при заболѣваніи желчныхъ путей.

Данная глава имѣетъ цѣлью:

1) разсмотрѣть рядъ общихъ показаній, выработанныхъ различными хирургами; 2) изложить рядъ частныхъ показаній, въ зависимости отъ рода болѣзни, а также коснуться вопроса о пробномъ изслѣдованіи желчн. путей и о случаяхъ, гдѣ показаніе отрицалось; 3) представить собственные взгляды, по поводу выработанныхъ показаній; 4) разсмотрѣть показанія при выборѣ той или другой операціи въ русской и иностранной литературѣ, и 5) дать собственные выводы о выборѣ способовъ операціи.

Итакъ, прежде всего начинаемъ съ изложенія показаній, выработанныхъ различными хирургами.

1. Общія показанія, выработанныя различными хирургами.

Нужно ли дѣлать операцію при желчнокаменной болѣзни, и когда ее дѣлать? Этотъ вопросъ давно интересовалъ врачей всѣхъ странъ. Не мало, поэтому, было написано о показаніяхъ. Однако, изъ всего написаннаго многое грѣшитъ неопредѣленностью, неясностью, или такими подробностями, которыя только путаютъ и смущаютъ наблюдателя. Не совсѣмъ понятно, почему такъ происходитъ! Если спросить кого угодно изъ насъ, нужно ли оперировать тифъ, совершенно нормально протекающій, то всякій не затруднится отвѣтить. Почему? Потому, что патологія и клиника хорошо ознакомили насъ, что такое тифъ.

НБ ХГМУ

И вотъ, я рѣшаюсь сказать, что патологія и клиника желчныхъ заболѣваній тоже достаточно выяснили намъ, что такое инфекція желчныхъ путей, и потому-то **здѣсь долженъ существовать ясный опредѣленный отвѣтъ**. Итакъ, сначала перехожу къ ряду показаній, почерпнутыхъ мною изъ литературы.

Еще въ 1895 г. *Quénu* сказалъ, что если явленія каменной обструкціи длятся болѣе 3 мѣсяцевъ, то шансы на произвольное выхожденіе камней такъ малы, что хирургическое вмѣшательство есть послѣднее средство. Онъ добавляетъ, что знаетъ лишь одинъ случай, гдѣ больной черезъ $4^1/_2$ мѣс. тяжелой желтухи вывелъ 30 камней. Этотъ больной продолжалъ, однако, и потомъ страдать коликами.

Kehr, котораго хирургическая опытность въ болѣзняхъ желчныхъ путей всѣмъ извѣстна, даетъ рядъ показаній къ оперативному вмѣшательству; однако, всѣ выработанныя имъ показанія грѣшатъ въ одномъ отношеніи, именно, въ «субъективности». Онъ указываетъ и считаетъ важнымъ то, что онъ видѣлъ. Такъ, напр., внутреннее лѣченіе, по его мнѣнію, при закупоркѣ желчнаго протока должно длиться 3 мѣс., и тогда уже нужно дѣлать операцію. А недостаточность печени, а инфекція? На это отвѣта нѣтъ. Конечно, врачи — не слѣпые, но вѣдь авторитетъ *Kehr'*а можетъ колебать больныхъ. Что касается мнѣній *Kehr'*а о внутрен. лѣченіи, то изъ 12 клинич. формъ онъ считаетъ только первую доступной излѣченію безъ хирургич. вмѣшательства.

Итакъ, въ 1898 г., онъ проводилъ различіе между внутр. и хирургич. лѣченіемъ и нашелъ, что операція необходима при воспаленіи желчнаго пузыря, въ острой формѣ; при сращеніяхъ, разъ ими обусловлена боль; при долго продолжающейся закупоркѣ желчныхъ путей; при ангіохолитахъ; при подозрѣніи на прободеніе желчныхъ путей; при морфиноманіи; наконецъ, вездѣ, гдѣ внутреннее лѣченіе оказалось безплоднымъ. Внутреннее же лѣченіе онъ считаетъ умѣстнымъ: 1) гдѣ существуетъ недавняя закупорка желчнаго протока, безъ острыхъ явленій; если же возникаютъ явленія ангіохолита, то слѣдуетъ примѣнить операцію; 2) при остромъ воспаленіи, но съ болями не

сильными, такъ какъ обычно и сами больные, въ такомъ состояніи, не хотятъ операціи; 3) когда камни выходятъ безъ особенныхъ болей; если же боли большія, то слѣдуетъ тоже примѣнить хирург. лѣченіе; 4) внутр. лѣченіе показуется еще у перенесшихъ операцію.

Изъ всего длиннаго перечня показаній въ памяти легко остается послѣднее. Въ общемъ, всѣ эти показанія слишкомъ подробны.

Въ 1898 г., *Naunyn* выработалъ, на основаніи 150 прослѣженныхъ случаевъ, показанія къ оперативному вмѣшательству, мало чѣмъ отличающіяся отъ взглядовъ *Kehr'*а. Хотя хроническая желтуха съ непрохожд. желчи и даетъ иногда излѣченіе черезъ 3—4 мѣс., путемъ образованія свища, все же она подлежитъ операціи. Продолжительная интермиттирующая лихорадка также требуетъ оперативнаго вмѣшательства.

Вотъ еще показаніе сотрудниковъ и самого *Kehr'*а о лѣченіи водами. *Kehr*, *Eilers* и *Lücke* допускаютъ возможность лѣченія водами такихъ случаевъ, гдѣ закупорка камнемъ не повлекла лихорадки и ослабленія силъ. Также указываютъ они на необходимость удаленія пузыря при длительныхъ хроническихъ холециститахъ. И эти показанія слишкомъ условны. Болѣе ясенъ въ своихъ показаніяхъ *Wölfler*, который въ 1899 г. высказался въ томъ смыслѣ, что одно внутреннее лѣченіе даетъ не болѣе 40% выздоровленій и что оно умѣстно лишь въ острыхъ холециститахъ.

Kehr, вообще очень много писавшій о литіазѣ, посвятилъ одну статью спеціально Карлсбаду. Невольно спросишь, почему же непремѣнно Карлсбаду?

Такъ, въ 1898 г., онъ указываетъ, когда примѣнимо лѣченіе Карлсбадомъ. Такому лѣченію подлежатъ самыя начальныя колики съ выхожденіемъ камней. Вѣроятно, горячія воды вызываютъ, по его мнѣнію, улучшеніе кровообращенія; особенно дѣйствительны здѣсь горячія припарки изъ грязи въ области печени. При отсутствіи выхожденія камней, воды облегчаютъ, но не излѣчиваютъ болѣзнь. Также подлежатъ внутреннему лѣченію случаи крайне рѣдкихъ припадковъ колики, а равно

оперированные, для избѣжанія возвратовъ. Наконецъ, острая закупорка камнемъ подлежитъ нѣкоторому выжиданію и внутр. лѣченію. И опять видимъ рядъ показаній, довольно неясныхъ, излишне подробныхъ.

Чрезвычайно большою неясностью и какими-то особенными признаками обусловливаетъ *Riedel* свои показанія. Въ 1899 г., онъ высказался, что операціи подлежатъ всѣ случаи, гдѣ есть воспаленіе желчнаго пузыря, а желтухи нѣтъ, или у кого есть колики, но нѣтъ выхожденія камней. Съ другой стороны не подлежатъ операціи тѣ случаи, гдѣ существуетъ желтуха и выхожденіе камней, такъ какъ здѣсь пути являются зараженными. Затѣмъ, онъ считаетъ важнымъ различать, сопровождаются ли колики выхожденіемъ камней или нѣтъ. Отсутствіе камней говоритъ за ущемленіе ихъ, и потому слѣдуетъ оперировать. Онъ указываетъ еще значеніе позднѣйшихъ приступовъ; при нихъ иногда лучше выждать 2—4 недѣли, не выдѣлится ли камень, а также, имѣя въ виду операцію, выжиданіе выгодно въ смыслѣ развитія уплотненія стѣнокъ протока. Сверхъ того, онъ отличаетъ литогенную желтуху отъ воспалительной. При воспалительной, зависящей отъ набуханія желчныхъ канальцевъ, слѣдуетъ оперировать, тогда какъ при литогенной можно еще переждать, не выдѣлится ли камень. Рецидивовъ онъ не признаетъ, считая ихъ за неудачный исходъ операціи, т. е. или камни были оставлены, или сращенія развились. Прочитавъ эти длинныя условныя показанія, невольно придешь къ выводу, что они очень длинны.

Petersen, въ 1899 г., основываясь на матеріалѣ клиники *Czerny* съ 1894 г. по 1898 г., высказалъ, что хирургическое вмѣшательство противопоказано только при очень длительной и сильной желтухѣ. Съ другой стороны, вмѣшательство онъ считаетъ показаннымъ при явленіяхъ остраго холецистита, напр., эмпіэмы съ лихорадкой, а также при хронич. холециститахъ, какъ-то водянкѣ; наконецъ, упорно повторяющіяся боли и хронич. закупорка требуютъ тоже вмѣшательства. Слишкомъ бурная желтуха, съ высокой лихорад., и т. д., требуетъ

нѣкотораго выжиданія и примѣненія внутр. лѣченія для успокоенія бурныхъ явленій.

Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ, почему-то, находитъ, что нѣтъ абсолютнаго показанія тамъ, гдѣ имѣется хронич. холециститъ, но боли незначительны. Также не считается абсолютно показаннымъ оперативное дѣйствіе въ началѣ болѣзни, хотя бы и появилась желтуха отъ закупорки. При этомъ онъ привелъ статистику своихъ наблюденій, обнимающую 65 случ. до 1894 г. и 111 до 1898 г. Такимъ образомъ показаніемъ къ операціи онъ выставляетъ: 1) острое воспаленіе желчн. пузыря; 2) хронич. воспаленіе; 3) рецидивирующія боли; 4) хроническую желтуху. Къ относительнымъ показаніямъ онъ причисляетъ: 1) незначительныя болѣзненныя явленія при литіазѣ, и 2) начинающуюся закупорку. По поводу рецидивовъ полагаетъ, что процессъ образованія желчныхъ камней бываетъ лишь одинъ разъ въ жизни.

Нельзя не сказать объ ученіи *Petersen*'а тоже самое, что сказалъ я относительно *Riedel*'я и *Kehr*'а. Болѣе ясенъ и прямъ *Kocher*, который высказался въ 1900 г., что оперировать нужно, по возможности, раньше. Дурные исходы зависятъ отъ промедленія, отъ выжиданія.

Показанія *Scheuer*'а, въ 1900 г., не отличаются опредѣленностью и ясностью. Онъ указываетъ, однако, что въ страданіи желчныхъ путей большое значеніе имѣетъ вся обстановка больного. Основываясь на сравнительныхъ результатахъ внутренняго и хирургическаго лѣченія желчнокаменной болѣзни, онъ пришелъ къ заключенію, между прочимъ, что внутренн. лѣченіе не нужно испытывать у бѣдныхъ лицъ, у рабочихъ. Изъ 57 больныхъ, подъ вліяніемъ внутр. лѣченія излѣчились лишь 23; 22 не излѣчились; 4 умерло отъ осложненій. Вообще, % выздоровленія можно было считать въ 41,5%. Хирургическое лѣченіе на 43 дало 6 смертей, т. е. 12,5%, но, по исключеніи нѣкоторыхъ больныхъ, умершихъ въ силу предшествующ. тяжелаго состоянія, % смерти будетъ 2. Лучшій способъ, по его мнѣнію, есть холецистостомія.

Mayo Robson (см. *Castaing*) даетъ такія показанія къ опе-

ративн. вмѣшательству: 1) колики безъ желтухи; 2) расширеніе пузыря, даже при отсутствіи коликъ; 3) перитонитъ въ области праваго подреберья; 4) нарывъ по сосѣдству съ пузыремъ; 5) случаи, гдѣ было выхожденіе камней, и въ то же время продолжаются боли, что̀ указываетъ на сращенія; 6) упорные свищи желчнаго пузыря. Практика *Robson*'а также очень обширна и разнообразна, но показанія его зиждутся опять-таки въ предѣлахъ того, что онъ видѣлъ. Почему, колики безъ желтухи нужно оперировать, а колики съ желтухой не нужно? Боязнь воспаленія путей? но лучше ли ждать? И это выжиданіе примѣнимо ли ко всѣмъ? Такіе вопросы порождаютъ его показанія.

2. Частныя показанія въ зависимости отъ заболѣванія желчныхъ путей.

Изложивъ этотъ рядъ общихъ показаній о томъ, когда нужно оперировать, и когда не нужно, посмотримъ, какія показанія выработаны относительно различнаго рода болѣзней желчныхъ путей. Оказывается, что литература и по этого рода вопросамъ довольно обширна.

А. Упорная желтуха. Раки. Относительно постоянной и упорной желтухи я нашелъ, между прочимъ, мнѣніе *Dilhaut* и *Delineau*, въ 1900 г., которые совѣтуютъ не выжидать болѣе 6 недѣль при этомъ страданіи, если только силы больного не противопоказуютъ операціи. Значеніе послѣдней, при ракѣ желчныхъ путей, указано *Kehr*'омъ, *Eilers*'омъ и *Lücke*, которые въ 1899 г., на основаніи 197 операцій, пришли къ заключенію, что, при ракѣ пузыря, операція будетъ радикальной лишь въ отсутствіи уплотненія железъ въ воротахъ печени. Однако, при ракѣ, не слѣдуетъ, по моему мнѣнію, никогда отказываться отъ операціи, если больной даетъ надежду, такъ какъ здѣсь существуетъ застой желчи, а мы видѣли, что̀ производитъ застой. Поэтому, можно присоединиться къ мнѣнію *Pauchet*, который указываетъ, въ 1900 г., что при ракахъ желчнаго протока возможно переживаніе больше года; между тѣмъ, при ракахъ головки железы больные не живутъ

болѣе 3 мѣс. Въ виду этого, можно, думаетъ онъ, ждать не болѣе 6 нед.; если же печень увеличивается, и лихорадка дѣлается сильнѣй, то лучше вмѣшаться даже ранѣе 6 нед. При томъ, по его мнѣнію, хотя бы и доказали ракъ головки, медлить не слѣдуетъ и необходимо устроить отто̀къ желчи, чтобы облегчить печальное общее состояніе больного.

Б. Незаживающіе свищи. Нерѣдко, послѣ первой операціи, гдѣ произведенъ кожный свищъ пузыря, отверстіе не закрывается крайне долго. Иногда, при этомъ, бываетъ обильное отдѣленіе желчи, иногда же очень незначительное. Свищи обыкновенно должны закрываться черезъ 1—3 мѣсяца, если стокъ желчи въ кишку свободенъ. Такъ я встрѣтилъ въ двухъ случаяхъ *Кузьмина* и у многихъ русскихъ хирурговъ. Упорство свища всегда должно возбуждать подозрѣніе о закрытіи желчнаго протока, будетъ ли это воспалит. суженіе на почвѣ спазма, или отъ другихъ причинъ. *Tuffier* высказался еще въ 1896 г., что упорное изліяніе желчи всегда говоритъ или о каменной закупоркѣ, или о воспаленіи, или о ракѣ, или же о рубцахъ. Наоборотъ, свищъ трудно удержать открытымъ, если стокъ желчи свободенъ; поэтому, онъ высказывается за умѣстность вторичной операціи въ случаѣ долгаго его незаживанія. Въ русской печати мы находимъ подобное вторичное вмѣшательство гораздо раньше, чѣмъ *Tuffier* высказалъ свой взглядъ. Именно, *Венеръ*, въ 1893 г., удалилъ пузырь черезъ 2 мѣс послѣ первой операціи, при которой былъ сдѣланъ кожнопузырный свищъ, выдѣлявшій сначала слизь, а потомъ желчь. Далѣе *Alexandre*, въ 1901 г., приводитъ примѣръ вторичной операціи. Больная, 33 л., подверглась операціи удаленія камня. Остался свищъ, выдѣлявшій слизь и гной. Въ виду долгаго незаживанія, *Alexandre*, несмотря на нагноеніе въ пузырѣ, произвелъ удаленіе его. Больная выздоровѣла. Такимъ образомъ, нагноеніе пузыря, повидимому, не всегда можетъ удержать хирурга отъ вторичнаго вмѣшательства. Наконецъ, въ одномъ изъ личныхъ наблюденій, описанномъ въ клинич. части, свищъ не заживалъ около года; на вскрытіи больной найденъ большой камень желчнаго протока.

Библиотека Чкаловский

В. Раненія и разрывы желчныхъ путей.

Относительно раненій и разрывовъ желчныхъ путей въ настоящее время, повидимому, все болѣе укрѣпляется мнѣніе о необходимости скорѣйшаго вмѣшательства. Есть указаніе и въ русской литературѣ по этому поводу, что видѣли мы въ клинич. части. Здѣсь же укажу на недавнюю компилят. работу *Крымова*, который излагаетъ вопросъ, придерживаясь мнѣній *Terrier*, и высказывается за немедленное вмѣшательство при проникающихъ ранахъ живота. Повидимому, многіе хирурги не считаютъ, при разрывахъ, противопоказаніемъ тяжелое общее состояніе больного. Но *Routier*, въ 1892 г., высказывался за выжиданіе успокоенія рвоты и всѣхъ острыхъ явленій.

Courvoisier. въ томъ же 1892 году, восхвалялъ значеніе укола, такъ какъ на 33 собранныхъ имъ случая разрыва, гдѣ уколъ сдѣланъ былъ 18 разъ, 11 выздоровѣли. Къ наблюденіямъ его *Terrier* присоединилъ, собранные имъ въ 1897 г., три случая, въ которыхъ пункція дала одно выздоровленіе и двѣ смерти. По поводу рода операціи, т. е., чревосѣченія или укола, мы еще будемъ говорить въ отдѣлѣ выбора операціи.

Г. Показанія къ пробному изслѣдованію желчныхъ путей.

Далѣе мы видимъ рядъ темныхъ случаевъ, гдѣ трудно было сказать, какое вліяніе имѣла операція, но вліяніе было. Быть можетъ, здѣсь играетъ роль уже одно изслѣдованіе желчныхъ путей, такъ какъ ничѣмъ инымъ, какъ только предпринятымъ изслѣдованіемъ, нельзя объяснить случай *Quénu*, въ 1898 г. Онъ сообщилъ наблюденіе 37-лѣтней женщины, страдавшей всѣми признаками закупорки камнемъ, котораго, однако, не нашли. Произвели свищъ пузыря, и чрезъ 15 дней исправленія окрасились, больная выздоровѣла. Въ этомъ отношеніи замѣчательны три случая *Кадьяна*, гдѣ желтуха исчезла безъ всякой операціи на протокахъ, лишь при одномъ вмѣшательствѣ на пузырѣ.

1-й случай. Женщина, 25 л., на 16-й день болѣзни матки, сопровождавшейся жаромъ, заболѣла желтухой и поднятіемъ темп. до 40°. Быстро стала худѣть. Въ наст. время представляетъ опухоль въ области желчнаго пузыря, боль въ правомъ подреберьѣ и рѣзкую желтуху. Сдѣлали 2-хъ моментный кожно-пузырный свищъ; вышла темная желчь и много камней, которые потомъ выдѣлялись въ большомъ количествѣ; на 40-й день выздоровленіе. Вѣроятно, былъ ангіохолитъ.

2-й случай. Мальчикъ 15 л., истощенный, желтый, имѣлъ въ правомъ подреберьѣ опухоль. Испражненія окрашены, сильная слабость. Произведенъ кожно-пузырный свищъ. Пузырь оказался очень большимъ. Свищъ закрылся черезъ 4 м. Больной выздоровѣлъ.

3-й случай. Женщина 27 л., больна уже годъ коликами въ прав. полов. живота. Въ мочѣ—пигменты желчи. Темпер. вечеромъ 38,3°. Въ прав. подреб. прощупывается опухоль. Больная выписалась, но поступила чрезъ 3 м., въ теченіи которыхъ у нея бывали приступы болей съ жаромъ; жаръ тотчасъ прекращался съ исчезновеніемъ болей. Опухоль временами бывала мала, временами гораздо больше.

При операціи, въ пузырѣ найдены камни, гнойная жидкость, окрашенная желчью, и зарощеніе пузырнаго протока. Больная выздоровѣла.

Я думаю, что во всѣхъ случаяхъ здѣсь существовалъ ангіохолитъ съ воспалит. набуханіемъ желчнаго протока.

Д. Показанія при циррозахъ.

Показанія къ операціи при желчныхъ циррозахъ нельзя пока считать установленными въ виду малочисленности наблюденій. Поэтому, мнѣ кажется важнымъ привести нѣсколько случаевъ, гдѣ примѣнялась операція.

Lejars въ 1900 г. привелъ наблюденіе цирроза печени, съ слѣдующей картиной.

Женщина, 44 л., худая, желтая, ослабѣвшая, съ потерей аппетита. Больна уже 7 мѣс. Животъ увеличивается, питаніе падаетъ. Годъ назадъ—рвота кровью. Лихор. нѣтъ. При изслѣ-

дованіи, найденъ увелич. пузырь. Сдѣлали операцію пузырнаго свища. Печень оказалась твердою, большою, съ острымъ краемъ, зеленов. цвѣта. Изъ пузыря вышла зелен. желчь, въ которой открыты пневмококки. Черезъ 4 мѣс. больная снова явилась пополнѣвшей и здоровой. Пузырь былъ опущенъ въ животъ. Выздоровленіе. При вторичной операціи печень казалась красноватой, не похожей на прежнюю, зеленоватую.

Въ 1898 г. *Quénu* сообщилъ такое наблюденіе.

Женщина, 50 л., больна хронической желтухой 32 мѣсяца. 2 года назадъ появились обезцвѣченныя испражн. и колики; наконецъ, развилась упорная желтуха, до черноты. Тяжелое состояніе. Печень, при операціи, оказалась бугристая; въ желчн. протокѣ—камень. На 20-й день больная стала избавляться отъ желтухи; желчь выливалась чрезъ свищъ въ колич. 1 литра въ сутки. Черезъ 2 м. свищъ закрылся, но увеличеніе печени продолжало идти впередъ.

