



1950

АНАТОМИЯ ПИЩЕВОДА

Переучет-60

7 ноя 2012

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОМ ТОКЕ В РАКОВИНАХ  
О РАКОВИНАХ СЪЕЗДИНЕНИИ ЭТОГО ОРГАНА И ЕГО ЛЕЧЕНИИ

Докторскую диссертацию лекаря Морозова, подъ заглавіемъ: «Анатомія пищеваго и къ  
учению о раковомъ съединеніи этого органа и его леченію катетеризаціей, электролизомъ и  
сагустоміей», печать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной быдо пред-  
ставлено въ Конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ  
въ С.-Петербургѣ, февраля 21 дня 1887 года.

Ученый Секретарь В. Пауштинъ.

АНАТОМИЯ ПИЩЕВОДА

Печатно-издательский отдел  
Императорской Военно-медицинской Академии

85191

ПАМЯТИ МОЕГО УЧИТЕЛЯ

ПОКОЙНАГО ПРОФЕССОРА

СЕРГѢЯ ПЕТРОВИЧА КОЛОМНИНА.

8

ИЗДАНИЕ ПЕРВОЕ

ПОД РЕДАКЦИЕЙ

СЕРГЕЯ ПЕТРОВИЧА КОЛОДКОВА

## ВВЕДЕНИЕ.

Среди больных Академической Хирургической Клиники весьма часто намъ приходилось наблюдать такихъ, у которыхъ было сужение пищевода вълѣдствіе раковой опухоли этого органа. Профессоръ С. П. Колодкинъ предложилъ мнѣ заняться изученіемъ заболѣваній пищевода и хирургическаго леченія раковыхъ его суженій. Възявшись за эту работу, я на первыхъ порахъ былъ пораженъ разнообразіемъ тѣхъ послѣдствій, которыя являются при заболѣваніи этого органа и особенно при раковыхъ суженіяхъ. Это разнообразіе послѣдствій при самомъ поверхностномъ взглядѣ находится въ очевидной зависности отъ мѣстоположенія, которое занимаетъ болѣзненный процессъ. Чтобы разбраться среди массы различныхъ признаковъ при заболѣваніи пищевода и хорошо уяснить себѣ причинную связь ихъ, я прежде всего занялся анатоміей этого органа и здѣсь, изучая различныхъ авторовъ, я увидѣлъ множество противорѣчій и невыясненныхъ достаточно всесторонне вопросовъ, относящихся болѣе къ Анатоміи хирургической, чѣмъ къ Анатоміи описательной.

Хирургическая Анатомія далеко еще не достигла той точности и законченности, какую имѣетъ описательная, и это болѣе всего относится къ Анатоміи пищевода. Оно и понятно, такъ какъ задачи хирургической Анатоміи тѣсно связаны съ клинкой и развитіе ея идетъ рука объ руку съ развитіемъ Патологіи, а заболѣваніями пищевода систематически занялись только съ Mondière'a, который первый привлекъ въ систему тотъ разбросанный матеріалъ, который существовалъ до него и, начиная съ своей диссертации, написалъ цѣлый рядъ работъ о болѣзняхъ пищевода<sup>1)</sup>. Но послѣ Mondière'a, точно также какъ и до него, болѣе съ болѣзненными процессами пищевода, за исключениемъ тѣхъ, у которыхъ случайно засрѣвались постороннія тѣла въ этомъ органѣ,

<sup>1)</sup> Mondière, — Recherches sur l'inflammation de l'oesophage et sur quelques points d'anat. path. de cet organe. Thèse, Paris, 1829.

Recherches pour servir à l'histoire de l'oesophagite aigue et chronique. — Archives Générales de médecine, Paris, T. XXIV, 1830, p. 543; T. XXV, 1831, p. 358; T. XXVII, 1831 p. 494; T. XXX, 1832, p. 481.

Recherches sur l'oesophagisme ou spasme de l'oesophage. — Arch. Génér. de méd. Paris, T. I, 1833, p. 465.

Notes sur quelques maladies de l'oesophage. — Arch. Génér. de méd., T. II, 1833, p. 504; T. III, 1833, p. 28.

лечились терапевтами и только со времени работ Sédillot <sup>1)</sup> хирурги стали мало-по-малу интересоваться болезнями пищевода и в хирургических клиниках появились больные съ заболѣваніями этого органа. Вокорѣ появились работы Follin'a <sup>2)</sup> и Monton'a <sup>3)</sup> по хирургической Анатоміи пищевода. Конечно и до них многие анатомы и хирурги занимались анатоміей пищевода, но эти работы были недостаточны для хирургов; эти-же авторы преслѣдовали чисто хирургическія цѣли. Первый изъ нихъ выяснилъ вліяніе положенія головы на начало пищевода, а второй изслѣдовалъ его калибръ по гипсовымъ стѣпкамъ, полученнымъ наливаніемъ пищевода гипсовой массой и потомъ растяжимость его; кромѣ того, онъ первый измѣрилъ разстояніе начала пищевода отъ верхнихъ рѣзцовъ, какъ неподвижной точки, безъ чего невозможно было опредѣлить мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса въ пищеводе и существовала въ этомъ отношеніи полная путаница. Такъ Béhier <sup>4)</sup> разсказываетъ о служеніи, находящемся «въ самомъ началѣ пищевода, на разстояніи 25 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ»; тогда какъ это разстояніе равно только 15 сант. Въ такомъ классическомъ сочиненіи, какъ оперативная хирургія Günther'a <sup>5)</sup>, мы читаемъ: «Der Weg von den Vorderzähnen bis an den untern Theil des Larynx beträgt bei dem Erwachsenen ungefähr 8", bis in den Magen etwa 14"», т. е. разстояніе отъ переднихъ зубовъ до нижней части гортани у взрослыхъ равняется приблизительно 8", а разстояніе до желудка—приблизительно 14".

До сихъ поръ еще, даже среди выдающихся хирурговъ, существуютъ ошибочныя мнѣнія относительно длины пищевода. Linnhardt <sup>6)</sup> въ своемъ руководствѣ къ оперативной хирургіи говоритъ: «такъ какъ oesophagus отъ своего начала отъ cartilago cricoidea до cardia имѣетъ 9—11 дюймовъ, то инструментъ (зондъ для катетеризаціи пищевода) долженъ имѣть по крайней мѣрѣ 14—15 дюймовъ длины, такъ какъ онъ долженъ пройти чрезъ ротъ и зѣвъ и нѣсколько выступать изъ рта», т. е. длина конца зонда, «нѣсколько выступающаго изъ рта» и занимающаго полость рта и глотки до начала пищевода=12,5—10 сант., что составляетъ явное заблужденіе.—Trendelenburg <sup>7)</sup>, описывая свою вторую гастростомию, говоритъ: «пріятельствіе находилось непосредственно и

передъ cardia, на глубинѣ 31 сант. отъ зубовъ» или (Gritti <sup>1)</sup>) говоритъ: «зондъ встрѣчалъ пріятельствіе на 33 сант. отъ зубовъ; онъ вѣроятно низдавилъ опухоль вниизъ, такъ какъ на этомъ разстояніи онъ должны-бы были попадать въ желудокъ, а между тѣмъ при аутопсіи оказалось, что служеніе длиною въ 5 сант. находилось еще на разстояніи 5 сант. выше входа въ желудокъ». Anger <sup>2)</sup> считаетъ разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода равнымъ 12—13 сант. Zenker и Ziemssen <sup>3)</sup> цитируютъ Seitz'a, который говоритъ, что ракъ появляется преимущественно въ отѣлѣ, противоположащемъ мѣсту раздвоенія дыхательнаго горла, но рѣдко въ средней области». Еще недавно, ассистентъ Пр. Albert'a, д-ръ Maydl <sup>4)</sup> писалъ: «длина пищевода,—разстояніе между cardia и зубами,—непостоянна; она не зависитъ отъ пола и не стоитъ въ опредѣленномъ отношеніи къ длинѣ тѣла; даже отѣльные части пищевода нельзя выразить опредѣленными цифрами». Таковыя ошибочныя мнѣнія относительно пищевода существуютъ между клинниками, но и спеціалисты-анатомы крайне разнообразнаго мнѣнія относительно многихъ вопросовъ, касающихся Анатоміи пищевода, какъ напр. относительно границъ его, длины, калибра и т. д. А между тѣмъ хирургу на столько необходимы точныя знанія анатоміи пищевода, что безъ нихъ рѣшительно немислимы ни точныя знанія Патологіи этого органа, ни діагностика болѣзненныхъ процессовъ его, ни рациональное ихъ леченіе. Въ самомъ дѣлѣ, какъ объяснить тотъ клиническій фактъ, что постороннія тѣла и другіе патологическіе процессы по преимуществу локализируются въ извѣстныхъ мѣстахъ пищевода, не зная его физиологическихъ мѣстъ служебной и ихъ растяжимости? Какъ узнать мѣстоположеніе въ пищеводе болѣзненнаго процесса, не зная разстоянія между верхними рѣзцами и началомъ его? Какого размѣра взять инструментъ для катетеризаціи пищевода и какъ выполнить эту операцію, не зная длины этого органа, его калибра и направленія? До какой степени нужно расширить бужами или зондами суженіе пищевода, не зная нормальнаго калибра его и стѣпени расширенія? Кромѣ того, при сеченіи пищевода (oesophagotomia) весьма лажно точно знать верхнюю границу его и вліяніе на нее положенія головы и т. д. Между тѣмъ спеціальныя работы по этимъ вопросамъ Follin'a и Monton'a, выводы которыхъ приняты всеми новѣйшими хирургами, намъ кажется, требуютъ проверки. Поэтому, выяснивши себѣ всѣ разногласія авторовъ относительно указанныхъ вопросовъ анатоміи пищевода, я задалъ цѣлію изучить причины этихъ разногласій и по возможности примирить ихъ и кромѣ того пополнить нѣкоторые пробѣлы. Съ этою цѣлію въ Анатомическомъ Институтѣ, подъ руководствомъ Проф. С. П. Коломина и Ал. Ив. Таренцаго, я произвелъ рядъ опытовъ для выполненія своей задачи.

Всѣхъ труповъ я могъ получить 34, изъ нихъ 14 для препарирования пищевода, 12 для називанія его гипсовой кашцей съ цѣлію получить слѣпокъ и 8 для распиловъ замороженныхъ труповъ.

**Способы изслѣдованія.** Прежде чѣмъ предназначить трупъ для той или другой цѣли, я измѣрялъ длину всего трупа по прямой линіи или ростъ его, затѣмъ опредѣ-

<sup>1)</sup> Gritti,—Gaz. med. Ital. Lombard, 1881, № 1. Дят. по Maydl.

<sup>2)</sup> Anger,—Gazette des Hôpitaux, 1880, № 21, p. 163.

<sup>3)</sup> Zenker und Ziemssen,—Болезни пищевода, Русск. пер. 1880, стр. 151—152.

<sup>4)</sup> Maydl,—Ueber Gastrostomie.—Wiener Medizinische Blätter, 1882, № 21.

<sup>1)</sup> Sédillot,—De la Gastrotomie fistuleuse.—Comptes rendus de l'Académie des sciences. T. XXII, 1846, Paris, p. 222.

<sup>2)</sup> Des cas auxquels l'opération de la Gastrotomie est applicable.—Ibidem, p. 907.

<sup>3)</sup> Des plaies et des fistules de l'estomac, considérées dans leurs rapports avec la gastrotomie.—Comptes rendus de l'Acad., T. XXIV, 1847, p. 584.

<sup>4)</sup> Opération de Gastrotomie pratiquée pour la première fois le 13 Novembre 1849.—Comptes rendus, T. XXIX, 1849, p. 565.

<sup>5)</sup> Follin,—Des rétrécissements de l'oesophage. Thèse, Paris, 1853.

<sup>6)</sup> Monton,—Du calibre de l'oesophage et du cathétérisme oesophagien. Thèse, Paris, 1874.

<sup>7)</sup> Réhier,—Conférences de clinique médicale faites à la Pitié 1861—1862. Paris, 1864.—Rétrécissement de l'oesophage.

<sup>8)</sup> Günther,—Lehre von den blutigen Operationen am Menschlichen Körper, 4 Abth., 2 Unterabth., 1861, S. 24.

<sup>9)</sup> Linnhardt,—Руководство къ Оперативной Хирургіи, Т. II, Рус. пер., 1880, Москва, стр. 226.

<sup>10)</sup> Trendelenburg,—см. ст. Maydl'a.

дѣля длину позвоночника по кривой линіи, т. е. проводилъ тесьму отъ макушки до конца копчика, слѣдуя всѣмъ искривленіямъ черепа и позвоночника. Для препарирования я по преимуществу открывалъ пищеводъ сзади, вынимая весь позвоночникъ съ небольшою прилежащею частью реберъ такъ, чтобы не вскрывать полости плервы, что мнѣ въ большинствѣ случаевъ удавалось. Затѣмъ измѣрялъ длину пищевода, разогнувъ отъ начала его до дуги аорты и до раздвоенія дыхательнаго горла и потомъ препарировалъ. Для наливаія пищевода гипсовой кашней съ цѣлью получить форму его я поступалъ нѣсколько иначе, чѣмъ Mouton<sup>1)</sup>; онъ поступалъ такъ: затомпировалъ прежде ноздри и ротъ трупа, вложилъ его на доску въ спинномъ положеніи, перегибалъ голени черезъ край доски на противоположную поверхность и, захвативши петлей веревки голени выше ладыжекъ, укрѣплялъ ихъ къ гвоздю, вбитому въ доску; послѣ этого онъ приставлялъ ее къ стѣнѣ такимъ образомъ, что у него трупъ былъ въ вертикальномъ положеніи головою внизъ; затѣмъ онъ верхнія конечности перекидывалъ на противоположную поверхность доски, складывалъ оба предплечья вмѣстѣ и крѣпко ихъ связывалъ. Голову трупа онъ фиксировалъ въ легкой экстензіи тѣмъ, что проводилъ веревку нѣсколько разъ кругомъ головы и потомъ вокругъ доски, гдѣ и завязывалъ, а снизу подъ голову подставлялъ подкладку. Послѣ этого онъ проводилъ продольный разрѣзъ отъ пупка къ грудной кости и второй поперечный разрѣзъ поперечно къ первому чрезъ пупокъ, вогнутою обращенный къ діафрагмѣ и такимъ образомъ вскрывалъ полость брюшины; затѣмъ пришивалъ en masse кишечный пакетъ къ пупку, вслѣдствіе чего желудокъ вытягивался изъ подреберья, который онъ затѣмъ фиксировалъ къ краямъ разрѣза брюшной стѣнки; дѣлалъ поперечный разрѣзъ на передней его поверхности приблизительно въ три пальца, вводилъ по указательному пальцу чрезъ входное отверстие желудка въ пищеводъ желудочный зондъ и нѣсколько разъ прочищалъ его. Послѣ этого въ наружный конецъ зонда вставлялъ воронку, чрезъ которую наливалъ пищеводъ и близлежащую часть желудка гипсовой кашней, предварительно процѣженной чрезъ сито или рѣдкое полотно и на слѣдующій день вынималъ стѣпокъ.

Разсматривая положеніе трупа, фиксированнаго къ доскѣ и поставленнаго вертикально головою внизъ по способу Mouton'a, мы видимъ, что онъ крѣпко прижатъ къ доскѣ и касается ее головой, плечами, ягодицами и бедрами, а позвоночникъ образуетъ волнистую линію, — сильнѣйшій лордозъ въ шейной и поясничной частяхъ, — такъ значительно наклоненъ впередъ; передняя брюшная стѣнка сильно напряжена. При вскрытіи брюшной полости крестообразнымъ разрѣзомъ въ надчревной области по способу Mouton'a, мы нашли, что брюшины внутренности своею тяжестью оттянули діафрагму такъ высоко, что наивысшая точка ея какъ справа, такъ и слѣва находится на уровнѣ 4-го ребра. Сообразно этому и форма пищевода измѣняется въ томъ отношеніи, что нормальныя кривизны его сильнѣйшимъ образомъ увеличиваются, какъ это мы увидимъ въслѣдствіи, такъ что изъ 4-хъ формъ, полученныхъ мною при наливаіи пищевода по способу Mouton'a, ни одна не походитъ на его форму, представленную въ учебникѣ топографической Анатоміи Tillaux, стр. 425, русск. перев. 1883 г., да и

<sup>1)</sup> Mouton, — I. с., p. 14—16.

самъ Mouton на стр. 29 замѣчаетъ, что на его стѣнкѣ пищевода боковыя искривленія были чрезвычайно выражены. Принимая во вниманіе такое неправильное положеніе трупа и его внутренностей въ способѣ Mouton'a, я неограничился однимъ этимъ способомъ, а называлъ пищеводъ по тремъ способамъ:

1) при горизонтальномъ положеніи трупа, лежащаго на длинной доскѣ, помѣщенной на двухъ табуретахъ, я фиксировалъ голову въ прямомъ положеніи, т. е. въ ерденемъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, точно такимъ же образомъ, какъ и Mouton; потомъ тампонировалъ ротъ и ноздри паклей и гипсовой кашней, или же, что еще лучше, просто сшивалъ губы и ноздри крѣпкой ниткой, предварительно введя въ полость рта и въ каждую ноздрю по небольшому куску пакли; затѣмъ, въ надчревной области разрѣзомъ, параллельнымъ лѣвому краю ложныхъ реберъ, длиною около 10 сант., я вскрывалъ брюшную полость, отыскивалъ желудокъ, производилъ разрѣзъ около 3 сант. на передней его поверхности, по указательному пальцу вводилъ чрезъ входное отверстие желудка въ пищеводъ зондъ изъ китоваго уха съ оливой, которымъ нѣсколько разъ прочищалъ его до верхней части глотки, потомъ извлекалъ зондъ и въ желудокъ чрезъ то же отверстие вставлялъ стеклянную трубку, длиною 30 сант. и 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сант. въ діаметрѣ, послѣ чего подъ желудокъ подводилъ крѣпкую лигатуру, которую затягивалъ выше сдѣланнаго отверстия желудка на трубокъ; затѣмъ, въ наружный конецъ трубки вставлялъ малую воронку, чрезъ которую наливалъ пищеводъ и верхнюю часть желудка гипсовой кашней и чрезъ ситки вынималъ стѣпокъ. Для гипсовой кашней во всѣхъ случаяхъ я бралъ самый лучшій просѣянный гипсъ въ пропорціи 2 стакана гипса на 3 стакана холодной воды.

2) Второй способъ наливаія похожъ на способъ Mouton'a и отличается отъ него только тѣмъ, что я вложилъ трупъ на длинную доску и, захвативши петлей веревки обѣ голени выше ладыжекъ, я перекидывалъ конецъ веревки черезъ конецъ доски и укрѣплялъ ее къ гвоздю, вбитому на противоположной поверхности ея; затѣмъ, ставилъ доску, конечно, вмѣстѣ съ ней и трупъ, приблизительно подъ угломъ въ 45°. Верхнія конечности я помѣщалъ вдоль туловища трупа. Такимъ образомъ, трупъ головою внизъ у меня лежалъ на доскѣ совершенно правильно, т. е. позвоночникъ его не дѣлалъ волнистой линіи, какъ при способѣ Mouton'a.

3) Для третьяго способа наливаія я вложилъ трупъ на ту же длинную доску и, укрѣпивши его къ ней веревками за голову и плечи, ставилъ доску приблизительно подъ угломъ въ 45° такимъ образомъ, что трупъ находился головою вверхъ; затѣмъ, въ надчревной области разрѣзомъ, параллельнымъ лѣвому краю ложныхъ реберъ, я вскрывалъ брюшную полость, отыскивалъ желудокъ и накладывалъ на него en masse крѣпкую лигатуру какъ можно ближе къ cardia. Послѣ этого чрезъ ротъ я вводилъ въ глотку трупа какъ возможно дальше стеклянную трубку, длиною 30 сант. и 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> сант. въ діаметрѣ и изогнутую s-образно, въ наружный конецъ которой вставлялъ воронку, чрезъ которую наливалъ гипсовой кашней пищеводъ и верхнюю часть желудка выше лигатуры.

По этимъ тремъ способамъ я всякій разъ вмѣстѣ съ пищеводомъ наливалъ гипсовой кашней съ одной стороны часть глотки и съ другой — часть желудка. Прибли-

зительно чрез сутки, когда гипсовая кашка совершенно окрѣпнетъ, я весьма осторожно вскрывалъ грудную кѣтку, предварительно въ послѣднихъ двухъ способахъ клалъ доску съ привѣшеннымъ къ ней трупомъ горизонтально, подставляя подъ нижній конецъ ея губаретку; затѣмъ, вынималъ сердце и легкія, описывалъ правую сторону позвоночника на столько, чтобы возможно было считать позвонки, послѣ этого отмѣчалъ уровень начала пищевода, дуги аорты, нижняго края дѣлення дыхательнаго горла и конца пищевода, измѣрялъ эти расстоянія отъ начала пищевода, описывалъ ходъ его и затѣмъ, разрѣзавши переднюю стѣнку пищевода ножницами по длинѣ, измѣрялъ циркулемъ поперечникъ сѣтѣка его на уровнѣ каждого позвонка, послѣ чего извѣскалъ сѣтѣнокъ. Такимъ образомъ, я, такъ сказать, *in situ* изучалъ форму, длину и калибръ пищевода.

Потомъ я на тѣхъ же трупахъ занялся также измѣреніемъ расстоянія между верхними рѣзцами и началомъ пищевода, что необходимо знать хирургу для опредѣленія мѣстоположенія слѣженія пищевода и постороннихъ тѣлъ: Mouton<sup>1)</sup> первый опредѣлилъ это расстояние слѣдующимъ способомъ: на нескрытомъ цѣломъ трупѣ онъ вскрывалъ сбоку нижнюю часть гортани, вводилъ указательный палецъ лѣвой руки и держалъ его на уровнѣ нижняго края перстневиднаго хряща; затѣмъ, онъ катетеризировалъ пищеводъ, держа голову трупа<sup>2)</sup> въ полукругленіи и какъ только конецъ катетера касался пальца чрезъ стѣнку пищевода, онъ обозначалъ на катетерѣ уровень верхнихъ рѣзцовъ, катетеръ извлекалъ, выпрямлялъ его и измѣрялъ расстояние между отмѣченнымъ пунктомъ и концомъ. Я тоже пользовался этимъ способомъ, но только я измѣрялъ это расстояние при различныхъ положеніяхъ головы: въ прямомъ, при крайнемъ сгибаніи и при крайнемъ разгибаніи. Инструментъ, которымъ я пользовался при этихъ измѣреніяхъ, былъ обыкновенный клиннискій зондъ изъ китоваго ося съ оливою на концѣ.

Далѣе, для болѣе точной проверки своихъ измѣреній, а также для болѣе точнаго изученія хода пищевода и его отношеній къ сосѣднимъ органамъ, я дѣлалъ распилы замороженныхъ труповъ, частью сагиттальные и частью поперечные. При помощи всѣхъ этихъ способовъ изслѣдованія я попробовалъ изучить анатомію пищевода, послѣ подробнаго изложенія которой, я намѣренъ описать патологическіе и оперативные выводы.

Послѣ этого, на основаніи нашего клиническаго матеріала и литературныхъ данныхъ, я подробно опишу ученіе о ракѣ пищевода и его леченіи катетеризаціей, электролизомъ и гастростоміей. Резекціи пищевода, эзофаготоміи и эзофагостоміи по неза-висящимъ отъ меня причинамъ не вошли въ программу настоящей моей работы.

Нашъ клиническій матеріалъ состоитъ изъ исторій болѣзни 33 стационарныхъ больныхъ и 57 амбулаторныхъ: изъ нихъ въ 12 случаяхъ была произведена аутопсія и описаніе препаратовъ макроскопическое и микроскопическое помѣщено въ концѣ каждой соответствующей исторіи болѣзни. Для микроскопическихъ изслѣдованій вырѣзывались кусочки изъ центральныхъ и периферическихъ частей новообразованія, спиртовые вы-

<sup>1)</sup> Mouton, loc. cit. p. 20.

мачивались въ водѣ и затѣмъ замораживались эфиромъ на столѣикъ микротомъ Schanz'a и послѣ этого производились сѣзъы, которые окрашивались или въ глицеринѣ амміачномъ карминѣ, или же въ красцовомъ карминѣ и затѣмъ разсматривались въ глицеринѣ.

## Анатомія пищевода.

1) *Опредѣленіе.* Пищеводъ (отъ *pho*, несъ и *phago*, ѣсть) греч. *βισφαγίτις*; латин. *oesophagus* s. *Gula*, образуетъ длинную мышечно-перепончатую трубку, которая, проходя между нижнимъ концомъ глотки и входнымъ отверстіемъ желудка, назначена для механическаго проведенія изъ вѣдъ въ послѣдній пищевыхъ веществъ, а во время рвоты—для выведенія содержимаго желудка.

2) *Мѣстоположеніе.* Онъ занимаетъ нижнюю часть (reg. subhyoideae) шейной области, переходитъ чрезъ всю грудную кѣтку, помѣщается въ заднемъ грудномъ промежуткѣ и, прободая грудобрюшную перегородку, входитъ въ брюшную полость, гдѣ оканчивается, переходя въ желудокъ.

3) *Границы.* Какъ различныя хирургы, такъ и анатомы крайне разнообразнаго мнѣнія относительно границъ пищевода и наиболее вѣточными нужно считать тѣ данныя, которыя основываются на отношеніи пищевода къ позвонкамъ. Относительно начала пищевода, начиная съ Sömmerring'a<sup>1)</sup>, весьма многіе анатомы, какъ напр. Meckel<sup>2)</sup>, Cruveilhier<sup>3)</sup>, Huschke<sup>4)</sup>, Luschka<sup>5)</sup>, Rüdinger<sup>6)</sup>, Quain<sup>7)</sup>, Richet<sup>8)</sup> полагаютъ, что пищеводъ начинается отъ задней пластинки перстневиднаго хряща, на уровнѣ тѣла 5-го шейнаго позвонка, а по Velpeau<sup>9)</sup>— даже на уровнѣ 4-го шейнаго позвонка; по Henle<sup>10)</sup> и Sappey<sup>11)</sup> верхняя граница пищевода находится на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между двумя послѣдними шейными позвонками и рѣзко обозначена горизонтальной тѣсьюмъ нижняго сжимателя глотки, подъ которой внезапно появляются совершенно круговыя мышцы; такимъ образомъ, пищеводъ отъ нижняго края п. laryngo-pharyngei дѣлается совершенно самостоятельнымъ и его можно безъ поврежденія важныхъ слоевъ стѣнки отдѣлить отъ окружающихъ частей, къ которымъ онъ при-

<sup>1)</sup> Sömmerring, Eingeweidelehre, 1796, s. 214, § 113.

<sup>2)</sup> Meckel, Handbuch der menschlichen Anatomie, Eingeweidelehre, 1820, s. 247.

<sup>3)</sup> Cruveilhier, Traité d'Anatomie descriptive, v. II, p. 1, 3-me edit., 1852, p. 110, § 3.

<sup>4)</sup> Huschke, Lehre von den Eingeweiden, 1844, s. 45.

<sup>5)</sup> Luschka, Die Anatomie des Menschen, 1862, Bd. I, Abth. 1, Tübingen, s. 233.

<sup>6)</sup> Rüdinger, Topographisch-chirurgische Anatomie des Menschen, 3 Abth., 2 Hälfte, Stuttgart, 1875, s. 174.

<sup>7)</sup> Quain, Учебникъ Анатоміи, обработанный Гоффманомъ, 1872 г., т. 1-й, стр. 456.

<sup>8)</sup> Richet, Traité pratique d'Anatomie médico-chirurgicale, русск. перев. 1855 г., стр. 430.

<sup>9)</sup> Velpeau, Traité d'Anatomie chirurgicale, 1826, v. I, p. 225.

<sup>10)</sup> Henle, Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen, 1873—1875, Eingeweidelehre, s. 156.

<sup>11)</sup> Sappey, Traité d'Anatomie descriptive, Paris, 1879, v. 4, p. 149.

крѣпленъ эластической соединительной тканью. По Braune <sup>1)</sup> начало пищевода соответствует 7-му шейному позвонку, а по Henke <sup>2)</sup>, Pansch <sup>3)</sup>, Mouton <sup>4)</sup>, Verneuil <sup>5)</sup> и Tillaux <sup>6)</sup> — шестому. Относительно нижней границы пищевода все анатомы согласны, что снаружи она не обозначена, но снизу она резко выражена очень неровной зубчатой линией; которая отдѣляетъ слизистую оболочку пищевода отъ слизистой желудка; но относительно вопроса, — на уровнѣ какого позвонка находится конецъ пищевода, — мнѣнія анатомовъ также крайне разнообразны, и Rüdinger <sup>7)</sup> совершенно справедливо говоритъ: «мѣсто перехода пищевода въ желудокъ по отношению къ позвоночному столбу можетъ варіировать между 9 и 11 грудными позвонками», а Braune <sup>8)</sup> прибавляетъ, что у женщинъ всегда немного выше, даже передъ 9—8. То же самое мы видимъ и у Пирогова <sup>9)</sup>. Сообразно этому мы и находимъ, что одни авторы (Simmerring <sup>10)</sup> мѣсто перехода пищевода въ желудокъ относятъ къ уровню 9-го спинного позвонка, другіе (Luschka <sup>11)</sup>, Cruveilhier <sup>12)</sup>, Follin <sup>13)</sup> — къ уровню 10-го и вѣроятные (Sappey <sup>14)</sup> — къ уровню 11-го спинного позвонка. Снаружи начало пищевода соответствуетъ спереди кольцевидному хрящу, а сзади — остистому отростку 6—7 шейного позвонка; нижній конецъ пищевода спереди лежитъ позади нижняго конца грудной кости, сзади же находится на уровнѣ остистаго отростка 10-го, а у женщинъ 9-го груднаго позвонка. По Henle <sup>15)</sup> пищеводъ проникаетъ чрезъ діафрагму между 9 и 10 остистымъ отросткомъ грудныхъ позвонковъ, а по Lescaftъ <sup>16)</sup> «cardia находится соответственно мѣсту соединения хряща 6 или 7 ребра лѣвой стороны съ краемъ грудной кости и соответственно лѣвой окружности мѣста соединения 9 груднаго позвонка съ 10». Follin говоритъ, что «Verneuil убѣдился на многихъ субъектахъ, что разстояніе, которое отдѣляетъ protuberantia occipitalis externa отъ остистаго отростка 10 спиннаго позвонка, соответствуетъ пространству, которое проходитъ зодья отъ верхнихъ рѣзцовъ до cardiacae». Такимъ образомъ мы видимъ, что верхняя грань

пищевода по отношенію къ позвоночнику можетъ варіировать между 5 и 7 шейными позвонками, а нижняя — между 9 и 11 спинными.

Отчего зависитъ такое разнообразіе? Хирургу, рѣшающемуся произвести съченіе пищевода или катетеризацию его, весьма важно знать по возможности точно границы его, поэтому Follin <sup>1)</sup> и по свидѣтельству его Verneuil, а потомъ Mouton <sup>2)</sup>, старались точно опредѣлить условія, которыя вліяютъ на перемѣщеніе верхней границы пищевода по отношенію къ позвоночнику и они пришли къ тому заключенію, что оно зависитъ отъ положенія головы. На стр. 7 и 8 своей диссертации Follin говоритъ, что при горизонтальномъ положеніи туловища и при прямомъ положеніи головы, т. е. въ промежуточномъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, верхняя граница пищевода «соответствуетъ приблизительно уровню соннаго бугорка (передній бугорокъ поперечнаго отростка 6-го шейнаго позвонка); при крайнемъ разгибаніи головы она можетъ соответствовать тѣлу 5-го позвонка или по крайней мѣрѣ межпозвоночному хрящу между 5 и 6, а при сильномъ сгибаніи, напротивъ, эта же граница спускается до уровня межпозвоночнаго диска, который раздѣляетъ 6 и 7 шейные позвонки; однимъ словомъ при самыхъ крайнихъ движеніяхъ головы въ передне-заднемъ направленіи можно перемѣститъ верхнюю границу пищевода почти до 4 сант. и это перемѣщеніе по преимуществу происходитъ на счетъ верхнихъ частей пищевода». То же самое подтверждаетъ и Mouton. Мои опыты также доказали дѣйствительность этихъ перемѣщений начала пищевода при перемѣнахъ положенія головы. При промежуточномъ положеніи головы между сгибаніемъ и разгибаніемъ начало пищевода по моимъ 10-ти опытамъ соответствуетъ тѣлу 6-го шейнаго позвонка, стало быть приблизительно уровню соннаго бугорка. Это опредѣленіе верхней границы пищевода и перемѣщеніе ея при движеніяхъ головы, какъ справедливо замѣчаетъ Mouton, весьма драгоценны для хирурга, рѣшающагося произвести съченіе пищевода, но далеко недостаточно, когда дѣло идетъ о томъ, чтобы узнать съ помощью катетеризации мѣстоположеніе въ пищеводѣ посторонняго тѣла или же его суженія. Для этого нужно знать разстояніе начала пищевода отъ верхнихъ рѣзцовъ, какъ неподвижной точки рта. Какъ я уже сказалъ выше, это разстояніе впервые измѣрилъ Mouton <sup>3)</sup> и его опыты, «повторенные много разъ, показали, что цифры всегда варіировали между 14 и 15 сант.». Въ своихъ опытахъ я опредѣляя это разстояніе при горизонтальномъ положеніи туловища и при различныхъ положеніяхъ головы, т. е. при крайнемъ сгибаніи, при крайнемъ разгибаніи и въ промежуточномъ между сгибаніемъ и разгибаніемъ, тѣмъ же способомъ, какимъ пользовался Mouton, причемъ я еще измѣрялъ длину шеи, т. е. разстояніе отъ подъязычной кости до грудной дужки при прямомъ положеніи головы и при крайней экстензии и представляю свои измѣренія въ слѣдующей таблицѣ.

<sup>1)</sup> Braune, Topographisch-anatomischer Atlas nach Durchschnitten an gefrorenen Cadavern, 1875, Leipzig, s. 69, Taf. VII.

<sup>2)</sup> Henke, Topographische Anatomie des Menschen, Berlin, 1883, Erste Hälfte, s. 163—164.

<sup>3)</sup> Pansch, Anatomische Vorlesungen für Aerzte und ältere Studierende, T. I, Berlin, 1884, s. 177.

<sup>4)</sup> Mouton, loc. cit. p. 20.

<sup>5)</sup> Follin, Des rétrécissements de l'oesophage, Thèse de Paris, 1853, p. 6.

<sup>6)</sup> Tillaux, Руководство къ топографической Анатомии, русск. перев. 1883, стр. 424.

<sup>7)</sup> Rüdinger, l. c. I Abth., s. 70.

<sup>8)</sup> Pansch, l. c., s. 177.

<sup>9)</sup> Pirogoff, l. c., Fasc. 2, Tab. 15, 16 и 17.

<sup>10)</sup> Simmerring, l. c., s. 214.

<sup>11)</sup> Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 330.

<sup>12)</sup> Cruveilhier, l. c., p. 110, vol. II, p. 1, § 3.

<sup>13)</sup> Follin, l. c., p. 6.

<sup>14)</sup> Sappey, l. c., p. 149.

<sup>15)</sup> Henle, Brusthöhle, s. 891.

<sup>16)</sup> Lescaftъ, «О положеніи желудка». Протоколъ. Общ. Русск. Врачей 29 января 1881 г. и отд. отъ. стр. 4.

<sup>1)</sup> Follin, l. c., p. 5—6.

<sup>2)</sup> Mouton, l. c., p. 20.

<sup>3)</sup> Mouton, — l. c., p. 20.

№ №	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линии.	Длина шеи спереди при прямом положении головы.	Длина шеи при крайней экстензии головы.	Расстояние от верхних рёбер до начала пищевода при прямом положении головы.	Расстояние от верхних рёбер до начала пищевода при крайней экстензии головы.	Расстояние от верхних рёбер до начала пищевода при крайней экстензии головы.	Угол отклонения трахеи от вертикали, измеренный на уровне гортани.	Замечанія.
1	170	98,5	10	13	14,5	17	14	0,147...	Муж. трупъ 26 лѣтъ.
2	180	103	11	14	15,5	18,5	15	0,15...	Муж. трупъ 30 лѣтъ.
3	170	97,5	12	15	15,5	18,5	15	0,159...	Муж. трупъ 26 лѣтъ.
4	154	92	9	12,5	13,5	16	12,5	0,147...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ.
5	164	98	10	13	14,5	17,5	13,5	0,148...	Муж. трупъ около 50 лѣтъ.
6	166	93	10	13	15	18	14	0,16...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ.
7	172	97	12	14,5	15,5	18	15	0,16...	Муж. трупъ 19 лѣтъ.
8	157	93	9,5	12	14	16,5	13,5	0,15...	Муж. трупъ 33 лѣтъ.
9	174	100	11	13,5	15,5	18,5	14,5	0,155.	Муж. трупъ около 25 лѣтъ.
10	170	99	12	15	16	18,5	15	0,16...	Муж. трупъ около 30 лѣтъ.
11	170	101	10	13	15	18	14,5	0,15...	Муж. трупъ около 50 лѣтъ.
12	160	98	10,5	13,5	14,5	17,5	14	0,15...	Жен. трупъ около 20 лѣтъ.
13	151	88	10	12,5	13,5	16,5	13	0,15...	Жен. трупъ около 30 лѣтъ.
14	176	100	11	14	15	18	14	0,15.	Муж. трупъ около 60 лѣтъ.
15	168	92	9	12	14	17	13,5	0,15...	Муж. трупъ 30 лѣтъ.
16	156	83	10	12,5	13,5	16,5	13	0,16...	Муж. трупъ около 45 лѣтъ.
17	176	99	12	15	16	19	15,5	0,16...	Муж. трупъ около 25 лѣтъ.
18	172	96	12	15	16	18,5	15	0,16...	Муж. трупъ 21 год.

## ЗАМѢЧАНІЯ.

Изъ этой таблицы видно, что при промежуточномъ положеніи головы между сгибаніемъ и разгибаніемъ расстояние отъ верхнихъ рёберъ до начала пищевода варьируетъ между 13,5 и 16 сант., а въ среднемъ выводъ=14,8 сант.: при крайнемъ разгибаніи головы это расстояние увеличивается на 2,5—3 сант., а при крайнемъ сгибаніи съ—уменьшается на 1—0,5 сант. Кроме того, это расстояние находится въ очевидной зависимости отъ длины позвоночника и составляетъ въ среднемъ выводъ 0,154... часть длины позвоночника по кривой линии, такъ что, зная длину позвоночника субъекта, можно вычислить это расстояние по формулѣ:  $X=A \cdot 0,154\dots$ , гдѣ X означаетъ искомую величину, А—длину позвоночника по кривой линии. Меже очевидна эта зависимость отъ длины шеи, что весьма понятно, такъ какъ длина шеи зависитъ, какъ справедливо говоритъ Richet<sup>1)</sup>, отъ индивидуальной постановки плечевого пояса и измѣняется весьма незначительно. То же самое подтверждаютъ и цифры Tillaux<sup>2)</sup>. Кроме того, я еще производилъ измѣреніе расстоянія отъ верхнихъ рёберъ до начала пищевода на распилахъ замороженныхъ труповъ; при этомъ на сагитальныхъ распилахъ двухъ замороженныхъ труповъ при прямомъ положеніи головы, на одномъ изъ нихъ расстояние начала пищевода отъ верхнихъ рёберъ было 15,3 сант., а на другомъ 15,5 сант.. На сагитальномъ распилѣ замороженного трупа при крайнемъ разгибаніи головы это расстояние было 17 1/2 сант., а на другомъ распилѣ трупа, замороженномъ при крайнемъ сгибаніи головы, расстояние начала пищевода отъ верхнихъ рёберъ=14,3 сант. На сагитальномъ распилѣ трупа новорожденного ребенка, замороженного при прямомъ положеніи головы, начало пищевода было на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 5 и 6 шейными позвонками и отстояло отъ передней части верхней десны на 7 сант., а на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 10 и 11 шейными позвонками пищеводе впадалъ въ желудокъ.

Нижняя граница пищевода по моимъ 10 опытамъ въ половинѣ случаевъ была на уровнѣ 10, а въ другой половинѣ—на уровнѣ 11 спиннаго позвонка; на 5 распилахъ замороженныхъ труповъ три раза пищеводе впадалъ въ желудокъ на уровнѣ 11 спиннаго позвонка, одинъ разъ на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 10 и 11 и одинъ разъ на уровнѣ 10-го груднаго позвонка.

Кромѣ того, границы пищевода на трупахъ находятся въ большей зависимости отъ степени наполненія желудка содержимымъ. На эту мысль я наведенъ былъ при своихъ опытахъ съ называемымъ пищевода гипсовой кашницей черезъ ротъ; при вынужденіи събросить изъ трупа, я сначала очень удивлялся, что границы пищевода находились низко и тѣмъ ниже, чѣмъ болѣе отрывокъ желудка, наивался. Я никакъ не могъ объяснить этотъ фактъ до тѣхъ поръ, пока я случайно для совершенно постороннихъ дѣлъ не заморозилъ трупа въ сточащемъ положеніи при крайнемъ сгибаніи головы, у котораго оказалась огромная печень и большое количество жидкости въ желудкѣ. На сагитальномъ распилѣ этого трупа пищеводе начинался на уровнѣ самой нижней части 7-го шейнаго позвонка, а нижняя граница его находилась на

1) Richet, l. c., p. 402.

2) Tillaux, —l. c., p. 410.

уровнѣ 1-го поясничнаго позвонка. Чтобы увѣриться въ томъ, что здѣсь играетъ роль тяжести содержимаго желудка, а также можетъ быть и печень, я заморозилъ еще трупъ въ стоячемъ положеніи головою вверхъ и при прямомъ положеніи головы, предварительно введя чрезъ эластическій зондъ въ желудокъ 2 фунта гипсовой кашицы. На сагитальномъ распилѣ этого трупа печень нормальной величины; начало пищевода находилось на уровнѣ межлозвоночнаго хряща между 7 шейнымъ и 1 груднымъ позвонкомъ; расстояние отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода = 17 сант., а нижняя граница его находилась на уровнѣ 12 груднаго позвонка. Изъ этого ясно, что моя мысль вполне подтвердилась, а стало быть не нужно и удивляться разнорѣчию авторовъ относительно границъ пищевода по отношенію къ позвоночнику, такъ какъ никто изъ нихъ не обратилъ вниманія на степень наполненія желудка. А если мнѣ возразятъ на это, что обыкновенно опредѣляютъ границы пищевода при горизонтальномъ положеніи трупа, гдѣ не должны играть никакой роли ни тяжесть содержимаго желудка, ни тяжесть печени, то я напомню, что каждый трупъ подвергается переноскѣ, подѣ часъ не совѣмъ деликатной и по многу разъ, что безъ сомнѣнія имѣетъ огромное вліяніе на положеніе органовъ, особенно подвижныхъ и при совершенной потерѣ тонуса тканей и части ихъ эластичности.

4) *Направленіе.* Общее направленіе пищевода довольно прямолинейное сверху внизъ и справа налѣво, но внимательное изученіе направленія его показываетъ, что онъ постоянно имѣетъ опредѣленные изгибы—съ одной стороны боковые, а съ другой—передне-задніе; только значительность и протяженіе этихъ уклоненій индивидуально очень различны и этимъ объясняются встрѣчающіяся иногда относительно этого различныя указанія въ учебникахъ. При своемъ началѣ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка пищеводъ лежитъ какъ разъ на средней линіи тѣла. На дальнѣйшемъ пути отъ 7-го шейнаго до 3-го груднаго позвонка онъ довольно замѣтно отклоняется влѣво отъ средней линіи и отъ дыхательнаго горла, съ которымъ онъ образуетъ открытый впереди и влѣво жолобъ, sulcus tracheo—oesophageus. Это отклоненіе влѣво по Rüdinger'у<sup>1)</sup> очень часто такъ сильно, что пищеводъ доходитъ съ лѣвой стороны рядомъ съ дыхательной трубкой. Но высота, на которой рѣче всего выражено это отклоненіе, видоизмѣняется, такъ у Braune<sup>2)</sup> на табл. VIII, гдѣ разрѣзъ прошелъ на уровнѣ нижней поверхности 1-го груднаго позвонка, пищеводъ только начинаетъ отклоняться отъ средней линіи, между тѣмъ какъ у Пирогова<sup>3)</sup> на табл. 1, fasc. 2, гдѣ разрѣзъ прошелъ между 1 и 2 грудными позвонками, пищеводъ имѣетъ совершенно боковое положеніе. На моихъ поперечныхъ распилахъ на уровнѣ 7 шейнаго позвонка пищеводъ лежалъ на лѣвой половинѣ его тѣла, выдавался немного влѣвомъ краемъ изъ-за дыхательнаго горла и это отклоненіе рѣче всего было выражено, согласно Braune<sup>4)</sup>, на уровнѣ 2 и 3 грудныхъ позвонковъ. При дальнѣйшемъ своемъ

ходѣ въ заднемъ грудномъ промежуткѣ пищевода на уровнѣ 3 или 4 груднаго позвонка, встрѣчая дугу аорты, дѣлаетъ легкій изгибъ вправо, помѣщаясь сначала позади дуги ея, а затѣмъ справа нисходящей ея части и такимъ образомъ пищеводъ постепенно снова приближается къ средней линіи тѣла и снова впереди его лежитъ дыхательная трубка, позади которой рѣдко онъ идетъ до самаго ея дѣленія; а чаще еще перекрещивается съ началомъ лѣваго бронха, причемъ дыхательная трубка отходитъ немного вправо. Степень этого правосторонняго отклоненія пищевода по моимъ распиламъ и гипсовымъ слѣпкамъ незначительна. Дойдя до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки, которая соответствуетъ 5 спинному позвонку, пищеводъ идетъ далѣе внизъ позади бронхиальныхъ железъ и потомъ позади околосердечной сумки, снова постепенно отклоняется влѣво и постепенно отбѣгается отъ позвоночнаго столба аортой и v. azygos, такъ что по Henle<sup>5)</sup> и Пирогову<sup>6)</sup> на уровнѣ 8-го груднаго позвонка, соответственно нижнему краю 4 ребернаго хряща, онъ располагается передъ аортой, чтобы впереди и влѣво ея проникнуть чрезъ диафрагму. Pansch<sup>7)</sup> говоритъ, что поворотъ нижней части пищевода влѣво въ некоторыхъ случаяхъ бываетъ гораздо значительнѣе и везапнѣе, чѣмъ это обыкновенно принимаютъ. По моимъ поперечнымъ распиламъ нижней концъ пищевода отстоитъ влѣво отъ средней линіи тѣла на 2—2½ сант., по Rüdinger'у<sup>4)</sup> на 2,5 сант. На моемъ поперечномъ распилѣ заморозеннаго трупа, у котораго случайно оказался умѣренный лѣвосторонній плевритъ, нижняго уклоненія пищевода влѣво почти не существовало, такъ что на высотѣ 11 груднаго позвонка, гдѣ онъ прорѣзаетъ грудобрюшную перегородку, онъ лежалъ впереди аорты тотчасъ влѣво отъ средней линіи тѣла, на лѣвой половинѣ тѣла позвонка. Подобное мы также находимъ у Пирогова<sup>5)</sup>. На поперечныхъ распилахъ другаго трупа, у котораго былъ правосторонній pneumothorax и правое легкое было совершенно сматое, пищеводъ и дыхательное горло сильно отклонены влѣво; верхнее отклоненіе пищевода влѣво очень значительно; на уровнѣ 5 груднаго позвонка пищеводъ лежитъ впереди аорты, а на уровнѣ 6 онъ уже помѣщается слѣва отъ нея и отстоитъ отъ средней линіи тѣла на 3 сант.; а на уровнѣ 8—на 3,8 сант.; нижняя граница пищевода отстоитъ отъ средней линіи тѣла на 4 сант. Аорта и v. azygos идутъ нормально и прикрыты правой пластинкой mediastini postici.

Кромѣ этихъ искривленій пищевода по фронтальной плоскости, существуетъ еще одно искривленіе его по сагитальной плоскости, т. е. передне-задняя кривизна. Она образована тѣмъ, что пищеводъ на шеѣ и въ верхней части грудной кѣтки приблизительно до 3 или 4 груднаго позвонка лежитъ на позвоночникѣ и слѣдуетъ его искривленію, сообразно которому и кривизна пищевода бываетъ выражена то болѣе, то менѣе значительно. На дальнѣйшемъ ходѣ пищеводъ постепенно отбѣгается отъ позвоночника впереди груднымъ протокомъ, кѣтчаткой, а. а. intercostales, v. v.

<sup>1)</sup> Rüdinger.—I. c., 3 Abth., 2 Hälfte, s. 174.

<sup>2)</sup> Braune.—I. c., s. 75, Taf. VIII.

<sup>3)</sup> Pirogoff.—Anatome topografica sectionibus per corpus humanum congelatum triplici directione ductis illustrata, Petropoli, 1859.

<sup>4)</sup> Braune.—I. c. Taf. IX, s. 82.

<sup>5)</sup> Henle.—Eingeweidehre, s. 157.

<sup>6)</sup> Pirogoff.—I. c., Fasc. 2, Tab. 12, fig. 2.

<sup>7)</sup> Pansch.—I. c. s. 177.

<sup>8)</sup> Rüdinger.—I. c. I Abth., s. 70.

<sup>9)</sup> Pirogoff.—I. c., Fasc. 2, Tab. 18 и 19.

azygos et hemyazygos inferior, лимфатическими железами, но конечно главным образом аортой etc.; таким образом пищеводе образуется слабую дугу, открытую спереди. Это передне-заднее искривление пищевода резко было выражено на одном из типовых съезников. То же мы находим у Rüdinger'a <sup>4)</sup> и Пирогова <sup>5)</sup>.

**Примечание.** Mouton <sup>6)</sup> очевидно впасть в ошибку, не найдя передне-задней кривизны пищевода и в подтверждение этого говорить, что Sappey и Cruveilhier не признают, что пищеводе слѣдует кривизнѣ позвоночника назад. Я очень внимательно изучалъ всехъ анатомовъ доступныхъ мнѣ, начиная съ Sömmerring'a и нашелъ, что почти все признаютъ существование этой кривизны и Sappey <sup>4)</sup> ясно говоритъ, что «при входѣ въ грудную полость пищеводе отклоняется вправо и *немного назад*». Одинъ Cruveilhier <sup>6)</sup> утверждаетъ, что пищеводе слѣдуетъ кривизнѣ позвоночника вперед.

На величину искривленной пищевода, также какъ и на границы его имѣетъ большое вліяніе съ одной стороны положеніе головы, а съ другой—тяжесть содержимаго желудка и можетъ быть печени. Mouton <sup>6)</sup> говоритъ: «известно, что, когда голова запрокинута назадъ, поднятіе верхняго конца пищевода отчасти изглаживаетъ первую его кривизну». Въ справедливости этого и я убѣдился. Что же касается до вліянія тяжести содержимаго желудка, а можетъ быть и печени на величину искривленной пищевода и по преимуществу нижней его части, то это само собою понятно изъ того, что было сказано при описаніи границъ его. То же самое показываютъ и гипсовые слѣпки, полученные мною при наливаніи пищевода черезъ ротъ.

Въ высокой степени интересенъ ходъ пищевода при искривленіяхъ позвоночника, при кифозѣ и сколиозѣ. По Bouvier <sup>7)</sup> при незначительныхъ искривленіяхъ позвоночника пищеводе почти сохраняютъ свои нормальныя отношенія, какъ видно на двухъ его рисункахъ (см. табл. 13, фиг. 4; 15, фиг. 4). Но почти во всехъ другихъ случаяхъ пищеводе постепенно удаляется отъ середины кривизны, по мѣрѣ того какъ она сильнѣе выражается; онъ стремится образовать хорду дуги позвоночника. Описанный ходъ пищевода при искривленіяхъ позвоночника составляетъ правило, какъ это видно на слѣдующихъ рисункахъ Bouvier: табл. 11, фиг. 2; 12, фиг. 2; 14, фиг. 1; 13, фиг. 3; 15, фиг. 2 и 3; табл. 16 и 18. Изъ этихъ таблицъ видно, что пищеводе идетъ въ направленіи хорды кривизны позвоночника, но аорта, v. azygos и v. cava infer. довольно точно слѣдуютъ кривизнѣ его, иногда даже отъ сильнаго перегибанія аорты на стѣнѣ ея съ выпуклой стороны образуется довольно глубокая складка, какъ это видно на табл. 10, фиг. 2.

<sup>4)</sup> Rüdinger, —l. c., s. 70, taf. 11.

<sup>5)</sup> Пироговъ, —l. c., fasc. 2 B, pag. 21—25 и Tab. 7, fig. 2.

<sup>6)</sup> Mouton, —l. c., p. 24—30.

<sup>7)</sup> Sappey, —l. c., v. 4, p. 150.

<sup>8)</sup> Cruveilhier, —l. c., v. 2, par. 1, p. 112.

<sup>9)</sup> Mouton, l. c., p. 29.

<sup>10)</sup> Bouvier, Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, avec atlas, Paris, 1858, p. 418.

Въ некоторыхъ же случаяхъ пищеводе хотя и не совсемъ точно слѣдуетъ искривленію позвоночника, но все-таки значительно изгибается, какъ это видно на двухъ рисункахъ атласа Bouvier, табл. 10, фиг. 2. Сколиозъ третьей степени съ первичной правосторонней сининой кривизной у женщины 75 лѣтъ. На этомъ рисункѣ аорта точно слѣдуетъ за искривленіемъ позвоночника; въ этомъ же направленіи и пищеводе немного искривляется. На другой табл. 13, фиг. 2, гдѣ представлена первичная правосторонняя сининая кривизна у мужчины 31 года, аорта, v. azygos и v. cava inf. слѣдуютъ искривленіямъ позвоночника и пищеводе сильно искривленъ, идетъ почти параллельно аортѣ, слѣдовательно только немного удаляется отъ направленія позвоночника. Pansch <sup>1)</sup> говоритъ, что «при кифозѣ кривизна пищевода легко дѣлается столь значительной, что становится невозможнымъ ввести твердые инструменты и можетъ быть даже сомнительнымъ возможность проникновенія въ желудокъ и эластическихъ инструментовъ. При сколиозахъ кажется, что пищеводе не слѣдуетъ изгибамъ позвоночнаго столба; но во всякомъ случаѣ показается постоянно быть осторожнымъ при зондированіи въ подобныхъ случаяхъ».

Я имѣлъ случай отпрепарировать пищеводе на трупѣ, около 35 лѣтъ, имѣющаго правосторонней сколиозъ въ очень сильной степени. Длина трупа = 145 сант.; длина позвоночника по кривой линіи = 85 сант.; длина позвоночника по прямой линіи, т. е. разстояніе между перпендикулярами, проведенными отъ макушки къ плоскости, на которой лежитъ трупъ и отъ конца копчика къ той же плоскости = 70 сант. Аорта и прочіе сосуды задняго груднаго промежутка въ своемъ ходѣ точно слѣдовали за искривленіемъ позвоночника. Пищеводе въ шейной части отклонялся немного влѣво, но при входѣ въ грудную полость вмѣстѣ съ дыхательной трубкой онъ такъ сильно отклонялся вправо, что находился позади груднаго конца ключицы, точнѣе правѣе праваго грудино-ключичнаго сочлененія, при этомъ дыхательная трубка нѣсколько сильнѣе пищевода отклонялась вправо и была гораздо сильнѣе нормальнаго повернута такимъ образомъ, что правый бронхъ очень резко направленъ вперед и вправо, а лѣвый—назадъ и влѣво; вмѣстѣ съ этимъ передне-задняя дуга пищевода была очень сильно выражена. Ниже перекреста съ лѣвымъ бронхомъ пищеводе постепенно переходилъ влѣво до hiatus oesophageus грудоброншной преграды. Такимъ образомъ, пищеводе въ данномъ случаѣ хотя и не совсемъ точно слѣдовалъ за искривленіемъ позвоночника, но въ грудной своей части очень сильно искривлялся и по своему ходу вполнѣ напоминалъ табл. 13, фиг. 2 атласа Bouvier.

Какія причины способствуютъ тому, что пищеводе при искривленіяхъ позвоночника стремится образовать хорду дуги?

По Bouvier <sup>2)</sup> это происходитъ въслѣдствіе двухъ главныхъ особенностей пищевода,—съ одной стороны, какъ органъ мышечно-перепончатый, онъ обладаетъ сократительностью, а съ другой—онъ связанъ съ позвоночникомъ крайне рыхлой растяжимой клетчатой тканью, позволяющей ему сжматься въ довольно значительной

<sup>1)</sup> Pansch, l. c., s. 177.

<sup>2)</sup> Bouvier, l. c., p. 419.

степени. Образуя хорду дуги позвоночника при его искривлении, пищеводе по мышечной своей природе укорачивается точно также, как и всякий мускул скелета, точки прикривления которого сближаются. Однако это укорочение пищевода не доходит до того, чтобы он сильно натягивался, когда удаляют концы дуги позвоночника и таким образом, выпрямляя кривизну, никогда не рискуют его разорвать, так как он всегда уступает. Къ этому объясненію я съ своей стороны добавилъ, что даже не малую роль играетъ также крѣпкая связь пищевода съ дыхательной трубкой, органомъ мало податливымъ, который почти не смѣщается при искривленіяхъ позвоночника. Потому въ некоторую роль играютъ также mm. broncho-et pleuro-oesophagei, связь пищевода съ околосоердечной сумкой и наконецъ связь его въ hiatus oesophagei, связь пищевода съ грудобрюшной преградой. Напротивъ того аорта и другіе сосуды постоянно слѣдуютъ за искривленіями позвоночника вслѣдствіе того, что ихъ боковыя вѣтви плотно удерживаютъ на позвоночникѣ и не позволяютъ имъ смѣщаться.

5) *Длина пищевода* равняется промежутку, который раздѣляетъ глотку отъ желудка. Какъ относительно границъ пищевода мнѣніи авторовъ различны, точно также и относительно длины его мы находимъ въ литературѣ чрезвычайный разныя цифры. Krause <sup>1)</sup> и Huschke <sup>2)</sup> опредѣляютъ среднюю длину его въ 8—9 дюймовъ (20—23 сант.); Sappey <sup>3)</sup> отъ 22—25 сант.; Pansch <sup>4)</sup> въ 25—28 сант.; а Quain <sup>5)</sup> и Luschka <sup>6)</sup> — въ 28—30 сант. и по послѣднему автору «на трупахъ очень высокаго мущины длина пищевода достигаетъ 33 сант.». Такое разнообразіе мнѣній анатомовъ вѣроятно зависитъ отъ различныхъ методовъ измѣренія, особенно если принять во вниманіе зависимость длины этого органа съ одной стороны отъ положенія головы и съ другой — отъ тяжести содержимаго желудка. Я свои измѣренія длины пищевода производилъ на распилахъ замороженныхъ труповъ, на вылитыхъ гипсовыхъ слѣпкахъ и при препарированіи этого органа, не выливая его и не нарушая его связи съ сосѣдними органами; при этомъ, кромѣ длины пищевода, я еще измѣрялъ разстояніе отъ начала этого прохода до дуги аорты и до нижней границы раздвоенія дыхательнаго горла и эти измѣренія я представляю въ слѣдующихъ трехъ таблицахъ:

## Измѣренія на распилахъ замороженныхъ труповъ.

ЗА МѢ Ч А Н І Я.							
№ №	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина пищевода.	Разстояніе отъ начала пищевода до bifurcat. tracheae.	Разстояніе отъ начала пищевода до дуги аорты.	% отношеніе длины пищевода къ длине позвоночника.	% отношеніе длины пищевода къ длине трупа или росту.
1	176	94	25,5	11,7	8,7	0,27...	0,14...
2	172	99	23,6	11,5	7,5	0,24.	0,14...
3	166	97	25,5	10,5	7,8	0,26...	0,15...
4	168	93	26	11,5	8,2	0,27...	0,15...
5	173	103	31	11,9	8,2	0,3	0,18...
6	161	93	25,2	10	8,6	0,27	0,15...
7	51	38,5	9,2	—	—	0,24...	0,18...
8	171	92	28	10,3	7,5	0,3...	0,16...

Средне % отношеніе длины пищевода къ позвоночнику = 0,27..., а къ длине тѣла или росту = 0,16..., а если мы исключимъ изъ вычисленій №№ 5 и 8 какъ ненормальные, то у насъ %-ное отношеніе длины пищевода къ позвоночнику будетъ = 0,26..., а къ длине тѣла = 0,15...

<sup>1)</sup> Krause, Eingeweidelehre, 1842, s. 614.

<sup>2)</sup> Huschke, Lehre von den Eingeweiden, 1844, s. 46.

<sup>3)</sup> Sappey, l. c., v. IV, p. 149.

<sup>4)</sup> Pansch, l. c., s. 177.

<sup>5)</sup> Quain, l. c., t. I, s. 456.

<sup>6)</sup> Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 330 и Virchow's Archiv, Bd. 42, 1868, «Die Spindel förmige Erweiterung der Speiseröhre», s. 474.

## Группы съ наливаніемъ пищевода гипсовой кашицей.

№ №	ЗАМЪЧАНІЯ.											
	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина пищевода.	Расстояние отъ начала пищевода до bifurcat. tracheae.	Расстояние отъ начала пищевода до дуги аорты.	% отношеніе длины пищевода къ длине позвоночника.	% отношеніе длины пищевода къ длине трупа или росту.					
1	151	88	24	9,4	7,3	0,27...	0,16...	Женскій трупъ около 30 лѣтъ. Наливаніе не удалось.				
2	157	93	22	9,8	7,5	0,24...	0,14...	Мужской трупъ 33 лѣтъ. Пищеводъ налить по Mouton.				
3	168	92	24,5	10,3	8	0,27...	0,15...	Мужской трупъ 30 лѣтъ. Пищеводъ налить чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.				
4	160	98	23	9,8	7,5	0,24...	0,14...	Женскій трупъ около 20 лѣтъ. Пищеводъ налить по способу Mouton.				
5	166	93	25	10	7,5	0,26...	0,15...	Мужской трупъ около 30 лѣтъ. Наливаніе не удалось въ верхней части.				
6	170	99	25,5	11	8,5	0,26...	0,15...	Мужской трупъ около 30 лѣтъ. Пищеводъ налить чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.				
7	170	98,5	26	10,8	8	0,26...	0,15.	Мужской трупъ 26 лѣтъ. Пищеводъ налить по способу Mouton.				
8	180	103	26	11	8,3	0,25...	0,14...	Мужской трупъ 30 лѣтъ. Пищеводъ налить чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.				
9	170	97,5	25	10,5	7,8	0,26...	0,15...	Мужской трупъ 26 лѣтъ. Пищеводъ налить чрезъ желудокъ при горизонтальномъ положеніи трупа.				
10	176	99	27	11,5	8	0,27...	0,15...	Мужской трупъ около 25 лѣтъ. Пищеводъ налить чрезъ ротъ.				
11	160	90	24	10,8	7,6	0,27...	0,15...	Мужской трупъ 60 лѣтъ. Пищеводъ налить чрезъ ротъ.				
12	179	100	26	11,5	8	0,26...	0,15...	Мужской трупъ 35 лѣтъ. Наливаніе не удалось.				

Среднее % отношеніе длины пищевода къ длине позвоночника = 0,26..., а къ длине трупа = 0,15...

## Измѣренія на трупахъ при препарированіи.

№ №	ЗАМЪЧАНІЯ.											
	Длина трупа.	Длина позвоночника по кривой линіи.	Длина пищевода.	Расстояние отъ начала пищевода до bifurcat. tracheae.	Расстояние отъ начала пищевода до дуги аорты.	% отношеніе длины пищевода къ длине позвоночника.	% отношеніе длины пищевода къ длине тѣла.					
1	165	97	26	9,5	7,4	0,27...	0,16...	Мужской трупъ около 25 лѣтъ.				
2	172	96	25	10,5	8	0,26...	0,15...	Мужской трупъ 21 года.				
3	154	92	25	9	6,8	0,27...	0,16...	Женскій трупъ около 30 лѣтъ.				
4	164	98	24,5	9,5	7,4	0,25.	0,15...	Мужской трупъ около 50 лѣтъ.				
5	172	97	23,5	10	7,8	0,24...	0,14...	Мужской трупъ 19 лѣтъ.				
6	174	100	25	11	8,5	0,25.	0,14...	Мужской трупъ около 25 лѣтъ.				
7	170	101	25	9,5	7,2	0,25...	0,15...	Мужской трупъ около 50 лѣтъ.				
8	176	100	25	10,5	8,5	0,25...	0,14...	Мужской трупъ около 60 лѣтъ.				
9	156	83	23	9	6,5	0,27...	0,14...	Мужской трупъ около 50 лѣтъ.				

Среднее процентное отношеніе длины пищевода къ длине позвоночника = 0,26..., а къ длине трупа = 0,15...

Изъ этихъ трехъ таблицъ мы видимъ, что общее процентное отношеніе длины пищевода къ длине позвоночника = 0,26, а къ длине тѣла = 0,15; стало быть, измѣривши длину позвоночника отъ макушки до конца копчика, слѣдуя искривленіямъ его или же ростъ субъекта, мы можемъ легко вычислить длину пищевода по формулѣ:  $x = a \times 0,26$  или  $x = b \times 0,15$ , гдѣ  $x$  означаетъ длину пищевода,  $a$ —длину позвоночника по кривой линіи, а  $b$ —ростъ субъекта; при этомъ по моимъ повѣрочнымъ измѣреніямъ при вычисленіи по первой формулѣ ошибка можетъ быть на 0,5 сант., тогда какъ по второй—эта ошибка больше. Поэтому для большей точности, всегда нужно вычислять длину пищевода по первой формулѣ. Итакъ, длина пищевода колеблется отъ 23 до 26 сант., а въ среднемъ будетъ = 24,5—25 сант. Длина шейной части пищевода, согласно измѣреніямъ Saprey <sup>1)</sup>, =  $4 - 4\frac{1}{2}$  сант., принимая длину

<sup>1)</sup> Saprey, l. c., v. IV, p. 149.

шей не съ анатомической, а съ хирургической точки зрѣнія, т. е. до уровня горизонтальной плоскости, которая проходитъ чрезъ *jugulum sterni* и средину второго спинного позвонка; длина грудной части пищевода = отъ 16 до 19 сант., а длина грудобрюшной части = 2 сант. Расстояние отъ начала пищевода до нижней границы раздвоения дыхательной трубки въ среднемъ выводѣ = 10,4, до дуги же аорты = 7,8 сант.

6) Диаметры пищевода различны, смотря потому въ сокращенномъ или же въ растянутомъ состояніи его рассматриваютъ, но въ томъ и другомъ случаѣ все авторы согласны въ томъ, что онъ 1) представляетъ самый узкій отдѣлъ всего пищеварительнаго канала; 2) въ верхней своей части сплюсненъ спереди назадъ, тогда какъ въ нижней болѣе цилиндриченъ и 3) имѣетъ небольшія суженія при своемъ началѣ и при входѣ въ *hyatus oesophageus* грудобрюшной преграды, а ниже онъ постепенно воронкообразно расширяется по направленію къ *cardia* и переходитъ безъ рывковъ границы въ прилегающей отдѣлъ желудка. Такъ Hildebrandt <sup>1)</sup> опредѣляетъ диаметръ пищевода въ  $\frac{1}{2}$  дюйма (12,5 мм.); по Krause <sup>2)</sup> и Huschke <sup>3)</sup> въ сокращенномъ состояніи онъ шириною въ 8 линий (2 сант.) и въ 4 линии (1 сант.) толщиной, но въ растянутомъ состояніи диаметръ его по Krause можетъ достигнуть до 11 линий (27,5 мм.), а по Huschke онъ не вполне достигаетъ одного дюйма (2,5 сант.); это послѣднее утверждаетъ и Meckel <sup>4)</sup>. По Cruveilhier <sup>5)</sup> искусственно растянутый пищеводъ имѣетъ диаметръ отъ 20 до 28 мм. По Luschka <sup>6)</sup> сагитальный или прямой размѣръ сокращеннаго пищевода достигаетъ не болѣе какъ 12 мм., но въ умѣренной степени растяженія диаметръ его почти всюду одинаковъ и въ среднемъ выводѣ = 2,7 сант., только у верхняго и нижняго концовъ онъ немного суживается и самое узкое мѣсто его въ 2,2 сант. находится при входѣ его въ *foramen oesophageum* и еще на уровнѣ раздвоенія дыхательной трубки, гдѣ толщина его можетъ спуститься до 19 мм. Quain <sup>7)</sup> опредѣляетъ средній поперечный размѣръ сокращеннаго пищевода въ 1—1,5 сант., но въ расширенномъ состояніи онъ можетъ достигнуть 3—3,5 сант. Pansch <sup>8)</sup> сообщаетъ, что «сокращенный пищеводъ имѣетъ толщину приблизительно 1—1,5 сант., но слегка надутый = 2,5—3 сант.». По Henle <sup>9)</sup> поперечный диаметръ сокращеннаго пищевода = 10—12 мм., но въ искусственно растянутомъ состояніи = 20—28 мм. По Sappey <sup>10)</sup> пищеводъ состоитъ изъ двухъ неравной величины усѣченныхъ конусовъ, составленныхъ своими вершинами на уровнѣ 4-го груднаго по-

<sup>1)</sup> Hildebrandt, *Eineweidelehre*, 1832, s. 260.

<sup>2)</sup> Krause, *Eineweidelehre*, 1842, s. 614.

<sup>3)</sup> Huschke, l. c., s. 46.

<sup>4)</sup> Meckel, *Eineweidelehre*, 1820, s. 247, § 2139.

<sup>5)</sup> Cruveilhier, l. c., p. 110, vol. II, part. I, § 3.

<sup>6)</sup> Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 330, «Das Antrum cardiacum des menschlichen Magens». Virchow's Archiv, Bd. XI, 1857, s. 428 и «Die Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre» Virchow's Archiv, Bd. 42, 1868, s. 474.

<sup>7)</sup> Quain, l. c., s. 456.

<sup>8)</sup> Pansch, l. c., s. 178.

<sup>9)</sup> Henle, l. c., s. 156.

<sup>10)</sup> Sappey, l. c., p. 149—150, v. IV.

звонка, гдѣ находится самая узкая часть = 20 мм. въ диаметрѣ; выше диаметръ увеличивается отъ 22 до 24 мм., а ниже—отъ 26 до 28 мм. Lesbini <sup>1)</sup> опредѣляетъ диаметры самыхъ толстыхъ бужей, которые употребляются для «расширенія пищевода у дѣтей обоего пола отъ 2 до 5 лѣтъ = 15 мм.

» » » » » 5 » 8 » = 16

» » » » » 8 » 13 » = 18

» » » » » 13 » 15 » = 19

Для женщинъ свыше 16 лѣтъ малаго роста = 20 мм.

» » » » » большаго » = 21

Для мужчинъ свыше 16 лѣтъ = 21 мм.

По изсѣдованіямъ Mouton'a <sup>2)</sup> диаметръ пищевода при началѣ = 14 мм.; кънизу онъ немного увеличивается, затѣмъ снова уменьшается, такъ что на разстояніи 7 сант. отъ его начала, на уровнѣ дуги аорты, диаметръ снова = 14 мм.; въ средней части пищевода онъ достигаетъ 21 мм., а въ самомъ низу уменьшается до 12 мм. Такимъ образомъ, въ пищеводѣ существуютъ три мѣста суженія: одно—у начала его, второе—на 7 сант. ниже, на уровнѣ дуги аорты, и третье—въ концѣ пищевода, въ мѣстѣ прохожденія его сквозь грудобрюшную преграду. Диаметры растянутаго пищевода измѣнялись такимъ образомъ, что при началѣ онъ = 18 мм., на 7 сант. ниже = 19 мм., средняя часть растягивалась до 3,5 сант., а нижняя до 2,2—2,5 сант. Слѣдовательно, диаметръ вводимыхъ въ пищеводъ инструментовъ не долженъ превышать 18 мм.

Я измѣрялъ диаметры сокращеннаго пищевода на резиновыхъ замороженныхъ труновъ, а диаметры умѣренно растянутаго пищевода на гипсовыхъ слѣпкахъ, полученныхъ наливаніемъ пищевода гипсовой массой вышеописанными тремя способами, такъ какъ гипсовые слѣпки, полученные по одному и тому же способу, не могутъ дать вполне вѣрной формы пищевода по весьма понятной причинѣ, а всѣ три способа, такъ сказать, дополняютъ другъ друга. Свои измѣренія я представляю въ нижеслѣдующихъ таблицахъ.

#### А. Диаметры сокращеннаго пищевода:

1. Поперечные распилы трупа около 30 лѣтъ, замороженнаго въ лежащемъ положеніи на спинѣ при прямомъ положеніи головы:

1) Распилъ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка, поперечный диаметръ пищевода со стѣнками = 1,7 сант., а передне-задній = 6 мм.

2) Распилъ на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка, поперечный диаметръ = 1,7 сант., а передне-задній = 6 мм.

3) Распилъ на уровнѣ 1-го груднаго позвонка, поперечный = 2 сант., а передне-задній = 0,5 сант.

4) На уровнѣ 2-го груднаго позвонка, пищеводъ открытъ, поперечный диаметръ =

<sup>1)</sup> Lesbini, *Traitement des rétrécissements oesophagiens par la dilatation temporaire et progressive d'après la méthode de M. Ch. Bouchard. Thèse de Paris, 1873, p. 9.*

<sup>2)</sup> Mouton, l. c., p. 17, 18 и 25.

1,3 сент., передне-задний= $\frac{1}{2}$  сент.; со стбиками поперечный= $2,1$  сент., а передне-задний= $1$  сент.

5) На уровнѣ верхней части 4-го позвонка, поперечный диаметр= $1$  сент., а передне-задний= $\frac{1}{2}$  сент.; со стбиками попер.= $1,7$  сент., а передне-задний= $1$  сент.

6) На уровнѣ верхней части 5-го позвонка, попер.= $1,2$  сент., а передне-задний= $6$  пш.; со стбиками попер.= $1,7$  сент., а передне-задний= $1,1$  сент.