Въ томъ же году *Schwartz* сообщилъ другой случай цирроза.

Мужчина, 54 лѣтъ, 15 лѣтъ страдаетъ коликами; $4^1/_2$ года назадъ желтуха, прерывистая лихорадка, и все это длится съ промежутками въ нѣсколько мѣсяцевъ; между тѣмъ здоровье ухудшалось, припадки стали по нѣсколько разъ въ мѣсяцъ. Развилась кахексія, темп. 40°. При операціи, печень имѣла видъ мраморный; она была желта, съ зелеными точками. Въ желчн. протокѣ камень; протокъ разсѣченъ; истеченіе желчи длилось 3 нед. Больной—поправился.

Рѣшительнымъ сторонникомъ операціи при циррозахъ, имѣющихъ картину инфекціи и застоя желчи, является *Delbet*. Онъ доказываетъ, что въ нѣкотор. случаяхъ не извѣстно дѣйствіе операціи, и объяснить его трудно. Онъ видѣлъ студента, лихорадившаго по вечер., до 41°. Печень спускалась до паха. При чревосѣченіи нашли, что печень покрыта желтов. узелками. Рѣшили, что дѣло идетъ объ ангіохолитѣ и закрыли животъ. Больной выздоровѣлъ. Что такое циррозы? спрашиваетъ *Delbet*. Въ общемъ, по его мнѣнію, это—гипертрофія печени на почвѣ

раздраженія; извѣстно, что въ однихъ случаяхъ ядъ въ крови, въ другихъ, онъ въ желчи.

Поэтому, разсчитывать на дренажъ вполнѣ умѣстно, гдѣ есть картина инфекціи.

Если я заговорилъ о циррозахъ, то не безъ умысла. Кажется, что словомъ этимъ порядочно злоупотребляютъ въ вопросѣ о лѣченіи.

Въ работѣ д-ра *Кабанова* мы находимъ 201-й случай съ діагностикой цирроза.

Вотъ наблюденіе: больная, 28 лѣтъ, замужемъ съ 22 лѣтъ. Съ дѣтства—склонность къ запорамъ. На 8-мъ году были припадки болей подъ ложечкой, что повторялось 2—3 раза въ мѣсяцъ; въ 10 л. явилась желтуха на 2 нед.; въ 12 л.—жестокій припадокъ на 6 час., и общая слабость за нимъ на 6 нед.; во время припадка—желтое окрашиваніе кожи; въ 16 л.—сильные припадки съ желтоватымъ окрашиваніемъ кожи. Съ первой беременности начались растройства нервной системы. $1^1/_2$ года назадъ желтуха, зудъ, обезцвѣченныя испражненія; поступила въ клинику 1 г. назадъ. Печень выходитъ по сосковой линіи изъ-подъ края реберъ на 17 сант., съ плотнымъ, заостр. краемъ; нѣсколько разъ были колики, постоянная желтуха. Скоро выписалась и чрезъ годъ опять поступила съ явленіями сильной желтухи, обезцвѣченнымъ испражненіемъ, большой селезенкой, выхожденіемъ печени изъ-подъ края реберъ на $10^1/_2$ с., имѣющей плотный острый край; были припадки коликъ, во время коихъ прощупывался увеличенный желчный пузырь. Сонъ плохъ, навязчивыя идеи, повышенная темп., вѣсъ 3 п. 18 ф. Вышла въ плохомъ состояніи.

Я не могу отрицать здѣсь присутствія цирроза, но также нельзя отрицать здѣсь ясной возможности присутствія камней, закупоривающихъ выходъ желчи, или какого либо рубца, такъ какъ картина тяжелой инфекціи здѣсь была на-лицо; короче, здѣсь былъ ангіохолитъ.

Вотъ еще 336-й случай *Кабанова*. Женщина, 52 л., послѣдніе годы страдала нытьемъ подъ ложечкой; съ 40 лѣтъ имѣетъ пупочную грыжу. 8 мѣсяцевъ назадъ ходила на богомолье въ

Кіевъ; дорогой появились боли подъ ложечкой и слабость, а потомъ желтуха, а мѣсяца чрезъ 2—водянка.

Тогда, чрезъ 5—6 мѣс. поступила въ клинику. Вѣсъ 5 п. 12 ф., ожирѣніе. Пупочная грыжа. Кожа — землистобурая; склеры—желтыя, испражненія обезцвѣчены, селезенка—увеличена, сердце тоже. Въ клиникѣ за 2 мѣсяца потеряла до 15 ф. вѣса; асцитъ уменьшился; край печени—острый; онъ выстоитъ на 3 с. изъ подъ реберъ; 2 раза была колика; вышла безъ улучшеній.

Въ этомъ случаѣ нельзя не увидать возможности острой инфекціи желчн. путей на почвѣ, какъ я думаю, давнишняго холецистита. Острая инфекція явилась во время богомолья. Появленіе желтухи могло быть обязано закупоркѣ камнемъ. Картина инфекціи также на лицо.

Въ обоихъ случаяхъ — печень увеличена, имѣла острый, плотный край, но въ обоихъ дѣло не въ циррозѣ, а въ инфекціи желчныхъ путей и въ закупоркѣ, для признанія которой, сообразно всему изложенному, даже при явленіяхъ асцита, существовали на лицо всѣ данныя. Устремлено вниманіе только на увеличенную печень, да на возможность артритическаго діатеза, и это привело врачей къ распознаванію цирроза. И много, много больныхъ уходило безъ всякаго облегченія!

Наблюденіе *Лифшица* чрезвычайно подходитъ къ клинической картинѣ, изображенной въ случаяхъ *Кабанова*. Больной, 57 л., никогда ничѣмъ особенно не страдалъ. 1 мѣсяцъ назадъ заболѣлъ запоромъ и желтухой. Въ настоящее время очень худъ, печень увеличена, съ острымъ краемъ, желчный пузырь не прощупывается. Болей нѣтъ ни при давленіи, ни самостоятельныхъ. Испражн.—обезцвѣчены, нѣтъ кожи—шафрановый; появился вскорѣ асцитъ; за 2 нед. сильно похудѣлъ, не лихорадилъ и только разъ—два было около 38°. Вѣсъ—40 килограмм.—Умеръ. При вскрытіи найдено: большая, дряблая печень желт. цвѣта; желчный пузырь растянутъ. Головка железы поджел. плотна, содержитъ сѣрый узелъ, сквозь который проходилъ желчный протокъ. Дольки поджел. железы тоже растянуты. Ракъ головки поджел. железы.

Въ своей диссертаціи *Bernard* собралъ 13 наблюденій цирроза.

Сообщимъ коротко нѣкоторыя изъ этихъ наблюденій. 2-е наблюденіе. Женщина, 39 л., страдаетъ хронич. желтухой. 15-го декабря 1890 г.—отмѣчается: общее недомоганіе, тошнота, желуд. киш. разстройства. 27 января 1891 г.—обезцвѣч. испражненія; проходящія боли печени; боли были въ формѣ припадковъ черезъ 15 дней; въ февралѣ 1891 г. — желтуха усилилась; зудъ; худоба. Въ іюнѣ—боли и желтуха уменьшились; въ сентябрѣ и октябрѣ желтухи нѣтъ; въ ноябрѣ—снова желтуха. Настоящее состояніе: желтуха, общее похуданіе, печень увеличена; селез.—нормальна; испражн. обезцвѣчены; въ области пузыря—припухлость. 9-го февраля сдѣлана операція, а 10-го смерть отъ кроветеченія. Изслѣдов. показало большую цирротическую печень.

Въ 1-мъ же его наблюденіи дѣло шло о 12 л. дѣвочкѣ, у которой съ 9 л. сталъ увеличиваться животъ; съ 10 л. стала желтѣть. Передъ операціей печень и селезенка сильно увеличены, но асцита не было; испражненія—обезцвѣчены; вены живота сильно расширены. Операція не принесла пользы. Печень продолжала увеличиваться.

Наблюденіе 6-е относится къ 1898 году. Женщина 35 л.; больна 16 мѣс.; 5 мѣс. назадъ появилась опухоль живота и желтуха; наст. сост.: кахексія, селезенка и печень увеличены; асцитъ небольшой; желтуха; лихор. нѣтъ. Сдѣлана была лапаротомія; удаленъ асцитъ; пузырный свищъ.

Цѣлый годъ была здорова; свищъ закрылся черезъ 1 мѣс. 8 дней. Умерла потомъ отъ пневмоніи.

Въ 7-мъ и 8-мъ его наблюденіи пузырь содержалъ камни или желчную грязь; печень казалась цирротичной. Оба поправились.

9-е наблюденіе, гдѣ были темнозеленая печень, очень похожъ на картину ангіохолита.

Въ 10-мъ наблюденіи, больная женщина, 44 л., представляла большую печень, растянутый пузырь, желтуху, похуданіе, постоянныя боли въ обл. пузыря, языкообразный лоскутъ пе-

чени; при операціи, въ желчномъ пузырѣ камней не оказалось, желчь содержала пневмококкъ; черезъ 4 мѣсяца больная поправилась и пополнѣла; печень не увеличена; пузырь опущенъ въ животъ.

Нельзя здѣсь не видѣть холецистита и ангіохолита.

Въ 10-мъ наблюденіи, пузырь содержалъ 600 гр. гнойной жидкости; печень—большая. Въ 13-мъ, въ пузырѣ было 100 грамм. коричневой гнойной жидкости. Печень увеличена. Оба поправились вполнѣ. 12-е наблюд., гдѣ былъ атрофическій циррозъ, съ разрывомъ живота отъ громаднаго асцита и выпаденіемъ сальника, нельзя принять въ разсчетъ, такъ какъ сдѣланный здѣсь свищъ врядъ ли игралъ роль, хотя болѣе водянки не появлялось.

Разбирая всѣ случаи *Bernard'a* мы видимъ одно общее, это—увеличеніе печени. Однако, вездѣ, помимо того, была картина инфекціи. Поэтому, здѣсь былъ не одинъ только гипертофическій циррозъ, но и ангіохолитъ.

Я не могу, однако, изъ его наблюденій вывести тѣхъ заключеній, къ которымъ онъ пришелъ, будто бы холецистостомія излѣчиваетъ циррозъ. Мнѣ поучительнымъ кажется то, что одновременно существовалъ ангіохолитъ, цирротическая большая печень и инфекція. При такихъ условіяхъ оперировать слѣдуетъ, и можно вылѣчить лишь отъ инфекціи.

Какой процессъ здѣсь былъ первичный, опрѣдилить трудно. Пузырь иногда не давалъ знать себя ничѣмъ; бросалась въ глаза лишь большая печень, да общее состояніе.

И сколько, я думаю, прошло такихъ больныхъ мимо хирурговъ! Сколько ихъ искало помощи лишь отъ внутренняго лѣченія Стоило только ощупать печень, увидать желтуху, невысокую температуру, и діагнозъ былъ готовъ: циррозъ печени, операціи не нужно!

Вотъ напримѣръ, 11-е наблюденіе *Bernard'a*. Женщина, 52 л., давно страдаетъ диспептическими явленіями. Одинъ годъ назадъ, появилась небольшая лихорадка. Постепенно желтѣетъ. Временами боли въ плечѣ. Настоящее состояніе: худа, слаба, желта; испражненія—глинистыя; печень — увеличена. Лихорадка временами до 38°. При операціи, изъ пузыря выпущена гнойная жидкость; печень большая, темнобураго цвѣта.

Быстро стала поправляться. Черезъ 8 мѣсяцевъ пополнѣла, общее состояніе— вполнѣ хорошее. Нельзя сказать, какъ мы видимъ, что здѣсь былъ лишь одинъ циррозъ; пузырь содержалъ гной. Но чѣмъ же этотъ случай разнится отъ случаевъ *Н. Кабанова*, которые мы уже показали.

Въ 1900 г. *Michaux* сдѣлалъ докладъ о статьѣ *Pauchet*, содержавшей въ себѣ операцію по поводу цирроза.

Женщина 32 л., 3—4 г. страдала диспепсіей, и только 2 г. назадъ у нея развились боли въ области печени, не имѣвшія характера коликъ. За 3 мѣс. до операціи у больной была замѣчена опухоль въ области пузыря, и когда больная обратилась черезъ 3 мѣс. послѣ сего въ больницу, у нея была увеличенная печень, выходящая на 4—5 попер. пальцевъ изъ подъ реберъ. Окраска кожи—нормальна; въ мочѣ и испражн.—ничего ненормальнаго.

При операціи печень оказалась большой, зеленоватотемной, пуз.—нормальн. величины. Сдѣланъ былъ свищъ. Выдѣлилась черноватая желчь, содержавшая bacillus coli. Постепенно больная стала поправляться; желчь текла болѣе $^1/_2$ года, послѣ чего она не содержала bacillus coli, и свищъ былъ закрытъ. Печень уменьшилась въ объемѣ. Однако, *Michaux* усматриваетъ здѣсь скорѣе ангіохолитъ. Онъ присоединилъ еще свой собственный случай, гдѣ наблюдался асцитъ, хронич. желтуха, лихор. и боли; печень, при операціи, тоже зеленая; асцитъ, послѣ операціи, уменьшился, но потомъ снова явился. Онъ думаетъ вообще, что въ сам. начальн. стадіяхъ цирроза операція можетъ помочь, но позднѣе, когда клѣтка печени утратила свою жизнь, операція мало поможетъ.

Въ этомъ же засѣданіи *Terrier* высказалъ, что онъ въ 2 ясныхъ циррозахъ не имѣлъ успѣха.

Существовали уже давнишнія мнѣнія объ опасности операцій при очень рѣзкихъ желтухахъ. Укажу на *Humbel'я*, который въ 1898 г. въ своей диссертаціи приходитъ къ заключеніямъ, что какова бы ни была причина желтухи, но если послѣдняя очень

тяжела, то вмѣшиваться не слѣдуетъ. Онъ считаетъ также противопоказаннымъ вмѣшательство при циррозахъ. Къ счастью, движеніе среди хирурговъ родилось, брешь къ циррозамъ пробита, и недалеко будущее, когда мнѣніе *Hunbel*'я будетъ одинокимъ.

Е. Показанія при литіазѣ.

Профессоръ *П. И. Дьяконовъ*, въ 1901 г., изложивъ 5 собственныхъ наблюденій, присоединилъ къ нимъ 31 случай хирургическаго лѣченія желчно-каменной болѣзни. Такимъ образомъ, онъ полагаетъ, что въ Россіи всего 36 случаевъ было хирургическаго лѣченія желчнокаменной болѣзни. Это не совсѣмъ понятно и не совсѣмъ вѣрно. Въ этихъ 36 случаяхъ дѣло не всегда шло о камняхъ, а иногда о холециститѣ или ангіохолитѣ. (См. случ. 11-й и 17-й, гдѣ камней не было). Если же понимать эти 36 случ. въ томъ отношеніи, что хирурги предпринимали операцію, думая о желчныхъ камняхъ, то это также невѣрно, потому что *Богаевскій*, *Терперъ*, и мног. другіе, дѣлали операцію, не имѣя вѣрнаго распознаванія. Наконецъ, если разсматривать по роду операціи, т. е., по тѣмъ или другимъ операціямъ на пузырѣ, то опять-таки число свищей или удаленій пузыря въ Россіи несравненно больше; одинаково—много было другихъ наблюденій, дававшихъ колики, боли и желтуху, и гдѣ дѣло шло о ракѣ желчныхъ путей. Слѣдов., проф. *Дьяконовъ* излагаетъ случаи по роду болѣзни и причисляетъ упомянутые имъ 36 случ. къ желчнокаменной болѣзни по присутствію, какъ бы главнаго признака, камней. Однако, сейчасъ всплываетъ неудобство такого раздѣленія, потому что были случаи безъ камней. Утверждать, что въ этихъ случаяхъ все же были камни, нельзя, потому что въ 11-мъ наблюденіи даже пузырь не измѣненъ въ этомъ 11-мъ, можно возразить, были колики. Но таблица составлена не по признакамъ колики; во многихъ наблюденіяхъ колики нѣтъ. Возьмемъ, напримѣръ, наблюденіе 1-е: припадки выражались повышенной температурой и большой опухолью въ области печени; въ 6 наблюд. признакъ болѣзни выражался болѣзненной опухолью въ области печени; точно также 20 и 23 наблюденія не имѣли признаковъ желчныхъ камней. Слѣдов., таблица этихъ 36 случаевъ кладетъ въ основаніе присутствіе камней при операціи или измѣненіе пузыря. Если считать присутствіе камней, то такихъ случаевъ въ Россіи несравненно больше; если же судить по измѣненію пузыря, то и тогда выйдетъ ихъ больше, такъ какъ придется включить сюда многія наблюденія съ явленіями желтухи, лихорадки и т. д., гдѣ при операціи оказывались измѣненія протоковъ и вмѣстѣ съ тѣмъ пузыря. Въ виду сказаннаго, я и полагаю, что названіе «желчнокаменная болѣзнь» оказываетъ дурную услугу патологіи желчныхъ болѣзней, вводя путаницу въ классификацію ихъ. Мы покажемъ впереди, какъ часто это названіе даже вредитъ.

Дѣйствительно, давно извѣстно, что камни сами по себѣ не опасны; они выходятъ иногда безъ болей; ихъ случайно находятъ при вскрытіяхъ у не страдавшихъ, повидимому. Итакъ, если видятъ картину желтухи, колики, лихорадки и утверждаютъ, что это литіазъ, то одно уже «это слово» вредитъ дѣлу, потому что невольно порождаетъ мысль о возможности промедленія, выжиданія, выйдутъ ли камни. Вѣрное же опредѣленіе болѣзни словомъ—«ангіохолитъ» или «ангіохолециститъ» дало бы другое теченіе мысли; явилось бы представленіе объ инфекціи путей, о силѣ печени даннаго больного, о прошлыхъ инфекціяхъ, которыя обрушивались на печень и т. д.

Что касается показаній, то проф. *Дьяконовъ* считаетъ всякій случай желчнаго камня подлежащимъ операціи, и противопоказаніемъ для операціи, по его мнѣнію, можетъ служить лишь то, что вообще служитъ противопоказаніемъ къ хирургическому вмѣшательству при всѣхъ другихъ операціяхъ. Невыясненное распознаваніе и начальные періоды болѣзни служатъ, по его мнѣнію, относительнымъ противопоказаніемъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ можно выждать.

Профессоръ *Шервинскій* въ 1900 г. высказался, что онъ не считаетъ желчнокам. болѣзнь хирургической въ томъ смыслѣ, что безъ операціи нѣтъ спасенія. Необходимо, по его мнѣнію, испытать имѣющіяся въ распоряженіи терапевтическія мѣро-

пріятія; операціи не слѣдуетъ, говоритъ онъ, «дѣлать въ первомъ актѣ трагедіи». Откуда родилось подобное представленіе? Гдѣ корень его? Другого отвѣта не можетъ быть, какъ слѣдующій: это показала жизнь, это показали клиники. Такъ именно отвѣтятъ противники хирургич. вмѣшательства. Мы видѣли, что показали намъ клиники, но всѣ-ли больные попали въ нихъ. Жизнь именно этого показать не могла и покажетъ лишь въ будущемъ. Нѣчто другое таится въ сердцѣ защитниковъ внутр. лѣченія—это увѣренность, что литіазъ — есть болѣзнь, возникшая на почвѣ діатеза. Вѣками существовало это мнѣніе; теорія *Bouchard*'а слишкомъ обольстительна, чтобы не впасть въ число ея поклонниковъ. Теорія инфекціи, наоборотъ, слишкомъ юна и еще не сформирована, чтобы ждать поклоненій. Удивительно, что творцы ея, повидимому, еще не замѣтили важныхъ послѣдствій своей теоріи; они открыто не провозгласили, что «нѣтъ болѣзни литіаза»; они заставили другихъ лишь думать объ этомъ. Итакъ, если нѣтъ «болѣзни литіаза», то напрасны попытки создавать показанія къ лѣченію ея; нужны другія попытки—дать показанія къ лѣченію инфекціи желчныхъ путей. Мы поставили себѣ эту трудную задачу; для рѣшенія ея нужно было пускаться въ различныя области; сообразно съ отвѣтомъ, который выработается нами, видно будетъ, какое лѣченіе умѣстно, но теперь сказать, что при камняхъ «нужно испытать рядъ терапевтическихъ мѣропріятій», мы не можемъ: литіаза, какъ болѣзни, нѣтъ!

Ж. Случаи, гдѣ показаніе отрицалось.

Не смотря на видимый успѣхъ хирургическаго лѣченія заболѣваній желчныхъ путей, косность царствуетъ еще довольно широко. По отношенію желчныхъ путей держатся умѣренности, напоминающей «noli mé tantgere» въ брюшной хирургіи, до противопаразитнаго способа лѣченія ранъ.

Привожу рядъ примѣровъ, гдѣ слѣдовало бы вмѣшаться хирургу, но показаній будто бы не было. Вотъ наблюденіе Михайлова въ 1896 г.

Женщина, 40 л., страдала около 20 л. коликами, каждые

3—4 м., по 2—3 дня. Послѣдній годъ боли участились; желтуха стала постоянной послѣдніе 6 мѣс. Развилась слабость, исхуданіе, зудъ, желтозеленый цвѣтъ кожи, печень выступаетъ изъ подъ реберъ, она — сильно болѣзненная, колики продолжаются и въ больницѣ.

Однако, лѣченіе начали щелочными водами, отъ которыхъ послѣдовало улучшеніе, но вскорѣ снова колики, жаръ. Смерть. При вскрытіи, желчный протокъ пораженъ язвами, ангіохолитъ, нарывъ печени.

Недавній случай Рудзкаго, сообщенный имъ въ 1901 г., показываетъ, до какой степени царитъ еще воздержаніе отъ операціи. Женщина, 28 л., поступила 7 сент. 1899 г. съ болями въ верхней части живота, развившимися 3 сент. Въ прошломъ больной нѣтъ ничего особеннаго. Года 2 назадъ были боли 2 дня въ видѣ коликъ. Теперь боль развилась сразу въ правомъ боку и спинѣ, со рвотой. Больная—слегка желтушна; печень—болѣзненна, увеличена; область селезенки—также болѣзненна; въ мочѣ желчные пигменты. Небольшой жаръ держался два дня, а потомъ исчезъ, а равно исчезла желтизна.

Во время пребыванія въ больницѣ у больной были припадки сильныхъ болей съ ознобомъ, жаромъ; припадки неежедневные, но потомъ стали являться каждый день. Печень все время была увеличена. Въ общемъ, въ этомъ случаѣ имѣлись слѣд. явленія: 1) колебаніе въ объемѣ печени и перемежающаяся желтуха, 2) лихорадка, въ началѣ не правильная, intermittens, потомъ ежедневная—remittens, 3) припадки ужасныхъ болей, особенно въ области мечев. отростка, 4) наконецъ, общее состояніе больной доходило иногда до агоніи, 5) при уколахъ въ области печени полученъ гной.

Однако, приглашенные хирурги нѣсколько разъ осматривали больную и отрицали показаніе къ операціи. Неожиданно, послѣ уколовъ, больная стала поправляться, и дѣло кончилось выздоровленіемъ. Читая это наблюденіе, не знаешь, чему удивляться, удивительному здоровью больной, или колебанію хирурговъ при болѣзни, обычно влекущей смерть. Случай этотъ вызвалъ обмѣнъ мнѣній среди врачей, причемъ нѣкоторые нахо-

дили, что выздоровленіе послѣдовало благодаря пункціи печени. Мнѣ кажется, что послѣ всего изложеннаго подобное мнѣніе идетъ въ разрѣзъ съ данными патологіи вообще. Dominici въ своей диссертаціи въ 1894 году высказалъ мысль, что ему не извѣстно ни одного случая выздоровленія отъ гнойнаго ангіохолита безъ хирургическаго вмѣшательства. Такъ мало еще проникли въ русскую хирургію вопросы о показаніяхъ хирургическаго вмѣшательства.

Попадаются случаи, при чтеніи которыхъ невольно возникаетъ мысль, до какой степени не совершенны еще наши познанія о лѣченіи болѣзней, хотя медицина стара, какъ все человѣчество. Думается мнѣ, что не совсѣмъ невинны тѣ, которымъ пришлось лѣчить до операціи слѣдующую больную, описанную въ наблюденіи Каблукова, въ 1896 г.

Женщина, 45 л., больна цѣлыхъ 9 лѣтъ. Болѣзнь развилась сразу тошнотой, рвотой, ознобомъ, жаромъ, и все это длилось мѣсяцъ, послѣ чего явилась желтуха на 2 нед.; боли продолжались, появились желудочнокишечныя разстройства и опухоль въ правомъ подреберьѣ. По исчезновеніи острыхъ явленій, болѣзнь совсѣмъ не угасла, и цѣлые послѣдующіе 5 лѣтъ остается незначительная тупая боль въ правой сторонѣ живота. Затѣмъ, снова возникаютъ рѣзкія боли, и это длится три мѣсяца. Больная упорно лѣчится три года, но боли по нѣсколько разъ въ мѣсяцъ все же повторяются. И вотъ, весною, въ 1895 г., она поступила въ клинику, при явленіяхъ тупой боли въ правомъ подреберьѣ, временами доходящей до приступовъ жестокихъ коликъ во всемъ животѣ, въ спинѣ, въ правомъ подреберьѣ; умѣренная желтуха; печень увеличена; моча—безъ пигмент.; испражн.—окрашены. Сильное истощеніе; въ правомъ подреберьѣ опухоль съ мандаринъ; не высокая лихорадка. При операціи, изъ пузыря удалили 2 камня; желчный протокъ—расширенъ; для изслѣдованія его были разорваны сращенія. Послѣ операціи боли продолжались, желтуха—также; въ мочѣ оставался желчный пигментъ. Однако, все это исчезло приблизительно чрезъ 2 мѣс. Въ данномъ случаѣ, по моему мнѣнію, несомнѣнно, была закупорка желчнаго протока, хотя камня не

нашли. Если камень и не былъ найденъ, это еще не означаетъ его отсутствія. Разъ при операціи были разорваны сращенія, этого могло быть достаточнымъ для свободнаго тока желчи или, быть можетъ, заставило выйти малый камушекъ, мѣшавшій току.

3. Собственные взгляды о показаніяхъ, основанные на инфекціонномъ происхожденіи болѣзней желчныхъ путей.

Теперь, прежде чѣмъ указать на личные мои взляды объ умѣстности хирургическаго вмѣшательства, я приведу мнѣнія С. П. Боткина и Кадьяна, къ которымъ вполнѣ присоединяюсь.

Въ вопросѣ о показаніяхъ С. П. Боткинъ ушелъ гораздо далѣе нѣкоторыхъ современныхъ ученій о воздержаніи отъ операціи. Если бы діагностика была вѣрнѣе, по его мнѣнію, то холецистотомія дѣлалась бы гораздо чаще и не малый % больныхъ былъ бы спасенъ. «Поэтому, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ сомнѣнія, гдѣ приступы тяжелы и часты, оперативное пособіе должно смѣло быть рекомендованнымъ». Удивительно, что многіе въ Россіи еще не знаютъ или не хотятъ признавать силы такого простого и яснаго показанія, даннаго С. П. Боткинымъ.

О важности показаній для операціи при болѣзни желчныхъ путей сошлюсь на Кадьяна, который высказался въ 1897 году въ томъ смыслѣ, что не только хирургъ, но и терапевтъ долженъ знать, если не технику операціи, то, по крайней мѣрѣ, показанія и противопоказанія, пользу и рискъ для больного.

Итакъ, среди всѣхъ изложенныхъ выше мнѣній, изъ коихъ нѣкоторыя старались дать утонченныя, трудно уловимыя показанія, я нарочно не приводилъ мнѣніе Terrier, простое, ясное, короткое. Въ 1895 г. Terrier, на конгрессѣ французскихъ хирурговъ заявилъ, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ существуетъ инфекція желчныхъ путей, абсолютно показано хирургическое вмѣшательство. Прошли годы, и изъ массы работъ, появившихся съ 1895 г., касающихся то клиническихъ наблюденій, то посвященныхъ вопросамъ патологіи желчныхъ путей, выросло стройное ученіе, доказывающее полную справедливость

словъ Terrier. Литература, касающаяся вопроса болѣзней желчныхъ путей, стала громадной.

Съ 1895 г., казуистика доросла до гигантскихъ размѣровъ; не менѣе обширной стала область экспериментальныхъ изслѣдованій. Уже почти по каждому вопросу патологіи, клиники, хирургіи можно найти изрядное число работъ.

Возвращаясь опять къ словамъ Terrier, скажу, что послѣдніе 8—10 лѣтъ доказали, какое громадное значеніе имѣетъ инфекція желчныхъ путей. Безъ преувеличенія, за исключеніемъ нѣкоторыхъ вообще темныхъ процессовъ патологіи, можно сказать, что инфекція порождаетъ всѣ болѣзни, наблюдаемыя въ области крупныхъ и мельчайшихъ желчныхъ путей. При сочетаніи извѣстныхъ условій, легкая инфекція, клинически едва замѣтная, можетъ обусловить собой рядъ самыхъ разнообразныхъ пораженій, отъ невинныхъ до смертельныхъ. И вотъ, объ условіяхъ, способствующихъ возникновенію этой инфекціи, о рядѣ порождаемыхъ ею явленій въ желчныхъ путяхъ, о доказательствахъ непремѣнной законной связи между послѣдними и первой, я и указалъ въ своей работѣ. Если, такимъ образомъ, возможнымъ стало признать, что инфекціонное начало есть главное зло, съ которымъ нужно считаться въ вопросѣ о лѣченіи, то показанія для того или другого способа лѣченія уже въ значительной мѣрѣ выяснились, и клиникамъ остается путемъ, такъ сказать, опытовъ лишь дать подтвержденіе всему тому, что создала патологія послѣднихъ лѣтъ. Итакъ, не входя пока въ подробности, я нахожу вполнѣ возможнымъ сказать вмѣстѣ съ Terrier: «разъ явленія ангіохолита и инфекціоннаго холецистита, даже не гнойнаго,— на лицо, чревосѣченіе абсолютно показано».

Longuet, раздѣляя вполнѣ воззрѣніе Terrier, допускаетъ, однако, возможность нѣсколько дней наблюдать больного; либо ему удалось видѣть начавшееся улучшеніе, почему онъ и не произвелъ операціи. А между тѣмъ все еще продолжаютъ утверждать, что операція безполезна при циррозѣ, хотя бы у больного былъ жаръ и рѣзкая желтуха. Все еще говорятъ о палліативномъ дѣйствіи операціи при опухоляхъ головки железы!

Конечно, операція, не удаляющая опухоль, будетъ палліативной, по отношенію органа, который поразила опухоль. Но, другое дѣло, въ отношеніи операціи къ ангіохолиту, наблюдаемому съ этой опухолью: операція здѣсь будетъ радикальной. Дѣло въ томъ, что высокая степень пораженія желчныхъ путей, разъ она сопровождается полнѣйшимъ обезцвѣченіемъ испражненія, говоритъ какъ за недостаточность печени, такъ за страданіе желчнаго протока. Его воспаленіе можетъ производить такой же спазмъ сфинктера, какъ это наблюдается иногда при воспаленіяхъ уретры. Если подобный спазмъ легко допустить при незначительномъ воспаленіи протока, то съ большей возможностью слѣдуетъ признать его, когда въ сосѣдствѣ съ нимъ лежатъ опухоли головки поджелудочной железы, или двѣнадцатип. кишки. Итакъ, какой либо боковой оттокъ желчи долженъ дать благопріятный результатъ для печени и для общаго состоянія.

4. О показаніяхъ къ той или другой операціи.

По порядку разберу слѣдующіе вопросы: А) объ оставленіи пузыря послѣ операціи, Б) объ удаленіи пузыря, В) о пузырнокожномъ свищѣ, Г) о пузырнокишечномъ и пузырножелудочномъ свищѣ, Д) о катетеризаціи желчныхъ путей, Е) о холедохотоміи, Ж) о чревосѣченіи при произвольномъ разрывѣ желчныхъ путей или разрывѣ отъ раненій. Передъ показаніемъ къ той или другой операціи укажу, кому обязанъ тотъ или другой способъ. 1-я холецистостомія, въ одинъ моментъ, произведена Sims'омъ въ 1878 г.; въ 1882 году Langenbuch сдѣлалъ первую холецистэктомію; въ 1885 г. Spenser Wells сдѣлалъ холецистостомію по идеальному способу; въ 1887 г. проф. Монастырскій сшилъ пузырь съ тонкой кишкой, но ему предшествовала операція Winiwarter'а; послѣдній, въ 1880 г., сшилъ пузырь съ 12 п. к., по очень сложному способу, отъ котораго онъ самъ потомъ отказался. Не смотря на эти цифры годовъ, въ нашемъ отечествѣ желчная хирургія развивалась медленно. Послѣдніе годы нѣсколько подвинули ее. Какъ была бѣдна русская казуистика, видно изъ работы Васильева въ 1893 г.,

который приводитъ операціи желчныхъ операцій въ Россіи въ хронологическомъ порядкѣ: 1) Павловъ, въ 1884 г., 2) Косинскій въ 1886 г., 3) Загурскій въ 1887 г., 4) Монастырскій, описавшій въ «Хир. Вѣстн.», 1888 г., 5) Насиловъ, въ Медиц. Обозрѣніи, въ 1890 г., 6) Капацинскій, въ Медиц. Обозр., въ 1890 г., 7) и 8) Матляковскій, 9) Склифосовскій, въ «Медиц. Обозр.», въ 1890 г., 10) и 11) Кузьминъ, въ Медиц. Обозр., въ 1890 г., 12) Богаевскій въ 1891 г., въ Мед. Обозр., 13) Васильевъ, 14) Верперъ въ 1894 г., во «Врачѣ».

Мы коснемся теперь различныхъ воззрѣній о родѣ той или другой операціи, но не будемъ очень подробно останавливаться на этомъ вопросѣ, который чрезвычайно обширенъ, хотя, по моему мнѣнію, онъ также нуждается въ упрощеніи, какъ вопросъ о показаніяхъ вообще.

А. Объ оставленіи пузыря послѣ операціи или о разрѣзѣ безъ удаленія.

Courvoisier находитъ, что идеальное сѣченіе пузыря — наиболѣе лучшая операція въ подходящихъ случаяхъ, такъ какъ свищи не удобны, или по долгому истеченію желчи, или въ силу приращеній пузыря, нарушающихъ, будто бы, подвижность печени. Однако мнѣніе это почти нало, хотя все еще попадаются защитники этого способа, дающаго, дѣйствительно, мало заботъ послѣ операціи. Результаты кажутся такъ заманчивыми. Примѣромъ идеальной холецистостоміи можно привести наблюденіе проф. Склифосовскаго.

Больная, 43 л., приблиз. $^1/_2$ г. назадъ, замѣтила опухоль въ прав. подреберьѣ послѣ сильной боли въ животѣ. Боль длилась 4 дня и затѣмъ исчезла. Теперь опухоль спускается ниже пупка. При операціи, изъ пузыря удалено 210 к. с. слизи и камень изъ шейки въ 7,5 грамм. Выздоровленіе, послѣ зашиванія пузыря и опущенія его въ брюшную полость, черезъ 2 недѣли.

Между тѣмъ стали раздаваться голоса противъ оставленія пузыря.

Въ 1894 г. Kehr заявилъ, что идеальнаго метода для него не существуетъ. Иногда ему сильно хотѣлось закрыть пузырь и опустить обратно на мѣсто, но неувѣренность въ полномъ удаленіи камней удерживала его отъ подобныхъ дѣйствій. Послѣдствія часто показывали, что воздержаніе имѣло пользу для больного.

Въ 1901 г. Jacomet посвятилъ свою диссертацію вопросу объ идеальной холецистостоміи, съ частичнымъ изсѣченіемъ пузыря. Авторъ, защищая оставленіе пузыря, полагаетъ, что оно неприменимо къ больному пузырю, но лишь къ почти здоровому. Однако, часто бываетъ наиболѣе поражено дно, и потому возможно изсѣчь не весь пузырь, а извѣстную часть его. Также Jacomet согласенъ, что при наличности ангіохолита, не слѣдуетъ дѣлать идеальной холецистотоміи. Преимущество зашиванія надъ свищомъ Jacomet находитъ въ срокахъ выздоровленія, такъ какъ свищъ заживаетъ, самое короткое, въ 3 нед., между тѣмъ какъ зашиваніе даетъ выздоровленіе въ 8 дней. Съ этимъ, по моему мнѣнію, нельзя согласиться, такъ какъ подобныя обобщенія вообще вредятъ способу и больнымъ. Нельзя заранѣе опредѣлить, какъ у больного пойдетъ заживленіе, какой бы способъ мы ни примѣняли. Среди приведенныхъ 8 наблюденій 5-е крайне невыгодно рисуетъ идеальную холецистотомію. Больная страдала литіазомъ въ легкой степени. Произведена идеальная холецистотомія. Колики возобновились на 2—3 день. Новая операція показала маленькій гнойникъ около пузыря. Послѣ того долго выходили камни изъ свищевого отверстія. Интересно, что, при первой операціи, пузырь казался совершенно здоровымъ. Колики у больной продолжались, и она выписалась безъ всякаго улучшенія. Наконецъ, Bloch въ 1895 г. предложилъ временное пришиваніе пузыря къ брюшной стѣнкѣ и вторичное его опусканіе на 9 день, послѣ зашиванія отверстія въ немъ. Не блестящіе результаты должны нами руководить здѣсь, а опять вопросъ, нѣтъ ли вреда отъ опусканія завѣдомо больного, т. е., инфецированнаго снаружи, пузыря въ брюшную полость.

Б. Показаніе къ удаленію пузыря.

Мнѣнія расходятся по вопросу объ удаленіи. Всѣ почти согласны въ неважной роли желчнаго пузыря для организма, и потому противники удаленія исходятъ болѣе изъ оперативныхъ соображеній, чѣмъ изъ физіологическихъ.

Изъ сравнительно давнишнихъ, по времени, мнѣній прежде всего укажу на Czerny, который въ 1892 г. считалъ показаніемъ къ удаленію только очень тяжелыя измѣненія стѣнокъ пузыря, особенно, раковое пораженіе. Наоборотъ, холецистотомія, по его мнѣнію, есть типичная операція для всѣхъ случаевъ.

Löbker въ 1898 г., на основаніи 367 наблюд., даетъ показанія къ хирург. вмѣшательству для той или другой операціи. Онъ не совѣтуетъ изсѣкать пузырь, если не удалось доказать проходимость желчнаго протока. Изсѣченіе пузыря считаетъ умѣстнымъ лишь при язвахъ и рубцахъ.

Kehr совѣтуетъ, какъ наиболѣе лучшее лѣченіе, удаленіе пузыря, при воспаленіяхъ его, если только не мѣшаютъ громадныя сращенія. При всѣхъ закупоркахъ желчнаго протока, онъ считаетъ необходимымъ оперативное вмѣшательство, если 3 мѣсяца внутренняго лѣченія не дали успѣха. На 190 случаевъ операціи свища пузыря онъ имѣлъ 1,5% смертей; на 81 случ. изсѣченія пузыря—3,7% смертн., на 62 случ. разрѣза желчн. протока—10,2% смертей; наконецъ, при осложненныхъ случаяхъ, какъ-то, перитонитѣ, распространіи рака на печень, и т. д., изъ 76 случ.—45% смертей. Мнѣ кажется, что, читая эти цифры, невольно придешь къ заключенію, что успѣхъ или неудача обусловливались не родомъ операціи, но, исключительно, тяжестью болѣзненнаго процесса.

Упомянемъ, что въ смыслѣ лучшаго устраненія зараженія брюшной полости, Doyen предложилъ въ 1899 вылущать пузырь изъ подъ серознаго покрова печени, со вшиваніемъ внѣбрюшинной полости въ рану.

Въ 1990 г., Michaux, на 13 международномъ конгрессѣ, въ Парижѣ сообщилъ результатъ своихъ 45 операцій желчн. путей. Начиная съ 1889 г., 32 раза сдѣлано удаленіе пузыря,

причемъ 28 выздоровѣли и 4 умерло. Шестерымъ изъ 32 больныхъ одновременно произведено разсѣченіе желчнаго протока. Послѣ удаленія пузыря онъ не разъ видѣлъ истеченіе желчи изъ раны черезъ 24—48 час., а иногда черезъ 8—15 дней и 1 разъ черезъ 4 мѣсяца. Онъ думаетъ, что здѣсь или было незамѣтное поврежденіе желчныхъ путей, или излишніе происходило изъ asa aberrantia брыжейки пузыря. Выходившіе камни изъ раны онъ считаетъ унущенными въ брюшн. полость во время операціи, такъ что возвратовъ онъ не признаетъ. 2 раза онъ видѣлъ колику черезъ 3 нед. и черезъ 3 мѣсяца. Свищъ онъ считаетъ показаннымъ только при воспаленіи пузыря и при ангіохолитахъ. Удаленію подлежитъ всякій склерозный пузырь.

Rosl, въ 1898 г., предостерегаетъ противъ увлеченія удалять пузырь и утверждаетъ, что изъ пузыря тонкой ложечкой можно, будто бы всегда, достать камень, сидящій даже въ желчномъ протокѣ. Однако, я думаю, что не многіе хирурги могутъ раздѣлять подобный взглядъ.

Lejars, въ 1896 г., привелъ случай крайне долгаго выхожденія камней чрезъ пузырно-кожный свищъ у 59 л. женщины. Пузырь, набитый камнями, былъ вычищенъ, но камни выдѣлялись 4 мѣсяца, хотя желтуха уже прошла, испражненія окрасились. Въ виду этого онъ не совѣтуетъ удалять пузырь, такъ какъ могутъ быть внутрипеченочные камни. Противопоказаніемъ служитъ также возможность произвольнаго излѣченія. Такъ, въ одномъ случаѣ онъ не могъ удалить камня изъ шейки пузыря, который чрезъ 3 нед. самъ вышелъ, и свищъ закрылся. Наконецъ, по его мнѣнію, пузырь годится на случай засоренія желчн. протока. Въ приводимыхъ имъ наблюденіяхъ онъ производилъ иногда удаленіе пузыря, но лишь или при сильно измѣненномъ пузырѣ, или при увѣренности въ отсутствіи камней гдѣ-либо въ желчныхъ путяхъ. Въ 1900 онъ опять высказался противъ удаленія, особенно не вскрывая пузыря, такъ какъ вскрытіе даетъ хирургу, во время самой операціи, нѣкоторыя указанія о томъ, въ какомъ состояніи желчные пути.

Schwartz, въ 1901 г., въ своей работѣ «хирургія печени»,

говоритъ, что желчн. пузырь, мало пораженный, съ тонкими стѣнками, при условіи проходимости пузырн. протока и безъ ангіохолита можетъ быть еще зашитымъ; но этого нельзя дѣлать, если этихъ условій нѣтъ. Существуютъ сверхъ того мнѣнія, которыя стремятся доказать даже прямой вредъ удаленія. Сошлюсь на Lauenstein'a который говоритъ, что если пузырь удаляется, то токъ желчи будетъ непрерывный; отверстіе протока въ кишкѣ вслѣдствіе этого постоянно зіяетъ, а этимъ дается де возможность легкаго проникновенія инфекціи въ желчные пути. Упомяну также о своей работѣ въ 1899 г., въ которой я пришелъ къ заключенію объ удаленіи пузыря во всѣхъ случаяхъ, гдѣ только удобно удалить его, въ смыслѣ техники. Исключеніемъ считалъ только присутствіе ангіохолита.