7) На уровнѣ нижней части 5-го позвонка, на мѣстѣ перекреста пищевода съ лѣвымъ бронхомъ, этотъ первый совершенно сплюсненъ спереди назадъ съ поперечнымъ диаметромъ= $2$  сент., а передне-задний= $\frac{1}{2}$  сент.

8) На уровнѣ 6-го позвонка пищевода снова открытъ съ попер. діам.= $1,2$  сент., а передне-заднимъ= $0,5$  сент.; но со стбиками попер. діам.= $1,7$  сент., а передне-задний= $0,9$  сент.

9) На уровнѣ верхней части 8-го позвонка пищеводе имѣеть совершенно круглое отверстие съ диаметрами= $1\frac{1}{2}$  сент., а со стбиками= $1,7$  сент.

10) На уровнѣ верхней части 9-го позвонка пищеводе имѣеть круглое отверстие съ діам.= $1$  сент., а со стбиками= $1,8$  сент.

11) На уровнѣ верхней части 10-го позвонка пищеводе имѣеть круглое отверстие съ диаметромъ= $7$  пш., а со стбиками= $1,8$  сент.

12) На уровнѣ самой нижней части 10-го позвонка, пищеводе въ видѣ круглой звѣздообразной фигуры съ диаметромъ= $1,7$  сент.

13) На уровнѣ 11-го позвонка пищеводе въ видѣ круглой звѣздообразной фигуры съ диаметромъ= $1,8$  сент.

Средній попер. діам. просвѣта пищевода= $1,1$  сент., а передне-задний= $0,8$  сент., но со стбиками попер.= $1,8$  сент., а передне-задний= $1,15$  сент.

II. Распилы труна 82 лѣтг, замороженнаго при крайней флексіи головы въ лежачемъ на спинѣ положеніи:

1) Сагитальный распилъ шеи и верхней части груди до 4-го груди. позв., пищеводе со 2-го груди. позв. открытъ въ попер. діам.= $1,3$  сент., а передне-задний= $0,8$  сент.

2) Попер. распилъ на уровнѣ 4-го груди. позв., просвѣтъ пищевода въ видѣ неправильнаго овала съ попер. діам.= $1,7$  сент., а передне-задний= $1$  сент.

3) Поперечный распилъ на уровнѣ 5-го груди. позв., просвѣтъ пищевода въ попер. діам.= $1$  сент., а передне-задний= $0,5$  сент.

4) Попер. распилъ на уровнѣ межпозвоночнаго хряща между 6 и 7 груди. позв., пищеводе сокращенъ въ видѣ овальной звѣздообразной фигуры съ попер. діам.= $1,5$  сент., а передне-задний= $0,8$  сент.

5) Попер. распилъ на уровнѣ верхней части 8-го груди. позв., попер. діам. пищевода со стбиками= $2$  сент., а передне-задний= $1$  сент.

6) Попер. распилъ на уровнѣ нижней части 8-го груди. позв., попер. діам. пищевода со стбиками= $2$  сент., а передне-задний= $1$  сент.

7) Попер. распилъ на уровнѣ нижней части 9-го груди. позвонка, пищеводе сокращенъ съ попер. діам.= $1,8$  сент., а передне-задний= $1,2$  сент.

8) Попер. распилъ на уровнѣ нижней части 10-го груди. позв., пищеводе сокращенъ въ видѣ звѣздообразной круглой фигуры съ диаметромъ= $1,5$  сент.

Средній поперечный диаметръ просвѣта пищевода= $1,3$  сент., а передне-задний= $0,8$  сент., но попер. діам. сокращеннаго пищевода= $1,8$  сент., а передне-задний= $1,1$  сент.

III. Поперечные распилы труна 25 лѣтг, замороженнаго въ лежачемъ на спинѣ положеніи при прямомъ положеніи головы:

1) Поперечный распилъ на уровнѣ перстневиднаго хряща п 6-го шейнаго позвонка; пищеводе сплюснутъ спереди назадъ съ попер. діам.= $1,6$  сент. со стбиками.

2) Поперечный распилъ на уровнѣ 1-го груди. позвонка, пищеводе спавшіеся съ попер. діам.= $1,7$  сент. со стбиками, а передне-задн.= $0,8$  сент.

3) Поперечный распилъ на уровнѣ верхн. части 3-го груди. позвонка, попер. діам. сокращеннаго пищевода= $1,7$  сент., а пер.-задн.= $0,8$  сент. со стбиками.

4) Поперечный распилъ на уровнѣ верхн. части 5-го груди. позв., пищеводе сокращенъ, попер. діам. его= $1,6$  сент., а передне-задн.= $0,8$  сент.

5) Поперечный распилъ на уровнѣ 6-го груди. позвонка, пищеводе открытъ, попер. діам. его просвѣта= $1$  сент., а передне-задн.= $0,6$  сент.

6) Поперечный распилъ на уровнѣ верхн. части 8-го груди. позвонка, пищеводе открытъ, просвѣтъ его круглый съ діам.= $1$  сент.

7) Поперечный распилъ на уровнѣ 9-го груди. позв., просвѣтъ пищевода круглый съ діам.= $1,2$  сент.

Средній поперечный діам. просвѣта пищевода= $1$  сент., а пер.-задн.= $0,9$  сент., но попер. діам. сокращеннаго пищевода= $1,65$  сент., а пер.-задн.= $0,8$  сент.

Общій поперечный диаметръ просвѣта пищевода= $1,1$  сент., а передне-задн.= $0,8$  сент., общій поперечный диаметръ сокращеннаго пищевода= $1,8$  сент., а передне-задний= $1$  сент.

### B. Диаметры шпильки слѣпокозг.

### Рис. № 2. Наливаніе по Mouton'y.

Длина пищевода по прямой линіи = 20 сент.

кривой = 22

При началѣ пищевода поперечникъ = 1,9 сент.

передне-задній диаметръ = 1,5 сент.

На 1 сент. ниже попереч.	= 2,1 сент., а перед.-задн.	= 1,6 сент.
2	= 2,3	= 1,7
3	= 2,3	= 1,7
4	= 2,3	= 1,6
5	= 2,3	= 1,7
6	= 2,3	= 1,7
7	= 2,2	= 1,9
8	= 2,3	= 2,1
9	= 2,4	= 2,2
На 10 сент. попереч.	= 2,5 сент., а перед.-задн.	= 2,3 сент.
11	= 2,7	= 2,4

Средній попереч. діам. = 2,6 сент., а пер.-задн. = 2,3 сент.

Средний попереч. диам. = 2,6 сант., а перед.-задн. = 2,3 сант.

На 12	сант. попереч. = 3	сант., а перед.-задн. = 2,6 сант.
» 13	» » = 3	» » = 2,7 »
» 14	» » = 3	» » = 2,8 »
» 15	» » = 3	» » = 2,8 »
» 16	» » = 3	» » = 3 »
» 17	» » = 3	» » = 2,9 »
» 18	» » = 2,8	» » = 2,7 »
» 18 1/2	» » = 2,6	» » = 2,6 » = место входа в hyatus oesoph. diaph.
» 19	» » = 3	» » = 2,9 »
» 20	» » = 3,5	» » = 3,5 »
» 21	» » = 4	» » = 3,7 »
» 22 сант. (cardia) попереч. = 4,3 сант., а перед.-задн. = 3,7 сант.		

Рис. № 3. Наливание по Mouton'у (вертикальное положение трупа).

Длина пищевода по прямой = 23,2 сант., а по кривой = 26 сант.  
При началъ пищевода попереч. = 2,1 сант., а переди.-задн. = 1,5 сант.

На 1 сант. ниже попереч. = 2,3 сант., а переди.-задн. = 1,7 сант.

Средний попереч. диам. = 2,7 сант., а попереч. = 2,1 сант.

» 2	» » = 2,7	» » = 2
» 3	» » = 3	» » = 2
» 4	» » = 2,8	» » = 2,1
» 5 сант. попереч. = 2,5 сант., а переди.-задн. = 2 сант.		
» 6	» » = 2,5	» » = 2,1
» 7	» » = 2,8	» » = 2
» 8	» » = 2,9	» » = 1,8
» 9	» » = 2,8	» » = 1,8
» 10	» » = 2,3	» » = 2,1
» 11	» » = 2,4	» » = 2
» 11 1/2	» » = 2	» » = 1,8
» 12	» » = 2,1	» » = 1,8
» 12 1/2	» » = 2	» » = 1,7
» 13	» » = 2,4	» » = 1,8
» 13 1/2	» » = 2	» » = 1,9
» 14 сант. ниже попереч. = 2,6 сант., а переди.-задн. = 2 сант.		
» 14 1/2	» » = 2	» » = 2
» 15 сант. попереч. = 2,5 сант., а переди.-задн. = 2,4 сант.		
» 16	» » = 2,8	» » = 2,6
» 17	» » = 3	» » = 2,8
» 18	» » = 3	» » = 2,8
» 19	» » = 3	» » = 2,9
» 20	» » = 3,1	» » = 2,9
» 21	» » = 3,1	» » = 2,9
» 22	» » = 3	» » = 2,8
» 23	» » = 3,5	» » = 2,7
» 24	» » = 3,6	» » = 1,5
» 25	» » = 3,1	» » = 1,1
» 26	» » = 3	» » = 1

Рис. № 4. Наливание по Mouton'у.

Длина пищевода = 23 сант.

При началъ пищевода попереч. = 2,7 сант., а переди.-задн. = 1,9 сант.

На 1 сант. ниже попереч. = 2,6 сант., а переди.-задн. = 2 сант.

Средний попереч. диам. = 2,8 сант., а переди.-задн. = 2,4 сант.

» 2	» » = 2,8	» » = 1,9
» 3	» » = 3	» » = 2
» 4	» » = 2,9	» » = 2
» 5 сант. попереч. = 2,9 сант., а переди.-задн. = 2,1 сант.		
» 6	» » = 2,9	» » = 2,2
» 7	» » = 2,7	» » = 2,2
» 8	» » = 2,7	» » = 2,1
» 9	» » = 2,7	» » = 2,2
» 10	» » = 2,6	» » = 2,2
» 11	» » = 2,7	» » = 2,3
» 12	» » = 2,7	» » = 2,4
» 13	» » = 2,7	» » = 2,5
» 14	» » = 2,7	» » = 2,5
» 15	» » = 2,7	» » = 2,6
» 16	» » = 2,7	» » = 2,6
» 17	» » = 2,7	» » = 2,7
» 18	» » = 2,6	» » = 2,6
» 19	» » = 2,5	» » = 2,5
» 20	» » = 2,8	» » = 2,7
» 21	» » = 3	» » = 2,9
» 22	» » = 3,7	» » = 3,5
» 23	» » = 5	» » = 5

Рис. № 5. Наливание через ротъ.

Длина пищевода = 27 сант.

При началъ пищевода попереч. = 2,4 сант., а переди.-задн. = 2,1 сант.

На 1 сант. ниже попереч. = 2,3 сант., а переди.-задн. = 2 сант.

» 2 попереч. = 2,4 сант., а переди.-задн. = 1,8 сант.

Средний попереч. диам. = 2,5 сант., а переди.-задн. = 2,4 сант.

» 3	» » = 2,6	» » = 1,7
» 4	» » = 2,5	» » = 1,7
» 5	» » = 2,5	» » = 1,8
» 6	» » = 2,5	» » = 1,9
» 7	» » = 2,5	» » = 2
» 8	» » = 2,6	» » = 2
» 9	» » = 2,7	» » = 2,1
» 10	» » = 2,7	» » = 2,1
» 11	» » = 2,8	» » = 2,1
» 12	» » = 2,7	» » = 2,2
» 13	» » = 2,8	» » = 2,4
» 14	» » = 2,7	» » = 2,6
» 15	» » = 2,9	» » = 2,7
» 16	» » = 3	» » = 2,8
» 17	» » = 3	» » = 2,7



Рис. № 9. Наливание через желудок при горизонтальном положении трупа.

	Длина пищевода = 24,5 сант.
	При началѣ пищевода попер. = 2,5 сант., а передне-зади. = 1,9 сант.
	На 1 сант. ниже попереч. = 2,6 сант., а передне-зади. = 2 сант.
Средній попереч. діам. = 2,3 сант.	> 2 > > > = 2,6 > > = 2 >
	> 3 > > > = 2,5 > > = 1,8 >
	> 4 > > > = 2,5 > > = 1,9 >
	> 5 > > > = 2,5 > > = 2 >
	> 6 > > > = 2,5 > > = 2 >
	> 7 > > > = 2,4 > > = 1,9 >
	> 8 > > > = 2,4 > > = 1,9 >
	> 9 > > > = 2,5 > > = 1,8 >
	> 10 > > > = 2,5 > > = 1,8 >
	> 11 > > > = 2,7 > > = 2 >
	> 12 > > > = 2,8 > > = 2,4 >
	> 13 > > > = 3 > > = 2,5 >
	> 14 > > > = 3,4 > > = 2,6 >
	> 15 > > > = 3,4 > > = 2,6 >
	> 16 > > > = 3,5 > > = 2,6 >
	> 17 > > > = 3,4 > > = 2,5 >
	> 18 > > > = 3,3 > > = 2,4 >
	> 19 > > > = 3,2 > > = 2,5 >
	> 20 > > > = 3,2 > > = 2,6 >
	> 21 > > > = 3,1 > > = 2,6 >
	> 22 > > > = 2,9 > > = 2,4 >
	> 22 1/2 > > > = 2,6 > > = 2,4 >
	> 23 > > > = 2,8 > > = 2,8 >
	> 24 > > > = 3,3 > > = 3,2 >
	> 24 1/2 > > > = 4,3 > > = 3,6 >

Рис. № 10. Наливание через желудок при горизонтальном положении трупа.

	Длина пищевода = 25 1/2 сант.
	При началѣ пищевода попереч. = 2,8 сант., а передне-зади. = 1,5 сант.
	На 1 сант. ниже попереч. = 2,8 сант., а передне-зади. = 1,4 сант.
Средній попереч. діам. = 2,4 сант., а передне-зади. = 1,8 сант.	> 2 > > > = 2,6 > > = 1,4 >
	> 3 > > > = 2,3 > > = 1,3 >
	> 4 > > > = 2,2 > > = 1,3 >
	> 5 > > > = 2,3 > > = 1,4 >
	> 6 > > > = 2,2 > > = 1,6 >
	> 7 > > > = 2,3 > > = 1,6 >
	> 8 > > > = 2,3 > > = 1,6 >
	> 9 > > > = 2,2 > > = 1,6 >
	> 10 > > > = 2,1 > > = 1,5 >
	> 11 > > > = 2,2 > > = 1,6 >
	> 12 > > > = 2,2 > > = 1,6 >
	> 13 > > > = 2,2 > > = 1,7 >
	> 14 > > > = 2,3 > > = 1,9 >
	> 15 > > > = 2,4 > > = 2 >

Средній попереч. діам. = 2,4 сант., а передне-зади. = 1,8 сант.	На 16 сант. ниже попереч. = 2,4 сант., а передне-зади. = 1,9 сант.
> 17 > > > = 2,3 > > = 1,9 >	> 18 > > > = 2,2 > > = 1,9 >
> 19 > > > = 2,2 > > = 2 >	> 20 > > > = 2,2 > > = 2 >
> 21 > > > = 2,3 > > = 2 >	> 22 > > > = 2,3 > > = 2 >
> 23 > > > = 2,4 > > = 2,2 >	> 24 > > > = 2,7 > > = 2,4 >
> 25 > > > = 2,7 > > = 2,4 >	> 25 1/2 > > > = 2,6 > > = 2,2 > (cardia).

И такъ общій попер. діам. умѣренно растянутого пищевода = 2,5 сант., а передне-зади. = 2,15 сант.

Изъ этихъ таблицъ ясно видно, что пищеводъ какъ въ сокращенномъ состояніи, такъ и въ растянутомъ представляется въ верхней своей части отъ своего начала до нижней границы раздвоения дыхательной трубки сплюснутымъ спереди назадъ, т. е. что его передне-задній размѣръ меньше поперечнаго. Но ниже перекреста съ лѣвымъ бронхомъ до своего окончанія онъ болѣе цилиндриченъ, т. е. что какъ передне-задній размѣръ его, такъ и поперечный почти одинаковы. Далѣе на всемъ протяженіи онъ имѣеть почти одинаковые діаметры и только на мѣстахъ соприкосновенія съ неподатливыми органами онъ нѣсколько суженъ, поэтому рѣзче всего выражено суженіе при началѣ пищевода, въ среднемъ выводѣ равное = 2,3 сант. въ попер. діам. и 1,6 сант. въ передне-зади., а въ сокращенномъ состояніи попер. діам. при его началѣ = 1,65 сант., передне-зади. же = 0,65 сант. Менѣе рѣзко суженіе пищевода находится на уровнѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ, гдѣ поперечный діаметръ его въ общемъ выводѣ = 2,3 сант., а передне-зади. = 1,9 сант., но въ сокращенномъ состояніи попер. діам. его = 1,8 сант., а передне-задній = 0,8 сант.; на уровнѣ дуги аорты попер. діам. пищевода въ общемъ выводѣ = 2,4 сант., а передне-зади. = 1,9 сант. Далѣе внизъ послѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ діам. пищевода увеличиваются до 3 сант., но при вступленіи его въ пищеводный каналъ грудобрюшной преграды на уровнѣ верхняго его отверстія онъ снова представляетъ небольшое суженіе и на гипсовыхъ слѣпкахъ здѣсь существуетъ кольцевидный перехватъ съ попер. діам. въ общемъ выводѣ = 2,5 сант., а передне-зади. = 2,4 сант. При дальнѣйшемъ ходѣ пищевода внизъ по каналу грудобрюшной преграды, онъ постепенно воронкообразно расширяется и впадаетъ въ желудокъ, но на распилкахъ замороженныхъ труповъ диафрагматическая часть пищевода представляется въ видѣ совершенно сокращеннаго круглаго шнура съ діам. = 1,5 сант., и вводя палецъ въ эту часть его или снизу вверхъ изъ желудка, или же наоборотъ сверху внизъ <sup>1)</sup>, можно на каждомъ трупѣ ясно убѣдиться, что эта часть пищевода сужена.

Вслѣдствіе какихъ причинъ пищеводъ въ извѣстныхъ мѣстахъ представляется суженнымъ? Определеннаго отвѣта на этотъ вопросъ у авторовъ я не могъ найти, кромѣ диссертации Mouton'a <sup>2)</sup>, который говоритъ, что суженіе пищевода въ верхнемъ

<sup>1)</sup> Follin, — I. с., p. 7.

<sup>2)</sup> Mouton, — I. с., p. 27.

концы главным образом зависят от истинного природного уменьшения діам. пище-  
вой трубки на этомъ уровнѣ, а на второмъ планѣ—отъ мышечнаго сокращенія. Второе  
сужженіе, соответствующее мѣсту перекрещиванія пищевода съ артой, онъ считаетъ  
остаткомъ эмбриональнаго состоянія; здѣсь, по его мнѣнію, соприкасаются эмбриональ-  
ные глоточный и желудочный слѣпые мѣшки и отсюда выводитъ то заключеніе, что  
врожденныя сужженія пищевой трубки должны обыкновенно быть на уровнѣ соеди-  
ненія верхней трети съ двумя нижними третями пищевода, т. е. на разстояніи около  
8 сант. отъ начала его. Что же касается нижняго сужженія пищевода, то оно всецѣло  
зависитъ отъ сжатія мускульными волокнами грудобрюшной преграды, ограничиваю-  
щими пищеводный каналъ, поэтому, когда пищеводъ освобождается, отъ діафрагмы,  
или же когда она поднимается вверхъ, то это сужженіе исчезаетъ.

На основаніи своихъ изслѣдованій я нѣсколько иначе смотрю на форму пищевода чѣмъ  
Mouton. Я не могу согласиться съ мнѣніемъ этого автора, чтобы верхнее и второе сужженія  
пищевода зависѣли отъ стѣнокъ его, которыя въ этихъ мѣстахъ образуютъ сужженія. Если  
мы вспомнимъ анатомическое положеніе начала пищевода, расположенное позади перстне-  
виднаго хряща на передней поверхности позвоночнаго столба между крѣпкими фасціаль-  
ными отростками, составляющими продолженіе предпозвоночной фасціи въ влагалницу  
сосудовъ шеи, то становится совершенно понятнымъ ограниченіе растяженія начала  
пищевода. Что же касается до участія въ этомъ сужженіи мускульной системы, о  
которомъ трактуетъ Mouton, то она въ началѣ пищевода на столько слаба, что нико-  
имъ образомъ не можетъ играть никакой роли. Съ другой стороны, размѣры гипсо-  
выхъ слѣпковъ намъ ясно показываютъ, что верхнее сужженіе пищевода исклю-  
чительно зависитъ отъ того, что эта часть лежитъ среди неподатливыхъ органовъ,  
которые позволяютъ ей растягиваться только въ извѣстномъ направленіи и въ огра-  
ниченныхъ предѣлахъ.

Второе сужженіе пищевода на уровнѣ дуги арты на моихъ гипсовыхъ слѣпкахъ  
получилось незначительнымъ и зависѣло отъ вдавленія одной только стѣнки пищевода  
другой артой, и ни на одномъ слѣпкѣ я не получалъ ничего сколько нибудь напоми-  
нающее круговое сужженіе какъ остатокъ эмбриональнаго развитія. Кроме того, пороки  
развитія пищевода нисколько не указываютъ точно того мѣста, гдѣ соприкасаются  
эмбриональные глоточный и желудочный слѣпые мѣшки. На основаніи описаній ихъ  
одно только можно сказать, что это соприкосновеніе происходитъ на пространствѣ отъ  
начала пищевода до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки (Mondière <sup>1)</sup>,  
Follin <sup>2)</sup>, Кенигъ <sup>3)</sup>, Клебъ <sup>4)</sup>, Лабульбенъ <sup>5)</sup>, Рокитанскій <sup>6)</sup>, Lamb <sup>7)</sup>, Johnson <sup>8)</sup> etc.)

<sup>1)</sup> Mondière, —Arch. génér. de méd. T. XXV, 1833.

<sup>2)</sup> Follin, l. c., p. 37—43.

<sup>3)</sup> Кенигъ, —Болезни пищевода. Отд. 45 Хирургія Вильота и Люкье, Рус. пер. 1881,  
стр. 28—33.

<sup>4)</sup> Клебъ, —Руководство къ Патологической Анатоміи Рус. пер. 1871, Вып. 1-й, стр.  
113—114.

<sup>5)</sup> Лабульбенъ, —Новые элементы Патологической Анатоміи, Рус. пер. Вып. 1-й,  
1879, стр. 149—150.

<sup>6)</sup> Рокитанскій, —Руководство къ частной Патол. Анатоміи. Рус. пер. 1857. Ч. II,  
стр. 179.

<sup>7)</sup> Lamb —Phil. med. Times. Aug. 9. 1873. Congenitale Fistel d. Oesophag. Virchow—  
Hirsch, 1873. II. Bd., 2 Abth. p. 486.

<sup>8)</sup> Johnson, l. c., p. 758—761.

Что же касается до врожденныхъ сужженій пищевода, то 1) существованіе ихъ еще  
не доказано вскрытіями дѣтскихъ труповъ и 2) по описанію Пенкера и Цимсена <sup>1)</sup>,  
которые приводятъ три (2 изъ литературы и 1 случай Пенкера) исторіи болѣзни  
взрослыхъ людей, страдавшихъ съ дѣтства загрожденіемъ глотанія, сужженія находи-  
лись въ началѣ пищевода. Вообще, несмотря на самые тщательные поиски въ литерату-  
рѣ, я не могу сказать, почему d-r Mouton объясняетъ такое незначительное сужженіе  
пищевода на уровнѣ дуги арты остаткомъ эмбриональнаго развитія. Гораздо большее  
сужженіе пищевода, по моимъ изслѣдованіямъ, совершенно согласнымъ съ изслѣдова-  
ніями Luschka <sup>2)</sup>, существуетъ на мѣстѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ, гдѣ на  
каждомъ изъ моихъ слѣпковъ существуетъ борозда отъ сдавленія пищевода бронхомъ  
и она занимаетъ одну только стѣнку его, обращенную къ бронху. Кроме того, вся  
часть пищевода, отъ начала его до нижней границы раздвоенія дыхательной трубки,  
сплюснута спереди назадъ; это зависитъ опять таки отъ анатомическаго положенія  
этой части пищевода, лежащей между позвоночникомъ и дыхательной трубкой,—ча-  
стями неподатливыми. Ниже раздвоенія дыхательной трубки пищеводу ничто не мѣ-  
шаетъ свободно растягиваться, и въ этой части онъ имѣетъ самые широкіе размѣры,  
что также признаютъ все авторы, но при вступленіи въ каналъ грудобрюшной пре-  
грады онъ снова представляетъ кольцевидное сужженіе, которое зависитъ отъ ниже-  
описанной межлепезальной связки, ограничивающей растяжимость верхняго отверстія  
пищевода канала діафрагмы. Ниже этого кольцевиднаго сужженія пищевода при  
растяженіи постепенно воронкообразно расширяется и переходитъ безъ рѣзкихъ границъ  
въ желудокъ; но безъ растяженія эта часть представляетъ сужженіе, которое всецѣло  
зависитъ отъ сжатія мускульными волокнами грудобрюшной преграды, ограничиваю-  
щими пищеводный каналъ. Такимъ образомъ сужженія пищевода исключительно зави-  
саютъ отъ неподатливыхъ органовъ, съ которыми онъ на своемъ пути тѣсно соприка-  
сается. На какабръ верхней части пищевода имѣетъ огромное вліяніе положеніе  
головы, что замѣтилъ и прекрасно доказалъ еще Follin <sup>3)</sup> въ своей диссертаціи, гдѣ  
онъ говоритъ: «если на трубѣ придать головѣ сильно запрокинутое положеніе, то  
замѣчаютъ, что шейная область образуетъ кривизну, верхушка которой соответствуетъ  
уровню 5 и 6 шейныхъ позвонковъ; верхнее отверстіе пищевода также соответствуетъ  
верхушкѣ этой кривизны и если теперь, удерживая трубъ въ этомъ положеніи,  
стараться проникнуть концомъ указательнаго пальца въ верхнее отверстіе пищевода,  
то находить его сильно сжатымъ, зондъ, введенный черезъ ротъ, тогда только съ тру-  
домъ проникаетъ въ зтогъ проходъ и имѣетъ большую наклонность войти въ гор-  
тань». Въ справедливости этого мы много разъ убѣждались какъ на трупахъ, такъ  
и въ клиникѣ на живыхъ во время катетеризаціи пищевода и одинъ разъ при резе-  
кціи нижней челюсти, гдѣ легко было ввести указательный палецъ въ начало пише-  
вода, причемъ во время качательныхъ движеній головы въ передне-заднемъ нап-  
равленіи мы ясно ощущали сжатіе и подниманіе верхняго отверстія пищевода при

<sup>1)</sup> Пенкеръ и Цимсенъ, —Болезни пищевода, Рус. пер., 1880, стр. 16—17.

<sup>2)</sup> Luschka, —Die spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre. Virchow's Arch. Bd. 42.,  
1868, S. 474.

<sup>3)</sup> Follin, —l. c. p. 8.

экстензии головы и опускание съ расслабленіемъ при флексіи. Точно также, если болному ввести въ пищеводъ зондъ изъ китоваго уха съ оливой и потомъ придать головѣ сильно разогнутое положеніе, то при извлеченіи зонда на уровнѣ перетневиднаго хряща, встрѣчается замѣтное препятствіе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько сильное, что невозможно бываетъ его извлечь безъ приведенія головы въ согнутое положеніе. Въсѣдствіе тѣхъ же причинъ очень трудно вводить въ пищеводъ зондъ при сильно запрокинутомъ положеніи головы назадъ. По этимъ-же причинамъ и глотаніе гораздо свободнѣе при согнутой головѣ. Объ этомъ подробно мы будемъ говорить ниже.

7. *Описаніе пищевода у живаго субъекта.* До сихъ поръ мы описывали пищеводъ такимъ, какъ мы видимъ его на трупѣ, но у живаго онъ представляетъ нѣкоторыя особенности. Въ живомъ состояніи онъ обладаетъ очень большою упругостью, вслѣдствіе чего легко можетъ быть значительно растянута въ продольномъ и поперечномъ направленіяхъ, но онъ точно также легко «даже и послѣ смерти снова сокращается до прежней своей длины и ширины»<sup>1)</sup>. Но насколько большое растяженіе можетъ перенести пищеводъ, не теряя своей функциональной способности, едва-ли точно можно опредѣлить, но только объ этомъ можно приблизительно сужить по вышеприведеннымъ таблицамъ размѣровъ калибра его и по величинѣ твердыхъ кусковъ, которые могутъ быть проглочены безъ большихъ затрудненій<sup>2)</sup>. Конечно, эта способность къ растяженію индивидуально различна, но на основаніи своихъ изслѣдованій я думаю, что я вправѣ утверждать, что для взрослою челоука возможно проглатываніе безъ особенно большихъ затрудненій куска, имѣющаго толщину въ 2 сант. Точно также при растяженіи просвѣта пищевода зондами и катетерами его смѣло можно растягивать до двухъ сант., нисколько не боясь какихъ либо неприятныхъ послѣдствій, что согласно со всѣми авторами и однимъ только Mouton<sup>3)</sup> утверждаетъ, что растяженіе пищевода можно доводить только до 18 mm. Проф. Stoerk<sup>4)</sup> свободно вводитъ въ пищеводъ изобрѣтенный имъ эзофагоскопъ, имѣющій 2 сант. въ діаметрѣ. Затѣмъ на пищеводъ вліяетъ функциональное его отравленіе тѣмъ, что при каждомъ глотательномъ движеніи происходитъ поднятіе верхней части его вмѣстѣ съ гортаныю, подобно тому какъ это происходитъ при экстензии головы; изъ этого Nelaton сдѣлалъ важный признакъ, о которомъ мы скажемъ впоследствии.

Въ грудной полости, по изслѣдованіямъ Mikulicz'a<sup>5)</sup>, на пищеводъ имѣетъ огромное вліяніе дыхательныя движенія, сердечныя сокращенія и аорта. Этому автору удалось помощію изобрѣтеннаго имъ эзофагоскопа (Baratoux<sup>6)</sup>) доказывать, что Mikuliczъ только усовершенствовалъ и применилъ на практикѣ полископъ (Trouvé) освѣтить и изслѣдо-

<sup>1)</sup> Sömmerring, — I. c., s. 220, § 123.

<sup>2)</sup> Pansch, — I. c., s. 175.

<sup>3)</sup> Mouton, — I. c., p. 25 и 27.

<sup>4)</sup> Astier, — De l'examen de l'oesophage à l'aide du miroir laryngoscopique. Le progrès médical. 1881. t. IX. Paris. p. 336—337.

<sup>5)</sup> Mikulicz, — Ueber Gastroskopie und Oesophagoskopie. Wien, 1881. Separatdruck aus der «Wiener Medizinischen Presse», 1881. №№ 45—52.

<sup>6)</sup> Baratoux, — De l'oesophagoscopie et de la gastroscopie, Paris. 1882. Publié dans la Revue Mensuelle de laryngologie, d'otologie et de Rhynologie.

вать пищеводъ у живыхъ людей. Послѣ многихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1) Видъ слизистой оболочки пищевода во всѣхъ его частяхъ одинъ и тотъ же. Она, согласно наблюденіямъ Störk'a, вездѣ равномернаго блѣдно-краснаго цвѣта и мѣстами пронизана тонкими сосудами. Поверхность ея влажна и обыкновенно совершенно гладкая и безъ продольныхъ складокъ, какъ это можно бы ожидать аргію.

2) Входъ въ пищеводъ вполнѣ закрытъ нижнимъ сфинктеромъ глотки, который дѣйствуетъ какъ сфинктеръ; мая дабы кинзу, пищеводъ находятъ на всемъ протяженіи его шейной части закрытымъ, стѣнки его прилегаютъ другъ къ другу и раздвигаются въ видѣ воронки только на столько, насколько ихъ раздвѣляетъ инструментъ. Это спаденіе кажется независитъ отъ сокращенія мышцъ, такъ какъ инструментъ при введеніи не встрѣчаетъ никакого замѣтнаго сопротивленія, но получается впечатлѣніе какъ будто стѣнки шейной части пищевода прилегаютъ другъ къ другу только вслѣдствіе давленія окружающихъ частей, конечно главнымъ образомъ отъ дыхательной трубки. Но лишь только инструментъ достигаетъ грудной части его, картина совершенно измѣняется; на всемъ протяженіи грудной части, т. е. отъ уровня incisurae jugularis manubrii до самой кардии пищеводъ представляетъ совершенно открытый каналъ, вбрюзго содержащій воздухъ. Иногда удается видѣть весь пищеводъ сразу съ уровня manubrii до самой кардии. Это Mikuliczъ объясняетъ отрицательнымъ давленіемъ грудной полости, которое при выдыханіи уменьшается, напротивъ при вдыханіи увеличивается и при усиленномъ выдыханіи, напр. при крикѣ и т. д., можетъ на короткое время даже уничтожиться.

3) Стѣнка пищевода не бываетъ въ покоѣ, но постоянно производитъ движенія. Эти движенія троякаго рода: первая—пульсаторныя, зависятъ отчасти отъ аорты, а отчасти отъ сердца и лучше всего замѣтны на передней стѣнкѣ того отдѣла пищевода, который прилегаетъ къ сердцу. Вторая—респираторныя,—зависятъ отъ дыхательныхъ движеній, причемъ при вдыханіи пищеводъ немного расширяется, а при выдыханіи немного суживается, но эти движенія не рѣзко замѣтны и во время выдыханія вполнѣ онъ никогда не закрывается. Третьяго рода—перистальтическія движенія, существуютъ или въ видѣ легкихъ сократительныхъ волнъ, или въ видѣ полныхъ сокращеній, наступающихъ при глотательныхъ или рвотныхъ движеніяхъ.

4) Переходъ пищевода въ кардію при нормальныхъ условіяхъ всегда кажется совершенно открытымъ и здѣсь не существуетъ никакого сфинктероподобнаго заперія.

5) Наконецъ нужно еще упомянуть о томъ, что при извѣстномъ положеніи весь инструментъ приводится аортой въ пульсирющее движеніе, однако эти движенія являюся въ видѣ боковыхъ толчковъ. Но хотя Mikuliczъ и нашелъ переходъ пищевода въ кардію всегда открытымъ, однако несомнѣнно диафрагма имѣетъ огромное вліяніе на эту часть и еще Sömmerring<sup>1)</sup> замѣтилъ, что пищеводъ окруженъ крѣпчайшими мышечными лучками диафрагмы въ видѣ эллиптическаго сильнаго сфинктера, который при выдыханіи запераетъ пищеводъ такъ плотно, что ни пища, ни воздухъ не могутъ выйти обратно изъ желудка. То же самое признаютъ всѣ анатомы и хи-

<sup>1)</sup> Sömmerring, — I. c., s. 221, § 126.



нижнего конца, то на мѣстѣ перехода fasciae praevertebralis вмѣстѣ съ висцеральнымъ влагающимъ шей въ рыхлую ткань, пищеводе образуетъ глубокий перехватъ, такъ что вся грудная часть пищевода совершенно свободно растягивается вдвухамышечнымъ воздухомъ, но растяженіе шейной части его гораздо ограниченнѣе и это ограниченіе обуславливается натяженіемъ фасціи предпозвоночной связности съ висцеральнымъ влагающимъ.

Съ *обидьхъ сторонъ* пищевода проходятъ а. а. carotides, однако такимъ образомъ, что лѣвая a. carotis communis, въ силу изгиба пищевода, лежитъ къ нему гораздо ближе правой, такъ что на мѣстѣ поперечныхъ распилѣхъ замороженныхъ труповъ на уровнѣ 6-го шейнаго позвонка при началѣ пищевода сонная артерія отстояла на 1, 2 сант.; на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка carotis communis sinistra была на разстояніи 1, 2 сант., а carotis dextra—на 1, 7 сант.; на уровнѣ же 1-го груднаго позвонка carotis sinistra отстояла на 4 мм., а правая на 1, 5 сант.; на уровнѣ 2-го груднаго позвонка carotis sinistra лежала совершенно вѣздъ пищевода, а правая отстояла на 2 сант. Щитовидная желѣза своими боковыми долями также касается боковыхъ поверхностей пищевода. Лѣвый возвратный нервъ, какъ сказано выше, идетъ по передней поверхности его, а правый направляется вѣздъ правой боковой его части, позади дыхательной трубки.

**В. Грудная часть.** Находясь въ заднемъ грудномъ промежуткѣ, эта часть пищевода имѣетъ *впередѣ* себя заднюю перепончатую стѣнку дыхательной трубки, съ которой довольно тѣсно соединяется; дажде, на уровнѣ 3-го груднаго позвонка впередѣ пищевода лежитъ дуга аорты, а на уровнѣ 5-го позвонка чаще начало лѣваго бронха и рѣдко раздвоеніе дыхательной трубки, тотчасъ ниже которой—лимфатическія желѣзы, которыя здѣсь образуютъ кливъ въ 3, 5 сант. вышины. Подъ этими желѣзами, на пространствѣ 5 сант., пищеводе прилегаютъ къ задней поверхности той части сердечной сумки, которая соответствуетъ лѣвому предсердію и отдѣляется отъ нея тонкимъ слоемъ рыхлой ткани, а непосредственно надъ грудобрюшной преградой—къ жиру, находящемуся позади сердечной сумки. *Позади* грудная часть пищевода сначала приблизительно до 3—4 груднаго позвонка прилегаютъ къ передней поверхности спинной части позвоночнаго столба, отдѣляясь отъ него рыхлой соединительной тканью, но дажде книзу онъ отдѣляется отъ него груднымъ протокомъ, поднимающимся снизу вверхъ и справа налево, пототь в. azugos, лимфатическими желѣзами и верхнимъ концомъ v. hemiazygos inferior. Послѣ прохода подъ дугой аорты, пищеводе назадъ прилегаютъ къ правымъ межребернымъ артеріямъ, а на уровнѣ 8-го груднаго позвонка дожится впередѣ нисходящей части аорты и входитъ въ foramen oesophageum грудобрюшной преграды.

**Стѣна,** при входѣ пищевода въ mediastinum posticum, вѣздъ него изъ дуги аорты поднимаются обидя сонная и подключичная лѣвая артерія, но послѣ прохожденія его подъ дугой аорты стѣна отъ пищевода лежитъ нисходящая часть аорты до 7—8-го спиннаго позвонка, а ниже лѣвая пластинка mediastini postici и посредственно лѣвое легкое. *Справа* почти по всей своей длинѣ пищеводе прилегаютъ къ правой стѣнкѣ mediastini postici, а въ верхней части—къ v. azugos. Кромѣ того, во всей своей груд-

ной части пищеводе окруженъ очень обидной, сочной, рыхлой, крайне растяжимой, широко—петлистой соединительной тканью, позволяющей въ значительной степени смѣщеніе его; она отличается богатствомъ кривыхъ эластическихъ волоконъ, образующихъ сѣти и кромѣ того здѣсь заложено большое число лимфатическихъ желѣзъ. Эта рыхлая ткань непосредственно соединяется съ такою же тканью, выполняющею вышеупомянутую ретровисцеральную щель, такъ что, вырѣывая въ эту ткань спереди шейной части позвоночника клевою массу, какъ это дѣлалъ Henke, вся клетчатка, находящаяся позади плотики и вокругъ органовъ задняго груднаго промежутка, совершенно свободно наливается, а при большемъ давленіи инъекционная масса проникаетъ въ передній грудной промежутокъ, но нижнимъ щитовиднымъ артеріямъ въ большемъ сосудѣхъ шей, въ надключичную, подрыльцовую области почти до Н. И. Пироговъ<sup>1)</sup> также говорить: «Strata vero cellulosa, quae (in spatio tracheali, intercosto, in fascia supra claviculati et in vaginis vasorum), lamina tertia quatuorque fasciae cervicalis interponuntur cum textu celluloso mediastinorum et axillae libere communicant». Наконецъ пищеводе сопровождается съ каждой стороны двумя блуждающими нервами—п. п. pneumo-gastrici s. vagi, которые, начинаясь съ жѣста дѣленія дыхательной трубки, приходятъ въ близкое соприкосновеніе съ пищеводомъ, лѣвый держится болѣе его передней, а правый его задней поверхности. На этомъ протяженіи оба нерва образуютъ большое сплетеніе, огибающее наружную поверхность пищевода, такъ что во время надуванія его воздухомъ ясно видно, какъ въ вѣтвочки этого нерваго сплетенія напругаются и дальнѣйшее растяженіе прохода не можетъ быть безъ нарушенія ихъ цѣлости.

**С. Грудобрюшная и брюшная части.** Дойдя до грудобрюшной преграды, пищеводе входитъ въ отверстіе ея (foramen oesophageum), чрезъ которое онъ вступаетъ въ брюшную полость и тотчасъ же переходитъ въ узстье желудка. Грудобрюшная преграда не представляетъ для пищевода простое отверстіе, но настоящій каналъ, который образованъ внутренними ножками поясничной части грудобрюшной преграды, которые, поднимаясь вверхъ по передней поверхности тѣла поясничныхъ позвонковъ, перекрещиваются впередѣ тѣла перваго поясничнаго позвонка и образуютъ трехугольное отверстіе, назначенное для аорты; послѣ этого перекрещиванія, ножки грудобрюшной преграды расходятся, потомъ снова сходятся и этимъ вторичнымъ перекрещиваніемъ образуютъ впередѣ и лѣвѣ отверстія аорты другое отверстие, назначенное для прохожденія пищевода. Такимъ образомъ, пищеводный каналъ совершенно состоитъ изъ мышцъ диафрагмы, которые сводемъ сокращеніемъ сжимаютъ пищеводе и образуютъ родъ сфинктера. На этомъ также мы очень легко убѣждаемся, вводя указательный палецъ изъ желудка въ грудобрюшную часть пищевода, что онъ сжатъ мышечными пучками диафрагмы, образующими пищеводный каналъ. Если мы, вскрывши mediastinum posticum сзади, перерѣжемъ поперекъ аорту на нѣсколько сантиметровъ выше ея входа въ отверстіе грудобрюшной преграды и осторожно отсепарируемъ ее вмѣстѣ съ толстой и плотной ея наружной оболочкой (adventitia) отъ пищевода и мускульныхъ пучковъ грудобрюшной преграды, образующихъ пищеводный каналъ, то

<sup>1)</sup> Pirogoff, l. c., fasc. I, pag. 130.

намъ представится особая связка, совершенно неизвѣстная еще въ анатоміи. Эта связка имѣетъ видъ пластинки съ поперечными, плотными, фиброзными волокнами; своєю заднею поверхностью прилежитъ къ наружной оболочкѣ аорты, съ которой связана довольно рыхлой тканью; а своєю переднею поверхностью лежитъ на задней поверхности перекреста внутреннихъ ножекъ диафрагмы, разграничивающихъ *hiatus aorticus* отъ *foramen oesophageum* и соединена такъ плотно съ этой мышечной частью диафрагмы, что съ трудомъ отсепаровывается, однако повидимому мышечныя волокна отъ нея не начинаются. По бокамъ эта связочная пластинка крѣпко прикрѣпляется къ задне-нижнимъ угламъ плевральныхъ мѣшковъ и удерживаетъ ихъ на известномъ разстояніи, не позволяя имъ расходитья. Нижнимъ своимъ краемъ она постепенно переходитъ въ рыхлую соединительную ткань, покрывающую ножки диафрагмы, т. е. въ часть внутригрудной фасціи (*fascia endothoracica*); но своимъ верхнимъ краемъ эта связка съ одной стороны переходитъ приблизительно на  $1\frac{1}{2}$ —1 сент. выше верхняго края *hiatus oesophageus* въ рыхлую ткань *mediast. pos.* и съ другой стороны перегибается чрезъ край перекреста ножекъ диафрагмы и, соединяясь съ окологлоточной кѣлочкой, сопровождаетъ его въ *foramen oesophageum*; образуя здѣсь эластическую пластинку, болѣе похожую на серозную оболочку, которая переходитъ кину въ подбрюшинную ткань и плотно фиксируетъ пищеводъ въ канальѣ диафрагмы. Если нужно дать названіе этой связкѣ, то я бы назвалъ ее *lig. interpleurale inferior*. Я ее находилъ постоянно на каждомъ трупѣ и развитіе ея подчинено общимъ законамъ развитія фасціи. На трехъ трупахъ съ старымъ плевритомъ я видѣлъ очень сильное утолщеніе этой связки.

По своему строенію она состоитъ изъ поперечныхъ фиброзныхъ и эластичныхъ волоконъ, которыя, соединясь, вмѣстѣ образуютъ связочную пластинку. Эту связку можно еще разсматривать какъ часть *fasciae endothoracicae* Luschka, которая въ этомъ мѣстѣ представляетъ значительное утолщеніе и утонченіе, почему и имѣетъ видъ связки. Значеніе этой связки состоитъ въ ограниченіи растяженія пищевода въ данномъ мѣстѣ и верхняго кольца пищеводага диафрагмы; также на каждомъ изъ моихъ слѣжковъ пищевода на этомъ мѣстѣ получался то болѣе, то менѣе глубокой перехватъ. Потому эта связка, сшиваясь по бокамъ съ плеврой, образующей задне-нижніе углы плевральной полости, удерживаетъ ихъ въ определенномъ отношеніи другъ къ другу.

Какъ сказано выше, что пищеводъ выходитъ чрезъ *hiatus oesophageus* диафрагмы изъ грудной полости въ брюшную, здѣсь со всѣхъ сторонъ покрывается брюшиной и тотчасъ же оканчивается воронко-образнымъ расширеніемъ, переходя въ желудокъ. Этотъ переходъ спереди соответствуетъ заднему краю и нижней поверхности лѣвой доли печени, подъ которой онъ находится; назадъ—ножкамъ диафрагмы, а вправо—*lig. gastrohepaticum* и слѣва—дну желудка.

Нужно ли признавать существованіе брюшной части пищевода? и когда я читалъ Cruveilhier <sup>1)</sup> колеблется признать ее. Johnson <sup>2)</sup> говорить: «безъ опусканія же-

лудка или безъ подниманія диафрагмы эту часть пищевода нельзя видѣть и въ сущности только съ натяжкою можно сказать, что она существуетъ». Mouton <sup>1)</sup> отрицаетъ существованіе брюшной части пищевода, а прочіе авторы обыкновенно описываютъ такъ, что пищеводъ по достиженіи брюшной полости тотчасъ же впадаетъ въ желудокъ. Но съ другой стороны, весьма извѣстно, что иногда брюшная часть пищевода совершенно ясно выражена и длина ея по Follin <sup>2)</sup> можетъ измѣняться отъ 1 до 4 сент. На всѣхъ моихъ распахавъ замороженныхъ труповъ какъ взрослыхъ, такъ и новорожденного ребенка пищеводъ по выходѣ чрезъ *hiatus oesophageus* диафрагмы изъ грудной полости въ брюшную тотчасъ же впадалъ въ желудокъ и слѣдовательно брюшной части пищевода не существовало; но, съ другой стороны, на сагитальныхъ распахавъ двухъ труповъ, замороженныхъ въ стоячемъ положеніи головою вверхъ, причемъ у одного трупа была огромная печень и довольно большое количество желчи въ желудкѣ, а другому предварительно мною было введено въ желудокъ чрезъ эластическій зондъ 2 фунта гипсовой капицы, брюшная часть пищевода у перваго—4 сент., а у втораго—2 сент. Слѣдовательно, брюшная часть пищевода, какъ справедливо признаетъ Cruveilhier <sup>3)</sup>, является только вслѣдствіе опущенія желудка и нормально ея не существуетъ.

9.—*Строеніе пищевода.*—Пищеводъ существенно состоитъ изъ двухъ цилиндрическихъ, наслоненныхъ другъ на друга оболочекъ: изъ наружной—мышечной и изъ внутренней—слизистой; эти двѣ оболочки раздѣлены между собою довольно обильнымъ, не содержащимъ жира, кѣлочко-фибрознымъ слоемъ. Въ умѣренно-растянутомъ состояніи стѣнка пищевода толщиною въ 2 мм., изъ которыхъ болѣе  $\frac{3}{4}$  приходится на мышечную оболочку. (Henle <sup>4)</sup>, Gillette <sup>5)</sup>).

*Мышечная оболочка* состоитъ изъ наружнаго продольнаго и внутренняго круговаго слоевъ; изъ нихъ первый толще въ верхнемъ отдѣлѣ, а второй въ нижнемъ. Оба слоя такъ крѣпко соединены между собою, что весьма трудно ихъ раздѣлить ножомъ и только легче препарируются или послѣ мацерации въ различныхъ жидкостяхъ, или же послѣ погруженія на 2—3 минуты въ кипящую воду. По Luschka <sup>6)</sup> наружный мышечный слой отдѣляется отъ внутренняго «небольшимъ количествомъ лишней жира кѣлоччатой ткани», но Gillette <sup>7)</sup> этотъ промежуточный слой отрицаетъ и говоритъ, что оба слоя совершенно прилежены одинъ къ другому.

а) *Продольныя волокна* мышечной оболочки пищевода начинаются тремя отдѣлами: средній, самый крѣпкій,—отъ трехсторонней эластической перепонки, называемой французами *tendon crico-oesophagien* <sup>8)</sup>, которая посредствомъ направленной кверху

<sup>1)</sup> Mouton, l. c., p. 27.

<sup>2)</sup> Follin, l. c., p. 7.

<sup>3)</sup> Cruveilhier, l. c., p. 113.

<sup>4)</sup> Henle, —Engeweidlehre, s. 158.

<sup>5)</sup> Gillette, —Description et structure de la tunique musculaire de l'oesophage chez l'homme et chez les animaux.—Journal de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux. Paris. 1872. p. 623.

<sup>6)</sup> Luschka, —l. c.,  $\frac{1}{11}$ , s. 233

<sup>7)</sup> Gillette, —l. c., p. 627.

<sup>8)</sup> Gillette, —l. c., p. 623.

<sup>1)</sup> Cruveilhier, l. c., v. II, part. 1, § 3, p. 113.

<sup>2)</sup> Johnson, The cyclopaedia of Anatomy and Physiology. Vol. III, 1839—1847, p. 758—761, oesophagus.

верхушки прирублена къ среднему гребешку задней поверхности кольцевиднаго хряща и которая, становясь книзу шире, спускается по внутреннимъ краямъ *m. m. crico-arytenoidei postici*; оба боковыя гораздо менѣе выражены и одна заслуживающія названія боковыхъ пучковъ, происходятъ отъ эластическихъ пластинокъ, въ которыхъ означаются *m. m. palato-pharyngei*. Мышечныя пучки среднего отдѣла, вѣерообразно разсыпаясь, проходятъ между нижнимъ краемъ *m. laryngo-pharyngei* и верхнимъ краемъ слоя круговыхъ волоконъ и распространяются по наружной поверхности этого послѣдняго слоя такимъ образомъ, что одни изъ пучковъ идутъ вертикально по передней и боковой поверхности, а другіе съ обѣихъ сторонъ направляются на заднюю поверхность его. Такое расположеніе волоконъ обуславливаетъ то, что продольный слой не простирается сзади до верхняго края пищевода, но оставляетъ непокрытымъ на протяженіи около трехъ сант. треугольный, расположенный верхушкой книзу сегментъ мышечнаго круговаго слоя. Только небольшое количество волоконъ этого отдѣла идутъ въ внутренней поверхности слоя круговыхъ волоконъ на небольшомъ протяженіи внизъ по срединѣ передней стѣнки. Напротивъ того, боковыя продольныя пучки по большей части подходятъ къ внутренней поверхности круговыхъ волоконъ и только нѣкоторыми волокнами присоединяются къ пучкамъ наружной поверхности боковой и задней стѣнки пищевода. Происходя изъ этихъ трехъ мѣстъ въ видѣ мускула, названнаго французами *cricooesophagei*<sup>1)</sup>, волокна продольнаго слоя собираются въ пучки, изъ которыхъ поверхностныя толще, между тѣмъ какъ глубокіе, напротивъ, болѣе тонки; эти пучки, соединяясь между собою, образуютъ цилиндрическое влагалище. По Gillette,<sup>2)</sup> въ верхней части пищевода продольныя мышечныя пучки менѣе толсты, но болѣе плотно соединены между собою; тогда какъ внизу они толще и болѣе раздѣлены. Одни изъ нихъ идутъ параллельно, другіе перекрещиваются, иные раздѣляются и, анастомозируя другъ съ другомъ, оставляютъ между собою маленькія косоугольныя пространства, чрезъ которыя проходятъ сосуды и нервы; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ поверхностныя волокна направляются въ глубину и наоборотъ, а нѣкоторые перекрещиваются даже съ волокнами циркулярнаго слоя, такъ что въ нѣкоторыхъ мѣстахъ получается полная запутанность въ ходѣ волоконъ; внизу эти продольныя мышечныя пучки лучеобразно переходятъ въ стѣнку желудка.

в) *Внутренній или круговой мышечный слой* пищевода отличается отъ предыдущаго болѣе блѣднымъ цвѣтомъ; онъ начинается на уровнѣ нижняго края пластинки перетневиднаго хряща, гдѣ между нимъ и нижнимъ краемъ *m. crico-pharyngei* беретъ начало слой продольныхъ волоконъ, направляющихся кънаружи, такъ что не можетъ быть и рѣчи о томъ, чтобы слой круговыхъ волоконъ пищевода представлялъ прямое продолженіе нижняго сжимателя глотки. При своемъ началѣ этотъ слой, крайне тонкій и блѣдный, состоитъ изъ отдѣльныхъ круговыхъ волоконъ, существованіе которыхъ вверху и спереди нѣкоторые анатомы даже отрицаютъ. Такъ по Luschka<sup>3)</sup> эти начальныя круговыя волокна спереди еще не замкнуты, но вскорѣ къ нимъ присоединяются вполнѣ круговыя

волокна, которая образуютъ непрерывный рядъ колець. Напротивъ того Gillette<sup>4)</sup> утверждаетъ, что круговыя волокна существуютъ по всей длинѣ пищевода, но только въ передне-верхней части его они болѣе рѣдки и болѣе раздѣлены. Этотъ крайне тонкій мышечный слой при своемъ началѣ постепенно книзу утолщается и въ нижней половинѣ пищевода достигаетъ своего maximumъ толщины, такъ что превышаетъ толщину наружнаго продольнаго слоя (Henle<sup>5)</sup>, Luschka<sup>6)</sup>). Не нужно думать, что кольцевидныя или циркулярныя волокна внутренняго мышечнаго слоя пищевода правильно положены одни на другіе, подобно, напр., кольцамъ дыхательнаго горла. Напротивъ, внимательное ихъ изслѣдованіе съ внутренней поверхности пищевода, послѣ отепарованія слизистой и подслизистой ткани, показываетъ, что они состоятъ изъ полныхъ или неполныхъ колець, которые то параллельны, то перекрещиваются между собою подъ болѣе или менѣе острыми углами и часто анастомозируютъ между собою, оставляя, какъ и въ наружномъ мышечномъ слое, отверстія для прохожденія сосудовъ и нервовъ. Спиральный ходъ волоконъ внутренняго мышечнаго слоя, описанный Santorini, Lieutaud и Meckel<sup>4)</sup>, новейшими анатомами отрицается (Sappey<sup>5)</sup>, Gillette<sup>6)</sup>). По Gillette<sup>7)</sup>, верхнія волокна внутренняго слоя пищевода почти всѣ идутъ горизонтально и кажутся продолженіемъ нижняго сжимателя глотки; среднія идутъ болѣе или менѣе косо и описываютъ родъ эллипса, а нижнія снова дѣлаются поперечными къ оси пищевода, наконецъ самыя нижнія волокна перестаютъ быть горизонтальными и снова начинаютъ наклоняться болѣе и болѣе, перекрещиваются между собою подъ острыми углами и сливаются съ двумя внутренними мышечными слоями желудка. Иногда эти мускульныя кольца образуютъ выщуплости внутри прохода и «donnent lieu alors à un oesophage à colonnes».

Съ гистологической точки зрѣнія<sup>8)</sup>, мускулатура пищевода состоитъ менѣею своею частью изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ и болѣею — изъ гладкихъ. Мѣсто, на которомъ происходитъ переѣмъ мускулатуры по Sappey и Johnson представляеть индивидуальное разнообразіе; она совершается постепенно и не обозначается ни переѣмной окраски, ни порядкомъ расположенія волоконъ; она можетъ быть найдена только при помощи микроскопа. Въ нейной части пищевода мускулатура состоитъ исключительно изъ поперечно-исчерченныхъ волоконъ (Henle, Luschka, Gillette, etc). Но въ верхней части груди среди пучковъ поперечно-исчерченныхъ волоконъ начинаютъ появляться гладкія волокна, которая далѣе книзу постепенно берутъ перевѣсъ и наконецъ совершенно вытѣсняють поперечно-полосатая волокна, такъ что нижняя часть пищевода состоитъ только изъ гладкихъ волоконъ. По изслѣдованіямъ Welcker и Schweigger—

<sup>1)</sup> Gillette, — I. c., p. 626.

<sup>2)</sup> Henle, — Eingeweidelehre, S. 159.

<sup>3)</sup> Luschka, — 1/2, S. 333, и Virchow's Archiv. Bd. 42, 1868, S. 475. «Die Spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre».

<sup>4)</sup> Meckel, — Eingeweidelehre, S. 248.

<sup>5)</sup> Sappey, — I. c., v. IV, p. 154.

<sup>6)</sup> Gillette, — I. c., p. 626.

<sup>7)</sup> Gillette, — I. c., p. 626—627.

<sup>8)</sup> Специальную литературу объ этомъ предметѣ см. у Henle, — Eingeweidelehre, S. 161, въ примѣчаніи, куда я еще прибавлю Gillette, I. c., p. 631—634.

<sup>1)</sup> Gillette, — I. c., p. 624.

<sup>2)</sup> Gillette, — I. c., p. 625.

<sup>3)</sup> Luschka, — Bd. I, Abth. 2. S. 332.

Seidel <sup>1)</sup> верхняя четверть пищевода исключительно состоит из поперечно-полосатых волокон; во второй четверти происходит постепенная замѣна поперечно-полосатых волокон гладкими, а в остальных двух четвертях мускулатура пищевода состоит исключительно из гладких волокон. Кроме того, гладкая мускулатура раньше всего появляется в круговом слое, а в продолгомъ она раньше появляется на передней поверхности пищевода, а именно в верхнемъ отдѣлѣ второй четверти, между тѣмъ какъ на задней поверхности и особенно на боковыхъ краяхъ поперечно-полосатая мускулатура распространяется даже всего книзу, — до нижняго отдѣла второй четверти. То же самое мы находимъ у Treitz <sup>2)</sup>, Klein <sup>3)</sup> и Gillette <sup>4)</sup>.

**Добавочныя мышечныя волокна.** Мускулатура пищевода на различныхъ мѣстахъ получаетъ многіе подкрѣпляющіе пучки съ соседнихъ органовъ, чрезъ что усиливается продольныя и частью круговыя волокна его. Эти пучки никогда не представляютъ постоянства и правильности, однако на известныхъ мѣстахъ они существуютъ до того постоянно, что послужили поводомъ къ описанію самостоятельныхъ мышцъ. Большею частью они блѣдны, очень коротки, сплюснуты и часто трудно различаемы невооруженнымъ глазомъ среди соединительной ткани, которая окружаетъ пищеводъ и которая иногда имъ образуетъ вѣтвистую влагалище; чаще всего требуется употребленіе микроскопа, чтобы видѣть действительно мускульное ихъ строеніе. Эти добавочныя мышечныя волокна по Henle <sup>5)</sup> служатъ для того, чтобы защищать артерій отъ давленія и толчковъ, происходящихъ во время проглатыванія пищевого комка. По Treitz <sup>6)</sup> же они служатъ для того, чтобы дать пищеводу точки опоры при низведеніи пищевого комка; иначе, если бы пищеводъ в известныхъ мѣстахъ не былъ прикрѣпленъ къ соседнимъ органамъ, то при низведеніи глотковъ пища его кризисы могли бы легко увеличиться и актъ глотанія могъ бы быть затрудненъ; соответственно этому мы и находимъ, что пищеводъ особенно плотно связанъ съ окружающими органами на мѣстахъ изгибовъ его.

**Въ шейной части пищевода** чрезвычайно рѣдко встрѣчается мускулъ, идущій отъ щитовидной железы къ пищеводу, почему и названъ *m. thyreo-oesophageus*. Этотъ мускулъ впервые былъ открытъ и описанъ профессоромъ Груберомъ <sup>7)</sup>; по его описанію этотъ мускульный пучекъ, находящійся только съ правой стороны, имѣетъ видъ лентообразнаго мышечнаго пучка длиною въ 1,5 сантиметъ. Онъ начинается на внутренней поверхности правой доли *glandulae thyreoideae* и, направляясь косо назадъ и немного внизъ, оканчивается лучеобразно въ продольномъ слое пищевода, въ правой половинѣ задней его стѣнки. Этотъ мышечный пучекъ состоитъ изъ поперечно-полосатыхъ волоконъ.

<sup>1)</sup> Virchow's Archiv, B. 21, 1861, s. 455.

<sup>2)</sup> Treitz, — Ueber einen neuen Muskel am Duodenum des Menschen, über elastische Sehnen, und einige andere anatomische Verhältnisse. Prager Vierteljahrsschrift, 1853. Bd 1, S. 117.

<sup>3)</sup> Klein, — Учебникъ гистологій Штриккера, руск. пер., стр. 432.

<sup>4)</sup> Gillette, — l. c., p. 632—633.

<sup>5)</sup> Henle, l. c., s. 162, см. примѣчаніе.

<sup>6)</sup> Treitz, l. c., s. 119.

<sup>7)</sup> W. L. Grüber, — Ueber das neue Anheftungsbündel des Oesophagus an die Glandula thyreoidea. Musculus thyreo-oesophageus. Virchow's Archiv, Bd. 69, 1877, s. 396.

**Въ грудной части пищевода** при входѣ его въ *mediastinum posticum* Hyrtl <sup>1)</sup> часто видѣлъ мышечныя волокна, идущія къ нему отъ позвоночнаго столба. Кроме того онъ <sup>2)</sup> первый сообщил о двухъ добавочныхъ мышечныхъ пучкахъ. По его описанію одинъ изъ этихъ пучковъ «начинается широкимъ основаніемъ отъ задней перепончатой стѣнки лѣваго бронха, направляется къ лѣвому краю пищевода и идетъ даже внизъ параллельно продольнымъ волокнамъ его, на протяженіи 2—3 дюймовъ, послѣ чего безъ рѣзкихъ границъ сливается съ мускульнымъ слоемъ этой трубки». Онъ называлъ его *m. broncho-oesophageus*. Другой мышечный пучекъ, *m. pleuro-oesophageus*, «находится ниже мѣста перекрещиванія пищевода съ лѣвымъ бронхомъ, беретъ начало за аортой отъ лѣвой пластинки *mediastini postici*, переходитъ чрезъ аорту, достигаетъ пищевода» и своими волокнами постепенно сливается съ продольными и круговыми волокнами его. Оба эти мускула Hyrtl описалъ какъ постоянно существующіе, но Treitz <sup>3)</sup> доказалъ ихъ непостоянство. Поздѣе профессоръ В. Л. Груберъ <sup>4)</sup> описалъ новый мускулъ, идущій отъ праваго бронха къ пищеводу, почему и названъ имъ, въ отличіе отъ мускула Hyrtl, *m. broncho-oesophageus dexter*. Этотъ мускулъ изъ 120 трубокъ встрѣтился 9 разъ. Онъ обыкновенно начинается отъ перепончатой стѣнки праваго бронха, рѣже отъ хрящевой боковой его стѣнки, а иногда даже отъ вѣтвей его, идетъ косо внутрь и внизъ къ правой стѣнкѣ пищевода и своими волокнами оканчивается въ мускулатурѣ этого канала. Кроме того, Treitz <sup>5)</sup> описалъ многіе непостоянныя мышечныя пучки, которые чаще всего, почти въ каждомъ случаѣ, находятся между пищеводомъ и всей задней поверхностью дыхательной трубки. Эти пучки очень коротки, иногда многочисленны и могутъ встрѣтиться въ шейной части канала. Они берутъ начало отъ задней поверхности дыхательной трубки, идутъ внизъ и влѣво и смѣшиваются съ продольными волокнами пищевода; ихъ Luschka <sup>6)</sup> называлъ *m. m. tracheo-oesophagei*. Точно также лѣвый край всей средней трети пищевода очень часто связанъ мышечными волокнами съ лѣвымъ плеуральнымъ листкомъ, ограничивающимъ задній грудной промежутокъ; потомъ съ дугой и нисходящей частью аорты, — *faisseau aortico-oesophagien* <sup>7)</sup>, а также по большей части съ лѣвой подключичной артеріей. Наконецъ, въ еще болѣе рѣдкихъ случаяхъ пищеводъ связанъ такимъ же образомъ въ нижней своей трети съ околосердечной сумкой, аортой или съ правымъ листкомъ плевры. Кроме этихъ мышечныхъ пучковъ, пищеводъ во многихъ мѣстахъ связанъ съ соседними органами эластическими пластинками, которыя представляютъ сухожильныя продолженія его мускульныхъ пучковъ. Часто эти эластическія пластинки перемѣшаны съ мышечными продолженіями, а иногда даже замѣняютъ ихъ. Они постоянно встрѣ-

<sup>1)</sup> Hyrtl, Руководство къ топографической анатоміи. Рус. пер. 1860, ч. I, стр. 470.  
<sup>2)</sup> Hyrtl, — Entdeckung zweier neuer Muskeln. Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1844, s. 115.

<sup>3)</sup> Treitz, l. c., s. 119—120.

<sup>4)</sup> Prof. W. L. Grüber, — Ueber das neue Anheftungsbündel des Oesophagus an den Bronchus dexter. Musculus broncho-oesophageus dexter. Archiv für Anatomie, 1869, s. 519.

<sup>5)</sup> Treitz, l. c., s. 118—119.

<sup>6)</sup> Luschka, «Die Musculatur der Luftröhre des Menschen». Archiv für Anatomie, 1869, s. 593.

<sup>7)</sup> Gillette, l. c., p. 628

пищевода и аорты, правая плевра и правое легкое чаще всего поражаются при раке верхней половины пищевода и наоборот левая плевра и левое легкое чаще и скорее—при раке нижней половины; при этом могут быть перфорации плевры или легких, так что пищевод может сообщаться с плевральной полостью или легким то непосредственно, то посредством фистулезного хода или же сообщение устанавливается с помощью абсцесса. Рак, переходя на легкое, разрастается несраненно сильно и если он помщается около корня легкого, что бывает нередко, то может произвести прижатие крупных воздухоносных трубок. Вследствие новообразование распадается, вследствие чего образуются большие неправильные пещеры, которые могут сообщаться с пищеводом и содержать в себе, кроме зловонного распада, пищевые вещества. Если же раковое новообразование пищевода прорывает плевру и устанавливается сообщение пищевода с плевральной полостью, то развивается быстротечный плеврит и при вскрытии иногда находил в плевральной полости даже пищевые вещества; но иногда, как напр. в случае Wardrop'a<sup>1)</sup>, плевральными сращения ограничивают воспалительный процесс и тогда образуются чрезвычайно разнообразной величины полости, которые, если находятся в сообщении с пищеводом, могут содержать, кроме гнилостного распада, и пищевые вещества. Примривъ перехода рака пищевода на легкое и плевру можно найти почти в каждой специальной работѣ; ихъ много собрано у Béhier, Lacour, Marchand; ихъ описали Крузенштернъ, Mackenzie, Zenker и Ziemssen и т. д. Изъ нашихъ случаевъ только въ одномъ (преп. отъ болы. Петра Михайлова) ракъ пищевода перешелъ на корень праваго легкого, ткань котораго вблизи этого мѣста гепатизирована, сѣбраго цвѣта; плевра нижней доли этого легкаго покрыта фибринознымъ налетомъ.

Нѣсколько рѣже дыхательныхъ органовъ при раке пищевода поражается сосудистая система; при этомъ можетъ поражаться сердце съ около-сердечной сумкой и кровеносные сосуды, а чаще всего аорта, вследствие близкаго ея соприкосновения съ пищеводомъ. Новообразованная масса, инфильтрируя стѣнки кровеносныхъ сосудовъ, могутъ прорваться въ полость ихъ и произвести перфорацию, вследствие чего является смертельное кровотеченіе. Въ некоторыхъ случаяхъ между стѣнками кровеноснаго сосуда и опухолью пищевода можетъ произойти сращеніе иногда на очень большомъ пространствѣ. Такъ, въ одномъ случаѣ Крузенштерна<sup>2)</sup> почти вся грудная аорта была сращена съ пищеводомъ. Изъ нашихъ препаратовъ въ одномъ случаѣ (препар. отъ Евсѣевой) съ пищеводомъ была сращена грудная аорта, въ другомъ (преп. отъ Банна)—правые *carotid communis* и *vena jugularis*, а у большаго Петра Михайлова ракъ пищевода перфорировалъ аорту, вследствие чего явилось смертельное кровотеченіе. Вообще перфорация большыхъ сосудовъ встрѣчается рѣдко, не смотря на то, что подобные случаи, какъ замѣчательные въ казуистическомъ отношеніи, описывались въ литературѣ довольно часто, и Lebert<sup>3)</sup> говорить, что «прободеніе кровеносныхъ сосудовъ составляетъ скорѣе одиночное, исключительное явленіе, чѣмъ обычное; артеріальные стволы очень долго

сопротивляются раковому перерожденію». Такое же мнѣніе выражаетъ и Rokitsansky<sup>4)</sup>. Mackenzie<sup>5)</sup> въ 100 случаяхъ ни разу не наблюдалъ прободенія въ крупныя артеріальные стволы. У Крузенштерна<sup>6)</sup> изъ 60 случаевъ въ одномъ произошло прободеніе въ грудную аорту; въ одномъ—найдены были разрывъ пищеводной артеріи и одинъ разъ было найдено вскрытіе *art. intercostalis I. dextrae*. Béhier<sup>7)</sup> приводитъ нѣсколько примривъ перфорации аорты и между прочимъ случай Vieucou'y, гдѣ не было прямого вскрытія аорты въ пищеводъ, но аортальное сообщеніе устанавливалось при помощи изъязвленной пищеводной артеріи. Lacour<sup>8)</sup> приводитъ 5 случаевъ перфорации аорты, одинъ случай перфорации лѣвой сонной, одинъ—правой подключичной и одинъ—правой легочной. Rokitsansky<sup>9)</sup> также упоминаетъ о перфорации въ правую легочную артерію. Brunon<sup>10)</sup> описываетъ случаи, гдѣ въ верхней половинѣ пищевода находились двѣ раковыя язвы, раздѣленные здоровой слизистой оболочкой; на уровнѣ нижняго изъязвленія аорта была сращена съ опухолью и стѣнка ея была инфильтрирована раковыми массами. При продолжномъ разрывѣ аорты, на уровнѣ второй правой межреберной артеріи, найдены раковый отпрыскъ, который въ видѣ неправильнаго, блѣдно-розоваго гриба вдавался въ полость аорты.

Ракъ пищевода рѣдко переходитъ на околосердечную сорочку; однако наблюдались случаи, гдѣ устанавливалось ненормальное сообщеніе полости ея съ пищеводомъ съ послѣдовательнымъ гнойнымъ или гнилостнымъ перикардитомъ съ примѣсмью воздуха. Таковъ случай Tütel'a, приводимый Zenker и Ziemssen'омъ<sup>5)</sup>. Béhier<sup>11)</sup>, кроме этого случая, приводитъ еще наблюденіе Begbie. Гораздо чаще находятъ сердечную сорочку сросшейся съ опухолью пищевода; при этомъ вследствие реактивнаго воспаления стѣнка ея значительно утолщается и даже иногда можетъ образоваться перикардитъ. Такъ Крузенштернъ<sup>10)</sup> наблюдалъ его 2 раза. Petri<sup>11)</sup> тоже нашелъ перикардитъ 2 раза. У нашихъ больныхъ это осложненіе ни разу не наблюдалось. Какъ крайняя рѣдкость въ литературѣ есть случай, описанный Hindenlang'омъ<sup>12)</sup> изъ клиники Проф. Baumler'a гдѣ ракъ пищевода перешелъ на лѣвое предсердіе. Такъ какъ другого подобнаго случая я нигдѣ не могъ найти, точно также и Hindenlang не нашелъ, то этотъ случай составляетъ до сихъ поръ нѣписанъ въ литературѣ и поэтому я позволяю себѣ привести его вкратцѣ.

<sup>1)</sup> Rokitsansky, l. c., s. 184.

<sup>2)</sup> Mackenzie, l. c., p. 81.

<sup>3)</sup> Крузенштернъ, l. c., стр. 31.

<sup>4)</sup> Béhier, l. c., p. 87—88.

<sup>5)</sup> Lacour, l. c., p. 50 и 55—58.

<sup>6)</sup> Rokitsansky, l. c., стр. 184.

<sup>7)</sup> Béhier, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, s. 4, t. V, 1880, p. 323 и le *Progrès méd.* 1880, p. 1063.

<sup>8)</sup> Zenker und Ziemssen.—l. c., стр. 108—109.

<sup>9)</sup> Béhier,—l. c., p. 87.

<sup>10)</sup> Крузенштернъ, l. c., стр. 31.

<sup>11)</sup> Petri,—l. c.

<sup>12)</sup> Hindenlang.—*Carcinoma oesophagi mit Perforation in den I. Vorhof.*—*Deutsche medizinische Wochenschrift*, № 9. 1881, S. 105—111.

<sup>1)</sup> См. Béhier, p. 85.

<sup>2)</sup> Крузенштернъ, l. c., случ. 3.

<sup>3)</sup> Lebert, l. c., p. 444.

plexus oesophageus, къ которому присоединяются вѣточки груднаго симпатическаго нерва. Къ шейной части пищевода идутъ тонкія вѣточки отъ обоихъ нижнихъ гортанныхъ нервовъ. Среди нервныхъ волоконъ, идущихъ въ толщъ стѣнокъ грудной части пищевода, находятся частью отдѣльныя гангліозныя клѣтки, заключенныя въ ядродержащія капсулы, частью же группы гангліозныхъ клѣтокъ, соединенныхъ отростками. Точно также и на пищеводныхъ вѣтвахъ п. vagi находятся настоящія гангліи (Luschka <sup>1)</sup>).

**Патологическія и оперативныя выводы.** Въздѣтвіе глубокаго положенія начала пищевода (въ среднемъ выводъ = 14,8 сент. отъ верхнихъ рѣзовъ) невозможно на живомъ достигнуть до этого отверсія пальцемъ и, что бы ни говорили Folin <sup>2)</sup> и Chassaignac <sup>3)</sup>, но даже и на группъ стѣнокъ большаго труда дойти до задней поверхности черпаловидныхъ хрящей; въ этомъ согласны все авторы и хирурги кромѣ того хорошо знаютъ, что, какъ говоритъ Richet <sup>4)</sup>, не всегда возможно изслѣдовать даже подгортанно-черпаловидныя складки (plyae aryepiglotticae), которыя между тѣмъ расположены гораздо выше и болѣе вперед. Отсюда слѣдуетъ, что невозможно провести зондъ по пальцу до входа въ пищеводъ и точно также нельзя рассчитывать на возможность опредѣлять пальцемъ природныя тѣла, которыя, какъ показываетъ намъ клинической опытъ и литературныя данныя, чаще всего останавливаются именно въ этомъ мѣстѣ. Этотъ фактъ весьма легко объясняется тѣмъ, что пищеводъ при своемъ началѣ представляетъ самое узкое мѣсто, «вполнѣ закрытое» нижнимъ сжимателемъ глотки» (constrictor pharyngis inferior s. annulus crico-oesophageus по Chossier <sup>5)</sup>). Разъ объемное постороннее тѣло или кусокъ пищи промѣлъ верхнее суженіе, то оно почти безпрепятственно спускается до того мѣста пищевода, «которое находится нѣсколько выше грудобрюшной преграды» <sup>6)</sup>, гдѣ нѣрѣдко оно застрѣваетъ; но на срединѣ пищевода постороннія тѣла чрезвычайно рѣдко останавливаются. Эта остановка постороннихъ тѣлъ «нѣсколько выше грудобрюшной преграды» опять таки легко объясняется тѣмъ анатомическимъ фактомъ, что въ этомъ мѣстѣ растяженіе пищевода ограничивается межплевральной связкой, описанной выше и кромѣ того здѣсь пищеводъ сжатъ мышечными пучками грудобрюшной преграды. Средняя часть пищевода, хотя мѣстами и представляетъ незначительныя суженія, но она настолько подвижна, что растяженіе этой части не встрѣчаетъ особенныхъ препятствій, слѣдовательно и постороннимъ тѣламъ нѣтъ причины останавливаться въ этой части его. Итакъ, объемистыя постороннія тѣла или куски пищи обыкновенно останавливаются при началѣ или же въ концѣ пищевода и чрезвычайно рѣдко въ промежуточной его части. Не-

<sup>1)</sup> Luschka, l. c., Bd. I, Abth. 2, s. 337.

<sup>2)</sup> Folin, l. c., p. 5.

<sup>3)</sup> Chassaignac, Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales, русск. перев. 1869 г., ч. III, стр. 334.

<sup>4)</sup> Richet, l. c., p. 430.

<sup>5)</sup> Mikulicz, l. c., s. 22.

<sup>6)</sup> Нелятовъ, Хирургическая патологія, ч. III, русск. перев. 1859, стр. 433.

большія же постороннія тѣла, особенно острыя, какъ напр. рыбы косточки, чаще всего останавливаются въ глоткѣ и въ шейной части пищевода, чему способствуютъ глубокія складки слизистой оболочки пищевода, между которыми онѣ, причина серьезныя страданія, а иногда и смерть <sup>1)</sup>, могутъ скрываться многіе мѣсяцы и хирурги прекрасно знаютъ, какъ иногда трудно ихъ ощупать между этими складками. Далѣе, органическія структуры пищевода, переходящія отъ ожога, язвъ, новообразованій и т. д. находятся по преимуществу, если даже не сказать исключительно, въ такихъ мѣстахъ пищевода, въ которыхъ онъ нормально болѣе или менѣе суженъ, т. е. въ начальной части его, при входѣ въ каналъ грудобрюшной преграды и на мѣстѣ перекреста съ лѣвымъ бронхомъ.

**Катетеризація.** Чтобы выяснить присутствіе и мѣстоположеніе въ пищеводѣ природнаго тѣла или структуры его и чтобы, такъ сказать, ощупать ихъ, хирурги обыкновенно катетеризируютъ пищеводъ различнаго рода зондами и катетерами. Но катетеризація пищевода производится не для одной діагностики; также часто катетеризируютъ его съ терапевтическими цѣлями, — для расширенія структуръ пищевода, при постороннихъ тѣлахъ его съ цѣлью протолкнуть или извлечь ихъ, для искусственнаго кормленія, для промыванія желудка и т. д. Однимъ словомъ, нѣтъ ни одного страданія этой трубки, при которомъ бы не употреблялась катетеризація его для той или другой цѣли. Поэтому при выполненіи этой маленькой операціи, чтобы не нанести вреда больному, необходимо обращать вниманіе на очень многіе анатомическія факты. Прежде всего хирургъ долженъ выбрать инструментъ для катетеризаціи пищевода, изъ какаго матеріала онъ долженъ быть построенъ, какой длины и калибра? Я не стану описывать все инструменты, предложенные доселѣ: большинство изъ нихъ сданы въ музей и не имѣютъ практическаго значенія. Здѣсь я хочу только указать на тѣ свойства, которыми долженъ обладать вполнѣ цѣлесообразный инструментъ. Прежде всего, принимаемая во вниманіе извилистость пути, по которому долженъ пройти зондъ, нужно, чтобы инструментъ обладалъ гибкостью, чтобы онъ легко приспосаблился ко всей извилистости пищевода; потомъ необходимо, чтобы онъ обладалъ достаточною упругостью, чтобы при помощи его можно было ощупывать тѣ препятствія, которыя встрѣчаются инструменту на его пути. Этими требованіями вполнѣ удовлетворяетъ зондъ, состоящій изъ китоваго стебля съ навинчивающимся на одинъ конецъ его различнаго діаметра оливами изъ слоновой кости <sup>2)</sup>. Этотъ инструментъ получалъ широкое распространеніе со временъ Trousseau <sup>3)</sup> и въ настоящее время употребляется всеми хирургами и между прочимъ также въ нашей клиникѣ. Кромѣ того, многими хирургами употребляются различнаго рода эластическія зонды, совершенно схожіе съ уретральными эластическими катетерами, только большаго размѣра; они различнаго діаметра и весьма разнообразны, различаются по цвѣту и особенно по формѣ и толщинѣ наконечниковъ, которые бываютъ то цилиндрическіе, то цилиндро-

<sup>1)</sup> Moudière, Arch. gén. de méd., t. XXIV.

<sup>2)</sup> Въ нашей клиникѣ употребляется зондъ съ пятью оливами: діаметръ оливы № 1 = 0,9 сент. № 2 = 1,0 сент., № 3 = 1,1 сент., № 4 = 1,2 сент., № 5 = 1,5 сент.

<sup>3)</sup> Trousseau, Du cathétérisme dans le traitement du rétrécissement de l'oesophage. Gazette médicale de Paris, 1849, s. III, t. 2, p. 193.

конические. Такие зонды, благодаря своей гибкости, имеют большое преимущество и употребление их особенно рекомендуют Richet и Trelat<sup>1)</sup>, а за последнее время Bouchard<sup>2)</sup> предложил целую серию цилиндрико-конических каучуковых бужей для расширения стриктур пищевода. Далее, для искусственного кормления и промывания желудка за последнее время почти всё употребляют зонды каучуковые, совершенно такие же, как уретральные катетеры Неятона.

Длина всех инструментов, употребляющихся для катетеризирования пищевода, понятно, должна равняться расстоянию от верхних рёзцов до желудка и кроме того еще необходимо, чтобы оставался наружный конец его вне полости рта, за который удерживался бы инструмент рукою хирурга, поэтому весьма целесообразно, что все инструменты делаются от 45 до 50 сант. длины.

Я уже раньше указал, что Лингартъ<sup>3)</sup> ошибается, определяя длину зонда въ 14—15 дюймов, так как, по изслѣдованіям Mouton'a и мной, средняя длина разстоянія отъ верхнихъ рѣзцовъ до cardia = 16 дюймовъ, стало быть длина зонда должна быть по крайней мѣрѣ = 18 дюйм. или 45 сант., а лучше = 20 дюйм. или 50 сант.

Диаметръ зондовъ долженъ доходить до того размѣра, до котораго можетъ растягиваться самое узкое мѣсто пищевода и такъ какъ самое узкое мѣсто и есть его начало, которое растягивается въ среднемъ выводѣ до 2,3 сант. въ поперечномъ диаметрѣ и 1,6 сант. въ передне-заднемъ, то на основаніи этого анатомическаго свойства пищевода совершенно основательно д-ръ Chassagni<sup>4)</sup> въ 1875 году въ хирургическомъ обществѣ предложилъ придать оливамъ желудочнаго зонда приплюснутую форму. Но для катетеровъ и зондовъ съ оливами, имеющихъ круглую форму, самый большій размѣръ долженъ быть равенъ 2 сант. Такимъ образомъ, если при расширеніи пищевода достигли оливы съ диаметромъ въ 2 сант., то дальнѣйшее зондированіе совершенно излишне.

При катетеризаціи пищевода можно идти двумя путями: или чрезъ ротъ, или же чрезъ носъ. Послѣдній путь, говоритъ Velpeau<sup>5)</sup>, «долгое время предпочитался, но въ настоящее время почти всемію оставленъ», такъ какъ этотъ способъ имѣетъ слѣдующіе важные недостатки: 1) инструментъ долженъ быть только малаго каибора; 2) операторъ не можетъ свободно управлять инструментомъ и дать себѣ хорошо отчетъ въ его положеніи, а поэтому и указанія, получаемыя этимъ способомъ, менѣе точны, чѣмъ при катетеризаціи чрезъ ротъ; 3) чрезвычайная раздражительность носовыхъ проходовъ у нѣкоторыхъ дѣлаетъ этотъ способъ невозможнымъ; 4) иногда этотъ способъ вызываетъ epistaxis и воспаленіе носовыхъ проходовъ, какъ это было у большого Waston'a<sup>6)</sup>; 5) при этомъ способѣ зондъ легче можетъ попасть въ гор-

тань. А между тѣмъ, нѣкоторые авторы указываютъ, что этотъ способъ имѣетъ и преимущества. Такъ Gerdy<sup>1)</sup> говоритъ, что катетеризмъ пищевода чрезъ носовые проходы «менѣе сложенъ и болѣе быстръ», при немъ рѣдко встрѣчается рвота и не бываетъ ушибовъ глотки. Но если принять во вниманіе, что рвота также встрѣчается и при катетеризмѣ чрезъ носовые пути, какъ и чрезъ ротъ, и кромѣ того осторожнымъ зондированіемъ вполне можно избѣгать ушибовъ глотки, то нельзя не согласиться съ Behier<sup>2)</sup>, который говоритъ, что катетеризмъ пищевода чрезъ носовые пути «труднее для врача и оставляетъ наказаніе для больного»; а Лингартъ<sup>3)</sup> совершенно справедливо признаетъ этотъ способъ бесполезнымъ. Къ тому же, если нужно ввести глоточный зондъ больному при тризмѣ или другомъ патологическомъ процессѣ, не допускающемъ раскрытія рта, то слѣдуетъ вспомнить, что и при замкнутомъ ртѣ мы имѣемъ пространство, которое остается между послѣдними коренными зубами и корнемъ вѣчнаго отростка нижней челюсти, чрезъ которое можно провести зондъ съ диаметромъ въ 0,5 сант. Такимъ образомъ остается производить катетеризацію пищевода чрезъ носовые проходы въ двухъ только случаяхъ: 1) у тѣхъ умаленныхъ больныхъ, которымъ вслѣдствіе ихъ буйства совершенно невозможно ввести зондъ чрезъ ротъ и предверье рта и 2) въ тѣхъ случаяхъ, когда хотятъ оставить пищеводаый зондъ à demeure, что за послѣднее время съ легкой руки Krishaber'a<sup>4)</sup> среди французскихъ хирурговъ очень распространилось<sup>5)</sup>, хотя и для этихъ послѣднихъ случаевъ нѣтъ никакихъ неудобствъ вводить зондъ чрезъ ротъ, тѣмъ болѣе, что Gerdy<sup>6)</sup> такимъ образомъ оставлялъ зонды à demeure толщину въ миннѣтъ въ продолженіи 8 дней, фиксируя ихъ въ лѣвомъ губномъ углу посредствомъ нитки. Точно также нѣкоторые авторы, какъ напр. Boyer<sup>7)</sup>, желая оставить пищеводаый зондъ à demeure и между тѣмъ вполне сознавая трудность катетеризированія чрезъ носовые пути, сначала вводитъ его чрезъ ротъ, а потомъ наружный конецъ его при помощи трубки Bellocoq'a проводитъ чрезъ нижній носовой проходъ и укрѣпляетъ ниткой.

Будемъ-ли мы катетеризировать пищевода чрезъ ротъ или же чрезъ носовой проходъ, мы прежде всего встрѣчаемся съ тѣмъ препятствіемъ, которое представляетъ извѣстный уголъ направленія оси рта или носоваго прохода съ осью глотки. Этотъ уголъ измѣняется отъ движеній головы такимъ образомъ, что при крайней экстенціи головы почти совершенно изглаживается, но за то въ это время шейная часть позво-

<sup>1)</sup> Gerdy, Traité des pansements, p. 442, t. II, edit. 2, 1839, Paris.

<sup>2)</sup> Behier, l. c., p. 108.

<sup>3)</sup> Лингартъ, l. c., стр. 225.

<sup>4)</sup> Krishaber, Sonde oesophagienne laissée à demeure pendant trois cent cinq jours. Utilité de ce procédé. Gazette des Hôpitaux, Paris, 1881, p. 211.

<sup>5)</sup> Lannelongue, Rapport sur l'utilité des sondes à demeure oesophagiques dans les lésions de l'oesophage et dans les mutilations de la face et du cou. Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. VII, 1881, p. 220—229 и Rodet, De la sonde oesophagienne à demeure. Thèse de Paris, 1881.

<sup>6)</sup> Gerdy, Annales de thérapeutique, t. IV, p. 267 и Bull. et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. VII, 1881.

<sup>7)</sup> Lannelongue, l. c., p. 222.

<sup>1)</sup> Nekkach, Quelques mots sur les rétrécissements de l'oesophage et du catétérisme de cet organe par la sonde de Collin. Thèse de Paris, 1880.

<sup>2)</sup> Lesbini, l. c.

<sup>3)</sup> Лингартъ, Руководство къ оперативной хирургіи, т. II, Рус. пер. 1880, стр. 226.

<sup>4)</sup> Tillaux, Руководство къ топографической анатоміи, стр. 427, Рус. пер.

<sup>5)</sup> Velpeau, Nouveaux éléments de médecine opératoire. Paris, t. III, edit. 2, p. 686.

<sup>6)</sup> Follin, l. c., p. 118 и Journal de Chirurgie, t. 3, p. 339, 1845.

ночного столба образуетъ сильнѣйшій лордозъ и вершина этой дуги позвоночника находится на уровнѣ 5 и 6 шейнаго позвонка; вмѣстѣ съ этимъ перстневидный хрящъ прижимается сильно натянутыми частями передней поверхности шеи къ позвоночнику, и такимъ образомъ начало пищевода сплюсчивается въ передне-заднемъ направленіи. При такомъ положеніи возможно введеніе даже совершенно твердыхъ и прѣмыхъ инструментовъ, какъ это дѣлаютъ Mikulicz <sup>1)</sup>, Trendelenburg <sup>2)</sup> и нѣкоторые фокусники <sup>3)</sup>, но за то при этомъ концы зонда, скользя по задней стѣнкѣ глотки, образующей выпуклость впередъ, въдвѣдствіе лордоза шейной части позвоночника, имѣютъ большую наклонность идти въ гортань и трудно попадаютъ въ начало пищевода. Напротивъ, при сгибаніи головы уголъ, образуемый направленіемъ оси рта съ осью глотки, будетъ острымъ, въдвѣдствіе чего, понятно, введеніе зонда становится чрезвычайно труднымъ и даже невозможнымъ. Кромѣ того, въ началѣ пищевода зондъ весьма часто встрѣчаетъ препятствіе, зависящее частью отъ узости прохода, а главнымъ образомъ отъ спазмодическаго сокращенія мышечныхъ волоконъ.

Для устраненія этого препятствія достаточно болному сдѣлать легкое наклоненіе головы впередъ и одно плотательное движеніе, чтобы зондъ прошелъ далѣе; если же это не поможетъ, то нужно переждать, пока спазмъ пройдетъ. Иногда здѣсь препятствіе зависитъ отъ утолщенія и окостененія задней пластинки перстневиднаго хряща, какъ это наблюдаютъ Travers <sup>4)</sup>, Wernher <sup>5)</sup> и Hadlich <sup>6)</sup>. Мы также наблюдали одинъ подобный случай, о которомъ скажемъ впоследствии. Въ этихъ случаяхъ если не помогаютъ сгибаніе головы и плотательное движеніе, то необходимо оттянуть гортань отъ позвоночника лѣвою рукою и даже крѣпкимъ острымъ крючкомъ, какъ это дѣлалъ Wernher. Кромѣ того, для оттягиванія гортани отъ позвоночника Hüter <sup>7)</sup> советуетъ еще прибѣгать къ тому способу, которымъ обыкновенно оттягиваютъ нижнюю челюсть, а съ нею и языкъ при задушеніи отъ хлороформа, — именно онъ говоритъ, что, «заходя изогнутыми въ видѣ крючковъ указательными пальцами позади восходящихъ вѣтвей ея, можно, не открывая рта, настолько оттянуть гортань отъ позвоночника, что у входа въ пищеводъ зондъ не встрѣтитъ особеннаго затрудненія со стороны гортани». Какъ только зондъ прошелъ начало пищевода, то на дальнѣйшемъ пути при нормальныхъ условіяхъ онъ уже обыкновенно не встрѣчаетъ никакихъ препятствій и свободно идетъ до желудка, не вызывая никакихъ болей. У раздражительныхъ субъектовъ, говоритъ Mosetig-Moorhof <sup>8)</sup>, иногда зондъ встрѣчаетъ препят-

ствіе у cardiaе, въдвѣдствіе спазмодическаго зашпраниа входа въ желудокъ. Еще рѣже встрѣчаются подобныя же спазмодическія сокращенія циркулярныхъ волоконъ на протяженіи пищевода. Такія спазмодическія препятствія останавливаютъ зондъ только на короткое время, при этомъ совершенно достаточно остановить его здѣсь и произвести легкое нажатіе на замкнутую часть съ тѣмъ, чтобы преодолѣть судорогу и окончить операцію. Но если зондъ, введенный въ желудокъ, мы проведемъ дальше и уперемъ имъ въ большую кривизну его, то болной сразу почувствуетъ жестокою боль въ области желудка.

Итакъ, ни сильно разогнутое положеніе головы, ни сильно согнутое, неудобны при катетеризаціи пищевода. Самое лучшее положеніе головы будетъ промежуточное между сгибаніемъ и разгибаніемъ и еще лучше, нѣсколько, разогнутое положеніе, однако настолько, насколько позволяетъ сочлененіе затылочной кости съ атлантомъ безъ образованія лордоза въ шейной части позвоночника. При этомъ начало пищевода нѣсколько поднимается, лѣвая кривизна шейной части его, а также и передне-задняя несомно выравниваются и гортань не прижимается начало пищевода къ позвоночнику; всѣ эти условія самая благоприятныя для катетеризаціи этого органа. Въ этомъ согласны всѣ хирурги, одинъ только Chassaigiac <sup>1)</sup> утверждаетъ, что «запрокидываніе головы назадъ, совѣтуемое авторами, есть самое худшее положеніе, какое только можно дать болному. Оно образуетъ выступъ на уровнѣ шестаго шейнаго позвонка и дѣлаетъ болѣе угловатымъ шейно-спинную вогнутость». Самое лучшее положеніе, какое сдѣдуетъ дать болному, состоитъ въ сгибаніи шеи впередъ, для того, чтобы уничтожить кривизну, которая простирается отъ шестаго шейнаго позвонка до двухъ первыхъ спинныхъ». Очевидно, Chassaigiac здѣсь, говоритъ о такомъ запрокидываніи головы назадъ, при которомъ образуется лордозъ въ шейной части позвоночника и на основаніи выше нами высказанныхъ соображеній было уже признано, что такое положеніе болнаго неудобно для катетеризаціи пищевода. Что же касается того, что при экстензиі головы передне-задняя кривизна пищевода усиливается, какъ утверждаетъ Chassaigiac, то мои опыты, произведенные для этой цѣли, показали совершенно противное, — именно, при такомъ положеніи головы передне-задняя кривизна пищевода не усиливается, а напротивъ уменьшается и это уменьшеніе происходитъ насчетъ подниманія начала пищевода; въ этомъ можно убѣдиться сдѣлующимъ образомъ: на группѣ отпрепаровывается шейная часть пищевода, долька съ одной правой стороны, не повреждая остальныхъ его связей; потомъ удаляется правая ключица съ правой верхней конечностью и загнута правая боковая стѣнка груди вплоть до позвоночника, однако оставивши не тронутыми прикрѣпленія диафрагмы; носкъ этого удаляется правое легкое и отпрепаровывается правая сторона грудной части пищевода, не трогая остальныхъ его связей. Такимъ образомъ, весь пищеводъ, за исключеніемъ самой его нижней части, виднѣтъ съ правой стороны и точно также прекрасно видна его передне-задняя кривизна <sup>2)</sup>. Если мы такъ притоловленный трущъ посадимъ на табуретку, приклонивши его спиной къ стѣнѣ, укрѣпимъ руками по-

<sup>1)</sup> Mikulicz, l. c.

<sup>2)</sup> Trendelenburg, Einführung gerader Instrumente zur Extraction fremder Körper aus dem oesophagus, Lang. Arch. XIV. s. 633. 1872.

<sup>3)</sup> Panch, l. c., s. 177.

<sup>4)</sup> Travers, London med. chirurg. transactions. Vol. VII. См. у Hadlich и учебникъ хирургіи Альберта, стр. 588.

<sup>5)</sup> Wernher, Chronische vollständige Dysphagie, veranlasst durch Verdeckung des Ringknorpels des Larynx. Centralblatt f. chir. № 30. 1875.

<sup>6)</sup> Hadlich, Ein Fall von äusserer oesophagotomie wegenhochgradiger Dysphagie. Deutsche Zeitschrift für chirurgie, Bd. 17, 1882, s. 138—157.

<sup>7)</sup> Hüter, Общая и частная хирургія, т. II, ч. I, стр. 366. Рус. пер. 1883.

<sup>8)</sup> Mosetig-Moorhof, Handbuch der chirurgischen technik, Wien, 1886, s. 506.

<sup>1)</sup> Chassaigiac, l. c., ч. III, стр. 336. Рус. пер. 1869 и Mouton, l. c. p. 99.

<sup>2)</sup> Этимъ способомъ Mouton пользовался въ своихъ опытахъ для опредѣленія вліяній положенія головы на начало пищевода. См. его диссертацію, стр. 99 и 100.

ночного столба образует сильнѣйшій лордозъ и вершина этой дуги позвоночника находится на уровнѣ 5 и 6 шейнаго позвонка; вѣдѣть съ этимъ перстевидный хрящъ прижимается сильно натянутыми частями передней поверхности шеи къ позвоночнику, и такимъ образомъ начало пищевода сплюсчивается въ передне-заднемъ направленіи. При такомъ положеніи возможно введеніе даже совершенно твердыхъ и прямыхъ инструментовъ, какъ это дѣлають Mikulicz <sup>1)</sup>, Trendelenburg <sup>2)</sup> и нѣкоторые фокусники <sup>3)</sup>, но за то при этомъ условіи конецъ зонда, скользя по задней стѣнкѣ глотки, образующей выпуклость впередъ, вслѣдствіе лордоза шейной части позвоночника, имѣетъ большую наклонность идти въ гортань и трудно попадаетъ въ начало пищевода. Напротивъ, при сгибаніи головы уголъ, образуемый направлениемъ оси рта съ осью глотки, будетъ острымъ, вслѣдствіе чего, понятнo, введеніе зонда становится чрезвычайно труднымъ и даже невозможнымъ. Кромѣ того, въ началѣ пищевода зондъ весьма часто встрѣчаетъ препятствія, зависящее частью отъ узости прохода, а главнымъ образомъ отъ спазмодическаго сокращенія мышечныхъ волоконъ.

Для устранения этого препятствія достаточно больному сдѣлать легкое наклоненіе головы впередъ и одно глотательное движеніе, чтобы зондъ прошелъ далѣе; если же это не помогаетъ, то нужно переждать, пока спазмъ пройдетъ. Иногда здѣсь препятствіе зависитъ отъ утолщенія и оскотененія задней пластинки перстевиднаго хряща, какъ это наблюдали Travers <sup>4)</sup>, Wernher <sup>5)</sup> и Hadlich <sup>6)</sup>. Мы также наблюдали одинъ подобный случай, о которомъ скажемъ впереди. Въ этихъ случаяхъ если не помогаютъ сгибаніе головы и глотательное движеніе, то необходимо оттянуть гортань отъ позвоночника лѣвою рукою и даже крѣпкимъ острымъ крючкомъ, какъ это дѣлають Wernher. Кромѣ того, для оттягиванія гортани отъ позвоночника Hüter <sup>7)</sup> совѣтуетъ еще прибѣгать къ тому способу, которымъ обыкновенно оттягиваютъ нижнюю челюсть, а съ нею и языкъ при задушеніи отъ хлороформа, — именно онъ говоритъ, что, «заходя изогнутыми въ видѣ крючковъ указательными пальцами позади восходящихъ вѣтвей ея, можно, не открывая рта, настолько оттянуть гортань отъ позвоночника, что у входа въ пищеводъ зондъ не встрѣтитъ особеннаго затрудненія со стороны гортани». Какъ только зондъ прошелъ начало пищевода, то на дальнѣйшемъ пути при нормальныхъ условіяхъ онъ уже обыкновенно не встрѣчаетъ никакихъ препятствій и свободно идетъ до желудка, не вызывая никакихъ болей. У раздражительныхъ субъектовъ, говоритъ Mosetig-Moorhof <sup>8)</sup>, иногда зондъ встрѣчаетъ препят-

ствіе у cardiac, вслѣдствіе спазмодическаго загражденія входа въ желудокъ. Еще рѣже встрѣчаются подобныя же спазмодическія сокращенія циркулярныхъ волоконъ на протяжении пищевода. Такія спазмодическія препятствія останавливаютъ зондъ только на короткое время, при этомъ совершенно достаточно остановить его, здѣсь и произвести легкое нажатіе на замкнутую часть съ тѣмъ, чтобы преодолѣть судорогу и окончить операцію. Но если зондъ, введенный въ желудокъ, мы проведемъ дальше и уперемъ имъ въ большую кривизну его, то больной сразу почувствуетъ жестокою боль въ области желудка.

Итакъ, ии сильно разогнутое положеніе головы, ии сильно согнутое неудобно при катетеризаціи пищевода. Самое лучшее положеніе головы будетъ промежуточное между сгибаніемъ и разгибаніемъ и еще лучше нѣсколько разогнутое положеніе, однако настолько, насколько позволяетъ сочлененіе затылочной кости съ атлантомъ безъ образованія лордоза въ шейной части позвоночника. При этомъ начало пищевода нѣсколько поднимается, лѣвая кривизна шейной части его, а также и передне-задняя немного выравниваются и гортань не прижимаетъ начало пищевода къ позвоночнику, всѣ эти условія самыя благоприятныя для катетеризаціи этого органа. Въ этомъ согласны всѣ хирурги, одинъ только Chassaigiac <sup>1)</sup> утверждаетъ, что «запрокидываніе головы назадъ, совѣтуемое авторами, есть самое худшее положеніе, какое только можно дать больному. Оно образуетъ выступъ на уровнѣ шестаго шейнаго позвонка и дѣлаетъ болѣе угловатымъ шейно-спинную вогнутость. Самое лучшее положеніе, какое слѣдуетъ дать больному, состоитъ въ сгибаніи шеи впередъ для того, чтобы уничтожить кривизну, которая простирается отъ шестаго шейнаго позвонка до двухъ первыхъ спинныхъ». Очевидно Chassaigiac здѣсь говоритъ о такомъ запрокидываніи головы назадъ, при которомъ образуется лордозъ въ шейной части позвоночника и на основаніи выше нами высказанныхъ соображеній было уже признано, что такое положеніе больного неудобно для катетеризаціи пищевода. Что же касается того, что при экстензіи головы, передне-задняя кривизна пищевода усиливается, какъ утверждаетъ Chassaigiac, то мои опыты, произведенные для этой цѣли, показали совершенно противное, — именно, при такомъ положеніи головы передне-задняя кривизна пищевода не усиливается, а напротивъ уменьшается и это уменьшеніе происходитъ насчетъ подниманія начала пищевода; въ этомъ можно убѣдиться слѣдующимъ образомъ: на группѣ отпрепаровывается шейная часть пищевода только съ одной правой стороны, не повреждая остальныхъ его связей; потомъ удаляется правая ключица съ правой верхней конечностью и затѣмъ правая боковая стѣнка груди вплоть до позвоночника, однако оставивши не тронутыми призравленія диафрагмы; послѣ этого удаляется правое легкое и отпрепаровывается правая сторона грудной части пищевода, не трогая остальныхъ его связей. Такимъ образомъ весь пищеводъ, за исключеніемъ самой его нижней части, видѣнъ съ правой стороны и точно также прекрасно видна его передне-задняя кривизна <sup>2)</sup>. Если мы такъ приготовленный трупъ посадимъ на табуретку, прислонивши его спиной къ стѣнѣ, укрѣпимъ руками по-

<sup>1)</sup> Mikulicz, l. c.

<sup>2)</sup> Trendelenburg, Einführung gerader Instrumente zur Extraction fremder Körper aus dem oesophagus, Lang. Arch. XIV. s. 633. 1872.

<sup>3)</sup> Panch, l. c., s. 177.

<sup>4)</sup> Travers, London med. chirurg. transactions. Vol. VII. См. у Hadlich и учебникъ хирургіи Альберта, стр. 588.

<sup>5)</sup> Wernher, Chronische vollständige Dysphagie, veranlasst durch Verdeckung des Ringknorpels des Larynx. Centralblatt f. chir. № 30. 1875.

<sup>6)</sup> Hadlich, Ein Fall von allsärer oesophagotomie wegenhochgradiger Dysphagie. Deutsche Zeitschrift für chirurgie, Bd. 17, 1882, s. 138—157.

<sup>7)</sup> Hüter, Общая и частная хирургія, т. II, ч. I, стр. 366. Рус. пер. 1883.

<sup>8)</sup> Mosetig-Moorhof, Handbuch der chirurgischen technik, Wien, 1886, s. 506.

<sup>1)</sup> Chassaigiac, l. c., ч. III, стр. 336. Рус. пер. 1869 и Mouton, l. c. p. 99.

<sup>2)</sup> Этимъ способомъ Mouton пользовался въ своихъ опытахъ для опредѣленія вліяній положеній головы на начало пищевода. См. его диссертацію, стр. 99 и 100.

мощника тазъ и поясничную часть позвоночника, а верхнюю часть туловища представляем собственной тяжести, то получим усиление спинной кривизны позвоночника и вмѣстѣ съ этимъ усилятся передне-задняя кривизна пищевода. Если теперь придать головѣ положеніе крайней экстензіи, то передне-задняя кривизна пищевода вѣскольکو уменьшится и это уменьшеніе произойдетъ насчетъ подниманія начала пищевода; во при крайней флексіи головы эта кривизна пищевода видимо не измѣняется. Такимъ образомъ ясно, что величина передне-задней кривизны пищевода при экстензіи головы нѣсколько не увеличивается и эта дуга «не дѣлается болѣе угловатой»<sup>1)</sup>, какъ утверждаетъ Chassaîgnac, но напротивъ она немного даже уменьшается. Но если у того же самаго трупа выпрямить спинную позвоночника, то и передне-задняя дуга пищевода, само собою понятно, уменьшится. Такъ что величина этой дуги пищевода главнымъ образомъ зависитъ отъ степени искривленія спинной части позвоночника и въ гораздо меньшей степени отъ положенія головы. То же самое происходитъ и у живаго субъекта. Если больной сидитъ на стулѣ для производства катетеризаціи пищевода такимъ образомъ, что предоставить себѣ собственной своей тяжести, какъ обыкновенно говорятъ: «онъ сидитъ сторбвишись» или «онъ сидитъ осунувшись», то при этомъ условіи у него спинная кривизна позвоночника увеличится, соответственно этому и передне-задняя дуга пищевода будетъ выражена сильнѣе. Поэтому, прежде чѣмъ катетеризовать пищеводъ, нужно попросить больного выпрямить позвоночникъ, вслѣдствіе чего передне-заднее искривленіе пищевода значительно выровняется. Конечно, всѣ эти условія мало имѣютъ значенія для нормальнаго пищевода, но они важны для пищевода, пораженнаго болѣзненнымъ процессомъ, вслѣдствіе котораго стѣнки этого прохода сдѣлались удобразымаемыми и Pansch<sup>2)</sup> говоритъ, что «эта передне-задняя дуга пищевода становится болѣе или менѣе значительной, сообразно съ измѣненіями кривизны грудной части позвоночника; вслѣдствіе этого вѣдочный инструментъ въ средней части этой кривизны будетъ надавливать на переднюю стѣнку и въ то же время на трахею и лѣвое перекрестіе, но конецъ инструмента будетъ скользить вдоль задней стѣнки и легче всего здѣсь произведетъ прободеніе».

Кромѣ того пищеводъ, какъ извѣстно, на своемъ пути образуетъ еще боковые изгибы; въ шейной части и вначалѣ грудной онъ изгибается вправо, на уровнѣ дуги вправо и на нижнемъ концѣ снова влѣво, но въ общемъ эти изгибы на столько незначительны и эти кривизны пищевода вслѣдствіе его подвижности настолько легко выравниваются, что при введеніи зонда, говоритъ Tillaux, нѣтъ надобности принимать во вниманіе эти легкія уклоненія въ сторону<sup>3)</sup>. Но Sappey<sup>3)</sup>, изучая хирургическое значеніе этихъ боковыхъ искривленій пищевода, пришелъ къ тому заключенію, что пищеводный зондъ можетъ остановиться или по крайней мѣрѣ наткнуться въ мѣстѣ соединенія двухъ концовъ, т. е. на мѣстѣ выгуга, который образованъ лѣвой боковой стѣнкой этого прохода на уровнѣ четвертаго спиннаго позвонка, если только

хирургъ не приметъ предосторожности и не отклонитъ конецъ зонда немного вправо и назадъ». Мои опыты показали мнѣ иное, чѣмъ говорить Sappey. При катетеризаціи пищевода на трупѣ, у котораго отпрепарована правая сторона пищевода вышеописаннымъ способомъ, можно убѣдиться, что какъ боковыя искривленія пищевода, такъ и передне-заднее при нормальныхъ условіяхъ нѣсколько не мѣняють ходу оливо; при этомъ нужно обращать вниманіе на то, чтобы зондъ не отклонился слишкомъ въ сторону, но нужно направлять зондъ такъ, чтобы оливо его могла бы идти приблизительно по направленію оси прохода. Само собою понятно, что при тѣхъ условіяхъ, при которыхъ можно предполагать усиленіе нормальныхъ кривизнъ пищевода, нужно катетеризовать съ осторожностью.

Самое неприятное осложненіе при катетеризаціи пищевода состоитъ въ томъ, что зондъ принимаетъ ложное направленіе. Остаывая въ сторону тѣ случаи, когда зондъ прокладываетъ себѣ ложную дорогу, прободая слизистую оболочку или даже всю стѣнку пищевода, я здѣсь хочу рассмотреть тѣ случаи, когда зондъ, вмѣсто того, чтобы пройти позади гортани во входъ пищевода, попадаетъ въ гортань, что, по свидѣтельству Günther'a<sup>4)</sup>, случается нередко. Сначала казалось бы, что это ложное направленіе зонда тотчасъ узнается по тѣмъ бурнымъ принадлежкамъ кашля и удушья, какіе бывають при попаданіи всякаго посторонняго тѣла въ гортань вслѣдствіе чувствительности ея слизистой оболочки, но однако бывають случаи, особенно у душевныхъ больныхъ, у которыхъ чувствительность слизистой оболочки гортани понижена вслѣдствіе паралича n. laring. super. и попавшій въ гортань зондъ не вызоветъ никакихъ разстройствъ и Gerdy рассказываетъ, что въ подобномъ случаѣ Desault<sup>5)</sup>, обманутый спокойствіемъ больного, ввелъ бульонъ въ легкія. Чтобы не случилось такой ошибки, необходимо какъ можно скорѣе удостовѣриться, что зондъ пошелъ по этому ложному пути, тѣмъ болѣе, что иногда при соблюденіи всѣхъ правилъ зондъ можетъ попасть въ гортань. Такъ при дифтеріи зѣва, при страданіи центральной нервной системы неподвижно стоящій по отношению къ основанію языка надгортанникъ служитъ наилучшимъ проводникомъ для прохожденія зонда прямо въ гортань. Точно также этой случайности благопріятствуютъ иногда и недостатки epiglottidis или же язвенные процессы на немъ, опухоль у входа въ гортань, припухлости и наросты на передней поверхности тѣлъ шейныхъ позвонковъ и т. д.

Какъ выше было уже сказано, что зондъ, попавшій въ гортань, при нормальныхъ условіяхъ вызываетъ жестокой кашель и удушье. Но если этихъ признаковъ нѣтъ, то заставляють больного произносить какой-либо тонъ и если онъ въ состояніи это сдѣлать и въ состояніи даже говорить, то можно быть увѣреннымъ, что зондъ не находится въ голосовой щели. Но это далеко не всегда возможно, особенно трудно заставить это сдѣлать душевно-больныхъ, у которыхъ зондированіе пищевода трудно и у которыхъ чаще зондъ попадаетъ въ гортань, не вызывая никакихъ явлений раздраженія. Въ этихъ случаяхъ, если мы зондируемъ зондомъ изъ китоваго уха съ оливою, то наступаютъ явленія затрудненнаго доступа воздуха въ легкія; но если

<sup>1)</sup> Pansch, l. c., s. 176.

<sup>2)</sup> Tillaux, — l. c., p. 425.

<sup>3)</sup> Sappey, — l. c., t. III., p. 89.

<sup>4)</sup> Günther, — l. c., 5 Abth., 1864, s. 304.

<sup>5)</sup> Gerdy, — Traité des pensements; II édit., 2 part., Paris, 1839, p. 446.

зонд полый, то нужно обратить внимание на то, не выходит ли воздух из трубки одновременно с дыхательными движениями, поднося к отверстию зонда зажженную свечу; при этом, если пламя свечи остается спокойным, то это верный признак того, что зонд находится в начальной части пищевода; но если пламя нам указывает на ритмическое вхождение и выходение воздуха из трубки, то это тогда только указывает нам на местоположение зонда в дыхательных путях, когда он не вошел еще глубоко, так как подобное явление может быть и тогда, когда зонд находится в грудной части пищевода, как это впервые доказал Mikulicz. Для решения вопроса о местоположении зонда лучше всего в этих случаях следовать совету Gerdy, который решает этот вопрос таким образом, что если больной с закрытым ртом и носом дышит через зонд, то ясно, что он находится в дыхательных путях; в противном же случае он находится в пищеводе; при этом может быть одна случайность, которую нужно помнить, — это случайное закрытие отверстий пищевода зондом, вследствие чего можно прийти к ошибочному заключению. Некоторые авторы советуют также выскрывать небольшое количества воды в зонд, причем если вода выскрывается с камешем обратно, то можно считать, что она попала в дыхательное горло. В полной же уверенности мы можем быть лишь тогда, когда нам удастся проследить пальцем путь зонда в гортань или же мимо ее в глубину глотки.

Теперь нам остается описать самый способ катеризации пищевода. Обыкновенно вводят зонд через рот. Для этого нужно посадить больного на стул таким образом, чтобы выпрямленный позвоночник его был в вертикальном положении и плотно прилегал бы к спинке стула. Затем, придавши головѣ пациента слегка отклоненное положение назад, просим его широко открыть рот, вследствие чего нам становится легко доступной и видной вся полость рта до задней стѣнки глотки. Осмотрѣвши ротъ и глотку и вынувши какіе бы то ни было протезы, если таковые найдутся, мы вводим лѣвый указательный палец и кладем его на средину спинки языка таким образом, что слегка согнутая последняя фаланга пальца покрывает его основание и этим пальцем отжимаем язык вниз. После этого берем правой рукой зонд, как перо и вводим его в глотку по радиальной сторонѣ введеннаго лѣваго указательнаго пальца. Зондъ доходит до задней стѣнки глотки и по ней скользитъ вниз къ началу пищевода и обыкновенно безпрепятственно идетъ вниз по пищеводу; при этомъ даже эластическіе зонды, а тѣмъ болѣе твердые инструменты нужно вводить осторожно, легкими движениями, чтобы наиболѣе неприятное можно бы было ощущать. Зонды нужно брать коротко, т. е. вблизи его конца с тою цѣлью, чтобы онъ въ сколько нибудь не твердой рукѣ не дѣлалъ бы качательныхъ движений и не вызывалъ бы этимъ рвотныхъ движений. Матерчатые катетеры, французскіе и англійскіе, передъ употребленіемъ погружаютъ въ теплую воду с тою цѣлью, чтобы они были гибче; обыкновенно ихъ слегка смачиваютъ соотвѣственно пути, который они должны пройти и хорошо смазываютъ масломъ. Эластическіе зонды, въ родѣ катетеровъ Nelaton'a, просто смазываютъ масломъ и вводятъ. Кромѣ того безпокойнымъ больнымъ, чтобы предотвратить себя отъ укуса пальца, между коренными зубами кладутъ деревянный клинъ, пробку или же употребляютъ различ-

наго рода роторасширители; послѣдніе особенно удобны при катеризации у душевно больных; наконецъ для той же цѣли употребляютъ еще такъ называемый металлическій палецъ. Для питанія больных, страдающихъ судорожнымъ спазмомъ челюстей, прибѣгаютъ къ индукціонному аппарату и, въ моментъ внезапнаго разведенія челюстей подъ вліяніемъ тока, вставляютъ дилаторъ и вводятъ зондъ.

Если введеніе зонда чрезъ ротъ почему либо невозможно или если хотять его оставить въ вѣдѣніи а demente, то вводятъ его чрезъ одну изъ ноздрей. König <sup>1)</sup> советуетъ вводить зондъ чрезъ средней носовой проходъ, а Moseitig-Moorhof <sup>2)</sup> — чрезъ нижній. Мы кажется, что какъ тотъ, такъ и другой путь одинаково удобны и имѣютъ одиѣ и тѣ же неудобства и послѣдній авторъ правъ, утверждая, что этимъ путемъ можно вводить только эластическіе катетеры. Этотъ путь катеризации пищевода авторъ обыкновенно описываетъ очень кратко. На основаніи своихъ опытовъ онъ пришелъ къ тому, что здѣсь для выравниванія угла, образуемаго направленіемъ оси носоваго прохода съ осью глотки, нужно отклонить голову назадъ гораздо сильнѣе, чѣмъ при катеризации чрезъ ротъ. Затемъ, смазавши масломъ зондъ, нужно вводить его осторожно въ одинъ изъ носовыхъ проходовъ до задней стѣнки cavі nasopharyngealі и соскаты его приблизительно до isthmus faucium для того, чтобы онъ, скользя по выпуклости, образуемой лордозомъ шейныхъ позвонковъ, не вошелъ бы въ гортань. Для избѣжанія этого послѣдняго нужно придать головѣ обыкновенное положеніе и затемъ уже осторожно продвигать зондъ далѣе вниз и онъ обыкновенно безпрепятственно входитъ въ пищеводъ. Можно также и не загибать голову назадъ такъ сильно, но тогда, доведя зондъ до задней стѣнки глотки, нужно чрезъ открытый ротъ пальцемъ или же тупымъ крючкомъ вывести зондъ и проводить его далѣе внизъ обыкновеннымъ способомъ. Во всякомъ случаѣ хирургу первый способъ чаще придется употреблять, потому что зондированіе чрезъ носъ чаще всего приходится употреблять съ цѣлью питанія у психическихъ больных, у которыхъ манипулированіе по рту чрезвычайно затруднительно, а иногда даже и совершенно невозможно, съ чѣмъ согласенъ и König <sup>3)</sup>.

Для удаленія постороннихъ тѣлъ изъ пищевода существуютъ три способа: 1) проталкиваніе въ желудокъ; 2) удаленіе чрезъ полость рта и 3) эзофаготомія.

Какъ ни простъ первый способъ, но для примѣненія его необходимы спеціальныя показанія, потому что при крутыхъ, твердыхъ, угловатыхъ, острыхъ тѣлахъ проталкиваніе представляетъ опасность пораненія пищевода и тѣмъ большую опасность чѣмъ выше сидитъ инородное тѣло, но и дальнѣйшее прохожденіе этихъ тѣлъ по пищеводу также не безопасно. Поэтому этотъ способъ употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда постороннее тѣло по своимъ свойствамъ не можетъ поранить пищевода, напр. кусокъ хрица, говядины, сухожилья и т. д., и когда это постороннее тѣло засѣло ниже перстневиднаго хрица. Никомъ образомъ не слѣдуетъ употреблять этого способа при постороннихъ тѣлахъ, застрявшихъ выше перстневиднаго хрица, въ нижней части

<sup>1)</sup> König, l. c., p. 25.

<sup>2)</sup> Moseitig-Moorhof, l. c., 506.

<sup>3)</sup> König, l. c., s. 25.

глотки, такъ какъ здѣсь останавливаются слишкомъ объемистыя тѣла, которыя не могутъ пройти начальную суженную часть пищевода и сопровождаются припадками удушья вслѣдствіе давленія на гортань; слѣдовательно при проталкиваніи этихъ тѣлъ мы должны употребить насилие и кромѣ того усилимъ припадки удушья. Лучшимъ инструментомъ для проталкиванія является зондъ изъ китоваго уса, на концѣ котораго укрѣплена одна изъ слоновой кости или же круглая губка.

Второй способъ употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда постороннее тѣло или слишкомъ объемисто, или же оно острое, угловатое, напр. иглы, куски костей, рыбыя косточки и т. д. Для удаленія этихъ тѣлъ, если не удастся захватить ихъ пальцемъ, употребляется множество инструментовъ, которые Linhardt <sup>1)</sup> дѣлитъ на два класса.

Къ первому классу принадлежатъ щипцы, которыми тѣло захватывается сверху. Они могутъ быть примѣнимы только въ томъ случаѣ, когда постороннее тѣло не шарообразно и не вколотилось въ глотку или же оно находится въ верхнемъ отверстіи пищевода. Если же тѣло находится ниже верхняго отверстія, то щипцы непримѣнимы, потому что съ одной стороны ихъ нельзя раскрыть, а съ другой—вслѣдствіе кривизны они будутъ прилегать только къ передней стѣнкѣ пищевода. Самые употребительные изъ щипцовъ есть корнцангъ и глоточные щипцы.

Ко второму классу принадлежатъ инструменты, имѣющие такое устройство, что ими можно извлечь постороннее тѣло чрезъ ротъ и протолкнуть далѣе внизъ. Для этой цѣли существуетъ большое число инструментовъ, но всѣ они, кромѣ англійскаго глоточнаго крючка, не цѣлесообразны. Этотъ послѣдній инструментъ вводится въ пищеводъ также какъ зондъ при катетеризаціи его, нужно только крючокъ сильно придавливать къ боковой стѣнкѣ глотки, чтобы провести его впередъ мимо посторонняго тѣла. Когда это сдѣлано, осторожно извлекаютъ инструментъ, а съ нимъ вмѣстѣ и постороннее тѣло. Лучше всего извлекать инструментъ во время рвотныхъ движеній, потому что иначе тѣло можетъ проскользнуть мимо его.

Для извлеченія иглъ и мелкихъ остроконечныхъ костныхъ осколковъ обыкновенно употребляется глоточный проталкиватель (китовый другъ съ губкой на концѣ), но его трудно провести впередъ мимо посторонняго тѣла, поэтому Linhardt говоритъ, что было бы гораздо цѣлесообразнѣе прикрѣпить къ глоточному крючку цилиндрической кусокъ сухой губки, которая нѣсколько разбухаетъ въ то время, какъ ее продвигать нѣсколько секундъ ниже посторонняго тѣла и при извлеченіи инструмента остроконечное тѣло вкалывается въ губку.

Извлеченіе постороннихъ тѣлъ изъ пищевода много зависитъ отъ счастливой случайности, такъ что часто менѣе опытному хирургу удается успѣшно произвести операцію, послѣ того какъ искусный хирургъ безуспѣшно перепробовалъ всѣ средства.

*Счненіе пищевода* или *oesophagotomia* употребляется въ тѣхъ случаяхъ, когда втораго тѣла нельзя извлечь чрезъ ротъ или когда это тѣло не можетъ и не должно быть протолкнуто въ желудокъ. Кромѣ того, эта операція еще производится въ тѣхъ случаяхъ суженій начальной части пищевода, когда питаніе больного есте-

ственнымъ путемъ дѣлается невозможнымъ и когда хирургъ уже истощилъ всѣ средства для расширенія структуры. Здѣсь эта операція производится только для того, чтобы кормить больного и не дать ему умереть голодною смертью. Изъ этихъ показаній видно, что эта операція одна изъ самыхъ рѣдкихъ. Въ нашей клиникѣ за послѣдніи 5 лѣтъ было только два случая эзофаготоміи и оба раза производилась по поводу постороннихъ тѣлъ, застрявшихъ въ начальной части пищевода. Вотъ краткія исторіи болѣзней этихъ случаевъ.

*Первый случай.* Большой жиданецъ Тимофей Федоровъ 48 лѣтъ отъ роду, явился въ клинику 17-го марта 1881 года въ 8 часовъ вечера съ жалобой на то, что около 1 часа дня, желая быстро проглотить кусокъ тестаины, онъ подавился хрипомъ и послѣ этого до сихъ поръ не можетъ проглотить даже глотка воды. Введеннымъ зондомъ нашии въ пищеводѣ постороннее тѣло приблизительно на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка. Послѣ долгихъ попытокъ удалось изогнутыми щипцами вытащить небольшой кусочекъ хрица, остальную же большую часть нельзя было ни извлечь назадъ, ни протолкнуть впередъ. Такъ какъ никакими угрожающими явленіями, въ родѣ затрудненія дыханія и т. д., не было и такъ какъ попытки извлеченія посторонняго тѣла дались уже около 2-хъ часовъ безъ всякаго успѣха, то больной оставленъ въ покоѣ до слѣдующаго дня. На слѣдующій день, послѣ нѣсколькихъ безуспѣшныхъ попытокъ извлечь тѣло, болному въ 5 часовъ по полудни сдѣлана была *oesophagotomia* по общепринятому способу.

Разрѣвъ по внутреннему краю *m. sternocleidomastoidei sinistri* отъ перпендикулярнаго хрица до *manubrium sterni*. Послѣ разрѣза кожи и *platysmae myoides* было вскрыто влагалище *m. sterno cleido mastoidei*; затѣмъ этотъ мускулъ туннѣмъ крючкомъ отклоненъ наружу и по желобоватому возду на всемъ протяженіи рана была расщеплена *fascia media colli* или *fascia omo-clavicularis* по наружному краю щитовидной железы. Послѣ этого частью рукояткой скальпеля, а частью пальцемъ была раздѣлена клетчатая ткань, находящаяся между щитовидной железой и влагалищемъ общей сонной артерій; туннѣмъ крючкомъ, который оттягивалъ *m. sterno-cleido-mastoideus*, захвачены были сосуды и также оттянуты наружу, другимъ же крючкомъ оттянута была щитовидная железа. Теперь на позвоночномъ столбѣ ясно было видно пищеводъ въ видѣ кругловато-сплюснутаго валика, а въ нижнемъ углу раны *arteria thyroidea inferior*, которая была перерѣзана между двумя лядгатурами. Для вскрытія пищевода зондъ Vacca Berlinghieri не былъ нуженъ, такъ какъ пищеводъ былъ растянутъ постороннимъ тѣломъ, на уровнѣ котораго онъ былъ вскрытъ и безъ особеннаго труда былъ вытаскѣнъ большой нервной кусокъ хрица. Чрезъ пищеводную рану введенъ былъ въ желудокъ зондъ, посредствомъ котораго кормили больного. На верхній уголъ раны пищевода наложено три катгутовыхъ шва; точно также верхній уголъ наружной раны былъ шитъ шелковыми швами, а остальная часть раны оставлена открытой и наложена компрессы изъ Буровской жидкости.

19 Марта. Общее состояніе больного удовлетворительно; *t°* нормальна. Рана чиста.

20 Марта. Рана безъ всякой реакціи, суха и выглядитъ грязно; незначительное, клочковатое, грязное отдѣленіе издаетъ запахъ. Общее состояніе удовлетворительно. *t°* — нормальна.

21 Марта.—Рана еще грязнѣе и вонюче, на днѣ ее скопляется тягучая, клочковатая, издающая дурной запахъ жидкость, которая часто удаляется кусочками ваты.

22 Марта.—Въ 2 часа ночи у больного изъ раны было сильное артеріальное кровотеченіе, которое остановилось послѣ перевязки лѣвой общей сонной артерій въ ранѣ съ обонхъ концовъ. Однако большой потерей около 1½ ф. крови и у него появились припадки острой анеміи, которые скоро прошли послѣ примѣненія возбуждающихъ средствъ.

23—25 Марта.—*t°* нормальна. Рана очищается, отдѣлилось нѣсколько клочьевъ омертвѣлой ткани. Общее состояніе больного удовлетворительно.

<sup>1)</sup> Linhardt, Руководство къ оперативной хирургіи, русск. перев., 1880 г., т. II, стр. 228—229.

26 Марта.—Сегодня утром у больного был первый зноб.  $t=39$ ; *chinin* внутрь.  
 27—31 Марта.—У больного было несколько потрясающих знобов. Рана съ боковъ ошметилась, но на дѣѣ находится омертвѣлая клячка тлани и небольшое количество темной жидкости, издающей отвратительный запахъ. Печень и селезенка увеличены. Общее состояние больного плохое, онъ сдѣлался вялый и сонливъ. Пульсъ медленно падаетъ и 2-го Апрѣля въ 6 час. утра больной умеръ.

При вскрытіи найдено болѣе или менѣе сильно выраженное паренхиматозное воспаление внутреннихъ органовъ, плевритъ и различной величины гангренозные фокусы въ области легкихъ. Около же раны найдено флегмонозное воспаление клячтчки, распространившееся въ задній грудной промежутокъ.

*Второй случай.* Больная Анна Влазовишна; 35 лѣтъ отъ роду, поступила въ клинику 22-го Января 1885 года. *Anamnesis.* 8 дней тому назадъ больная шла за обѣдомъ пирожекъ, начиненный рубленой говядиной и почувствовала, что подавилась костью. Не смотря на всѣ попытки и усилія проглотить кость, больная ничего не добила. Обѣдъ продолжать не могла и съ трудомъ проглотила одну или двѣ ложки жидкаго киселя. Къ вечеру того же дня глотаніе сдѣлалось почти невозможнымъ по причинѣ сильной болезненности. Всякая попытка проглотить даже жидкость сопровождалась такою сильною болью въ самомъ пищеодѣ и лѣвой половинѣ груди, что больная откакалась отъ виской пиди и съ трудомъ маленькими глотками пила миндальное молоко. На другой день больная обратилась къ врачу, который, осмотрѣвши полость рта, зѣва и гортани зеркаломъ, увѣрилъ больную, что онъ кромя царинны ничего не находитъ. На третій день послѣ происшествія у больной появилась припухлость шеи въ нижней ея части. Больная нѣсколько разъ была у того же врача, который не находилъ ничего, кромя царинны, въ пищеодѣ. Однако больная ночи проводила безъ сна, ничего не ѣла, по временамъ ее знобило и припухлость на шеѣ увеличивалась. На 8-й день она обратилась въ клинику.

*Status praesens.* Больная чрезвычайно блѣдная и истощенная, кожа суха и горяча на оупу; пульсъ частый, малый, легко сжимаемый. На шеѣ, въ области щитовидной железы и надключичномъ треугольникѣ, замѣтна рѣзкая припухлость, развитая наиболѣе съ лѣвой стороны, такъ что лѣвая грудно-сосковая мышца была приподнята и смѣщена кнаружи; на правой замѣчалось то же самое, только менѣе рѣзко выражено. *Arteriae* *scrotilides* прощупывались смѣщенными кнаружи. Вся припухлость симулировала знобъ, не симметрично развѣсивши. Въ полости рта и глотки ничего ненормальнаго не найдено. При катетеризаціи пищевода зондомъ съ оловной средней величины, онъ прошелъ до желудка свободно, но, послѣ его извлечения, больная тотчасъ же откашлянула зловонный гной и въздохъ съ нимъ кусокъ кости длиною до 6 или 8 сант. Въ виду несомнѣннаго прободенія пищевода и гнойнаго скопленія въ окружающей его клячтчкѣ сейчасъ же было приступлено къ вскрытію гнойнаго фокуса и *oesophagotomia* по вышеописанному способу и когда была вскрыта *fascia omo-clavicularis*, то изъ рѣзвѣзы выдѣлилось значительное количество зловоннаго гноя. Когда рана была ошнена отъ гноя и ключень омертвѣлой тлани, чрезъ ротъ введенъ былъ зондъ и по нему найдено было отверстие, ведущее изъ пищевода въ окружающую клячтчку. Это отверстие пищевода было немного расширено и чрезъ него проведенъ былъ зондъ для кормленія. Рана дезинфекцирована 5% растворомъ карболовой кислоты, осушена и присыпана йодоформомъ. Въ глубину раны вставленъ толстый дренажъ. На правой сторонѣ шеи былъ произведенъ такой же широкий рѣзвѣзъ, также вскрыта *fascia omo-clavicularis*, но гноя не найдено. Верхняя часть раны шита, введенъ дренажъ и присыпана йодоформомъ. Обѣ раны покрыты компрессомъ, смоченнымъ въ Буровской жидкости.

Вечеромъ больная чувствуетъ себя хорошо. Кормленіе чрезъ зондъ.  $t=39$ ,  $P=120$ . Рана дезинфекцирована и осушена.

23 Января.—Ночь провела спокойно, хотя мало спала. Снова рана дезинфекцирована 5% растворомъ карболовой кислоты и тщателью осушена. Компрессы мѣняются по мѣрѣ

ихъ высыханія  $t=38.4$ ,  $P=100$ . Въ 12 часовъ дня больная чувствуетъ сильную боль и колотье въ правой половинѣ груди, незначительныя кашель и одышка. Подъ коку прыснуто морфій. Вдыханіе *Ol. therebintinae* чрезъ Вульфова склянку. Вино. Вечеромъ дыханій 40. На боль въ боку не жалуются; на вопросы неохотно отвѣчаетъ  $t=38.7$ .

24 Января.  $t=38.3$ ,  $P=130$ .  $R=34$ . Ночь провела безъ сна, изрѣдка впадая въ полудрабѣ. При перкусіи оказалось рѣзкое приглушеніе на правой половинѣ груди свадл, вибрація ослаблена и слышно слабое везикулярное дыханіе, а выше неопредѣленный выдохъ. Вечеромъ  $t=38$ ,  $P=140$ , суточное количество мочи 500 к. с. Самочувствіе плохое.

25 Января.—Не смотря на всевозможныя возбуждающія средства, постепенно развивалось затрудненіе дыханія, пульсъ падаль и больная умерла.

При вскрытіи найдены правосторонній гнойный плевритъ, незначительныя измѣненія въ паренхиматозныхъ органахъ и флегмонозное воспаленіе околотщеводной клячтчки.

Изъ этихъ двухъ исторій болѣзней видно послѣдовательное леченіе больныхъ *post oesophagotomiam* и неблагоприятныя послѣдствія, встрѣчающіяся послѣ этой операціи, изъ которыхъ самое частое и самое опасное,—это прогрессивное нагноеніе околотщеводной клячтчки и распространеніе на плевру, легкія и задній грудной промежутокъ, что влечетъ за собою смерть.

Кромѣ того, могутъ быть различной величины потери вещества въ пищеодѣ вслѣдствіе нагноенія или омертвѣнія. Въ этихъ случаяхъ при заживленіи могутъ получиться суженія пищевода, а иногда и фистула. При суженіи обыкновенно употребляютъ расширеніе зондами и буками, а фистулу стараются закрыть частой каутеризаціей или пластикой.

*Раны пищевода* рѣдко составляютъ самостоятельныя явленія; онѣ болѣе частью сопровождаютъ поврежденіями сосѣднихъ органовъ и чаще всего поврежденіями гортани или дыхательнаго горла, что весьма понятно изъ анатомическаго положенія этого органа. Онѣ встрѣчаются рѣдко; могутъ быть произведены колющими, рѣзущими и огнестрѣльными оружіемъ. Пироговъ <sup>1)</sup> сообщаетъ о двухъ случаяхъ раненія пищевода, изъ коихъ въ одномъ рана нанесена была рогомъ быка, въ другомъ—рожкомъ. Оба больные умерли вслѣдствіе глубокихъ гнойныхъ затековъ въ окружающей съ разрушеніемъ около-лежачихъ частей. У *Mondière'a* <sup>2)</sup> есть случай, гдѣ офицеръ во время фехтованія получилъ ранной ударъ въ полость рта, причемъ рашпа, прорвавъ небную занавѣску, попала въ пищеодъ и ранила среднюю часть его. Больнаго съ трудомъ удалось излечить. Кромѣ того острыя постороннія тѣла, попадая въ пищеодъ, могутъ прорвать его внутри кнаружи. Эти раны наиболѣе опасны, такъ какъ онѣ вызываютъ флегмонозное воспаленіе околотщеводной клячтчки, какъ это было въ случаѣ, описанномъ мною выше.

Рѣзаныя раны пищевода бывають продольныя и поперечныя; послѣднія случаются почти исключительно при покушеніяхъ на самоубійство и сопровождаются раненіями сосудовъ и дыхательныхъ путей. Онѣ рѣдко бывають полными и въ этихъ случаяхъ

<sup>1)</sup> Пироговъ, Начало общей военно-полевой хирургіи, ч. I, стр. 408, 1866.

<sup>2)</sup> *Mondière*, *Noté sur quelques maladies de l'oesophage*, *Arch. gén. de méd.*, 2 s., 1833. т. II, р. 504. *Nelaton*, *Хирургическая патологія*, русск. пер., ч. III, стр. 359, 1889.

аярая ихъ мало расходятся. Но если пищеводъ совершенно перерѣзанъ, то онъ значительно сокращается и въбѣтъ съ дыхательнымъ горломъ можетъ скрываться даже за грудную кость, особенно при глубокомъ вдыханіи, такъ что рана можетъ зиять на ширину ладоны и при заживленіи стѣнка пищевода можетъ зарубцоваться съ кожей шеи, образуя грубообразный свищъ пищевода. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ Нитеръ<sup>1)</sup> удалось закрыть свищъ съ помощью пластической операціи.

Продольныя раны пищевода обыкновенно излечиваются безъ шва, такъ какъ онѣ не зияютъ, но при поперечныхъ по Robert'у събѣдуетъ накладывать шовъ и Bogman<sup>2)</sup> этимъ путемъ получилъ prima intentio. Напротивъ, Пироговъ<sup>3)</sup> считаетъ шовъ «вовсе не практичнымъ, такъ какъ ткани пищевода вовсе не наклонны къ сращенію per primam». Онъ совѣтуетъ ограничиться введеніемъ желудочнаго зонда для искусственнаго питанія больного, чѣмъ предотвращается попаденіе пищи въ рану и инфицированіе ея, а Jarjavay<sup>4)</sup> совѣтуетъ еще придать головъ согнутое положеніе, чѣмъ достигается соединеніе краевъ раны. Nelaton<sup>5)</sup> и Fischer<sup>6)</sup> совершенно основательно признаютъ, что при полныхъ поперечныхъ ранахъ пищевода наложеніе шва не необходимо, такъ какъ множество наблюденій доказываютъ возможность заживленія подобныхъ ранъ вълѣдствіе одного приличнаго положенія раненаго и одновременнаго введенія зонда въ пищепріемникъ, а съ другой стороны были случаи, въ которыхъ, несмотря на шовъ, оставались свищи. При полныхъ же поперечныхъ ранахъ пищевода необходимо ввести въ нижнюю часть зондъ для кормленія раненаго. Эти раны очень опасны и послѣ нихъ часто остаются свищи на всю жизнь.

Порѣзы и поковы, наносимые пищеводу сбоку, могутъ поранить одинъ только пищеводъ; но эти поврежденія очень рѣдки и хотя онѣ скоро заживаютъ, все-таки на первыхъ порахъ необходимо питать больного чрезъ зондъ во избѣжаніе попаданія пищи въ окружающую кѣлѣчатку. Огнестрѣльныя раны пищевода, вълѣдствіе глубокаго положенія органа, встрѣчаются рѣдко; такъ американскій<sup>7)</sup> отчетъ содержитъ въ себѣ 10 ранъ пищевода. Пироговъ также рѣдко ихъ встрѣчалъ. Онѣ обыкновенно сопровождаются значительными разрушеніями важныхъ и многочисленныхъ сосѣднихъ органовъ, но несомнѣнно могутъ заживать, если разрушенія не особенно велики. Пуля можетъ задѣть пищеводъ, проходя съвязъ шею съ одной стороны на другую и въбѣдриться затѣмъ въ одинъ изъ позвонковъ, точно также можетъ произойти только ушибъ, который въслѣдствіи можетъ повести къ прободенію. Выхожденіе пули съ испражненіями позволяетъ заключить о прободеніи пищевода. Какъ примѣръ этого рода, Пироговъ<sup>8)</sup> приводитъ случай Бодана, гдѣ было «прободеніе пищепріемника пулею безъ всякихъ опасныхъ припадковъ; пуля отошла на 17-й день съ испражненіями рег

анш. Раненымъ выздоровѣлъ». Послѣ пулевыхъ раненій пищевода при заживленіи могутъ получиться фистулы и Jarjavay<sup>1)</sup> приводитъ случай Triouen (obs. med. chir., p. 40), который наблюдалъ солдата, получившаго огнестрѣльную рану ниже шитовиднаго хрипа; верхняя часть трахеи была снесена въбѣтъ съ передней стѣнкой пищевода. При заживленіи получился фистула, въ которую вставляли воронку и кормили несчетнаго раненаго.

Теперь остается мнѣ сказать еще о томъ, что пищеводъ, вълѣдствіе своего тѣснаго соотношенія съ многочисленными важными органами, при заболѣваніи можетъ вліять на эти сосѣдніе органы, точно также и наоборотъ—при заболѣваніи этихъ послѣднихъ пищеводъ можетъ страдать. Но во избѣжаніе повтореній, мнѣ кажется, лучше отнести это къ клиническому отдѣлу.

## Этіологія.

Этіологія рака пищевода, какъ вообще раковаго процесса и въ другихъ органахъ, покрыта еще глубокимъ мракомъ. Однако въ настоящее время известны многіе моменты, способствующіе развитію этого страданія. Относительно частоты этой болѣзни, въ сравненіи съ раковымъ процессомъ другихъ органовъ, мнѣе авторовъ таково, что эта болѣзнь рѣдко встрѣчается. По статистикѣ Talchou<sup>2)</sup>, необладающей положительною точностію, на 9118 смертныхъ случаевъ отъ раковыхъ заболѣваній въ Сенскомъ департаментѣ за 10 лѣтъ (1830—1840), на ракъ пищевода приходится только 13 случаевъ. Большею точностію отличается таблица, составленная Marc d'Espine<sup>3)</sup> для Женевы за 7 лѣтъ (1838—1845 гг.); по этой таблицѣ изъ 471 случая смерти отъ рака, на раковый процессъ пищевода приходится 8 случаевъ, а по Lebert'у<sup>4)</sup> изъ 409,—9. Zenker<sup>5)</sup> изъ 5079 вскрытій нашелъ первичный ракъ пищевода 13 разъ=0,25%, кромѣ того 6 случаевъ вторичнаго рака, распространеннаго отъ желудка, что составило 0,11%. Напротивъ, по Крузенштерну<sup>6)</sup> въ Обуховской больницѣ въ С.-Петербургѣ ракъ пищевода въ сравненіи съ другими органами встрѣчается относительно часто. Такъ за 7 лѣтъ (1877—1883) на секціонномъ столѣ было 330 вскрытій труповъ умершихъ отъ рака, изъ нихъ на ракъ пищевода приходится 56 случаевъ. Въ Академической Хирургической Клиникѣ за послѣднія 6 лѣтъ (съ Сентября 1880 по май 1886 г.) было вообще всѣхъ больныхъ 1127 (792 мужч. и 335 женщ.); изъ этого числа страдающихъ ракомъ было 141 (100 мужч. и

<sup>1)</sup> Нитеръ, Общая и частная хирургія, рус. пер. 1883. Т. II, ч. 1, стр. 362.

<sup>2)</sup> Fischer, Болѣзни шеи, русск. пер., отд. 44 хирургія Вильгера и Локке. 1880. стр. 215.

<sup>3)</sup> Пироговъ, I. c., ч. I, стр. 403 и 409.

<sup>4)</sup> Jarjavay, Traité d'anatomie chirurgicale, t. II, Paris. 1854. p. 159.

<sup>5)</sup> Nelaton, I. c., p. 360.

<sup>6)</sup> Fischer, I. c., s. 216.

<sup>7)</sup> Fischer, I. c., s. 210.

<sup>8)</sup> Пироговъ, I. c., стр. 411, ч. I.

<sup>1)</sup> Jarjavay, I. c., p. 159.

<sup>2)</sup> Gustave Marchand, — Contribution à l'étude des néoplasies de l'oesophage et en particulier des accès de suffocation et de la pseudo-angine de poitrine. Thèse de Paris, 1880, p. 11.

<sup>3)</sup> Hermann Gosebruch; — Ueber carcinom des Oesophagus. Diss. 1874. Berlin.

<sup>4)</sup> Lebert, — Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer. Paris. 1851.

<sup>5)</sup> Zenker und Ziemssen, — Болѣзни пищевода, Русск. пер. 1880. стр. 150.

<sup>6)</sup> Крузенштернъ, — Исслѣдованія о ракъ пищевода. Дисс. 1885. С.-Петербургъ.

41 женщ.), изъ нихъ на ракъ пищевода пришлось 32. Число всѣхъ аутопсий за этотъ промежутокъ времени было 63, изъ нихъ число всѣхъ вскрытій умершихъ отъ рака различныхъ органовъ—26, изъ коихъ на ракъ пищевода приходится 11; что составляетъ 42,3%. Такой большой процентъ раковыхъ заболѣваній пищевода по нашей статистикѣ объясняется чисто случайными причинами и въ рѣшеніи вопроса относительно частоты этого заболѣванія не имѣетъ никакого значенія. Дѣло въ томъ, что въ нашу клинику отовсюду собираются больные съ различными хроническими болѣзнями. По этой же причинѣ у насъ сланкомъ часто встрѣчаются спондилиты и кокситы, процентъ которыхъ при вычисленіи получился бы такой же огромный.

Относительно *наследственности* рака пищевода статистическія данныя, существующія въ литературѣ, мало дали положительныхъ результатовъ и обыкновенно почти всѣ авторы приводятъ случай Gaitskell<sup>1)</sup>, гдѣ сынъ, отецъ и дѣдъ умерли отъ раковаго стуженія пищевода. Однако англійскіе авторы, — Morell Mackenzie и Richardson были гораздо счастливѣе французскихъ и нѣмецкихъ. Они принимаютъ, что наследственное влияние является весьма сильнымъ. Изъ 60 случаевъ Mackenzie <sup>2)</sup> въ 11 кто-нибудь изъ членовъ семьи большого страдалъ ракомъ, а въ одномъ изъ нихъ отецъ пациента умеръ отъ стригтуры пищевода, а Richardson изъ 10 больныхъ, не знавъ ни одного, въ родствѣ котораго не было бы случаевъ заболѣванія злокачественнымъ новообразованіемъ.

Наши больные болѣею частью были люди не интеллигентные, при распросѣхъ о болѣзняхъ родственниковъ обыкновенно отказывались дать какія либо указанія; только въ трехъ случаяхъ мы могли констатировать несомнѣнное наследственное предрасположеніе. Первый изъ нихъ былъ дѣаконъ Преображенскій, 50 лѣтъ, у котораго отецъ умеръ отъ стуженія пищевода, довольно быстро развившагося; второй мѣдичанинъ Егоръ Зиминъ, 32 лѣтъ, отецъ котораго находился въ нашей клиникѣ по поводу раковой опухоли щеки и третій мясникъ Иванъ Бунмаринъ, братъ котораго умеръ отъ стригтуры пищевода 53 лѣтъ отъ роду. Всѣ эти больные, также какъ и родственники ихъ, были сильные потаторы.

Всегда существенно предрасположеніе опредѣляется, какъ вообще и при другихъ ракахъ, *возрастомъ*. Наши больные по возрасту и полу распределяются слѣдующимъ образомъ:

Лѣта . . . . .	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	Итого.	Средній возрастъ.
Мужчинъ . . . . .	1	10	8	16	10	17	5	1	68	50,6
Женщинъ . . . . .	1	4	2	6	3	1	3	1	21	49,7

<sup>1)</sup> Lacour. — Etude sur le cancer de l'oesophage. Thèse de Paris. 1881, p. 10.

<sup>2)</sup> Morell Mackenzie. — Lectures on cancer of the oesophagus. Medical Times and Gazette, June 17, 1876, p. 649.