Показанія къ удаленію пузыря хорошо освѣщены въ диссертаціи Calot, въ 1890 г., который далъ историческій обзоръ развитія этой операціи, произвелъ нѣсколько опытовъ удаленія пузыря и собралъ по 1890 г. 71 случ. холецистэктоміи, съ 19% смертности. Его окончательныя заключенія нуждаются въ небольшомъ дополненіи, но въ общемъ они даютъ рядъ выводовъ, къ которымъ, повидимому, современемъ придутъ всѣ хирурги. Итакъ, по мнѣнію Calot, эктомія показана при травматич. поврежденіяхъ пузыря, эмпіэмѣ, водянкѣ, опухоляхъ, упорныхъ свищахъ, при всякомъ литіазѣ, когда нѣтъ обширныхъ сращеній или зарощенія желчнаго протока. Дѣйствительно, зарощеніе протока, въ большинствѣ случаевъ, вызываетъ холедохоцитъ и ангіохолитъ. Въ такихъ случаяхъ полезнымъ бываетъ наложеніе первоначальнаго свища пузыря для успокоенія ангіохолита, и уже послѣ сего вторичное удаленіе пузыря. Campaignac, говоритъ онъ, въ 1826 г. доказывалъ желательность удаленія пузыря, какъ средство противъ желчнокам. болѣзни. Въ первый разъ удалилъ пузырь Langenbuch въ 1882 г., и былъ за это осужденъ L. Tait'омъ, который назвалъ эту операцію абсурдомъ. По поводу техники операціи, Calot не совѣтуетъ вшивать культю въ рану, такъ какъ находитъ вреднымъ дерганіе, вызываемое этимъ пришиваніемъ; культю лучше обшить сальникомъ или существующими сращеніями.

В. Показанія къ пузырнокожному свищу.

Приведу первоначально рядъ русскихъ работъ. Хотя защитниковъ пузырнокишечнаго свища очень много, но почти никто теперь не совѣтуетъ дѣлать двухмоментный свищъ, такъ что мнѣніе *В. Боброва*, полагавшаго, что вскрытіе пузыря слѣдуетъ дѣлать послѣ пришиванія его къ брюшной стѣнкѣ, приходится считать положительно отжившимъ. Могутъ, конечно, попасться случаи, гдѣ самымъ подходящимъ лѣченіемъ будетъ двухмоментный свищъ, но вводить это, какъ правило, нельзя. Дѣйствительно, при отсутствіи всякаго ангіохолита, всякой закупорки, почему не выждать предварительн. спанія! Но, въ обратномъ случаѣ, при намекѣ на непроходимость желчнаго протока, благоразумнѣе вскрыть пузырь тутъ же, ибо вскрытіе дастъ многія цѣнныя указанія.

Изъ русскихъ работъ укажу на *Игнатова*. На основаніи изученія длиннаго ряда собранныхъ случаевъ, онъ въ 1881 г. пришелъ къ заключенію, что пузырнокожный свищъ примѣнимъ при всѣхъ страданіяхъ, даже при эмпіэмѣ и язвахъ пузыря; идеальный разрѣзъ пузыря, наоборотъ, показанъ лишь при недавнихъ страданіяхъ; пузырно-кишечный свищъ, по его мнѣнію, есть радикальное лѣченіе закупорки желчнаго протока

Приблизительно того же взгляда держатся *Сабанѣевъ* и *Любомудровъ*. Кожный свищъ, по ихъ мнѣнію, примѣнимъ къ обширному числу случаевъ, между тѣмъ какъ соустія съ внутренн. органами требуютъ всегда особенныхъ показаній. Присоединяясь къ мнѣнію *Игнатова* и *Сабанѣева*, я замѣнилъ бы слово «показаніе» другимъ, именно, «условіе». Короче говоря, если мы произведемъ кожный свищъ, каковы бы ни были условія болѣзни, больной всегда получитъ облегченіе; при сочетаніи же нѣкоторыхъ благопріятныхъ условій, напр., силы больного, опытности хирурга, ясной діагностикѣ раковой опухоли желчн. протока, отчего не сдѣлать соустія между пузыремъ и кишкой?

При разсужденіи о свищахъ полезнымъ считаю напомнить

о важности внимательнаго изслѣдованія пузыря. *Dartigues*, въ 1896 г., сообщаетъ о случаѣ, гдѣ у 61 л. женщинѣ существовалъ дивертикулъ дна пузыря, величиной съ грецкій орѣхъ; этотъ дивертикулъ былъ принятъ за дно пузыря и вшитъ въ рану, но извлеченіи камней; желчи въ началѣ выздоравленія не было въ началѣ, а потомъ наступило обильное теченіе. Картина болѣзни протекала слѣд. образомъ: $1^1/_2$ г. назадъ боли въ правомъ подреберьѣ, правомъ плечѣ, рвота, безъ желтухи; черезъ 3 м. повторилось тоже самое; наконецъ, 5 нед. назадъ развилась прогрессивная желтуха, и въ правомъ подреберьѣ замѣчена опухоль съ орѣхъ. Темп. нормальна. 31 марта 1896 г. операція; изъ пузыря пришитаго и вскрытаго вытекла слизистая жидкость; на 3-й день появилось обильное истеченіе желчи, а на 5-й день больная умираетъ. При вскрытіи оказалось, что пришитъ былъ дивертикулъ пузыря, а послѣдній вскрытъ не былъ и содержалъ массу камней. Желчный протокъ расширенъ. *Dartigues* не могъ найти причины желтухи, такъ какъ желчный протокъ оказался не закупореннымъ. Наконецъ, упомяну мнѣніе *Mermann*'а, въ 1895 г., изъ клиники *Czerny*. Онъ высказывается въ пользу свища при всѣхъ заболѣваніяхъ желчныхъ путей, за исключеніемъ нѣкоторыхъ случаевъ, гдѣ удаленія пузыря стоитъ внѣ сомнѣнія. Нѣсколько замѣчаній сдѣлаемъ еще по поводу техники удаленія. Признавая за свищомъ важныя достоинства, рядъ хирурговъ стремился отыскать наиболѣе удобные способы его осуществленія. Съ этой цѣлью, чтобы предотвратить вліяніе кожи, на потягиваніе пузыря, *Delageniere* предложилъ въ 1895 г. пришивать пузырь къ передней стѣнкѣ влагалища правой прямой мышцы живота, протянувъ часть пузыря чрезъ маленькое отверстіе въ этой мышцѣ.

Точно также *Poppert*, задаваясь цѣлью создать наиболѣе лучшія условія свища, предложилъ въ 1899 г. плотно вшивать дренажъ въ стѣнку пузыря, чѣмъ ускоряется образованіе канала; рана брюшная набивается послѣ этого марлею, облекающей дренажъ.

Г. Показанія къ пузырнокишечному и пузырножелудочному свищу.

Главнымъ показаніемъ къ этимъ свищамъ служили то упорное незаживленіе нижняго свища, то невозможность вывести пузырь наружу, то, наконецъ, діагностика рака желчнаго протока. Въ русской хирургіи укажу на *Сабанѣева*, который въ одномъ изъ опубликованныхъ случаевъ, послѣ нижняго свища, произвелъ, почти чрезъ мѣсяцъ, пузырнокишечный свищъ.

Сравнительно недавно взамѣнъ кишечнаго соустія стали дѣлать соединеніе пузыря съ желудкомъ. Первоначально этой операціи предшествовалъ рядъ опытовъ на животныхъ, которые показали, что попаданіе желчи въ желудокъ переносится животными хорошо. *Oddi* въ 1887 г., перевязавъ собакамъ желчн. протокъ, спивалъ пузырь съ желудкомъ. Собаки перенесли это прекрасно, и *Oddi* предсказывалъ, что возможно будетъ примѣнить подобное и къ людямъ. Дѣйствительно, съ тѣхъ поръ появились многія сообщенія о холецистогастростоміи. *Masse* въ 1898 г. указываетъ *Wickhoff*'а (1892), *Terrier* (1895), *Monod* (1896), которые съ успѣхомъ выполнили это у больныхъ. Онъ находитъ, что подобная операція выгоднѣе соустія съ кишкой, такъ какъ содержимое желудка болѣе стерильно, чѣмъ содержимое кишечника; сверхъ того пузырь иногда очень удобно подвести къ желудку. Итакъ, *Wickhoff*, въ 1893 г. произвелъ у 45 л. женщины желудочнопузырное соустіе; въ теченіи мѣс. онъ не видѣлъ у нея страданій ни желудка, ни кишокъ. *Terrier*, въ 1896 г., сдѣлалъ тоже самое у 57 л. старика, котораго наблюдалъ потомъ 2 мѣс. и не видѣлъ никакихъ особенныхъ явленій со стороны питанія. Боли временами, правда, бывали, но повидимому, стояли въ связи съ пораженіемъ поджелудочной железы. Упомяну еще, что, черезъ три года послѣ опытовъ *Oddi*, *Dastre* въ 1890 г. убѣдился, что соединеніе желчнаго пуз. съ желудкомъ не влечетъ у животныхъ никакихъ болѣзн. явленій. Наконецъ, въ 1897 г. *Cannac* посвятилъ свою диссертацію вопросу о желчно-желудочно-пузырномъ свищѣ. Показаніемъ къ этой операціи служитъ, по

его мнѣнію, неустранимое зарощеніе желчнаго протока; противопоказаніемъ—техническая трудность въ нѣкоторыхъ случаяхъ: то по атрофіи пузыря, то въ силу глубокаго его положенія. Преимущество передъ кишечно-пузырнымъ свищомъ онъ видитъ въ отсутствіи зараженія, такъ какъ содержимое желудка болѣе стерильно, чѣмъ кишечника. *Cannac*, однако, приводитъ только 2 упомянутыя мною наблюденія *Wickhoff*'а и *Terrier*; но сверхъ того семь опытовъ на животныхъ также показали ему отсутствіе всякаго вліянія на ихъ питаніе; нѣкоторыя, послѣ операціи, пополнѣли. *Masse*, какъ мы видѣли присоединилъ наблюденіе *Monod*. Наконецъ, доказательствомъ невинности соустія желудка съ пузыремъ служитъ еще случай *Jaboulay*, въ 1898 г. Авторъ также не видѣлъ послѣ этой операціи никакихъ желудочныхъ разстройствъ и считаетъ ее безопаснѣе соустія съ кишкой, въ смыслѣ восхожденія инфекціи. Я не дѣлалъ спеціальныхъ изысканій о частотѣ этой операціи, но въ нѣкоторыхъ наблюденіяхъ, которыя я приводилъ съ другой цѣлью, мнѣ попадался не разъ разбираемый способъ.

Д. Показанія къ катетеризаціи желчныхъ путей.

Различаютъ катетеризацію, какъ послѣдующій актъ тѣхъ или другихъ способовъ, съ цѣлью улучшить оттокъ желчи, отъ катетеризаціи, съ цѣлью изслѣдованія проходимости желчнаго протока.

Какъ послѣдующій актъ для лучшаго оттока, *Demowsky*, въ 1899 году, предложилъ особый инструментъ для дренированія желчныхъ путей, послѣ разсѣченія желчн. протока. Инструментъ состоитъ изъ двухъ желобовъ, соединенныхъ кольцомъ; подъ прямымъ угломъ къ нимъ надѣваются двѣ маленькія трубочки, на которыя еще надѣваются резиновые дренажи. Такимъ образомъ, подобный способъ легко сравнить съ catet. à demeure. Другое дѣло, катетеризація желчныхъ путей съ цѣлью убѣдиться въ проходимости. Очень восхваляли ея результатъ, а между тѣмъ, мнѣ кажется, забывали показать и вредъ ея. Именно, не трудно ранить стѣнки и получить кровотеченіе, которое довольно опасно у желчныхъ; опасна и дальнѣйшая

закупорка кровяными сгустками. Но при всемъ томъ, гдѣ нельзя этого бояться, почему не примѣнить ее. И обратно, пытаться примѣнить ее ко всякому больному, на основаніи лишь того, что она давала блестящіе результаты, будетъ подъ-часъ тяжелой, вредной ошибкой.

Е. Показанія къ холедохотоміи.

Вопросу о разрѣзѣ желчнаго протока были посвящены четыре диссертаціи во Франціи: *Lepetit* въ 1894 г., *Jourdan* въ 1895 г., *Paulidès* въ 1898 г., и, наконецъ, на нѣсколько мѣсяцевъ позднѣе *Paulidès*, *Sanchez* добавилъ къ трудамъ предшественниковъ свои наблюденія. Мы дадимъ короткій обзоръ работы каждаго. *Lepetit* могъ собрать только 35 извѣстныхъ въ литературѣ холедохотомій, начиная съ *Kümmel*'я, произведшаго въ 1890 г. первую подобную операцію. Во всѣхъ случаяхъ признакъ *Courvoisier-Terrier* былъ на лицо, за исключеніемъ нѣсколькихъ, гдѣ о пузырѣ ничего не сказано. *Lepetit* указываетъ на опасность разрѣза желчнаго протока въ тяжелыхъ запущенныхъ случаяхъ, такъ какъ здѣсь нерѣдко наступаетъ послѣдующее смертельное кровотеченіе; послѣднее часто протекаетъ скрытно; въ случаѣ *Quénu*, приводимомъ имъ, было только нѣсколько капель крови въ дренажѣ, а на вскрытіи найдено выполненіе всѣхъ крупныхъ и мельчайшихъ желчныхъ ходовъ печени кровяными сгустками.

Въ 1895 г. *Jourdan* выпустилъ большую монографію о холедохотоміи. Онъ собралъ 72 извѣстныхъ въ литерат. наблюденія, которыя раздѣлилъ такъ: 1) простая холедохотомія, 25 случ., 2) совмѣстная съ операціей на пузырѣ 31 случ. 3) повторная, послѣ операціи на пузырѣ—остальные случаи. Въ 25 холедохотоміяхъ простыхъ было 12 смертей, при этомъ 13 разъ нельзя было выдѣлить пузырь; 5 разъ его не нашли; 2 раза онъ не былъ расширенъ; 5 разъ не обозначено его состояніе. Вездѣ показаніемъ въ этихъ 25 случ. была каменная закупорка.

Монографія *Jourdan*'а, крайне интересная и цѣнная, даетъ, между прочимъ, доказательство, что иногда камней совершенно не находили и только, выдѣляя пузырь, ощупали ихъ.

Иногда дѣлали повторную холедохотомію, таково и 68-ое наблюденіе. Иногда предварительный свищъ пузыря, съ цѣлью дать успокоеніе жестокому страданію больного, значительно поправлялъ здоровье, послѣ чего и переходили къ разсѣченію протока. Изъ 32 холедохотомій, гдѣ ясно обозначено было мѣсто камней, найдено, что 24 раза они сидѣли въ вышекишечной части протока или въ мѣстѣ сліянія пузырнаго и печеночнаго; 3 раза положеніе опредѣлялось гдѣ-либо въ области печен. 12 перстной связки; 5 разъ около 12 перстной кишки; 1 разъ въ средн. части протока; 5 разъ въ закишечной части; 1 разъ въ головкѣ железы; 4 раза вблизи впаденія протока въ кишку, 1 разъ въ сосочкѣ. *Jourdan* высказывается противъ разминанія камня въ протокѣ, такъ какъ образовавшіеся осколки трудно проталкиваются, или даже остаются не изгнанными, а съ другой стороны происходитъ втираніе яда въ стѣнку. По поводу соединенія протока съ кишечникомъ, *Jourdan* говоритъ, что условія для этого рѣдки, такъ какъ общее состояніе у этихъ больныхъ всегда тяжелое, а операція подобная слишкомъ длинна. Разъ существуетъ картина недостаточности печени, или тяжелый ангіохолитъ, понятно, что лучше, какъ можно скорѣе, облегчить больного и сдѣлать предварит. свищъ. Въ числѣ послѣдствій операцій *Jourdan* указываетъ на геморрагію; поправленіе не наступаетъ быстро, и печень обычно долго бываетъ увеличена и только постепенно приходитъ въ нормальное состояніе. Относительно техники онъ замѣчаетъ, между прочимъ, что всѣ, кто хотѣлъ дѣлать опер. на желчномъ протокѣ, дѣлали разрѣзъ срединный или боковой. *Paulidès*, основываясь на наблюденіяхъ предшественниковъ, къ которымъ онъ добавилъ 6 случаевъ *Jaboulay*, пришелъ къ заключенію, что присутствіе трехмѣсячной желтухи, не поддающейся внутреннему лѣченію, показуетъ операцію; при послѣдней, то можно ограничиться разрѣзомъ желчнаго протока, то одновременно слѣдуетъ удалить пузырь, когда стѣнки послѣдняго слишкомъ измѣнены и рвутся при попыткахъ вшиванія въ рану; если силы больного слишкомъ слабы, или картина болѣзни протекала очень бурно, то благоразумнѣе для перваго раза ограничиться свищомъ пузыря

и отложить операцію желчнаго протока до поправленія больного. Швы, по его мнѣнію, на разрѣзанный протокъ излишни, такъ какъ они, съ одной стороны, не удерживаютъ напора желчи, съ другой — очень затягиваютъ операцію, трудны по дряблости стѣнокъ протока и, наконецъ, способствуютъ закупоркѣ послѣдняго. По поводу техники *Paulidès* указываетъ на *Vautrin*, совѣтовавшаго разсѣкать поджелудочную железу термокаутеромъ, если приходится открывать внутрижелезистую часть протока.

Sanchez приводитъ въ 1898 г. 31 наблюденіе холедохотоміи, для подтвержденія своихъ выводовъ. Эти наблюденія, за исключеніемъ нѣсколькихъ, уже раньше были опубликованы. Онъ находитъ, что % смертности понизился съ 30,5 въ 1895 г., до 21,5—въ 1898 г. По его мнѣнію, всегда легко узнать закупорку желчнаго протока; однако, я добавлю, что это легко лишь при полной, но неполныя, вѣроятно, неоднократно просматривались. Онъ указываетъ, что послѣ операціи не рѣдко является геморрагія. Наступленіе бреда, возбужденія означаетъ почти всегда новую закупорку, почему слѣдуетъ вторично раскрыть рану и осмотрѣть желчный протокъ; въ тяжелыхъ случаяхъ, послѣ 2—3 дней отъ операціи, больные впадали въ коллапсъ. Предсказаніе въ общемъ зависитъ отъ степени недостаточности печени и почекъ до операціи.

Теперь, послѣ обзора этихъ диссертацій укажемъ на отдѣльныя сообщенія различныхъ хирурговъ.

Kehr произвелъ до 1896 г. 30 холедохотомій и холедохотрипсій. Протокъ онъ всегда зашивалъ. Смерть была только въ 2 случ.

Оба случая *Délagénière*'а, въ 1898 г., гдѣ произведено разсѣченіе желчнаго протока у 62 л. и 32 лѣт. женщины, окончились полнымъ выздоровленіемъ; свищи послѣ операціи закрылись быстро; такъ, во 2-мъ случаѣ—уже на 20-й день. Въ наблюденіи *Quénu*, относящемся къ 1896 г., пришлось расшить желчный протокъ, такъ какъ появилась задержка желчи на 3-й день послѣ операціи. Случай замѣчателенъ еще тѣмъ, что при операціи нижній конецъ протока былъ свободенъ, а при

вскрытіи умершей въ немъ найдены камни, спустившіеся сверху. Въ печеночныхъ каналахъ печени и въ воротахъ ея было найдено до 70 камней, а при операціи выбрали изъ раны протока 32 камня, сидѣвшіе въ верхнихъ путяхъ. Размѣръ камней въ печени равнялся просян. зерну; наиболѣе крупные доходили до вишни.

Позднѣе, *Quénu* собралъ до ноября 1897 г. 95 извѣстныхъ въ литературѣ холедохотомій и нашелъ, что въ 21 изъ 36 швы протока расходились. Онъ высказался противъ швовъ, такъ какъ протокъ всегда нѣсколько воспаленъ; слизистая оболочка его набухаетъ подъ вліяніемъ операціи, и желчь не вытекаетъ иногда 8—12 дней; сверхъ того, послѣ операціи часто бываетъ кровоизліяніе въ желчный протокъ; въ виду всего этого, онъ думаетъ, что швы лучше не накладывать. Имъ приведены нѣсколько наблюденій, гдѣ швы пришлось снимать, въ виду остановки тока желчи. Такъ, въ одномъ случаѣ появилась кома чрезъ 2 дня; швы сняли, и быстро пошло улучшеніе. Во второмъ случаѣ, послѣ операціи удаленія камня изъ протока, явленія желтухи и лихорадки держались 13 дней; это побудило *Quénu* на вторую операцію; открыли протокъ и ввели дренажъ; состояніе улучшилось. Истеченіе желчи въ кишку совершается на 3—5-й день; лихорадка также нѣкоторое время держится, но всегда замѣтно быстрое успокоеніе болей и общаго состоянія больного. Этотъ докладъ *Quénu* возбудилъ большой интересъ, и рядомъ блестящихъ преній *Quénu*, *Michaux*, *Lejars*'а былъ основательно разобранъ въ 1897 г. вопросъ о разрѣзѣ желчнаго протока. Выяснилось, между прочимъ, что операція, при картинѣ полной закупорки, и при отсутствіи камней, давала прекрасный результатъ благодаря лишь одному изслѣдованію протока. Вотъ наблюд. *Quénu*. Женщина, 35 л., при явленіяхъ сильной желтухи, лихорадки, боляхъ, увеличенной печени, выходящей на 4—5 попер. пальцевъ изъ-подъ реберъ, подверглась операціи. Пузырь найденъ сокращеннымъ, желчный протокъ ощупанъ, и, казалось, не содержалъ ничего непормальнаго. Послѣ произведеннаго пузырнокожнаго свища, темп. пала. Полное выздоровленіе. Въ сообщенныхъ *Quénu*

95-ти случаяхъ умерло 28, т. е. 29,4%. На 69 «холедохотомій со швами» было 27,5%; на 20 «холедохотомій безъ швовъ» 5 смерт., т. е. 25%. При этомъ слѣдуетъ отмѣтить, что хотя 69 операцій сдѣлано со швомъ, но въ 21 швы разошлись, и если эти неудачные случаи причислить по ихъ послѣдствіямъ къ «холедохотоміи безъ шва», то % смертности при отсутствіи шва будетъ только 18.