Изъ этой таблицы видно, что наибольшее число заболѣваній встрѣчалось въ возрастѣ отъ 46 до 60, т. е. 53 случая или  $\frac{3}{5}$  части всѣхъ случаевъ. Слѣдовательно въ нашихъ наблюденіяхъ ракъ пищевода чаще встрѣчался въ пожиломъ возрастѣ и рѣже въ старческомъ. То же самое мы находимъ и у Крузенштерна<sup>1)</sup>, по статистикѣ котораго изъ 60 случаевъ въ возрастѣ отъ 46 до 60 лѣтъ было 34 случая. У иностранныхъ же авторовъ ракъ пищевода чаще встрѣчается въ болѣе пожиломъ возрастѣ, что видно изъ слѣдующаго сопоставленія таблицъ:

Лѣта . . . . .	20—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81 и старше.	Всѣхъ.
Mackenzie . . . . .	—	8	28	34	24	6	—	100
Zenker . . . . .	—	1	5	4	3	1	1	15
Ziemssen . . . . .	—	2	4	7	5	—	—	18
Petri <sup>2)</sup> муж. . . . .	4	1	6	17	5	3	—	36
жен. . . . .	—	—	1	1	1	—	—	3
Lebert . . . . .	—	—	—	4	5	—	—	9
Lacour . . . . .	—	7	18	32	въ 60 до 80—32	—	1	90
Béhier <sup>3)</sup> . . . . .	3 сомни- тельн.	4	10	11	10	3	2	43
Marchand . . . . .	—	—	7	4	13	—	—	24
И т о г о . . . . .	7	23	79	114	98	13	4	338

Итакъ наибольшее число заболѣваній по иностраннымъ авторамъ наблюдается въ возрастѣ отъ 50 до 70 лѣтъ.

Кромѣ того ракъ пищевода, въ противоположность другимъ ракамъ, чаще наблюдается у мужчинъ. Среди нашихъ больныхъ было 68 мужчинъ и 21 женщина. Изъ 60 больныхъ Крузенштерна было 34 мужч. и 26 женщ. Mackenzie изъ 100 имѣлъ 71 мужч. и 29 женщ. По свидѣтельству этого послѣдняго автора д-ръ Habershon даетъ таблицу 21 случая, изъ нихъ 15 мужч. и 6 женщ. Zenker и Ziemssen изъ 33 больныхъ имѣли 28 мужч. и 5 женщ. У Petri изъ 44 было 41 мужч. и только 3 женщ. У Lebert<sup>4)</sup> изъ 9 было 8 мужч. и только одна женщина. Marchand изъ 30 больныхъ имѣлъ 26 мужч. и 4 женщ. Béhier изъ 49 имѣлъ 37 мужч. и

<sup>1)</sup> Крузенштернъ. — I. с. стр. 8.

<sup>2)</sup> Petri. Ueber 44 Fälle von Krebs der Speiseröhre; Diss. Berlin. 1868.

<sup>3)</sup> Béhier, I. с. p. 51.

12 женщ. Относительно возраста мужчин и женщин у меня оказывается, что средний возраст для мужчин—50,6; для женщин—49,7 т. е. что мужчины, страдающие раком пищевода, вообще старше женщин. То же самое, но в более резкой степени, мы находим у Mackenzie, у которого средний возраст для мужчин—52,43; а для женщин—44,5 и у Nabershon'a изъясняющего средний возраст мужчин—56,5; а женщин—46,5. Наоборот, у Крузенштерна и у Petri средний возраст женщин, умерших от рака желудка, выше; по Petri средний возраст для мужчин—52,66, а для женщин—55 лет; по Крузенштерну же средний возраст мужчин—50, а женщин 56,3. Мой материал и материал д-ра Крузенштерна должен бы быть одинаковым, а между тем при вычислении среднего возраста для мужчин и женщин, заботящихся раком пищевода, получается разность. Врооятно для решения этого вопроса нужны большие цифры, чем те, которыми мы имеем. Во всяком случае твердо установлен тот факт, что раком пищевода мужчины заболывают несравненно чаще женщин, по Lacour<sup>1)</sup> в 5 или 6 раз больше и «это, говорит Mackenzie<sup>2)</sup>, тем более замечательно, что вообще от рака умирает вдвое больше женщин, чем мужчин». Объяснение этого факта по Mackenzie и Zenker<sup>3)</sup> нужно искать в том обстоятельстве, что мужчины гораздо чаще подвержены весьма вероятным производным болезням, между которыми прежде всего стоит *пьянство*, которое с одной стороны само по себе может служить predisposing моментом, так как оно ослабляет способность сопротивления организма, а с другой—это порождается обжорством, обременением желудка с их последствиями, отрыжкой и рвотой, торопливой едой, причем иногда проглатываются громадные куски горячей пищи, которая подчас направлена слишком острыми пряностями,—все это подвергает слизистую оболочку пищевода разнообразнейшим insultам. Это же самое относится и к тем больным, которых хотя и нельзя назвать пьяницами, но между тем они пользуются слишком роскошным столом. Сюда же относится и те больные, которые по своим занятиям принуждены питаться неправильно, слишком торопливо, причем получают ожоги, ушибы и царапины на слизистой оболочке пищевода. Среди наших больных, умеренно пьющих спиртные напитки, преимущественно водку (умеренный potator), найдено 9 мужч. и 3 женщ.; в порядочном количестве пьющих (порочный potator), причем нередко бывающих пьяными—13 мужч. и 2 женщ.; пьяниц и заюем пьющих (сильный potator)—1 женщ. и 14 мужч., из коих у 4-х по несколько раз был delirium tremens patatorum, а всех потаторов—42, т. е. почти половина всех случаев. Кроме того, в пяти случаях сами больные определявшим образом приписывали начало своей болезни ожог горячей пищей, а в одном случае—царапин сухой булкой при торопливой еде.

Некоторые авторы указывают еще на существование повторных ангиж, как на причину раковой дегенерации пищевода, а Graef<sup>4)</sup>—на неумеренное курение табаку.

<sup>1)</sup> Lacour,—1. с., p. 10.

<sup>2)</sup> Mackenzie,—1. с., p. 650.

<sup>3)</sup> Zenker и Ziemssen,—1. с., стр. 161

<sup>4)</sup> Behier,—1. с., p. 95.

Среди наших больных четверо очень много курили и у них найдено было хроническое воспаление глотки. Кроме того в одном случае больной в продолжении 3-х лет страдал частыми воспалениями глотки, после чего у него явились все признаки ракового стужения шейной части пищевода. Подобный случай описал Richard<sup>1)</sup>.

О других явлениях, указываемых авторами, как то сифилис, простуда, рубцы пищевода и т. д. по нашим случаям судить невозможно, так как показания больных были слишком сбивчивы и неопределены. Но Zenker и Ziemssen<sup>2)</sup> говорят, что вопрос—не отличаются ли рубцы пищевода расположением к раковому поражению—заслуживает тщательного исследования. Morell Mackenzie<sup>3)</sup> обращает еще внимание на то, что рак пищевода может развиваться на почве функционального расстройства этого органа. Этот факт он много раз наблюдал и для иллюстрации приводит случай, где блдная женщина, 45 лет от роду, крайне нервная, в продолжении 10 лет страдала расстройством глотания чисто нервного происхождения. Впоследствии у ней развилась эпителиома пищевода, от которой через год она и умерла. Еще более поразительный случай рассказан у Everard Home<sup>4)</sup>. Одна дама чувствовала некоторое затруднение при глотании почти от самого рождения и в последние 13 лет своей жизни страдала крайней дисфагией. В последние 6 недель она не могла проглотить ничего твердого. После смерти в средней 1/3 пищевода было найдено раковое поражение этого прохода с изъязвлением и распространением на легочную ткань.

Кроме того, д-р Крузенштерн<sup>5)</sup> обращает внимание на часто встречающуюся сращенія грудных плевр, которые в известной степени должны изменять конфигурацию и подвижность пищевода и еще обращает внимание на изменения в положении желудка вследствие его сращенія с соседними органами. Эти причины вероятно составляют, так сказать, один из механических этиологических моментов. Из этих механических причин гораздо большего внимания заслуживают искривления позвоночника, влияющие на положение пищевода, затем оспетевшие перстневидного хряща и увеличение бронхиальных лимфатических желез. Из наших больных один с искривлением позвоночника (kypho-scoliosis), оставшего после левостороннего плевролитита и один с оспетением перстневидного хряща страдали раком пищевода.

Заканчивая обзор этиологических моментов рака пищевода, нужно признаться, что все вышеизложенные производящие причины далеко еще не доказаны, он только, так сказать, намечены, а решение этих вопросов принадлежит будущему.

<sup>1)</sup> Behier,—1. с., p. 100.

<sup>2)</sup> Zenker и Ziemssen,—1. с., стр. 162.

<sup>3)</sup> Mackenzie,—1. с., p. 650.

<sup>4)</sup> Pitt. по Mackenzie.

<sup>5)</sup> Крузенштерн,—1. с., стр. 12.

## Патологическая Анатомія.

Раковое новообразование может развиваться в любой части пищевода, но вообще эту болѣзнь поражаютъ такія мѣста, которыя больше подвергаются механическимъ исцуптамъ, какъ напр. на уровнѣ задней пластинки перстневиднаго хряща, дѣлений дыхательнаго горла, на мѣстахъ перекрещиванія съ аортой и лѣвымъ бронхомъ и въ мѣстѣ прохожденія сѣвоя hyatus oesophageus диафрагмы. Относительно вопроса, гдѣ чаще всего наблюдается ракъ, мнѣнія авторовъ чрезвычайно разнорѣчивы. Между тѣмъ какъ по Рокитанскому <sup>1)</sup> «чаще всего поражается ракомъ верхняя половина грудной части пищевода, нежели нижній конецъ его», Köhler <sup>2)</sup> и почти все французскіе авторы, — Mondière <sup>3)</sup>, Lebert <sup>4)</sup> и позднѣе Лабульенъ <sup>5)</sup> принимаютъ, что обыкновеннымъ мѣстомъ рака служатъ оба конца прохода. Rindfleisch <sup>6)</sup> и Klebs <sup>7)</sup> утверждаютъ, что средняя часть, въ частности-же мѣсто, соответствующее раздвоенію дыхательнаго горла, служитъ самымъ обычнымъ мѣстомъ пребыванія рака. Напротивъ того Birch-Hirschfeld <sup>8)</sup>, Förster <sup>9)</sup>, Führer <sup>10)</sup> и Ziegler <sup>11)</sup> принимаютъ нижній конецъ пищевода передъ cardia за самое обыкновенное мѣсто развитія рака, по Förster'у въ  $\frac{1}{2}$  всехъ случаевъ, а Führer объясняетъ это тѣмъ анатомическимъ фактомъ, что железы пищевода чѣмъ ближе къ мѣсту входа въ желудокъ, тѣмъ «становятся многочисленнѣе и разрастаются въ вѣтвистыя ацинозные, а эти послѣдніи вездѣ имѣютъ большое предрасположеніе къ раковому перерожденію».

Понятно, что такая путаница можетъ быть устранена только статистикою, превосходное начало которой положено не Petri, какъ утверждаютъ нѣмецкіе авторы Zenker и Ziemssen <sup>12)</sup>, а еще знаменитымъ французскимъ патолого-анатомомъ Lebert'омъ, <sup>13)</sup> который изъ 9 своихъ случаевъ встрѣтилъ ракъ въ верхней части 4 раза, въ средней—2 и въ нижней—3 раза. Держась формы этой статистики, нѣкоторые авторы тщательно составили таблицы и если мы прибавимъ къ этимъ таблицамъ свои случаи и случаи

<sup>1)</sup> Rokitanaky.—Руководство къ частной Патологической Анатоміи. Русск. пер., 1857., час. II, стр. 184.

<sup>2)</sup> Köhler.—Die Krebs- und Scheinkrebs-krankheiten des Menschen. Stuttgart, 1853. S. 246.

<sup>3)</sup> Mondière.—Recherches pour servir à l'histoire de l'oesophageite aiguë et chronique.—Archives générales de médecine. Paris. T. XXV. 1831. p. 385.

<sup>4)</sup> Lebert.—I. c. p. 442.

<sup>5)</sup> Лабульенъ.—Новые элементы патологической Анатоміи описательной и гистологической. Русск. пер. 1879, вып. 1-й, стр. 134.

<sup>6)</sup> Rindfleisch.—Lehrbuch der patholog. Gewebelehre. Рус. пер. 1869. стр. 558.

<sup>7)</sup> Klebs.—Handbuch der patholog. Anatomie. Рус. пер. 1871. вып. I, стр. 111.

<sup>8)</sup> Birch-Hirschfeld.—Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Bd. II. 2 Lfg. Leipzig. 1884. S. 508.

<sup>9)</sup> Förster.—Handbuch der Speciellen Pathologischen Anatomie. Zweite Auflage, Leipzig, 1863. S. 59.

<sup>10)</sup> Führer.—Handbuch der chirurgischen Anatomie. Erste Abth., Berlin, 1857. S. 416.

<sup>11)</sup> Ziegler.—Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Zweiter Theil. Erste Abth. Jena. 1883. S. 288.

<sup>12)</sup> Zenker и Ziemssen.—I. c. стр. 152.

<sup>13)</sup> Lebert.—I. c. p. 442.

всѣхъ гастростомій <sup>1)</sup>, произведенныхъ французскими, нѣмецкими, англійскими и русскими хирургами, въ которыхъ указано мѣстоположеніе рака, то у насъ получится слѣдующая таблица:

А В Т О Р Ы.	Въ верхней трети.						Всего.
	Въ верхней трети.	Въ средней.	Въ нижней.	Въ верхней и средней.	Въ средней и нижней.	Во всехъ третяхъ.	
Petri . . . . .	2	13	18	1	8	1	43
Zenker . . . . .	2	1	6	2	3	1	15
Крузенштернъ . . . . .	3	30	14	2	11	—	60
Mackenzie . . . . .	44	28	22	—	Нижняя половина = 6	—	100
Наши случаи . . . . .	10	18	61	—	—	—	89
Наши препараты . . . . .	3	2	4	—	2	—	11
Французскіе случаи гастростомій . . . . .	4	2	3	1	—	—	10
Нѣмецкіе . . . . .	8	3	22	1	3	—	37
Англійскіе . . . . .	13	11	14	1	1	—	40
Русскіе . . . . .	2	12	15	—	1	—	30
Итого . . . . .	91	120	179	8	35	2	435

Изъ этой таблицы видно, что чаще всего ракомъ поражается нижняя треть, мѣсто часто—средняя и рѣже всего—верхняя. Одинъ только Mackenzie утверждаетъ противное, а между тѣмъ случаи англійскихъ гастростомій показываютъ, что ракъ нижней трети пищевода наблюдается немного чаще или по крайней мѣрѣ также часто, какъ и ракъ верхней трети.

Въ большинствѣ случаевъ новообразование является въ кольцеобразной или поясной формѣ, высота кольца равняется 3—8 сант.; оно бываетъ иногда не полнымъ, при этомъ слизистая оболочка въ видѣ узкой полосы часто остается нетронутой, какъ это было въ 6 случаяхъ у Крузенштерна и въ 12 случаяхъ у Petri. Наблюдались

<sup>1)</sup> Исторія болѣзни больныхъ, которымъ сдѣлана гастростомія, мы читали у L. H. Petit.—Traité de la Gastrostomie, Paris. 1879; у Zesas'a—Die Gastrostomie und ihre Resultate. Langenbeck's Archiv, Bd. XXXII. S. 188 и весьма много по оригинальнымъ работамъ.

однако и такія формы, которыя ограничивались одною лишь стѣнкою пищевода въ видѣ бляшки или островка; эту форму ошибочно Lebert <sup>1)</sup> считаетъ за самую обыкновенную. Наши препараты представляютъ кольцеобразныя формы поражений; занимающія ограниченное пространство пищевода и только въ одномъ случаѣ (препаратъ у большого Петра Михайлова) ракъ занималъ всю нижнюю половину его. Нѣкоторые авторы, — Ribbentrop <sup>2)</sup>, Zenker <sup>3)</sup> и Petri <sup>4)</sup>, наблюдали даже и такія рѣдкія формы поражений, гдѣ ракъ распространялся на весь пищеводъ, начиная съ самаго его начала до кардии, вслѣдствіе чего пищеводъ имѣлъ видъ толстой кишки. Обыкновенно ракъ пищевода развивается изъ одного узла и даже тамъ, гдѣ кольцо представляется вполне закрытымъ, не существуетъ отдѣльных гнѣздъ. Этотъ вопросъ имѣетъ огромное значеніе при удаленіи рака шейной части пищевода. Однакоже иногда въблизи гларного гнѣзда замѣчаютъ одинъ или два мелкихъ островка, совершенно отдѣленныхъ отъ главнаго. Такіе узлы Крузенштернъ встрѣтилъ на своихъ препаратахъ 6 разъ. Тоже наблюдалъ Nicaise <sup>5)</sup>. Крайне рѣдко встрѣчаются такія формы поражений, гдѣ существуютъ два отдѣльных гнѣзда довольно одинаковой степени развитія, такъ что трудно рѣшить, идетъ ли здѣсь дѣло о необыкновенно ранней и потому достигнутой высшаго развитія диссеминаціи или же о двухъ съ самаго начала совершенно самостоятельныхъ гнѣздахъ. Таковы случаи Schuh <sup>6)</sup> и Zenker'a <sup>7)</sup>; у первого изъ этихъ авторовъ одна раковая язва, превратившая стѣнку пищевода въ толстый цилиндръ, сидѣла въблизи кардии, а другая — въ средней трети пищевода, но у втораго только одно жѣсто посрединѣ пищевода, въ 4 сант. длины, было совершенно свободно отъ рака, тогда какъ во всей верхней части и въ нижней находились обширныя раковыя изъязвленія. Такой же случай наблюдалъ Gallard <sup>8)</sup>, гдѣ одно раковое суженіе было въ верхней части, а второе немного ниже средней части, болѣе узкое, чѣмъ первое; между этими суженіями пищеводъ былъ расширенъ и содержалъ пищевыя вещества; стѣнки расширенной части не были поражены ракомъ. Кромѣ того, въ выходной части желудка найдена была величиною съ вишню раковая опухоль не изъязвившаяся.

Вначалѣ раковая опухоль пищевода представляется въ видѣ узла или бляшки, болѣе или менѣе возвышающейся надъ уровнемъ слизистой оболочки, съ рѣзкими или разлитыми краями, съ гладкой или сосочковой, а иногда бугристой поверхностью. Инфильтрированная сѣровато-бѣлыми массами и утолщенная слизистая оболочка срастается съ мускульнымъ слоемъ, теряетъ свою подвижность, растяжимость и морщинистость; въ то же время довольно рано мышечный слой пищевода гипертрофируется, иногда на значительномъ протяженіи. Мало-по-малу инфильтрація ново-

образованными массами распространяется какъ по поверхности слизистой оболочки такъ и въ глубину въ видѣ сѣровато-бѣлой полость, пронизывающихъ гипертрофированный мышечный слой, который постепенно уничтожается; наконецъ и наружная жѣлѣзчатка тоже инфильтрируется, утолщается и дѣлается плотной. Такимъ образомъ, стѣнка пищевода во всей своей толщѣ на извѣстномъ протяженіи кругомъ инфильтрируется, утолщается иногда до 3 сант., теряетъ свою растяжимость и дѣлается твердой и неподвижной, вслѣдствіе чего развивается важнѣйшее для жизни рака пищевода измѣненіе, а именно *суженіе*, которое, какъ указываетъ вышеприведенная таблица, чаще всего встрѣчается въ нижней, рѣже въ средней и наиболѣе рѣдко въ верхней трети. Какъ скоро инфильтратъ сдѣлается посылымъ, а иногда даже и раньше, вслѣдствіе различныхъ механическихъ вредныхъ вліяній, главнымъ образомъ раздраженія при прохожденіи пищи, застрѣванія частицъ ея и ихъ гніенія, новообразование съ внутренней стороны цѣлкомъ или же по частямъ начинаетъ распадаться и такимъ образомъ получается язва съ неправильными отвороченными и инфильтрированными краями, съ мелко-зернистымъ или же бугристымъ, а иногда сосочковымъ дномъ; «чѣмъ мягче и сочнѣе новообразование, говоритъ Klebs <sup>1)</sup>, тѣмъ быстрее оно распадается». Большею частью язвы бываютъ полными и только рѣдко занимаютъ одну стѣнку пищевода. На всѣхъ своихъ препаратахъ мы нашли полную язву и только въ одномъ случаѣ (препаратъ обѣ больной Ольги Гавриленко) небольшое изъязвленіе находилось на задней стѣнкѣ пищевода. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковыя массы могутъ быть разрушены до такой степени, что язва принимаетъ видъ простой язвенной язвы. Такой случай мы имѣемъ на препаратъ отъ большого Вилана, гдѣ для доказательства раковой природы язвы намъ пришлось микроскопомъ изрѣзать 16 кусочковъ, взятыхъ изъ различныхъ мѣстъ язвы; подобные же случаи мы находимъ у Petri <sup>2)</sup>, — №№ 28 и 34 и у Zenker'a <sup>3)</sup>. Rokitansky <sup>4)</sup> даже принимаетъ, что послѣ такихъ полныхъ разрушеній можетъ произойти радикальное излеченіе съ рубцовымъ суженіемъ пищевода, но, къ сожалѣнію, въ пользу этого, особнякомъ стоящаго мнѣнія, нѣтъ никакихъ фактическихъ доказательствъ.

Что касается до состоянія остальныхъ частей пищевода непораженныхъ раковымъ новообразованиемъ, то обыкновенно находятъ, что та часть органа, которая находится подъ суженіемъ, бываетъ нормальна. Но Béhier <sup>5)</sup> замѣчаетъ, что «довольно обыкновенно эта часть пищевода постепенно суживается и теряетъ свой нормальный калибръ. Это сокращеніе органа происходитъ вслѣдствіе того закона патологической физиологии, въ силу котораго всякій мышечно-перепончатый проходъ, какъ только перестаетъ функционировать, стремится сократиться безъ явныхъ измѣненій въ строеніи стѣнокъ». Напротивъ того въ отдѣлѣ пищевода, лежащемъ выше суженія, болѣею частью находятъ нѣкоторыя измѣненія. Чаще всего находятъ мышечную гипертрофію, главнымъ образомъ круговаго мышечнаго слоя; эта мышечная гипертрофія обычно-

<sup>1)</sup> Lebert, I. c. p. 442 и 443.

<sup>2)</sup> Ribbentrop, Preuss. Vereins-Zeitung, 1849. № 9.

<sup>3)</sup> Zenker und Ziemssen, I. c., стр. 151.

<sup>4)</sup> Petri, I. c.

<sup>5)</sup> Nicaise, Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. XI, 1885, p. 485.

<sup>6)</sup> Schuh, Ueber die Erkenntniss der Pseudoplasmen. Wien. 1851. s. 252.

<sup>7)</sup> Zenker und Ziemssen, I. c., стр. 151 и 156.

<sup>8)</sup> Gallard, Leçons de clinique médicale. Paris. 1872, p. 19—32.

<sup>1)</sup> Klebs, I. c., s. 111.

<sup>2)</sup> Petri, I. c.

<sup>3)</sup> Zenker und Ziemssen, I. c., стр. 154.

<sup>4)</sup> Rokitansky, I. c., часть I, стр. 278.

<sup>5)</sup> Béhier, I. c. p. 92.

вено распространяется на небольшое протяжение и весьма рѣдко она является по всему протяженію до глотки, но всегда въ убывающей степени снизу вверхъ. Она болѣею частью выражена незначительно, но въ некоторыхъ случаяхъ «мышечный слой» пищевода, какъ утверждаютъ Zenker и Ziemssen <sup>1)</sup>, можетъ достигнуть значительной толщины, до 5 мм. и болѣе и въ этихъ случаяхъ онъ представляетъ видъ плотнаго, просвѣчивающаго, какъ студень, слоя, получающаго отъ отвѣсно пронизывающихъ его бѣлыхъ соединительно-тканыхъ полосъ вѣера». То же самое говорятъ и Förster <sup>2)</sup>. Здѣсь гипертрофія мышцъ развивается вслѣдствіе постояннаго упражненія ихъ при усиленныхъ движеніяхъ для продвиганія пищевыхъ веществъ чрезъ суженное мѣсто; слѣдовательно, на нее здѣсь нужно смотрѣть какъ на vis medicatrix naturae. Съ другой стороны, рядомъ съ мышечной гипертрофіей идетъ разрастаніе соединительной ткани, которая призываетъ мышечный слой въ видѣ бѣлыхъ полосъ, что, по словамъ Zenker'a и Ziemssen'a, даетъ утолщенную мышечную оболочку видъ вѣера. Damachino <sup>3)</sup> видѣлъ только разрастаніе соединительной ткани между мышечными пучками, но истинной гипертрофіи мышечной ткани не нашелъ. Напротивъ того г. Крузенштеръ <sup>4)</sup> во многихъ своихъ случаяхъ встрѣчалъ не гипертрофію, но напротивъ атрофію мышечнаго слоя, которая «наблюдалась главнымъ образомъ при высокой локализціи раковъ или въ такихъ случаяхъ, гдѣ раковая инфильтрація распространялась вверхъ преимущественно въ глубокихъ слояхъ стѣнокъ пищевода». Но въ сожалѣнію этотъ послѣдній авторъ не говоритъ, въ чемъ состояли атрофическія явленія.

Другое важное измѣненіе, которому подвергается часть пищевода, лежащая выше суженія, состоитъ въ ея расширеніи. Это расширеніе, по мнѣнію почти всѣхъ авторовъ, бываетъ не всегда, но оно наблюдается довольно часто и болѣею частью выражено незначительно, но въ рѣдкихъ случаяхъ дѣло доходитъ до очень значительныхъ расширеній. Оно рѣзче всего выражено тотчасъ надъ суженіемъ и по направленію вверхъ постепенно уменьшается. Появленіе этихъ расширеній объясняютъ механической причиной, вслѣдствіе наполненія и застоя пищевыхъ веществъ и сжима надъ суженной частью пищевода, почему обыкновенно находятъ, что расширеніе бываетъ тѣмъ рѣзче выражено, чѣмъ ниже находится суженіе и Zenker и Ziemssen <sup>5)</sup> назвали эти расширенія *застойными*. Но уже Behier <sup>6)</sup> не удовлетворяется такимъ объясненіемъ, тѣмъ болѣе, что при рубцовыхъ суженіяхъ расширенія вышележащей части пищевода наблюдаются гораздо рѣже, чѣмъ при раковыхъ стриктурахъ, а между тѣмъ условія въ обоихъ случаяхъ должны бы быть одинаковыми. Поэтому онъ еще допускаетъ здѣсь, кромѣ механическихъ причинъ, уменьшеніе сопротивляемости сократительной оболочки пищевода, а Zenker и Ziemssen прямо говорятъ: «поя мышечной стѣны сохраняетъ свою сократительность, до тѣхъ поръ пищевыя вещества, задержива-

ваемая въ своемъ передвиженіи внизъ существующимъ суженіемъ, быстро отыгаются назадъ; вслѣдствіе этого дѣло не доходитъ до продолжительнаго застоя пищи, а слѣдовательно и до расширенія. Только когда мышечная энергія истощена отъ чрезмѣрнаго напряженія, когда сократительность мышечнаго слоя, обыкновенно гипертрофированнаго, болѣе или менѣе подорвана процессами перерожденія, — только тогда можетъ имѣть мѣсто накопленіе пищевыхъ веществъ и, слѣдовательно, постоянное расширеніе».

Наконецъ рядомъ съ мышечной гипертрофіей и расширеніемъ вышележащей части пищевода иногда еще находятъ легкое утолщеніе слизистой оболочки и ея эпителія, что, вѣроятно, зависитъ отъ реактивнаго воспаленія, вызываемаго какъ самимъ новообразованіемъ, такъ и остатками пищи, подвергающимся нѣрѣдко здѣсь гніенію.

Вообще всѣ авторы, какъ клиницисты, такъ и патолого-анатомы говорятъ о послѣдовательныхъ измѣненіяхъ пищевода очень кратко и въ общихъ чертахъ, явно забывающа другъ отъ друга. Специальныхъ-же работъ объ этомъ предметѣ нѣтъ или по крайней мѣрѣ я видѣть не могъ найти. Что-же касается нашихъ препаратовъ, то я тоже не изслѣдовалъ ихъ въ этомъ направленіи, но на аутопсияхъ мы обращали на это вниманіе и оказалось, что только въ одномъ случаѣ (препар. отъ Врофьева) было небольшое расширеніе вышележащей части пищевода, причемъ оболочки этой части были нѣсколько утолщены, а слизистая оболочка гипертрофирована, сочна и немного разрыхлена. Въ остальныхъ 10 случаяхъ мы никакихъ видимыхъ измѣненій не замѣчали, кромѣ небольшой гиперемии частей вблизи суженія.

Дальнѣйшее распространеніе рака пищевода происходитъ, какъ и при другихъ ракахъ, троякимъ путемъ: путемъ *непосредственно продолженія, диссеминаціи и метастазовъ*; при этомъ нужно замѣтить, что при ракѣ пищевода этотъ послѣдній способъ распространенія бываетъ гораздо рѣже, чѣмъ при раковомъ пораженіи другихъ органовъ.

Путемъ *непосредственно продолженія* ракъ верхней части пищевода переходитъ на глотку, но это бываетъ рѣдко, какъ и вообще рѣдко ракъ верхней части. Наоборотъ, ракъ нижней части пищевода довольно часто переходитъ на кардію и желудокъ. Среди нашихъ препаратовъ нѣтъ ни одного, гдѣ бы ракъ верхней части пищевода распространялся на глотку; тогда какъ ракъ нижней части пищевода распространялся на кардію и желудокъ въ двухъ случаяхъ (препараты отъ большихъ Петра Михайлова и Основа).

Гораздо важнѣе и разнообразнѣе бывають переходы *по смежности тканей* (per contiguitatem). Этими путемъ могутъ поражаться не только тѣ органы, которые соприкасаются съ пищеводомъ, но и лежащіе въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ него; вслѣдствіе этого происходятъ крайне разнообразныя осложненія, чрезвычайно запутывающія клиническую картину основной болѣзни, поэтому чрезвычайно важно хорошо ихъ изучить и подробно рассмотреть всѣ возможные случайности.

Чаще всего ракъ пищевода переходитъ на органы дыханія, при этомъ можетъ поражаться гортань, дыхательная трубка съ ея вѣтвями и легкія съ плевроальными мѣшками.

Переходъ рака пищевода на гортань случается очень рѣдко; при этомъ новообра-

<sup>1)</sup> Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 29.

<sup>2)</sup> Förster, l. c., s. 60—61.

<sup>3)</sup> Marchand, l. c., p. 16—17.

<sup>4)</sup> Крузенштеръ, l. c., стр. 18.

<sup>5)</sup> Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 41

<sup>6)</sup> Behier, l. c., p. 89—90.

зованные массы из пищевода переходят на глотку и слизистую оболочку гортани, как это было в одном случае у Крузенштерна <sup>1)</sup>, а в случае Destrée <sup>2)</sup>, кроме поражения задней стѣнки гортани, рак почти совершенно уничтожил epiglottis. В некоторых случаях наблюдались даже перфорации задней стѣнки гортани (Mougo <sup>3)</sup>.

Самое частое осложненіе рака верхней половины пищевода происходит со стороны дыхательной трубки и ея вѣтвей; при этом задняя перепончатая стѣнка трахеи инфильтрируется раковыми массами и путемъ язвеннаго распада новообразованія часто устанавливаются ненормальныя сообщенія пищевода съ дыхательнымъ горломъ. Среди нашихъ препаратовъ въ двухъ случаяхъ найдены перфорации задней стѣнки дыхательнаго горла (препараты отъ Алексѣева и Киселева). Крузенштернъ <sup>4)</sup> ихъ встрѣтилъ 2 раза. Проболеніе въ трахею особенно часто наблюдалъ Mackenzie <sup>5)</sup>,—въ 20 случаяхъ и преимущественно около мѣста дѣленія на бронхи. Изъ 44 случаевъ Petri сообщеніе съ дыхательной трубкой было найдено 4 раза. Иногда новообразованная масса, инфильтрируя перепончатую стѣнку дыхательнаго горла, вырастаютъ въ видѣ опухоли и входятъ въ просвѣтъ трахеи. Такихъ случаевъ намъ встрѣтилось два: у большаго Каина и Павловой; у перваго больного при аутопсїи на задней стѣнкѣ дыхательной трубки, на 4 сант. ниже перстневиднаго хряща, найдена была конусообразная, сидящая на широкомъ основаніи, опухоль величиною въ лѣсной орѣхъ, вдающаяся въ просвѣтъ трубки. У второй больной, въ слѣдствіе затрудненія дыханія, пришлось дѣлать трахеотомию и зѣсь на задней стѣнкѣ дыхательнаго горла встрѣтилась опухоль, суживающая просвѣтъ трубки. Совершенно такіе же случаи наблюдали Lancereaux и Negard <sup>6)</sup>. Сюда же относится случай Schmitt'a <sup>7)</sup>, гдѣ на задней стѣнкѣ трахеи, на уровнѣ ея раздвоенія, найдена опухоль величиною въ орѣхъ, почти совершенно закупоривающая отверстіе лѣваго бронха.

Нѣсколько рѣже поражаются бронхи, при этомъ ракъ пищевода можетъ переходить какъ на правый бронхъ, такъ и на лѣвый. Mackenzie <sup>8)</sup> наблюдалъ перфорацию праваго бронха 7 разъ, а лѣваго 4 разъ; Крузенштернъ <sup>9)</sup>—перфорацию праваго бронха 1 разъ, а лѣваго 3 разъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдалось проболеніе въ оба бронха. Béhier <sup>10)</sup> приводитъ случай Salneuve'a, гдѣ ракъ пищевода перфорировалъ трахею и оба бронха заразъ; а въ случаѣ Duriau была перфорирована трахея одновременно съ лѣвымъ бронхомъ.

Кромѣ того раковое пораженіе иногда переходитъ на заранѣе уже воспалительно оплотнѣвшую кѣтъчатку задняго межлегочнаго пространства или шеи, которая въ слѣдствіе этого утолщается лишь умѣренно и разлитымъ образомъ, плотно склеивается

со стѣнкой пищевода, увеличивая ея толщину. Но, съ другой стороны, она можетъ образовать опухоль, иногда очень большую, которая сдавливаетъ дыхательное горло или отбѣняетъ его въ сторону. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (препар. отъ Каина) ракъ верхней части пищевода перешелъ въ кѣтъчатку правой половины шеи и образовалъ большую опухоль, помѣщающую позвонки и снаружи большихъ сосудовъ шеи и распространяющуюся отъ перстневиднаго хряща до дуги аорты. Эта опухоль распалась и образовала сообщеніе съ пищеводомъ. Трахея была отбѣнена въбокъ и впередъ. Béhier <sup>1)</sup> приводитъ случай Coulon'a, гдѣ ракъ пищевода сжалъ трахею и оттолкнулъ ее впередъ. Прижатіе дыхательнаго горла у Крузенштерна <sup>2)</sup> отбѣнено въ 4-хъ случаяхъ, а прижатіе бронховъ—въ 8-ми. Подобные же случаи Marchand <sup>3)</sup> собралъ изъ французской литературы (obs: II, XII, XIV). Suzanne <sup>4)</sup> наблюдалъ случай, гдѣ ракъ средней трети пищевода въ видѣ опухоли съ малое яблоко сильно прижалъ правый бронхъ и перфорировалъ лѣвый. Кромѣ того можетъ случиться, что ракъ пищевода можетъ образовать сообщеніе съ одной стороны съ дыхательнымъ горломъ или съ другимъ изъ бронховъ, а съ другой—съ какимъ либо другимъ органомъ. Сюда относится случай Robert'a <sup>5)</sup>, гдѣ ракъ верхней трети пищевода образовалъ ненормальное сообщеніе съ дыхательнымъ горломъ и съ правой плечевой на уровнѣ верхушки легкаго.

Кромѣ того весьма рѣдко ракъ верхней трети пищевода осложняется пораженіемъ возвратныхъ нервовъ, точно также какъ ракъ средней и нижней трети—пораженіемъ блуждающихъ нервовъ; при этомъ нервные стволы могутъ страдать отъ послѣдовательнаго воспалительнаго процесса, могутъ плотно прирости къ наружной стѣнкѣ раковой опухоли, такъ что съ большимъ трудомъ отсепаровываются; но иногда они вовлекаются въ массу опухоли, пронизываются раковыми кѣтъчками и въ слѣдствіе этого со временемъ атрофируются. Среди нашихъ препаратовъ въ двухъ случаяхъ (препар. отъ Алексѣева и Каина) наблюдалось пораженіе блуждающихъ и возвратныхъ нервовъ и въ одномъ случаѣ (препар. отъ Вилица) пораженъ былъ одинъ правый п. vagus. Случай пораженія возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ собранъ у Marchand'a <sup>6)</sup>, Lacour'a <sup>7)</sup> и Lemaître'a <sup>8)</sup>. Сюда же относятся случаи Michaux <sup>9)</sup>, Desnos <sup>10)</sup> и Ganzinotty <sup>11)</sup>.

Въ рѣдкихъ случаяхъ ракъ пищевода переходитъ на плевру или легкое. По свидѣтельству Béhier <sup>12)</sup> еще Vigla замѣтилъ, что, согласно анатомическому расположенію

<sup>1)</sup> Крузенштернъ, —I. с., случ. 27.

<sup>2)</sup> Destrée, —La presse médicale Belge, 1881, XXXIII, № 5, p. 33.

<sup>3)</sup> Цит. по Крузенштерну—стр. 29.

<sup>4)</sup> Крузенштернъ, I. с., стр. 29.

<sup>5)</sup> Mackenzie, I. с., Medical Times and Gazette, Juli 22. 1876. p. 81.

<sup>6)</sup> Lacour, I. с., p. 72.

<sup>7)</sup> Schmitt, Revue médicale de l'Est, t. XIV, 1882. Nancy. p. 491.

<sup>8)</sup> Mackenzie, I. с., p. 81, Juli 22, 1876.

<sup>9)</sup> Крузенштернъ, I. с., стр. 30.

<sup>10)</sup> Béhier, I. с., p. 83.

<sup>1)</sup> Béhier, I. с., p. 82.

<sup>2)</sup> Крузенштернъ, I. с., стр. 26.

<sup>3)</sup> Marchand, I. с.

<sup>4)</sup> Suzanne, Journal de médecine de Bordeaux, № 2, p. 15. 1884—1885.

<sup>5)</sup> Robert, Bulletins de la société anatomique de Paris, s. 4, t. V, 1880. p. 372.

<sup>6)</sup> Marchand, I. с.

<sup>7)</sup> Lacour, I. с.

<sup>8)</sup> Lemaître, Complications pleuro-pulmonaires du cancer de l'oesophage. Thèse de Paris. 1880.

<sup>9)</sup> Michaux, Le progrès médical. Paris. 1879. p. 469.

<sup>10)</sup> Desnos, Revue mensuelle de médecine et de chirurgie. Paris. 1879. p. 49.

<sup>11)</sup> Ganzinotty, Revue médicale de l'Est, t. XVI, 1884. Nancy. p. 358.

<sup>12)</sup> Béhier, I. с., p. 85.

Мужчина 52 л., поевщик, поступил в клинику 24 апреля 1880 года.

*Anamnesis.*—Съ февраля мѣсяца затрудненіе глотанія твердой пищи, которая останавливается на уровнѣ середины грудной кости; легкія покаяльванія. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивается. Въ началѣ марта можетъ глотать только жидкую пищу и то при вертикальномъ положеніи; частая регургитация, крови не было. Сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. Незадолго передъ поступленіемъ в клинику явился кашель съ труднымъ отблѣненіемъ мокроты.

*Status praesens.*—Больной хрипкаго сложенія, худой, анемичный. Перкуссия и аускультация ничего важнаго не открываютъ. При зондированіи на 35—36 сант. отъ зубовъ найдено неопредѣлимое препятствіе. Послѣ приема пищи регургитация почти тотчасъ же. Самые тонкіе зонды не проходятъ; питаніе черезъ клапирты. 26-го апрѣля зондированіе, зондъ останавливается на 33—34 сант. отъ зубовъ. Исхуданіе и ослабленіе дошло до крайности. Съ 15-го мая удрученіе глотанія, а 5-го іюня хорошо глотаетъ полужидкую пищу. Зондъ однако не проходитъ и введеніе его болѣзненно. Общее состояніе улучшилось, вѣсъ поднялся на 3,5 kilogram. 8-го іюня утромъ знобъ съ головкруженіемъ, большой лежать въ кровати, аппетитъ уменьшился, жажда сильная; t=38, 1; P=92. При объективномъ исследованіи ничего не найдено. Вечер. t=39,8 P.=100. Больной всталъ съ кровати, упалъ и ушибъ затылокъ; безсознаніе, которое скоро прошло. 11-го іюня ночью безволеился, утромъ въ полномъ сознаніи. Къ 2-мъ часамъ больной безъ сознанія, не говоритъ, бессмысленно смотритъ и безпокоится. Параличей нѣтъ, чувствительность сильно понижена, легкій парезъ лѣваго тазя; лѣвая глазная щель не вполне закрывается. 12-го іюня больной находится въ томъ же состояніи, t=40,4. Смерть въ 10 часовъ, а чрезъ 1/2 часа послѣ смерти t=in recto=42.

*Autopsia.*—На лѣвой сторонѣ внутренней поверхности durae matris небольшое кровоизліаніе, явленія менингита; въ веществѣ мозга мѣстами размягченныя глыба. Pericarditis (3—4 ложки гнойной жидкости). Въ заднихъ и нижнихъ частяхъ легкыхъ—отечность. Въ пищеводѣ на 9 сант. выше cardia, на уровнѣ 7-го груднаго позвонка, найдена раковая опухоль, величиной больше талера, изъязвленная, съ распадомъ; срощеніе съ бронхіальными вѣтвями и околосердечіемъ, часть которой соответственно предсердію инфильтрирована раковыми массами и склеена съ заднею поверхностью его рыхлыми фибринозными отложениями. На задней поверхности лѣваго предсердія находится величиною въ марку размягченная часть, которую зондъ проходитъ одною своею тяжестью кругомъ этого мѣста ткани воспалены. Игаль въ этомъ случаѣ прямой переходъ рака пищевода на околосердечіе и лѣвое предсердіе вызвало неполное свободеніе послѣдняго. Смерть произошла вслѣдствіе эндокардита, развившагося при язвенномъ процессѣ и обусловившаго эмболическій (септический) менингитъ и энцефалитъ, который предупредилъ полное прободеніе предсердія и смертельное кровоизліаніе.

Какъ я уже раньше упоминалъ, что ракъ пищевода путемъ непосредственнаго продолженія можетъ переходить въ окружающую пищеводъ рыхлую клетчатку, гдѣ, разрастаясь, образуетъ большія опухоли. Эти опухоли впоследствии распадаются, устанавливаются сообщенія съ пищеводомъ, а иногда прорываются въ клетчатку заднаго груднаго промежутка и производятъ здѣсь воспаленіе и даже омертвѣніе ея на большомъ протяженіи, отчего является гангкросовіе или гангкросовіе со всеми послѣдствіями. Но иногда раковая опухоль пищевода срощается съ позвоночникомъ, вслѣдствіе чего происходитъ настоящее разрастаніе костной ткани (hyperformation), какъ это наблюдалъ Graves <sup>1)</sup>. Въ рѣдкихъ случаяхъ раковая опухоль переходить даже на тѣла позвонковъ, совершенно разрушаетъ костную ткань одного или нѣсколькихъ тѣлъ и,

даваясь въ видѣ холма въ каналъ позвоночника, сдавливаетъ спинной мозгъ и производитъ смертельную паралигию. Подобные случаи наблюдали Aussant <sup>1)</sup> и Zenker <sup>2)</sup>. Въ этихъ обоихъ случаяхъ ракъ находился въ верхней половинѣ пищевода, да иначе не можетъ и быть, такъ какъ нижняя половина пищевода отдалена отъ позвоночника. Въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (преп. отъ Алексѣева) ракъ верхней части пищевода перешелъ на окружающую клетчатку и образовалъ большую опухоль, которая плотно была срощена съ тѣлами первыхъ пяти грудныхъ позвонковъ, которые однако не были повреждены. У Petri <sup>3)</sup> въ сл. 21 ракъ пищевода распространился на твердую оболочку спиннаго мозга въ области 9 и 10 грудныхъ позвонковъ, не затроуивъ этихъ послѣднихъ, и вызвалъ размягченіе лѣваго заднаго спинномозгового столба, вслѣдствіе чего явилась паралигия, причѣмъ параличъ на лѣвой ниж. конечности былъ выраженъ рѣзче, чѣмъ на правой. Въ этомъ случаѣ ракъ пищевода прорвался въ задній грудной промежуткъ и вбродно распространился въ спинно-мозговую каналъ чрезъ межпозвоночныя отверстія.

Распространеніе рака пищевода путемъ *диссеминаціи* или занесенія клѣтокъ, способныхъ къ размноженію, встрѣчается по Zenker'у и Ziemssen'у <sup>4)</sup> не очень рѣдко, при этомъ въ сосѣднихъ съ главнымъ фокусомъ тканяхъ находятся отдѣльные раковые узелки, величиною съ чечевицу и болѣе, которые, сливаясь между собою и съ главнымъ глыбомъ, способствуютъ увеличенію послѣдняго. Изъ нашихъ препаратовъ ни въ одномъ не было этихъ вторичныхъ узловъ. У Крузенштерна эти узлы были въ случ. 29 и 32.

При ракъ пищевода наблюдаются *метастазы* въ другихъ органахъ. Относительно того вопроса, какъ часто при ракъ пищевода наблюдаются переносы, Mondière <sup>5)</sup> говоритъ: «обыкновенно находятъ по длинѣ наружной поверхности пищевода пораженныя лимфатическія железы болѣе или менѣе перерожденныя, но по Béhier <sup>6)</sup> «это бываетъ далеко не такъ часто»; точно также и по Рокитанскому <sup>7)</sup> «ракъ пищевода въ большей части случаевъ встрѣчается одинъ въ организмѣ, т. е. рѣдко осложняется ракомъ въ другихъ органахъ». Lebert <sup>8)</sup>, Förster <sup>9)</sup> и Köhler <sup>10)</sup> держатся того мнѣнія, что при ракъ пищевода иногда встрѣчаются переносы въ лимфатическихъ железахъ, но метастазы въ отдаленные органы бываютъ очень рѣдко. Между тѣмъ какъ въ Petri <sup>11)</sup> и Zenker'a <sup>12)</sup> метастазы наблюдались очень часто, —около 60%, изъ коихъ въ 20% переносы были отысканы только въ железахъ, а въ 40%, кромѣ железъ,

<sup>1)</sup> Béhier, —l. c., p. 89 и Mondière, —Arch. génér., T. XXX, p. 515.

<sup>2)</sup> Zenker und Ziemssen, —l. c., стр. 156—157.

<sup>3)</sup> Petri, —l. c.

<sup>4)</sup> Zenker und Ziemssen, —l. c. стр. 158.

<sup>5)</sup> Mondière, l. c. Ach. génér. de méd., 1831, t. XXV, p. 387.

<sup>6)</sup> Béhier, l. c., p. 68.

<sup>7)</sup> Rokitsansky, l. c., s. 184.

<sup>8)</sup> Lebert, l. c., p. 444—445.

<sup>9)</sup> Förster, l. c., s. 61.

<sup>10)</sup> Köhler, l. c., s. 249.

<sup>11)</sup> Petri, l. c.

<sup>12)</sup> Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 159.

узлы были еще и в других органах. У Крузенштерна <sup>1)</sup> из 60 случаев только в 5 отсутствовало вторичное поражение желез и в 11, кроме желез, найдены были метастазы в других органах.

Из 11 наших случаев в 6 найдены метастазы, из них в 5 были поражены железы; в одном случае, кроме желез, были найдены переносы и в других органах и в одном найдены метастазы без поражения желез. Итак по нашим случаям и случаям Крузенштерна при раке пищевода поражаются очень часто лимфатические железы и гораздо реже находятся метастазы в других органах; это последнее противоречит статистике Petri и Zenker'a.

При раке пищевода обыкновенно прежде всего поражаются ближайшия, лимфатические железы и чаще всего пищеводныя, трахеальные, бронхиальные и эпитрахеоскопические, а при страданіи верхней трети пищевода поражаются и железы шеи—*glandulae cervicales profundae inferiores*, которыя находятся в глубинѣ надключичной ямки. на плечевом сплетеніи и на лѣстныхъ мышцахъ, равно какъ и в углу, образуемом подключичной веной съ внутренней артеріей. Рѣдко поражаются даже сонныя железы. Сначала в железистой ткани находятся нѣсколько бѣлыхъ узелковъ, которыя разрастаются до того, что въ железахъ остаются только слѣды ея ткани; при этомъ вся железа увеличивается, капсула ея утолщается, въ окружающей ткани образуется реактивное воспаленіе, вслѣдствіе чего нѣсколько сосѣднихъ пораженныхъ железъ крѣпко соединяются между собою и образуютъ иногда большую опухоль, которая можетъ производить прижатіе сосѣднихъ органовъ, особенно самаго пищевода и бронховъ. Вслѣдствіе центральныхъ части железы размягчаются, въ нихъ образуется густая, желтоватаго цвѣта, масса, которая иногда прорывается чрезъ окружающую ихъ сумку и тогда образуются сообщенія со смежными органами, наприм. съ пищеводомъ, бронхами, а иногда съ окологлоточной клетчаткой и въ этомъ послѣднемъ случаѣ иногда образуются большія гнойныя скопленія.

Послѣ железъ метастазы при раке пищевода часто наблюдаются в печени; при этомъ можетъ быть найдено одинъ или же нѣсколько узловъ, но иногда, какъ это было в 3 случаяхъ у Крузенштерна <sup>2)</sup>, печень сплошь была пронизана раковыми узлами, изъ которыхъ многіе были весьма значительной величины и размягчены въ центрѣ. Изъ нашихъ случаевъ только въ одномъ (препаратъ отъ Осипова) въ правой доли печени найдено было нѣсколько узловъ, величиною отъ коноплянаго зерна до лѣснаго орѣха. У Petri <sup>3)</sup> метастазы въ печени были найдены в 9 случаяхъ, изъ нихъ въ 4—въ одной только печени безъ поражения железъ. Такъ какъ въ переносы в печени были найдены при раке нижней части пищевода, то Petri думаетъ, что раковыя кѣтки были занесены сюда чрезъ нижнія пищеводныя вены, впадающія въ вены желудка, которыя извиваются въ воротную вену. Во всякомъ случаѣ этотъ путь для распространенія рака есть исключительный, такъ какъ известно, что раковыя элементы обыкновенно разносятся по лимфатическимъ путямъ.

Такъ же часто, какъ и в печени, метастазы наблюдаются въ легкихъ, гдѣ иногда

находить одинъ или нѣсколько узловъ; но иногда, какъ въ случаѣ Zenker'a <sup>4)</sup>, тѣмъ обильнѣе легкія бываетъ пронизана довольно большимъ числомъ кругловатыхъ, бѣдно-сѣрыхъ, весьма сочныхъ узелковъ, величиною отъ горошины до вишневаго ядрышка и больше, сидящихъ то въ глубинѣ, то на поверхности. Изъ нашихъ случаевъ въ одномъ (препаратъ отъ Осипова) былъ найденъ метастатическій узелъ въ верхней долѣ праваго легкаго. Крузенштернъ и Petri нашли ихъ по три раза.

Рѣже заносные узлы наблюдаются въ почкахъ. Изъ нашихъ случаевъ въ одномъ былъ найденъ узелъ въ правой почкѣ. Крузенштернъ ихъ наблюдалъ 2 раза и при томъ оба раза въ обѣихъ почкахъ.

Въ грудобрюшной перегородкѣ заносные узлы были найдены въ одномъ нашемъ случаѣ (преп. отъ Яковлева); узлы находились въ жокахъ диафрагмы и при томъ железъ не были поражены. Въ этомъ же случаѣ кроме того найдены были узлы въ салынкѣ.

Въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдались метастазы въ сердцѣ. Въ 51 случ. д-ра Крузенштерна переносный узелъ величиною въ горошину помѣщался въ сосочной мышцѣ лѣваго желудочка. То же самое наблюдалъ д-ръ Китаевскій <sup>5)</sup>. Наконецъ, въ крайне рѣдкихъ случаяхъ при раке пищевода наблюдались метастазы въ костяхъ. У Крузенштерна въ сл. 17 переносные узлы были найдены в костяхъ черепа. Въ одномъ случаѣ Petri нашелъ ихъ въ лѣвой подвздошной и въ лобной костяхъ.

Въ пищеводѣ наблюдается почти исключительно плоско-эпителиальный ракъ. У Petri въ 44 случая принадлежатъ этому виду рака. Изъ 60 случаевъ Крузенштерна въ 57 былъ плоско-эпителиальный ракъ и по одному случаю цилиндрическаго рака, мелко-клеточнаго обыкновеннаго рака и мозговика. Mackenzie <sup>6)</sup> изъ 100 случаевъ въ 68 нашелъ эпителиому, въ 18—скірръ и въ 14 энцефалоидъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи нашихъ препаратовъ оказалось, что въ 9 случаяхъ былъ плоско-эпителиальный ракъ и въ двухъ (препараты отъ Яковлева и Осипова) мелко-клеточный обыкновенный ракъ съ большимъ развитіемъ соединительной ткани (волокнустый ракъ, Scirrhus). Въ этихъ послѣднихъ двухъ случаяхъ ракъ помѣщался въ нижней трети пищевода и только въ этихъ двухъ случаяхъ найдены были метастазы, кроме железъ, и въ другихъ органахъ, тогда какъ плоско-эпителиальный ракъ въ нашихъ случаяхъ давалъ метастазы въ однѣ ближайшия лимфатическія железы и ни въ одномъ случаѣ не было переносовъ въ другіе органы.

По изслѣдованіямъ Кармалъта <sup>7)</sup> раковое разрѣшеніе беретъ свое начало отчасти въ глубокихъ слояхъ эпителиальнаго покрова слизистой оболочки пищевода, отчасти въ эпителии выводныхъ протоковъ слизистыхъ железъ. Микроскопическая картина сѣрвѣвъ изъ нашихъ препаратовъ показываетъ вполнѣ типическую картину плоско-эпителиальнаго рака. Въ большинствѣ случаевъ слизистый и подслизистый слой пищевода были замѣнены разнообразной формы гнѣздами, состоящими изъ кѣтвѣвъ пластинчататаго эпителия. Гнѣзда имѣли форму болѣе или менѣе круглую, овальную, кол-

<sup>1)</sup> Zenker und Ziemssen, I. c., стр. 159.

<sup>2)</sup> Китаевскій, «Врачъ» за 1882 г., №№ 37 и 39.

<sup>3)</sup> Mackenzie, I. c., p. 82.

<sup>4)</sup> Virchow's Archiv, t. 55, s. 481, 1872. См. Zenker und Ziemssen, стр. 150.

<sup>1)</sup> Крузенштернъ, I. c., стр. 40 и 41.

<sup>2)</sup> Крузенштернъ, I. c., стр. 41.

<sup>3)</sup> Petri, I. c.

овидную и иногда неправильно-цилиндрическую; отъ этихъ гнѣздъ нерѣдко отходили въ разныя стороны цуги эпителиальныхъ кѣтокъ, расположенныхъ болѣею частью въ нѣсколько рядовъ и рѣже въ одинъ рядъ. Часто видно, какъ эти цуги пробиваются сквозь мышечный слой пищевода, помѣщаясь между раздвинутыми мышечными волокнами. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ раковыя разрастенія пронизывали всю толщю пищеводной стѣнки и помѣщались въ наружной, окружающей пищевода, кѣтчаткѣ и здѣсь въ нѣкоторыхъ препаратахъ видно было пронизываніе раковыми кѣтками нервныхъ стволовъ съ атрофическими явленіями въ осевыхъ цилиндрахъ.

Кѣтки по большей части имѣли характеръ мостовиднаго эпителия. Онѣ были значительныхъ размѣровъ, разнообразной формы, въ видѣ пластинокъ, содержащихъ одно или даже нѣсколько ядеръ, вокругъ которыхъ находилось небольшое количество мелкозернистой протоплазмы. Въ большинствѣ случаевъ въ раковыхъ гнѣздахъ пластинчатая кѣтка образовывала концентрическія наслоенія, вслѣдствіе чего получались рѣзко обрисованныя, болѣею частью цилиндрическія или шаровидныя образования, такъ-называемыя жемчужины (globes epidermiques), выполняющія альвеолярныя промежутки соединительно-тканнаго остова и часто выдаивающіяся на поверхности рѣзба въ видѣ маленькихъ червеобразныхъ стержней. Жемчужины въ центральной части состояли изъ прозрачныхъ, не воспринимающихъ краски, большихъ кѣточныхъ пластинокъ, тѣсно прилегающихъ другъ къ другу; ихъ окружали со всѣхъ сторонъ кѣтки полуданной формы. Эти послѣднія отличались прозрачностью, имѣли по одному рѣзко видимому ядру и не содержали зернистой протоплазмы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ раковыхъ гнѣздахъ не было видно вполнѣ образованныхъ жемчужинъ, но въ расположеніи кѣтокъ замѣчалась наклонность къ образованію концентрическихъ наслоеній. Здѣсь въ центральныхъ частяхъ кѣтки были прозрачныя, невоспринимающія краски, но въ периферическихъ частяхъ онѣ хорошо окрашивались и содержали ядро съ небольшимъ количествомъ зернистой протоплазмы. Наконецъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ не видно было никакого даже намека на концентрическое напластываніе кѣтокъ; все гнѣздо было набито плоскими большими кѣтками, легко воспринимающими краски, съ однимъ или нѣсколькими ядрами и зернистой протоплазмой. Кромѣ того, въ изъязвившихся мѣстахъ новообразования часто встрѣчались зернистая и жирно-перерожденныя кѣтки, наконецъ даже одинъ обломки кѣтокъ и детритъ.

Строма новообразования, въ которой находились раковыя гнѣзда, состояла изъ подлежащей старой ткани. Въ слизистомъ и подслизистомъ слояхъ она состояла изъ соединительной ткани, въ которой мѣстами было болѣе или меншее количество грануляціонныхъ элементовъ, а въ другихъ мѣстахъ было видно разрощеніе волокнистой соединительной ткани. Въ мышечномъ слое гнѣзда помѣщались между раздвинутыми пучками гладкихъ мышечныхъ волоконъ. Смотря по болшему или меньшему развитію стромы, раковое новообразование показываетъ всѣ переходныя формы отъ самыхъ твердыхъ, сухихъ, хрустящихъ подъ ножомъ и до самыхъ мягкихъ, дающихъ болѣе количество ракового сока. Раньше было уже сказано, что, кромѣ плоско-эпителиальнаго рака, въ двухъ нашихъ случаяхъ встрѣтилось новообразование, которое по своему характеру и строенію должно быть отнесено къ мелко-кѣточному обыкновенному раку. Въ этихъ случаяхъ подъ микроскопомъ видны въ нѣкоторыхъ мѣстахъ

среди очень толстыхъ цуговъ новообразованной соединительной ткани небольшія, неправильной формы, раковыя гнѣзда съ мелкими, полиморфными, хорошо окрашивающимися кѣтками, безъ всякаго промежуточнаго вещества между ними. Отъ этихъ гнѣздъ расходились во всѣ стороны продолженія изъ эпителиальныхъ кѣтокъ такого же характера. Напротивъ, въ иныхъ мѣстахъ промежуточнаго соединительно-тканнаго остова, ограничивающаго раковыя гнѣзда, было весьма мало, такъ что получалась картина мозговиднаго рака.—*carcinoma cellulare s. fungus medullaris*. Но въ общемъ новообразование въ обоихъ случаяхъ болѣе всего подходило къ обыкновенному фиброзному раку—*carcinoma fibrosum s. scirrhus*.

### Симптоматологія.

Самый главный и самый существенный припадокъ раковаго суженія пищевода, приковывающій на первыхъ порахъ все вниманіе больного, есть затрудненное проглатываніе пищи—*Dysphagia* (отъ *δύς*, трудно и *φαγη*, ѣсть), которая состоитъ въ появленіи препятствія въ пищеводе при прохожденіи пищи въ желудокъ. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ болѣзнь начинается этимъ припадкомъ, причемъ обыкновенно затрудненіе при глотаніи пищи развивается медленно, почти незаметно для больного, точно также какъ и новообразованіе, составляющее препятствіе при прохожденіи пищи, растетъ медленно и прогрессивно. Но въ другихъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь начинается бурно, — во время пріема пищи у больного вдругъ останавливается въ пищеводе кусокъ твердой пищи, является мучительное чувство стѣсненія въ груди, которое однако скоро проходитъ вслѣдъ за изверженіемъ назадъ застрявшаго куска пищи. Такое начало болѣзни было у слѣдующихъ нашихъ больныхъ: у Евсеевой, Калининской, Снеиной и у Новатова. Весьма часто такое проявленіе болѣзни бываетъ при психическомъ возбужденіи больного, иногда же при пріемѣ слишкомъ горячей или холодной пищи. Больной Salneuve<sup>1)</sup> во время обѣда засмѣялся, въ этотъ моментъ у него застрялъ въ пищеводе кусокъ говядины, явилось удущье съ сильной болью въ глоткѣ, но эти припадки скоро прошли вмѣстѣ съ выбрасываніемъ назадъ куска говядины. Въ этихъ случаяхъ очевидно играть роль спазмъ мышцъ пищевода, который довольно часто наблюдается при раковомъ суженіи этого органа. Онъ часто бываетъ и при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, производя перемежки и непостоянство дисфагій. Какъ на причину чрезвычайной возбудимости мышцъ пищевода авторы указываютъ на раздраженіе, которое вызываетъ растущее новообразованіе; къ тому же мышцы при этомъ часто бываютъ гипертрофированными, иннервация которыхъ не такъ правильная, вслѣдствіе чего онѣ отвѣчаютъ на раздраженіе болѣе энергично.

Гораздо рѣже болѣзнь начинается не явленіями дисфагій, но различными другими припадками. У больного Каппа вдругъ безъ всякой видимой причины голосъ сдѣлался хриплымъ и явилось затрудненіе дыханія, которое постепенно усиливалось, и уже потомъ,

<sup>1)</sup> Lacour, — I, с., p. 11.

через некоторое время послѣ этихъ признаковъ, появилась дисфагія. Больная Павлова, будучи потной, выпила 2 стакана холоднаго пива, послѣ чего почти сразу потеряла голосъ и только черезъ мѣсяцъ послѣ этого явилась дисфагія. Въ этихъ случаяхъ, по крайней мѣрѣ у больного Каина, позднее появленіе дисфагіи объясняется тѣмъ, что раковая опухоль, находясь въ верхней трети пищевода, помѣщалась эксцентрично, занимая большую свою часть правую стѣнку пищевода и распространяясь на клетчатку шеи, а лѣвая стѣнка пищевода долго не была поражена, следовательно сохраняла свою растяжимость.

Въ другихъ случаяхъ болѣзни проявлялась различными неопредѣленными болями въ области желудка, въ подреберьяхъ, груди, спишѣ и т. д. и потомъ черезъ некоторое время являлась дисфагія. Такое начало было у больныхъ: Орлова, у Архиповой, Гавриленко, Цвѣтковой, у Зимина и Колесова.

Какъ крайняя рѣдкость, бывають и такіе случаи, гдѣ кромѣ общихъ признаковъ, указывающихъ на глубокое поражение организма, ничто не указываетъ на существованіе болѣзни пищевода и только при аутопсії находятъ истинную причину страданія. Таковъ случай VIII у Marchand'a <sup>1)</sup>.

Но каковы бы то ни были начальные признаки болѣзни, черезъ некоторое время у больныхъ являлась дисфагія. Прежде всего больные замѣчаютъ, что глотокъ пищи начинаетъ медленно спускаться по пищеводу, какъ бы задерживая за что-то и даже иногда вызывая чувство царапанія, какъ французы говорятъ: «les malades ont conscience du passage des aliments» <sup>2)</sup>.

Съ теченіемъ времени глотокъ пищи по временамъ начинаетъ останавливаться въ извѣстномъ мѣстѣ пищевода, вслѣдствіе чего больные инстинктивно начинаютъ тщательнo разжевывать пищу и каждый глотокъ запивать какою-нибудь жидкостью, но нѣкоторые больные стараются при этомъ дѣлать усиленные глотательныя движенія, причѣмъ во многихъ случаяхъ ихъ усилія оканчиваются успѣхомъ. Иногда больные рассказываютъ, что пища, пройдя чрезъ одно препятствіе, наталкивается ниже на другое и даже на нѣсколько препятствій. Это можетъ зависѣть отъ двухъ причинъ: или отъ того, что въ пищеводѣ находится нѣсколько раковыхъ узловъ, что наблюдается, какъ сказано выше, очень рѣдко, или же отъ спазмодическихъ сокращеній мышцъ пищевода, что бываетъ весьма часто. Но такъ какъ ощущенія эти въ первое время не постоянны, то онѣ обыкновенно мало беспокоятъ больныхъ, а многие даже не обращаютъ на нихъ никакого вниманія и только при распросѣ врача припоминаютъ случившееся нѣсколько мѣсяцевъ тому назадъ. Даже интеллигентный больной г. Гауровичъ <sup>3)</sup> въ продолженіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ объяснялъ затрудненіе при проглатываніи пищи перхиваніемъ, хотя дисфагія была у него настолько рѣзко выражена, что это замѣчали другіе.

Однако чрезъ некоторое время глотаніе все болѣе и болѣе затрудняется, даже тщательно пережеванные куски пищи и превращенные съ помощью слюны въ полу-

<sup>1)</sup> Merchand, — I. с., p. 20.

<sup>2)</sup> Больные сознаютъ прохожденіе пищи.

<sup>3)</sup> Гауровичъ, — Прибавл. медц. къ Морск. Сборн. за 1861 г.; также у Крузенштерна, — стр. 15.

жидкую массу, не смотря на повторные глотки жидкости, начинаютъ уже постоянно останавливаться въ пищеводѣ передъ препятствіемъ, больной испытываетъ тягостное чувство давленія въ груди, а иногда даже различныя припадки со стороны сердца и дыханія, и хотя эти припадки скоро проходятъ вмѣстѣ съ изверженіемъ назадъ застрявшаго куска, однако больной, измученный постоянными неудачами, обыкновенно съ этого времени отказывается принимать твердую пищу и начинаетъ питаться полужидкой и жидкой. Нѣкоторые больные стараются помогать прохожденію пищи тѣмъ, что принимаютъ различныя позы, — вытягиваютъ шею и наклоняютъ голову впередъ; бѣгать стоя и въ это время вытягиваются или же, какъ это дѣлала одна изъ нашихъ больныхъ — Миролобова, производятъ усиленные глотательныя движенія, помогая имъ поглаживаніями рукой вдоль шейной части пищевода. Всѣ эти усилія иногда оканчиваются успѣхомъ, но иногда пища выбрасывается обратно.

Со временемъ суженіе пищевода дѣлается на столько сильнымъ, что и мягкая пища перестаетъ проходить. Больные сильно разбавляютъ ее жидкостью и начинаютъ глотать весьма малыми порціями, по чайной или даже по полу чайной ложкѣ, но и эта пища по временамъ проходитъ, а иногда выбрасывается обратно, то вся цѣлкомъ, то только частью, а другая часть проходитъ въ желудокъ. Въ это время жидкая пища обыкновенно проходитъ свободно, однако при томъ только условно, если больной глотаетъ понемногу, малыми глотками; но если больной събѣгаетъ полный глотокъ, то и жидкая пища выбрасывается обратно. Такія перемены и непостоянство дисфагіи объясняются спазмомъ мышцъ пищевода, «une sorte de colère intermittente de l'organe contre un obstacle permanent», какъ говоритъ Behier <sup>1)</sup>; это есть нервный элементъ, который прибавляется къ органическому суженію. Въ рѣдкихъ случаяхъ кусокъ пищи или даже какая нибудь плодовая косточка вполочивается въ суженную часть пищевода и закупориваетъ ее, вслѣдствіе чего никакая пища не проходитъ до тѣхъ поръ, пока пищеводъ не освободится тѣмъ или другимъ способомъ отъ этой пробки. Кромѣ того, многие авторы въ происхожденіи дисфагіи придаютъ большое значеніе нерастяжимости и твердости стѣнокъ пищевода, вслѣдствіе раковой инфильтраціи, разрашенія соединительной ткани и гипертрофіи мышцъ, а г. Крузенштеръ <sup>2)</sup> обращаетъ вниманіе на атрофію мышечнаго слоя, которую «онъ встрѣтилъ во многихъ случаяхъ». Какъ раньше было уже сказано, что специальныхъ изслѣдованій о послѣдовательныхъ за раковой стриктурой измѣненіяхъ стѣнокъ пищевода до сихъ поръ не существуетъ и одни авторы находятъ истинную гипертрофію мышечной оболочки пищевода, другіе — дюнную, иные — атрофію и т. д., вслѣдствіе этого невозможно разобраться среди различныхъ мнѣній относительно причинъ дисфагіи. Но во всѣхъ нашихъ препаратахъ раковое новообразование на столько суживало просвѣтъ пищевода, что служило достаточной причиной дисфагіи. Точно также изъ нашихъ клиническихъ исторій болѣзней видно, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ, если больной глотаетъ только жидкости, то при зондированіи малая олива не проходитъ суженіе, но какъ только зондированіемъ мы достигали того, что малая олива пройдетъ пре-

<sup>1)</sup> Behier, — I. с., p. 71.

<sup>2)</sup> Крузенштеръ, — I. с., стр. 17 и 18.

итствие, то и большой начинает глотать несравненно свободнее. Но с другой стороны в некоторых, правда редких, случаях находится несоответствие трудности глотания со степенью сужения пищевода. Между тем как большой глатает пищу крайне трудно, однако при исследовании зондом находить сужение незначительным. Большой Терентьев съ величайшим трудом глатает жидкую пищу, но при зондировании даже самая большая олива прошла въ желудок и только легкое пренятие встретилось въ средней трети пищевода. То же самое мы находим у больших: Русинова, Григорія Михайлова, Кузина и Болдина. Чемъ объяснить въ подобныхъ случаяхъ это несоответствие: твердостью-ли и неподатливостью стенокъ пищевода, которая существуетъ и во всѣхъ другихъ случаяхъ, мышечно-ли атрофіею, о которой говоритъ г. Крузенитеръ или же наконецъ должною гипертрофіею съ послѣдательными дегенеративными процессами въ мышечной оболочкѣ пищевода, преимущественно жировымъ перерожденіемъ (Klebs <sup>1)</sup>)? Будущія изслѣдованія должны намъ разбить эти вопросы, но только эти изслѣдованія должны быть произведены въ связи съ клиническимъ теченіемъ болѣзни и въ связи съ новыми физиологическими работами о глотании Falk'a, Meltzer'a, Kronecker'a и Steiner'a <sup>2)</sup>.

Дальнѣйшее теченіе ракаго суженія пищевода представляетъ полную закупорку его, т. е. когда наступаетъ полная непроходимость пищевода даже и для малѣйшаго глотка воды. Этотъ симптомъ наблюдался у очень многихъ нашихъ больныхъ даже у одного и того-же больного онъ наблюдался по нѣскольку разъ и въ большинствѣ случаевъ продолжался недолго, дня по 3—4, до недѣли и потомъ обыкновенно наступало улучшение глотанія, но только это улучшение глотанія обыкновенно было незначительно, больной получалъ возможность глотать молоко маленькими глотками въ количествѣ двухъ или трехъ стакановъ въ сутки, такъ что въ сущности голоданіе продолжалось, только оно было въ хронической, а не острой формѣ. Несравненно рѣже у нашихъ больныхъ наблюдалось такое восстановление просвѣта пищевода, гдѣ голоданіе совершенно прекращалось, такъ какъ больные получали возможность глотать не только жидкую, но и мятную пищу. Это было только у восьми нашихъ больныхъ, включая въ это число и два случая, гдѣ восстановление просвѣта пищевода произошло послѣ операции наложенія желудочной фистулы. Это восстановление просвѣта пищевода происходитъ вслѣдствіе распаданія новообразованныхъ массъ, закупоривающихъ этотъ проходъ и, какъ видно изъ предыдущаго, оно чаще всего бываетъ частичнымъ и гораздо рѣже полнымъ. Напротивъ того у нашихъ больныхъ нѣрѣдко полная закупорка пищевода продолжалась очень долгое время. У большого Петра Михайлова проходимость пищевода и для жидкостей не восстанавливалась съ 9 Марта по 25 Апрѣля и только 25-го Апрѣля больной сталъ проглатывать воду и чай, но и то не постоянно, — утромъ не могъ глотать, а вечеромъ глоталъ; все это время больной питался чрезъ желудочную фистулу. Большой Ерофьевъ болѣе мѣсяца голодалъ, при этомъ въ нѣкоторые дни совершенно ничего не могъ глотать, а въ другіе дни съ величайшимъ трудомъ и маленькими глотками могъ проглотить стаканы, много 2 стакана молока,

<sup>1)</sup> Klebs, — I. c. s. 113.

<sup>2)</sup> Jahresberichte der Physiologie von Hofmann und Schwalbe. 1881. 9 Band, s. 80; 1883 10 Band, s. 71; 1885, s. 66.

часть которыхъ къ тому-же еще регургитировалась. Изъ амбулаторныхъ больныхъ Гуревичъ, Загряднова, Чистикова и Соколовскій голодали очень долгое время и дошли до крайней степени истощенія.

Общее состояніе больныхъ было слѣдующее: аппетитъ у большинства больныхъ былъ хорошъ и обыкновенно, какъ только являлась волная закупорка пищевода, они начинали страдать отъ голода; но особенно мучительно было для больныхъ лишеніе воды, жажда мучила ихъ до такой степени, что большой Зрайковскій, увидя настъ льющіи чай, пришелъ въ неистовство и разломалъ о свои кожаныя панталоны, которая была у него въ рукахъ. Этотъ большой пришелъ въ клинику съ бутылкой молока и съ страшнымъ отчаяніемъ умолялъ накормить его; такъ какъ уже болѣе сутокъ онъ не могъ проглотить даже воды. Многие больные умоляли какимъ либо способомъ накормить ихъ и только мученія голода и жажды заставляли ихъ рѣшаться на гастротомію. Гораздо менѣе больные испытывали мученія голода и жажды въ то время, когда суженіе пищевода позволяло имъ проглотить стакана 2—3 молока въ сутки. Въ этомъ состояніи больные болѣею частью мало жаловались на голодъ, но жажда и этихъ больныхъ мучила сильно. Вообще какъ только раковое новообразование създало пищеводе настолько, что позволяло больному исключительно питаться жидкой пищей, то начинается прогрессивное истощеніе, которое во многихъ случаяхъ доходило до крайней степени: подкожный жирный слой совершенно исчезаетъ, кожа дѣлается морщинистой, сухой, матовой, грязно-сѣраго цвѣта, эпидермисъ сильно шелушится; всѣ костные выступы крайне рѣзко выдѣляются, мускулы дѣлаются тонкими и вялыми, многи сухозилия хорошо видны; facies Hippocratica, выраженіе тоскливое; животъ кривообразно втягивается и при лежаніи на спинѣ иногда издали бываетъ видно биеіе брюшной аорты. Весь тѣла сильно падаетъ. Нѣрѣдко намъ случалось слышать отъ больныхъ, что они пади въ вѣсѣ на одинъ пудъ и болѣе. Большой Ерофьевъ, уже значительно истощенный, потерялъ въ вѣсѣ еще около 6 kilogram. въ продолженіи мѣсяца. Яковлевъ съ 27 Декабря по 9 Февраля палъ въ вѣсѣ на 4 kilogram. Калининкова съ 13-го Октября по 27 Ноября пала на 3,100 gm. Фехаретинновъ съ 27 Декабря по 3 Марта палъ на 1 kilogram. Сиена въ 9 дней пала на 500 gm. и т. д. Г. Крузенитеръ <sup>1)</sup> приводитъ случай въ клиникѣ Проф. Вессера, гдѣ больной въ теченіи послѣднихъ 5 сутокъ упалъ въ вѣсѣ на 1800 gm., т. е. болѣе 50%; у Schneider'a потеря приблизительно 8,5% (цит. по Крузенитеру). «До какой степени, говоритъ Köhler <sup>2)</sup>, можетъ быть истощеніе всѣхъ органовъ, показываетъ съ математическою точностью случай Marquet'a (цит. у Walshe), гдѣ женщина, прежде вѣсившая 160 фунтовъ, передъ смертію вѣсила только 27 фунтовъ».

Сердцебвенія обыкновенно слабыя, пульсъ замедляется до 60 ударовъ въ минуту, какъ это было у большого Алексѣева, по Lacom <sup>3)</sup> до 50—55, а проф. Пашутинъ <sup>4)</sup> сообщаетъ, что «удалось наблюдать у человѣка при голоданіи паденіе пульса до 35 ударовъ въ минуту». Иногда передъ смертію сердцебвенія учащаются и дѣлаются

<sup>1)</sup> Крузенитеръ, — I. c. стр. 33.

<sup>2)</sup> Köhler, — I. c. s. 255.

<sup>3)</sup> Lacom, I. c., p. 25.

<sup>4)</sup> Пашутинъ, Лекція общей Паталогіи, ч. II, стр. 51, 1881.

терробразными. Дыхание тоже обыкновенно замедляется, но не так резко, как сердцебиение.

Температура у всех голодающих больных обыкновенно ниже нормы и удерживается с таким упорством, что даже развитие пневмонии не вызывает повышения температуры; но если являются осложнения в видѣ гипостатической пневмонии, плеврита, гангрены легкого и т. д., то обыкновенно температура повышается. У больного Алексѣева передъ смертью температура падала до 34,9 по Ц. in recto.

Чувствительность бываетъ понижена, такъ что при кровавыхъ операціяхъ больные мало чувствуютъ боль и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ въ нашей клиникѣ, такъ и другіе хирурги дѣлали гастростомию безъ наркоза, который къ тому же у этихъ больныхъ представляетъ опасность, такъ какъ извѣстно, что голоданіе ведетъ къ развѣтыванію въ тканяхъ и органахъ различныхъ дегенеративныхъ процессовъ, особенно жирового перерожденія и въ сердцѣ эти измѣненія бываютъ особенно резко, гдѣ находятся какъ жировое, такъ и восковидное (Денкеровское) перерожденіе сердечной мышцы и въ слабой степени пигментную метаморфозу<sup>1)</sup>. Реактивные процессы въ ранѣ у голодающихъ развиваются крайне мало, вследствие чего заживленіе происходитъ медленно, слѣдовательно жизнеспособность тканей у этихъ больныхъ тоже понижена.

Относительно мочи я могу только указать, что суточное количество ея у большинства больныхъ уменьшено; она дѣлается насыщенной, высококалорийная, резко-кислой реакціи, при стояніи образуетъ большой осадокъ кирпично-краснаго цвѣта, растворимаго при подогрѣваніи (ураты); бѣлка и другихъ ненормальныхъ частей въ большинствѣ случаевъ не содержитъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи, кромя эпителиа мочевого пузыря болѣе или менѣе зернисто или жирно-перерожденнаго, никакихъ другихъ форменныхъ элементовъ обыкновенно не содержитъ. У нѣкоторыхъ больныхъ, какъ напр. у Михайлова, въ періодъ полной закупорки пищевода суточное количество мочи доходило до 340 к. с., уд. вѣс. = 1030, а у Сугутта—даже до 200 к. с., но какъ только больной получаетъ возможность достаточно питаться, то и моча тотчасъ же измѣняется, количество ея увеличивается, уд. в. падаетъ и т. д. вообще приближается къ нормальной мочѣ и это происходитъ съ такимъ постоянствомъ, что по количеству мочи и ея качествамъ можно судить о состояніи больного. У другихъ авторовъ свѣдѣній о мочѣ больныхъ, страдающихъ чистою формою раковаго суженія пищевода, я не нашелъ; только у Крузенштерна<sup>2)</sup> существуютъ нѣкоторыя свѣдѣнія, которая въ общемъ согласна съ нашими.

Силы больныхъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ настолько падали, что при малѣйшемъ движеніи у нихъ являлось головокруженіе, шумъ или кололье въ ушахъ, глухота, потемнѣніе въ глазахъ и т. д., такъ что они обыкновенно лежали въ кровати въ совершенно безпомощномъ состояніи.

Психическое состояніе у всехъ больныхъ было подавленное. Что же касается явлений со стороны центральной нервной системы, то обыкновенно большинство больныхъ находилось въ полномъ сознаніи, только при осложненияхъ болѣзни наблюда-

лось въ послѣдніе дни полусознательное состояніе. Однако въ трехъ случаяхъ намъ пришлось наблюдать голодный бредъ, при чемъ у этихъ больныхъ никакихъ осложнений не было. Это было у больныхъ Алексѣева, Евсѣевой и Алексѣевой. Больной Алексѣевъ въ продолженіи мѣсяца съ трудомъ глоталъ жидкую пищу и въ послѣдніе 11 дней почти ничего не могъ глотать; истощеніе дошло до такой степени, что онъ представлялъ совершенный скелетъ. Передъ смертью въ послѣдніе сутки онъ лежалъ въ кровати въ полубудничномъ и тихо бредивъ, при чемъ большею частью говорилъ о водѣ. Наши вопросы его выводили изъ этого состоянія и тогда онъ жаловался на мучительную жажду. Онъ умеръ внезапно и быстро: вдругъ сталъ беспокоиться и метаться, пульсъ сдѣлался нитевиднымъ, дыханіе—глубокими и тяжелыми, явилось безсознательное состояніе и чрезъ 3/4 часа умеръ.—Больная Евсѣева вследствие голоданія тоже дошла до крайней степени истощенія и нѣсколько дней передъ поступленіемъ въ клинику совершенно ничего не могла глотать, но послѣ съ величайшимъ трудомъ стала глотать немного жидкой пищи. Затѣмъ явился голодный бредъ и она внезапно умерла. Больная Ирина Алексѣева явилась въ клинику въ состояніи крайней степени истощенія и съ голоднымъ бредомъ; передъ этимъ она болѣе мѣсяца могла глотать съ величайшимъ трудомъ только незначительное количество жидкой пищи, а въ послѣдніе 9—10 дней почти совершенно ничего не могла проглотить. При зондированіи малая олива при легкомъ насиліи прошла суженіе, сейчасъ же больная получила возможность глотать пищу и выпила чѣтку кружка молока, смѣшаннаго съ яичнымъ желткомъ, мяснымъ сокомъ и виномъ. Послѣ этого больная пробыва въ клиникѣ около двухъ мѣсяцевъ и выписалась, значительно поправившись. Въ литературѣ нѣкоторые авторы упоминаютъ о появленіи не задолго до смерти иваніоннаго бреда; такъ, Крузенштернъ<sup>3)</sup> приводитъ IV сл. С. Simon'a, гдѣ у больного въ послѣдніе дни наблюдался религіозный бредъ.

Follin<sup>4)</sup> говоритъ, что въ нѣкоторыхъ рѣзкихъ случаяхъ у больныхъ, въдѣствие насильственныхъ попытокъ къ глотанію, развиваются общія судороги, которыя сокращаютъ печальное ихъ существованіе.

Со стороны желудочно-кишечнаго канала у больныхъ довольно часто наблюдалось катаральное состояніе желудка, которое во многихъ нашихъ случаяхъ предшествовало раковому поражению пищевода; кромя того, нерѣдко желудокъ представлялся резко уменьшеннымъ и сокращеннымъ даже иногда до объема поперечной ободочной кишки, съ которой Maunder<sup>5)</sup> и д-ръ Вельяминовъ<sup>6)</sup> при операціи гастростоміи его смѣшали и произвели колотомию. Г. Кузинъ<sup>7)</sup> въ одномъ случаѣ рака пищевода нашелъ глубокія разстройства въ структурѣ эпителиально-железистаго и подслизистаго слоевъ слизистой оболочки желудка, появляющихся на летальный исходъ операціи гастростоміи, которая была сдѣлана больному. Онъ пишетъ, что «эпителиа слизистой оболочки желудка пред-

<sup>1)</sup> Крузенштернъ, I. с., стр. 33.

<sup>2)</sup> Follin, I. с., p. 68.

<sup>3)</sup> Lacom, I. с., p. 81.

<sup>4)</sup> Вельяминовъ, «Хирургическій Вѣстникъ» за май и іюнь 1885 г., стр. 370 и 371.

<sup>5)</sup> Кузинъ, Отчетъ изъ хирургической клиники Проф. Н. В. Скарявскаго за 1878—1880 гг. Спб., стр. 152.

<sup>1)</sup> Папугинъ, I. с., стр. 40.

<sup>2)</sup> Крузенштернъ, I. с., стр. 32.

ставлялся круглым, полигональным; помутившим, жирно-зернистым; мѣстами безъ ясныхъ контуровъ, мѣстами же въ видѣ кучекъ жирового детрита, особенно въ железахъ, которые представлялись въ высшей степени атрофированными, кое-гдѣ кистовидно-растянутыми; in strato subnucoso и между железами встрѣчалась разбитая соединительная ткань и эмбриональные клѣтки, нерѣдко съ слѣдами жировой зернистости въ ихъ протолахъ и капилляры иногда въ видѣ сохранившихся петель, или въ видѣ облитерированныхъ стволковъ съ слѣдами пигмента и кровяныхъ шариковъ въ нихъ и по соседству.

Стѣнки кишечъ также въ некоторыхъ случаяхъ представляются рѣдко атрофированными и истонченными; отправления ихъ, перистальтическія движенія, происходятъ крайне вяло, вслѣдствіе чего запоры составляютъ обыкновенное явленіе. Онѣ, кромѣ того, еще происходятъ вслѣдствіе крайне малого поступления пищи и являются всякій разъ у больного въ то время, когда суженіе пищевода позволяетъ ему питаться исключительно жидкой пищей. Въ началѣ запоры продолжаются дня по 3—4, а впоследствии по недѣлямъ и болѣе. Большая Lebour<sup>1)</sup> не испражнялась 2 мѣсяца. Каловыя массы состояли изъ плотныхъ, сухихъ, маслянистыхъ комковъ, окрашенныхъ желчью, или болѣе изъ мягкой, вязкой массы, состоящей изъ крохотныхъ комочковъ.

Появъ въ несложныхъ случаяхъ наблюдается рѣдко, но зато въ случаяхъ, осложненныхъ гангреною легкихъ, тифомъ—и тифоидомъ, онъ наступаетъ очень быстро и продолжается упорно.

Со стороны паранхиматозныхъ органовъ наблюдается малограмотно и различные дегенеративныя процессы, какъ-то: бѣловое и рѣже жировое перерожденіе кѣтъокъ<sup>2)</sup>. Marchand<sup>3)</sup> говоритъ о пораженіи крови, гдѣ находить довольно значительное увеличеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ (Leucocytosis).

Сонъ у многихъ нашихъ больныхъ былъ удовлетворительный, а у многихъ—плохъ. Некоторымъ больнымъ мѣшало уснуть отрыганіе привагой пищи, другимъ—боли, а многимъ—кашель.

*Regurgitatio et vomita.* Подъ названіемъ regurgitatio или отрыганіе разумѣютъ обратное выведеніе проглоченныхъ пищевыхъ веществъ, не дошедшихъ до желудка и остановившихся въ какомъ либо мѣстѣ пищевода надъ суженіемъ его. Механизмъ, которымъ производится это изверженіе, исполняется исключительно однимъ пищеводомъ и поэтому весьма удачно названо французами «vomissement œsophagique» по Béhier, или «vomissement œsophagien»—по другимъ авторамъ. Этотъ припадокъ при суженіи пищевода наблюдается почти постоянно и состоитъ въ томъ, что большой, нѣкоторое время спустя послѣ проглатыванія пищи, чувствуетъ болѣзненное стѣсненіе по направлению пищевода и неприятное ощущеніе полноты; потомъ, безъ всякаго успѣха со стороны больного, нерѣдко совершенно внезапно, неожиданно и притомъ зачастую малыми порціями, выбрасываются пищевыя вещества болѣе или менѣе замѣненная, въ различномъ количествѣ, послѣ чего больной чувствуетъ облегченіе. Это выбрасываніе пищи назадъ или отрыганіе происходитъ послѣ акта глотанія тѣмъ

быстрѣе, чѣмъ выше находится раковое суженіе пищевода, и при ракъ верхней трети, когда является полная закупорка пищевода, бывають въ сущности только попытки проглотить жидкую пищу, такъ какъ почти все взятое въ ротъ тотчасъ же выбрасывается. У большихъ Алексѣева и Пана пища, смѣшанная со слюною, тотчасъ же послѣ глотательнаго акта съ силою выбрасывалась чрезъ ротъ и носъ въ сопровожденіи душлиннаго запаха. При ракъ въ средней и нижней третяхъ пищевода отрыганіе пищи происходитъ позднѣе, минуты чрезъ 2—5 и болѣе, а въ тѣхъ случаяхъ, когда происходитъ несомнѣтельное расширеніе части пищевода, лежащей надъ стриктурой, отрыганіе можетъ не быть очень долго; пища въ расширенной части пищевода застываетъ. Крахмалистыя вещества подъ влияніемъ фермента проглоченной слюны отчасти превращаются въ сахаръ, а позднѣе показываются процессы броженія; бѣловыя тѣла или представляютъ просто вымоченными, если они недолго остаются въ пищеводѣ, или же, послѣ болѣе продолжительнаго пребыванія, подвергаютъ гніенію. Нѣкоторые изъ старыхъ авторовъ даже допускали, что эти расширенія могутъ до нѣкоторой степени замѣнять желудокъ, но еще Lebert<sup>1)</sup> справедливо отвергъ эту, по его словамъ, «абсурдную гипотезу». У же раньше говорить, что при раковыхъ суженіяхъ несомнѣтельныя расширенія пищевода бывають далеко не такъ часто, какъ увѣряють авторы; изъ 11-ти нашихъ препаратовъ только въ одномъ мы нашли небольшое расширеніе и при жизни это расширеніе выражалось тѣмъ, что послѣ приема пищи большой долгое время понемногу ее отрыгавъ, а при введеніи эластическаго зонда часа черезъ два послѣ приема пищи она вытекала обратно чрезъ него. По авторамъ чаще всего расширенія наблюдаются при раковыхъ суженіяхъ въ нижней трети пищевода; здѣсь иногда образуются огромныя мѣшки, гдѣ пища можетъ оставаться въ продолженіи нѣсколькихъ часовъ и даже до сутокъ. Въ этихъ случаяхъ регургитация походитъ на настоящую рвоту,—выделяется заразъ большія количества болѣе или менѣе измѣненной пищи, смѣшанной съ большимъ количествомъ слизи и это выведеніе сопровождается тошнотомъ, при участіи брюннаго пресса. Ничего подобнаго у нашихъ больныхъ мы ни разу не наблюдали. Точно также мы ни разу не замѣчали, чтобы кто нибудь изъ нашихъ больныхъ послѣ отрыганія снова пережевывала пищу и снова глотала ее,—явленіе похожее на жвачку (rumination), хотя объ этомъ пишутъ такіе выдающіеся нѣмецкіе хирурги какъ König<sup>2)</sup>, Bardeleben<sup>3)</sup> и пр. Напротивъ все наши болѣе при отрыганіи пищи съ отвращеніемъ выплевывали ее. Французскіе авторы объ этомъ явленіи ничего не говорятъ.

*Постоянная рвота* у нѣкоторыхъ нашихъ больныхъ наблюдалась и особенно она была упорна у больной Алексѣевой, при чемъ нерѣдко рвотныя массы были смѣшаны съ кровью, но онѣ не были похожи на кофейную гущу, какъ это бывають нерѣдко при ракъ желудка; напротивъ, кровь была мало измѣнена и являлась въ видѣ жидкой или небольшихъ сгустковъ. Рвота нерѣдко встрѣчается въ ту пору, когда пища проходитъ сравнительно свободно въ желудокъ и составляетъ одинъ изъ довольно частыхъ припадковъ перваго періода болѣзни.

<sup>1)</sup> Lebour, l. c., p. 25.

<sup>2)</sup> Папугинъ, l. c., стр. 39.

<sup>3)</sup> Marchand, l. c., p. 19.

<sup>1)</sup> Lebert, l. c., p. 448.

<sup>2)</sup> König, l. c., стр. 16.

<sup>3)</sup> Bardeleben, Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, 3 Band, s. 545, 1881.

*Кровотечения* при раке пищевода наблюдаются нередко и составляют драгоценный признак при распознавании болезни. У наших больных чаще всего наблюдались повторные кровотечения в видъ жилокъ или небольшихъ сгустковъ, примѣшанныхъ къ отрыгаемымъ веществамъ, а иногда, какъ у больной Архиповой, въ небольшихъ количествахъ по временамъ открывалась чистая кровь, а у Кирилова два раза было значительное кровотечение, — до стакана. Отрыгаемыхъ массъ, похожихъ на кофейную гущу, у нашихъ больныхъ ни разу не наблюдалось. Но Follin<sup>1)</sup> приводитъ случай d'Ev. Home'a, гдѣ это явленіе было очень хорошо выражено; проглоченная пища отрыгалась съ небольшимъ количествомъ жидкости, похожей на кофейную гущу. О возможности этого явленія говорятъ также Oppolzer<sup>2)</sup>. Въ 18-мъ случаѣ д-ра Крузенштерна<sup>3)</sup> наблюдалась рвота, причѣмъ рвотныя массы были похожи на кофейную гущу; но въ этомъ случаѣ, кромѣ рака пищевода, существовала и ракъ желудка. Кромѣ того въ нѣкоторыхъ, довольно рѣдкихъ, случаяхъ при раке пищевода наблюдаются смертельныя кровотечения, вълѣдствіе перфорации аорты или одной изъ крупныхъ ея вѣтвей. Объ этомъ подробно было уже сказано выше. Съ клинической стороны эти кровотечения являются или сразу настолько сильными, что больной тотчасъ же умираетъ, или же, что чаще бываетъ, кровотечения повторяются нѣсколько разъ чрезъ короткіе промежутки времени и больной умираетъ чрезъ нѣсколько часовъ, даже чрезъ сутки. Нашъ больной, Петръ Михайловъ, у котораго ракъ пищевода перфорировалъ грудную аорту, умеръ внезапно отъ кровотечения чрезъ ротъ и носъ, сопровождающагося кровавой рвотой.

*Слюнотечение* при раке пищевода наблюдается нередко; оно чаще бываетъ незначительнымъ, но у нѣкоторыхъ больныхъ, какъ у Кирилова, Сугутта и Фехаретидова доходило до настоящей саливации и причиною былое безпокойства. Большой Ganzinotty<sup>4)</sup> выдѣлялъ слюны до 400 к. с. въ сутки. Вълѣдствіе постоянного выдѣленія слюны больные принуждены дѣлать частыя глотательныя движенія, а если послѣднія сопровождаются болью, то они выплываютъ. Д-ръ Стеценко<sup>5)</sup> въ этихъ случаяхъ намѣлъ въ слюнныхъ железахъ значительное разращеніе соединительной ткани и рѣзко выраженное бѣловое или жировое перерожденіе эпителиальныхъ клѣтокъ. Lacour<sup>6)</sup> приводитъ мнѣніе Picard'a, который думаетъ, что п. pneumo-gastricus дѣйствуетъ на саливацию можетъ быть болѣе, чѣмъ chorda tympani; сѣдовательно, по атому автору саливация зависитъ отъ вторичнаго пораженія ракомъ этихъ нервовъ.

Кромѣ слюнотеченія при раке пищевода наблюдается значительное отдѣленіе прозрачной тягучей слизи, которая отдѣляется слизистою оболочкою зѣва и глотки. Значительное количество этой слизи, а также и проглоченной слюны, всегда примѣшивается къ отрыгаемымъ пищевымъ массамъ, особенно по утрамъ.

*Икота* рѣдко наблюдается. Изъ нашихъ больныхъ только у двухъ — Сугутта и Сисинио — наблюдалась упорная икота и у перваго въ продолженіи 2 или 3 недѣль, что сильно мучило больного. Вызывается она, вѣроятно, здѣсь рефлексомъ съ блуждающаго нерва на грудобрюшной, подобно тому, какъ это бываетъ при страданіяхъ желудка (между прочимъ раковыхъ) и нѣкоторыхъ другихъ брюшныхъ органовъ. Изъ авторовъ лишь немногіе упоминаютъ объ этомъ явленіи, — о немъ говорятъ Béhier<sup>1)</sup>, Gandaïs<sup>2)</sup>, Lacour<sup>3)</sup>, Крузенштерн<sup>4)</sup> и т. п., но мнѣнію первыхъ двухъ авторовъ, икота такъ часто отсутствуетъ вълѣдствіе быстрого разрушенія нервныхъ сосочковъ слизистой оболочки пищевода, въ которыхъ находится окончаніа блуждающаго нерва, вслѣдствіе чего не можетъ произойти рефлексъ.

Къ этимъ функциональнымъ разстройствамъ въ большинствѣ случаевъ присоединяется рядъ весьма измѣнчивыхъ *субъективныхъ явленій*, изъ которыхъ боли являются до того постоянны, что имъ нельзя не приписать важнаго значенія въ картинѣ припадковъ раковаго пораженія пищевода. Онѣ бываютъ то незначительны, въ видѣ ощущенія давленія въ груди, усиливающагося отъ принятой пищи, то до того сильны, въ видѣ жгучихъ, колющихъ или какъ иглами или рвущихъ болей, что составляютъ главныя жалобы больныхъ. Въ литературѣ есть случаи, гдѣ боли были до того сильны, что припадки раковаго страданія пищевода совершенно ускользали отъ вниманія врачей. Изъ 32-хъ нашихъ стационарныхъ больныхъ въ 22-хъ были произвольныя боли; въ двухъ случаяхъ боли были только при глотаніи пищи, а въ остальныхъ 8 случаяхъ никакихъ болей не было. Изъ 57-ми амбулаторныхъ больныхъ только въ 14-ти случаяхъ были произвольныя боли; въ 9-ти — боли являлись исключительно при глотаніи пищи, а въ 34-хъ — относительно болей ничего не сказано. Мѣсто боли, къ сожалѣнію, обыкновенно не даетъ сколько нибудь точнаго указанія на локализацию страданія. У нашихъ больныхъ боли локализовались то въ области желудка и оттуда распространялись по всей груди, спинѣ и особенно между лопатками, то вдоль грудной кости, то вдоль позвоночника и т. д. У больной Павловой боли были въ видѣ кардиальныхъ. Боли появлялись и исчезали неправильно и повидимому безъ всякой причины, хотя въ нѣкоторыхъ случаяхъ онѣ усиливались послѣ глотанія пищи, катеризации и особенно послѣ электролиза. У больной Сисинио всякій разъ послѣ электролиза являлись боли въ видѣ кардиальныхъ. У нѣкоторыхъ больныхъ боли появлялись преимущественно или съ особенной жестокостью по ночамъ, на что обратили вниманіе Zenker и Ziemssen<sup>5)</sup>. У пяти нашихъ больныхъ боли появлялись раньше развитія дисфагии и составляли первый припадокъ болѣзни, но въ большинствѣ случаевъ онѣ развивались въ позднихъ стадіяхъ болѣзни и этимъ, вѣроятно, нужно объяснить малое число болей среди амбулаторныхъ боль-

<sup>1)</sup> Follin, l. c., p. 62.

<sup>2)</sup> Цит. по Крузенштерну.

<sup>3)</sup> Крузенштерн, l. c., стр. 20.

<sup>4)</sup> Ganzinotty, Revue médicale de l'Est, t. XVI, 1884, p. 359.

<sup>5)</sup> Стеценко, Къ патологической анатоміи околушной и подчелюстной железъ при общихъ хроническихъ болѣзняхъ. Дис. 1884 г., Спб.

<sup>6)</sup> Lacour, l. c., p. 22.

<sup>1)</sup> Béhier, l. c., p. 58.

<sup>2)</sup> Gandaïs, Des rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'oesophage. Thèse de Paris, 1869, p. 22.

<sup>3)</sup> Lacour, l. c., p. 23.

<sup>4)</sup> Крузенштерн, l. c., стр. 27.

<sup>5)</sup> Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 167.



Mikulicz<sup>1)</sup>. По его мысли<sup>2)</sup> инструментальный мастер Leiter устроил эзофагоскоп, где канал пищевода освещается электрическим светом. Это очень сложный и крайне дорогой инструмент, состоит из прямой цилиндрической трубки в два сантиметра в диаметр и длиной около 40 сант.; на внутреннем конце трубки устроена электрическая лампочка, к которой идут два электрода, помещенные в стенок трубки; в них же, кроме того, идут трубки для воды, постоянное течение которой не позволяет нагрываться инструменту от лампочки. Исследование производится в лежащем положении больного; введение инструмента трудно и требует большого терпения и привычки со стороны исследуемого. С помощью этого инструмента Mikulicz исследовал вид нормального пищевода, о чем было уже сказано выше,—в анатомическом отделе и следующие патологические случаи:

1. Два случая рака пищевода; раковая опухоль ясно была видна, особенно ее рубчатый край ясно отличался от остальной бледной нормальной слизистой оболочки. В одном из этих случаев над стриктурой было расширение пищевода, содержащее жидкость.

2. Кусочек кости в верхней части грудного отдела пищевода. Он расположен поперечно и не только был ясно виден, но чрез трубку его удалось захватить крючком и повернуть продольно. Кость прошла в желудок и получило выздоровление.

3. Сжатие пищевода в нижней части его пульсирующей опухолью, вероятно, аневризмальной нисходящей аорты. Диагноз не был поставлен до эзофагоскопии, так как никаких признаков не было. Пульсация от опухоли очень энергично передавалась инструменту в вертикальном направлении.

4. Два случая рубцовых стриктур.

5. Один случай разрыва слизистой оболочки от проглоченного кусочка кости.

6. Один случай язвы над кардией и другой случай язвы в шейной части пищевода.

Судя по результатам, добытым Mikulicz'ем, эзофагоскопии предстоит блестящая будущность и, с усовершенствованием и распространением этого способа исследования, вероятно удастся сократить число таких крайне тяжелых операций, как эзофаготомия.

**Ощупывание.** а) *Непосредственное ощупывание* ограничивается только шейной частью пищевода. Этот способ исследования, соединенный с осмотром, дает чрезвычайно важные данные. Он производится снаружи вдоль шейной части пищевода и чрез рот; в последнем случае, к сожалению, мы можем ощупать пальцем только среднюю и отчасти нижнюю части глотки, но до начала пищевода никаким образом невозможно достигнуть. Вследствие отклонения шейной части пищевода влево, ощупывание его производить вдоль борозды между дыхательным горлом и левой грудно-ключично-сосковой мышцей. Как орган мягкий, он в нормальном состоянии, конечно, не прощупывается, но при патологических процессах здесь можно

иногда ощупать постороннее тело, застрявшее в этой части прохода или же при ощупывании можно вызвать в определенном месте острую колющую боль. В других случаях можно ощупать опухоль, исследовать ее консистенцию, границы и т. д.; а заставляя больного при этом глотать, мы подвижным опухолью вверх и вниз можем узнать, что она принадлежит пищеводу. Nelaton<sup>1)</sup> говорит, что он этим способом «легко распознавал мѣшкообразное расширение верхней части пищевода около дыхательного горла и выше грудной кости. Если, приложив пальцы на это расширение, мы заставляли больного производить движения, свойственные глотанию, то замечали, что опухоль верхней части пищевода поднималась вверх вместе с дыхательным горлом». С помощью этого способа мы во многих случаях рака верхней трети пищевода могли определить ограниченную, твердую, бугристую, не болезненную или мало болезненную опухоль, которая при глотании поднималась вверх. Этим только маневром в некоторых случаях можно определить нижнюю границу опухоли, чтобы решить вопрос о резекции пищевода. После ощупывания пищевода, всегда нужно исследовать лимфатическую железу шеи и особенно в левой надключичной ямке, так как при раке пищевода здесь чаще всего находят пораженные железы. Из 89 наших больных в левой надключичной ямке найдены были лимфатические железы пораженными в 10 случаях, два раза сонная ямка; один раз—ямка подчелюстная и в одном случае—in fossa jugulare. Кроме того, ощупыванием мы определяем состояние подъязычной кости и гортанных хрящей, особенно состояние пертневидного хряща. При увеличении щитовидной железы мы определяем консистенцию ее, так как сжатие пищевода бывает при твердых зобах и особенно часто при раковом перерождении этой железы. Здесь же обыкновенно исследуют большие сосуды шеи. Чрез рот пальцем ощупывают стѣнки глотки и переднюю поверхность тѣла позвонков, причем иногда могут найти полипозные разражения, которые, спускаясь в пищевод, могут нарушать отравления этого органа, а на передней поверхности позвоночника могут быть найдены костные разражения в видѣ экзостозов, гипертостозов и т. д.; здесь же часто находят холодные нарывы при кариезном поражении тѣла позвонков. Все эти причины могут нарушить отравления пищевода. Наконец, самое главное, чаще всего посторонние тела застревают в нижней части глотки, где они в некоторых случаях могут быть опуханы.

б) *Посредственное ощупывание* производится пищеводным зондом,—так называемая *катетеризация пищевода*. Этим способом мы определяем существование сужения пищевода, место его, калибр и в некоторых случаях приблизительное протяжение. Затем иногда плотность, бугристость служебной части или же, напротив, мягкость и податливость его. В отделе о катетеризации пищевода было уже сказано, что лучше всего катетеризовать пищевод зондом, состоящим из витюусовой прута с навинчивающимся на внутренний конец его оливками из слоновой кости. Если больной представляет явления, указывающие на сужение пищевода и мы решились произвести катетеризацию этого органа, то прежде нужно брать среднего диаметра оливы, так как малыми оливами легче повредить болями стѣнки

<sup>1)</sup> «Wiener Medizinischen Presse», 1881., №№ 45—52.

<sup>2)</sup> Baratonx оспаривает идею этого инструмента и приписывает ее Trouvé, а немцы только усовершенствовали инструмент.—De Gastroscopie et de la Gastroscopie, Paris, 1882. (Publié dans la Revue Mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Phimologie).

<sup>1)</sup> Nelaton,—I. c., стр. 456, ч. III.

пищевода. Затѣмъ хорошо смазавши оливу масломъ, съѣло вводить зондъ чрезъ ротъ и глотку въ начало пищевода; послѣ чего чрезвычайно осторожно, по преимуществу зондирующимъ образомъ, принимая во вниманіе анатомическія условія, продвигаютъ оливу глубже до тѣхъ поръ, пока она или не пройдетъ въ жезудокъ, или же не встрѣтитъ препятствія; въ послѣднемъ случаѣ останавливаютъ протаскиваніе оливы, немного извлекаютъ ее назадъ, затѣмъ крайне осторожно, болѣе руководствуясь осязаніемъ, слегка надавливаютъ рукой на стiletъ зонда; при этомъ если препятствіе спазмодическаго характера, то обыкновенно олива преодолеваетъ его и пойдетъ дальше, но если препятствіе органическаго характера и суженіе пищевода меньшаго диаметра, тѣмъ олива, то, конечно, зондъ дальше не пойдетъ. Затѣмъ отбѣчаютъ на стiletъ зонда уровень верхнихъ рѣзцовъ, извлекаютъ его и тѣсно измѣряютъ разстояніе между замѣткой и концомъ оливы. Теперь стоитъ только вычестъ изъ полученной величины 15 сант. или точнѣе 14,8 сант. (среднее разстояніе отъ верхнихъ рѣзцовъ до начала пищевода), — мы получимъ число, которое указываетъ намъ, на какой глубинѣ находится верхняя граница препятствія отъ начала пищевода. — Какалиръ суженой части пищевода опредѣляется диаметромъ оливы, которая проходитъ ее. — Протяженіе суженой части пищевода довольно точно опредѣляется тѣмъ, что сначала вышеописаннымъ способомъ опредѣляютъ разстояніе верхней границы суженія отъ начала пищевода; затѣмъ продвигаютъ чрезъ суженную часть оливу, и какъ только она прошла, что узнается осязаніемъ, тогда измѣряютъ разстояніе нижней границы суженія отъ начала пищевода и разница полученныхъ цифръ укажетъ на длину суженія. По ифѣ, которымъ авторамъ можно даже наглядно воспроизвести форму суженія, употребляя для этого хорошія восковой бужей, но Nelaton <sup>1)</sup> совершенно справедливо не добряетъ показаніямъ этихъ бужей. Кромѣ того, нѣкоторые совѣтовали для опредѣленія длины суженой части пищевода употреблять зондъ съ двѣянціями, на кону-трениемъ концы котораго находятся маленький мѣшечекъ изъ бычачей или каучуковой перепонки. Пустой зондъ вводится въ пищеводъ до суженія и отбѣчаютъ на немъ уровень верхнихъ рѣзцовъ; потомъ онъ проводится чрезъ суженіе, мѣшечекъ раздувается воздухомъ и зондъ извлекается до тѣхъ поръ, пока онъ своимъ раздутымъ мѣшечкомъ не упрется въ нижнюю границу суженія; тогда снова замѣтками на зондѣ укажетъ величина промежутка между этими двумя суженіями крайне трудно и даже невозможно опредѣлить калибръ и длину суженой части пищевода, тѣмъ болѣе, что масса оливы очень легко запутывается въ складки слизистой оболочки надъ суженіемъ и кромѣ того верхнее отверстие суженой части часто находится не въ центрѣ трубки, а въблизи какой либо стѣнки, вслѣдствіе чего очень трудно и часто даже невозможно въ него попасть оливой. Вообще при зондированіи больного пищевода нужно всегда помнить, что зондъ служитъ продолженіемъ пальца и нужно постоянно руководствоваться осязаніемъ. Зондирующая опытная рука ощущаетъ часто плотность раковой стриктуры, неровность и бурность стѣнокъ ея, а также состояніе калибра той части пищевода, которая лежитъ надъ суженіемъ.

<sup>1)</sup> Nelaton, — I. c., стр. 456.

Выслушиваніе пищевода въ 1868 году было предложено Hamburger'омъ <sup>1)</sup> какъ вспомогательное діагностическое средство и основывается на томъ, что при проглатываніи пищи въ пищеводъ происходитъ различнаго рода шума.

Hamburger выслушиваетъ стетоскопомъ шейную часть пищевода съѣва, въблизи дыхательнаго горла, начиная отъ подъязычной кости до fossa supraclavicularis, а грудную часть пищевода выслушиваетъ тоже стетоскопомъ или просто ухомъ вдоль позвоночника, непосредственно возлѣ тѣлоя его стороны, между послѣднимъ шейнымъ и 8 груднымъ позвонкомъ. При выслушиваніи прежде всего нужно различать шумъ, проходящій въ глоткѣ, отъ шума, являющагося въ пищеводѣ. При выслушиваніи глотки, во время глотанія воды, слышенъ звучный шумъ плесканья, вслѣдствіе при-мѣси къ водѣ большаго количества воздуха. При выслушиваніи верхней части пищевода этотъ шумъ покрываетъ собою тотъ шумъ, который возникаетъ въ самомъ пищеводѣ. Этотъ послѣдній шумъ Hamburger опредѣляетъ въ нормальномъ пищеводѣ какъ проскальзываніе съ хлопотаніемъ. König <sup>2)</sup> говоритъ, что «вообще этотъ шумъ трудно описать; онъ походитъ на шумъ, слышимый при проскальзываніи маленькаго гладкаго тѣла сквозь кожаный рукавъ».

По Hamburger'у при болѣзняхъ пищевода встрѣчаются слѣдующія уклоненія:

1) Нормальный шумъ глотанія слышенъ не по всему пищеводу, а только до извѣстнаго мѣста, гдѣ онъ вдругъ прекращается. Подобное явленіе наблюдается при суженіяхъ прохода.

2) Въмѣсто нормальнаго шума слышатся шумы, похожіе на треніе и парананіе, что указываетъ на потерю вещества или на шероховатости на внутренней поверхности пищевода.

3) При расширеніяхъ пищевода слышно разбрызгиваніе проглоченной воды.

4) При стриктурахъ спазмодическаго прохожденія можно услышать звучный шумъ отъ возвращающейся жидкости (regurgitatio).

5) При катеризаціи пищевода можно услышать скребущій шумъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ зондъ прикасается къ суженому мѣсту.

6) Уклоненія могутъ касаться быстроты движенія глотка воды и отклоненія въ сторону отъ нормальнаго направленія. Кромѣ того Hamburger различаетъ измѣненія формы глотка воды, который можетъ принимать то форму конуса, то воронки, то обратно-яйцевидную форму и т. д. Интересующихся специально этимъ вопросомъ мы отсылаемъ къ сочиненіямъ Hamburger'a <sup>3)</sup>, Morell Mackenzie <sup>4)</sup>, Albutt F. Clifford <sup>5)</sup> и Sainte-Marie <sup>6)</sup>.

<sup>1)</sup> Hamburger, — Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie за 1868 г. № 50; р. 793 и за 1870, № 14, р. 222. Refer. Medizinische Jahrbücher за 1868 и 1869.

<sup>2)</sup> König, — I. c., стр. 18.

<sup>3)</sup> Hamburger, Klinik der Oesophaguskrankheiten. Erlangen. 1871.

<sup>4)</sup> Morell Mackenzie, Clinical lecture on disease of the oesophagus with special reference to oesophageal auscultation. The Lancet, 1874, I, 30 мая.

<sup>5)</sup> Albutt F. Clifford, On auscultation of the oesophagus. The British med. Journ., 2 октября 1875.

<sup>6)</sup> Sainte-Marie, Des différentes modes d'exploration de l'oesophage. Paris, 1875.

Вообще этот метод исследования до настоящего времени мало дает положительных результатов и в нашей клинике почти совсем не употребляется. König <sup>1)</sup> справедливо сомневается, чтобы хирург мог извлечь какую либо выгоду из результатов этого метода исследования, хотя Oppolzer <sup>2)</sup> и придает ему важное значение.

**Вспучивание пищевода.** Zenker и Ziemssen <sup>3)</sup> указывают, что при известных условиях этот метод исследования может дать положительные результаты. Так, при значительном растяжении грудной части пищевода пищевой кашицей или какой либо объемистой опухолью получается тупой тонз. Дивертикул на шею, будучи наполнен газом, дает при постукивании ясный тонз, а при наполнении его пищей — тупой. Кроме того, Ziemssen несколько раз пытался определить место сужения пищевода при помощи наполнения его углекислым газом. При сужении в пищеводе вводится раствор *natri bicarbonici* и вслед за тем раствор *acidi tartarici*; образующаяся углекислота растягивает расширенное место трубки, которое является доступным постукиванию, по крайней мере, в нижнем отделе пищевода. По мнению Ziemssen, этот способ может быть применим для определения расширений пищевода, нескольких сужений его, происшедших после обжиганий; для определения степени сужений, т. е. проходимость ее для газов и жидкостей и наконец при распознавании дивертикула. Этот метод исследования при раковом сужении пищевода едва ли применим и я ничь не намерял, чтобы ктонибудь в подобных случаях его применял тем более, что при раке пищевода с одной стороны не наблюдаются такие значительные экстази пищевода, а с другой стороны — хрупкая раково-переоженная стенка пищевода весьма легко может разорваться под напором газа и могут получиться такие результаты, которые совсем нежелательны.

Для диагностики рака пищевода, а равно и для некоторых других заболеваний этого органа, иногда дает весьма ценные указания *микроскопическое исследование* оторванных частичек пищи, рвотных масс и особенно остатков на оливе зонда при катетеризации или застрявших небольших частичек в глазке эластического зонда. Здесь мы можем найти остатки пищи, грибовидные массы, гной, кровь, частички новообразования, посторонний тел и т. д., — все это вещи весьма драгоценные в диагностическом отношении. Ziemssen <sup>4)</sup> в одном, крайне затруднительном для диагностики случае определял характер сужения в только с помощью микроскопического исследования крошек кончика, застрявших в глазке эластического зонда при катетеризации. В этом случае диагностика долгое время не была поставлена вследствие совпадения многих, затрудняющих распознавание, моментов: молодой возраст, прежде повреждение пищевода проточенной костью, отсутствие худосочия и т. д. Само собою понятно, что при этом способе исследования для диагностики имеют решающее значение только положительные данные, отрицательные же не имеют значения.

Наконец в некоторых редких случаях диагностика ракового сужения пи-

щевода подтверждалась наружными явлениями. Lacour <sup>1)</sup> рассказывает, что он видел у профессора Duplay больного, страдающего сужением пищевода около кардии. У этого больного потом появилась раковая опухоль (sarcoïd) вблизи левого угла рта величиною в мускатный орех, которая указала на характер сужения пищевода. Аналогичный случай находится у Béhier.

**Осложнения ракового сужения пищевода.** Эти осложнения чаще всего бывают со стороны дыхательных путей. Клинически они выражаются разстройством голоса, одышкой, кашлем и т. д.

**Разстройство голоса** очень часто является при раке в верхней трети пищевода, гораздо реже при раке в средней трети и мы никогда не наблюдали их при раке в нижней трети (a Genty <sup>2)</sup>) прямо утверждает, что рак нижней трети никогда не осложняется припадками со стороны гортани. Разстройства со стороны гортани мы наблюдали у 5 наших больных, причем у всех раковое сужение находилось в верхней 1/3 пищевода. В 60 случаев д-ра Крузенштерна поражение голоса наблюдалось при локализации рака в средней трети. Разстройство голоса происходит вследствие поражения возвратных нервов, причем то поражается один нерв, то один правый, иногда же оба нерва вместе зараз или последовательно один за другим. При локализации рака в средней трети скорее всего поражается левый возвратный нерв, вследствие его особого анатомического положения. В большинстве случаев разстройства голоса появляются в позднейших стадиях развития болезни, но в двух наших случаях они составляли первый признак болезни. Внаследь эти изменения голоса могут то являться, то исчезать поочередно и промежутки могут быть различные, в других же случаях они, раз появившись, существуют до смерти, иногда с различными вариациями в их интенсивности. Во многих случаях полной афонии предшествуют различные изменения голоса. Они изменяют свой тонбръ, становится слышимым или хриплым, а в некоторых случаях он приобретает особенный характер, который Jaccoud <sup>3)</sup> называет битональным голосом (la voix bitonale). Вследствие неодинакового напряжения голосовых связок одновременно образуется два различных тона, — один более низкий, а другой более высокий. Подобный голос очень резкий, выкрикивающий и крайне неприятный, как обыкновенно говорят: «ржетъ ухо». Различное напряжение голосовых связок происходит или от снама при раздражении возвратного нерва опухолью, или же от одностороннего паралича. Последнее бывает в тех случаях, когда раковая масса уже инфильтрировала нервные стволы, что привело къ атрофии первичных нервных волоконцев. Кроме того, в некоторых случаях у больных является хриплый кашель, сухой, причудливый, который по Genty <sup>4)</sup> может даже представлять характер коклюшного кашля. Разстройства голоса не всегда зависят от материальных изменений нервов, но чаще от того давления, которому эти нервы подвер-

<sup>1)</sup> Lacour, l. c., p. 36.

<sup>2)</sup> Genty, Des symptomes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'oesophage. Thèse de Paris. 1883, p. 15.

<sup>3)</sup> Jaccoud, Pathologie interne, t. II, стр. 378, Русск. пер. 1878.

<sup>4)</sup> Genty, — l. c., p. 18.

<sup>1)</sup> König, l. c., стр. 18.

<sup>2)</sup> Oppolzer, l. c., стр. 90.

<sup>3)</sup> Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 10 и 11.

<sup>4)</sup> Zenker und Ziemssen, l. c., стр. 166.

гаются со стороны опухоли. А так как степень этого давления изменяется, то и голос может во временах улучшаться; впрочем при раке пищевода эти перемены чаще всего наблюдаются в начальных стадиях болезни и он обыкновенно не очень рѣзки; но при аневризме аорты эти перемены бывают очень рѣзки и быстры. При всѣх этих изменениях голоса ларингоскопическое изслѣдование гортани дает нам чрезвычайно важныя указанія. Обыкновенно при этомъ, кромѣ функциональных разстройствъ голосовыхъ связокъ, никакихъ другихъ изменений въ гортани не находятъ. Если парализована одна связка, то она остается неподвижною при дыханіи, что выражается особенно рѣзко при фонаціи, тогда какъ здоровая связка и черпаловидный хрящъ той же стороны приходятъ въ сильное движеніе при фонаціи; высочайшая часть предстаетъ кривою. Иногда парализованная связка кажется длиннѣе здоровой, такъ какъ она не напрягается при фонаціи. При двухстороннемъ парализѣ находятъ неподвижность обоихъ голосовыхъ связокъ, а голосовую щель расширенную. При парезѣ вышеописаннаго явленія будутъ казаться менѣе рѣзкими. Кромѣ того, при раке верхней трети пищевода въ рѣдкихъ случаяхъ разстройства голоса могутъ зависѣть отъ перехода новообразования на гортань, на что укажетъ намъ ларингоскопическое изслѣдованіе.

Всѣхъ съ разстройствами голоса при раковомъ служеніи верхней трети, а иногда и средней трети пищевода, могутъ наблюдаться *разстройства со стороны дыханія*, въ видѣ одышки, которая можетъ являться съ одной стороны вслѣдствіе пораженія возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ, а съ другой— вслѣдствіе пораженія воздухоносныхъ путей или ихъ прижатія раковою опухолью, перерожденными лимфатическими железами, абсцессами задняго груднаго промежутка и т. д.

Экспериментальная физиологія и хирургическій опытъ показали намъ, что перерѣзка одного или обоихъ возвратныхъ нервовъ у взрослыхъ влечетъ за собою только одну потерю голоса, безъ нарушенія дыханія. Krishaber <sup>1)</sup> въ 1880 году сообщилъ въ «*Société de biologie*» два наблюденія перерѣзки возвратнаго нерва у человѣка при операциіи удаленія щитовидной железы: въ первомъ случаѣ одинъ лѣвый возвратный нервъ былъ разрѣзанъ (случай Tillaux), въ другомъ же—оба возвратные были перерѣзаны (случай Richelot'a). У обоихъ больныхъ дыханіе не было нарушено, только одинъ голосъ былъ пораженъ. Вслѣдствіе этого Krishaber полагаетъ, что при аневризмахъ дуги аорты диспноэтическія явленія, иногда наблюдаемая у больныхъ, зависящая не отъ парализа возвратныхъ нервовъ, а напротивъ отъ ихъ раздраженія, причѣмъ является спазмъ гортани. Это объясненіе диспноэтическихъ явленій, наблюдаемыхъ при аневризмахъ, совершенно приложимо къ раку пищевода, такъ какъ и здѣсь является то же самое скатіе нервовъ и только природа опухоли различна. Кромѣ этой причины, при раке пищевода одышка можетъ еще зависѣть отъ прижатія или вторичнаго пораженія блуждающихъ нервовъ. Marchand обращаетъ особенное вниманіе на совпаденіе приступовъ одышки, наблюдаемыхъ при раке пищевода, съ пораженіями блуждающихъ нервовъ. Въ нѣкоторыхъ изъ его случаевъ приступы одышки были на

столько сильны, что объ основной ихъ причинѣ—о раке пищевода узнали только при вскрытіи, а въ его XII случаѣ больной умеръ во время одного изъ этихъ приступовъ удушья. Крузенштеръ также въ одномъ изъ своихъ случаевъ приписываетъ одышку прижатію блуждающаго нерва. Изъ нашихъ больныхъ двое (Канинъ и Павлова) постоянно чувствовали потребность къ дыханію, а при нѣкоторыхъ усиліи у этихъ больныхъ являлась одышка настолько сильная, что они приводили въ дѣйствіе всѣ свои вдыхательныя мышцы. Но кромѣ этой постоянной потребности къ дыханію, у нихъ являлись приступы одышки безъ всякой видимой причины, вдругъ, иногда среди ночи, во время сна. Эти приступы были похожи на приступы астмы. Затрудненія дыханія наблюдались въ фазѣ выдыханія, которое происходило съ особеннымъ дыхательнымъ шумомъ (Bruit de cognac—французск.) иногда очень громкимъ, зависящимъ отъ прохожденія воздуха чрезъ суженное мѣсто. У больной Павловой одышка, временами усиливающаяся въ видѣ астматическихъ приступовъ, была на столько сильна, что ей сдѣлана была трахеотомія, причѣмъ мы убѣдились, что эта одышка зависѣла отъ проростанія рака въ дыхательное горло. У Канина одышка также зависѣла отъ проростанія рака въ дыхательное горло и кромѣ того у него было найдено пораженіе возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ. Подобные случаи мы находимъ еще у Genty (obs. II) и Renault <sup>1)</sup>.

Гораздо чаще одышка при раке пищевода зависить отъ суженія воздухоносныхъ путей, которая можетъ происходить отъ различныхъ причинъ: отъ проростанія рака въ дыхательныя пути, какъ это было въ вышеописанныхъ двухъ нашихъ случаяхъ; отъ прижатія дыхательнаго горла и бронховъ раковою опухолью или перерожденными лимфатическими железами, каковыя случаи Крузенштеръ наблюдаетъ 12, а Marchand—4 (obs. II, XII, XIV и XVI). Lacour <sup>1)</sup> приводитъ случаи Leroux и Barret, гдѣ больные умерли отъ удушья, которое зависѣло въ первомъ случаѣ отъ обширнаго абсцесса въ заднемъ грудномъ промежуткѣ, а во второмъ—отъ абсцесса между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ. Въ 60 случаѣ д-ра Крузенштерна смерть наступила во время приступа удушья и при аутопсіи оказалось, что на мѣстѣ сообщенія пищевода съ правымъ бронхомъ находился кусокъ котлеты, проглоченной незадолго до катастрофы— Наконецъ одышка можетъ еще зависѣть отъ воспалительнаго отека гортани и главнымъ образомъ черпаловидно-надгортанныхъ связокъ, что можетъ случиться при раковомъ пораженіи самаго начала пищевода и нижней части глотки.

Съ терапевтической точки зрѣнія весьма важно дифференцировать одышку, зависящую отъ пораженія возвратныхъ и блуждающихъ нервовъ, отъ одышки, происходящей вслѣдствіе пораженія или прижатія воздухоносныхъ путей, такъ какъ въ первомъ случаѣ трахеотомія вполнѣ достигаетъ цѣли, во второмъ же случаѣ она достигаетъ цѣли только въ рѣдкихъ случаяхъ и кромѣ того представляетъ большія опасности, на что указываетъ нашъ случай (см. исторію болѣзни Павловой). Здѣсь прежде всего нужно обратить вниманіе на то, что въ первомъ случаѣ одышка существуетъ не постоянно, является приступами и сопровождается пораженіемъ голоса. Напротивъ того, во второмъ случаѣ одышка существуетъ постоянно, какъ и причина производа-

<sup>1)</sup> См. Genty,—I. c., p. 13.

<sup>1)</sup> Lacour,—I. c., p. 51.

ная ее; голос может быть нормальным, при выслушивании груди в стерильной области слышны рвзкий свистящий шум, зависящий от прохождения воздуха чрезъ суженное мѣсто дыхательной трубки, а если существуетъ сжатіе одного изъ бронховъ, то въ соответствующемъ легкомъ является ослабленіе дыхательныхъ шумовъ. Нужно замѣтить, что эта дифференцировка во многихъ случаяхъ крайне затруднительна и нерѣдко совершенно невозможна, такъ какъ часто существуютъ обѣ причины вслѣдствіе чего явленія бываютъ чрезвычайно разнообразнаго характера, среди которыхъ иногда крайне трудно разобраться. Но д-ръ Schmitt \*) сообщаетъ, что въ одномъ, наблюдавшемся имъ, случаѣ сдѣлано было распознаваніе вторичнаго пораженія трахеи при ракъ пищевода и не была сдѣлана трахеотомія. При аутопси на задней стѣнкѣ трахеи, на уровнѣ ея бифуркаціи, найдена опухоль съ орѣхъ, закупоривающая почти совершенно лѣвый бронхъ.

При ракъ пищевода часто наблюдается кашель, который бываетъ крайне разнообразнаго характера и зависитъ отъ многихъ причинъ. При высокой локализациі рака кашель иногда вызывается при всякой попыткѣ глотанія и можетъ быть объясненъ попаданіемъ частичекъ пищи въ полость гортани. Таковъ 41 случай д-ра Крузенштерна. Въ другихъ случаяхъ происхожденіе его сводится на раздраженіе трахеи или бронховъ, вызываемое давленіемъ опухоли или инфильтрированныхъ железъ. Въ этихъ случаяхъ кашель бываетъ большею частью сухой или сопровождается незначительнымъ отдѣленіемъ слизистой мокроты, а при пораженіи возвратныхъ нервовъ онъ бываетъ хрипящимъ, иногда причудливымъ и можетъ являться приступами въ видѣ коклюшныхъ, какъ объ этомъ свидѣлствуетъ Genty <sup>2)</sup>. У нашихъ больныхъ мы не наблюдали кашля въ видѣ приступовъ коклюша, но у большого Алексѣева всякій разъ при попыткахъ къ глотанію пищи или воды появлялся приступъ удушливаго кашля, который, всего вѣроятнѣе, вызывался попаданіемъ частичекъ пищи въ гортань.

Самую замѣчательную и вмѣстѣ съ тѣмъ весьма важную причину кашля, соединеннаго съ удушьемъ, представляютъ сообщенія пищевода съ дыхательными путями, — fistules oesophago-laryngées, oesophago-tracheales и oesophago-bronchiques. Явленія со стороны дыхательнаго аппарата, вызываемыя прободеніемъ, могутъ быть или очень рѣзкія, или же настолько незначительныя, что о происшедшей перфорациі узнаютъ только при аутопси. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сообщающее отверстіе находится надъ суженнымъ мѣстомъ пищевода или оно лежитъ между двумя суженіями, изъ коихъ верхнее менѣе узко и пропускаетъ пищу, если при этомъ это отверстіе широко и непосредственно сообщается съ дыхательными путями, то принадлежки этого рода перфорациі чрезвычайно рѣдки. Напротивъ того, когда отверстіе мало и выше его пищеводе сильно сужены или же когда это сообщеніе устанавливается при помощи фистулезнаго хода, то въ этихъ случаяхъ принадлежки бываютъ или крайне незначительныя, или же совсѣмъ ихъ не бываетъ и только при аутопси находятъ эти сообщенія. Въ случаяхъ перваго рода, какъ только устанавливается непосредственное, широкое сообщеніе пищевода съ дыхательными путями, у больного каждый глотокъ пищи, особенно жидкой или даже слюны, сопровождается приступомъ жестокаго

кашля, соединеннаго съ удушьемъ. У нашихъ больныхъ Кириллова и Лапина эти приступы были настолько тяжелы, что они совершенно отказывались принимать пищу и не глотали слюну. Ganzinotti собралъ изъ литературы 36 случаевъ рака пищевода, гдѣ существовали перфорациі дыхательныхъ путей, изъ нихъ въ 17 случаяхъ симптомы перфорациі были ясно выражены. Объ этомъ также говоритъ Béhier <sup>3)</sup> и приводитъ наблюденіе Salmeuve'a. Эти приступы удушливаго кашля происходятъ вслѣдствіе попадания частичекъ проглатываемыхъ веществъ въ дыхательные пути и раздраженія ихъ чувствительной слизистой оболочки, причѣмъ вмѣстѣ со слюзою иногда выбрасываются повашія туда частички пищи. При прободеніи въ гортань Mackenzie <sup>4)</sup> наблюдалъ сильную боль въ горлѣ, хриплый голосъ, приступы сильнаго кашля и удушья во время глотанія пищи. Здѣсь эти приступы зависятъ отъ раздраженія чувствительнаго верхняго гортаннаго нерва, котораго французы называютъ охранителемъ гортани (la sentinelle du larynx). Но это охраненіе далеко неполное.—частички пищи, главнымъ образомъ жидкой, втягиваются въ тончайшіе дыхательные пути, тамъ разлагаются и производятъ фокусную гнилостную пневмонію.—schlekreimthümle ибъемскихъ авторовъ. Такимъ образомъ здѣсь присоединяется вторая причина кашля,—гнилостная пневмонія вмѣстѣ съ бронхитомъ. Большой начинаетъ лихорадить, истощеніе и упадокъ силъ идетъ быстро и фатальный исходъ болѣзни ускоряется. Кроме того, діагностика перфорациі воздушныхъ путей въ нѣкоторыхъ случаяхъ устанавливается еще тѣмъ, что при катетеризациі пищевода проникали зондомъ въ трахею, причѣмъ, кромѣ дурного и кашля, наблюдали движеніе воздуха, который входилъ и выходилъ чрезъ зондъ при каждомъ дыханіи. Объ этомъ говоритъ Ganzinotti <sup>5)</sup>. Freudenhammer <sup>6)</sup> обратилъ вниманіе на два признака: 1) въ мѣстѣ перфорациі слышится при глотаніи жидкости ясный, журчащій шумъ съ металлическимъ отгѣнкомъ и 2) если ввести не глубоко въ пищеводе эластичскій полый зондъ, то выходитъ чрезъ него немного воздуха, что дѣлается еще яснѣе, если заставить больного сильно кашлять, а если наружный конецъ зонда опустить въ воду, то при выдыханіи въ ней появляются пузыри. Ziemssen <sup>7)</sup> наблюдалъ выдѣленіе проглоченной пищи съ мокротой, а Obernier <sup>8)</sup>—появленіе проглоченнаго угольнаго порошка въ трахѣхъ, что было прослѣжено гортаннымъ зеркаломъ.

Напротивъ того, въ случаяхъ втораго рода такихъ грозныхъ явленій не бываетъ; больной продолжаетъ жить, кашель хотя временами и является и можетъ даже сопровождаться воспаленіемъ легкихъ, но эти явленія не такъ характерны и перфорациа узнается только при вскрытіи. Такъ это было у нашего больного Алексѣева, у котораго при аутопси найдено большое перфорирующее отверстіе, ведущее въ трахею, но это отверстіе было невелико, величиною въ гусиное перо и лежало подъ суженіемъ пищевода, которое было настолько сильное, что пропускало только желобо-

1) Béhier, l. c., p. 84.

2) Mackenzie, l. c., p. 649, 17 Juni 1876.

3) Ganzinotti, l. c., p. 364.

4) Freudenhammer,—Carcinoma oesophagi, Diss. Berlin, 1873, s. 16.

5) Ziemssen, l. c., стр. 106 и 107.

6) Obernier, Berl. Klin. Wochenschr. 1866, № 25.

\*) Schmitt,—Revue médicale de l'Est. T. XIV, 1882, p. 491.

2) Genty, l. c., p. 18.

натый зондъ; съдѣловательно, при жизни чрезъ него никакая пища не проходила и не могла попасть въ дыхательные пути; точно также у этого больного не было найдено и явлений Schluckkreisläufe. То же самое наблюдалъ у своего больного Béhier <sup>1)</sup>, который еще приводитъ подобный же случай Rigaux.

Бромъ того, ракъ пищевода весьма часто осложняется различными поражениями легочной ткани, которая развивается преимущественно въ послѣднемъ періодѣ болѣзни. Раньше было уже сказано, что прободенія дыхательныхъ путей влекутъ за собою механическую гнѣздную гнилостную пневмонію, такъ называемую Schluckkreisläufe, которая можетъ повести къ мѣстной гангрени легочной ткани. У нашего больного Биселева была найдена гнилостная пневмонія вмѣстѣ съ широкой перфорацией задней стѣнки трахеи. Но эта пневмонія можетъ образоваться и безъ перфораций дыхательныхъ путей, когда больные дѣлаются настолько слабыми, что уже не въ состояніи покинуть постели. Здѣсь можно предположить, что при часто повторяющейся регургитации, которая иногда наступаетъ внезапно, отрыгаемая масса, при постоянномъ лежаніи больныхъ на спинѣ, попадаютъ въ гортань и трахею, откуда втягиваются въ болѣе глубокія дыхательныя вѣтви и здѣсь вызываютъ механическую гнѣздную пневмонію.

Гораздо чаще при ракѣ пищевода въ легкихъ образуется гипостатическая пневмонія, которая весьма легко является въ томъ періодѣ болѣзни, когда больные, вслѣдствіе крайняго истощенія и упадка силъ, вынуждены постоянно находиться въ кровати, тѣмъ болѣе, что эти больные обыкновенно престарѣлаго возраста, потатыры, часто съ атероматозными сосудами, съ различными дегенеративными процессами мускулатуры сердца, что ведетъ къ слабости сердечной дѣятельности и послѣдовательно къ застою крови въ легкихъ. Всѣ эти причины легко производятъ гипостатическую пневмонію, которая иногда можетъ вести даже къ омертвѣнію легочной ткани. У многихъ нашихъ больныхъ при вскрытіи найдены гипостазы въ легкихъ, а у болѣе много Сугутта гипостатическая пневмонія осложнилась, частичной гангреной легочной ткани, вслѣдствіе чего въ легкихъ образовались различной величины пещеры.

Непосредственный переходъ ракового новообразованія на легочную ткань (per continuitatem) и также болѣе метастатическіе раковые узлы могутъ вызвать въ окружающихъ частяхъ легочной ткани реактивное воспаленіе съ исходомъ въ гангрену. Въ этихъ случаяхъ при жизни объективное изслѣдованіе въ большинствѣ случаевъ не даетъ убѣдительныхъ доказательствъ въ пользу того, что здѣсь дѣло идетъ объ инфильтраціи легочной ткани раковыми массами, а не о пневмоніи; можно иногда только съ болѣею или меньшею вѣроятностью предполагать пораженіе ракомъ того или другаго легкаго; вполнѣ же вѣрно и точное распознаваніе въ большинствѣ случаевъ приходится дѣлать при аутопсіи, что и было у нашихъ больныхъ Петра Михайлова и Осипова.

Habershon <sup>2)</sup>, Desnos <sup>3)</sup> и Henri Lemaître <sup>4)</sup> обратили вниманіе на совпаденіе

<sup>1)</sup> Béhier, l. c., p. 83—84.

<sup>2)</sup> Habershon, — On Diseases of the Abdomen. 1862. Цит. по Крузенштерну, König'y и Zenker'y и Ziemsse'n'y.

<sup>3)</sup> Desnos, — Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, 1879, Paris, p. 49.

<sup>4)</sup> Lemaître, — Complications pleuro-pulmonaires du cancer de l'oesophage. Thèse de Paris 1880.

легочной гангрены и развитія пневмоніи съ разрушеніемъ блуждающихъ нервовъ. Эти авторы, на основаніи нѣсколькихъ своихъ случаевъ, думаютъ, что пораженія легочной ткани зависятъ отъ разрушенія трофическихъ волоконъ, заключающихся въ стѣнкахъ блуждающихъ нервовъ. Lemaître, допуская эту гипотезу, ссылается на экспериментально произведенныя воспаленія внутреннихъ Brown—Séguard'a, Schiff'a и Vulpian'a, также на случай Troussseau, гдѣ флегмонозній perinephritis приписанъ имъ, сильной болѣзненности яичка; кромѣ того, въ этихъ пораженіяхъ легочной ткани онъ находитъ аналогію съ измѣненіями въ кожѣ при пораженіи периферическихъ нервовъ, — также съ тѣми легочными приливами, которые наблюдаются при ущемленной грыжѣ кишокъ и въ которыхъ Проф. Verneuil приписываетъ разраженію большого симпатическаго нерва; наконецъ онъ ссылается на гипотезу Fernet, по которой пневмонія можетъ зависетьъ только отъ неврита блуждающаго нерва, — гипотеза, опирающаяся на нѣкоторое число аутопсій.

На основаніи своихъ собственныхъ случаевъ и ничего не могу сказать относительно этой гипотезы, такъ какъ у нашихъ больныхъ происхожденіе пневмоніи естественнѣе можно объяснить другими моментами, указанными выше. Во всякомъ случаѣ эта гипотеза бесспорно заслуживаетъ большаго вниманія.

Многіе французскіе авторы, начиная съ Lebert'a, обращаютъ еще вниманіе на частое совпаденіе рака пищевода съ легочной чахоткой и общей бугорчаткой. У Lebert'a <sup>1)</sup> въ половинѣ случаевъ найдены были туберкулы въ легкихъ и другихъ органахъ. Béhier <sup>2)</sup> также нѣрѣдко встрѣчалъ при ракѣ пищевода туберкулезъ. Michaux <sup>3)</sup> и Josias <sup>4)</sup> сообщаютъ случаи рака пищевода, осложненнаго общимъ мильарнымъ туберкулезомъ. Крузенштернъ <sup>5)</sup> изъ 60 своихъ случаевъ нашелъ въ 7 бугорчатку. Такое совпаденіе Проф. Peter <sup>6)</sup> и за нимъ Porchaire <sup>7)</sup> объясняютъ истощеніемъ, — inanition или inanition по Chossat, inanition по Littré. На 14 стр. своихъ лекцій профессоръ Peter говоритъ, что «всякій разъ, какъ питаніе нарушается, возможно появленіе туберкулеза», поэтому при ракѣ пищевода туберкулезъ является не вслѣдствіе какого либо соотношенія съ раковымъ новообразованіемъ, но вслѣдствіе того, что ракъ съживаетъ пищеводъ и получаетъ быстрое истощеніе организма отъ недостаточности питанія. То же самое происходитъ и при рубцовыхъ суженіяхъ пищевода. Итакъ, природа суженій здѣсь не играетъ никакой роли.

Что касается нашихъ случаевъ, то изъ 11 аутопсій мы нашли въ трехъ случаяхъ старыя творожистыя гнѣзда въ легкихъ и ни разу не видѣли свѣжихъ туберкуловъ. Точно также мы ни разу не наблюдали туберкулеза и у тѣхъ больныхъ, которые, пролежавъ нѣкоторое время въ клиникѣ, выписывались, а также и у тѣхъ, которые лечились амбулаторно.

<sup>1)</sup> Lebert, — l. c., p. 445.

<sup>2)</sup> Béhier, — l. c., p. 86.

<sup>3)</sup> Michaux, — Bulletins de la Société anatomique de Paris, 4 s., t. IV, 1879, p. 19—21.

<sup>4)</sup> Josias, — Le Progrès médical, № 10, 1884, p. 191.

<sup>5)</sup> Крузенштернъ, — l. c., стр. 34.

<sup>6)</sup> Michel Peter, — Leçons de clinique médicale, t. II, leg. 38, p. 13—40.

<sup>7)</sup> Porchaire, — Tuberculose consécutive au rétrécissement cancéreux de l'oesophage. Thèse de Paris, 1883.

При протекании *плесвы* и *околосердечной сорочки* обыкновенно развивается скоротечное гноиное или гнилостное воспаление этих оболочек, иногда с развитием газов и таким образом являются рупрeumothorax и рупрeumo-paricardium. Быстрота появления и количество вынота, равно как гноинные или гнилостные свойства поселяемого, определяемые пробным проколом, в связи с существовавшим уже раньше страданием пищевода, обезпечивают распознавание.

При протекании в *аорту* или в какой либо другой крупной сосуде, попутное дело, должно произойти смертельное кровотечение.

При протекании в *межелечное пространство* и в запищеводную клетчатку на шею, помимо боли в груди, расстройства движений позвоночника и лихорадки, может иногда образоваться подкожная эмфизема, которая имеет громадное значение для распознавания. При дальнейшем течении могут образоваться гноиники и свищевые сообщения между пищеводом и поверхностью шеи, через которые могут выделяться наружу проглоченные жидкости.

В некоторых случаях рак пищевода осложняется *гемло-и-ноокровием*. Так у нашего больного Яковлева при вскрытии найдены гноиники в верхушке правого легкого, в салынннх, в правой окологлоточной клетчатке, на различных мьстах тела в подкожной клетчатке и между мышцами, а также и около некоторых составов; кроме того, в полости правого легкого состава найдена гноинная жидкость. Всего вероятно эти гноинные скопления эмболического происхождения из раковой явзы пищевода. Deiningcr <sup>1)</sup> упоминает о возможности развития гангрены легкого из эмболоса. Сюда же относится вышеописанный замечательный случай Hinderlang'a. Как пример быстротечной септикемии при раке пищевода может служить случай Vulpian'a <sup>2)</sup>, где у больного, еще не слишком истощенного, быстро явились очень тяжелые симптомы гнилостного заражения крови и чрез 6 дней смерти. Кроме того, г. Крузенштерн в 33 своем случае наблюдает минимальные явления, а Terrillon <sup>3)</sup> после операции гастростомии—гемиплегии, но в обоих случаях осталось невнятным, какое отношение имели эти явления к раку пищевода.

Robert <sup>4)</sup> у своей 66-летней больной, страдающей раком пищевода, наблюдает *молочницу* во рту. Насколько это осложнение может быть тяжелым, показывает случай Domachino <sup>5)</sup>, где у 19-тилетней чахоточной дьвухки перед смертью в средней и нижней третях пищевода молочница образовала настолько значительные отложения, что явились резкие признаки дисфагии.

*Течение болезни* хроническое и постепенно прогрессивное. Но быстрота, с которой развиваются тяжелые признаки болезни, бывает у разных больных различна; у одних—роковое новообразование растет очень быстро и в короткое время на-

<sup>1)</sup> Deiningcr.—Ein Fall von Epithelkrebs im Oesophagus. Diss. Erlangen, 1890. Цит. по Крузенштерну.

<sup>2)</sup> Vulpian.—Clinique médicale de l'hôpital de la Charité. Paris (1878). 1879. p. 187.

<sup>3)</sup> Terrillon.—Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. X, p. 273, 1884.

<sup>4)</sup> Robert.—Le progrès médical, t. IX, 1881, Paris p. 129.

<sup>5)</sup> Domachino.—Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, t. VI, 2 s., (1879) 1880, p. 70—74.

столько суживается просвет пищевода, что больной, судя по нашим историям болезни, чрез 1½—2 месяца от начала появления первых симптомов бывает в состоянии глотать только одну жидкую пищу, вследствие чего истощение является очень быстро; напротив того, другие больные чрез полгода от начала заблвания в состоянии еще глотать мягкую, а иногда и твердую пищу и у них истощение является гораздо поздне. Нам замечено, что вообще у янннх болезни развивается особенно быстро и чрез полгода может привести к смертельному исходу.

*Исходь болезни* во всех случаях неизбежно смертельный. Этот роковой конец болезни происходит чрез различные промежутки времени от начала заблвания; по нашим случаям продолжительность болезни в среднем выводь была=9 мсе. (minimum=5 мсе., maximum=14½ мсе.). По Lebert'у <sup>1)</sup> средняя продолжительность болезни=13 мсе., у Mackenzie <sup>2)</sup>=8 мсе. (minimum=5 нед., maximum=16 мсе.); у Крузенштерна <sup>3)</sup>=5½ мсе. (minimum=5 нед., maximum=2 года); König <sup>4)</sup> утверждает, что наибольшая продолжительность=2 годам. В 8 наших случаях смерть произошла вследствие прогрессивного истощения, а 5 больных умерли от различных осложнений. По другим авторам смерть от осложнений болезни бывает приблизительно в половине всех случаев.

*Дифференциальный диагноз.* Имья предь собою больного с признаками расстройства глотания, нам прежде всего предстоит решить вопрос, происходит ли дисфагия вследствие органического поражения стенок пищевода или вследствие прижатия этого прохода какою либо опухолью, развившеюся по соседству, или же наконец вследствие функционального расстройства этого органа. В последнем случае дисфагия может зависеть с одной стороны от судороги мышц пищевода,—oesophageismus и с другой—от паралича их.

При *спазмодическом сужении пищевода* распознавание главным образом опирается: 1) на связь между полной непродоимостью пищевода с одной стороны и совершенно нормальным отпращением прохода с другой (Behier <sup>5)</sup>); 2) на длительность страдания, в огромном большинстве случаев у молодых субьектов и притом женщин, у которых къ тому же часто находят другие нервные расстройства, в видь истерии, гипохондрии и т. д., как обь этомъ сообщают Mondière <sup>6)</sup>, Roux <sup>7)</sup>, Seney <sup>8)</sup>, Zenker и Ziemssen <sup>9)</sup> и др.; наконец 3) болъе всего

<sup>1)</sup> Lebert,—l. c., p. 459.

<sup>2)</sup> Mackenzie,—l. c., p. 81, Juli 22. 1876.

<sup>3)</sup> Крузенштерн,—l. c., стр. 13.