Теперь упомяну о работахъ *Alessandri* и *Schwartz*'а. *Alessandri*, въ 1899 г., привелъ всѣ случаи холедохотоміи, которые были описаны до него; общее число ихъ 271, изъ нихъ 226 выздоровѣли и 45 умерло. Въ разныхъ рукахъ операція, какъ видно по таблицѣ *Alessandri*, давала различные результаты. Такъ, *Poppert* сообщилъ въ 1898 г. 15 случаевъ, окончившихся излѣченіемъ. Онъ клалъ швы.

Mayo Robson, въ 1898 г., описалъ 17 случаевъ, изъ конхъ 2 умерло; также зашивалъ.

Czerny въ 1898 г.—20 случ. съ 4 смертями; тоже—швы.

Haasler—18 случ. въ 1899 г., изъ конхъ 2 умерло; протокъ зашивался.

Kehr, въ 1899 г., сообщилъ 29 случ., изъ конхъ 4 умерло; протокъ онъ тоже зашивалъ.

Наконецъ, *Löbker*, въ 1899 г., также швъ клалъ; изъ 13 случаевъ его—11 выздоровѣло. Остальныя цифры приведенныхъ наблюденій *Alessandri* не представляютъ большого интереса, такъ какъ содержатъ одиночныя наблюденія. Если взять % смертности у много оперирующихъ хирурговъ, онъ выходитъ около 11%. Съ другой стороны, если возьмемъ % смертности общій, онъ составляетъ около 16%. Такимъ образомъ, не принимая во вниманіе тяжести случаевъ, видимъ, что смертность, все-таки, стоитъ въ связи съ опытностью хирурга, на что я уже указывалъ и ранѣе.

Schwartz, въ 1901 г., называетъ холедохотомію уже обычной въ нынѣшнее время операціей; она легка, когда нѣтъ сращеній въ сальниковомъ отверстіи; въ противномъ случаѣ—крайне трудна: тогда нужно пользоваться желчнымъ пузыремъ, какъ руководителемъ; швы онъ не совѣтуетъ класть; одновре-

менно съ разрѣзомъ протока возможно, при необходимости, удалить пузырь, не боясь дурныхъ послѣдствій.

Ж. О показаніяхъ къ чревосѣченію и пункціи при разнаго рода нарушеній цѣлости желчныхъ путей.

Въ вопросѣ о показаніяхъ къ чревосѣченію или пункціи живота мы сошлемся на три работы: *Desrosier*, въ 1894 г., *Bricka*, въ 1899 г. и *Terrier-Auvray*, въ 1901 г.

Desrosier работу свою посвятилъ разрывамъ вслѣдствіе ушиба живота и пришелъ къ заключенію, что чревосѣченіе, сопровождающееся опорожненіемъ брюшной полости отъ желчнаго излія́нія, промываніемъ и дренированіемъ, оказываетъ болѣе быструю и прочную помощь больному, чѣмъ пункція; послѣдняя же дѣйствуетъ медленно и должна повторяться нѣсколько разъ; затѣмъ, раннее чревосѣченіе, лишь только выяснилась картина разрыва, избавляетъ больного отъ истощенія и можетъ предупредить септическій перитонитъ; пункція, конечно, лишена этихъ преимуществъ. *Bricka* коснулся вопроса о произвольныхъ разрывахъ. Въ 39 приведенныхъ имъ наблюденіяхъ, выздоровѣло только 4; всѣ четверо были оперированы путемъ чревосѣченія; 35 не были оперированы. Отрицая какое бы то ни было лѣченіе, помимо хирургическаго, *Bricka* высказывается за раннее чревосѣченіе, какъ наиболѣе дѣйствительную мѣру спасенія больного.

Наконецъ, *Terrier* и *Auvray* совѣтуютъ при всякой проникающей ранѣ живота прибѣгать къ чревосѣченію, такъ какъ многіе больные до послѣдняго дня не представляютъ признаковъ поврежденія, а затѣмъ, сразу вспыхиваетъ смертельный перитонитъ. Что касается пункціи живота, то ее они называютъ «слѣпымъ методомъ». Въ 21 случаѣ пункціи, четыре раза *Terrier* не нашелъ указанія на результатъ; изъ остальныхъ 17, умерло 7, а 10 выздоровѣли послѣ нѣсколькихъ повторныхъ уколовъ, въ теченіе 2—7 мѣсяцевъ. Далѣе, они нашли 12 случаевъ поздняго чревосѣченія, гдѣ 6 умерло и 6 выздоровѣли; наконецъ, случаевъ ранняго чревосѣченія извѣстно только три, гдѣ 2 выздоровѣло и 1 умеръ. Больной *Kehr*'а

имѣлъ револьверную рану, а больной *Dalton*'а—рѣзанную; въ обоихъ случаяхъ зашиваніе пузыря повлекло заживленіе.

5. Собственные выводы о выборѣ операціи.

Что касается показаній того или другого способа операціи, то, мнѣ кажется, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, мы заранѣе, до операціи, не можемъ сказать, какимъ способомъ воспользуемся. Нужно имѣть въ виду основныя цѣли хирургическаго вмѣшательства. Если, предположимъ, задача хирурга дать свободный стокъ желчи; если общее состояніе больного тяжелое, то, конечно, хирургъ, при производствѣ операціи, воспользуется такимъ способомъ, который обезпечитъ стокъ желчи и потребуетъ наименьшей потери времени для своего выполненія. Дать ли стокъ желчи наружу, или отвести ее въ тонкую кишку, или въ желудокъ, или прямо разсѣчь мѣсто препятствія въ желчномъ протокѣ, все будетъ зависѣть отъ того, что́ наиболѣе удобно въ данномъ случаѣ, безъ особой тяжести для больного. Нужно только одно, съ чѣмъ хирургъ долженъ быть хорошо знакомъ, это — знаніе патологіи желчныхъ путей. Такимъ образомъ, сказать до операціи, что мы у даннаго больного произведемъ простой кожный свищъ пузыря, или что другое, нельзя, такъ какъ, при операціи, можетъ оказаться, что выдѣленіе пузыря потребуетъ гораздо больше времени, чѣмъ производство соустія съ кишкой, съ которой пузырь уже успѣлъ спаяться. Поэтому, согласиться съ такимъ мнѣніемъ, что, по мѣрѣ наблюденія клиническаго матеріала, выработается показаніе того или другого способа, значитъ пренебрегать индивидуальностью больного. *Трахтенбергъ*, въ 1890 г., въ «Больн. Газ. Боткина», замѣтилъ, что въ настоящее время, (т. е. 10 л. назадъ) показанія того или другого способа крайне не опредѣленны. Я думаю, что таковыми они всегда останутся, до вскрытія живота, сколько бы ни накопилялся клиническій матеріалъ. Повторяю, важно знаніе патологіи желчныхъ путей. Несомнѣнно, знаніе результатовъ исхода того или другого вмѣшательства, имѣетъ большое значеніе для хирурга; и въ этомъ отношеніи клиника даетъ ему

указаніе, что онъ можетъ приблизительно ждать отъ примѣненныхъ имъ мѣръ. Но подчеркиваю слово «приблизительно», такъ какъ каждый человѣкъ имѣетъ собственную индивидуальность. Смерть происходитъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, казалось, не могло быть и рѣчи о ней, и, обратно, блестящее поправленіе тамъ гдѣ хирургъ предпринималъ операцію только для успокоенія родныхъ, отрицая почти возможность выздоровленія.

Въ вопросѣ о выборѣ операцій наиболѣе ясенъ *Faure*. Собраніе именъ, цифръ всегда, по его мнѣнію, болѣе вредно, чѣмъ полезно. Дѣйствительно, о каждомъ способѣ много писали, выставляли его достоинства, приводили такія мелкія указанія, которыя способны только смутить хирурга и постоянно отвлекать его вниманіе на вопросы, что совѣтовали дѣлать въ одномъ родѣ случаевъ, что въ другомъ. Упускалось изъ вида, что нельзя имѣть въ головѣ постоянно десятки всевозможныхъ показаній: забывали, что въ хирургіи желчныхъ путей хирургъ долженъ прилагать тѣ же общія правила, какъ въ любой другой области. Напримѣръ, давали показанія, когда нужно сдѣлать разсѣченіе шейки, когда разсѣченіе пузырнаго протока. Въ этомъ отношеніи особенно грѣшитъ большая работа *Pantaloni*, въ которой всѣ эти маленькія операціи тщательно подобраны по именамъ ихъ дѣлавшихъ, по причинамъ и т. д. и т. д. Я могу сказать, что хирургъ. знакомый съ патологіей желчныхъ путей, зная клинич. картину ихъ заболѣваній, безъ всякихъ показаній произведетъ операцію, которую въ данномъ случаѣ только и можно произвести. На основаніи патологіи можно спросить, хорошо ли дѣлать дробленіе камня, не вскрывая желчнаго протока? Можно отвѣтить, что хорошо, если есть полная увѣренность въ отсутствіи камней въ другихъ его отдѣлахъ. Съ другой стороны, дробленіе имѣетъ и дурныя стороны—раненіе стѣнокъ, усиленіе инфекціи, вслѣдствіе набуханія, послѣдующее засореніе, ускользаніе камня въ верхніе отдѣлы и т. д.

Однако, всѣ эти невыгоды въ одномъ случаѣ, совершенно отсутствуютъ въ другомъ. Хирургъ дѣлаетъ размиваніе камня, потому что все этому благопріятствовало, и состояніе больного,

и самъ камень, и т. д. Мыслимо ли поэтому, сказать, что камень нельзя дробить, когда его многіе дробили на мѣстѣ въ силу того, что дробленіе было наиболѣе выгодно во всѣхъ отношеніяхъ у даннаго больного. Можетъ также случиться, что, по размиваніи камня, хирургъ найдетъ нужнымъ вскрыть протокъ. Неужели же это будетъ особымъ способомъ, требующимъ показаній! Но, при всемъ широкомъ толкованіи вопроса о показаніяхъ того или другого способа, все же остаются нѣкоторыя главныя правила, игнорировать которыя нельзя.

При изложеніи этихъ правилъ я не хочу вводить какія-либо особенныя запутанныя данныя. Кто, повторяю, знакомъ съ патологіей и клиникой болѣзней желчныхъ путей, тому не трудно согласиться со мной. Начнемъ съ операцій на пузырѣ. Старый вопросъ, лучше ли вшивать его или удалить, или зашить и опустить, породилъ, какъ мы видѣли большую литературу. Каждый, кто писалъ о томъ или другомъ обращеніи съ пузыремъ, непремѣнно начиналъ дѣло съ изложенія патологіи. Каждый чувствовалъ, что только въ ней одной дѣло. Теперь съ принятіемъ новой теоріи, дѣло значительно упрощается.

Пузырь крайне рѣдко, при оперативномъ вмѣшательствѣ, бываетъ здоровъ. Зашивать больныя стѣнки неудобно, опасно расхожденіе швовъ. Далѣе, является вопросъ, какъ лѣчить больной пузырь, когда мы знаемъ анатомич. его устройство! Это—не кишечникъ, который легко очистить. Протокъ его—извилистый, выходъ изъ пузыря — кривой. Такимъ образомъ, что бы ни говорили разныя цифры наблюденій о прекрасныхъ результатахъ, есть другія печальныя цифры. И вотъ этимъ печальнымъ, въ данномъ случаѣ, лучше вѣрить, потому что есть вѣскія основанія патологіи о вредѣ зашиванія и опусканія пузыря. Быть можетъ, лучше удалить даже сравнительно здоровый пузырь? Съ одной стороны, это, дѣйствительно, такъ, потому что, при условіяхъ современной жизни, человѣкъ поставленъ въ слишкомъ невыгодныя условія борьбы съ инфекціей. Органъ уже болѣвшій можетъ и вторично заболѣть. Съ другой стороны, удаленіе пузыря, какъ болѣе сложная операція, будетъ не пригодно данному больному, въ виду хлоро-

форма, въ виду общей слабости и т. д. Мы уже видѣли ранѣе, что нѣтъ данныхъ, доказывающихъ необходимость пузыря, ни со стороны физіологіи, ни со стороны литіаза, ни со стороны инфекціи печени. Поэтому, можно вообще сказать, отчего не удалить пузырь, когда его легко и свободно удалить. Здѣсь, повторяю, я вхожу въ разборъ тѣхъ возраженій, о которыхъ мы говорили въ патологіи, именно что только ангіохолитъ мѣшаетъ удаленію. Можно ли давать какія-либо показанія къ такъ называемой цистикотоміи, т. е. разсѣченію камня на мѣстѣ ущемленія, выжиманія этихъ камней изъ пузыря въ этотъ разрѣзъ и вновь зашиваніе протока? Спросимъ, къ чему же сведется дѣло въ этой операціи? Опять къ оставленію пузыря больного на мѣстѣ. Удобно ли это, мы сейчасъ говорили. Такъ не лучше ли, скажутъ, не зашивать разрѣзъ, а оставить протокъ открытымъ, и затѣмъ ввести тампонъ. Отвѣтить можно только на основаніи знаній нашихъ изъ патологіи объ удаленіи той или другой инфецированной жидкости изъ брюшной полости. Если хирургъ создаетъ хорошій токъ наружу, не заражающій брюшной полости, то можно такъ поступить. Однако, въ виду трудности подобныхъ условій, всегда удобнѣе прямо вскрыть пузырь и вшить, если только легко притянуть его. Въ общемъ, однако, мое мнѣніе таково, что, удаляя пузырь, нужно всегда сначала его вскрыть. Коснемся теперь вопроса, куда вшивать пузырь, въ желудокъ, въ тонкую или толстую кишку? И опять здѣсь придется повторять всю патологію и клинику, чтобы дать какой-либо опредѣленный совѣтъ. Лучшимъ отвѣтомъ, по моему мнѣнію, будетъ не указаніе хорошихъ результатовъ отъ того или другого способа, а указаніе, чего слѣдуетъ избѣгать, какъ вреднаго. Обращаться же за этими указаніями, конечно, придется къ патологическимъ даннымъ, выработаннымъ и провѣреннымъ опытомъ на животныхъ и наблюденіемъ надъ больными.

Поэтому, мы можемъ указать на то, что говорили раньше о сшиваніи съ желудкомъ и съ кишками. Переходимъ къ слѣдующему отдѣлу желчныхъ путей—желчному протоку. Опять встрѣтимъ различные способы: иссѣченіе протока, зашиваніе

послѣ разрѣза, не зашиваніе, вшиваніе протока въ кишку, въ желудокъ и т. д. Дать годное ко всякому случаю показаніе положительно невозможно. Что же можно, однако, сказать общее? Есть ли это общее? Прежде всего, желчный протокъ, когда онъ боленъ, тоже нуждается въ очищеніи. Въ этомъ отношеніи онъ въ болѣе выгодныхъ условіяхъ, чѣмъ пузырь. Печень непосредственно, своимъ отдѣляемымъ, будетъ очищать его и устранять препятствіе. Однако, спазмы сфинктера могутъ быть, на почвѣ воспалительнаго раздраженія, очень сильные, въ силу чего скорѣе могутъ поддаться больныя зашитыя мѣста, чѣмъ спазмъ въ области внутри-кишечной его части. Отсюда, нельзя поручиться за прочность швовъ, за отсутствіе незамѣтнаго расхожденія ихъ, незамѣтной инфекціи и т. д. Конечно, клинич. наблюденія говорятъ намъ за полный успѣхъ. Но мы уже заранѣе указали, что лучше слѣдуетъ избѣгать вреднаго, чѣмъ надѣяться на счастливый исходъ. Наоборотъ, широкій стокъ зараженной желчи наружу, въ марлю, болѣе безопасенъ. Клиника показала возможность хорошаго исхода въ такихъ случаяхъ; тѣмъ охотнѣе, слѣдовательно, изберешь послѣдній способъ, хотя бы %, даваемый клиниками, былъ ниже предыдущаго способа. Мнѣ кажется, здѣсь должна быть такая же оцѣнка способовъ, какъ терапевтъ смотритъ на то или другое лѣкарство, принимаемое больнымъ. Для даннаго страданія предложено было, положимъ, много лѣкарствъ, но онъ изберетъ то, которое наименѣе способно вредить данному больному; есть, быть можетъ, другое, дававшее блестящій результатъ въ клиникахъ, но разъ оно опасно по своему существу, то лучше сообразоваться съ даннымъ больнымъ. Вотъ въ общихъ чертахъ, что можно сказать о каждомъ способѣ. Основные же взгляды были раньше изложены въ патологіи.

Заключеніе, общіе выводы, указатель литературы.

НБ ХНМУ

ГЛАВА XV.

Заключеніе. Общіе выводы. Указатель литературы.

Итакъ, на основаніи данныхъ патологіи и клиники, я прихожу къ заключенію, что всѣ болѣзни желчныхъ путей сводятся къ инфекціи ихъ; поэтому, различныя осложненія, вызываемыя этими болѣзнями, въ корнѣ своемъ всегда также инфекціоннаго происхожденія; отсюда, всякій разъ, какъ хирургу приходится имѣть дѣло съ прямымъ пораженіемъ желчныхъ путей, или съ однимъ изъ осложненій ихъ, должно обходиться съ ними, какъ съ септическими процессами. При тяжелыхъ формахъ болѣзней желчныхъ путей, нужно удвоивать вниманіе на состояніи силъ больного, какъ пораженнаго двумя орудіями: недостаточн. печени и микробными токсинами. Съ *Duprè* я началъ и кончаю его замѣчаніемъ: «послѣ тяжелыхъ измѣненій печени, инфекція вторгается въ общій токъ крови. Степень осложненій зависитъ отъ силы инфекціи и силы печени». Такимъ образомъ, вопросъ, когда оперировать и когда не нужно, сводится къ вопросу, существуетъ-ли инфекція желчныхъ путей. Ея существованіе, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, требуетъ ранняго оперативнаго вмѣшательства. Операція не легкая вещь. Согласиться на нее больному, не жестоко страдающему, всегда страшно. И возникаетъ вопросъ, да неужели заключеніе о существованіи инфекціи можетъ служить показаніемъ? Неужели легкіе холециститы не излѣчиваются безъ операціи? Неужели даже выхожденіе камней побуждаетъ насъ къ операціи? Конечно нѣтъ. Много случаевъ, когда люди выводятъ камни и не знаютъ того; страдаютъ холециститомъ и не подозрѣваютъ. Но разъ болѣзнь вынудила ихъ обратиться

НБ ХГМУ

къ врачу, то, большей частью, процессъ не шуточный; предупрежденіе о возможности операціи необходимо дѣлать такого рода больнымъ, но не утѣшать ихъ легкостью страданія.

Перехожу теперь къ выводамъ, которые можно сдѣлать на основаіи всего изложеннаго:

1) Названіе «холелитіазъ, или желчнокаменная болѣзнь», должно быть замѣнено болѣе правильнымъ «холециститомъ»; цѣлой группѣ болѣзненныхъ проявленій послѣдняго дали названіе лишь одного изъ послѣдствій, имъ производимыхъ; отъ невѣрнаго употребленія названія болѣзненнаго процесса родилось невѣрное представленіе о развитіи его, выясненное, наконецъ, инфекціонной теоріей.

2) Названія «закупорка желчныхъ путей», или, «хроническая желтуха», также должны быть замѣнены болѣе правильнымъ — «холедохоцитъ», дающимъ извѣстное представленіе о сущности процесса.

3) Холециститами слѣдуетъ называть процессы, характеризующіеся воспаленіемъ желчнаго пузыря, безъ желтухи; съ присоединеніемъ послѣдней, дѣло идетъ о пораженіи мелкихъ желчныхъ путей; поэтому, тогда слѣдуетъ давать названіе — ангіохолецистита; чистый холециститъ — сравнительно рѣдкое явленіе; гораздо чаще — ангіохолециститъ; послѣдній въ катаральной формѣ вызываетъ ничтожныя измѣненія желчныхъ протоковъ, анатомически почти незамѣтныхъ, но клинически выражающихся временной желтухой и лихорадкой.

4) Литіазъ не имѣетъ типичной картины, такъ какъ колики при литіазѣ не зависятъ отъ камней; опуханіе пузыря — также; закупорка желчныхъ путей, если даже ее считать за признакъ литіаза, въ связи со всѣми предыдущими данными въ прошломъ больного, также приводитъ насъ къ заключенію о давнишней инфекціи у больного, породившей камни; такимъ образомъ, и закупорка является, по существу, признакомъ инфекціи.

5) Камни въ печени рѣдко развиваются, потому что въ ней нѣтъ сочетанія трехъ условій инфекціонной теоріи развитія камней; только длительная закупорка желчныхъ путей, но, при-

томъ неполная, можетъ повлечь развитіе камней въ печени; однако, развивающаяся недостаточность клѣтокъ печени порождаетъ нарушеніе всѣхъ ихъ функцій и въ томъ числѣ уменьшеніе желчи, и смерть больного, прежде чѣмъ успѣютъ развиться камни въ печени.

6) Возвратовъ камней послѣ удаленія всѣхъ бывшихъ и послѣ возстановленія тока желчи не можетъ быть; удаленіе пузыря, всѣхъ камней, и возстановленіе правильнаго оттока желчи — суть три условія для невозможности развитія новыхъ камней.

7) Вопросъ объ ядовитости нормальной желчи, при выдѣленіи ея въ брюшную полость, нуждается еще въ разработкѣ; желчь пузыря, особенно ненормальнаго, слѣдуетъ считать зараженной.

8) Теорія «воспалительной желтухи» еще не доказана вполнѣ ясно.

9) Частота нахожденія дѣтскаго литіаза нуждается въ новыхъ изслѣдованіяхъ, хотя бы дѣтскихъ трупахъ.

10) Признакъ *Courvoi sier - Terrier* подтверждаетъ инфекціонную теорію происхожденія литіаза, какъ позднее слѣдствіе первичной инфекціи пузыря.

11) Вопросъ объ отсутствіи желчнаго пигмента въ мочѣ желтушныхъ не выясненъ достаточно ясно; равно, не выяснена причина отсутствія пигмента и присутствія уробилина, при желтушныхъ покровахъ кожи.

12) Застой желчи влечетъ къ тремъ вреднымъ послѣдствіямъ: недостаточности печени, нарушенію нормальной дѣятельности отдаленныхъ органовъ и восхожденію вторичной инфекціи.

13) Ангіохолитъ распознавался только въ тяжелыхъ случаяхъ; въ легкихъ его называли холециститомъ; онъ характеризуется прерывистымъ теченіемъ.

14) Гипертрофическій билліарный циррозъ — результатъ инфекціи: клиническая его картина часто ничѣмъ не разнится отъ хроническаго ангіохолита; бактерійное происхожденіе этого цирроза почти доказано; благодаря прерывистому теченію ангіохолита, его части считали за циррозъ; большая селезенка и

печень, а равно водянка живота могутъ быть и при циррозѣ, и при ангіохолитѣ.

15) Тифозный холециститъ часто сопровождается ангіохолитомъ легкой степени; послѣдній нужно усматривать тамъ, гдѣ появляется легкая желтуха въ теченіи тифа.

16) Необходимо, для вопросовъ патологіи, всегда изслѣдовать желчь въ бактеріологич. и химич. отношеніи; до сей поры этотъ вопросъ еще открытъ.

17) При изслѣдованіи больного, нужно выяснить, есть ли инфекція желчныхъ путей, а не стремиться узнать, существуютъ ли камни.

18) Оперировать нужно всегда рано; литература показываетъ, однако, что всѣ почти больные подвергались операціи, сравнительно съ болѣзненнымъ процессомъ, поздно.

19) Общимъ показаніемъ къ вмѣшательству при болѣзни желчныхъ путей служитъ инфекція; крайне тяжелая ея форма мало поддается всякому лѣченію и неизбѣжно приводитъ къ скорой смерти.

20) Показанія къ выбору способа операціи основаны на знаніи патологіи и клиники; поэтому о преимуществахъ того или другого способа спорить нельзя; нужно только знать, какія оперативныя мѣры вообще принимались.

21) Скрытый микробизмъ холециститовъ доказанъ клинически; онъ временами обостряется, и отсюда рождаются вспышки припадковъ.

Въ заключеніе я сошлюсь на сообщеніе свое, сдѣланное въ 1902 г. на послѣднемъ VIII Пироговскомъ съѣздѣ. Нѣкоторые вопросы, на которые я тогда, до окончанія работы, считалъ еще невозможнымъ отвѣтить, теперь мною ставятся, какъ рѣшенные. Остальные же, которые мнѣ кажутся еще темными, внесены, какъ таковые, въ перечисленный рядъ выводовъ. Такъ, въ упомянутомъ сообщеніи я указывалъ, что самое недавнее и легкое воспаленіе желчныхъ путей можетъ миновать операціи; камни—выраженіе давнишняго страданія пузыря, и потому всѣ случаи камней подлежатъ вѣдѣнію хирурга; теперь добавлю, что старый холециститъ мститъ за невниманіе къ

нему иногда очень поздно; % смертности, выводимый разными хирургами, не говоритъ за тяжесть операціи; онъ зависитъ исключительно отъ силъ больного, а также отъ техники и познаній хирурга; тяжелыя инфекціи всегда дадутъ плохой результатъ въ рукахъ даже опытнаго хирурга; отсутствіе желтухи при холециститахъ не означаетъ вполнѣ свободнаго оттока желчи изъ пузыря и протоковъ; наоборотъ, оно говоритъ, что желчь застаивается и способствуетъ инфекціи проявлять свою силу; легкія желтухи уже подавно говорятъ за плохой оттокъ; точно также, при камняхъ, если и нѣтъ закупорки, все же желчь отдѣляется плохо, такъ какъ иначе не развились бы камни. Далѣе, я опять настаиваю на важности изслѣдованія клинической картины случаевъ печени съ камнями, хотя теперь мнѣ удалось до нѣкоторой степени выяснить рѣдкое присутствіе ихъ въ печени. Я кончилъ и, вѣроятно, ошибался, но пусть ошибки мои заинтересуютъ будущихъ изслѣдователей, и цѣль моей работы будетъ достигнута. Я стремился показать, что область патологическ. и клиническихъ фактовъ чрезвычайно обширна, что отыскать связь между всѣми данными подчасъ бываетъ крайне трудно, что настало время для созданія многихъ отвѣтовъ на запросы хирургіи; но при всемъ томъ я чувствовалъ, что не могъ захватить многое другое для доказательствъ моихъ мыслей, и потому нерѣдко впадалъ въ неясность. Горячее убѣжденіе въ правотѣ высказываемаго невольно иногда увлекало меня отъ спокойнаго разсужденія, но да простится мнѣ эта страстность, если въ ней есть немного истины.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1. Больницы и клиники должны, совмѣстно съ институтами, издавать подробные патологоанатомическіе и клиническіе отчеты объ умершихъ больныхъ.

2. Въ Россіи желчь, при операціяхъ на желчныхъ путяхъ, селезенки и печени, бактеріологически почти никогда не изслѣдуется, что значительно вредитъ развитію патологіи желчныхъ путей.

3. Желчнокаменная болѣзнь не есть клиническая форма среди болѣзней желчныхъ путей, но только слѣдствіе первичной или вторичной инфекціи пузыря.

4. Камни въ печени крайне рѣдки. Они почти лишены возможности развиваться тамъ въ силу отсутствія одного изъ трехъ условій инфекціонной теоріи образованія камней.

5. Камни въ печени могутъ развиться при особенной выносливости ея клѣтокъ, способныхъ вытерпѣть длительную неполную закупорку желчнаго протока, безъ нарушенія своей желчеотдѣлительной функціи.

6. Ангіохолиты отличаются отъ ангіохолециститовъ. Обоимъ принадлежитъ особая картина.

7. Названіе «литіазомъ» болѣзненныхъ формъ желчныхъ путей, при камняхъ въ нихъ, не справедливо и вредитъ правильному пониманію патологіи.

8. Клиницисты не должны злоупотреблять словомъ «литіазъ» и должны опредѣлять болѣзнь ж. п. по существеннымъ признакамъ ея.

9. Циррозы, разъ при нихъ есть клиническая картина ангіохолита, подлежатъ операціи.

10. Циррозомъ нерѣдко называютъ ошибочно чистыя формы ангіохолециститовъ и ангіохолитовъ.

11. Очень многихъ больныхъ выжидательное лѣченіе свело въ могилу.

12. Процентъ смертности при хирургическомъ лѣченіи желчныхъ путей прямо пропорціоналенъ времени вмѣшательства и обратно пропорціоналенъ силамъ больного: онъ тѣмъ больше, чѣмъ больше протекло времени болѣзни и чѣмъ меньше силъ у больного.

Указатель русской и иностранной литературы.

НБ ХНМУ

Указатель русской литературы въ анатомической части.

1. *Вольницевъ Г.* О доступѣ къ желчнымъ путямъ черезъ поясничный разрѣзъ. Труды 2-го сѣъзда россійскихъ хирурговъ, Москва, 1902.
2. *Рейнъ Ф.* Оперативная хирургія живота. См. «Лекціи оперативной хирургіи, читанныя студ. и врачамъ въ инст. топ. ан. и опер. хир. проф. *Дьяконовымъ*, пр. д. *Рейномъ*, прив. д. *Лысенковымъ* и прив. д. *Напалковымъ*. Вып. II. Москва. 1902 г.
3. *Корольковъ.* Ueber die Nervenendigungen in der Leber. Anat. Anzeiger 1893. B. VIII. № 21. S. 751.
4. *Таренецкій.* Непормальной формы печень съ прибавочными дольками. Врачъ. 1883 г. № 26.
5. *Тихомировъ М.* Варьянты артерій и венъ челов. тѣла въ связи съ морфологіей кровен. сосуд. системы. Кіевъ. 1899.

Указатель иностранной литературы въ анатомической части.

1 *Bardeleben und Haeckel.* Atlas der topographisch. Anatomie. des Menschen. Jena. 1894.
2. *Braune.* Ueber die operative Erreichbarkeit des Duodenums. Arch. für Heilkunde. 1876. S. 315.
3. *Brewer.* Preleminary Report on the surgical Anatomy of the Gallbladder and Ductus from an anylysis of 100 dissections. (Ann. of. surgic. 1899. june).
4. *Calot.* De la cholécystectomie. Thèse de Paris. 1890.

НБ ХНМУ

5. *Canniot.* De la résection du bord inferieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. Paris. 1891. Thèse.
6. *Castaing.* Etude sur les complications de la lithiase biliaire. Toulouse. 1899. Thèse.
7. *Cavalié.* La vésicule biliaire et l'artère cystique chez l'homme. Compt. rendu XIII congr. internation. méd. Paris. 1900.
8. *Cruveilhier.* Traité d'anatomie descriptive. 5. édition. 1874—1876. Paris. p. 201—221.
9. *Dalla Rosa.* Sulla esistenza di una porzione sopraduodenale del coledoco. Rivista Veneta. 1899. Tomo XXXI, fascicolo VIII, p. 369.
10. *Debièrre.* Traité élémentaire de l'homme T. II. Paris. 1890. p. 479.
11. *Doyen.* Traitement chirurg. des affections de l'estomac et du duodenum. Paris. 1895.
12. *Doyon.* De l'action exercé par le système nerveux sur l'appar. excret. de la bile. Archives de physiologie. 1894. T. VI, p. 19.
13. *Faure.* Quelques points sur l'anatomie du canal cystique. Bullet. et mémoires de la société anatomique. 1892. p. 511.
14. *Haasler.* Ueber Choledochotomie. (Aus der chir. Klinik zu Halle). Arch. für klinisch, Chirurgie. B. 58. H. II. S. 298—305.
15. *Hermann und Rüdel.* Die Lage der Eingeweide an einer Serie von Frostschnitten. Erlang. 1895.
16. *Jacquemet.* Considérations sur les anomalies du foie et des voies biliaires. 1897. Lyon. Thèse.
17. *Jeannel.* Chirurgie du duodenum. Arch. provinc. de chir. 1900. № 11.
18. *Krause.* Handbuh der Anatomie des Menschen. Zweite Abth. Leipzig. 1901. S. 238.—247.
19. *Langenbuch.* Chirurgie der Leber und Gallenblase. II. Theil. S. 146—160. См. Deutsche Chirurgie begründet von Billrott und Luecke. Stuttgart. 1897.
20. *Lefas.* Lobe supplementaire du foie. Bullet et mémoires de la société anatomique. 1899. Octobre.

21. *Letulle et Nattan Larrier.* Région vaterienne du duodenum et ampoule de Vater. Bullet. et mémoir. de la société anat. 1898. p. 499.
22. *Luschka.* Die anatomie des menschlichen Bauches. Zw. B. 1863. S. 251. Tübingen.
23. *Mac-Lellan.* Anatomie des régions dans les rapports avec la médecine et la chirurgie. Vol. II. trad. sur l'édit. angl. par Tollemer. Paris. 1900. p. 27.
24. *Merkel.* Handbuch der topograph. Anatomie. B. II. 1893. S. 520.
25. *Michaux.* Sur la chirurgie du canal cholédoque. Bullet. et mémoires de la société de chirurgie de Paris. 1895. №№ 4—5. p. 353.
26. *Pantaloni.* Chirurgie du foie et des voies biliaires. 1899. Paris. p. 537.
27. *Poirier.* Traité d'anatomie humaine publié par Poirier et Charpy. T. IV. 1900. Paris.
28. *Quénu.* Étude sur la chirurgie du choléd. De l'exploration du choléd. par la laparotomie exploratrice. De la cholédocotomie sans sutures. Bullett. et mémoires de la société de chir. de Paris 1895. №№ 4—5 p. 322.
29. *Quénu.* Note sur l'anatomie du cholédoque à un point de vue chirurg. Revue de chir. 1895. p. 568. № 7.
30. *Raynal.* Recherches sur la vesicule biliaire. Thèse de Toulouse. 1894.
31. *Rauber.* Lehrbuch der Anatomie des Menschen. B. I., Zw. Abtheil. 1892. p. 583.
32. *Riedel.* Ueber Zungenform. Forsatz der rechten Leberlappens Berlin. Klin. Woch. 1888. № 29.
33. *Rudinger.* Topographisch — chirurgische Anatomie des Menschen. B. II.: Brust und Bauch. 1878. Stuttgart.
34. *Sappey.* Traité d'anatomie descriptive. B. IV. 1876. Paris.
35. *Schwartz.* Chirurgie du foie. 1901. Paris. p. 466.
36. *Soulié.* См. Poirier. Constitution anat. et histolog. des voies biliaires. p. 727—831.

37. *Spalteholz.* Handatlas der Anatomie des Menschen. B. III. Abth. I. 1900. Leipzig.
38. *Testut.* Traité d'anatomie humaine. T. IV. 1901. p. 270.
39. *Toldt.* Anatomischer Atlas. Topographie der Baucheingeweide. S. 455.
40. *Tuffier.* Sur la chirurgie du canal cholédoque. Bullet. et mémoires de la société de chir. de Paris. 1895. p. 388. №№ 4—5.
41. *Vautrin.* De l'obstruction calculeuse du cholédoque. Revue der chir. 1896. № 6. p. 446.
42. *Verdin.* De la duodenostomie. Thése de Paris. 1897.
43. *Wiart.* Recherches sur l'anatomie topogr. et les voies d'accés du cholédoque. Paris. 1899.
44. *Van-Hook-Weller.* Air distention in operations upon the biliary passages. Ann. of. Surg. 1899. februar. См. рефер. въ «Хирургіи» 1899.
45. *Zuckerkandl.* Atlas der topograph. Anatomie des Menschen. H. III: Bauch. 1901.

Указатель русской литературы въ патологич. и клинической частяхъ.

1. *Алексѣевъ.* О всасываніи желчи въ кишечномъ каналѣ. Къ ученію объ icterus. Дисс. СПБ. 1892.
2. *Березкинъ Ф.* Къ хирургіи желчныхъ путей. Хирургія. 1899. т. VI. № 33. стр. 224.
3. *Березкинъ Ф.* Отчетъ Хирургич. отдѣл. Бахрушинской больницы за 1895 г., стр. 95. Случай № 98.
4. *Благовѣщенскій.* Къ вопросу о холецистоэнтеростоміи. Хирургическій Вѣстникъ. 1890. №№ 4 и 5.
5. *Бобровъ В.* Операціи на желчныхъ путяхъ. Москва. 1894.
6. *Бобровъ А.* Хроническое воспаленіе поджелудочной железы. Pancreatitis chronica и хирургическое лѣченіе его. Хирургія. 1899. № 28. стр. 349.

7. *Бобровъ А.* Отчетъ Факультетской Хирургической Клиники И. М. Университета за 1897—1899 гг. Москва. 1900. стр. 371—376.
8. *Богаевскій.* Идеальная холецистостомія. Медиц. Обозрѣніе. 1891. № 7.
9. *Боровскій.* Случай холецистостоміи, Военн. Медиц. журналъ. 1897. Мартъ. стр. 659.
10. *Боткинъ С. П.* Острый инфекціонный катарръ желчныхъ путей. Еженед. Клинич. газета. 1888. №№ 37—38, стр. 796—803.
11 *Боткинъ С. П.* О желчной коликѣ. Изъ клинич. лекцій, записанныхъ Сиротининымъ. Еженедѣльн. Клинич. газета. №№ 1, 3, 4, 5. 1888.
12. *Боткинъ С. С.* Къ вопросу о патологической анатоміи инфекціонной желтухи. Еженедѣльн. Клиническая газета Боткина. 1889.
13. *Браунъ.* Дѣйствіе желчи на нѣкоторые виды микробовъ при здоровомъ и патологическомъ состояніи организма. Диссерт. СПБ. 1900.
14. *Брюно.* О поступленіи желчи въ пищевые пути. Общест. Русск. Врачей. СПБ. 15 мая 1897. Врачъ № 24. 1897.
15. *Бѣлоголовый А.* Случай хронической желтухи. Больничная газета Боткина. 1900. № 49. стр. 2290.
16. *Бѣлоусовъ.* Ueber die Folgen der Unterbindung des Ductus choledochus. Arch. für exper. Pathologie und Pharmacologie. Bd XIV, mit 3 Tafeln.
17. *Васильевъ.* Случай холецистотоміи. Хирург. Вѣстн. 1893. № 1, янв., стр. 83.
18. *Васильевъ.* Инфекціонная желтуха. Еженед. Клинич. газета. 1888. №№ 22 и 23, 25 и 26.
19. *Вельяминовъ.* Освобожденіе желчнаго пузыря и образованіе привратника. С.-Петерб. Мед. Хир. О-во. 13 декабря. 1900. Врачъ. 1901. № 2—стр. 61.
20. *Веберъ.* Случай изсѣченія желчнаго пузыря. Врачъ. 1894. № 2. Моск. Акуш. Гинек. О-во. 1893. 15 дек.

21. *Вербицкій.* Къ вопросу объ измѣненіи крови при перевязкѣ общаго желчнаго протока. Больничн. газ. Боткина. 1896. № 1. стр. 10.

22. *Вилижанинъ.* Матеріалы къ физіологіи и патологіи отдѣленія желчи при нѣкотор. услов. Еженед. Клин. газета. 1886. № 29. стр. 569.

23. *Волынцевъ Г.* Нѣсколько опытовъ искусственнаго образованія желчныхъ камней и удаленія желчнаго пузыря. Хирургія. 1901. № 50. Труды 1-го съѣзда Росс. Хир.

24. *Волынцевъ Г.* О показаніяхъ къ удаленію желчнаго пузыря. Случай полнаго удаленія желчн. пузыря при водянкѣ его. Хирургія. 1899. т. V. стр. 112.

25. *Волынцевъ Г.* О симптомахъ желчнокаменной болѣзни въ вопросѣ хирургическаго вмѣшательства. Труды VIII съѣзда о-ва русск. врачей памяти Пирогова. Москва. 1902.

26. *Вуколовъ.* Случай непроходимости кишки вслѣдствіе закупорки подвздошной кишки желчнымъ камнемъ. Больничн. газ. Боткина. 1896. № 1. 16 стр.

27. *Гетье.* Желтуха при блуждающей почкѣ. Врачебныя Зап. 1897. стр. 109. № 6.

28. *Гончаренко.* Случай подвижной печени. Врачъ. 1893. № 44. стр. 1214.

29. *Грековъ.* О желтушно-гемоглобинурійной лихорадкѣ въ Мервѣ. Военн. Мед. журн. 1900. Авг. стр. 2359.

30. *Дитманъ.* О вліяніи перевязки желчнаго протока на выдѣленіе желчи у кроликовъ. Архивъ біолог. наукъ. 1898. СПБ. т. VI. стр. 427—483.

31. *Дохманъ.* Матеріалы къ ученію о желчн. Къ теоріи образованія желчныхъ камней. Дневникъ III съѣзда русск. врачей памяти Пирогова. СПБ. 1889. № 7. стр. 236.

32. *Дохманъ.* Матеріалы къ ученію о желчи. О всасываніи въ желчномъ пузырѣ. Труды о-ва естествоиспытателей при Имп. Каз. Универс. т. XX. 1889. стр. 225.

33. *Дьяконовъ И. И.* Къ распознаванію и хирургическому лѣченію желчнокаменной болѣзни. Хирургія. 1900. № 49. т. IX. стр. 19.

34. *Дьяконовъ И. И.* Отчетъ Хирургической Клиники Иверской Общины Красн. Креста за 1899—1900. стр. 279.

35. *Зимницкій.* Отдѣлительная работа желудочныхъ железъ при задержкѣ желчи въ организмѣ. Клинич. и экспер. изслѣдованіе. Диссерт. СПБ. 1901.

36. *Игнатовъ.* Къ вопросу о хирургическомъ лѣченіи желчныхъ камней и водянки желчнаго пузыря. Хирургическ. Вѣстн. 1891. Ноябрь и декабрь.

37. *Кабановъ.* Роль наслѣдственности въ этіологіи болѣзней внутреннихъ органовъ. Диссерт. Москва. 1899.

38. *Каблуковъ.* Случай полнаго изсѣченія желчнаго пузыря при желчнокаменной болѣзни. Медиц. Обозр. 1896. № 3.

39. *Кадьянъ.* Хирургія желчнаго пузыря. Больничная газета Боткина. 1897. №№ 5—6—7.

40. *Канцель.* Къ казуистикѣ тифознаго холецистита. Cholecystostomia. Лѣтопись Русской Хирургіи. 1898. № 2-й. стр. 273.

41. *Кириковъ.* Очерки изъ ученія о заразныхъ желтухахъ. СПБ. 1898. Отд. брош.

42. *Кириковъ.* Къ паразитологіи болѣзни *Hanot*. Больн. газета Боткина 1900. №№ 41—42.

43. *Колли.* Къ патологической анатоміи и бактеріологіи инфекціонной желтухи. Врачебныя записки. 1896. №№ 6—7.

44. *Короленко.* Случай эхинококка печени и желчнаго пузыря. Медиц. прибавленіе къ Морскому Сборнику. 1898. Авг.

45. *Котлярь.* Къ вопросу о роли печени, какъ защ. организма отъ ядов. веществъ. Архивъ біологическ. наукъ. СПБ. 1893. т. II.