<sup>4)</sup> König,—l. c., стр. 88.

<sup>5)</sup> Behier,—l. c., p. 104.

<sup>6)</sup> Mondière,—Recherches sur l'oesophagisme, ou spasme de l'oesophage. Arch. génér. de méd., t. I, p. 465, 1833.

<sup>7)</sup> Roux.—Sur quelques points du diagnostic des rétrécissements spasmodiques de l'oesophage avec ou sans lesion et de l'intervention du traitement par le bromure de potassium pour éclairer ce diagnostic. Thèse. Paris. 1873.

<sup>8)</sup> Seney.—Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'oesophage et du vaginisme. Thèse. Paris. 1873.

<sup>9)</sup> Zenker und Ziemssen,—l. c., стр. 176.

на определение съ помощью зонда нормального калибра пищевода въ свободные промежутки, между тѣмъ какъ во время приступа зондъ или совершенно не проходитъ, или же протискивается чрезъ сужение съ трудомъ. Въ трудныхъ случаяхъ, особенно тамъ, гдѣ спазмъ пищевода является какъ послѣдствіе органическихъ измѣненій самой стѣнки, напримеръ при постороннихъ тѣлахъ, изъязвленіяхъ, быстро растущихъ опухоляхъ и пр., діагнозъ устанавливается только послѣ многократнаго изслѣдованія больного. Въ этихъ послѣднихъ случаяхъ осторожное заключеніе ex juvantibus, тоже не лишено значенія, причѣмъ спазмъ можетъ пройти отъ введенія зонда, отъ гальваническаго тока и отъ приемовъ различныхъ противосудорожныхъ средствъ, изъ коихъ Воушъ особенно настоятельно рекомендуетъ бромистый потассій. Мы въ двухъ случаяхъ наблюдали дисфагію, зависящую отъ спазма пищевода, одинъ разъ у мужчины 65 лѣтъ, страдающаго грудной ангиной и другой у истеричной женщины 43 лѣтъ; въ обоихъ случаяхъ діагнозъ былъ поставленъ на основаніи неостоянства степени суженія и полныхъ ремиссій, гдѣ больные свободно глотали всякую пищу. При катетеризаціи зондъ съ самой большой оливою свободно проходилъ въ желудокъ. Кромѣ того въ обоихъ случаяхъ бромистый потассій вліялъ очень благотворно.

**Параличъ пищевода** въ крайне рѣдкихъ случаяхъ можетъ симулировать органическое суженіе канала. Обыкновенно онъ наблюдается какъ частное проявленіе обширныхъ мозговыхъ параличей, затѣмъ послѣ дифтерита, при сифилисѣ, при хроническомъ отравленіи свинцомъ и спиртомъ, послѣ паденія съ высоты или засыпанія землей и т. д. <sup>1)</sup> Свободное прохожденіе толстыхъ зондовъ при этомъ заболѣваніи всегда предохраняетъ отъ смѣшанія съ органическимъ суженіемъ прохода. Кромѣ того, при параличѣ больные могутъ свободно проглатывать тѣла значительнаго объема, между тѣмъ какъ при проглатываніи жидкостей или тѣлъ малаго объема они обыкновенно испытываютъ болѣе или менѣе значительное затрудненіе.

**Распознаваніе суженій пищевода, особенно при ракѣ,** которыя по частотѣ всего ближе стоятъ къ раковымъ суженіямъ, устанавливается тщательнымъ изслѣдованіемъ больного; при этомъ необходимо очень подробно изслѣдовать все органы, при заболѣваніи которыхъ можетъ быть прижатіе пищевода. Здѣсь однако нужно имѣть въ виду, что все опухоли, лежащая внѣ заворотнистой щели, не оказываютъ особеннаго вліянія на пищеводъ, а если оказываютъ, то только въ позднихъ стадіяхъ своего развитія. Это происходитъ вслѣдствіе того, что пищеводъ, благодаря своему свободному положенію въ щелевомъ пространствѣ, легко ускользаетъ изъ подъ опухоли, и поэтому сжатіе его возможно только въ томъ случаѣ, когда опухоль его совершенно обростаеъ или когда онъ предварительно приросъ въ какомъ нибудь мѣстѣ и не можетъ уклониться въ сторону. То же самое нужно сказать и объ опухоляхъ задняго груднаго промежутка.

При заболѣваніи шейныхъ и верхнихъ грудныхъ позвонковъ могутъ образоваться нарывы, которые произведутъ сжатіе пищевода, поэтому въ затруднительныхъ случаяхъ необходимо тщательно осмотрѣть позвонки. Alfred Steiger <sup>2)</sup> «одинъ разъ

<sup>1)</sup> Zenker und Ziemssen.—I. c., стр. 183.

<sup>2)</sup> Steiger, Ueber Verengerungen der Speiseröhre. Würzburger Medicinische Zeitschrift. Bd. II, 1861, s. 223.

видѣлъ такое выстояніе тѣла позвонка вслѣдствіе остента, которое произвело значительное затрудненіе глотанія». Въ анатомическомъ институтѣ военно-медицинской Академіи, въ музеѣ нормальной анатоміи, я видѣлъ верхнюю часть позвоночника, гдѣ находится костный разраженіе, исходящія изъ нижней части тѣла 3-го шейнаго позвонка и верхней части тѣла 4-го. При складываніи позвонковъ на передней поверхности синхронно между этими позвонками получается неправильно-конусовидной формы бугристый костный выступъ, вышиною около 1½ сент., который при жизни несомнѣнно выпячивалъ заднюю стѣнку глотки. Эти костныя разраженія, вѣроятно, произошли вслѣдствіе воспалительныхъ процессовъ шейныхъ позвонковъ, на что указываютъ сращеніе слѣдующихъ нижележащихъ трехъ позвонковъ, разрѣженіе губчатого вещества тѣлъ ихъ и костныя, обезображивающія ихъ, наслоенія.

На передней части шеи особенно тщательно должна быть изслѣдована щитовидная железа, заболѣванія которой образуютъ опухоль, охватывающую какъ бы тисками пищеводъ сзади; при этомъ при простыхъ зобахъ, даже достигающихъ весьма значительныхъ размѣровъ, суженіе рѣдко достигаетъ такой степени, чтобы оно могло вызвать опасныя для жизни припадки. Эти послѣдніе чаще наблюдаются при раковомъ перерожденіи этой железы и особенно сильно бываютъ выражены при маленькихъ отпущенныхъ долькахъ, принадлежащихъ заднему отдѣлу боковыхъ роговъ, если эти дольки перерождаются. Ziemssen <sup>1)</sup> въ двухъ случаяхъ раковаго перерожденія щитовидной железы у женщинъ наблюдалъ полное закрытіе пищевода и болные умерли голодною смертію. При существованіи зоба мы только тогда вправѣ отнестись на его счетъ суженіе пищевода, когда оно находится на уровнѣ щитовидной железы, а другихъ этиологическихъ моментовъ не оказывается. Кромѣ того, при распознаніи нужно имѣть въ виду интересное наблюденіе König's <sup>2)</sup>, что у женщинъ подобная суженія усиливаются во время мѣсячныхъ, подъ вліяніемъ общаго набуханія зоба, а затѣмъ снова уменьшаются.

Въ рѣдкихъ случаяхъ прижатіе пищевода можетъ произойти вслѣдствіе ненормальнаго утолщенія перстневиднаго хряща. Мы одинъ разъ наблюдали подобный случай. Исторія болѣзни слѣдующая:

Вольной токаръ *Василій Андреевъ*, 48 лѣтъ, холостъ, поступилъ въ клинику 29 ноября 1885 года.

*Anamnesis.* Вольной всегда былъ здоровъ. Сифилисъ и уретрита не имѣлъ. Съ 22 лѣтъ до 33 много пилъ водки, нѣрѣдко былъ пьянъ, однако delirium не имѣлъ; послѣ 33 лѣтъ по настоящее время часто и въ порядочномъ количествѣ пилъ пиво, иногда послѣ работы разгоряченный выпивалъ съ жадностью бутылку холоднаго пива, чему больной и приписываетъ свою болѣзнь. Ожоги пищевода путей не было. Кровохарканіе, сердцебиеніе и одышка тоже никогда не было. Съ іюня мѣсяца сталъ замѣчать тяжесть и стѣсненіе въ области желудка послѣ приема пищи; это стѣсненіе усиливалось и вливалось тошнота и отрыжка, вроты же не было и пища проходила свободно. Въ сентябрѣ мѣся въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи пищи, которая часто выбрасывалась назадъ. Это затрудненіе постепенно усиливалось и дошло до того, что въ настоящее время можетъ глотать только жидкую пищу. За послѣднее время больной похудѣлъ.

<sup>1)</sup> Zenker und Ziemssen, I. c., стр. 34.

<sup>2)</sup> König, Руковод. къ частной Хирургіи, Т. I, стр. 503, Русс. пер. 1876.

*Status praesens.* Большой среднего роста, порадочного питания, бодрый. На костной системѣ найдено ограниченное утолщение на нижней трети правой бедренной кости; выстояние акромиальных концов ключицы, причемъ справа больше; на наружной трети лѣвой ключицы небольшой экзостозъ. Грудная кѣтка правильная. При осмотрѣ шеи найдено незначительное увеличение правой щитовидной железы. Правый *tig. scrotoisum* углубленъ, а лѣвый сглаженъ и въ немъ ощущаются нѣсколько железозъ твердоватыхъ, подвижныхъ. Горланъ стоитъ неправильно, лѣвая пластинка щитовиднаго хряща нѣсколько надвинута на правую, почему *rotum adami* смотритъ впередъ. Трахея направлена влѣво-перстневидный хрящъ твердъ и переднее его кольцо выдается впередъ. *Fossa jugularis* и обѣ надключичныя ямки не представляютъ ничего особеннаго; около трахеи ничего ненормальнаго не ощущается. При ларингоскопированіи *aditus ad laryngem* стоитъ косо слѣва направо, другихъ уклоненій въ горланѣ не найдено, хотя большого исследовали много разъ и нѣсколько разъ его видѣлъ Проф. Ларингологин г. Симановскій. Внутренніе органы нормальны. При исследованіи пищевахъ путей, кромѣ хроническаго фарингита, ничего ненормальнаго не найдено. При катетеризаціи пищевода въ самомъ началѣ его олина встречается неопредѣленное препятствіе. Черезъ нѣсколько дней, именно 14-го декабря при согнутой головѣ и совмѣстномъ оттягиваніи горлана впередъ удалось провести зондъ съ оливой № 2, которая ниже перстневиднаго хряща не встрѣтила ни малѣйшаго препятствія въ пищеводѣ и совершенно свободно прошла въ желудокъ. Послѣ этого больная стала глотать пищу гораздо лучше и не только мягкую, но и твердую, тщательно ее разжевывая. Большой находился въ клиникѣ до 25-го февраля 1886 года; его много разъ катетеризовали, но выше оливы № 2 не удалось ни разу провести и каждый разъ препятствія встрѣчались на уровнѣ перстневиднаго хряща, а въ остальномъ отдѣлѣ пищевода ничего ненормальнаго не опредѣлялось. Такимъ образомъ, больше путемъ исключения, мы должны были признать, что дисфагія въ данномъ случаѣ зависѣла отъ утолщенія и окостенѣнія перстневиднаго хряща, который механически сжималъ начало пищевода. Къ несчастію послѣ 25-го февраля мы больного потеряли изъ виду.

Загѣтъ служеніе пищевода вслѣдствіе прижатія иногда бываетъ со стороны опухолей, обыкновенно творожисто-перерожденныхъ, лимфатическихъ железъ шеи и въ особенности межжелочнаго пространства, главнымъ образомъ на уровнѣ раздвоенія дыхательной трубки, гдѣ находится нѣсколько лимфатическихъ железъ, которая здѣсь образуютъ клинъ до 3,5 сант. вышины. При воспаленіи этихъ железъ можетъ образоваться гнойникъ, который иногда вскрывается въ пищеводъ, вслѣдствіе чего пищевые вещества могутъ попасть въ эту гнойную полость и произвести гнойный *mediastinitis*. Krauss \*) сообщаетъ слѣдующій крайне интереснѣйшій случай.

Въ июлѣ 1876 года къ нему обратился за помощью 60-лѣтній крестьянинъ яркаго тѣлосложенія, который, послѣ того какъ въ разгоряченномъ состояніи выпилъ нѣсколько стакановъ очень холоднаго пива, почувствовалъ боль и затрудненіе при глотаніи пищи. При зондированіи на уровнѣ 6-го спиннаго позвонка опредѣлялось препятствіе. Систематическимъ зондированіемъ служеніе было расширено и больной сдѣлался здоровымъ. Въ 1881 году въ февралѣ мѣсяцъ большой снова почувствовалъ боль въ спинѣ и затрудненіе при глотаніи. Зондированіе было болѣе трудное и болѣзненно; препятствіе опредѣлялось на томъ же уровнѣ. Вскорѣ у больного явился легкій кашель и вечернія познѣванія. 28 июля послѣ зондированія легкое кровохарканіе, а чрезъ 2 дня большой умеръ отъ кровотеченія горломъ. При аутопсиі Krauss надѣялся найти аневризму, но нашелъ на уровнѣ раздвоенія дыхательнаго горла сильно увеличенныя, отчасти нагноившіяся, а отчасти обивающіяся лимфатическія железы, которая сдавливали пищеводъ. Кромѣ

\*) Krauss, Zur Casuistik der Oesophagusstenosen. Medicinisches correspondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Vereins, № 35, 1881, s. 273.

того, за глѣвымъ бронхомъ найдена нагноившаяся железа, которая перфорировала бронхъ и вызвала крупный сосудъ.

*Опухоли межжелочнаго пространства*, особенно раковыя, могутъ сдавливать пищеводъ и вызвать дисфагію. Это сдавленіе пищевода происходитъ тѣмъ легче, чѣмъ прочѣе онъ прирѣпляется къ позвоночнику разрастаніями околонищевой кѣтчатки, вслѣдствіе реактивнаго воспаленія. Распознаваніе прижатія пищевода, обусловливаемого подобными опухолями, крайне затруднительно, и невозможно дать въ общихъ чертахъ признаковъ, на основаніи которыхъ можно бы съ достовѣрностью опредѣлить подобное прижатіе, такъ какъ извѣстно, что распознаваніе самихъ межжелочныхъ опухолей удается установить только при особенно благоприятныхъ условіяхъ.

Распознаваніе служеній пищевода вслѣдствіе прижатія аневризмой аорты чрезвычайно важно для установленія показаній къ катетеризаціи пищевода. Въ литературѣ есть много наблюденій, гдѣ во время катетеризаціи или вскорѣ послѣ него являлось смертельное кровотеченіе вслѣдствіе разрыва аневризматическаго мѣшка, сроставшаго съ пищеводомъ и сильно истончившаго одну изъ стѣнокъ его; поэтому, разъ есть подозрѣніе на существованіе аневризмы аорты, вызвавшей дисфагію вслѣдствіе прижатія пищевода, лучше для хирурга воздержаться отъ зондированія этого прохода и выждать выясненія діагноза, тѣмъ болѣе, что обыкновенно въ этихъ случаяхъ дисфагія рѣдко бываетъ значительна. Hamburger \*) убѣдился, что при аневризмѣ аорты ни величина ея, ни положеніе не обуславливаютъ дисфагію, но что послѣдняя является только тогда, когда вслѣдствіе постояннаго раздраженія аневризмой пищевода въ стѣнкахъ послѣдней развивается воспалительный процессъ. Существенное подтвержденіе возрѣнія Hamburger'a Oppolzer видитъ въ томъ, что Mondière †), который неоспоримо обладаетъ необыкновенной опытностью въ болѣзняхъ пищевода, отрицаетъ существованіе дисфагіи отъ сжатія пищевода аневризмой. Однако, въ настоящее время всѣ убѣдились въ ошибочности мнѣнія Mondière'a и еще Béhier ‡) предостерегаетъ отъ такого заблужденія, хотя съ другой стороны каждому хирургу извѣстно, что не всегда аневризмы аорты сопровождаются дисфагіей и мы одинъ разъ наблюдали огромную аневризму аорты, образовавшую на передней поверхности груди большую пульсирующую опухоль, которая не сопровождалась явленіями прижатія пищевода.

При распознаваніи нужно имѣть въ виду всѣ признаки, указывающіе на существованіе аневризмы. Кромѣ того, при катетеризаціи пищевода зондъ, дойдя до аневризматическаго мѣшка, начинаетъ пульсировать. Эти пульсовые колебанія особенно замѣтны на наружномъ концѣ стилета.

Krauss §) за 15 лѣтъ своей практики видѣлъ 4 случая, гдѣ служеніе пищевода зависѣло отъ аневризмы аорты. Во всѣхъ случаяхъ діагнозъ былъ легокъ, дисфагія появлялась въ позднихъ стадіяхъ болѣзни. Изъ этихъ 4-хъ случаевъ три раза аневризма вскрылась въ лѣвую плевру, а въ четвертомъ пришлось больного кормить чрезъ

\*) См. Oppolzer, стр. 112.

†) Mondière, Arch. gén. de méd., t. XXV, 1831, p. 380—381.

‡) Béhier, l. c., p. 87.

§) Krauss, l. c., s. 273.

зондъ и онъ умеръ отъ голода. Этому больному была предложена гастростомія, отъ которой онъ отказался.

Среди нашихъ больныхъ, страдающихъ сужениемъ пищевода, въ четырехъ случаяхъ заподозрѣно было прижатіе пищевода аневризмой аорты, но вѣрнаго діагноза невозможно было поставить. Въ двухъ случаяхъ суженіе пищевода опредѣлялось въ средней трети пищевода и въ двухъ—въ нижней; въ одномъ случаѣ при катетеризаціи пищевода зондомъ можно было считать пульсъ. Въ такихъ трудныхъ для діагноза случаяхъ сѣдовало бы прибѣгать къ эзофагоскопіи и Mikulicz \*) при помощи своего эзофагоскопа въ одномъ такомъ случаѣ опредѣлили сжатіе пищевода въ нижней его части пульсирующею опухолью.

Распознаваніе суженій пищевода вслѣдствіе прижатія, наполненной пищей, *вытертой* (Pulsionsdivertikel) *пазухой* основывается на доказательствѣхъ присутствія этой рѣдкой формы болѣзни. Эти пазухи находятся на нижнемъ концѣ глотки, непосредственно на границѣ пищевода и притомъ на задней стѣнкѣ и помѣщаются между позвоночникомъ и пищеводомъ въ ретровисцеральномъ промежуткѣ, образуя отъ небольшой, величины отъ горошины до зѣбнаго орѣха, выпячиванія, то большіе мѣлки шаровидной, цилиндрической или грушевидной формы, съ широкимъ или сравнительно узкимъ отверстіемъ, до 13 сант. и болѣе въ длину, а въ поперечникѣ болѣе 5 сант. При каждомъ принятіи пищи пазуха наполняется и сдавливаетъ пищеводъ, дыхательное горло и легкія. Снаружи эти наполненные пищей пазухи образуютъ на шеѣ въ области пищевода опухоли. Нажимая на эту опухоль, можно выдавить въ ротъ принятую больнымъ пищу, послѣ чего опухоль пропадаетъ. При катетеризаціи зондъ прежде всего попадаетъ въ эту пазуху, наталкивается на препятствіе и можетъ симулировать стриктуру. Но въ другихъ случаяхъ удается проскользнуть зондомъ мимо пазухи въ пищеводъ, причемъ зондъ не встрѣчаетъ никакихъ препятствій и совершенно свободно проходитъ въ желудокъ. Эта сѣбна удача и неудача при введеніи зонда и можетъ навести на правильный діагнозъ.

Теперь остается намъ рассмотреть суженія, происходящія вслѣдствіе органическихъ измѣненій стѣнокъ пищевода. Здѣсь прежде всего *рубцовыя стриктуры* иногда могутъ быть смѣшаны съ карциномой пищевода, особенно при отсутствіи или крайне обмѣивомъ, иногда съ цѣлью запутываемомъ больнымъ, анамнезѣ. При этомъ нужно имѣть въ виду причинные моменты, производящія рубцовыя суженія, какъ-то: ожоги концентрированными кислотами, щелочами и растворами другихъ ѣдкихъ веществъ, вѣшнихъ травматическія поврежденія пищевода и поврежденія проглоченными посторонними тѣлами, ожоги горячей пищей и т. д. Затѣмъ нужно имѣть въ виду, что рубцовыя стриктуры имѣютъ два періода.—сначала острый и затѣмъ хроническій; суженіе развивается медленно и постепенно усиливается, отдѣляется отъ первичнаго страданія порядочнымъ промежуткомъ времени и силы болѣзняка долго сохраняются. Съ помощью зонда можно опредѣлить значительную неподатливость рубцовой ткани, а леченіе расширяющими средствами даетъ вообще хорошіе, иногда даже прочные результаты.

\*) Mikulicz, l. c., s. 27.

Распознаваніе суженій, произведенныхъ вколоченными въ пищеводъ посторонними тѣлами, основывается главнымъ образомъ на анамнестическихъ данныхъ; кромѣ того, бурное начало болѣзни, жестокость воспалительныхъ явленій и боли при отсутствіи другихъ этиологическихъ моментовъ указываютъ на присутствіе посторонняго тѣла, а при катетеризаціи зондомъ можно ощупать его и окончательно убѣдиться въ истинной причинѣ дисфагіи.

Какъ крайняя рѣдкость, *суженіе пищевода* можетъ образоваться *послѣ простого изъясненія* этого органа. Deborde \*) опубликовать одинъ случай этого рода.

Мужчина 54 лѣтъ, не сифилитикъ; со стороны наслѣдственности ничего особеннаго нѣтъ. Съ 1870 года сильно употребляетъ алкоголическими напѣтками и въ теченіе 10 лѣтъ было 5 приступовъ delirium tremens; поступилъ въ госпиталь въ ноябрѣ 1882 года. Въ концѣ 1870 года чувствовалъ сильныя боли въ верхней части sterni и значительную трудность во время принятія пищи. Глотаніе было очень болѣзненно и сопровождалось регургитаціями. 5-го марта 1872 года была три раза рвота черной кровью. Истощеній болной поступилъ въ госпиталь, гдѣ ему проводилъ зонды съ оливой, послѣ чего онъ ѣлъ лучше. Въ 1871 и 1872 годахъ частыя рвоты кровью цвѣта кофейной гущи. Въ 1878 году снова рвоты. Въ продолженіи всего этого періода болной жестоко страдаетъ отъ болей позади sternum при всякой попыткѣ глотанія. Въ послѣдствіи рвоты прекратились и боли мало по мало стихли. При катетеризаціи констатировали два суженія пищевода: одно вблизи кардіи и другое, гораздо болѣе сильное, на уровнѣ рукоятки грудины. Это послѣднее суженіе едва пропускаетъ оливку въ 8 mill. въ діаметрѣ. Итакъ, въ этомъ случаѣ суженіе пищевода существовало болѣе 10 лѣтъ и имѣло два періода; первый характеризуется кровавой рвотой и дисфагіей, зависящей главнымъ образомъ отъ болей; второй—дисфагіей, преимущественно зависящей отъ суженія пищевого прохода.

*Прирожденныя суженія* пищевода и *суженія отъ простой мышечной инертности* никоимъ образомъ не могутъ быть смѣшаны съ эпителіомой пищевода, такъ какъ первыя существуютъ отъ рожденія, а вторыя имѣютъ рвоткомъ длительное теченіе.

*Фиброзныя полипы пищевода* въ некоторыхъ случаяхъ могутъ вызвать значительное затрудненіе глотанія. Распознаваніе ихъ основывается на длительности болѣзни и маломъ вліаніи на общее здоровье болнаго. Окончательное убѣжденіе въ присутствіи полипа получается ощущиваніемъ пальцемъ или же зрѣніемъ, когда полипъ, при помощи рвотныхъ и кашлевыхъ движеній, вырывается въ полость рта.

Суженія пищевода *сифилитическаго происхожденія* встрѣчаются крайне рѣдко. Распознаваніе ихъ основывается на анамнестическихъ данныхъ, на сравнительно незначительномъ худосочіи, на присутствіи позднихъ формъ сифилиса на другихъ мѣстахъ тѣла и, наконецъ, главнымъ образомъ на благоприятномъ результатѣ противосифилитическаго леченія. Однако въ большинствѣ случаевъ распознаваніе этихъ суженій такъ и остается на стени вѣроятности. Мы наблюдали три случая суженій этого рода, изъ нихъ въ двухъ случаяхъ діагнозъ подтвердился успѣшнымъ противосифилитическимъ леченіемъ. Во всѣхъ случаяхъ существовали позднія проявленія сифилиса на различныхъ мѣстахъ тѣла, на многихъ костяхъ и суставахъ.

Такимъ образомъ, при распознаваніи рака пищевода нужно имѣть въ виду всѣ вышеописанные болѣзненные процессы, ведущіе къ суженію этого прохода. Кромѣ

\*) Deborde, Gazette des Hôpitaux, № 44, p. 347, 1883.

того, особенное значение нужно придавать пожилому возрасту, мужскому полу, пьянству, отсутствию травматического или какого либо другого этиологического момента, постепенному прогрессирующему увеличению сужения, самобытным болям, быстрому истощению и результатам излѣдованія зондомъ.

### Лечение раковых суженій пищевода.

Радикальное лечение ракового сужения пищевода мыслимо только при условіяхъ возможности удаленія пораженной части органа резекціей пищевода. Но такіе случаи крайне рѣдко встрѣчаются, съ одной стороны потому, что ракъ шейной части пищевода вообще рѣдокъ, а съ другой—и это самое главное,—что крайне рѣдко удается опредѣлить нижнюю границу раковаго пораженія органа, безъ чего невозможно предпринять операцию, иначе мы всегда рискуемъ ее не окончить, что и было у Sonnenburg'a <sup>1)</sup>, а образовать постоянный свищъ (oesophagostomia) въ пораженной части органа крайне неудобно и опасно для жизни больного. Въ огромномъ же большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться одними палліативными средствами, имѣющими ту цѣль, чтобы сколько нибудь замедлить губительный исходъ болѣзни. Здѣсь прежде всего является настоятельная необходимость питать больного. Назначеніемъ цѣлесообразной діеты можно надолго время сохранить силы больному. Молоко, взбитыя яйца, жидкая молочная манная каша, размоченная въ молокѣ булка, сквашенное мясо съ бульономъ, аррорутъ или мягкая и нѣжная мушкетная пища, мясной сокъ, пептонъ-бульонъ и т. п. составляютъ самый цѣнный питательный матеріалъ и по своему высокому питательному и вполне индифферентному характеру должны быть приняты за самую цѣлесообразную пищу. Раздражающихъ пищевыхъ веществъ, конечно, больной долженъ избегать. Кромѣ того, для поддержанія проsvѣта пищевода и предупрежденія полной закупорки его, необходимо зондированіе пищевода. Въ этомъ отношеніи у многихъ авторовъ мы читаемъ предостереженія противъ употребленія зонда, главнымъ образомъ вслѣдствіе опасности прободенія пищевода верхушкой инструмента; кромѣ того, при зондированіи якобы вносится лишнее раздраженіе, вслѣдствіе котораго новообразованіе или быстрѣе растетъ, или быстро распадается и происходитъ опасная ослабленія и еще не такъ давно въ Московскомъ хирургическомъ обществѣ <sup>2)</sup> была поднята вопросъ, слѣдуетъ или не слѣдуетъ примѣнять катетеризацію при раковыхъ стриктурахъ пищевода и пришли къ заключенію, что примѣнять ее въ этихъ случаяхъ не слѣдуетъ. На основаніи нашихъ наблюденій, мы считаемъ себя вправе принять, что эти предостереженія опираются скорее на теоретическія соображенія, чѣмъ на практическія наблюденія дурныхъ послѣдствій отъ зондированія. Въ нашей клиникѣ зондируются почти все больные и мы не только ни разу не наблюдали никакихъ неприятныхъ послѣдствій, но напротивъ, въ огромномъ большинствѣ случаевъ, если даже зондъ и не проходитъ суженіе, больные послѣ этого нѣсколько дней гла-

тають пищу гораздо лучше и сами просятъ ихъ зондировать чаще, чѣмъ у насъ выработано практическимъ опытомъ. Правда, нѣкоторые больные не переносятъ зонда, у нихъ усиливается спазмъ пищеводаыхъ мышцъ и они начинаютъ хуже глотать пищу; обыкновенно въ такихъ случаяхъ приходится оставить зондированіе; но эти случаи крайне рѣдко встрѣчаются; съ другой стороны—среди нашихъ больныхъ есть такіе случаи, гдѣ зондированіе положительно спасало больныхъ отъ голодной смерти и, какъ на особенно рѣзкій примѣръ такого рода, я указу на исторію болѣзни нашей больной Прины Алексеевой, которая была настолько слаба, что весьма сомнительно, чтобы она перенесла гастростомию, зондированіемъ же удалось возстановить проходимость канала, больная получила возможность питаться и жила послѣ этого нѣсколько мѣсяцевъ. Но кромѣ практическаго опыта и теоретическаго разсужденія говорить въ пользу зондированія. Въ самомъ дѣлѣ, всякій согласится съ тѣмъ, что введеніе въ пищеводъ два раза въ недѣлю зонда и приспособленіе въ новообразованію оливы изъ слоновой кости, смазанной масломъ, неравномерно производитъ меньшее раздраженіе раковаго новообразованія, чѣмъ постоянно застаивающіяся надъ суженіемъ пищащія пищевыя вещества. Кромѣ того, какъ справедливо замѣчаетъ проф. Ф. П. Синицынъ <sup>1)</sup>, эпителию на наружныхъ частяхъ, на губѣхъ, щекъ и т. д. постоянно подвергаются различнымъ механическимъ инультамъ, однако растутъ медленно. По аналогіи нужно думать, что и на эпителию пищевода такой незначительный механической инульта, какъ приспособленіе оливы изъ слоновой кости, не такъ уже дурно дѣйствуетъ, какъ это многие принимаютъ. Ziemssen <sup>2)</sup> точно также ни разу не видѣлъ никакихъ вредныхъ послѣдствій послѣ зондированія при раковыхъ суженіяхъ пищевода; ему также удавалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ продлить жизнь на нѣсколько мѣсяцевъ, хотя до начала леченія зондомъ каналъ былъ уже совершенно закрытъ даже для жидкостей, поэтому онъ настоятельно рекомендуетъ это средство. Кромѣ того, этотъ авторъ допускаетъ, что механическое давленіе на опухоль можетъ имѣть своимъ результатомъ сморщиваніе послѣдней или даже зарубцовываніе очищающагося отъ раковыхъ массъ два языка, на что указываютъ находимыя имъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ смерти, рядомъ со свѣжани раковыми высыпаніямъ, рубцовыхъ свѣтъхъ съ аспидной окраской суженнаго мѣста пищевода. Затѣмъ многие французскіе авторы, какъ напр., Verneuil <sup>3)</sup>, Krishaber <sup>4)</sup>, Lannelongue <sup>5)</sup>, Bouchard <sup>6)</sup>, Marchand <sup>7)</sup>, Follin et Duplay <sup>8)</sup>, Maurice Jeannel <sup>9)</sup> и многие другіе, рѣшительно высказываются за зондированіе пищевода и нѣкоторые изъ нихъ даже совѣтуютъ употреблять cathéter à demeure, о чемъ скажемъ послѣ.

<sup>1)</sup> Лѣтопись хирургическаго Общества въ Москвѣ за 1883 г. стр. 105.

<sup>2)</sup> Ziemssen.—I. c., стр. 168.

<sup>3)</sup> Rodet,—I. c., Thèse, 1881 и Nekrass,—I. c., Thèse, 1880.

<sup>4)</sup> Krishaber,—Gazette des Hôpitaux, Paris, 1881, p. 211.

<sup>5)</sup> Lannelongue,—Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, t. VII, 1881, p. 220.

<sup>6)</sup> Lesbini,—I. c., Thèse de Paris, 1873.

<sup>7)</sup> Marchand,—I. c., p. 42.

<sup>8)</sup> Follin et Duplay,—I. c., p. 266.

<sup>9)</sup> Ashhurst.—Encyclopédie internationale de chirurgie, Paris, 1886, t. V, p. 865.

<sup>1)</sup> Sonnenburg,—Zur operativen Behandlung der Oesophagus-Carcinom.—Deutsche medicinische Wochenschrift, № 29, s. 459, 1884.

<sup>2)</sup> Лѣтопись хирургическаго Общества въ Москвѣ за 1883 г. № 12. Засѣд. 155.

Однако почти в каждом трактатѣ о ракъ пищевода мы встрѣчаемъ различные несчастные случаи, происшедшіе отъ катетеризма; зондомъ прорывали перерожденную стѣнку органа и попадали то въ плевру <sup>1)</sup>, то въ легкое <sup>2)</sup>, то въ задній грудной промежутокъ <sup>3)</sup> и т. п. Но все эти несчастные случаи, какъ справедливо говоритъ König <sup>4)</sup>, «нисколько не могутъ уменьшить значенія зонда, какъ средства для изслѣдованія и леченія». Въ опытной рукѣ зондъ приноситъ большую пользу, если хирургъ помнитъ только, что зондъ замѣняетъ ему палецъ и что при введеніи его онъ долженъ руководствоваться осязаніемъ. Напротивъ того, неумѣльнъ зондомъ достигать такихъ результатовъ, которые вовсе не желательны» и Günther <sup>5)</sup> сообщаетъ, что Esquirol, первый примѣнившій зондъ для кормленія съмашиедшихъ, наблюдалъ случаи, гдѣ былъ образованъ ложный путь со смертельнымъ исходомъ чрезъ нѣсколько дней, а Baillarger видѣлъ смерть отъ прорыванія задней стѣнки глотки. Самую большую опасность при катетеризаціи пищевода составляютъ аневризмы аорты и большихъ артеріальныхъ стволонъ, выходящихъ изъ дуги ея. Въ литературѣ описано не мало случаевъ, гдѣ вслѣдъ за зондированіемъ пищевода происходило вскрытіе аневризматическаго мѣшка въ этотъ проходъ. Такъ, Mouton <sup>6)</sup> приводитъ случай Adolphe Richarda, большой котораго умеръ чрезъ два часа послѣ имъ произведеннаго катетеризма пищевода кровавой рвотой отъ вскрытія аневризмы. Для избѣжанія этого, а также и другихъ несчастныхъ послѣдствій, необходимо передъ зондированіемъ у каждаго больного самымъ тщательнымъ образомъ всѣми способами изслѣдовать грудные и брюшные органы; особенно необходимо тщательно изслѣдовать перкуссіей и аускультацией сердце, сосуды и легкія; безъ этого предварительнаго изслѣдованія въ нашей клиникѣ ни одинъ больной не зондируется,—это составляетъ правило, которое исполняется чрезвычайно строго; при этомъ, если не будетъ найдено ни одною признака, указывающаго на аневризму или на нарушеніе цѣлости пищевода—его перфорацию и сообщеніе съ соседними органами или полостями,—только тогда предпринимается зондированіе. Точно также у каждаго больного, который лечится зондированіемъ, будетъ ли это амбулаторный, а тѣмъ болѣе стационарный, всякій разъ передъ введеніемъ зонда тщательно выстукиваются и выслушиваются грудные органы. Держась строго такого правила, а также постоянно помня, что зондъ долженъ замѣнять палецъ, еще разъ повторяю, что отъ зондированія, кромѣ благопріятныхъ результатовъ, мы ни разу не наблюдали никакихъ несприятныхъ послѣдствій. Нечего и говорить, что никогда не слѣдуетъ хирургу позволять больнымъ катетеризировать себя даже такимъ цѣннымъ, совершенно мягкимъ инструментомъ, какъ зондъ изъ каучука, въ родѣ утратальнаго катетера Nelaton'a. Въ этомъ отношеніи поучителенъ случай Fort'a <sup>7)</sup>, гдѣ большой имѣлъ раковое суженіе въ нижней 1/3 пищевода, которое нѣсколько не уступало зондированію и сдѣлалось настолько сильнымъ, что готовились больному сдѣлать

гастростомію. Но вдругъ во время катетеризаціи зондъ съ оливой прошелъ суженіе и больной сталъ кормить черезъ зондъ. Большой быстро сталъ поправляться и силы его настолько возстановились, что онъ сталъ дѣлать прогулки. Кормленіе каждый разъ производилось чрезъ зондъ и больной настолько привыкъ, что самъ вводилъ его себѣ. Чрезъ нѣкоторое время у него явились сильная боли въ области сердца, распространяющіяся по всей груди и въ лѣвое плечо, но отъ употребленія морфія больной чувствовалъ себя сносно; какъ вдругъ, во время введенія зонда для кормленія самимъ больнымъ, онъ, дожда до суженія, быстро извлекъ его и тотчасъ же умеръ отъ syncopes. При аутопсіи нашли на 2 сант. выше cardia: раковое суженіе, между пищеводами и околосердечіемъ—двѣ огромныя перерожденныя железы и pericarditis съ большимъ изліяніемъ. Авторъ думаетъ, что смерть произошла отъ раздраженія блуждающихъ нервовъ и сердечнаго сплетенія зондомъ, вслѣдствіе чего получились рефлекторно остановка сердца.

Что касается до методовъ зондированія, то ихъ предлагали нѣсколько. Раньше было уже сказано, что нѣкоторые авторы, какъ напр. Krishaber, Lannelongue, Rodet, Durham и пр., при раковомъ суженіи пищевода совѣтуютъ употреблять пищевой зондъ à demeure для того, чтобы избѣжать несприятныхъ послѣдствій; могущихъ произойти при часто повторяемомъ зондированіи пищевода и вмѣстѣ съ тѣмъ для постояннаго поддержанія проsvѣта его и правильнаго питанія больного. Такимъ способомъ Krishaber питалъ одну свою больную, 50-ти лѣтнюю женщину, страдающую раковымъ суженіемъ въ верхней части пищевода, въ продолженіи 305 дней и никакихъ дурныхъ послѣдствій не замѣтила. Въ нашей клиникѣ этотъ способъ ни разу не примѣнялся, но мы думаемъ, что едва ли кто-нибудь изъ больныхъ согласится носить постоянно трубку при еще проходимомъ для зонда суженіи, а когда оно непроходимо, то нельзя безопасно его примѣнять. Кромѣ того, постоянное пребываніе посторонняго тѣла необходимо должно сильно раздражать новообразованіе, причѣмъ очень легко можетъ получиться распаденіе и перфорация съ ихъ тяжелыми послѣдствіями. Въ этомъ же смыслѣ высказывается и Maydl <sup>1)</sup>.

Точно также нечего и говорить, что при раковомъ суженіи пищевода нельзя употреблять быстро насильственнаго расширенія инструментами, а между тѣмъ Nekkach <sup>2)</sup> изъ клиники профессора Verneuil' а сообщаетъ случай раковаго суженія пищевода, гдѣ произведено было быстрое насильственное расширеніе par le dilateur sur conducteur de Collin,

гораздо большаго вниманія заслуживаетъ методъ постепеннаго и прогрессивнаго расширенія суженія пищевода эластическими цилиндрико-коническими булками Bouchard'a. По сообщенію Lesbini <sup>3)</sup>, этотъ авторъ могъ prolongir жизнь на два мѣсяца тремъ больнымъ, страдающимъ раковымъ суженіемъ пищевода, которые больше не могли принимать пищи. Ziemssen <sup>4)</sup> также рекомендуетъ употреблять при ракъ пищевода булки Bouchard'a. Но по нашему мнѣнію всякое расширеніе раковаго суженія, будетъ ли оно медленное и прогрессивное, а тѣмъ болѣе быстрое и насильствен-

<sup>1)</sup> Behier, —I. c., p. 73.

<sup>2)</sup> Mouton, —I. c., p. 82.

<sup>3)</sup> Nekkach, —I. c., p. 36.

<sup>4)</sup> König, —I. c., стр. 21.

<sup>5)</sup> Günther, —I. c., 5 Abth., s. 306.

<sup>6)</sup> Mouton, —I. c., p. 35.

<sup>7)</sup> Fort, —Gaz. des Hôp., 1833, p. 1010.

<sup>1)</sup> Maydl, —I. c., № 21.

<sup>2)</sup> Nekkach, —I. c., p. 19.

<sup>3)</sup> Lesbini, —I. c., p. 13.

<sup>4)</sup> Ziemssen, —I. c., стр. 163.

ное, представляет большія опасности, такъ какъ при его примѣненіи очень легко прорвать перерожденную стѣнку пищевода и образовать ложный путь, а съ другой стороны—оно сильно раздражаетъ новообразование и можетъ повести за собой быстрое распаденіе его, вслѣдствіе чего могутъ образоваться ненормальныя сообщенія съ сосѣдними органами и полостями. Въ нашей клиникѣ употребляется зондированіе пищевода не съ цѣлью расширенія ракового суженія его, но съ цѣлью поддержанія существующаго просвѣта безъ всякаго насилія, причемъ, какъ уже сказано было, употребляется зондъ изъ вытатого уса съ ослинымъ изъ слоновой кости. Въ каждомъ данномъ случаѣ, послѣ тщательнаго изслѣдованія грудныхъ и брюшныхъ органовъ, мы безъ всякаго насилія пробуемъ провести послѣдовательно какую-нибудь оливу, начиная съ среднихъ нумеровъ и если суженіе пропускаетъ оливу, то мы и стараемся поддерживать просвѣтъ его на возможно большой промежутокъ времени. Но благотворное дѣйствіе зонда обыкновенно держится только до тѣхъ поръ, пока зондированіе продолжается. Если же, какъ это часто случается, больному надобно это механическое леченіе и оно перестаетъ являться для зондированія, то не проходитъ и нѣсколько дней, какъ снова ему становится невозможнымъ глотать пищу, вслѣдствіе заiranja пищевода разросшимся новообразованиемъ и, проходившая прежде, олива уже не проходитъ; она останавливается на извѣстной глубинѣ канала, встрѣчая непреодолимое препятствіе. Въ такихъ случаяхъ, а также и въ тѣхъ, когда больные въ первый разъ являются въ клинику съ непроходимымъ суженіемъ, мы употребляемъ особый методъ зондированія пищевода—cathétérisme arqué. Этотъ методъ впервые былъ введенъ при стриктурахъ уретры, а профессоръ С. П. Коломнинъ <sup>1)</sup> примѣнял его при раковыхъ суженіяхъ пищевода. Онъ состоитъ въ томъ, что вводится въ пищеводъ зондъ съ оливой до суженія и слегка нажимается на мѣсто препятствія. Уже послѣ перваго сеанса въ большинствѣ случаевъ больные начинаютъ глотать пищу гораздо лучше и это улучшеніе глотанія держится дня 3—4, послѣ чего снова они глотаютъ хуже, почему cathétérisme arqué должеъ быть повторенъ. Клиническій опытъ показываетъ, что совершенно достаточно больнымъ катеризировать два раза въ недѣлю. Улучшеніе глотанія послѣ такого зондированія, вѣроятно, объясняется уменьшеніемъ спазма мышцъ пищевода, уменьшеніемъ набухлости слизистой оболочки пищевода надъ суженіемъ и отъ прощепенія канала отъ вставшихся надъ суженіемъ отетатковъ пищи. Какъ бы то ни было, но улучшение глотанія дѣлается настолько рѣзкимъ, что многіе больные, какъ уже сказано выше, просятъ ихъ катеризовать чаще. Но cathétérisme arqué производитъ только временное улучшеніе; у многіхъ больныхъ суженіе пищевода постепенно прогрессируетъ и глотаніе дѣлается настолько труднымъ, что проходитъ только незначительное количество жидкой пищи или даже ничего не проходитъ. Въ такихъ случаяхъ, кромѣ cathétérisme à arc, мы назначали больнымъ питательныя клистиры Leube. Этотъ способъ питанія часто употреблялся въ нашей клиникѣ. Въ большинствѣ случаевъ клизмы хорошо удерживались, но при томъ только условно, если мы не вводили больше 1 1/2 фунта смеси; большія же количества не удерживались. Силы больныхъ этимъ способомъ пи-

танія крайне плохо поддерживались. Въ такимъ же результатамъ пришли хирурги, которые его употребляли. Нужно замѣтить, что точныхъ изслѣдованій относительно усвоемости этихъ клистировъ до сихъ поръ нѣтъ.

При сильныхъ степеняхъ раковыхъ суженій пищевода, гдѣ катеризація пищевода не улучшаетъ глотанія, а больные отказываются отъ гастростоміи, можно употребить электролизъ. Въ нашей клиникѣ этотъ методъ леченія при раковыхъ суженіяхъ пищевода въ первый разъ былъ примѣненъ въ 1882 году, для чего въ пищеводъ вводится до препятствія электродъ, въ видѣ эластическаго желудочнаго зонда съ металлической дугошкой на внутреннемъ концѣ, отъ которой по каналу зонда идетъ проводникъ, соединяющійся съ отрицательнымъ полюсомъ гальванической батареи <sup>1)</sup>, а положительный полюсъ прикладывается гдѣ-нибудь на спину; брались отъ 4 до 8 элементовъ и сеансъ продолжался 2—4 минуты. Для избѣжанія сотрясенія при замыканіи и размыканіи тока, элементы вводились постепенно, начиная съ одной пары; точно также и размыканіе тока производилось постепенно. Случаи, гдѣ былъ примѣненъ электролизъ, слѣдующіи:

1-й случай. Больная Калининкова, 36 лѣтъ, раковое суженіе въ нижней трети пищевода непроходимое для малой оливы. Глотаніе очень затруднено, такъ что и жидкости съ трудомъ проходятъ. Съ 5 по 11 ноября 1882 года въ 4 сеанса сдѣланы были электролизы изъ 8 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Улучшенія глотанія не послѣдовало. (См. ист. бол. № 36).

2-й случай. Больной Ильинъ, 60 лѣтъ, раковое суженіе въ средней 1/3 пищевода, непроходимое для малой оливы 9-го декабря 1882 года сдѣланъ электролизъ изъ 4 элементовъ и были тонныя движенія. Послѣ сеанса въ этотъ день и слѣдующій затрудненіе глотанія усилилось и явились боли во время глотанія. Эти припадки на 3-й день прошли. 13 декабря новый сеансъ электролиза, больной былъ спокоенъ. Вечеромъ этого дня больной жаловался на сильныя боли въ груди, которыя усиливались при глотаніи пищи; глотаніе сдѣлалось гораздо труднѣе. Боли продолжались на слѣдующій день и мало по малу успокоились чрезъ 4 дня; въ продолженіи этого времени вслѣдствіе болѣе сильной плохой сна. Послѣ этого чрезъ нѣсколько дней больной сталъ глотать гораздо лучше и при зондированіи пищевода средняя олива прошла суженіе (см. № 15).

3-й случай. Больной Лаптинъ, 61 год, раковое суженіе въ нижней 1/3 пищевода, непроходимое для малой оливы. Глотаніе очень затруднено. 25-го января 1885 года сдѣланъ электролизъ изъ 4 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Вечеромъ глотаніе было затруднено и болѣзненно, отдѣлялось большое количество слизистой слюны. На слѣдующій день боли прошли, но затрудненіе глотанія продолжалось и только на 3-й день сталъ глотать лучше. 8-го февраля снова сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Послѣдующія явленія были тѣже, но сильнѣе выражены. 12 февраля новый сеансъ электролиза той же силы и продолжительности, послѣ чего глотаніе было затруднено и болѣзненно и отдѣлялось большое количество слизистой слюны. Послѣ трехъ сеансовъ больной сталъ глотать рубленую колбасу. (См. № 43).

4-й случай. Больная Сисина, 50 лѣтъ, раковое суженіе въ нижней 1/3 пищевода, непроходимое для малой оливы. Глотаетъ только жидкости. 8-го февраля 1885 года сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4 минутъ. Больная переноситъ довольно хорошо; отдѣлялось большое количество слизистой слюны. Послѣ электролиза у больной появилась сильная боль въ животѣ, которая прошла на 3-й день. Въ первый день глотаніе было затруднено, но на слѣдующій свободно глотала жидкую пищу. 12-го февраля снова сдѣланъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 2-хъ минутъ. Больная въ этотъ день плохо глотала, явились боли въ животѣ и урчаніе, а на слѣдующій день явились поносъ съ сильными схватывающими болями въ кишкахъ и только на 3-й день послѣ электролиза всѣ эти явленія прошли; глотаніе сдѣлалось свободнѣе. 15 февраля новый сеансъ электролиза изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4 минутъ, послѣ чего въ этотъ день было затрудненіе глотанія и схватывающія боли въ животѣ; на слѣдующій день глотаніе гораздо лучше, даже стала есть сухой хлѣбъ, боли также прошли. Послѣ этого больной былъ

<sup>1)</sup> Въ нашей клиникѣ имѣется аппаратъ съ постояннымъ и индуктивнымъ токомъ системы Бреннера съ угольно-цинковыми элементами Léclanché, заряжающимися ртутью по нашатыря. Аппаратъ построенъ С.-Петербургскими мастерами Перелинскимъ.

<sup>1)</sup> О леченіи рака пищевода.—Труды Общества Русск. врачей въ Спб. за 1883 г. стр. 219.

назначен catheterisme арруге два раза въ недѣлю, причемъ при зондированіи малая олива не проходила съуженіе. Глотаніе постепенно затруднилось, почему 5 марта большая слюва съдѣланъ былъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Черезъ 6 дней послѣ этого у больного развился, вѣроятно, mediastinitis съ смертельнымъ исходомъ. (См. ист. бол. № 57).

5-й случай. Большой Рѣпинъ, 40 лѣтъ, съуженіе опредѣляется въ верхней трети пищевода, проходимае для большей оливы, и второе съуженіе — въ нижней трети, совершенно непроходимае даже и для малой оливы; глотаніе очень затруднено. 18 февраля 1885 года большому съдѣланъ былъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ; больной спокойно перенесъ сеансы, не чувствовалъ никакой боли; во время сеанса отдѣляется большое количество слюнистой слюны. Вечеромъ у больного явился вновь уфрейнной слюны; t=39,5. Глотаніе очень болѣзненно и крайне затруднено. При изслѣдованіи плечево-грудного не найдено. Затѣмъ у больного развился mediastinitis, который чрезъ 6 дней осложнился правостороннимъ плевритомъ и чрезъ нѣсколько дней—exitus letalis. При аутопсии въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода найдено рубцовое съуженіе, длиною въ 2 сантиметра, пропускающее только желобчатый зондъ; въ остальныхъ частяхъ пищевода не представлялъ ничего ненормальнаго. Около дыхательнаго горла, начиная съ 4 хряща до раздѣленія на бронхи, найдены гангренозные фокусы; хрящи соответственно этому мѣсту потемнѣли, мятки. Правосторонній плевритъ съ серозно-фибринознымъ экссудатомъ.

Въ 1883 году страбургскій хирургъ Boeckel <sup>1)</sup> опубликовалъ случаи непроходимыхъ рубцовыхъ съуженій пищевода, гдѣ онъ примѣнялъ электролизъ съ послѣдующимъ расширеніемъ бужами. Этотъ хирургъ точно также отрицательный электролизъ вводилъ въ пищеводъ до съуженія, а положительный прилащивалъ слѣва отъ позвоночника на уровнѣ 8 и 9 реберъ; затѣмъ бралъ 6—8 элементовъ d'une pile à courant continu de Redslab и соединялъ съ электродами. Каждый сеансъ продолжался 2—4 и даже 5 минутъ. Въ первомъ случаѣ съдѣлано 10 сеансовъ, послѣ третьяго удалось провести бужъ № 13 по шкалѣ Charrière'a и съ этого момента расширеніе шло довольно быстро. Во второмъ случаѣ (ребенокъ 2½ лѣтъ) съдѣлано три сеанса, послѣ перваго удалось провести бужъ № 6, послѣ втораго у больного развились бронхитъ и чрезъ нѣсколько дней вдругъ онъ вывелъ съ ложку зловоннаго гноя. Лечение было, конечно, оставлено и чрезъ 8 дней всѣ эти осложненія прошли. Чрезъ нѣкоторое время снова съдѣланъ сеансъ электролиза, послѣ котораго прошелъ бужъ № 14. Затѣмъ расширеніе шло успѣшно и ребенокъ совершенно выздоровѣлъ.

Какъ дѣйствуетъ электролизъ? Проф. С. П. Колонинъ <sup>2)</sup> говоритъ, что «при этомъ достигается сильная гиперемія и распадненіе раковой опухоли, вслѣдствіе чего проходимость пищевода улучшается». Boeckel <sup>3)</sup> также признаетъ, что электролизъ производитъ приливъ крови къ рубцу, чрезъ что онъ дѣлается сочнымъ, мягкимъ и позволяетъ проникнуть бужамъ. Соответственно этому и явленія, наблюдаемая при электролизѣ, во всѣхъ нашихъ случаяхъ были одни и тѣ же: во время сеанса, вслѣдствіе раздражающаго дѣйствія тока, наблюдалось обильное отдѣленіе слюнистой слюны; послѣ же него, вслѣдствіе гипереміи и опуханія пораженной части пищевода, а также и вышележащихъ частей, глотаніе дѣлалось труднее и съ болѣе различной силой, которая въ 4-мъ нашемъ случаѣ каждый разъ распространялась главнымъ образомъ вдоль пищеварительнаго канала. Кромѣ того, электролитическіе <sup>4)</sup> процессы постояннаго тока производятъ распадненіе новообразованія и такимъ образомъ послѣ нѣсколькихъ сеансовъ электролиза проходимость пищевода восстанавливается, чему много спо-

обствуетъ послѣдовательное зондированіе. Но электролизъ, какъ показываетъ нашъ клинической опытъ, представляетъ большія опасности. Главная опасность заключается въ томъ, что мы не можемъ ограничить распадненіе новообразованія, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ довольно быстро, получаются прободенія пищевода и вслѣдствіе этого происходятъ опасныя осложненія. Въ нашемъ 4 случаѣ, вѣроятно вслѣдствіе распадненія рака пищевода, произошло ненормальное сообщеніе въ задній грудной промежутокъ; получили пневмоніи mediastinitis и exitus letalis. Въ 5-мъ случаѣ, вѣроятно, существовалъ воспалительный инфильтратъ около трахеи, который нѣсколько суживалъ пищеводъ и при зондированіи опредѣлялся въ верхней трети пищевода. Подъ влияніемъ электролиза этотъ инфильтратъ омертвѣлъ, развился mediastinitis съ послѣдовательнымъ правостороннимъ плевритомъ и также exitus letalis. Нѣчто подобное было во второмъ случаѣ Boeckel'я. Этотъ хирургъ предполагаетъ, что въ его случаѣ вслѣдствіе электролиза явилось нагноеніе въ одной изъ лимфатическихъ железокъ, но гнойникъ случайно вскрылся въ пищеводъ и произошло выздоровленіе. Такимъ образомъ, рѣшившись примѣнить электролизъ, нужно помнить, что этотъ способъ леченія представляетъ большія опасности, несравненно болѣе тяжелыя, чѣмъ всѣ другіе способы хирургическаго вѣдѣнія. Boeckelъ совѣтуетъ дѣлать электролизъ слабымъ токомъ. По нашему мнѣнію, если уже необходимо употребить этотъ способъ леченія, то нужно брать никакъ не болѣе 4-хъ элементовъ, вводить ихъ въ цѣль постепенно; точно также какъ и замыканіе тока производить постепенно и продолжительность сеанса должна быть 2—3 минуты. Этимъ способомъ, хотя и не такъ быстро, мы достигнемъ возстановленія проходимости канала, но за то меньше шансовъ получить опасныя осложненія. При ракъ же пищевода лучше воздержаться отъ примѣненія электролиза.

Всѣ до сихъ поръ описанныя средства леченія раковыхъ съуженій пищевода далеко не достаточны. Въ большинствѣ случаевъ, вслѣдствіе прогрессивнаго роста новообразованія, съуженіе пищевода увеличивается и наконецъ получается полная или почти полная закупорка его. Въ такихъ случаяхъ хирурги съ времени Sedillot <sup>1)</sup> стали дѣлать операцію, названную этимъ авторомъ гастростоміей (отъ *gaster*, желудокъ и *stoma*, ротъ) и имѣя первымъ произведенную въ 1849 году, которая имѣетъ ту цѣль, чтобы устроить постоянную желудочную фистулу, чрезъ которую больной могъ бы питаться; слѣдовательно, эта операція при ракъ пищевода имѣетъ чисто паллиативную цѣль. Она до сихъ поръ была произведена 181 разъ. Эти случаи я представляю въ слѣдующей таблицѣ, заимствованной мною частью изъ статистикъ Petit <sup>2)</sup>, Курбатова <sup>3)</sup>, Фидлера <sup>4)</sup>, Alsbeger <sup>5)</sup>, Zesas'a <sup>6)</sup> и др., а частью мною дополненной изъ газетныхъ и журнальныхъ сообщеній авторовъ. Кромѣ того, здѣсь же я помѣщаю случаи изъ нашей клиники и случаи описанные за послѣднее время и не вошедшіе въ вышеозначенныя статистики.

<sup>1)</sup> Sedillot, Gaz. med. de Strassburg, 1849, № 11, p. 366.

<sup>2)</sup> Petit, Traité de la gastrostomie, Paris, 1879. Revue des sciences médicales, Octobre 1880 et Janvier 1881.

<sup>3)</sup> Курбатовъ, Объ искусственномъ пути въ желудокъ. Диссерт. 1879. Москва.

<sup>4)</sup> Фидлеръ, Къ ученію объ операціяхъ на желудкѣ. Диссерт. 1883. СПб.

<sup>5)</sup> Alsbeger, Langenbeck's Archiv, 1883, t. XXVIII, s. 760.

<sup>6)</sup> Zesas, Langenbeck's Archiv, t. XXXII, 1885, s. 188.

<sup>1)</sup> Frey—Étude sur les rétrécissements cicatriciels de l'oesophage et leur traitement. Thèse de Paris, 1883, p. 34.

<sup>2)</sup> I. c., стр. 218.

<sup>3)</sup> I. c., p. 38.

<sup>4)</sup> Bruns, — Гальвано-Хирургія, Русск. пер. 1875, стр. 98.

№ №	Операторъ.	Полож. и возр. рать.	Мѣсто раковаго сужения. Составъ больного до операции.	Время операций и способъ.	Течение.	Литературные источники.
1	Sédillot.	М. 52	Ракъ пищевода на уровнѣ головки 6-го ребра (на 33 сант. отъ рѣзцовъ). Передъ операцией въ теченіи 5 недѣль большой мого главуруану, а удержатъ только нѣскольکو ложекъ жидкости. Сильное истощеніе. Легкія нормальны.	<sup>43</sup> /x 1849. Опер. въ 1 приемъ разстообразн. разр. брюши. ст. желудка къ былъ вышитъ въ брюшнуюрану, а удерживался металлической трубкой со створками.	Смерть чрезъ 21 часъ послѣ операции отъ истощенія.	Gaz. méd. de Strassburg. 1849, № 11, p. 366.
2	Sédillot.	М. 58	Въ пищеводе найдены 2 узла изъязвленной суженія; верхнее на 11 сант. отъ cart. arytenoideae. Большой очень истощенный; бронхитъ.	<sup>20</sup> /i 1853. Опер. въ 2 приема. Разстообразный разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ; желудокъ сначала вышитъ 6-ю пшави; отъ кашаяшвы прорѣзанъ и желудокъ упалъ. Послѣ этого снова желудокъ найденъ и удерживался въ ранѣ помощью пинцета.	<sup>25</sup> /i вскрытіе желудка. Сращенія прочныя. Кормленіе чрезъ фистулу. Содержимое желудка вытекаетъ обратно. <sup>27</sup> /i выжлась болѣзнь живота и лихорадка. <sup>30</sup> /i смерть отъ перитонита.	Gaz. méd. de Strassburg. 1853, № 3, p. 65.
3	Fenger.	М. 55	Въ пищеводе выше сардана найдены ракъ длиной въ 2 дюйма. Нѣскольکو дней передъ операцией больной не могъ глотать и жидкости. Истощеніе значительное. Незначительное поврежденіе легкихъ.	<sup>23</sup> /ii 1853. Опер. въ 1 приемъ; разрѣзъ вдоль лѣваго края ложн. реберъ. Желудокъ вышитъ въ рану и вскрытъ; мусоса желудка шита съ кожей.	Смерть отъ частичнаго перитонита чрезъ 58 часовъ послѣ операции.	Virchow's Archiv. VI Bd. 1854, s. 350.
4	Cooper. Förster.	М. 47	Ракъ шейной части пищевода. Большой крайней истощенный съ хроническ. воспаленіемъ легкихъ и гортани. По причинѣ дурыне /ii отблана tracheotomia. Питаніе клизмами.	<sup>26</sup> /ii 1858. Опер. въ 1 приемъ безъ наркоза. Разрѣзъ отъ 8-9 реберъ внизъ по наружному краю п. costi abdominis sinis. Желудокъ вышитъ въ рану, вскрытъ и его мусоса шита съ кожей.	Смерть чрезъ 44 часа послѣ операции отъ пневмоніи и истощенія. Перфорация трахеи.	Guy's Hosp. Rep. III Ser. Vol. IV, 1858, p. 13.

№ №	Операторъ.	Полож. и возр. рать.	Мѣсто раковаго сужения. Составъ больного до операции.	Время операций и способъ.	Течение.	Литературные источники.
5	Sydney Jones.	Ж. 44	Ракъ нижней части глотки и начала пищевода. Передъ операцией около мѣсяца больная питалась клизмами; край нея истощеніе. <sup>19</sup> /ii по причинѣ dyspepsiae была tracheotomia. Легкія здоровы.	<sup>14</sup> /vii 1859. Операция въ 1 приемъ. Разрѣзъ отъ лѣваго 8 межребр. пространства внизъ по наружному краю п. costi; желудокъ вскрытъ и края разр. шиты съ краями брюшной раны.	Смерть чрезъ 36 часовъ послѣ операции отъ истощенія.	Transactions of the Pathological Society. XI, p. 101.
6	v. Thaden.	Ж. 54	На 2 дюйма выше кардин изъязвлен. эпителиома. Большая въ послѣдніе 4 дня не могла принимать пищу и питалась клизмами. Истощеніе сильное.	<sup>24</sup> /v 1865. Опер. въ два приема по Fengerу; желудокъ вскрытъ на слѣдующій день.	Смерть чрезъ 47 часовъ послѣ операции отъ перитонита.	Scharfienberg. Gastrotomiae propter oesophagi stenosis institutae historia. Diss. Kiliae. 1867.
7	Curling.	М. 57	Въ средней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода эпителиома. Около мѣсяца больной питался почти исключительно клистирами; въясъ надавалъ еженедѣльно по 11 фунтовъ. Истощеніе очень сильное.	<sup>16</sup> /ii 1866. Опер. въ 1 приемъ пшави стѣной анестезіи. Разрѣзъ отъ 7-го ребра внизъ по наружному краю лѣваго п. costi. Желудокъ вскрытъ и края его надрѣза соединены швами съ брюшной раной.	Кормленіе чрезъ фистулу; содержимое желудка выдѣляется. Смерть чрезъ 32 часа послѣ операции отъ истощенія. Перфорация праваго брѣха.	The London Hospital Reports. III, p. 218. 1866.
8	Sydney Jones.	М. 61	Ракъ въ верхней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Большой съ болшииш трудное глотать жидкости, сильно страдалъ отъ боли и жажды и былъ въ высшей степени истощенъ.	<sup>22</sup> /ix 1866. Опер. въ 1 приемъ пшави стѣной анестезіи. Разрѣзъ въ <sup>3</sup> / <sub>2</sub> дюйма отъ 9-го ребра внизъ вдоль правого края лѣваго п. costi. Желудокъ вскрытъ и края его шиты съ краями брюшной раны.	Кормленіе чрезъ фистулу. Содержимое желудка иногда выдѣляется. Смерть чрезъ 12 дней послѣ операции отъ пневмоніи.	Lancet. 1866, II, Dec. 15, p. 665.
9	Mackenzie.	Ж. 42	Скнрръ въ нижней части пищевода. Большая 9 дней не глотала и жидкую пищу и просила операции, чтобы прожить еще нѣскольکو дней.	Опер. въ концѣ ноября 1867 г. по обыкновенному способу (?).	Смерть. чрезъ 36 часовъ послѣ операции отъ истощенія.	Medical Times and Gazette 5 aout. 1876, p. 137.

№ №	Операторъ.	Мѣсто ракаго стужения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
10	Troup. M. 50	Эпителиома въ нижней части пищевода. Больной ничего не могъ глотать и жилъ мѣсяць только при помощи питательныхъ клистировъ; явился кашель, мокрота свѣтлая, клейкая.	Опер. 1867 г. въ 1-й приемъ. Разрѣвъ прямой въ 3 дюйма въво отъ 1. med., между реберной дуги, отступающа въ несколько линій отъ cart. xiph. Края желудка пришиты къ брюшной ранѣ и вложена трахеот. трубка.	Кормленіе чрезъ фистулу. Больной чувствуетъ себя хорошо. Смерть на 4-й день послѣ операціи отъ истощенія.	The Edinburgh Medical Journal, July 1872, p. 36.
11	Durham. M. 70	Ракъ средней части пищевода. Больной совершенно не могъ глотать никакой пищи; явился кашель и зловонное дыханіе; крайнее истощеніе.	Опер. 49/ix 1868 года въ 1-й приемъ по способу № 5.	Смерть чрезъ 16 часовъ послѣ операціи повидимому отъ истощенія. Перфорация трахеи.	Guy's Hospital Rep. III Ser. Vol. XIV, p. 194.
12	Fox. M. 41	Ракъ нижней части пищевода. Больной ничего не могъ глотать и просилъ операціи; исхуданіе очень сильное.	Опер. въ 1868 г. въ 1-й приемъ.	Смерть чрезъ 3 1/2 дня послѣ операціи отъ перитонита.	Austral méd. Journal and the med. Press and Circular. 1869, p. 130.
13	Lowe. J. 51	Ракъ глотки и начала пищевода. Истощеніе сильное.	Опер. 24/ix 1869 года въ 1-й приемъ при мѣстной анестезіи. Разрѣвъ крестообразный, въво отъ lin. albae. Желудокъ вскрытъ и края разрѣва шиты съ краями брюшной раны серебрян. швами.	Смерть чрезъ 61 часъ послѣ операціи. Въ аортѣ большой безцвѣтный сгустокъ, которому авторъ приписываетъ смерть; перитонита нѣтъ.	Lancet. 1871, July 22, p. 119.
14	Mac Cor mac. M. 40	Ракъ въ нижней части пищев. Больной очень истощенный и слабый, едва въ состояніи принять немного жидкости.	Опер. 49/iii 1872 года въ 1-й приемъ при мѣстной анестезіи.	Смерть чрезъ 45 часовъ послѣ операціи. Перитонита нѣтъ. Въ правомъ легкомъ гангренозная каверна.	Lancet. 1872, I, p. 802.

№ №	Операторъ.	Мѣсто ракаго стужения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
15	Smith. M. 38	Ракъ въ средней части пищевода. Больной 8 дней безъ пищи, крайнее истощенный, кашель.	Опер. 24/iii 1872 года въ 1-й приемъ. Разрѣвъ параллельно лѣвому краю реберъ; желудокъ вскрытъ и края разрѣва соединены металличес. швами съ краями кожной раны.	Смерть чрезъ недѣлю послѣ операціи отъ перитонита.	Lancet. 1872, I, p. 862.
16	Le Gros Clark. M. 57	Ракъ пищевода. Больной послѣднюю недѣлю ничего не могъ глотать; при попыткахъ глотанія приступы кашля.	Опер. 7/у 1872 года въ 1-й приемъ съ мѣстной анестезіи. Разрѣвъ параллельно лѣвому краю реберъ. См. № 15.	Пища введена въ желудокъ чрезъ 30 часовъ послѣ операціи. 4 дня больно чувствовалъ себѣ хорошо; желудокъ частью отключен и больной умеръ чрезъ 6 дней. Найдены перитонитъ въ окружности раны и перфорация нижней части трахеи.	Тамъ же.
17	Mason. M. 58	Ракъ въ нижней части пищевода. Больной 8 дней не могъ ничего глотать, истощеніе сильное.	Операція 27/iii 1872 г. въ 1-й приемъ. Разрѣвъ паралл. лѣвому краю лонныхъ реберъ. См. № 15.	Смерть на слѣдующій день послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet. 1873, I, p. 131.
18	Bryant. M. 53	Ракъ въ верхней части пищевода. Больной очень слабъ, глотаетъ немного жидкости; кашель съ обильной мокротой.	Опер. 27/ix 1872 года въ 1-й приемъ. Разрѣвъ паралл. лѣвому краю реберъ. См. № 15.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи. Broncho-pneumonia duplex.	Lancet. 1877, July 7, p. 9.
19	Rose. M. 44	Ракъ въ верхней части пищевода. Больной послѣдніе 15 дней питался почти исключительно клистирами; dyspnoe, вверху и въво до наружи. крайнее истощеніе.	Операція 27/viii 1873 года въ 1-й приемъ. Разрѣвъ въ 12 сант. отъ пупка кнаружи, вверху и въво до наружи. крайн. гесті. Желудокъ вскрытъ и края его разрѣва соединены 7-го швами съ брюшной раной.	Пища, введенная въ желудокъ, выливается обратно. Смерть чрезъ 12 часовъ послѣ операціи. Pneumonia, perforatio tracheae, перитонита нѣтъ.	Correspondenz-bl. für Schweizer Aerzte. 1874, № 17.

№ №	Операторъ.	Место и время операц.	Место раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Течение.	Литературные источники.
20	Jakobi.	Ж. 52	4 рецидива рака грудной железы. Ракъ пищевода на 8 дюймовъ отъ рѣзцовъ. Последние 4 дюйма полная невозможность глотать. Истощеніе сильное.	Опер. 24/ii 1874 года въ 1 приемъ. Разрѣзъ въ 2 1/2 дюйма вертикально внизъ отъ хрящей 7 и 8 реберъ. Желудокъ вскрытъ и края его разрѣза соединены 8 шелковыми швами съ брюшной раной.	Erysipelas, флегмона въ брюшныхъ стѣнкахъ и смерть на 10-й день послѣ операціи отъ септицеміи. Грудная полость не вскрыта. Перитонитъ нѣтъ.	The New York Medical Journal 1874. Aug. und Sept.
21	Hjort.	Ж. 52	Ракъ въ нижней части пищевода. Последние два дня больная почти ничего не глотала и питалась влізками.	Опер. 9/vi 1874 въ 1 приемъ. См. № 15.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ истощенія.	Norsk. Mag. 3 R. IV, 12. 1874 204, refer. in Schmidt's Jahrbuch. 1875. Bd. 166, s. 39.
22	Küster.	М. 55	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Въ послѣдніе 10 дней больной не глотала жидкости; исхуданіе сильное; еще имѣлась довольно силь.	Опер. 22/ii 1875 въ 1 приемъ. Разрѣзъ въ 2 1/2—3 дюйма по л. алва отъ мечевиднаго отростка внизъ. Желудокъ вскрытъ и края его соединены швами съ брюшной раной.	Смерть чрезъ 14 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Fünf Jahre im Augusta-Hospital. Berlin. 1877. s. 114.
23	Sydney Jones.	М. 67	Ракъ въ началѣ пищевода. Очень сильное исхуданіе больного; anthonia.	Опер. 3/iii 1875 въ 1 приемъ. См. № 8.	Кормленіе чрезъ фистулу */iii. Больной значительно поправился и умеръ чрезъ 40 дней послѣ операціи отъ бронхита.	Lancet. 1875. I, p. 678.
24	Waren Tay.	Ж. 34	Ракъ въ нижней части пищеда; Больная около трехъ недѣль питается почти одними влізками; крайнее истощеніе; поврежденіе легкыхъ.	Операція 30/viii 1875 въ 1 приемъ. См. № 4.	Смерть чрезъ 31 часъ послѣ операціи отъ перитонита.	Lancet. 1875. II, p. 527.
25	Heath.	М. 47	Ракъ пищевода. Больной 9 дней ничего не глоталъ; его питаніе еще было хорошо.	Операція 12/xi 1875 въ 1 приемъ. Желудокъ былъ до него вскрытъ и сшитъ съ брюшной раной.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи отъ истощенія.	The Medical Times and Gazette. 1876. II, p. 137.

№ №	Операторъ.	Место и время операц.	Место раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Течение.	Литературные источники.
26	Lamelle-longue.	М. 59	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Съмѣсью пища не всегда достигала до желудка, т° тела = 36,6; крайнее исхуданіе.	Операція 21/xii 1876 въ 1 приемъ. Антисептика. Разрѣзъ параллельный хрящу 8-го ребра. Желудокъ пришить въ брюшную рану и вскрытъ разрѣзомъ въ 1 сант.	Смерть на 26-й день послѣ операціи отъ асфиксіи. Перфорация въ лѣвой бронхъ, pneumonia seriosa.	Gaz. hebdom. 1877. № 15, p. 236.
27	Callender.	М. 39	Ракъ въ нижней части пищевода. Передъ операціей больной 7 дней питался клистирами; сильная каплея съ обильной слизисто-гноной съ кровью мокротой; истощеніе сильное.	Опер. 6/xi 1876 въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 91 часъ послѣ операціи отъ перитонита.	Lancet. 1877. April 14.
28	Schönborn.	М. 44	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Общее состояніе спосное.	Опер. 29/xi 1876 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 4-й день.	Оперативный успехъ. Смерть чрезъ 3 мѣс., 7/ii 1877. Перфорация въ колоно-пищеводную вѣтчатку. Крайнее исхуданіе.	Langenbeck's Archiv. XXII, 500.
29	Courvoisier.	М. 68	Ракъ въ верхней 1/3 пищевода. Больной еще въ слѣдъ глотаетъ жидкости съ большимъ затрудненіемъ.	Опер. 17/iii 1877 въ 1 приемъ по Vernieuju.	Смерть чрезъ 44 часа послѣ операціи. Перфорация въ трахею.	Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte, 1877, 698.
30	Beeves.	М. 63	Ракъ въ средней части пищевода.	Операц. осенью 1877.	Смерть чрезъ 4 дня послѣ операціи отъ плеврита и перикардита, которые впрочемъ существовали до операціи.	Transact. of the clin. Soc. London, Vol. XV, p. 26.
31	Riesel.	М. 52	Ракъ въ нижней части пищевода. Правосторонняя пневмония. Питаніе клизмами.	Опер. 9/xi 1877 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Смерть чрезъ 6 дней послѣ операціи отъ истощенія. Сообщеніе пищевода съ легочной вѣтвью.	Deutsche med. Wochenschrift. 1878, № 18 и 19.