46. *Кравковъ.* О вліяніи перевязки общаго желчнаго протока на животный обмѣнъ. Врачъ. 1891. стр. 677. № 29.

47. *Краснобаевъ.* Исторія одной семейной инфекціонной желтухи. Дѣтская Медицина. 1896. № 2.

48. *Крымовъ.* Къ вопросу о лѣченіи ранъ печени и желчнаго пузыря. Воен. Медиц. журналъ. 1901. № 12.

49. *Кузьминъ.* Къ хирургіи желчныхъ путей. Русская медицина, 1890. № 7.

50. *Левинъ.* О механизмѣ бактер. заболѣванія печени. Врачъ. 1893. № 16. стр. 468.
51. *Левинъ.* О заболѣваніи желчныхъ путей при холерѣ. Врачъ 1894. № 43. стр. 77.
52. *Левинъ.* Къ этіологіи антіохолита. Проток. СПБ. Обуховской б-цы. 1894. стр. 135.
53. *Лифшицъ.* Случай механ. желтухи, обусловленной ракомъ pancreas. Больн. газ. Боткина. 1890. №№ 5—6.
54. *Лукьяновъ.* Объ отдѣленіи желчи при полномъ голоданіи. Варшав. Университ. Извѣстія. 1890.
55. *Лукьяновъ.* Разстройства въ желчеотдѣленіи. См. Основы Общей Патологіи пищеваренія. Его же. Лекц. 6.
56. *Лукьяновъ.* Объ отдѣленіи желчи при перевязкѣ мочеточниковъ. Варш. Унив. Извѣстія. 1891. № 7.
57. *Лукьяновъ.* Основанія общей патолог. пищевар. СПБ. 1897.
58. *Любомудровъ.* Случай эхинококка печени со вскрытіемъ кисты въ желчные пути и съ выдѣленіемъ эхинококк. пузырей съ испражненіемъ черезъ кишечный каналъ. Военный Медиц. журн. 1900. сент.
59. *Любомудровъ* и *Сабанѣевъ.* Къ казуистикѣ желчнокаменной болѣзни. Русск. Хир. архивъ. 1895. Вып. 4. стр. 640.
60. *Малковъ.* О брюшной водянкѣ, вызываемой полной и неполной задержкой желчи. Больн. газета Боткина. 1896. №№ 44, 45, 46, 47.
61. *Мануйловъ.* Два случая первичнаго рака papillae Vateri. Больничн. газета Боткина. 1899. №№ 43—44.
62. *Мейстеръ.* О возстановленіи печеночной железы послѣ удаленія цѣлыхъ долей ея и объ участіи печени въ образованіи мочевины. Врачъ. 1891. № 41.
63. *Михайловъ.* О вліяніи перевязки мочеточниковъ на отдѣленіе и составъ желчи. Диссерт. СПБ. 1892.
64. *Михайловъ.* Вскрытіе желчнаго пузыря при закупоркѣ пузырнаго протока. Врач. Зап. 1896. № 1.
65. *Михайловъ.* Случай печеночной невралгіи, симулировавшей холелитіазъ. Клиническ. журналъ. Москва. 1901. январь. № 1. стр. 38.

66. *Михайловичъ.* Къ вопросу о вліяніи желчи на нѣкотор. виды болѣзн. микроорганизмовъ. Диссерт. СПБ. 1898.
67. *Михайловъ.* Случай желчнокаменной болѣзни. Врачъ. 1896.
68. *Монастырскій.* Къ вопросу о хирургическ. лѣченіи полной непроходимости общаго желчнаго протока. Хирургическій Вѣстн. 1888. май. стр. 281.
69. *Насиловъ.* Къ хирургіи желчныхъ путей. Врачъ. 1890. № 14.
70. *Невядомскій.* Случай первичной саркомы желчн. пузыря. Мед. Обозр. 1900. № 2.
71. *Оксъ.* Случай закупорки желчнаго протока струнцомъ. Врачъ. 1883. стр. 337.
72. *Павловичъ.* Случай закрытія кишекъ желчнымъ камнемъ. Лѣтопись Русск. Хирург. 1896. № 1. стр. 132. Medycyna. 1895. № 33.
73. *Павловъ И.* Экспериментъ. водянка. Врачъ. 1896.
74. *Пашутинъ.* Курсъ общей и экспериментальн. патологіи. СПБ. 1885.
75. *Поляковъ.* Случай холецистотоміи по поводу громаднаго простого расширенія желчнаго пузыря. Медицинск. Обозр. 1890. № 20.
76. *Попельскій.* Роль печени въ превращеніяхъ крови. Врачъ. № 47. 1897. стр. 1362.
77. *Поповъ Л.* Объ естественной инъекціи желчныхъ ходовъ и о нѣкоторыхъ другихъ явленіяхъ, наблюдаемыхъ при перевязкѣ общаго желчнаго протока у животныхъ. Протоколы о-ва русск. врачей. СПБ. 1879—1880.
78. *Розенблатъ.* Случай гнойнаго воспаленія печени вслѣдствіе закупорки желчнаго протока струнцомъ. Врачъ. 1892. № 27. стр. 675.
79. *Розенъ.* Случай гнойнаго воспаленія желчнаго пузыря. Холецистотомія. Южно-Русская Медицинск. газета. 1894. №№ 42—43.
80. *Рокицкій.* Случай Cholecystitis typhosa calculosa Лѣтопись Русской Хир. Кн. 1. 1899.

81. *Ростовцевъ.* Случай колоссальнаго кистовиднаго расширенія ductus choledochi. Лѣтопись Русск. Хирургіи 1898. кн. 6. стр. 1005.
82. *Рудзкій.* Случай гнойнаго ангіохолита съ исходомъ въ выздоровленіе. Больничная газета Боткина. 1901. № 1. стр. 7. Врачъ. 1900. № 51.
83. *Рудзкій.* Выздоровленіе при острой атрофіи печени. Больн. газета Боткина. 1901. № 7. стр. 314.
84. *Руженцевъ.* О вліяніи инфекціи на образованіе желчныхъ камней у человѣка. Клинич. журналъ. 1899. № 3.
85. *Сапѣжко.* Случай холецистотоміи. Врачъ 1895. № 43. стр. 1220. О-во Кіев. врач. 7 окт. 1895.
86. *Сарычевъ.* Энтеротомія при зак. кишки желчн. ками. Мед. Обозр. 1901. сент.
87. *Склифосовскій.* Два случая эмпіэмы. Хир. лѣтоп. 1891.
88. *Склифосовскій.* Идеальная холецистотомія. Врачъ. 1890. № 27.
89. *Склифосовскій.* Отчетъ факультет. хирургич. клиники за 1884—1890. стр. 324.
90. *Склифосовскій.* Vis medicatrix naturae. Хирургуч. Лѣтоп. Т. III. кн. 2. 1893.
91. *Соколовъ.* Исторія болѣзни С. П. Боткина. Больн. газета Боткина. 1890. №№ 1 и 2. стр. 14.
92. *Соловейчикъ.* Еженедѣльникъ. 1900 № 50. стр. 893.
93. *Студенскій.* Уробилиновая желтуха, ея происхожденіе и клинич. значеніе. 1894. СПБ.
94. *Субботинъ.* О желчномъ свищѣ. Засѣд. Русск. Хирургич. О-ва Пирогова. 22 января 1897. Врачъ. 1897. № 31. стр. 869.
95. *Тандовъ.* Нервная колика. Врачъ. 1900. № 44. Засѣдан. Моск. Терап. О-ва. 26 апр. 1900.
96. *Терперъ.* Случай эмпіэмы желчнаго пузыря. Хирургич. вѣстн. 1885. № 2. стр. 77.
97. *Титовъ.* Клиническая характеристика оперативныхъ случаевъ желчнокаменной болѣзни по даннымъ Бахрушинской больницы. Докладъ въ Московск. Тер. О-вѣ. Врачъ. 1900. № 44. стр. 1352.
98. *Титовъ.* Дальнѣйшее развитіе вопроса о лѣченіи желчнокаменной болѣзни. Клинич. журналъ. 1900. № 8.
99. *Трахтенбергъ.* Обзоръ хир. опер. на желчн. пут. Больн. газета Боткина. 1890. №№ 9, 10 и 11.
100. *Троицкій.* Рѣдкій случай зарощенія общаго желчнаго протока. Больн. газ. Боткина. 574 стр. № 13. 1900.
101. *Троновъ.* Случай острой перфораціи желчнаго пузыря. Больн. газ. Боткина. 1897. № 3. стр. 89. О-во русск. врачей въ СПБ. 9 марта. 1900.
102. *Федоровъ.* Наблюденія изъ хирург. отдѣленія больницы Царицы Александры. Москва. 1900.
103. *Хольцовъ.* О травматическихъ разрывахъ желчн. путей. Лѣт. русск. хир. 1900. кн. 2. стр. 199.
104. *Шервинскій.* Къ вопросу о лѣченіи желчнокаменной бол. Хирургія. 1900. № 43. стр. 41—43.
105. *Яновскій.* Измѣненія желчнаго пузыря подъ вліяніемъ имѣющихся въ немъ камней. Врачъ. 1891. № 17. Gazz. lekarska. февр. и мартъ. 1891.
106. *Яновскій.* Объ оперативномъ вмѣшательствѣ при страданіи желчныхъ путей. Юбилейн. сборникъ въ честь XL врачебной дѣятельности професс. Н. Склифосовскаго. СПБ. 1900. стр. 452.

Указатель иностранной литературы въ патологической и клинической частяхъ.

1. *Adenot.* La cholécystite à forme d'appendicite. Lyon médic. 1901. № 7. p. 227. № 8. p. 275.
2. *Alessandri.* Sulla chirurgia delle vie biliari. Il Policlinico. Roma. 1899. №№ 6—8—10—12—14.
3. *Alexandre.* Calcul de la vesicule biliaire. Bullet. et mém. de la société anatomique. 1901. № 4.

4. *Archambaud et Weinberg.* Epithélioma primitif de la vésicule biliaire. La presse médic. 1896. p. CDXLVIII.
5. *Artault.* Perforation du col de la vésicule biliaire. Bullet. et mém. de la société anatom. 1899. p. 771.
6. *Bacaloglu.* Cancer primitif de la vésicule biliaire. Bullet. et mém. de la société anat. 1899. p. 229.
7. *Baudouin.* Les opérations nouvelles sur les voies biliaires. 1897. Paris.
8. *Baudouin.* Les opérations pratiquées sur le canal cystique. Gaz. des hôpitaux. 1898. № 33.
9. *Bernard.* Calcul de l'ampoule de Vater. Société anatomique de Paris. 1896. Juillet 7. La presse médic. 1896. № 54. Bullet. et mém. de la société anatomique. 1896.
10. *Bernard.* Du drainage des voies biliaires dans les cirrhoses du foie. Thèse de Paris. 1901. p. 1—78.
11. *Bilhaut et Delineau.* Un cas de cholécyst. calcul. Annal. de chir. et d'orthopedie. 1900. fevr.
12. *Blanc et Leray.* Cancer primitif de la vesicule biliaire. Bullet. et mém. de la société anatomique. 1897. La presse médic. 1897.
13. *Bloch.* Cholécystotomie extraabdominale (extracutanée). Revue de chir. 1895. № 2. p. 147.
14. *Bolognesi.* De l'augmentation du volume du foie dans la lithiase et de sa valeur an point de vue chir. Arch. provinc. de médec. Paris. 1900. II. 7—18.
15. *Bouchard.* Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition Paris. 1890.
16. *Bourlot.* Note sur un cas d'hydropisie de la vésicule biliaire. Bullet. et mém. de la société anatom. 1900. p. 609.
17. *Bouveret.* Sténose du pylore adherent à la vésicule calculeuse. Revue de médec. 1896. № 1. La presse médic. 1896. p. 114.
18. *Braquehay.* Cholécystite tuberculeuse. Guérison. Bullet. et mém. de la société de chir. de Paris. 1901. № 37.
19. *Brenner.* Ueber das primäre Carcinom. des Ductus choledoch. Wirch. Arch. 1899. Bd. CLVIII p. 253.

20. *Bricka.* Des perforations spontanées de la vésicule biliaire. Thèse de Lyon. 1899.
21. *Broca.* Dilatation énorme du canal cholédoque. Bullet. et mémoir. de la société de chir. de Paris. 1897. № 3.
22. *Brun.* Présentation de malades. Bullet. et mém. de la société de chir. de Paris 1897. № 3. p. 207.
23. *Busson.* Du cancer de l'ampoule ed Vater. Thèse de Paris 1890. p. 1—52.
24. *Calot.* De la cholécystéctomie. Thèse de Paris. 1890. p. 1—210.
25. *Cannac.* De la cholécystogastrostomie. Thése de Bordeaux. 1897. p. 1—62.
26. *Castaing.* Etude sur les complications de la lithiase biliaire au point de vue chirurg. Thèse de Toulouse 1899. p. 1—190.
27. *Chambard.* Contribution à l'étude des lésions histologiques du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque. Arch. de physiologie. 1877. octobre.
28. *Charcet et Gombault.* Note sur les altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque. Arch. de Physiologie. 1876. p. 272.
29. *Charcot.* Лекціи о болѣзни печени, желчныхъ путей и печени. Русск. Перев. Бурневиля. СПБ. 1879.
30. *Chauffard.* Formes chiniques des cirrhoses du foie. Comptes rendus du XII congrés internation. de médecine. Moscou 1899. V. III. Section V—p. 132—143.
31. *Chauffard.* Ictère chronique dyspeptique avec Cholurie minime et intermittente Choluries sans ictère. Société médic. des hôpitaux. 10 mai 1901. La prèsse médic. 1901. № 39. p. 198.
32. *Chavannaz.* Epithélioma cylindrique de la vésicule biliaire. Cholécystotomie. Bullet. et mém. de la société de chir. de Paris. 1901. № 27.
33. *Claisse.* Cancer primitif des voies biliaires. La presse médic. 1897. № 92.
34. *Claude.* Intoxication générale et infection biliaire. Société de biologie. 1897. 19 juin. La presse médic. 1897. № 1.

35. *Claude.* Calcification de la vésicule biliaire. Bullet. et mém. de la Société anatom. 1897. p. 219.
36. *Claude.* Deux cas de hémorrhagies de la vésicule biliaire au cours d'intoxication par des toxines microbiennes. Société de biologie 1896. 8 fevr. La presse médic. 1896.
37. *Courvoisier.* Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig 1890.
38. *Czerny.* Ueber den Gegenwartigen Stand der Gallenblasenchirurgie. Deutsch. med. Woch. 1892. № 23—p. 517—519.
39. *Dainville François.* Cancer du pancreas. La presse médic. 1902. № 11. Bullet. et mèm. de la Société anat. 1902.
40. *Dalla Rosa.* La tecnica generale delle operazioni sulle vie biliari. Rivista veneta. Fascicolo V. 1900. T. XXXIII.
41. *Dartigues.* Diverticules anormaux de la vésicule biliaire. La presse médic. 1896. № 50.
42. *Dastre.* Recherches sur la bile. Action de la bile sur la digestion gastrique. Archives de physiologie. 1890. T. II. p. 316. Paris.
43. *Deguy et Piatot.* Cancer primitif de la tête du pancreas avec obstruction des voies biliaries et ictère chronique. Bullet. et mémoires de la Société anatom. de Paris. 1898. p. 215.
44. *Delagénière.* Deux cas de cholédocotomie. Guérison. Arch. provinc. de chirurgie, 1898. T. VII. № 8. p. 495.
45. *Delagénière.* Cholécystotomie intraparietale et transmusculaire ou cholécystotomie temporaire. Revue de chir. 1895. p. 925.
46. *Delbeck.* Des lesions de la vésicule biliaire dans la lithiase. Thèse de Paris. 1892. p. 1—71.
47. *Delbet.* Bullet. et mém. de la Société de chir. de Paris. 1900. № 36.
48. *Dembowsky* (*In Willna*). Zur drainage der Gallenwege. Centralblatt für Chirurgie 1899. № 40.
49. *Dentu et Delbet.* Traité de chirurgie clinique et opératoire. T. VIII Paris. 1899.

50. *Deschamps.* De la peritonite perihépatique enkystée. Thèse de Paris. 1886. p. 47.
51. *Descos et Beril.* Sur un cas de cancer du duodenum à forme perivaterienne. Revue de médec. 1899. № 8.
52. *Desrosiers.* Ruptures des voies biliaires par contusion de l'abdomen. Thèse de Paris. p. 1—78. 1894.
53. *Diancourt.* Contribution à l'etude de l'ouverture pariétale des cholécyst. suppurées. Thèse de Paris. 1901. p. 1—74.
54. *Dieulafoy.* Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Paris. 1897—1898. p. 190.
55. *Dieulafoy.* Manuel de Pathologie interne. Paris. 1901. T. II.
56. *Doyen.* Application à la chirurgie des voies biliaires de la technique employée pour la chirurgie de l'intestin. La presse médic. 1899. № 88.
57. *Dubois.* Contribution à l'étude de la pathogénie de l'ictère par resorption. L' Echo médical du Nord. 1898. Octobre. p. 482.
58. *Dufourt.* Infection biliaire et iithiase. Revue de médec. 1893. Avril. № 4.
59. *Dufour.* Calcul biliaire arrêté dans le duodénum. La presse médic 1901. № 86. Bullet. et mém. de la Société anatom. 1901.
60. *Dufourt.* L'hérédité de la lithiase biliaire. Journal de physiologie et de pathologie génér. 1899. T. I. fasc. 3.
61. *Dupré.* Les infections biliaires. Etude bactériologique et clinique. Thèse de Paris. 1891. p. 1—210.
62. *Durand-Fardel.* Cancer de l'ampoule de Vater. La presse médic. 1896. № 49. p. 285.
63. *Erhardt.* Ueber Gallenresorption und Giftigkeit der Galle im Peritoneum. Arch. für klinisch. Chir. B. 64. H. II. 1901.
64. *Exner.* Ueber die Bedeutung des Harnzuckers für die Diagn. der. Gall. st. krankh. Deutsch. Medicin. Wochenschrift. 1898. № 31. p. 491.
65. *Faure.* Maladies du foie. См. Dentu et Delbet.

66. *Forgue.* Indications du traitement chirurgicale dans la lithiase. Gaz. hebdomad. 1897. № 101.
67. *Forster.* Ueber nervöse Leberkolik (neuralgia hepatis s. colica hepatica non calculosa). Leipzig. 1900. отд. брош. 1—32.
68. *Fournier.* Origine microbienne de la lithiase biliaire. Thèse de Paris. 1896. p. 1—76.
69. *Fraenkel und Krause.* Bacteriologie de la bile. La presse médic. 1899. № 95. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrank. 1899. B. 32. № 1. S. 97.
70. *Frerichs.* Klinik der Leberkrankheiten. Braunschweig. 1861.
71. *Galippe.* Mode et formation du tartare et des calc. saliv. Journal. des connaissances médical. 1886. Mars 25.
72. *Giacinta Viola.* La Riforma medica. Врачъ. 1896.
73. *Giese.* Absence et oblitération congénitale de la vésicule et des voies biliaires. La presse médic. 1896. Jahrber. für Kinderheilkund. 1896. B. 42. H. II. S. 252.
74. *Gilbert et Fournier.* La cirrhose biliaire hypersplénomégalique. La presse medic. 1900. № 43.
75. *Gilbert et Fournier.* Angiocholite infectieuse obliterante et cirrhose hypertrophique. Les Compt. rendus de la Société de Biologie de Paris. 1897.
76. *Gilbert et Fournier.* Pathogénie de la lithiase biliaire. La presse médic. 1898. № 43. p. 275. № 41. p. 259.
77. *Gilbert et Fournier.* Adénomegalie dans la cirrhose biliaire hypertrophique. Les Compt. rendus de Société de biologie de Paris. 1898.
78. *Gilbert et Fournier.* Du role des microbes dans la genèse des calcus biliaires. Les Compt. rendus de Société de biologie de Paris. 1896.
79. *Gilbert et Castaing.* Forme hépatomég de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique. La presse médic. 1899. № 41. p. 202.
80. *Gilbert et Castaing.* De l'arrêt inhibitoire des fonctions du foie dans la colique hépat. Les Compt. rendus de Société

de biologie de Paris. 1899. La presse médic. 1899. № 87. p. 119.
81. *Gilbert et Lereboullet.* De la pleurésie biliaire. La presse médic. 1901. № 94.
82. *Gilbert et Lereboullet.* Des hémorrhagies dans l'ictère achoiurique. La presse médic. 1901. № 23. p. 118.
83. *Gilbert et Surmont.* Les formes chiniques des cirrhoses du foie. La presse médic. 1897. № 70. p. 111.
84. *Gilbert et Surmont.* Les formes cliniques des cirrhoses du foie. Comptes rendus du XII Congrès internat. de médec. Moscou. 1899. Vol. III Sect V. p. 143—156.
85. *Gilbert et Dominici.* La lithiase biliaire est elle de nat. microbienne? Les comptes rendus hebdomad. de la Société de biologie. 1894. 16 juin.
86. *Gouget.* De l'influence des maladies du foie sur l'état des reins. Thèse de Paris. 1895.
87. *Gouget.* L'insuffisance hépatique. Paris. 1900. p. 1—200.
88. *Gould.* Calculs du pancreas. La presse médic. 1998. № 107. p. 207.
89. *Griffon et Leven.* Cancer des voies biliaires juxtahépatiques. Bullet. et. mém. de la Société de chir. 1899. p. 202.
90. *Griffon.* Calculs enclavés dans l'ampoule de Vater. La presse médic. 1896. № 85. p. 547.
91. *Griffon et Ségall.* Sarcome de la vésicule biliaire. Bullet. et mém. de la Société anatom. de Paris. 1897. p. 587.
92. *Griffon et Ségall.* Carcinome de la vésicule biliaire. Bullet. et mém. de la Société anat. de Paris. 1897. p. 589.
93. *Guéniot.* Cholécystite chronique sclero-hypertrophique. Bullet. et mém. de la Société anat. 1900. p. 385.
94. *Guillemain.* Étude de clinique sur la cholécystite calculeuse. Thèse de Paris. 1899. p. 1—65.
95. *Guinard.* Volumineux et nombreux calculs de la vésicule biliaire et du canal cholédoque. Ictère chronique. Bullet. et mém. de la Société de chir. de Paris. 1901. № 24.
96. *Haller.* Zur Casuistik der Cholelithiasis. Prag. Med. Wochenschrift. 1898. B. II. S. 122.

97. *Hanot.* Fièvre typhoide et lithiase biliaire. La presse médic. 1899.
98. *Hanot.* Cancer de l'ampoule de Vater. Presse médic. 1896. № 33.
99. *Hayem.* Sur une variété particulière d'ictère chronique splenomegalique. La presse médic. 1898. № 21. p. 121.
100. *Hermann.* Ueber Recidive nach Gallensteioperationen. Mittheilung. aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, von Mikulicz und Naunyn. Bd. 6. H. III. S. 351—362.
101. *Hermann.* Beiträge zur Frage: ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch. zu behaldeln. Mitt. aus den Grenzgebieten. 1898. B. IV. H. II. S. 231.
102. *Humbel.* Contribution à l'étude de l'ictère persistante. Indicat. générales de l'intervention chir. Thèse de Lyon. 1898. p. 1– 68.
103. *Italia.* Sulla genesi dei calcoli biliari. Il Policlinico. Roma. 1901. V. VIII. f. 4. p. 153.
104. *Jaboulay.* La cholecysto-gastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancr. Lyon médic. 1898. № 47. p. 365.
105. *Jacomet.* Cholecystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle. Paris. 1901. Thèse. p. 1—83.
106. *Joslin Elliot.* Influence de la bile sur la nutrition. The Journ. of exper. medec. 1901. № 5. p. 513. Привед. по Медиц. Обозр. 1896. т. XLV.
107. *Josserand et Adenot.* Trait. chir. de l'angioch. infect. grave par la cholécystostomie. Gaz. hebdomad. de médecine et de chir. 1898. № 51. p. 601.
108. *Jourdan.* De la cholédocotomie. Thèse de Paris. 1895. p. 1—161.
109. *Kauffmann.* Comment doit on actuellement comprendre le syndrome coliques hépat.? Thèse de Paris. 1900. p. 1—117.
110. *Keay.* Du siège de la douleur dans la colique hépatique. The britisch. médic. Journal. 1900. p. 901. Привед. по «Врачу»—1900. № 17. стр. 536.

111. *Kehr.* Wie, wodurch und in welchen Fällen von Chole lithiasis wirkt eine Karlsbader Cur et cetera... München medic. Wochenschr. 1898. № 38. S. 1199.
112. *Kehr.* Wie verhält sich mit den Recidiven nach unsern Gallenstein-Operationen? Arch. für klinische Chirur. B. 61. H. II. S. 474—517. München. medic. Wochenschr. 1900. № 21.
113. *Kehr.* Anleitung zur Erlernung der Diagnost. der einzelnen Formen der Gallenst. kr. heit. auf Grund bei 433 Gall. st. lap. Berlin. 1899. Отд. моногр.
114. *Kehr.* Die Behandlung der Calcülosen Cholangitis durch die directe Drainage des Ductus Hepaticus. Münch. medic. Woch. 1897. № 41. S. 1128—1131.
115. *Kehr.* Ein Rückblick auf 209 Gallensteinoper. mit besonder. Berücksichtigung gewisser, anderweitig selten beobacht. Schwierigkeiten bei 30 Choledochot. Arch. für Klin. Chir. B. 53. H. 2. S. 362.
116. *Kehr, Eilers und Lücke.* Bericht über 197 Gallenst. oper. aus den letzten $2^2/_3$ Iahren Arch. für Klin. Chir. 1899. Bd. LVIII. H. III. S. 470.
117. *Kocher.* Ueber Complicationen der Cholelithiasis. Wann soll man bei Cholelith. operiren? Correspondenz-blatt für schweizer Ärzte 1900. № 7. S. 194—200.
118. *Krause.* Discussion de la cholélith. La presse médic. 1897. № 1. p. V.
119. *Krausch.* Deutsche medic Woch. 1899. № 7. S. 105.
120. *Krehl.* Основы общей клинич. патол. Переводъ Линдемана. Москва. 1894. стр. 95—105.
121. *Labadie—Lagrave-et Magdelaine* Journal des praticiens. 1898. № 26. Привед. по клинич. журн. 1899. Мартъ.
122. *Lahousse.* Recherches expérimentales sur l'influence exercée sur la structure du foi par la ligature du canal cholédoque. Arch. de biologie. 1887. T. VII. fasc. I.
123. *Landouzy.* Fièrre bileuse ou hépatique. Gaz. des hôpitaux. 1883. p. 809—913.

124. *Langenhagen.* Pseudolithiase intestinal d'origine médicamenteuse. Académie de médec. 30 août 1901. La presse médic. 1901. № 37.
125. *Lauenstein.* Der «Ventilverschluss» in den Gallenwegen durch Steine und seine Folgezustände. Centralbl. für Chirurgie. 1899. № 29.
126. *Lejars.* Calculs du cholédoque et de la vésicule biliaire. Bullet. et mémoires de la soc. de chir. de Paris. 1900. № 29. p. 895.
127. *Lejars.* Sur la cholécystostomie. Bullet. et mémoires de la soc. de chir. de Paris. 1900. № 38. p. 1071.
128. *Lejars.* Des résultats immédiats et eloignés de l'intervention chir. dans les cholécystit. calc. Revue de chir. 1899. № 11.
129. *Lejars.* Contribution à l'étude des indications de la cholécystostomie et de la ch. cyst. éctomie dans la lith. bil. Revue de chir. 1896. № 9. p. 646.
130. *Lejars.* Sur la cholédocotomie. Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1898. p. 656.
131. *Lejars.* Sur un cas de cholédocotomie. Bullet et mém. de la soc. de chir. de Paris, 1897. № 10. p. 701.
132. *Lejonne et Millanoff.* Double fistule bil., cancer de la vésic. biliaire; lithiase choléd. Bullet. et mém. de la société anatomique 1900. № 1. p. 33.
133. *Lejonne et Milanoff.* Cancer primitif de la vésicule bil. Bullet. et. mém. de la Société anat. 1900.
134. *Lepetit.* De la cholédocotomie. Thèse de Paris. 1894. p. 1—78.
135. *Lesage et Macaigne.* Contribution à l'étude de la virulence du bact. coli. Arch. de médec. experiment. 1892. p. 350. Приведено по *Macé.* См. *Macé.*
136. *Létienne.* De la bile à l'état pathologique. Thèse de Paris. 1891. p. 1—132.
137. *Leven.* Bullet. et mém. de la Société anat. 1897.
138. *Lionnais.* Quelques considérations sur les tumeurs de l'hypoch. droit formées par la vésic. bil. Thèse de Paris. 1896. p. 1—129.

139. *Lobker.* Meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie und der chirurg. Therapie der Cholelith. Mittheil. aus. den Grenzg. der Medic. und Chir. 1898, B. IV.
140. *Longuet.* Trait. chir. de l'angiocholécystite non calculeuse. Thèse de Paris 1896. p. 1—315.
141. *Lucke.* Ueber Kolikschmerzen. Wien. klin. Woch. 1900. № 27. S. 625—626.
142. *Macé.* Traité pratique de bacteriologie. Paris. 1897.
143. *Maclagan et Treves.* Threl cases in which moveable kidney produced all the sympt. of gall-stone. (Lancet. 1900. № 3984).
144. *Massé.* De la cholécystogastrostomie. Tribune médic. 1898. p. 867.
145. *Masson.* Les ictéres et la colique hépat. chez les femmes en état de puerperalité. Thèse de Paris. 1898.
146. *Mayer.* (Aus Karlsbad) Experim. Beitrag zur Frage der Gallensteinbildung. Arch. für pathologische Anatomie und Physiol. und für Klin. medicine—von Virchow. B. 136. Berlin. 1894.
147. *Meckel.* Handbuch der pathol. Anatomie. Bd. II. Leipzig. 1816.
148. *Mermann.* Beiträge zur Chir. der Gallenwege Beitr. zur klin. Chirurg. 1895. B. XIII. S. 319—389.
149. *Michaux.* De la cholécystéctomie envisagée dans ses resultats imméd. et éloignés. XIII congr. intern. de médec. Paris. 1900. Section de chir. génér. Comptes rendus publiés par Walther.
150. *Michaux.* De l'intervention chirurg. dans les cirrhoses hépat. biliaires. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900. № 36. p. 1037.
151. *Michaux.* Chirurgie du cholédoque. Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1898. № 23. p. 691.
152. *Mieczkowski.* Zur Bacteriologie des Gallenblaseninhaltes

unter normalen Bedingungen und bei der Cholelithiasis. 1900. B. VI. H. 1 и 2. S. 307—319.

153. *Mignot.* L'origine microbienne de la lith. biliaire. Arch. génér. de médec. 1898. №№ 8—9.

154. *Mignot.* Recherches experiment. sur le mode de formation des calc. biliaires. Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1898. № 6. p. 165.

155. *Mignot.* Cholécystites calculeuses experimentales. Bullet. et mém. de la société anat. de Paris. 1898. p. 476.

156. *Miyake.* (Aus Iapan). Zur experiment. Erzeugung der Gallensteine mit besond. Berücksicht. des bakter. Verhaltens der Gallenwege. Mittheil. aus den Grenzg. der Medic. und Chir. B. 6. S. 479—528.

157. *Mohr.* Über Recidive nach Operation. an den Gallenwegen. Sammlung klinischer Vorträge. 1901. Leipzig. № 309.

158. *Monod.* Hydropysie calcul. de la vés. bil. chez une femme. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1899. № 18. p. 522.

159. *Monod.* Sur la cholédocot. Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1896. № 7. p. 546.

160. *Morestin.* Occlusion intestinale par calcul bil. Bullet. et mém. de la soc. anat. 1900. p. 196.

161. *Morin.* Contribution à l'étude de la hydropisie de la vés. bil. Thèse de Paris. 1894. p. 154.

162. *Morison, Rutheford.* Abstrakt of clinic. lectur. on gallstones Scottisch méd. surg Journ. 1899. t. IV. № 2. p. 108. Привед. по «L'année chir.» 1899.

163. *Mossé.* Accidents de la lith. biliaire. Thèse. 1890.

164. *Mouchet et Hallopeau.* Calcul biliaire extrait de la vésic. Bullet. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1901. № 2.

165. *Müller.* Zur Patholog. Bedeutung der Drüsen in der menschlichen Gallenblase. 1895. Kiel. Привед. по Allessandri.

166. *Naunyn.* Ueber die Vorgänge bei der Cholelith., welche die Indication zur Operation entscheiden. Mitth. aus den Gr. der Med. und Chir. 1898. B. IV. H. I.

167. *Naunyn.* Klinik der Cholelithiasis. Leipzig. 1892. Отд. моногр. 1—173.

168. *Oddi.* Azione della Bile sulla digestione gastrica. Perugia. 1887. Отд. мон. Archives Italiennes de Biologie. Turin. 1887.

169. *Parmentier.* Cholécyst. typhose. La presse médic. 1900. № 47. p. 223.

170. *Pauchet.* Chirurgie des voies biliaires. Paris. 1900. 1—93.

171. *Pauchet.* Rupture spontanée de la vésic. bil. La presse médic. 1902. № 4.

172. *Paulides.* Calculs du canal cholédoque. Thèse de Lyon. 1898. p. 1—70.

173. *Pendl.* Beitrag zur Casuistik der Choledochotomie und Cholecystenteroanastomose. Wien. klin. Woch. 1900. № 22. S. 499—501.

174. *Petersen.* Beitrage zur Pathologie und Therapie der Gallensteinkr. Beitr. zur klin. Chir. 1899. B. XXIII. H. III. p. 705.

175. *Pick.* Sur la fievre hépatique intermittente. La presse médic. 1900. № 67.

176. *Poppert.* Die Cholecystotomie mit Wasserdichter Drainage der Gallenblase. Deutsch. médic. Wochenschr. 1899. № 50.

177. *Porges.* Ein Fall von Gallensteinwanderung. Wien. Klin. Wochenschr. 1900. № 26. S. 589—597.

178. *Quénu.* Sur la cholédocotomie sans sutures. Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1898. № 21.

179. *Quénu.* Sur la cholédocotomie. Ibidem. 1896. № 7. p. 531.

180. *Quénu.* Etude sur la chir. du cholédoque. Ibidem. 1895. №№ 4. 5. p. 322.

181. *Quénu.* Ictère chronique sans calculs. Ibidem. 1898. p. 558 № 18.

182. *Quénu.* Angiocholite. Trait. chirurg. Ibidem. 1897. № 3. p. 241.

183. *Quénu et Claisse.* De la cholédocotomie. Ibidem. 1897. № 10. p. 711.

184. *Rambert.* Contrib. à l'étude des rélations de la lith. avec la grossesse... Thèse de Paris. 1899.
185. *Rehn.* Gallensteinileus. Arch. für Klin. Chir. 1899. B. 60. H. 2.
186. *Renauld.* Contribution à l'étude et au traitement des hémorragies consecutives aux opérat. pratiquées sur les voies bil. Thèse de Nancy. 1899.
187. *René Monod.* Cancer de la tête du pancreas avec ict. chron. et conservation de la permeabilité du choléd. Bullet. et mém. de la société anat. de Paris. 1900. p. 136—137.
188. *Reymond.* Compression du pédicule d'un rein mobile par une vésic. bil. Revue de chir. 1900. № 6.
189. *Reynes.* Lithiase biliaire à forme d'appendicite. Arch. provinc. de chir. 1900. № 11.
190. *Richardson.* The americ. Journ. of the médic. Science. 1898. Прив. по «Врачу». 1898. № 32. стр. 948.
191. *Riedel.* Zur Pathogenese und Diagn. des Gall. st. kolikanfalles. Mitt. aus d. Grenz. der Medic. u. Chir. 1898. Bd. 3. H. 2.
192. *Riedel.* Ueber Zungenform. Forsatz des rechten Leberlappens. Berlin. klin. Woch. 1888. № 29.
193. *Riedel.* Zur Debatte über die Gallensteinfrage in Düsseldorf nebs Bemerk. über die schleichende Infektion des Gallengangsist. nach Abgang von Steinen per vias naturales. Mitt. aus den Gr. der Méd. un dder Chir. 1899. B. 4. H. 4. S. 565—601.
194. *Ringel.* Ueber Papillom der Gallenblase. Arch. für klin. Chir. B. 59. H. I. S. 161.
195. *Roger.* De la fièvre typhoide à forme hépatique. La presse médic. 1900. № 17.
196. *Rose.* Die Ausräumung der Gallenwegen an Stelle der Extirpation der Gallenbl. Deutsch. Zeitschrift für Chir. 1898. B. 49. H. VI. S. 538.
197. *Rother.* Zur Ätiologie und Statistik der Gallensteine. München. 1883. S. 1—21.

198. *Routier.* Sur la cholédocotomie. Bullet. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1898. p. 643.
199. *Routier.* Cholécystite calculeuse. Vésicule hypertrophiée. Ibidem. 1900.
200. *Routier.* Cancer de la tête du pancreas. Ibidem. 1898.
201. *Routier.* Sténose pylorique, simulant un néoplasme. Ibidem. 1899.
202. *Roux et Nattan Larrier.* Lithiase de tout l'appareil exécuteur de la bile. Bullet. et mém. de la société anat. 1897.
203. *Ruotte.* Une intervention sur le foie dans un cas d'angiocholite süraigue. Arch. provinc. de chir. 1896. № 11. p. 702.
204. *Sanchez.* De la cholédocotomie. Thèse de Paris. 1898. p. 1—191.
205. *Schwartz.* Chirurgie du foie. Infections des voies biliaires. Paris. 1900. p. 51.
206. *Schwartz.* Calcul du cholédoque. Bullet. et mém. de la Société de chir. de Paris. 1901. № 26. p. 819.
207. *Schwartz.* Cholédocotomie pour angiocholite. Ibidem. 1898. № 21. p. 647.
208. *Schwartz.* Lithiase vésiculaire. Coliques hépatiques—très violentes et continuelles depuis 18 ans. Ibidem. 1898. № 35. p. 1089.
209. *Schwartz.* Contribution à la chirurgie des voies biliaires: cholédocotomie et cholécystéctomie. Congr. XIV, tenu à Paris 21—26 octobre 1901.
210. *Sergent.* Tubercules et cavernes biliares. Pathogenie de la tuberculose des voies biliaries. Thèse de Paris. 1896.
211. *Sergent.* Pathogenie de la tuberculose des voies bil. La presse mèdic. 1896. № 30.
212. *Scheuer.* Zur Therapie der Cholelith. Münch. medic. Wochenschrift. 1900. № 24.
213. *Simonesco.* Calculs biliaires. La presse médic. 1901. № 45.
214. *Steinholt.* Zur chirurgisch. Behandlung der Gallensteinkrankheit. Deut. med. Woch. 1898. № 13. S. 200.

215. *Still.* Lithiase biliaire chez les enfants. La presse médic. 1899. № 34. p. 167.
216. *Talma.* Von der bactericiden Wirkung der Galle. Zeitschrift für Klin. Medic. 1901. B. 42. S. 355—370.
217. *Termet.* Cholécyst. calculeuse chronique. Epaississement considérable de la vésicule bil. Bullet. et mém. de la Société anat. 1899. p. 647.
218. *Terrier.* Traitement chirurg. de l'angiocholite et de la cholécystite infectieuses. Revue de chir. 1895. № 12. p. 965.
219. *Terrier.* Rémarques sur deux cas: l'un de cholécystoduodénostomie, l'autre de cholécystogastrostomie. Ibidem. 1896. № 3. p. 169.
220. *Terrier et Auvray.* Tumeurs des voies biliaires, vèsicule et canaux biliaires. Ibidem. 1900. №№ 2. 3.
221. *Terrier et Auvray.* Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris. 1901. p. 249—316. Отд. моногр.
222. *Tesson.* Cancer des voies biliaires. Bullet. et mém. de la Soc. anat. de Paris. 1902.
223. *Thomson.* Zur Frage der Gallenblasenoperation. Mitth. aus den Grenz. Bd. II. H. 12. 1898.
224. *Thomas.* Cancer de l'ampoule de Vater. Bullet. et mém. de la Société anat. de Paris. 1897.
225. *Tissier.* Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire. Thèse de Paris. 1890.
226. *Tuffier.* Oblitération complète du cholédoque sans ictère. Bullet et mém. de la Société de chir. de Paris. 1902. № 9.
227. *Tuffier.* Sur la lithiase biliaire. Ibidem. 1896. p. 439.
228. *Ullman.* Ueber die Perforation der Gallenblase in die Bauchhöhle. Wien. med. Wochenschrift. 1899. №№ 25—26. S. 207.
229. *Vautrin.* De l'obstruction calculeuse du cholédoque. Revue de chir. 1896. № 6. p. 446.
230. *Vermorel.* Lithiase hépatique. Oblitération du cholédoque. Infect. second. Bullet. et mém. de la Société anatomique. 1896.

231. *Villard.* Cancer des voies biliaires. Thèse de Paris. 1890.
232. *de Voogt.* De gevolgen van de Wegnemung der Galblaas. Nederl. Tijdschr. voor Genelsk. 1898. deel II. № 7.
233. *Wickhoff.* Casuistische Mitteilungen. Wien. klin. Wochenschr. 1893. № 18. S. 325—326.
234. *Wölfler.* Zur chirurgisch. Behandlung der Cholelith. Prag. Med. Woch. 1899. № 6. S. 62.
235. *Wunschheim.* Typhus e cholècystitis suppurativa necroticans mit peritonitis circumscripta suppurativa Prag. med. Woch. 1898. №№ 2—3. S. 13 и 27.
236. *Zuber et Lereboullet.* Cholécystite calculeuse. Perforation. Presènce de microbes anaérobies dans le pus. Gaz. hébdom. de médec. et de chir. 1898. p. 727.

Указатель новѣйшей литературы, имѣющей отношеніе къ моей работѣ.

Привожу здѣсь списокъ новѣйшихъ работъ, которыя имѣютъ отношеніе къ моей задачѣ, но которыми я не могъ воспользоваться, такъ какъ онѣ явились позднѣе, чѣмъ былъ оконченъ мой трудъ.

1. *Араповъ.* Случай гнилокр., вызваннаго кишеч. палочк. Р. Врачъ. 1902. № 7. стр. 280.
2. *Клодницкій.* О выходѣ желчи въ 12 п. кишку. Дисс. СПБ. 1902.
3. *Мануйловъ.* О первичн. злок. нов. поджелуд. жел. Дисс СПБ. 1902.
4. *Полянскій.* О вліяніи почекъ на выдѣленіе желчи. Больн. Газ. Боткина. 1902. 20 февр.
5. *Цейдлеръ.* Случай изсѣч. ж. пуз. Русск. Врачъ. 1902. № 11. стр. 438.

1. *Clemm.* Beiträge zur Prophyl. und zur inn. Behandlung der. Erkrank. des Gallensyst. Wien. medic. Woch. 1902. 19 April.
2. *Dufourt.* Influence du règime aliment. sur la genèse de la lith. bil. La presse mèdic. 1902. № 42. p. 497.
3. *Géraudel.* Etude sur la cirrhose paludique Thèse. 1902.
4. *Hildebrand.* Zur Cholec.—gastrostomie. Arch. für klin. Chir. 1902. B. 66. S. 347.
5. *Lereboullet.* Les cirrhoses biliaires. Thèse de Paris. 1902.
6. *Picqué.* Ictère chronique. Cholédocotomie sans suture. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1902. № 15.
7. *Weymeersch.* Un cas d'angiochol. suppurée. Journ. médic. de Brux. 1902. 24 avril.

НБ ХНМУ