\*) Съ № 26 операціи производились при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики.

№ №	Операторъ.	Полов и возрастъ.	Мѣсто раковаго служения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературныя источники.
32	Studs-gaard.	Ж. 41	Ракъ глотки и верхней части пищевода. Большая глотала жидкости. За 2 мѣсяца до операціи сдѣлана рhaugotomia subhyoidea (послѣ предварительной трахеотоміи) для удаленія опухоли, что удалось только отчасти.	Опер. <sup>8</sup> /iv 1878. въ 1 приемъ по Fengerу.	Первые 4 дня питаніе клизмами, потомъ чрезъ фистулу. Чрезъ некоторое время вслѣдствіе затрудненія вдыханія сдѣлана вторичная трахеотомія. Смерть чрезъ 6 мѣсяц. ( <sup>9</sup> /x 1878) послѣ операціи отъ истощенія. Пневмония. Въ основаніи лѣваго легкаго раковое гнѣздо.	Petit. p. 265.
33	Trendelenburg.	М. 43	Ракъ пищевода на 37 сант. отъ зубовъ. Больной 9 дней ничего не могъ глотать; сильно ослабѣлъ. Въ легкихъ хрипы.	Опер. <sup>26</sup> /vi 1878 въ 1 приемъ. Желудокъ трудно было отличить отъ colon.	Смерть чрезъ 14 дней послѣ операціи отъ рагнры средней доли легкаго и перфорацин въ mediastinum post.	Petit. p. 269.
34	Langenbeck.	М. 59	Ракъ верхней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Больной не могъ глотать воду; arthrona.	Операція <sup>18</sup> /xii 1878 въ 2 приема. Желуд. вскрытъ на 5 день.	Питаніе клистир., а потомъ чрезъ фистулу. Больной значит. поправился и умеръ чрезъ 3 мѣс. послѣ операціи.	Berl. Klin. Wochenschr., № 7. 1879, s. 89.
35	Gritti.	М. 51	Ракъ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Больной 6 дней ничего не глоталъ, сильно ослабѣлъ.	Опер. <sup>23</sup> /xi 1878 въ 1 приемъ безъ наркоза по Fengerу.	Питаніе топчаъ чрезъ фистулу. Смерть чрезъ 37 час. послѣ операціи отъ коллапса.	Gaz. med. Ital. Lombard. 1881. № 1. Centr. f. chirurg. 1881, s. 301.
36	Hueter.	Ж. 61	Раковое служеніе пищевода.	Опер. осенью 1878 въ 1 приемъ по Verneuilу.	Питаніе чрезъ фистулу чрезъ 2 дня. Бол. сталъ поправ. Смерть на 17 д. послѣ опер. отъ истощ.	Centrabl. f. chirurg. 1880. № 26, s. 426.
37	Howse.	М. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 5 нед. послѣ операціи отъ рагнры легкихъ.	British. Med. Journ. 1881, № 19. Lancet. 1881. Guy's Hosp. Rep. London. 1879.
38	Howse.	Ж. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ июль 1878.	Выздоровленіе.	Тамъ же.
39	Howse.	М. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи отъ перитит.	Тамъ же.
40	Howse.	М. ?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 5 нед. послѣ оп. отъ истощ.	Тамъ же.
41	Mac. Carthy.	М. 61	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. 2 дня передъ опер. послана возможность глотан. У больного сѣме сохраненъ подкожный жирный слой.	Опер. <sup>8</sup> /i 1879 въ 2 приема по Fengerу. Желудокъ вскрытъ на 5-й слѣдующій день; кровотеченіе, края пришиты въ кожную рапъ.	Смерть на 5-й день отъ двухсторонняго плеврита. Метастазы въ железахъ и въ обоихъ легкихъ.	Lancet, 1879. 475. Petit. p. 276. Centr. f. chirurg. 1879, s. 598.

№ №	Операторъ.	Полов и возрастъ.	Мѣсто раковаго служения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературныя источники.
42	Richter.	М. 40	Ракъ пищевода. Нѣсколько дней ни капли воды не проходило.	Опер. въ 1879.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи отъ истощенія.	Centrabl. f. chir. 1880, № 26, s. 428.
43	Langton.	М. 55	Ракъ верхней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Съ большимъ трудомъ глотала жидкости.	Опер. <sup>10</sup> /ii 1879 2 приема. Разрѣзъ около 2 пол. semil. Желудокъ вскрытъ на 9-й день.	Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ истощенія. Въ легкихъ метастазы.	Brit. med. Journ. 1879, p. 310 и 395. Petit, p. 276.
44	Профес. Скифровскій.	М. 38	Ракъ въ верхней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Послѣдніе 3 дня больно не глоталъ даже воду; крайнее истощеніе, пневмония.	Опер. <sup>8</sup> /iii 1879 по Fengerу.	Смерть чрезъ 20 часовъ послѣ операціи отъ пневмоніи и перфорацин трахеи. Плоско-эпителиальный ракъ.	«Медиц. Вѣстникъ», 1879, № 22. Отчеты въ экз. въ пров. Н. В. Салесковскаго за 1878—1880 гг. составл. Кузнецова. Centr. f. chir. № 33.
45	Schönborn.	М. 48	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода.	Опер. въ 1878 въ 2 приема. Разрѣзъ отъ реберной дуги внизъ, длиною въ 10 сант. параллельно облой линіи и на 4 сант. вѣтвомъ отъ нея. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Смерть чрезъ 8 д. отъ частичнаго перитонита. На 5 день послѣ операц. желудокъ обратн. усохъ; полость, снова вытѣщенъ и пришитъ къ туловищу, который на 3 день снова исцѣлъ, послѣ чего онъ былъ укрѣп. сереб. швам.	Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie, Bd. 13, s. 404, 1880.
46	Schönborn.	М. 50	Ракъ въ средней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода.	Опер. въ 1878 какъ въ предыдущемъ случаѣ.	На 3-й день смерть отъ общаго гнойнаго перитонита.	Тамъ же.
47	Schönborn.	М. 56	Раковое служеніе въ тонкомъ для зонда.	Опер. въ 1879 въ 2 приема какъ въ предыдущихъ случаяхъ. Желуд. вскрытъ на седьмой день.	Смерть на 14 день отъ общаго перитонита. Метастазы въ печени, железахъ и въ желудкѣ.	Тамъ же.
48	Littlwood.	Ж. 49	Эпителиома глотки и пищевода.	Операція <sup>21</sup> /iv 1879.	Смерть чрезъ 9 д. послѣ оп. отъ перит.	Lancet, 1879. p. 466. <sup>27</sup> /ix.
49	Kronlein.	М. 71	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. 3 дня полная невозможность глотанія.	Опер. <sup>22</sup> /iv 1879 въ 2 приема по Fengerу. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Больной жилъ 2 мѣсяцъ и 7 дней и умеръ отъ раковой кахекасіи.	Berlin. Klin. Wochens. 1879. № 34 и 35.
50	Milner-Moore.	М. 45	Ракъ пищевода. Больной уже долгое время не могъ принять ни густой, ни жидкой пищи.	Опер. <sup>4</sup> /v 1879.	Смерть чрезъ 8 дней отъ перитонита.	Lancet, 1879. <sup>20</sup> /ix.

№ №	Операторъ.	Мѣсто и время раба.	Мѣсто раковаго служенія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
51	Van der Hoeven.	M. 40	Ракъ пищевода.	Операція <sup>30</sup> /viii 1879.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи.	Vitringa, «Over. Gastrointieen». Diss. 1884. Zesas, 1. c., s. 258.
52	Langenbuch.	Jk. 60	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Больная почти умирающая отъ истощенія.	Опер. <sup>19</sup> /xi 1879. Наложене фисгулы не послѣдовао.	Смерть чрезъ 2 дня послѣ операціи отъ истощенія. Метаст. въ перегород. сердца велич. въ грец. орѣхъ	Berl. Klin. Woch. 1881, № 17, s. 235.
53	Rose.	M. 35	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1879 въ 1 приемъ. Разрѣзъ въ 12 сант. на наруж. сторон. m. recti sinist.	Смерть на 8 день послѣ операціи отъ бронхопневмоніи.	Correspondenz. der Schweizer Aerzte, № 3, 1879.
54	Профес. Склифосовскій.	M. 56	Ракъ въ нижней половинѣ пищевода. Общее состояніе больного удовлетворительное.	Опер. <sup>26</sup> /xii 1879 въ 1 приемъ по Feugery.	Оператив. успѣхъ. Смерть на 19-й день послѣ операціи отъ истощенія. Плоскоэпителиальный ракъ	Отчетъ изъ хир. Клин. пров. С.-П. Петербурга, стр. 152 «Врачъ», 1880. № 21, стр. 311.
55	Anger.	M. 42	Ракъ въ верхней части пищева. Последніе 4 дня больной ничего не глоталъ. Параличь правой голосов. связки.	Опер. въ 1880.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи.	Gazette des Hôpitaux, 1880, p. 163.
56	Escher.	M. 56	Ракъ въ нижней части пищевода. Въ послѣдніе 4 дня полная невозможность глотанія.	Опер. <sup>20</sup> /ii 1880 въ 2 приема по Feugery. Желудокъ вскрытъ чрезъ 5 дней послѣ операціи.	Питаніе сначала per rectum, а потомъ чрезъ фистулу. Истеченіе содержим. желудка. Смерть чрезъ 4 м. и 3 дня послѣ опер. отъ истощенія.	Centralblatt für chirurgie, 1880, № 39, s. 625.
57	Bryant.	M. 61	Ракъ въ средней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Значительное исхуданіе.	Опер. <sup>11</sup> /ii 1880 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 5 сутокъ (въ небольшомъ (въ <sup>1</sup> / <sub>3</sub> дюйма) отверстіемъ).	Сначала боль прибавилась въ вѣсѣ на 5 ф. Умеръ чрезъ 2 м. послѣ опер. отъ распространен. рака на трахею, легкія, печень и железы.	Lancet, 1881, <sup>19</sup> /iv, p. 572.
58	Nicholson.	M. 69	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1880 въ 2 приема по Bryantу.	Смерть чрезъ 3 м. послѣ операціи.	Vitringa, 1. c. Zesas, 1. c. s. 260.
59	Elias.	M. 46	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода.	Опер. <sup>23</sup> /v 1880 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 5 сутки.	Смерть чрезъ 3 м. и 10 дней.	Deutsche med. Wochenschrift, 1880, № 25. «Врачъ», № 32.
60	Lücke.	M. 65	Ракъ въ верхней части пищева. Большой ничего не могъ глотать.	Операція <sup>9</sup> /vii 1880.	Смерть чрезъ 3 дня отъ перитон. Перфорация въ трахею.	Med. Times and Gaz. 1880. II, p. 187.

№ №	Операторъ.	Мѣсто и время раба.	Мѣсто раковаго служенія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
61	Buchanan.	M. 60	Ракъ въ нижней половинѣ пищевода.	Опер. <sup>27</sup> /x 1880 въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 1881, <sup>1</sup> /i, p. 7.
62	Volkman.	M. 48	Ракъ въ средней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Больной съ большимъ трудомъ глоталъ жидкости.	Операція <sup>29</sup> /xi 1880 по Feugery. Желудокъ не вскрытъ.	Смерть чрезъ 32 час. послѣ операціи отъ перитонита.	Centralblatt f. chir. № 3, 1881.
63	Golding-Bird.	M. 51	Ракъ въ средней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Сильное исхуданіе.	Операція <sup>26</sup> /xii 1880.	Смерть чрезъ 20 час. послѣ операціи отъ истощенія.	Transactions of the Clinical Society of London, Vol. XV, p. 33. Тамъ же.
64	Golding-Bird.	M. 69	Ракъ въ нижней части пищевода.	Опер. <sup>9</sup> /ii 1881.	Смерть чрезъ 5 м. послѣ оп. отъ бронх.	
65	Tillmanns.	Jk. 52	Ракъ пищевода.	Опер. <sup>10</sup> /ii 1881 въ 1 приемъ. Желудокъ вскрытъ крестообразнымъ разрѣзомъ и края шиты съ кожей разою.	Смерть въ первые сутки отъ collars'a	Berl. Klin. Wochenschr. 1882, № 34.
66	Albert.	M. 69	Ракъ въ верхней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Съ трудомъ глоталъ жидкости. Парезъ лѣвой голосовой связки.	Опер. <sup>16</sup> /ii 1881 въ 2 приема по Feugery. Желудокъ вскрытъ <sup>24</sup> /ii тентомомъ.	Больной поправился и <sup>7</sup> /iv былъ выписанъ изъ клин. <sup>19</sup> /v умеръ отъ истощен. (чрезъ 2 м. и 25 дн.).	Mayd. «Wiener med. Blätter», №№ 15, 19, 21, 24, 1882.
67	Morris.	M. 60	Ракъ пищевода на уровнѣ 8 грудного позвонка.	Опер. <sup>19</sup> /ii 1881 въ 1 приемъ. Разрѣзъ по 1. semil. Край желудка и раны соединены съ краями брюшной.	Питаніе чрезъ фистулу на 3 д. Смерть чрезъ 5 д. Перитонита и вѣтъ; изъязвленная раковая масса переходитъ на печень, диафраг. околосердце и железы.	Lancet. Vol. II, 1881, p. 873. Transactions of the Clinical Society of London, Bd. 15, p. 39.
68	Lauenstein.	Jk. 62	Ракъ глотки и начала пищевода. Съ трудомъ больная могла проглотить нѣсколько чайныхъ ложекъ жидкости. Хрипелость голоса; въ легкихъ хрипы.	Опер. <sup>7</sup> /v 1881 въ 1 приемъ по Feugery.	Смерть чрезъ 28 дней послѣ операціи отъ гнилостной пневмоніи.	Langenbeck's Archiv, Bd. XXVIII, s. 412.
69	Gill.	Jk. 36	Ракъ пищевода. Съ трудомъ глотала жидкости.	Опер. <sup>9</sup> /vii 1881.	Больная жила больше 6 мѣсяцевъ.	Lancet, <sup>3</sup> /xii 1881.
70	Golding-Bird.	M. 60	Ракъ въ верхней части пищевода. Больной былъ очень слабъ.	Операція <sup>26</sup> /vii 1881.	Смерть чрезъ 54 часа послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 1881.

№ №	Операторъ.	Полож. и возрастъ.	Мѣсто раковаго служения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
71	Schelkly. M. 59	М.	Ракъ въ нижней части пищевода. Большой крайне исхудалый и кахектичскій.	Операція $7/11$ 1881 въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 30 дней послѣ операціи отъ истощенія	Vitringa, l. c. Zesas, p. 265.
72	Albert. M. 42	М.	Ракъ cardiaе. Большой глотаетъ жидкости. Питаніе плохое.	Операція $21/11$ 1881 въ 2 приема. Желуд. вскрытъ $11/1x$ термокаутеромъ.	Питаніе per os и рег fistulam. $12x$ большой выписанъ изъ клиники, послѣ чего о немъ ничего не извѣстно.	Maydl, l. c.
73	Albert. M. 57	М.	Sanseer cardiaе. Большой очень истощенъ.	Операція $29/11$ 1881 въ 2 приема. $11/1x$ термокаутеромъ вскрытъ желудокъ.	Питаніе какъ въ предыдущемъ случаѣ. Большой прибавился въ вѣсѣ почти на 8 kilo. Умеръ чрезъ 4 м. отъ сильнаго геморройдална. кровотеч. съ второй	Тамъ же.
74	Golding-Bird. M. 44	М.	Ракъ пищевода.	Операція $30/11$ 1881.	Смерть чрезъ 6 д. послѣ оп. отъ перит.	Lancet, $19/1x$ 1881.
75	Reeves. Ж. 33	Ж.	Ракъ въ верхней части пищевода. Истощеніе сильное, кашель.	Операція $8/1x$ 1881.	Смерть чрезъ 32 часа послѣ операціи отъ перитонита.	Transactions of the Clinical Society of London, Bd. XV, p. 26.
76	Rupprecht. M. 52	М.	Ракъ въ верхней $1/3$ пищевода; односторонній параличъ голосовыхъ связокъ. Съ $16/11$ мучительный кашель, дурное, двойная мокрота, лихорадка, совершенная невозможность принятія пищи.	Операція $9/1x$ 1881 въ 1 приемѣ по Fengerу.	Смерть чрезъ 12 часовъ послѣ операціи отъ гнойнаго перитита, происшедшаго отъ перфораци.	Archiv für klinische chirurgie, Bd. XXIX, s. 177.
77	Albert. M. 30	М.	Sanseer cardiaе. Большой съ трудомъ глотаетъ жидкости.	Операція $26/1x$ 1881. Желудокъ не вскрытъ.	Смерть чрезъ 5 дней послѣ операціи отъ перитонита.	Maydl, l. c.
78	Gille. Ж. 56	Ж.	Ракъ пищевода.	Опер. $4/1x$ 1881.	Смерть чрезъ 11 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, $3/1x$ 1881.
79	Davies Colley. ?	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ ноябрѣ 1881 года.	Смерть послѣ операціи отъ гангрены легкихъ.	Lancet, $19/1x$ 1881.
80	Davies Colley. Ж. 30	Ж.	Ракъ пищевода.	Опер. въ ноябрѣ 1881 года.	Больная жила еще 8 мѣс. послѣ операціи.	Тамъ же.

№ №	Операторъ.	Полож. и возрастъ.	Мѣсто раковаго служения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
81	Проф. Колонинъ. М. 54	М.	Ракъ въ средней $1/3$ пищевода. Большой мѣсяца съ величайшимъ трудомъ глотаетъ жидкости; крайнее истощеніе. Гипостазы въ легкихъ.	Операція $10/11$ 1881, въ 1 приемѣ по Fengerу. Край желудочной раны соединены съ краями брюшной.	Смерть чрезъ 22 дня при патолого-анатомическихъ явленіяхъ, указывающихъ на продолжительное голоданіе безъ слѣдовъ перитонита.	Труды Общ. Русск. Врачей въ СПбургѣ, за 1881—82 г., стр. 153. См. исторію болѣзни № 11.
82	Проф. Пелехинъ. М. 53	М.	Eriphelioma oesophagi. Маразмъ въ высшей степени. За операцію вскрытъ сѣдлаю переливаніе $3/4$ дефибрин. крови in ar. radialem.	Опер. въ 1881 Fengerу. Желудокъ вскрытъ чрезъ 30 час. и пришитъ вездѣ къ ранѣ.	Смерть на 17-е сутки послѣ операціи при явленіяхъ крайняго истощенія.	Труды Общ. Рус. Врачей въ Сиб. за 1881—82 г., стр. 149.
83	Вельямновъ. Ж. 58	Ж.	Ракъ въ нижней $1/3$ пищевода. Большая очень слаба и истощена. Въ послѣдніе 7 дней полная невозможность глотанія.	Опер. $8/11$ 1880 Fengerу. Мucosa желудка пришита къ кожѣ.	Кормленіе чрезъ фистулу на 2-й день; пища вытекаетъ обратно. Смерть на 8-й день при явленіяхъ pneumoniae hypostaticae. Перитонита нѣтъ.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1885, стр. 368.
84	Вельямновъ. М. 52	М.	Ракъ въ средней $1/3$ пищевода. Послѣдніе 2 дня полная непроходимость служения, сильное истощеніе.	Опер. $29/11$ 1881, въ 1 приемѣ. Разрѣзъ по l. alba.	Пища въ желудкѣ не удерживалась. Смерть на 3-й день отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	Тамъ же.
85	Книгъ. М. 62	М.	Ракъ въ нижней $1/3$ пищевода. Послѣдніе 4 дня полная невозможность глотанія; истощеніе сильное; бронхитъ и эмфизема.	Опер. $11/1x$ 1881, въ 2 приема по Fengerу. Желудокъ вскрытъ чрезъ 14 часовъ.	Смерть чрезъ 36 час. послѣ операціи отъ перфораци въ лѣвый бронхъ.	Тамъ же, 1886, стр. 4.
86	Андерсъ. Ж. 37	Ж.	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1882, въ 1 приемѣ по Fengerу. Край желудоч. раны сшиты съ брюшной.	Смерть чрезъ 3 дня и 20 час. послѣ операціи отъ перитонита.	Centralblatt f. Chirurgie 1882, s. 599.
87	Тиллингъ. М. 57	М.	Ракъ въ нижней $1/3$ пищевода. Сильное исхуданіе. Передъ операціей подкрѣпленъ инъекціями moschi.	Опер. въ 1881 г. въ 1 приемѣ.	Смерть чрезъ 9 часовъ послѣ операціи.	Centralblatt f. Chirurgie № 6, 1882. St.-Petersbourg, med. Wochenschrift 1881, № 49.

№ №	Операторъ.	Имя и возрастъ.	Мѣсто раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
88	Китаевскій.	Ж. 47	Ракъ въ нижней $\frac{1}{3}$ пищевода.	Опер. $\frac{1}{2}$ vi 1882, въ 2 приема. Соединеніе поперечной фации съ vagina m. recti. Желудокъ вскрытъ на 5 день.	Смерть на 24 день послѣ операціи отъ истощенія и метастаза въ сердцѣ.	«Врачъ», 1882, № 37, 39.
89	Кни.	М. 42	Ракъ въ средней $\frac{1}{3}$ пищевода. Съ трудомъ глотаетъ жидкости; истощеніе очень сильное.	Опер. $\frac{2}{2}$ i 1882 г. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 8 дней.	Больной поправился и могъ заниматься дѣлами. Затѣмъ показалося обильное кровотеченіе изъ фистулы. Аппетитъ уменьшился. Явился паралитичъ лѣвой руки и смерть въ первыхъ числахъ сентября 1882 г. Живъ 8 мѣс.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1886, стр. 5.
90	Кни.	М. 48	Ракъ въ нижней части пищева. Прогнозъ для малыхъ количествъ жидкости. Питаніе и силы больного еще сохранены.	Опер. $\frac{6}{2}$ xi 1882, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 9 дней.	Былъ живъ еще чрезъ 2 мѣс. послѣ операціи.	Тамъ же.
91	Проф. Коломнянъ.	Ж. 58	Ракъ въ нижней $\frac{1}{3}$ пищевода. Истощеніе очень сильное. Съ $\frac{22}{2}$ xi 1881 года почти полная невозможность глотанія; питаніе каннами; $\frac{29}{2}$ xii предварительная transfusio sanguinis in art. radial. sin. дефибрин. крови $\frac{3}{7}$ $\frac{1}{2}$ .	Опер. $\frac{2}{2}$ i 1882 г. Желудокъ не былъ вскрытъ.	Чрезъ $\frac{3}{2}$ часа послѣ операціи—кровотеченіе изъ раны; transfusio sanguinis in art. radial. dextr. sin. дефибрин. крови. Чрезъ 29 час. смерть отъ истощенія и малокровія.	Диссер. Алексѣевского «О перелив. крови при septimie in art. radial. dextr. sin. дефибрин. крови. исторію болѣзни», стр. 40. Спб. 1883. См. исторію болѣзни, № 31.
92	Діаннинъ.	М. 49	Ракъ въ нижней $\frac{1}{3}$ пищевода. Прогнозъ для малыхъ количествъ жидкости. Сильное истощеніе.	Операція $\frac{22}{2}$ viii 1882, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 2 дня.	Больной поправился и занимался дѣлами. Живъ 9 мѣс. и 4 дня; смерть отъ истощенія.	Труды Общ. Русск. Врачей, 1882—83. См. истор. болѣзни, № 34.
93	Профес. Скифасовскій.	М. 44	Ракъ въ нижней $\frac{1}{3}$ пищевода. Послѣдніе 12 дней полная непроходимость суженія для жидкостей. Больной въ забытьѣ, умирающ.	Опер. $\frac{3}{2}$ x 1881 г. въ 1 приемъ.	Смерть на слѣдующій день при явленіяхъ коллакса.	Отчетъ Хирург. Клин. пр. Скифасовскаго за 1880—84. Сост. Яковлевымъ и Левинскимъ. Москва. 1885, стр. 303.

№ №	Операторъ.	Имя и возрастъ.	Мѣсто раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
94	Пр. Скифасовскій.	М. 46	Ракъ пищевода около cardia. Прогнозъ для малыхъ количествъ жидкости. Исхуданіе сильно, но силы еще сохранены.	Опер. $\frac{20}{2}$ ix 1882, въ 2 приема. Разрѣзъ на уровнѣ 8 и 9 дѣлкахъ реберъ. Желудокъ вскрытъ на 9-й день; края желудочнаго разрыва сшиты съ броншной раной.	Больной сталъ поправляться, но затѣмъ явился кашель, упорная икота и поносъ. Смерть на 14 день послѣ операціи отъ истощенія. Въ правой почкѣ метаастатическій узелъ. Коллоидный ракъ.	Тамъ же, стр. 305.
95	Монастырскій.	Ж. 40	Саргетъ cardia. Истощеніе и потеря силъ очень быстро прогрессировали; 3 дня передъ операціей абсолютная непроходимость.	Опер. $\frac{30}{2}$ x 1882, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 6 дней.	Питаніе чрезъ фистулу; пища отчасти вытекала обратно. Смерть чрезъ 7 дней послѣ операціи отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	Письменное сообщеніе.
96	Albert.	М. 43.	Ракъ въ верхней половинѣ пищевода. Глоталъ жидкости; кашель съ ночной гнойной мокротой. Значительное исхуданіе.	Опер. $\frac{18}{2}$ xi 1881, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ термокаутеромъ чрезъ 8 дней.	Больной сталъ поправляться, прибавился въ вѣсѣ; на 14 день оставилъ кровать. Съ 20 го января сталъ падать въ вѣсѣ и умеръ отъ истощенія чрезъ $\frac{2}{2}$ мѣсяца послѣ операціи.	Maydl, l. c.
97	Marschall.	М. 65	Ракъ въ верхней части пищевода.	Опер. $\frac{22}{2}$ xi 1881, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 5-й день.	Смерть на 13-й день послѣ операціи отъ пневмоніи.	The British Med. Journal, 1882, vol. I, p. 538.
98	Albert.	М. 56	Ракъ въ верхней части пищева. Прогнозъ для малыхъ количествъ жидкости. Эмфизема, бронхитъ.	Опер. $\frac{2}{2}$ xii 1881, въ 1 приемъ.	Смерть на слѣдующій день отъ colaps'a.	Maydl, l. c.
99	Bryant.	М. 65	Ракъ въ нижней $\frac{1}{3}$ пищевода. Прогнозъ для жидкостей.	Опер. $\frac{2}{2}$ xii 1881, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 8 день теплотомомъ ( $\frac{1}{8}$ д.).	Чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи больной чувствовалъ себя очень хорошо.	Lancet, 1882, $\frac{45}{2}$ iv.
100	Croly.	М. 60	Ракъ ниже перекреста съ дѣлкахъ бронховъ.	Операція $\frac{27}{2}$ xii 1881 г. въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ истощенія.	The British Med. Journ. 1882, vol. I, p. 505.
101	Albert.	М. 56	Ракъ въ нижней $\frac{1}{3}$ пищевода. Съ $\frac{10}{2}$ xi жидкости съ большимъ трудомъ проходятъ; сильное исхуданіе.	Операція $\frac{28}{2}$ xii 1881 г. въ 1 приемъ.	Гангрена верхней части желудка; истощеніе; гипостазъ въ дѣлкахъ легкомъ. Питаніе каннами. Смерть чрезъ 6 дней отъ перитонита.	Maydl, l. c.

№ №	Операторъ.	Полож и возр. больн.	Мѣсто раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
102	Kappeler.	М. 69	Ракъ въ нижней 1/2 пищевода, змриена, rotator, крайнее исхуданіе и ослабленіе; 5 дней полная непроходимость пищи даже жидкой.	Опер. 24/x 1881, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 4 дня.	Послѣ опер. жидкости проходятъ. Большой поправился, прибавивъ въ вѣсъ, но умеръ чрезъ 4 недѣли отъ перфорациі въ легкія.	Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 17, s. 127.
103	Whitehead.	М. 40	Ракъ глотки и задней половины языка. По просьбѣ больного удаленъ языкъ, на слѣдующій день, вслѣдствіе оедема glottidis, tracheostomia, а чрезъ 18 дн. gastrostomia.	Опер. въ 1882 г. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 11 дней.	Кормленіе клистирами со дня поступленія больного до устройства фистулы, всего 45 д.; затѣмъ питаніе чрезъ фистулу. Большой поправился и въ короткое время увеличился въ вѣсѣ на 20 фунтовъ.	British. Med. Journ., 1882 и Centralblatt. f. Chir. № 43, 1882.
104	Eddowes.	Ж. 58	Непроходимое раковое суженіе пищевода.	Опер. въ январѣ 1882 года.	Смерть чрезъ 3 дня послѣ операціи отъ истощенія.	The British. Med. Journ. 1882.
105	Fowler.	М. 53	Ракъ пищевода въ средней 1/2	Опер. 17/i 1882 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 5-й день.	Смерть на 19 день послѣ операціи отъ истощенія.	Annals, of Anatomy and Surgery, Vol. 6, 1882.
106	Leisrink.	М. 40	Ракъ въ нижней 1/2 пищевода. Большой онеч исхудалъ, но еще при довольно хорошемъ состояніи силъ. Глотаетъ жидкости свободно.	Опер. 27/i 1882 въ 1 приемѣ.	Смерть чрезъ 12 дней послѣ операціи отъ бронхо-пневмоніи. Перитонитъ нѣтъ.	Langenbeck's Archiv, Bd. 28, s. 750.
107	Swensson.	?	Ракъ пищевода.	?	Послѣ операціи все шло хорошо, а послѣ большой умеръ отъ оедема glottidis.	Vitringa. Zeezas, I. c. p. 270.
108	Swain.	Ж. 40	Ракъ пищевода.	Операція 17/ii 1882.	Чрезъ 4 недѣли послѣ операціи tracheostomia по причинѣ dyspnoe. Смерть чр. 8 нед. отъ истощенія.	British. Med. Journal, 1882.
109	Albert.	М. 55	Ракъ въ средней 1/2 пищевода. 8 д. полная невозможность глотанія; очень сильное истощеніе, пневмонія въ обоихъ легкіяхъ, параличъ лѣвой половины горт.	Опер. 26/ii 1882 первый актъ операціи.	Смерть чрезъ 36 час. послѣ операціи. Духотворн. бронхо-пневмонія. Перфорациа лѣв. бронха.	Maydl. I. c.

№ №	Операторъ.	Полож и возр. больн.	Мѣсто раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
110	Rochelt.	М. 70	Ракъ пищевода. Большой сильно истощенъ; послѣдніе 5 дней полная невозможность глотанія даже жидкостей.	Опер. 29/iii 1882 въ 1 приемѣ по Keuger'у.	Смерть на 3-й день послѣ операціи отъ истощенія.	Wiener med. Presse, 1882 и Centr. f. Chir. 1882.
111	Jackson.	М. 40	Раковое суженіе пищевода настолько сильное, что больному грозила смерть отъ голода.	Опер. въ 1882 г. въ 2 приема.	Выздоровленіе.	Lancet, 1882.
112	Mac Cormac.	М. 55	Раковое суженіе пищевода.	Опер. 21/vii 1882 въ 2 приема.	Выздоровленіе.	Lancet, 1882.
113	Butlin.	М. 59	Ракъ пищевода на 14,5 л. отъ зубовъ. Большой съ крупомъ, глоталъ небольшія количества жидкости.	Опер. 19/viii 1882 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 9 дней.	Питаніе чрезъ фистулу вызвало болю въ желудкѣ, по чему больной на отрубъ отказался отъ принят. пищи этимъ путемъ. Смерть чрезъ 3 1/2 нед. послѣ операціи отъ истощенія.	British Med. Journ. 1883 г. 14/iv, p. 715.
114	Hume.	М. 57	Ракъ въ нижней части пищевода.	Опер. 2/ix 1882.	Смерть чрезъ 11 дней послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet, 1882.
115	Mason.	М. 60	Ракъ пищевода.	Опер. 4/ix 1882 въ 2 приема.	Смерть чрезъ 72 часа послѣ операціи отъ истощенія.	Lancet. 1882.
116	Gould.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ октябрѣ 1882 года.	Смерть чрезъ 5 дней послѣ операціи отъ перитонита.	Tamъ же.
117	Gould.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ октябрѣ 1882 года.	Смерть чрезъ 13 д. отъ перитонита.	Tamъ же.
118	Green.	Ж. 56	Ракъ въ верхней части пищевода. Dyspnoe.	Опер. 11/ix 1882 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 6-й день.	Выздоровл. Больная выписана на 12 день, а на 23 день сдѣлана трахеотомія по причинѣ dyspnoe. Чрезъ 15 н. болная чувств. себя хорошо.	Lancet, 3/ii, 1883, p. 190.
119	Parker.	Ж. 34	Ракъ нижней части глотки. По причинѣ dyspnoe сдѣлана трахеотомія, а на 4-й день чрезъ 3 нед. — гастростомія.	Опер. въ 1882 г. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 4-й день.	Смерть на 8-й день отъ истощенія.	British. Med. Journ. 1883.

№ №	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго служения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Течение.	Литературные источники.
120	March Howard.	М. 60	Ракъ въ шейной части пищевода.	Опер. въ 1882 г. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 9-й день тотомомъ.	Черезъ 3 дня кормленіе per fistulam. Смерть черезъ 8 нед. послѣ операціи отъ пневмоніи.	Тамъ же.
121	March. Howard.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1882 г.	Смерть на 3-й день послѣ операціи.	Тамъ же.
122	N. N.	Ж. 38	Ракъ пищевода въ нижней его части. Крайнее истощеніе.	Опер. въ 1882 г. въ 2 приема въ Спб. Наложение фистулы чрезъ 2 недѣли.	Кровотеченіе изъ желудочной раны. Смерть на вторые сутки послѣ наложения фистулы отъ истощенія.	Фидлеръ, таб. В, LXXXV.
123	Page.	М. 54	Ракъ пищевода въ области cardiaе.	Опер. въ 1883 г. въ 2 пр. Вскрытіе желудка на 5-й день.	Смерть на 28 день отъ флегмонознаго гастрита, этиологически не объяснен.	Brit. Med. Journ. 1883, p. 622.
124	Hudson и Page.	М. 59	Ракъ пищевода волниа bifurcatio tracheae.	Опер. въ 1883 г. въ 2 пр. Вскрытіе желудка чрезъ 6 часовъ.	Смерть на 8-й день послѣ операціи.	Тамъ же.
125	Barling.	М. 45	Ракъ въ нижней трети пищевода.	Опер. <sup>16</sup> /v 1883. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 11-й день.	Смерть на 10-й и. При вскрытіи нашли больш. абсцессъ между печеню, желудкомъ, селезенкой и диафрагмой.	Тамъ же.
126	Barling.	М.	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода.	Опер. <sup>16</sup> /v 1883. въ 2 пр. Вскрытіе желудка на 3-й день.	Смерть на 3-й день послѣ операціи отъ истощенія.	Тамъ же.
127	Whit head.	Ж. 43	Ракъ пищевода въ средней его трети.	Опер. <sup>16</sup> /v 1883. въ 2 пр. Устройство фистулы на 5-й день.	Большая значитель. поправилась и была выписана чрезъ 11 недѣль.	Тамъ же.
128	Berger.	М. 45	Ракъ въ средней части пищевода. Больной очень истощенъ и слабъ.	Опер. <sup>16</sup> /n 1883. въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 19 час. послѣ операціи отъ collaps'a. Перитонита нѣтъ. На уровнѣ bifurcatio tracheae найдена перфорация трахеи.	Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1883.
129	Le Fort.	М. 78	Ракъ въ нижней части пищевода. Нѣсколько дней до операціи больной ничего не могъ глотать.	Опер. <sup>23</sup> /v 1883. въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 24 часа послѣ операціи отъ collaps'a. Перитонита нѣтъ.	Gazette des Hôpitaux, 1883, p. 90.

№ №	Операторъ.	Полъ и возрастъ.	Мѣсто раковаго служения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Течение.	Литературные источники.	
130	Smith.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 1883 г.	Смерть чрезъ 10 дн. послѣ операціи.	Zesas, l. c., s. 273.	
131	Lindner.	М. 59	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Последнѣ 8 д. полная невозможность глотанія. Больной почти умирающей.	Опер. <sup>21</sup> /viii 1883. въ 1 приемъ, почти безъ наркоза.	Смерть на 4-й д. отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	Тамъ же, s. 274.	
132	Lindner.	М. 47	Ракъ въ нижней <sup>1</sup> / <sub>3</sub> пищевода. Глотаетъ жидкости.	Опер. <sup>14</sup> /viii 1884. въ 1 приемъ. Огнпшаніе бронхотоміи раны по Müller'у.	Кормленіе per fistulam. Содержимое желудка выходитъ обратно. Смерть на 4-й д. отъ истощенія. Аутопсія не произведена.	Тамъ же.	
133	Ranke.	М. 51	Cancer cardiaе.	Опер. <sup>17</sup> /iii 1883. въ 2 пр. Вскрытіе желудка <sup>25</sup> /viii.	Выздоровл. Смерть чрезъ 6 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> м. послѣ операціи отъ кровотечения изъ желудка. Аутопсія не произведена.	Vitringa. Zezas, l. c. s. 275.	
134	Ranke.	М. 40	Ракъ пищевода.	Опер. <sup>24</sup> /v 1883. въ 2 приема. Обращеніе фистулы <sup>30</sup> /v.	Смерть на 10-й д. послѣ операціи отъ званіе фистулы двусторонней пневмоніи. Перитонита нѣтъ.	Тамъ же.	
135	Page.	М. 35	Раковое служеніе пищевода.	Опер. въ 1883(?) въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 10 дней послѣ операціи отъ пневмоніи.	Zesas, l. c., s. 275.	
136	Kocher.	М. 54	Ракъ въ нижней части пищевода. Глотать свободно жидкости. Питаніе полное и удовлетворительное. Вся органы здоровы.	Опер. <sup>15</sup> /xii 1879. въ 2 приема по Verneuil'у. Желудокъ вскрытъ разрывомъ <sup>17</sup> /xii.	Кормленіе все время исключительно per. os. Жилъ 7 м. zer Aerzte, 1883, и умеръ отъ амп. легкискаго удара. Аутопсія не произведена.	Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1883, s. 605—608.	
137	Kocher.	?	Ракъ пищевода.	Опер. въ 2 приемъ.	14 дней совершенно не могъ питаться; въ послѣдніе 3 д. потерялъ въ вѣсѣ 7 ф.	Смерть чрезъ 12 часовъ послѣ операціи отъ collaps'a.	Тамъ же, s. 608.
138	Kocher.	?	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 приема.	Смерть чрезъ 3 дня послѣ операціи отъ септицеміи.	Тамъ же, s. 609.	
139	Th. Jones.	Ж. 45	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 приема.	Смерть чрезъ 12 дней отъ перитонита, развившагоса послѣ влив. въ свинѣ холоднаго молока.	«Врачъ» за 1884 г. № 39, стр. 671, refer. Lancet <sup>1</sup> /viii.	

№ №	Операторъ.	Полож. и возрастъ.	Мѣсто раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
140	Th. Jones.	Ж. 50	«Вѣроятно злокачественное новообразован. пищевода.»	Операція въ 2 приема.	Живетъ 10 м. (?)	Тамъ же.
141	Th. Jones.	Ж. 39	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 приема.	Живетъ 9 мѣсѣц.	Тамъ же.
142	Th. Jones.	М. 70	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 приема.	Оба умерли черезъ 30 часовъ послѣ операціи.	Тамъ же.
143	Th. Jones.	М. 47	Ракъ пищевода.	Операція въ 2 приема.		
144	Проф. Коломнинъ.	М. 46	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. 3 дня уже не можетъ ничего проглотить; истощеніе и упадокъ силъ настолько сильны выражены, что больной почти умираетъ.	Опер. <sup>12</sup> /v 1883 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ троакаръ <sup>14</sup> /v.	Жилъ 2 мѣс.; прибавился въ вѣсѣ на 21 фунтъ. Смерть отъ кровотечения аорты.	Труды Общ. Рус. Врачей Спб. за 1882-83. истор. болѣзней № 33.
145	Д-ръ Домбровский.	Ж. 46	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Полная непроходимость пищевода.	Опер. <sup>2</sup> /v 1883 г. въ 2 приема. Устройство фистулы <sup>17</sup> /v.	Большая поправилась, прибавилъ въ вѣсѣ на 4 килогра. Умерла <sup>18</sup> /viii 1883. Перфорация праваго бронха; пневмония. Жила <sup>3</sup> 1/2 мѣсѣца.	Письменное сообщеніе г. Монастырскаго.
146	Кли.	М. 62	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Проглоченіе для малыхъ количествъ жидкости. Питаніе порядочное.	Опер. <sup>2</sup> /i 1883 г. въ 2 приема. Устройство фистулы <sup>28</sup> /i разрывомъ, причѣмъ было значительное кровотеченіе.	Кормленіе чрезъ фистулу. Съ <sup>11</sup> /ii переварить двѣсторон. въ большой выпиваемъ; умеръ чрезъ 175 дней послѣ операціи отъ плеврита. Вскрытія не было.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за январь 1886 г., стр. 21.
147	Кли.	М. 40	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Последние 8 дней ничего не ѣлъ. Истощеніе сильное.	Опер. <sup>30</sup> /vi 1883 въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 8 дней. Откашливаніе желудка и <sup>18</sup> /viii припаваніе края фистулы къ броншной сѣвкѣ.	Сначала питаніе рег. gestiu, потомъ чрезъ фистулу. Большой поправился. <sup>15</sup> /ix выпивался и по случаю умеръ въ декабрѣ 1883 г. Жилъ болѣе 5 мѣсѣцѣв.	Тамъ же, стр. 22.
148	Кли.	М. 59	Ракъ въ нижней части пицев. Полная непроходимость пищевода послѣдніе 24 ч. Больной очень худощавъ, но въ силахъ.	Опер. <sup>2</sup> /x 1883 г. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ <sup>9</sup> /x.	Большой сначала поправился; <sup>4</sup> /xi выпивался и умеръ въ концѣ февраля 1884. Вскрытія не было.	Тамъ же, стр. 23.

№ №	Операторъ.	Полож. и возрастъ.	Мѣсто раковаго суженія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
149	Кли.	М. 39	Ракъ, а можетъ быть и туберкулезъ пищевода; препатство на 24 сант. отъ рѣзцовъ. 6 дн. полная невозможность глотанія. Больной представлялъ изъ себя «живую мочку».	Опер. по просьбѣ больного <sup>28</sup> /xi 1883 г. въ 2 приема. <sup>31</sup> /xii вскрытіе желудка.	Кормленіе чрезъ фистулу удачно. Больной сбѣжался боръ въ Умеръ <sup>1</sup> /i 1884 г. отъ кровотечения горломъ.	Тамъ же.
150	Кли.	М. 49	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Последние 4 дня полная непроходимость. Больной очень худъ, но не безсилъ.	Опер. <sup>6</sup> /xi 1883, въ 2 приема. <sup>14</sup> /xii положенъ свѣчь.	Питаніе чрезъ фистулу удачно. <sup>4</sup> /xii выписался, сталъ поправляться. Умеръ <sup>23</sup> /viii 1884 г. отъ пневмонии.	Тамъ же, стр. 25.
151	Проф. Скафасовскій.	Ж. 46	Ракъ пищевода на 32 сант. отъ рѣзцовъ. Последние 1 1/2 мѣс. большая питалась почти исключительно клястирами; за годъ потеряла вѣсѣ 1 п. 24 ф. Питаніе еще удовлетвор.	Опер. <sup>14</sup> /i 1883 г. въ 1 приемъ.	Смерть <sup>18</sup> /i 1883 г. повидимому отъ перитонита. Вскрытія не было.	Отчетъ Хирургическ. Клиник. пр. Скафасовскаго за 1880-84 гг. Москва, 1885 г. стр. 307.
152	Профес. Скафасовскій.	Ж. 59	Ракъ пищевода на 35 сант. отъ рѣзцовъ. Жидкости проход. съ трудомъ. Больная очень плохого пит.	Опер. <sup>27</sup> /x 1883 въ 2 приема. <sup>4</sup> /xi образованіе фистулы.	Большая поправилась. Умерла въ ноябрѣ 1884 г. отъ пневмоніи. Вскрытія не было.	Тамъ же.
153	Falcon.	М. 57	Ракъ пищевода на 29 сант. отъ рѣзцовъ. Прогрессивное исхуданіе. Полная невозможность глотанія.	Опер. въ 1 приемъ по Labbé.	Смерть чрезъ 48 часовъ послѣ операціи отъ collaps'a.	Bul. de l'Ac. roy. de Belg., 1882, t. XVI, № 11, p. 1194. Refer. Revue de chirurgie № 10, 10- octobre 1884, p. 846.
154	Billroth.	М. 48	Ракъ въ нижней части пищевода. Истощеніе и слабость прогрессив. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости.	Опер. <sup>4</sup> /x 1881, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 2-й день; шилова сшита съ кожей.	Большой значител. поправился. Чрезъ 6 недѣль выпелъ изъ канники, но вскорѣ заболѣлъ крупозной пневмоніей и умеръ.	Hacker, Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik, 1880 bis März 1885. Wien, 1886.
155	Billroth.	М. 52	Ракъ въ нижней части пищевода. Истощеніе настолько сильное, что издали видна пульсація брюш. аорты. Почти не можетъ глотать жидкости. Питаніе клястирами мало имѣло успѣха.	Опер. <sup>9</sup> /i 1882 г. въ 1 приемъ. Мюоса желудка сшита съ кожей.	Послѣ операціи—collapsus; t = 34.5. Смерть чрезъ 24 ч. Перитонита нѣтъ; эмфизема и отекъ легкихъ.	Тамъ же.

№ №	Операторъ.	Мѣсто раковаго сужденія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
156	Billroth.	М. 43 Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Сильное исхуданіе; глотаетъ лишь небольшое количество жидкой пищи.	Опер. 12/хт 1883, въ 1 приемъ.	Содержимое желудка непрерывно по немногу вытекаетъ. Смерть чрезъ 18 дней послѣ операціи отъ истощенія. Вскрытія не было.	Тамъ же.
157	Вельяминовъ.	М. 50 Ракъ пищевода въ средней 1/3. Жидкости проходятъ съ трудомъ; исхуданіе, но силы сохранены; бронхитъ.	Опер. 12/шт 1883, въ 2 приема по Fenger'у. Наложене фистулы на 4-й день.	Больной значител. поправился. Жила около 8 м. и умеръ повидмому отъ прободеия раковой язва въ бронхъ. Вскрытія не было.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1883 г. стр. 368.
158	Вельяминовъ.	М. 55 Ракъ пищевода въ нижней 1/3. Глоталъ полужидкую пищу довольно свободно.	Опер. 26/шт 1883, въ 2 приема по Fenger'у. Желудокъ вскрытъ на 3-й день.	Смерть на 9-й день отъ гипостатической пневмоніи.	Тамъ же.
159	Вельяминовъ.	М. 51 Ракъ въ средней 1/3 пищевода. 5 дней ничего не ѣлъ и такъ ослабъ, что не можетъ сидѣть.	Опер. 20/шт 1883, почти безъ наркоза въ 1 приемъ по Fenger'у.	Больной сталъ поправляться, появилася бронхитъ и на 15-й день послѣ операціи умеръ отъ отека легкиъ. Вскрытія не было.	Тамъ же.
160	Вельяминовъ.	М. 52 Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Свободно глотаетъ жидкости, исхуданіе, хроническій бронхитъ; силы сохранены.	Опер. 3/хт 1884, 1/3 пищевода. Свободно глотаетъ жидкости, исхуданіе, хроническій бронхитъ; силы сохранены. Наложене фистулы на 6-й день.	Питаніе per os. На 8-й день изъ фистулы показалася калъ. Былъ вышитъ не железъ въ colon transversum. Фогель сдѣлалъ гастростомию въ 2 приема, а кишку сшилъ. На 19-й день послѣ вторичной операціи больной умеръ. При вскрытіи найдена перфорация бронха, gangraena pulmonum.	Тамъ же.
161	Кни.	М. 62 Раковое сужденіе на 40 сант. отъ рѣзцовъ. Въ послѣдніе 36 час. не глоталъ даже жидкости. Питаніе еще удовлетворительно. Отекъ нижнихъ конечностей и небольшая асцитъ.	Опер. 12/шт 1884, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ 21/шт.	Больной значител. поправился, отекъ пропалъ и выписался 4/шт. Умеръ чрезъ 9 мѣс. послѣ операціи отъ истощенія и раковой кахексіи. Вскрытія не было.	«Хирургическ. Вѣстникъ» за 1886 г. стр. 27.

№ №	Операторъ.	Мѣсто раковаго сужденія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
162	Кни.	М. 56 Раковое сужденіе на 40 сант. отъ рѣзцовъ. Больной довольно хорошо упитанъ; глотаетъ жидкости.	Опер. 3/шт 1884, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 8 дней.	Больной значител. поправился. 2/шт выписанъ. Въ послѣдній разъ былъ въ лечебницѣ 8/шт. Дальнѣйшая участь больного неизвестна.	Тамъ же.
163	Кни.	М. 59 Раковое сужденіе на 32 сант. отъ рѣзцовъ. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости; сильное исхуданіе.	Опер. 14/шт 1884, въ 2 приема. Устройство фистулы чрезъ 9 дней.	Больной поправился. 18/шт выписанъ. Въ послѣдній разъ былъ 14/шт. Дальнѣйшая участь не известна.	Тамъ же.
164	Кни.	М. 61 Раковое сужденіе на 24 сант. отъ рѣзцовъ; проходима для малыхъ количествъ жидкости; истощеніе. Empysemata pulmonum.	Опер. 15/шт 1884, въ 2 приема. Наложене фистулы чрезъ 6 дней.	Смерть чрезъ 10 дней послѣ операціи отъ истощенія. Вскрытія не было.	Тамъ же.
165	Монастырскій.	М. 48 Ракъ въ средней части лица. Больной могъ еще глотать малая количества жидкости.	Опер. 29/шт 1884, въ 2 пр. Наложене фистулы 5/шт.	Больной быстро поправился. Въ началѣ августа позволилъ себѣ excessus in Baccho, послѣ чего быстро сталъ худѣть. Умеръ 4/шт 1884 г. При вскрытіи — метастазы въ mesocolon transversum и въ печени.	Письменное сообщеніе.
166	Пр. Склифасовскій.	Ж. 43 Ракъ пищевода на 31 сант. отъ рѣзцовъ. Около трехъ недѣль больная почти ничего не ѣла, питаясь исключит. клызамъ. Истощеніе крайнее.	Опер. 24/шт 1884, въ 1 приемъ.	Смерть чрезъ 10 часовъ послѣ операціи отъ collars'a.	Отчетъ Хир. Моск. Клиники за 1880—84 г., стр. 309.
167	Профес. Склифасовскій.	Ж. 32 Ракъ пищевода на 30 сант. отъ рѣзцовъ. Въ послѣдніе 7 дней и жидкости не проходили; питаніе клызамъ. Истощеніе сильное. Правосторонняя пневмонія, т. е. по вечерамъ 38,8.	Опер. 26/шт 1884, въ 1 приемъ.	Обостреніе легочнаго процесса. Общее состояніе больной прогрессивно ухудшалось и она умерла 7/шт отъ истощенія. Вскрытіе показало перфорацию въ оба легка, гдѣ найдены каверны и метастатическіе узлы съ куриное яйцо. Жировое перерожденіе паренхиматозныхъ органовъ.	Тамъ же.

№ №	Операторъ.	Полов и возрастъ.	Мѣсто раковаго служенія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
168	Пр. Коломинъ.	М. 39	Ракъ пищевода на 19 сант. отъ рта. Последніе 5 дней полная непроходимость и для жидкостей. Афонія, чрезвычайное исхуданіе, хрипы въ легкихъ.	Опер. 4/ш 1884, безъ хлороформа въ 1 приемъ.	Кормленіе чрезъ Фистулу. Смерть на 4-е сутки отъ гипостатич. пневмоніи вследствие распаденія рака и вскрытія in tracheam.	«Еженедѣльн. Клиническ. Газета» за 1884 г. №№ 15, 16 и 17. См. ист. болѣз. № 3.
169	Пр. Коломинъ.	М. 48	Ракъ пищевода на 33 сант. отъ рта. Истощ. сильное. Проходимость для малыхъ количествъ жидкости.	Опер. 8/х 1884, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ 11/х.	Сначала питаніе рег. ос., а потомъ чрезъ Фистулу. Больной быстро поправился. Жилъ болѣе 3 мѣс. и умеръ отъ истощенія и пневмоніи. Вскрытія не было.	Тамъ же. См. истор. болѣзней № 30.
170	Terrillon.	М. 61	Ракъ нижней части глотки и начала пищевода. Съ величайшимъ трудомъ глотаетъ немного жидкости. Кашель, истощеніе сильное.	Опер. 10/ш 1884, въ 1 приемъ по Labbé.	Смерть чрезъ 52 ч. при мозговыхъ явленіяхъ, сопровождавшихся параличами. При вскрытіи перитонита и тѣхъ, очень выраженный интерстиціальн. нефритъ. Въ головномъ мозгу ничего не найдено.	Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1884, t. X, p. 273.
171	Wagrow.	М. 52	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Больной не могъ глотать даже жидкостей и питался клистерами.	Опер. въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ на 10-й день.	Сначала большой значительн. поправился. На 3-й мѣс. кровавая рвота и симптомы гипостатич. отравленія крови и чрезъ 4 мѣс. смерть. При вскрытіи найдены кровоизлитія въ серозныхъ оболочк. Гнойники въ легк., правой почкѣ и головномъ мозгу; омертвѣніе 1/2 селезенки; распаденіе рака пищевода.	«Медицинское Обозрѣн.» 1886, стр. 52. Refer. Brit. Med. Journ. 1884, p. 1134.

№ №	Операторъ.	Полов и возрастъ.	Мѣсто раковаго служенія. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
172	Lagrange.	М. 32	Ракъ въ верхней 1/2 пищевода. Последніе 3 дня ничего не глоталъ, почему ослабѣлъ до обмороковъ. Исхуданіе крайнее. Лѣвая шейная железа опухла.	Опер. 15/ч 1884, въ 1 приемъ по Labbé.	Смерть чрезъ 26 ч. послѣ вскрытія желудка. Вскрытіе показало метастазы въ железахъ, щитовидной железн., легкомъ и въ правой плеврѣ; п. vagus dext. сдавленъ и отчасти разрушен. Гнойный перитон.	Revue de Chirurgie et d'Accouchement, t. 7, 1885, p. 549.
173	Nicaise.	М. 56	Ракъ пищевода на 8 сант. отъ начала его. Правые надключичная железа увеличена; боли въ правой верхней конечности отъ прижатія локтеваго нерва; хрипѣлость голоса. Сильное исхуданіе.	Опер. 28/ч 1885, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ чрезъ 48 часовъ.	Смерть чрезъ 26 ч. послѣ вскрытія желудка. Вскрытіе показало прижатіе plexus brachialis и п. t. XI, 1885, p. 485.	Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1885, p. 485.
174	Пр. Коломинъ.	М. 50	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Въ последніе 8 дней больной глоталъ только воду; сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Легкая эмфизема.	Опер. 9/ш 1885, въ 2 приема. Желудокъ вскрытъ 11/ш.	Заживленіе раны шло медленно. Больной поправился и выписался изъ клиники 24/ш. Дальнѣйшая судьба его неизвестна.	См. ист. бол. № 35.
175	Пр. Коломинъ.	М. 63	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. Последніе 2 недѣли съ большимъ трудомъ глотаетъ малыя количества жидкости; сильное истощеніе, легк. эмфизема, кашель въ легк. хрипы.	Опер. 2/х 1885, въ 1 приемъ.	Смерть 23/ш отъ гипостатич. пневмоніи.	См. ист. бол. № 32.
176	Морозовъ.	М. 61	Ракъ въ средней 1/3 пищевода. Полная непроходимость даже и для воды. Упало силъ настолько сильный, что больной не можетъ стоять. Легкая эмфизема и хрипы въ легкихъ.	Опер. 4/х 1885, Желуд. не былъ вскрытъ.	Послѣ опер. больной вырвало жидкую кость отъ желудка, запахъ мочы. 4/х частичное отклоненіе желудка. Больной апатич., t=39. Смерть 10/х. Гнойный перитонитъ. Распаденіе новообразованія.	См. ист. бол. № 12.

№ №	Операторъ.	Возрастъ и полъ.	Мѣсто раковаго стужения. Состояніе больного до операціи.	Время операціи и способъ.	Теченіе.	Литературные источники.
177	Павловъ.	М. 68	Ракъ въ верхней части пищевода. Въ послѣдніе 16 дней почти не проходили жидкости; крайнее истощеніе.	Опер. 46/II 1885. Въ 1. приѣма. Мисога желудка сшита съ кожей.	18/II больной умеръ отъ истощенія. Перитонита нѣтъ.	«Хирургическ. Вѣстн.», 1885, стр. 635.
178	Павловъ.	М. 44	Ракъ въ нижней 1/3 пищевода. 10 дн. большой не могъ глотать и жидкостей. Сильное истощеніе.	Опер. 49/II 1885. Въ 2. приѣма. Вскрытіе желудка чрезъ 6 дней термокаутеромъ.	Сначала больной поправился, затѣмъ сталъ худѣть и слабѣть, и умеръ 3/IV отъ истощенія.	Тамъ же.
179	Богоаевскій.	М. 52	Ракъ пищевода на 31 сант. отъ рѣзцовъ. Волѣ 3 нед. большой глотали жидкости съ большимъ трудомъ. Истощеніе сильное.	Опер. 29/II 1885. Въ 2. приѣма. Желудокъ вскрытъ чрезъ 7 дней.	Сначала питаніе клизмами, а затѣмъ per fistulam. Большой сталъ поправляться, но потомъ явилась пневмонія и больной умеръ 25/VI. Вскрытія не было.	Тамъ же, стр. 442.
180	Barwell.	?	Ракъ пищевода; тонкій катетеръ а демешио дурно переносятся и извергается кашлемъ движениемъ.	Операція въ 2. приѣма.	Смерть чрезъ 5 мѣс. послѣ операціи отъ бронхита. Обширная опухоль въ пищеводе; метастазы въ легкиихъ.	Clinical Society of London, 27/II 1885. Refert. Centralblatt. f. Chirurgie, 1885, № 8, s. 134.
181	Проф. Колюминъ.	Ж. 53	Ракъ пищевода на 31 сант. отъ рѣзцовъ. Больная въ продолженіи послѣднихъ 4-хъ сут. совершенно ничего не могла глотать. Истощеніе и упадокъ силъ настолько выражены, что больная представлялась умирающей. Въ легкиихъ мѣстами сухие хрипы.	Опер. 7/X 1886. Въ 1. приѣмъ.	Кормленіе чрезъ фистулу тотчасъ же. Сначала больная стала поправляться и чувствов. себя прекрасно. Потомъ явилась пневмонія, которая однако стала разрѣшаться, но развились гнойный mediastinitis post. и больная умерла 21/II 1886 г. чрезъ 1 1/2 м. послѣ операціи.	См. ист. бол. № 90

## Гастростомія была сдѣлана:

Въ 1849 году . . . . .	1 разъ.	Въ 1875 году . . . . .	4 раза.
1853 » . . . . .	2 »	1876 » . . . . .	3 »
1858 » . . . . .	1 »	1877 » . . . . .	3 »
1859 » . . . . .	1 »	1878 » . . . . .	8 »
1865 » . . . . .	1 »	1879 » . . . . .	16 »
1866 » . . . . .	2 »	1880 » . . . . .	10 »
1867 » . . . . .	2 »	1881 » . . . . .	31 »
1868 » . . . . .	2 »	1882 » . . . . .	28 »
1869 » . . . . .	1 »	1883 » . . . . .	25 »
1872 » . . . . .	5 »	1884 » . . . . .	13 »
1873 » . . . . .	1 »	1885 » . . . . .	7 »
1874 » . . . . .	2 »		

Итого . . . . . 169 разъ.

Не указано время 11 разъ.

Французами эта операція сдѣлана . . . . .	9
Англичанами и американцами . . . . .	73
Нѣмцами . . . . .	45
Русскими . . . . .	46
Итальянцами и др. . . . .	7

Итого . . . . . 180 разъ.

Эта операція была сдѣлана на мужчинахъ 134 раза, на женщинахъ—37 разъ и въ 9 случаяхъ полъ не указанъ.

## Смерть послѣдовала:

Въ первые 24 часа . . . . .	20	Отъ 1 до 2 мѣсцевъ . . . . .	8
Чрезъ 48 часовъ . . . . .	24	» 2 » 3 » . . . . .	9
Отъ 2 до 5 дней . . . . .	26	» 3 » 4 » . . . . .	5
» 5 до 10 дней . . . . .	20	» 4 » 5 » . . . . .	4
» 10 до 20 дней . . . . .	24	» 5 » 6 » . . . . .	6
» 20 до 30 дней . . . . .	7	» 6 » 7 » . . . . .	3
		» 7 » 8 » . . . . .	2
Итого . . . . .	121	» 8 » 9 » . . . . .	3
		» 9 » 10 » . . . . .	3

Итого . . . . . 43

## Неопредѣленно сказано:

- № 38. Послѣ операціи больной выздоровѣлъ.
- № 72. Чрезъ мѣсяцъ и 22 дня больной вышелъ изъ клиники, послѣ чего дальнѣйшая судьба его неизвѣстна.
- № 79. Послѣ операціи больной умеръ отъ гангрены легкиихъ.
- № 90. Былъ живъ еще чрезъ 2 мѣсяца послѣ операціи.
- № 99. Чрезъ 5 мѣсяцевъ послѣ операціи больной чувствуетъ себя хорошо.
- № 103. Чрезъ 1 1/2 мѣсяца больной поправился.
- № 107. Послѣ операціи больной поправился, а потомъ умеръ.
- № 111. Большой выздоровѣлъ.
- № 112. Большой выздоровѣлъ.
- № 118. Чрезъ 15 недѣль (3 1/2 мѣсяца) больная чувствуетъ себя хорошо.
- № 127. Чрезъ 11 недѣль (2 1/2 мѣсяца) больная значительно поправилась.
- № 140. Живетъ 10 мѣсяцевъ (?).
- № 141. Живетъ 9 мѣсяцевъ.
- № 153. Больной въ послѣдній разъ былъ въ лечебницѣ чрезъ 8 мѣсяцевъ и 3 дня.
- № 159. Въ послѣдній разъ былъ въ лечебницѣ чрезъ 3 мѣсяца.
- № 174. Чрезъ 1 1/2 мѣсяца больной вышелъ изъ клиники въ хорошемъ состояніи.

Из этой таблицы видно, что смертность всего больше в первые 48 час. послѣ операции, а именно—44; до 20 дней она держится на значительной высотѣ, а всего въ первый мѣсяц умерло 121; больше же мѣсяца прожило только 43. Если же мы №№ 38, 79, 107, 111, 112 отнесемъ къ умершимъ въ первый мѣсяцъ, а остальные 11 къ прожившимъ больше мѣсяца, то у насъ получится 126 (121+5) умершихъ въ первый мѣсяцъ и 54 (43+11) жившихъ больше мѣсяца.

Но для больше правильной оцѣнки значенія операций гастростоміи, какъ средства продленія жизни больного, страдающаго раковымъ служеніемъ пищевода, необходимо прежде всего принять во вниманіе условія, при которыхъ совершалась операція. Vitringa <sup>1)</sup> первый обратилъ на это вниманіе и въ случаѣ раздѣляя на двѣ группы: на операции, произведенныя въ до-антисептической періодъ, и операции, произведенныя при соблюденіи въсѣхъ правилъ антисептики. По поводу рака пищевода въ до-антисептической періодъ было произведено 25 гастростомій, изъ коихъ только въ двухъ случаяхъ получился терапевтической успѣхъ (№№ 22 и 23), остальные же 23 случая окончились детально въ первые дни послѣ операции. Если мы теперь изъ общаго числа 126 случаевъ, умершихъ въ первый мѣсяцъ послѣ операции, исключимъ эти послѣднія 25 гастростомій, то получимъ 101 случай смерти въ первый мѣсяцъ и 54 случая, гдѣ больные жили больше мѣсяца. Слѣдовательно, послѣ гастростоміи, произведенныхъ по поводу рака пищевода при соблюденіи въсѣхъ правилъ антисептики, больные въ 1/3 случаевъ жили больше мѣсяца.

Даже, необходимо разобрать общее состояніе больныхъ, при которомъ имъ производили гастростомію. Если общее состояніе больного таково, что онъ безъ правильного питанія чрезъ нѣсколько дней, а можетъ быть даже и часовъ, необходимо долженъ погибнуть, если такому больному дѣлаютъ гастростомію и онъ живетъ 2—3 недѣли, то и такой результатъ операции долженъ считаться вполнѣ достигающимъ терапевтической цѣли. Перечитывая исторіи болѣзни оперированныхъ больныхъ, причѣмъ мнѣ пришлось больше половины случаевъ прочесть по оригинальнымъ работамъ, и сообщивъ авторамъ, я нашелъ, что въ 67 случаяхъ гастростомія была сдѣлана при полной непроходимости пищевода, больные въ продолженіи нѣсколькихъ дней совершенно не могли глотать даже воду, были истощены до крайности и упадокъ силъ былъ настолько рѣзко выраженъ, что они были почти умирающими; въ 32 случаяхъ больные могли глотать только весьма небольшія количества жидкостей, причѣмъ истощеніе у нихъ было такъ же рѣзко выражено; только въ 13 случаяхъ больные свободно глотали жидкости; въ 17 случаяхъ сказано, что питаніе больныхъ еще было порядочное и силы сохранены. Слѣдовательно, въ огромномъ большинствѣ случаевъ гастростомія примѣнялась при такомъ состояніи больного, которое ясно указывало на близкую гибель его и во многихъ случаяхъ хирургическая помощь была слишкомъ запоздалой. И при такомъ состояніи больныхъ гастростомія въ нѣкоторыхъ случаяхъ несомнѣнно продлила жизнь, какъ это показываютъ слѣдующіе №№ нашей таблицы: 26, 32, 33, 34, 56, 68, 82, 102, 103, 144, 147, 149, 163, 167, 171, 172, 178 и 181.

Кромѣ того, если мы вычислимъ среднюю продолжительность жизни оперированныхъ больныхъ, страдающихъ раковымъ служеніемъ пищевода, начиная съ первыхъ проявленій дисфагии, точно такимъ же способомъ, какъ это мы сдѣлали раньше у больныхъ не оперированныхъ, то мы получимъ, что средняя продолжительность жизни оперированныхъ больныхъ=9 мѣсяцъ, т. е. что гастростомія нисколько не уменьшила среднюю продолжительность жизни больныхъ, не смотря на первоначальные дурные результаты ея, изъ чего ясно видна въ неосновательность мнѣнія Lagrange'a <sup>2)</sup>, Faucon'a <sup>3)</sup>, Gallard'a <sup>3)</sup> и др., которые отвергаютъ гастростомію при рагѣ пищевода, утверждая, что эта операція сокращаетъ жизнь больнымъ.

Кромѣ того, протоколы вскрытій умершихъ послѣ операции показываютъ, что въ большинствѣ случаевъ смерть послѣдовала вслѣдствіе основной болѣзни—рака пищевода и его послѣдствій. Какъ причина смерти у оперированныхъ обозначено:

47 разъ истощеніе.	2 раза Кровотеченіе вслѣдствіе перфорации желудка.
12 » Перфорация воздухоносныхъ путей съ послѣдующей гидротораксической (6 разъ перфорация трахеи, 4—праваго бронха, 1—лѣваго и 1—лѣваго легка).	Кровотеченіе изъ фистулы. Геморрагическое кровотеченіе со рвотой. Въ аортѣ найденъ большой безцвѣтный стукотъ.
3 » Гагграна легкихъ.	Oedema glottidis.
2 » Эмпиема и отекъ легкихъ.	Nephritis.
1 » Перфорация въ окологлоточную клявчатку.	Флегмонозное воспаленіе желудка.
3 » Панкреитъ.	Апплексія.
1 » Панкреитъ съ перикардитомъ.	Абсцессъ позади желудка.
2 » Метастазы въ сердцѣ.	Пнемія.
4 » Метастазы во многихъ внутреннихъ органахъ.	Септицемія.
1 » Раковая кахексія.	Collapsus.
1 » кровотеченіе изъ желудка.	Перитонитъ (изъ нихъ 7 въ до-антисептическое время).

Въ остальныхъ 29 случаяхъ причина смерти не указана.

Замѣательно то, что эта таблица намъ показываетъ довольно значительное число перитонитовъ послѣ операции гастростоміи,—именно: 26 на 181 случай операции, а вычитая изъ общаго числа операций—25, произведенныхъ въ до-антисептическое время, и изъ 26 случаевъ перитонита—7, развившихся въ тотъ же періодъ, мы получимъ на 156 гастростомій, произведенныхъ при соблюденіи антисептическихъ правилъ, 19 случаевъ перитонита, что составитъ около 12%. Отъ чего зависитъ такой значительный процентъ перитонитовъ? Отвѣтъ на этотъ вопросъ, по нашему мнѣнію, нужно искать въ условіяхъ надчерной ляпаротоміи и въ неосновательствѣ техники операции.

Вслѣдствіе неподатливости брюшныхъ стѣнокъ и отрицательнаго давленія въ брюшной полости, вскрытіе брюшины въ надчерной области представляетъ больше опасности, чѣмъ вскрытіе брюшины въ какомъ либо другомъ мѣстѣ. При послѣдномъ разрѣзѣ

<sup>1)</sup> Lagrange.—Revue de chirurgie, 1885, p. 549.

<sup>2)</sup> Faucon.—Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1883, t. IX, p. 664.

<sup>3)</sup> Gallard.—Leçons de clinique médicale, Paris, 1872, p. 30.

<sup>1)</sup> Vitringa.—«Over Gastrostomeen». Diss.—Refer. Centralblatt für Chirurgie, №21, 1884.

брюшных стѣнокъ во время производства гастротоміи на худонавяхъ субъектахъ мы замѣчаемъ, что чѣмъ глубже мы проникаемъ черезъ ткани, тѣмъ рана все болѣе и болѣе вдаивается внизъ въ надчревную полость, такъ что глубина раны получается болѣе глубины разрѣза; дойдя до брюшины, мы видимъ, что рана принимаетъ воронкообразную форму, несмотря на то, что всѣ слои разсѣчены были одинаково по всей длинѣ раны. Захватывая затѣмъ брюшину пинцетомъ, чтобы придать ей вверхъ колпачкомъ, мы чувствуемъ при этомъ вѣстное сопротивление, а какъ только мы надѣжемъ брюшину, то воздухъ съ силой входитъ въ полость брюшины, иногда даже съ рѣзкимъ свистомъ, какъ это замѣчалъ Sédillot. То же самое и мы не разъ замѣчали. Послѣ вскрытія брюшины всѣ органы надчревной полости опадаютъ, передняя брюшная стѣнка ослабѣваетъ и позади нея образуется пространство, наполненное воздухомъ, который при каждомъ выдыханіи входитъ въ брюшную полость, а при каждомъ выдыханіи обратно выходитъ. Вслѣдствіе этого само собою понятно, что инфекція при надчревной липаротоміи гораздо скорѣе можетъ получиться, а слѣдовательно и перитониты могутъ чаще встрѣчаться.

Кромѣ того, несовершенство оперативной техники въ частотѣ повліеній перитонитовъ несомнѣнно имѣли немалое значеніе. Известно, что при появленіи каждой новой операціи техническое выполненіе ея всегда имѣетъ болѣе или меньшее вліяніе на результаты этой операціи и это болѣе всего относится къ операціямъ на желудкѣ, вслѣдствіе чистоты функциональныхъ особенностей этого органа. До сихъ поръ еще нѣрѣдко приходится читать, что желудокъ захватывается корнцангомъ или даже пулевыми щипцами и вытаскивается черезъ операціонную рану брюшныхъ стѣнокъ; всакоже магійшее поврежденіе этого органа, а тѣмъ болѣе размятіе его стѣнокъ часто ведетъ къ некрозу или же къ разбѣданію желудочнымъ сокомъ поврежденнаго мѣста, вслѣдствіе чего увеличивается образованная желудочная фистула или даже получаются новыя свищевыя отверстія, чрезъ которыя постоянно выдѣляется желудочный сокъ, который разрушаетъ связь сращенія вшитой части желудка съ брюшными стѣнками, вслѣдствіе чего полость брюшины иногда вскрывается и образуется перитонитъ. Особенно раніе часто встрѣчалось истеченіе содержимаго желудка вслѣдствіе образованія слишкомъ большого свищеваго отверстія, при такомъ вскрытіи покрывалася кожей и слизистая оболочка его сшивалась съ кожей. При такомъ способѣ образованія желудочной фистулы почти постоянно встрѣчалось болѣе или меньшее истеченіе содержимаго желудка.

Наконѣцъ неправильное наложеніе швовъ для соединенія желудка съ брюшными стѣнками, неправильно выбранный матеріалъ для швовъ могутъ вести и не разъ вели къ отрыванію желудка отъ брюшныхъ стѣнокъ, вслѣдствіе чего такъ же полость брюшины открывалась и получался перитонитъ; особенно это легко можетъ случиться при кашлѣ больного, а тѣмъ болѣе при рвотныхъ движеніяхъ, которыя часто являются послѣ хлороформированія.

Въ нашей клиникѣ во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного перваго случая (см. истор. бол. № 11), гастротомія производилась слѣдующимъ способомъ. Наканунѣ полъ и стѣны операціонной комнаты, а также и вся мебель мылись растворомъ сулемы 1:1000 и ставились два паровые пульверизатора съ 10‰ карболовымъ раство-

ромъ на 4—5 часовъ, послѣ чего комната хорошо провѣтривалась и температура ея доводилась до 20° R. Въ день операціи въ операціонной комнатѣ часа 2—3 дѣйствовать одинъ паровой пульверизаторъ съ 2‰ карболовымъ растворомъ, который передъ началомъ операціи уносился изъ комнаты.—Больной, если это было возможно, наканунѣ операціи принималъ мыльную ванну, а кишечникъ его опорожнялся клистирами; передъ операціей области живота и груди обмывались щеткой съ мыломъ и растворомъ сулемы 1:1000. Операторъ и всѣ его помощники точно такъ же наканунѣ операціи принимали ванну или же ходили въ баню и являлись въ операціонную комнату въ совершенно чистомъ платьѣ. Губки употреблялись совершенно новыя, тщательно дезинфицированныя. Всѣ инструменты клались въ 3‰ растворъ карболовой кислоты. Для перевязки сосудовъ употреблялся дезинфицированный шелкъ. Руки оператора и его помощниковъ обмывались въ 3‰ растворъ карболовой кислоты.

Послѣ вышеописанныхъ приготовленій больного приносили въ операціонную комнату, клали на столъ и хлороформировали. Однако въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно было опасаться сунсоре вслѣдствіе слабой дѣятельности сердца, общій наркозъ производился смѣсью 1 части эфира съ 2 частями хлороформа, а больному Киссену гастротомія произведена была безъ наркоза, такъ какъ этотъ больной, вслѣдствіе 9-мѣсячнаго хроническаго голоданія и 5-дневнаго абсолютнаго, причеъ онъ не могъ глотать даже воду, былъ слишкомъ слабъ и сердечная дѣятельность его чрезмѣрно пала. Многимъ хирургамъ приходилось дѣлать гастротомію безъ наркоза. Фидлеръ<sup>1)</sup> насчитываетъ такихъ случаевъ девять, а по настоящее время ихъ существуетъ уже 12.

Когда больной захлороформированъ, приступаютъ къ *перваму акту операціи*—къ разрѣзу брюшной стѣнки и вскрытію полости брюшины. Кожный разрѣзъ длиною въ 6—7 сант. производится въ regione epigastrii на 2 поперечныхъ пальца влѣво отъ срединной линіи, вдоль края дѣлвхъ локжыхъ реберъ, приблизительно отъ 7 до 9 реберныхъ хрящей и параллельно имъ, отступя отъ нихъ книзу на 1—1½ поперечныхъ пальца въ актъ выдыханія. Langer<sup>2)</sup>, смотря по величинѣ угла, образуемаго краями локжыхъ реберъ, дѣлать грудную кѣтку на широкую, среднюю и узкую, соотвѣтственно чему предлагаетъ дѣлать кожный разрѣзъ при гастротоміи тѣмъ выше (ближе къ process. xiphoides), чѣмъ шире грудная кѣтка. Послѣ разрѣзыванія кожи и подкожной фасціи вскрывается vagina m. recti abdominis sinistri приблизительно въ наружной ея трети и разрѣзываются мышцы, причеъ обыкновенно приходится перевязать нѣсколько незначительныхъ артеріальныхъ вѣточекъ отъ верхней надчревной артеріи, послѣ чего по желобоватому зонду вскрывается задняя пластинка влагалища прямой мышцы. Кровотеченіе тщательно останавливается до вскрытія брюшины, которая затѣмъ осторожно вскрывается. Этимъ заканчивается первый актъ операціи.

Многіе хирурги, по совѣту Müller'a<sup>3)</sup>, послѣ вскрытія брюшины производятъ окаймленіе брюшной раны, временно сшивая laminae parietalem peritonei съ кожей для того, чтобы избѣгнуть попаданія крови въ брюшную полость, загрязненія краевъ раны

<sup>1)</sup> Фидлеръ.—I. с., стр. 59.

<sup>2)</sup> Leger, —Note sur la technique de la Gastrotomie. Congrès Français de chirurgie, (1885) 1886. Paris, p. 555—559.

<sup>3)</sup> Langenbeck's Archiv. Bd. XXIV, s. 177.

во время манипулирования въ полости брюшины и, самое главное, защитить края раны отъ желудочнаго содержимаго при наложении фистулы. Этотъ советъ Müller'a положительно не заслуживаетъ поощрения главнымъ образомъ на томъ основаніи, что отнимаетъ время, а всякое замедленіе данной операціи въ то время, когда уже вскрыта cavitas peritoneae, чрезвычайно дурно отзывается на больномъ, какъ это прекрасно доказалъ Фидлеръ <sup>1)</sup>. Главная опасность, при этомъ состоитъ въ охлажденіи брюшины. Послѣ вскрытія брюшины въ надчревной области воздухъ дѣйствіемъ диафрагмы постоянно накачивается въ полость ея и чрезвычайно энергично отнимаетъ тепло отъ организма. Въслѣдствіе этого даже при небольшомъ замедленіи операціи у нашихъ крайне истощенныхъ больныхъ, у которыхъ и безъ того <sup>2)</sup> стоитъ ниже нормы, очень легко можетъ случиться такое значительное пониженіе температуры, что возбуждаемое центръ дыханія и кровообращенія можетъ окончательно истощиться. Весьма возможно, что многие больные, умершие въ первые 24 часа послѣ операціи и у которыхъ причина смерти обозначена авторами—истощеніе, погибли главнымъ образомъ въслѣдствіе чрезмѣрнаго пониженія температуры во время производства операціи. Фидлеръ такъ же приходитъ къ такому заключенію. Въ нашей клиникѣ при гастростоміи во избѣжаніе значительнаго охлажденія большого нижняго конечности его окутываютъ шерстяными одеялами и простынями, а какъ только вскрыта полость брюшины, тотчасъ же на животъ и грудь кладутся теплыя дезинфицированныя салфетки, которыя часто мѣняются. Кромѣ опасности отъ охлажденія брюшины, окаймленіе операціонной раны по Müller'у не слѣдуетъ производить еще на томъ основаніи, что, по нашему мнѣнію, невозможно безъ значительнаго натяженія шить брюшину съ кожей въслѣдствіе чисто анатомическихъ особенностей надчревной области, именно—малой подвижности regio-  
nec parietalis <sup>3)</sup> въслѣдствіе того, что она здѣсь «неразрывно соединена съ слоями, лежащими впереди ея» и довольно значительной толщины брюшной стѣнки. Въ чемъ легко можно убѣдиться на каждомъ трупѣ. Всякое же натяженіе брюшины можетъ невыгодно отозваться на питаніи даннаго участка ея. Этого же мнѣнія держится и Фидлеръ <sup>2)</sup>.

Точно также мало заслуживаетъ вниманія и советъ д-ра Китаевскаго <sup>4)</sup>—шить поперечную фасцію живота съ передней пластинкой влагалища m. recti abdominis до вскрытія cavi peritoneae на томъ основаніи, что, опять-таки въслѣдствіе анатомическихъ особенностей надчревной области, этого невозможно сдѣлать безъ поврежденія брюшины, что и было съ самимъ Китаевскимъ; онъ же самъ говоритъ, что «между этими двумя пластинками, т. е. между fascia transversa и peritoneum parietale, совершенно не оказалось промежуточной ткани». Такъ всегда и бываетъ, въ чемъ легко убѣдиться на всякомъ трупѣ, препарируя стѣнки живота въ данной области <sup>5)</sup>. Если уже нужно или почему бы то ни было желательно произвести окаймленіе операціонной

<sup>1)</sup> Фидлеръ, I. с., стр. 46—50.

<sup>2)</sup> Таренцкій, Топографическое описаніе собственно подреальной области живота. Дисс. 1874, Спб., стр. 48.

<sup>3)</sup> Фидлеръ, I. с., стр. 63.

<sup>4)</sup> Китаевскій, «Врачъ» за 1882 г., №№ 37 и 39.

<sup>5)</sup> Таренцкій, I. с., стр. 32 и 46.

раны, то этого легче всего достигнуть шиваніемъ кожи съ передней и задней пластинками m. recti abdominis sinistri. Но въ нашей клиникѣ этого никогда не дѣлалось. Вообще совершенно справедливо профессоръ С. П. Колюминъ писалъ объ этой операціи: «чѣмъ проще операція, тѣмъ результаты ея лучше» <sup>1)</sup>.

Второй моментъ гастростоміи состоитъ въ отысканіи желудка, выведеніи его надъ уровнемъ брюшной рапы и въ удостовереніи, что захваченная нами внутренность дѣйствительно принадлежитъ желудку, а не другому отдѣлу кишечника.

Для отысканія желудка чрезъ рану въ полость брюшины вводятъ указательный и средней пальцы правой или лѣвой руки и направляя по нижней поверхности лѣвой доли печени вглубь, обыкновенно скоро его находятъ, захватываютъ введенными пальцами соответственное мѣсто въ складку и притягиваютъ къ ранѣ. Выше было уже сказано, что нельзя захватывать желудокъ какими бы то ни было инструментами, а непременно слѣдуетъ брать его пальцами и стараться какъ можно меньше мять. Распознаваніе желудка обыкновенно не представляетъ затрудненій. Онъ узнается по сравнительной толщинѣ своихъ стѣнокъ, въ складкѣ дающихъ впечатлѣніе двухъ оболочекъ, въслѣдствіе большой подвижности его толстой слизистой оболочки, по сфероватому молочному цвѣту стѣнокъ его, по ходу вѣчныхъ сосудовъ и симметрическаго ихъ развитія вверхъ и внизъ, по большому салнику и наконецъ по мѣстоположенію этого органа, причемъ въслѣдствіе долгаго голоданія, его нѣрѣдко находятъ сильно уменьшеннымъ въ объемѣ, въ спавшемся состояніи, лежащимъ глубоко подъ сводомъ диафрагмы на позвоночникѣ; въ такихъ случаяхъ трудно его отыскать, чему главнымъ образомъ мѣшаетъ colon transversum; обыкновенно приятномъ лежаціи впереди желудка. Нѣкоторые авторы увѣряютъ, что желудокъ въ такомъ сильно спавшемся состояніи можно смѣшать съ colon transversum, не смотря на довольно характеристическій видъ послѣдней (haustra, taeniae, omentici, тонкость стѣнокъ и пр.). Правда, въ литературу описаны случаи, гдѣ желудокъ уменьшался до величины апельсина или гусиного яйца <sup>2)</sup>, до калибра толстой <sup>3)</sup> и даже тонкой кишки <sup>4)</sup>, а Laboulbène <sup>5)</sup> описываетъ такія формы суженія желудка, которыя представляются въ видѣ цѣлага ряда перетяжекъ, въслѣдствіе чего на немъ образуются выпячиванія, напоминающія собою haustra coli, но такіе случаи во первыхъ крайне рѣдки, а во вторыхъ—въ одномъ, встрѣтившемся въ клиникѣ профессора Albert'a, подобномъ случаѣ, во время производства гастростоміи, д-ръ Maydl безъ особенныхъ затрудненій нашелъ его, не смотря на то, что онъ былъ уменьшенъ до объема тонкой кишки и нѣсколько разъ изогнутъ». Наконецъ, если уже встрѣтятся какія либо затрудненія при отысканіи желудка, то, идя по большому салнику, всегда можно выйти изъ затрудненія. Нашъ клиническій опытъ показываетъ, что смѣшать желудокъ съ кишкой нельзя; въ нѣкоторыхъ случаяхъ отысканіе желудка было затруднительно, но распознаваніе его ни въ одномъ случаѣ не представляло ни малѣйшихъ затрудненій и по нашему

<sup>1)</sup> Труды Общ. Русск. Врачей въ Спб. за 1887/8 г. стр. 222.

<sup>2)</sup> Lebert, Deutsches Archiv f. Klin. Medic. Bd. XIX, 1877, s. 541.

<sup>3)</sup> Pirgoff, I. с., fasc. 3, pars. 3.

<sup>4)</sup> Maydl, I. с., s. 494, № 16, 7-й случай.

<sup>5)</sup> Laboulbène, I. с., стр. 212.

мнѣнію Sedillot <sup>1)</sup> справедливъ, говоря, что «il est impossible de confondre l'estomac avec le colon transversum». Если же Maunder <sup>2)</sup>, д-ръ Вельяминовъ <sup>3)</sup> и, по свидѣтельству Schönborn'a <sup>4)</sup>, одинъ «крайне опытный» хирургъ при гастротоміи, вмѣсто желудка, пришли colon transversum и образовали колотоміи, то эти случаи еще нисколько не доказываютъ трудности распознаванія желудка.

Мнѣ кажется излишнимъ здѣсь говорить о предложеніяхъ нѣкоторыхъ хирурговъ для облегченія отысканія и распознаванія сократившагося желудка до операціи предварительно расширять его послѣдовательнымъ введеніемъ растворовъ соды и кислоты, или же вводить въ желудокъ зондъ съ каучуковымъ шарикомъ на внутреннемъ концѣ его, который бы послѣ введенія зонда раздувался и расширялъ желудокъ. Такіе совѣты излишни на томъ основаніи, что гастротомія чаще всего дѣлается при полной непроходимости пищевода, а если же ее производить при проходимомъ служебнѣ, тогда и безъ искусственнаго предварительнаго расширения желудка всегда легко отыскивается.

При выполненіи втораго момента операціи въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ встрѣтиться слѣдующія неприятыя случайности. При отысканіи желудка и извлеченіи его въ нѣкоторыхъ случаяхъ у больныхъ наблюдаются опасныя явленія чисто нервного характера, — именно ослабленіе пульса и даже временная остановка сердечной дѣятельности. Д-ръ Діанинъ <sup>5)</sup>, описывая свой случай гастротоміи, пишетъ слѣдующее: «рѣзкій фактъ, обратившій мое вниманіе во время операціи, совпалъ съ моментомъ наложенія кремальера на желудокъ и его извлеченіемъ наружу, — это ясное замедленіе сердечной дѣятельности, близкое къ полной остановкѣ; при опусканіи желудка сердце тотчасъ начинало усиленно функционировать; такъ продолжалось до трехъ разъ». Онъ объясняетъ это раздраженіемъ п. vagi. Д-ръ Байковъ <sup>6)</sup> тоже сообщаетъ, что «при сильномъ натяженіи желудка замѣчалась остановка сердечнаго дѣятельности». Еще гораздо раньше, въ 1869 г., Fox (Henry) <sup>7)</sup>, во время производства гастротоміи по поводу ракового служебнаго пищевода, замѣтилъ ослабленіе пульса. Мы нѣсколько разъ замѣчали небольшое ослабленіе пульса и паденіе его до 40 ударовъ въ минуту, но въ одномъ изъ нашихъ случаевъ (см. истор. бол. № 14) каждый разъ при введеніи пальцевъ въ брюшную полость для отысканія желудка пульсъ такъ сильно падаетъ, что развивается рѣзкій цианозъ и появлялось сильное безпокойство больной, вследствие чего профессоръ С. П. Коллинзъ считалъ нужнымъ оставить операцію.

Замѣть могутъ иногда встрѣтиться случаи, гдѣ, вслѣдствіе распространенія раковаго новообразованія съ нижней части пищевода на желудокъ, этотъ послѣдній органъ можетъ быть такъ прочно фиксированъ у позвоночника, что его невозможно притянуть къ брюшной ранѣ, или же могутъ встрѣтиться такіе случаи, гдѣ стѣнки же-

лудка инфильтрованы раковымъ новообразованіемъ, такъ что нѣтъ возможности ихъ захватить въ складку. Конечно, въ такихъ случаяхъ ничего не остается другаго, какъ прекратить операцію и зашить брюшную рану. Такъ было поступлено въ двухъ случаяхъ въ клиникѣ профессора Alberta <sup>1)</sup> и въ одномъ нашемъ случаѣ, описанномъ д-ромъ Новицкимъ <sup>2)</sup>. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ при аутопсіи было найдено, что раковое новообразованіе пищевода распространялось на желудокъ и образовало бугристое разрошеніе на задней стѣнкѣ его; передняя же стѣнка тоже усѣяна раковыми узлами, такъ что невозможно отыскать здороваго мѣста для наложенія фистулы, причѣмъ полость желудка едва можетъ вмѣстятъ  $\frac{1}{2}$  стакана воды. Кромѣ того, раковые узлы, величиною отъ дѣснаго орѣха до мелкой горошины, были разсыпаны по всему узелку и по всей брыжейкѣ; таковыя же узлы въ большомъ количествѣ находились и на peritoneum parietale. Всѣ эти узлы, по причинѣ своей незначительной величины, при жизни не могли быть прощупаны черезъ брюшную стѣнку, а желудокъ, вслѣдствіе перерожденія, чрезвычайно сильно уменьшился въ объемѣ, помѣщаясь въ глубинѣ подъ сводомъ диафрагмы на позвоночникѣ и такъ далеко отстоялъ отъ брюшной стѣнки, что при жизни его прощупать тоже не было никакой возможности. Этому больному <sup>3)</sup> сдѣлана была ливаротомія, желудокъ былъ тотчасъ же найденъ, но наложенія свища нельзя было сдѣлать, почему брюшная рана была зашита, которая чрезъ 6 дней зажила per primam. Игакъ въ этомъ случаѣ, не смотря на обширное распространеніе рака, до операціи невозможно было узнать состояніе стѣнокъ желудка и его сращенія съ окружающими органами.

Наконецъ случай Golding Bird'a <sup>4)</sup> намъ указываетъ на опасность другаго рода. Въ этомъ случаѣ во время производства гастротоміи вдругъ появилось сильное кровотеченіе изъ пищевода и больной умеръ на операціонномъ столѣ. Къ сожалѣнію, этотъ случай не описанъ подробно. Но при раковомъ перерожденіи нижней части пищевода и кардіи мыслимо, что во время неосторожнаго извлеченія захваченной складки сильно сократившагося желудка чрезъ рану брюшныхъ стѣнокъ отъ сильнаго натяженія можетъ произойти въ пораженной части пищевода надрывъ и сильное кровотеченіе. Избѣжать этой случайности можно только предварительнымъ ощупываніемъ кардіи во время отысканія желудка.

Третій актъ операціи состоитъ въ пришиваніи захваченной части желудка къ краямъ брюшной раны. Но здѣсь прежде всего нужно рѣшить вопросъ, какую часть желудка лучше всего пришивать? Large <sup>5)</sup> въ своемъ докладѣ хирургическому обществу въ Парижѣ совѣтуетъ дѣлать фистулу какъ можно ближе къ кардіи и въ большой кривизнѣ, но Berger справедливо на это замѣчаетъ, что при всемъ желаніи хирурга часто это невозможно сдѣлать при сильно сокращенномъ желудкѣ, а при

<sup>1)</sup> Sedillot, Contributions à la Chirurgie, t. II, 1868, p. 512.

<sup>2)</sup> Lacour, l. c., p. 81.

<sup>3)</sup> «Хирургическій Вѣстникъ» за 1885 г. стр. 370—371.

<sup>4)</sup> Langenbeck's Archiv, Bd. XXII, s. 500.

<sup>5)</sup> Труды Общ. Русск. Врачей въ Спб. за 1882—83 г., стр. 207.

<sup>6)</sup> Забѣл. Общ. Практич. Врачей въ Спб. 1-го февраля 1883.

<sup>7)</sup> Дисс. Фидлера, Табл. В., № 15.

<sup>1)</sup> Maydl, l. c., № 16, 6 и 7 случаев.

<sup>2)</sup> Труды Общ. Русск. Врачей въ Спб. за 1882—83 г., стр. 203—204.

<sup>3)</sup> Большой отставной фельдшеръ Андроненко, 57 лѣтъ, прибылъ въ клинику 26-го окт. 1882 г., умеръ 3-го января 1883. Diagnosis—cancer oesophagi. 11-го ноября 1882 г. ливаротомія; 2-го декабря артеріальная трансфузія дефибр. крови.

<sup>4)</sup> The Lancet, 1881, vol. II, p. 873.

<sup>5)</sup> Bull. et mem. de la Société de chirurgie de Paris. t. IX, 1883, p. 776—779.

сильном натяжении его и опасно; Lucas—Champonnière при этом сказали, что на тѣхъ больныхъ, которые долго жили послѣ гастростоміи, клиническія наблюденія не показывали никакихъ особенныхъ неудобствъ, когда фистула находилась вблизи rugosus. Но если мы вспомнимъ форму и положеніе желудка, то намъ будетъ очевидно, что выгоднѣе всего дѣлать фистулу желудка какъ можно ближе къ входной его части, и въ нашей клиникѣ при всякой операціи это имѣлось въ виду; хотя и не каждый разъ удавалось этого достигнуть. Датье, для пришиванія выбирается та часть желудка, гдѣ вѣтъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, т. е. приблизительно середина передней стѣнки желудка между большой и малой кривизной, причѣмъ нужно стараться брать складку какъ можно ближе къ большой кривизнѣ. Затѣмъ избранную часть желудка, которую желаютъ фиксировать въ брюшной ранѣ, захватываютъ въ складку и проводятъ чрезъ нее въ разстояніи 3—4 сант. одна отъ другой двѣ лигатуры изъ толстаго дезинфицированнаго шелка, стараясь при этомъ не повредить слизистой оболочки желудка, а захватить только серозно-мышечную оболочку его, что удается обыкновенно довольно легко, благодаря большой подвижности слизистой оболочки. Эти лигатуры передаются ассистентамъ, при помощи которыхъ они удерживаютъ желудочную стѣнку надъ уровнемъ брюшной раны въ видѣ коммачка. Послѣ этого приступаютъ къ накладыванію швовъ.

Въ нашей клиникѣ во всѣхъ случаяхъ швы накладывались изъ серебряной проволоки на томъ основаніи, что этотъ матеріалъ вполнѣ надеженъ, почти не раздражаетъ рану, а следовательно швы долго могутъ оставаться въ ней, что во многихъ случаяхъ положительно необходимо въ виду вяло развивающейся воспалительной реакціи, каковая обыкновенно бываетъ у нашихъ истощенныхъ больныхъ; наконецъ, и это самое главное, этотъ матеріалъ при случайномъ смачиваніи желудочнымъ содержимымъ нисколько не пачкается и не впитываетъ жидкости, почему легче соблюдается чистота раны.

Дезинфицированный шелкъ неудобенъ при этой операціи потому, что онъ впитываетъ въ себя жидкости и раздражаетъ рану, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ нее случайно попадаетъ содержимое желудка или же пищевая жидкость во время кормленія.

Самый негодный матеріалъ для швовъ при гастростоміи,—это катгутъ. Всякій мало-мальски опытный врачъ прекрасно знаетъ, насколько ненадеженъ подобный матеріалъ, особенно, если какънибудь нечаянно смочить желудочнымъ сокомъ. Однако до сихъ поръ еще нѣкоторые хирурги при гастростоміи накладываютъ швы изъ катгута и случается, что на 2—3 день послѣ операціи, при какомънибудь неосторожномъ движеніи больного, кашлѣ, а тѣмъ болѣе врозь и т. д., часть желудка отрывается отъ стѣнки живота и приходится вторично накладывать швы. Кроме того, этотъ матеріалъ негоденъ еще и тѣмъ, что наружные концы каждого шва засыхаютъ, а внутренние пропитываются жидкостями, вслѣдствіе чего они сильно раздражаютъ рану и загрязняютъ ее.

Способъ фиксирования подлежащей части передней стѣнки желудка къ брюшной ранѣ долженъ удовлетворять слѣдующимъ цѣлямъ: 1) нужно вполнѣ изолировать брюшную полость отъ наружнаго воздуха, герметически закупоривая брюшную рану шнуромъ частью передней стѣнки желудка; 2) устранить проникновеніе въ полость

брюшины содержимаго желудка или пищевой жидкости, и наконецъ 3) избѣжать возможности отрыванія желудка отъ брюшной раны, что весьма легко можетъ случиться вслѣдствіе того, что желудокъ постоянно стремится отойти отъ передней брюшной стѣнки, а своими сокращеніями мѣшаетъ образованію сшайки между серозными поверхностями желудка и брюшной стѣнки. Особенно же отрываніе желудка легко можетъ случиться при внезапныхъ форсированныхъ сокращеніяхъ брюшнаго пресса, какъ напр. при рвотныхъ движеніяхъ, кашлѣ, икотѣ, чиханіи и т. п.

Всѣмъ этимъ условіямъ вполнѣ удовлетворяетъ способъ фиксаціи желудка, употребляемый въ нашей клиникѣ, гдѣ выбранное мѣсто передней стѣнки желудка пришивается къ краямъ брюшной раны глубокими 8-образными и между ними частыми поверхностными швами изъ серебряной проволоки, причѣмъ, стараясь не повредить слизистой оболочки желудка, захватывается одинъ только серозно-мышечный слой его, что весьма важно въ смыслѣ соблюденія антисептики, такъ какъ при проколѣ всѣхъ слоевъ желудка каналы уколовъ могутъ служить проводниками инфекціи изъ полости желудка въ брюшную рану и въ полость брюшины. Здѣсь между прочимъ нужно замѣтить, что употребляя швы изъ серебряной проволоки, большой бѣды не будетъ, какъ показываетъ нашъ клиническій опытъ, если при накладываніи швовъ какъ-нибудь нечаянно придется повредить слизистую оболочку желудка. Но если это случится при употребленіи шелка, то вслѣдствіе способности всасыванія этого матеріала желудочный сокъ можетъ легко произвести разбѣданіе стѣнокъ каналовъ, произведенныхъ отъ уколовъ.

Для наложенія глубокихъ 8-образныхъ швовъ кривой иглой съ серебряной проволокой захватываютъ съ одной стороны серозный и мышечный слои желудка, а съ другой серозный и мышечный брюшной стѣнки, затѣмъ захваченная часть стягивается проволокой и она скручивается; послѣ этого иглу проводятъ чрезъ кожу изнутри кнаружи и снова концы проволоки скручиваются. Такихъ швовъ обыкновенно накладываютъ 8—12 и болѣе, а затѣмъ между ними накладываются нѣсколько поверхностныхъ швовъ, соединяющихъ peritoneum parietale cum peritoneo viscerali. Такимъ образомъ желудокъ прочно фиксируется въ ранѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ достигается полное разобщеніе полости брюшины отъ внѣшняго воздуха. Этимъ заканчивается третій актъ операціи.

*Четвертый* и послѣдній актъ операціи гастростоміи состоитъ изъ вскрытія желудка. Здѣсь предстоитъ рѣшить важный вопросъ,—когда лучше всего слѣдуетъ произвести вскрытіе желудка, тотчасъ ли послѣ фиксаціи его или же нѣсколько дней спустя, когда образуется складка между шнуромъ частью желудка и брюшной стѣнкой? Дѣло въ томъ, что дѣлая гастростомію въ одинъ пріемъ, т. е. всѣ четыре акта операціи заразъ, мы нарушаемъ асептическое теченіе раны и не можемъ ручаться за то, что не попадетъ въ полость брюшины хотя бы малѣйшее количество желудочнаго содержимаго и не явится вслѣдствіе этого перитонитъ. Дѣлая же вскрытіе желудка чрезъ нѣсколько дней послѣ фиксаціи его, когда образуется прочная складка между шнуромъ частью желудка и брюшной стѣнкой, мы навѣрно можемъ рачисывать, что ни содержимое желудка, ни пища не могутъ попасть въ полость брюшины, и если не произойдетъ инфекціи извнѣ во время перваго пріема операціи, то мы

сильномъ натяженіи его и опасно; Lucas—Championnière при этомъ сказалъ, что на тѣхъ больныхъ, которые долго жили послѣ гастростоміи, клиническія наблюденія не показали никакихъ особенныхъ неудобствъ, когда фистула находилась вблизи pylorus. Но если мы вспомнимъ форму и положеніе желудка, то намъ будетъ очевидно, что выгоднѣе всего дѣлать фистулу желудка какъ можно ближе къ входной его части, и въ нашей клиникѣ при всякой операціи это имѣлось въ виду; хотя и не каждый разъ удавалось этого достигнуть. Далѣе, для пришиванія выбирается та часть желудка, гдѣ нѣтъ крупныхъ кровеносныхъ сосудовъ, т. е. приблизительно середина передней стѣнки желудка между большой и малой кривизной, причемъ нужно стараться брать складку какъ можно ближе къ большой кривизнѣ. Затѣмъ избранную часть желудка, которую желаютъ фиксировать въ брюшной ранѣ, захватываютъ въ складку и проводятъ чрезъ нее въ разстояніи 3—4 сант. одна отъ другой двѣ лигатуры изъ толстаго дезинфицированнаго шелка, стараясь при этомъ не повредить слизистой оболочки желудка, а захватить только серозно-мышечную оболочку его, что удается обыкновенно довольно легко, благодаря большой подвижности слизистой оболочки. Эти лигатуры передаются ассистентамъ, при помощи которыхъ они удерживаютъ желудочную стѣнку надъ уровнемъ брюшной раны въ видѣ колпачка. Послѣ этого приступаютъ къ накладыванію швовъ.

Въ нашей клиникѣ во всѣхъ случаяхъ швы накладывались изъ серебряной проволоки на томъ основаніи, что этотъ матеріалъ вполнѣ надеженъ, почти не раздражаетъ рану, а следовательно швы долго могутъ оставаться въ ней, что во многихъ случаяхъ положительно необходимо въ виду вяло развивающейся воспалительной реакціи, какал обыкновенно бываетъ у нашихъ истощенныхъ больныхъ; наконецъ, и это самое главное, этотъ матеріалъ при случайномъ смачиваніи желудочнымъ содержимымъ нисколько не измѣняется и не впитываетъ жидкости, почему легче соблюдается чистота раны.

Дезинфицированный шелкъ неудобенъ при этой операціи потому, что онъ впитываетъ въ себя жидкости и раздражаетъ рану, особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда въ нее случайно попадаетъ содержимое желудка или же пищевые жидкости во время кормленія.

Самый негодный матеріалъ для швовъ при гастростоміи,—это ватгутъ. Всякій мало-мальски опытный врачъ прекрасно знаетъ, насколько ненадеженъ подобный матеріалъ, особенно, если какъ нибудь нечаянно смочится желудочнымъ сокомъ. Однако до сихъ поръ еще нѣкоторые хирурги при гастростоміи накладывають швы изъ ватгута и случается, что на 2—3 день послѣ операціи, при какомъ нибудь неосторожномъ движеніи большого камшля, а тѣмъ болѣе рвотъ и т. д., часть желудка отрывается отъ стѣнки живота и приходится вторично накладывать швы. Кроме того, этотъ матеріалъ негоденъ еще и тѣмъ, что наружные концы каждого шва засыхають, а внутренніе прошиваются жидкостями, вслѣдствіе чего они сильно раздражаютъ рану и загрязняють ее.

Способъ фиксированія подлежащей части передней стѣнки желудка къ брюшной ранѣ долженъ удовлетворять слѣдующимъ цѣлямъ: 1) нужно вполнѣ изолировать брюшную полость отъ наружнаго воздуха, герметически закупоривая брюшную рану вшиваемою частью передней стѣнки желудка; 2) устранить проникновеніе въ полость

брюшины содержимаго желудка или пищевой жидкости, и наконецъ 3) избѣжать возможности отрыванія желудка отъ брюшной раны, что весьма легко можетъ случиться вслѣдствіе того, что желудокъ постоянно стремится отойти отъ передней брюшной стѣнки, а своими сокращеніями явствуетъ образованію спаекъ между серозными поверхностями желудка и брюшной стѣнки. Особенно же отрываніе желудка легко можетъ случиться при внезапныхъ форсированныхъ сокращеніяхъ брюшнаго пресса, какъ напр. при рвотныхъ движеніяхъ, кашлѣ, икотѣ, чиханіи и т. п.

Всѣмъ этимъ условіямъ вполнѣ удовлетворяетъ способъ фиксаціи желудка, употребляемый въ нашей клиникѣ, гдѣ выбранное мѣсто передней стѣнки желудка пришивается къ краямъ брюшной раны глубокими 8-образными и между ними частыми поверхностными швами изъ серебряной проволоки, причемъ, стараясь не повредить слизистой оболочки желудка, захватывается одинъ только серозно-мышечный слой его, что весьма важно въ смыслѣ соблюденія антисептики, такъ какъ при проколѣ всѣхъ слоевъ желудка каналы уколовъ могутъ служить проводниками инфекции изъ полости желудка въ брюшную рану и въ полость брюшины. Здѣсь между прочимъ нужно замѣтить, что употребляя швы изъ серебряной проволоки, большой бѣды не будетъ, какъ показываетъ нашъ клиническій опытъ, если при накладываніи швовъ какъ нибудь нечаянно придется повредить слизистую оболочку желудка. Но если это случится при употребленіи шелка, то вслѣдствіе способности впитыванія этого матеріала желудочный сокъ можетъ легко произвести развѣданіе стѣнокъ каналовъ, просившихся отъ уколовъ.

Для наложенія глубокихъ 8-образныхъ швовъ кривою иглой съ серебряной проволокой захватываютъ съ одной стороны серозный и мышечный слои желудка, а съ другой серозный и мышечный брюшной стѣнки, затѣмъ захваченныя части стягиваются проволокой и она скручивается; послѣ этого иглу проводятъ чрезъ кожу изнутри наружу и снова концы проволоки скручиваются. Такихъ швовъ обыкновенно накладывается 8—12 и болѣе, а затѣмъ между ними накладывается нѣсколько поверхностныхъ швовъ, соединяющихъ peritoneum parietale cum peritoneo viscerali. Такимъ образомъ желудокъ прочно фиксируется въ ранѣ и вмѣстѣ съ тѣмъ достигается полное разобщеніе полости брюшины отъ внѣшняго воздуха. Этимъ заканчивается третій актъ операціи.

*Четвертый и послѣдній актъ операціи* гастростоміи состоитъ изъ вскрытія желудка. Здѣсь предстоитъ рѣшить важный вопросъ,—когда лучше всего сдѣлать производящее вскрытіе желудка, тотчасъ ли послѣ фиксированія его или же нѣсколько дней спустя, когда образуется склейка между вшитой частью желудка и брюшной стѣнкой? Дѣло въ томъ, что, дѣлая гастростомию въ одинъ приемъ, т. е. всѣ четыре акта операціи заразъ, мы нарушаемъ асептическое теченіе раны и не можемъ ручаться за то, что не попадетъ въ полость брюшины хотя бы мажйшее количество желудочнаго содержимаго и не явится вслѣдствіе этого перитонитъ. Дѣлая же вскрытіе желудка чрезъ нѣсколько дней послѣ фиксаціи его, когда образуется прочная склейка между вшитой частью желудка и брюшной стѣнкой, мы навѣрное можемъ рачитываться, что ни содержимое желудка, ни лица не могутъ попасть въ полость брюшины, и если не произойдетъ инфекціи извне во время перваго приема операціи, то мы

всегда навѣрное избѣгнемъ перитонита. Все это чрезвычайно наглядно доказываетъ статистика. Послѣ гастростомій, произведенныхъ въ одинъ приемъ, число перитонитовъ составляетъ 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; а послѣ гастростомій, такимъ же способомъ сдѣланныхъ при соблюденіи вѣхъ правилъ антисептики, число перитонитовъ уменьшилось до 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Но при производствѣ операціи въ два приема число перитонитовъ составляетъ 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а при соблюденіи антисептическихъ правилъ оно уменьшилось до 6,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Следовательно, статистика намъ показываетъ, что при двухмментномъ способѣ операціи и при строгомъ соблюденіи вѣхъ правилъ антисептики перитониты развивались всего рѣже. Но, съ другой стороны, дожидаясь прочнаго соединенія желудка съ брюшной стѣнкой въ продолженіи нѣсколькихъ дней, по Studsgaard<sup>1)</sup> «по меньшей мѣрѣ три дня», мы теряемъ время для питанія больного, который можетъ за это время погибнуть отъ истощенія вслѣдствіе голода, поэтому этотъ авторъ, а также Verneil<sup>2)</sup> и др., совѣтуютъ дѣлать гастростомию въ одинъ приемъ.

Въ нашей клиникѣ изъ 9 случаевъ въ 4-хъ гастростомія была сдѣлана въ одинъ приемъ, а остальные 5—въ два приема. Въ одинъ приемъ оперировали такихъ больныхъ, которые были слишкомъ истощены отъ долгаго голоданія, они выродились нѣсколькихъ дней передъ операціей не могли глотать даже воду, почему являлась настоятельная необходимость ихъ точасъ же накормить. Однако въ этихъ случаяхъ ни разу перитонита не было. Въ остальныхъ 5 случаяхъ операція была сдѣлана въ два приема на томъ основаніи, что не было такой настоятельной необходимости немедленнаго кормленія больного и можно было ждать склеекъ между пришитой частью желудка и брюшной стѣнкой. Такимъ образомъ въ нашей клиникѣ, смотря по случаю, гастростомія производилась то въ одинъ приемъ, то въ два приема. Но несомнѣнно гастростомія, сдѣланная въ два приема, представляетъ больше шансовъ на успѣхъ, во первыхъ потому, что легче избѣжать перитонита и во вторыхъ потому, что больные, этихъ способомъ оперированные, гораздо дольше жили, какъ это показываетъ статистика. Изъ 77 случаевъ, оперированныхъ въ два приема при соблюденіи правилъ антисептики, въ первые 10 дней умерло 19.

до 20 дней 10.

до 30 дней 7.

Итого въ первый мѣсяцъ послѣ операціи умерло 36, болѣе же мѣсяца жили 41, при этомъ только въ 5 случаяхъ смерть послѣдовала отъ перитонита, что составляетъ 6,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Напротивъ того послѣ гастростомій, сдѣланныхъ въ одинъ приемъ при соблюденіи правилъ антисептики, умерло въ первые 10 дней 31.

до 20 дней 8.

до 30 дней 3.

А всего въ первый мѣсяцъ умерло 42, болѣе же мѣсяца жили только 3. Изъ этихъ 45 случаевъ въ 5 смерть произошла отъ перитонита, что составляетъ 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Revue de chirurgie № 11, 1884, p. 904.

<sup>2)</sup> Тамъ-же, p. 905.

<sup>3)</sup> Въ эту статистику не вошла 25 гастростомій, произведенныхъ въ до-антисептическое время и 34 случая, гдѣ не указаны способъ операціи.

Такимъ образомъ очевидно, что слѣдуетъ производить гастростомию въ два приема. Здѣсь необходимо замѣтить, что лучшие результаты двухментной гастростоміи занять еще отъ того, что общее состояніе оперированныхъ больныхъ было еще сносно, здѣсь не было настоятельной необходимости точасъ же послѣ операціи накормить больного и вскрытіе желудка можно было на нѣкоторое время отложить. Но къ несчастью встречаются случаи, гдѣ по необходимости хирурги вынуждены дѣлать операцію въ одинъ приемъ, причемъ результаты этого способа операціи не всегда безуспѣшны, какъ это показываютъ два нашихъ случая.—№№ 175 и 181 таблицы. Здѣсь, по нашему мнѣнію, огромное значеніе имѣеть способъ образованія фистулы. Въ нашей клиникѣ съ 1883-го года вскрытіе желудка всегда производилось тонкимъ троакаромъ, которымъ осторожно прокалывалась вшитая часть передней стѣнки желудка, послѣ чего стiletъ удалялся; затѣмъ, послѣ удовлетворенія реактивной бужажки, что трубочка троакара находится въ полости желудка, чрезъ нее вводился серебряный пуговчатый зондъ, въ ушко котораго дѣла шиловая лигатура, послѣ чего трубочка троакара удалялась, а по зонду въ желудокъ вводился соответственнаго калибра тонкая дренажная трубка безъ оконцевъ, чрезъ которую больной кормился профильтрованной чрезъ мягкую марлю смѣсью изъ молока, бульона, взбитыхъ яицъ и вина. Послѣ кормленія больнаго дренажная трубка хорошо закупоривалась пробкой и укрѣплялась липкимъ пластиремъ на туловищѣ больного. Затѣмъ на рану накладывалась слегка дававшая антисептическая повязка, а рег gestum вводилось 10 капель опійной настойки для уменьшенія перистальтики желудочно-кишечнаго канала. Вслѣдствіе такого способа вскрытія желудка ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ мы ни разу не наблюдали истеченія изъ фистулы содержимаго желудка; только въ одномъ случаѣ (см. ист. бол. № 30), послѣ выхода больного изъ клиники, вслѣдствіе неправильнаго ухода за фистулой, наблюдалось небольшое истеченіе содержимаго желудка, которое однако скоро было устранено.

Въ этихъ случаяхъ, когда операція гастростоміи производилась въ два приема вскрытіе желудка производилось нами чрезъ 2—3 дня послѣ фиксаціи его; это время вполне достаточное для образованія склеекъ между желудкомъ и брюшной стѣнкой.

Къ 10—12 дню послѣ перваго приема операціи эти склейки дѣлались настолько прочными, что можно было снимать швы. Они удалялись обыкновенно не все сразу, а постепенно: сначала удалялись поверхностные, а дня чрезъ два—глубокие.

Кормленіе больныхъ чрезъ фистулу во всѣхъ нашихъ случаяхъ начиналось точасъ же послѣ вскрытія желудка. Пища вводилась сначала жидкая и въ маломъ количествѣ по нѣскольку разъ въ день, обыкновенно отъ 4 до 6 разъ. Вслѣдствіи, приблизительно чрезъ недѣлю послѣ образованія фистулы, каучуковая трубка мѣнялась на болѣе толстую и кормленіе производилось рѣже, но въ желудокъ вводился заразъ большія количества пищи, къ которой примѣшивали уже и твердыя вещества. Такимъ образомъ постепенно мы переходили къ кормленію твердой пищей. Когда рана зарубцуется, вшитая дренажная трубка въ желудочный свищъ вводилась въ родъ трахеостомической трубки серебрянаго канюля, плотно закрывающагося пробкой и удерживаемаго эластической лентой вокругъ живота. Диаметръ канюли долженъ соответствовать диаметру фистулезнаго кольца, которое въ нашихъ случаяхъ обыкновенно

не превышало одного сантиметра в поперечникъ. Во время кормления въ канюлю вставлялась загнутая въ нижнемъ концѣ металлическая съ воронкой трубка, чрезъ которую проходила въ толстый эластическій стилетъ съ иговкою на концѣ. Высота всего аппарата равняется уровню руюякки грудины. Благодаря такому устройству аппарата, больной могъ разжевывать твердую пищу и вводить ее изъ рта въ трубку, по которой она проходила въ желудокъ. Если же пища задерживалась въ трубкѣ, тогда большой стилетомъ проталкивали ее! Жидкая пища прямо вливалась чрезъ трубку въ желудокъ. Послѣ каждого приема пищи, чтобы избѣжать просачиванія желудочнаго содержимаго, больной нѣкоторое время долженъ старательно избѣгать напряжения брюшнаго пресса. Но коль скоро оно явится, нужно чрезвычайно тщательно соблюдать чистоту вокругъ фистулы, вытирая шариками ваты, смоченными въ растворѣ соды и затѣмъ нужно смазывать йодоформной мазью и класть марлевые компрессы. Никогда не слѣдуетъ при просачиваніи содержимаго желудка вводить въ фистулу трубки или канюли большаго калибра, чѣмъ прежде, такъ какъ отъ этого хотя на первое время и прекращается просачиваніе, но чрезъ нѣсколько времени фистула растягивается и снова является просачиваніе, что составляетъ уже страшную неприятность. Всѣ хирурги въ настоящее время согласны въ томъ, что діаметръ желудочной фистулы не долженъ превышать 1,5 сент.

Послѣ того какъ устанавливалось правильное кормленіе чрезъ фистулу, наши больные обыкновенно чувствовали себя несравненно лучше, высмаркивали бодрѣе, прежнее мрачное состояніе духа проходило и вообще были вполнѣ довольны, что они получили возможность питаться и избавились отъ мучительнаго ощущенія голода. Одно только весьма часто беспокоило больных, — это сухость во рту и жажда; нѣкоторые больные увѣряли, что они могли бы выпить цѣлое ведро воды. Такимъ больнымъ мы обыкновенно совѣтовали пить воду съ лимономъ или просто сосать лимонъ и крошъ того держать во рту кусочки льда. Въ большинствѣ случаевъ эти средства облегчали больныхъ. При дальнѣйшемъ питаніи больныхъ получалось и объективное улучшение. Всѣхъ больныхъ понемногу начиналъ прибавляться и силы возрастали. Большой Михайловъ (№ 144 таблицы), передъ операцией почти умирающій отъ истощенія вслѣдствіе голода, чрезъ 48 дней послѣ гастростоміи прибавился въ вѣсѣ на 21 фунтъ, а Кириловъ (№ 169 таблицы) послѣ операциі настолько поправился, что, кромѣ домашней работы, онъ могъ торговать въ своей мясной лавкѣ. Меньше результаты, но вполнѣ удовлетворительные, получены въ случаяхъ 174, 175 и 181 таблицы, а въ случаяхъ 81, 91, 168 и 176 гастростомія не принесла желаемаго результата и больные погибли вскорѣ послѣ операциі.

Когда слѣдуетъ при раковомъ стуженіи пищевода приступать къ операциі? Въ настоящее время, почти всѣ хирурги согласны въ томъ, что слѣдуетъ оперировать какъ можно раньше, во 1-хъ потому, что больные лучше выносятъ операциі; 2) можно хлороформировать; 3) можно свободно сдѣлать операциі въ два приема; 4) отыскать желудокъ несравненно легче и наконецъ 5) статистика показываетъ, что во всѣхъ случаяхъ, гдѣ больные долго жили послѣ операциі, гастростомія сдѣлана была рано. Но съ другой стороны правильно-ли предлагать больному гастростомію, когда онъ еще свободно глотаетъ мягкую пищу и достаточно питается? Эта опе-

рація приноситъ больному только ту пользу, что даетъ ему возможность правильно питаться; затѣмъ же подвергать больнаго риску раньше времени и заставлять его жить съ совершенно ему ненужной фистулою! Нѣкоторые хирурги хотѣли оправдать это тѣмъ, что питаніе чрезъ фистулу яко бы устраняетъ раздраженіе раковаго новообразованія пищевода во время глотанія пищи, чрезъ что ростъ его замедляется. Но къ несчастію гастростоміей не устраняется вполнѣ раздраженіе новообразованія. Больные принуждены постоянно глотать слюну, которая обильно отдѣляется и кромѣ того, имѣя возможность принимать пищу естественнымъ путемъ, невозможно заставить больнаго питаться исключительно чрезъ фистулу. Вслѣдствіе этого гастростомія должна быть примѣнена въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больной не можетъ болѣе питаться естественнымъ путемъ, когда жидкая пища начинаетъ плохо проходить и большой начинаеть страдать отъ голода, а между тѣмъ зондированіе пищевода остается безъ пользы. Въ этихъ случаяхъ гастростомія даетъ возможность больнымъ правильно питаться и чрезъ это поддерживать свои силы. Но она мало вліяетъ на главную причину страданія больныхъ, — на новообразованіе пищевода и если ракъ пищевода на столько распространился, что явилось пораженіе соедѣнныхъ органовъ, въ видѣ пневмоніи, плеврита, перикардита, маститита, пораженія блуждающихъ и возвратныхъ нервовъ и т. д., то въ этихъ случаяхъ гастростомія не только не приноситъ пользы, но напротивъ, она наноситъ какъ бы послѣдній ударъ и больные быстро погибаютъ.

Работа произведена по плану и подъ руководствомъ моего учителя, покойнаго Профессора *Сергія Петровича Коломича*, которому кромѣ того я всецѣло обязанъ моимъ хирургическимъ образованіемъ.

Затѣмъ пользуюсь случаемъ высказать мою искреннюю благодарность профессору *Александрѣ Ивановичу Таренцову* какъ за совѣты и указанія при составленіи настоящей работы, такъ и за то руководство, которымъ я пользовался при изученіи хирургической анатоміи.

## Исторіи болѣзней нашихъ стационарныхъ и амбулаторныхъ больныхъ.

### А) Раковая стуженія верхней трети пищевода. Стационарные больные.

1) Большой, мѣшанинъ *Иванъ Алексѣевъ*, конторщикъ, 36 лѣтъ; поступилъ въ клинику 6-го февраля, 1885 года.

*Anamnesis.* До своей болѣзни большой былъ полный и здоровый. Со стороны наследственности ничего особеннаго нѣтъ. Лѣтъ 8—10 тому назадъ имѣлъ острый сифилисовый ревматизмъ съ огуаніемъ болѣзней составовъ, потомъ нѣсколько разъ онъ повторился, но съ менѣ острыми явленіями. Съ малолѣтства занимается по конторамъ и очень много куритъ. Спиртныхъ напитковъ никогда не пилъ. Часто страдалъ кашлемъ. Больной холостъ; 4 года тому назадъ имѣлъ уретритъ. Сифилиса не было. Въ юнѣ мѣсцѣ 1884 года въ первый разъ почувствовалъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, это затрудненіе постепенно увеличивалось и вмѣстѣ съ этимъ появились боли въ груди и особенно въ

пока больной не пришел в себя. 3 1/2 месяца тому назад больной снова подавился и в этот раз кусок пищи был протолкнут зондом. Съ этих пор больной стал употреблять только жидкую и кашцеобразную пищу, потому что твердая не проходила. При поступлении в клинику больной жаловался на затруднение при глотании пищи, кашель, общую слабость, а больше всего на бессонницу. Кроме того существуют боли в спине и особенно между лопатками.

**Status praesens.** Больной в высокой степени истощен; съ постели поднимается, доходить съ большим трудом. Говорит съ одышкой; голос хриплый, прерывающийся и вместе съ тѣм крикливый. Тѣла нормальна, пульсъ слабый, одновременный въ обоихъ лучевыхъ артеріяхъ и безъ перебоевъ. При перкуссии область сердца и притупленія немного увеличена въ длину. Перкуторный тонъ въ обоихъ легкихъ нормальный. При выслушиваніи тона сердца чисты, но слабы на стволѣ, что хорошо слышны только въ сидячемъ положеніи больного; шумовъ нѣтъ. Въ легкихъ везикулярное дыханіе; оно всюду заглушается яригно—трахеальнымъ шумомъ. Сзади слышно небольшое количество влажныхъ хриповъ. При осмотрѣ шеи найдено незначительное выпячиваніе впередъ eminentiae laryngis—tracheales. Хрящи гортани и дыхательнаго горла нормальны тверды. Въ бороздкѣ между лѣвой грудино-сосковой мышцей и дыхательнымъ горломъ въ глубинѣ не ясно ощущается плотный инфильтратъ, продолжающийся въ mediastinum posticum. Лимфатическія железы въ нормальномъ, за исключеніемъ паховыхъ, гдѣ оны немного увеличены. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. При осмотрѣ гортани зеркаломъ найдены параличъ правой голосовой связки. При зондированіи на разстояніи 22 сент. отъ верхнихъ ребровъ найдено непроницаемое препятствіе; зондъ не пульсируетъ. Большой кашель три недѣли, во время кашля отходитъ большое количество слизисто-пѣнистой мокроты. Отправленія желудочно-кишечнаго канала правильны. Моча свѣтлая безъ осадковъ. Такъ какъ больной по преимуществу питается жидкой пищей, то регургитация почти не бываетъ. **Diagnosis—cancer oesophagi.**

27.—Больной жалуется на сильный кашель, который не даетъ ему спать. При выслушиваніи найдены разсыянные влажные и свистящіе хрипы въ обоихъ легкихъ. Вдыханіе заложено аэота и stridorium.

28.—Тѣла въвечеру подымаются до 33,8. Количество хриповъ больше. Глотаніе хуже; жалуются на голодъ и кашель.

1-го октября. Пища по словамъ больного почти не проходитъ. Слабость прогрессируетъ.

2—6.—Больной съ большимъ трудомъ и маленькими глотками выпиваетъ въ сутки около двухъ стакановъ молока. Въ легкихъ явлений нѣтъ.

7—10.—Кашель у больного мучительный, во время кашля является удушье настолько сильное, что развевается цианозъ лица. Мокрота слизисто-пѣнивая съ дурнымъ запахомъ. Глотаетъ только жидкую пищу и въ небольшомъ количествѣ.

13.—Въ верхушкѣ лѣваго легкаго сзади дышаніе съ бронхиальнымъ отдѣломъ и слышны ronchi subcrepitantes; въ остальныхъ мѣстахъ тѣже явленія. Изъ мокроты примѣзана въ небольшомъ количествѣ кровь. Силы больного чрезвычайно малы. Пульсъ 100, слабый, трудно прощупывается.

14.—Больной постепенно угасалъ и умеръ около 12 часовъ ночи.

**Autopsia.** Оба легкихъ сращены съ грудной клеткой старыми ложными перепонками. Въ верхушкѣ лѣваго легкаго находится узелки плотнаго, сѣро-краснаго цвѣта, величиною съ конопляное зерно; на переднемъ краѣ этого легкаго разсыяны плотныя гнѣзда, величиною съ лѣсной орѣхъ, сѣраго и желтоватаго цвѣта. Такіе же гнѣзда, но въ большемъ количествѣ, найдены у основанія этого легкаго; кроме того въ гдѣ близъ найдена каверна, сообщающаяся съ расширенными бронхами. Правое легкое объемисто; при разсѣчѣ найдены разсыянные плотные узлы, краснаго сѣраго цвѣта, величиною отъ горошины до орѣха; изъ разсѣва выдѣляется большое количество кровянистой жидкости. Сердце уменьшено въ объемѣ, по бороздамъ его жира нѣтъ. Стѣнки желудочковъ истончены, мускулатура коричневаго цвѣта; двухстворчатый клапанъ по свободному краю утолщенъ.

Клапана аорты безъ измѣненій. Pericardium нормально. Печень бураго цвѣта, плотна. Остальные органы не представляютъ особенныхъ измѣненій. На спиртовомъ препаратѣ, въ начальной части пищевода находится опоясывающая язва съ отвороченными бугристыми, плотными краями, направляющаяся косо сверху и справа внизъ и влѣво; дно язви также бугристо и твердо. Стѣнка пищевода на мѣстѣ и близія язви значительно утолщена и неподатлива. Велѣдствіе косогаго направленія изъязвленнаго раковаго инфильтрата, пищеводъ отъ самаго начала постепенно воронкообразно суживается и на 5,5 сент. ниже у лѣваго края ея представляется значительное суженіе, пропускающее только желобоватый зондъ. Вверху язва переходитъ въ полость съ изрытими неправильно бугристыми плотными краями, помпощающуюся позадѣ и снаружи большахъ сосудовъ шеи съ правой стороны и распространяющуюся отъ перстневиднаго хряща до дуги аорты, правые carotis communis и v. jugularis сращены съ опухолью. Правый блуждающій нервъ плотно приросъ къ стѣнкѣ этой полости. Правый возвратный нервъ входитъ въ стѣнку полости и терется тамъ. Лѣвый блуждающій нервъ не представляетъ измѣненій, но лѣвый возвратный нервъ плотно приросъ къ стѣнкѣ опухоли и весьма трудно отсепаровывается. На задней стѣнкѣ дыхательной трубки, на 4 сент. ниже перстневиднаго хряща, находится конусообразная, сидящая на широкомъ основаніи, опухоль величиною въ лѣсной орѣхъ, вдающаяся въ просвѣтъ трубки. Въ остальномъ пищеводѣ не представляется измѣненій. Вдоль пищевода найдено нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железъ. Остальные органы не представляютъ измѣненій. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены большія гнѣзда, состоящая изъ плоскихъ эпителиальныхъ клетокъ, которыя частью расположены неправильно, а частью вслѣдствіе концентрическихъ наслоеній, образуютъ различной формы тѣла, такъ называемыя жемчужины. Клетки разнообразной формы и величины, съ зернистой протоплазмой и однимъ, хорошо окрашеннымъ ядромъ. Эпителиальныя гнѣзда частью расположены въ скудномъ соединительно-тканномъ остаткѣ, частью же среди пучковъ мышечной ткани. Плоско-эпителиальный ракъ.

3) Большой крестьянинъ, **Василій Киселевъ**, прибылъ на амбулаторію въ Академическую хирургическую клинику 1-го ноября 1883 года, жалуюсь на затрудненіе при глотаніи пищи. При разспросѣ оказалось слѣдующее: ему 39 лѣтъ отъ роду, но занятію банщикомъ, сифидна не было, патолог. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ въ первый разъ почувствовалъ затрудненіе при глотаніи пищи, 5 мѣсяцевъ какъ пересталъ проглатывать твердую пищу и питается только жидкой. При объективномъ изслѣдованіи оказалось, что больной весьма исхудалъ; внутренніе органы здоровы. Тоны сердца ясны, пульсъ полный и достаточно твердый. При введеніи зонда въ пищеводъ самая малая оливка (7—8 мм. въ поперечникѣ) останавливается на разстояніи 19 сент. отъ верхнихъ ребровъ. Изслѣдованіе ларингоскопомъ ничего не дало; всѣ части гортани нормальны, фонація совершенно чистая. Платическая анатомія передней части шеи представляетъ намяненіе въ томъ, что влѣво отъ дыхательнаго горла части ея представляются нѣсколько полнѣе; trachea лежитъ поверхностнѣе. При сильномъ наклоненіи головы, слѣва отъ дыхательнаго горла пальцемъ не ясно ощущается опухоль, непосредственно продолжающаяся въ mediastinum posticum. Больному сказано явиться въ клинику черезъ три дня, но оны пришелъ 2-го марта 1884 года, т. е. черезъ 4 мѣсяца и оставленъ въ клиникѣ. Изъ разспросовъ оказалось, что затрудненіе глотанія пищи постепенно усиливалось, твердую пищу ни разу не могъ проглатывать; 1 1/2 мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ легкую охоту голоса и съ мѣсяцъ какъ совершенно потерялъ голосъ. Съ 27-го февраля лишился возможности глотать даже воду. За послѣдніе дни больной чрезвычайно ослабѣлъ. Объективное изслѣдованіе показало чрезвычайно исхуданіе больного. Перкуссия и аускультация, кроме сухихъ хриповъ въ легкихъ, ничто не даютъ. Тоны сердца нѣсколько глуховаты, пульсъ малый и мягкій; артеросклероза нѣтъ. Изслѣдованіе органовъ шеи показываетъ, что всѣ eminentiae laryngis—tracheales выдѣсятся впередъ, нижняя шейная часть дыхательнаго горла тоже лежитъ поверхностно. Подъязычная кость, горталь и хрящи tracheae тверды на ошупь и подвижны. Щитовидная железа нормальна. Общія сонныя артеріи прощупыва-

ются хорошо у наружных краев мм. грудино-ключично-сосковых. Поперечные отростки шейных позвонков въ верхних двух третях прощупываются хорошо, а въ нижней только справа, слева же прощупываются неясно. Связь от дыхательного горла не ясно прощупывается опухоль, простирающаяся непосредственно in mediastinum posticum. Ларингоскопическое исследование открываетъ общій стѣнок гортана, всего значительно вырженней на cartilagineus arythenoidei. Головные связки красны, отчетливы; подвижны; на epiglottis расширенны вены. У больного полная афонія. При исследованіи пищевода воздухом, на растояніи 18—19 сант. отъ верхнихъ реберъ, малая ожива встрѣчается непродолжительное прятеніе; на оживѣ остается нѣсколько жидкой крови. Въ тѣла больного = 39,800 gramm. Большой очень слабъ, 5 сутокъ не можетъ глотать жидкую пищу и даже воду.

3-го марта. Въ сутки 39,100 gramm. Мочи за сутки 1000 куб. см. нормальная. Назначены рег. rectum клистиры Лейбе, 7 разъ въ день по 2 унц. на разъ и небольшія количества тепловатой воды. 4-го марта. Въ 11½ часовъ утра проф. С. П. Коломнинъ сдѣлалъ больному гастро-стомію со всѣми антисептическими предосторожностями, безъ хлороформа. Операция сдѣлана по обыкновенному клиническому способу. Желудокъ вскрытъ 13 швами изъ серебряной проволоки. Послѣ операции желудокъ былъ вскрытъ тонкимъ троакаромъ и черезъ трубочку троакара шприцемъ введена была въ желудокъ смесь изъ 1 стакана молока, 1 стакана бульона, 3 яичныхъ желтковъ и 2 рюмокъ вина (марсала). Большой послѣ этого сталъ чувствовать себя гораздо лучше. Наложена антисептическая повязка. Большая температура = 36,1; пульсъ = 60. Больному введено рег. rectum 5 клизмъ Лейбе по 1½ унц. За день количество мочи = 150 куб. с. кислой реакціи, бѣлая нѣтъ.

5-го марта. Температура утр. = 36,3; вѣч. = 36,9; пульсъ = 88. Дыханіе, до этого съ незначительными запахомъ, сдѣлалось зловоннымъ; при выслушаніи въ легкихъ найдены сухіе и влажныя хрипы, мокрота гноивая и зловонная. Является легкая аналгія и сонливость. За день введено in recto 5 клизмъ Лейбе по 1½ унц. каждая. Въ 7 часовъ вечера повязка снята; рана не представляетъ ничего особеннаго, бѣлая нѣтъ; желудокъ вскрытъ настолько, чтобъ ввести средней толщины дренажъ, при этомъ въ желудокъ введено 200 куб. с. молока, столько же бульона, 4 яйца и вина 3. Суточное количество мочи = 780 куб. с. кислой реакціи, безъ бѣды. Въ 11 часовъ мочи пульсъ = 110, малый, упадокъ силъ довольно значительный. Подъ кожу ввести мускусъ и фирикъ.

6-го марта. Реакція раны слабая съ незначительной болью въ окрестности. Температура утр. = 37,0, вѣч. = 37,8; пульсъ утромъ = 115, слабый. Дых. 34, зловонное. Большой апатичен и сонливъ. За день 4 раза вводилась въ желудокъ смесь изъ молока, бульона, вобитыхъ яицъ, мясного сока, петушь-бульона, и вина; подъ кожу нѣсколько разъ вводилась мускусъ и фирикъ. Вечеромъ Р. = 40; R. = 40—44. Было однообразное испражненіе, зловонныя, жирки, коричневаго цвѣта массами.

7-го марта. Большой въ томъ же плохомъ состояніи. Температура утр. = 36,6; пульсъ = 136; дыханіе = 40. До же кормленіе и въписываніе возобудило подъ кожу. Два раза была дефекація зловонныя, жирки массами. Въ легкихъ хриповъ больше; мокрота гноивая и зловонная. Суточное количество мочи = 800 куб. с. кислой реакціи, сѣды бѣды. Вечеромъ пульсъ = 150, едва считаеми въ лучевой ареріи, дыханіе = 54, чрезвычайно поверхностное; въ легкихъ явилось колокольное хрипы и большой скопился въ 11 часовъ вечера.

Анатомія. Трупъ значительно истощенный. In regione epigasti. на нѣсколько сантиметровъ выше отъ средней линии находится рана, идущая въ косвенномъ направленіи снизу внаружу, параллельно лѣвому реберному краю, въ растояніи 2—3хъ сант. отъ него; рана, длиною до 6 сант., проникаетъ всю толщю брюшной стѣнки и въ нее вшитъ желудокъ 13-ю швами изъ серебряной проволоки, а в углубъ раны по одному шву изъ шелковой нити, такъ что желудокъ плотно замыкаетъ рану; въ среднѣя ей вставлена дренажная трубка средняго размѣра, заткнутая пробкой и прикрѣпленная къ кожѣ жел-

ковыми нитями при помощи полосокъ липкаго пластыря; дренажъ ведетъ въ подость желудка. Легки при верхушкѣ сращены съ грудной кѣткой ложными перепонками на ограниченномъ пространствѣ; они обмешканы. Ткань праваго легкаго пронизана сѣрыми и твояжкостыми гнѣздами въ верхней и средней доляхъ, въ переднемъ отдѣлѣ амфиэматозна. Нижняя доля лѣваго легкаго содержитъ въ своей ткани также твояжкостыя гнѣзда, но въ меньшемъ количествѣ; промежуточная ткань между ними твояжкостыя и инермирована. Сердце въ состояніи систолы; лѣвый желудочекъ сжатъ. Въ полости праваго желудка значительное количество отчасти обезжѣвленныхъ, отчасти окрашенныхъ сгустковъ фибрина. Двухстворчатая заслонка представляется по краямъ мовозитнаго утолщенія, chordae tendineae утолщены, мовозиты; мускулатура сѣваго цѣва. Соответственно вышеописанной ранѣ на брюшной стѣнкѣ in regione epigasti паритальныя слои брюшины представляются сросшимся съ выходною частью желудка, которая вшита въ рану и представляетъ отверстие, въ которое вставлена дренажная трубка. Полость желудка вообще мала; сдвигается болочка его представляется складки, умѣренно инфирированыя и покрытыя небольшимъ количествомъ слизи. Брюшина чистая, сухая, бѣлая; въ сальникѣ вены слегка наполнены. Печень небольшого объема; ткань ея въ разрывѣ мускатна. Селезенка небольшого объема, темновышеннаго цвѣта, trabeculae ясно выражены, рѣра рыхла. Врѣдженныя железы увеличены. Почки, кромѣ малокровія, не представляютъ ничего особеннаго. Слизистая оболочка кишки розоваго цвѣта и покрыта небольшимъ количествомъ слизи. Остальные органы представляли обыкновенныя измѣненія, свойственныя хроническому голоданію и септицизму. Пищеводъ на спиртномъ препаратѣ представляется слѣдующія измѣненія: отъ самаго начала его внизъ на протяженіи 7 сант. находится раковой изъявленный инфильтратъ, по среднѣ которого отверстіе въ 2½ сант. длинны и 2 сант. ширины, сообщающее пищеводъ съ дыхательнымъ горломъ. При началѣ раковой язвы у начала пищевода находится кашпообразное раковое служение, позволяющее проходить пицѣ и суживающее просвѣтъ пищевода до одного сантиметра; въ концѣ раковой язвы, около 5 сант. отъ начала пищевода, находится другое служение, закрывающее просвѣтъ пищевода почти до полной непроходимости. Въ остальныхъ частяхъ пищеводъ не представляетъ ничего особеннаго. При микроскопическомъ исследованіи было обнаружено большое количество интестинальных гнѣздъ, въ видѣ болѣе или менѣе длинныхъ цилиндровъ съ многочисленными отростками, расположенными во внутреннихъ слояхъ въ сдуно соединительно-тканномъ остовѣ, а въ периферическихъ они находятся между мышечными пучками. Эпителіальная кѣтки представляются уплощенными, овальной или болѣе вытянутой формы, съ однимъ большимъ ядромъ, интенсивно окрашенными глиннымъ аммиачнымъ карминомъ. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ видно, что кѣтки имѣютъ наклонность образовывать концентрическія наслоенія, но сплошн образованныхъ жемчужинъ не найдено. — Писко-эпителіальный ракъ.

4. Большая мѣдника *Anastasia Павлова*, 47 лѣтъ отъ роду, бѣлшица. Поступила въ клинику 9-го декабря 1885 года.

*Anamnesis.* — Большая всегда была здорова. Была замужемъ; въ теченіи первой беременности былъ выкидышъ, но впоследствии она имѣла 10 дѣтей, изъ которыхъ 8 умерло отъ кори и скарлатины. Мужъ больной умеръ отъ чахотки. Сиротина не имѣла. Водку пила умѣренно. Со стороны наследственности ничего не найдено. Ожогъ низверхъ путей не было. Три мѣсяца тому назадъ, въ концѣ августа, болная, будучи легкой, выпила 2 стакана холоднаго пива, послѣ чего почти сразу потеряла голосъ, а съ конца сентября къ этому припаду присоединилось затрудненіе при глотаніи твердой пици, это затрудненіе сначала явилось временнаю, потомъ мало по малу и постоянно усиливался, дошло до того, что болная совершенно не могла принимать твердой пици и начала питаться жидкой и полужидкой пицей. При прохожденіи пици по пищеводу и спустя нѣкоторое время послѣ этого, болная ощущала боли въ подошечной области, въ видѣ схватокъ. Въ настоящее время эти боли являются и помимо приема пици. Три недѣли тому назадъ болная отхаркивала небольшое количество мокроты съ полосами крови. Вмѣстѣ съ этимъ явилась припадки затрудненнаго дыханія, а 5 дней тому назадъ ночью болная вдругъ

приснулась вследствие невозможности дышать и отъ сильных болей въ груди, но это скоро прошло. До болѣзни большая страдала запорами, причемъ испражнений не было дня по 2—3, но въ послѣдніе два мѣсяца запоры усилились и продолжались по 6—7 дней. Страдаетъ геморроемъ. — Лечилась въ общинѣ св. Георгія, гдѣ ей въ сентябрѣ мѣсяцѣ давался вѣтрапнѣя, повидимому, сѣрой ртутной мази и внутрь йодистый калий, котораго она приняла 3 бутылки. Ни малѣйшаго улучшения не получила. Недѣлю тому назадъ больной въ здѣшней клиникѣ вводилъ зондъ съ оливами, послѣ чего глотаніе на нѣкоторое время сдѣлалось гораздо лучше.

*Status praesens.* Большая крѣпкого тѣлосложенія и умѣренного питанія. Костная система не представляетъ ничего особеннаго, за исключеніемъ незначительныхъ экзостозовъ на ключицахъ и большихъ берцовыхъ костяхъ. Голосъ у больной хриплый. При разговорѣ и движеніи является одышка. При осмотрѣ шеи щитовидная железа найдена увеличенной; она мягка при ощупываніи и немного болѣзна на средней и правой частяхъ. Въ бороздѣ между лѣвой грудно-сосудовою мышцей и дыхательнымъ горломъ писно ощущается болѣзненная припухлость; нижняя граница этой припухлости не ощущается, лимфатическія железы подчелюстной области увеличены въ объемъ и болѣзненны, особенно справа. При осмотрѣ гортани вертикаль найдены параличъ правой голосовой связки. При перкусіи въ верхней части праваго легкаго замѣтно притупленіе тона. Дыханіе въ правомъ легкомъ спереди ослаблено, а свави сверху слышно бронхиальное дыханіе съ амфорическимъ отдѣнкомъ. Сердце нормально. При введеніи зонда въ пищеводе проходитъ только самая малая олива; препятствіе встречается на растовѣи 17 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Температура = 80; Дыханій 32. Температура нормальная.

10. — Сегодня во время лекціи пр. С. П. Коломиничъ предложилъ мнѣ сдѣлать больной верхнюю трахеотомию. Больной дано было небольшое количество хлороформа. Възвъ всякихъ приключеній была вскрыта трахея, но когда я ввелъ въ дыхательное горло обыкновенную серебряную трахеотомическую трубку, больная вдругъ стала дѣлать страшныя усилія вдохнуть, но воздухъ не входилъ въ дыхательные пути; быстро развилась цианозъ и изъ раны потекла венозная кровь частью наружу, а частью въ трахею. Пр. Коломиничъ сію минуту подошелъ къ больной, вынулъ трахеотомическую трубку и ввелъ болѣе широкую, но асфиксія оставалась полная. Тогда онъ извлекъ и эту трубку и во время извлеченія усмотрѣлъ былъ въ трахѣѣ какой-то кусочекъ ткани, который былъ извлеченъ. Этимъ временемъ происходило высасываніе крови изъ дыхательнаго горла и искусственное дыханіе прерывистымъ токомъ. Послѣ этого профессоръ ввелъ въ трахею длинную серебряную трахеотомическую канюлю отъ аппарата Тренделенбурга, больная мало по малу стала дышать и явленія асфиксіи прошли; но канюля находилась въ трахѣѣ такимъ образомъ, что шилокъ ея стоялъ ребромъ, а нижній внутренний конецъ ея явно упирался на переднюю стѣнку трахеи, вследствие чего больная дышала свободно только при согнутой головѣ, но какъ только больную положили на кровать, гдѣ голова ея разогнулась и легла на подушку низко, то у больной снова явилась асфиксія, которая вследствие предпринятыхъ мѣръ сейчасъ же прошла. — Больная скоро успокоилась. R=104; R=40. t° тѣла асф.=37.8. Кусочекъ ткани, вынутый изъ трахеи, замороженъ на столѣикъ микротомъ Schanz'a; сдѣланы срѣзы, подмраженные Alam-Carmin'омъ, въ калий гидрична подъ микроскопомъ показавші, что эта ткань состоитъ изъ большого количества эпителиальныхъ гнѣздъ, расположенныхъ въ видѣ болѣе или менѣе длинныхъ цилиндровъ съ многочисленными отростками, расположенныхъ въ скудномъ соединительно-тканномъ остовѣ. Эпителиальныя кѣлочки представлялись уплощенными, нѣсколько выгнутыми, большими кѣлочками, содержащими по одному большому ядру, интенсивно окрашеному красящимъ карминомъ. На основаніи этой микроскопической картины признано, что въ данномъ случаѣ имѣется эпителиома начальной части пищевода, которая перешла за заднюю, перерывающую стѣнку дыхательной трубки и вышлывалась въ просвѣтъ трахеи въ видѣ нароста. Этотъ наростъ имѣетъ съ параличемъ праваго возвратнаго нерва, былъ причиною одышки. Во время же операціи асфиксія была вызвана тѣмъ, что введенная трахеотомическая трубка упиралась

своими внутренними концами въ наростъ и этимъ совершенно заирала просвѣтъ дыхательной трубки. Часть этого нароста была сорвана трубкой и извлечена пицетомъ. Вслѣдствіе этого же нароста и канюля Тренделенбурга стояла неправильно въ трахѣѣ. На слѣдующій день канюля Тренделенбурга была вынута и вставлена обыкновенная серебряная трахеотомическая трубка. Дальнѣйшее заживленіе раны не представляло ничего особеннаго, 17 декабря утромъ вдругъ открылось сильное кровотеченіе въ полости трахеи, которое скоро было остановлено аппаратомъ Тренделенбурга. Около 12 ч. дня Проф. С. П. Коломиничъ расширилъ трахеотомическую рану, осмотрѣлъ и введеннымъ въ трахею пальцемъ ясно ощущалъ на задней стѣнкѣ опухоль, вдававшаяся въ просвѣтъ ея. Снова былъ введенъ аппаратъ Тренделенбурга. Къ вечеру кровотеченіе остановилось и на слѣдующій день въ трахею снова была вставлена обыкновенная широкая трахеотомическая трубка. Дальнѣйшее теченіе раны не представляетъ ничего особеннаго. Больная питается жидкой и полужидкой пищей. Глотаніе временами лучше, временами хуже. Катетеризація пищевода на нѣкоторое время облегчаетъ глотаніе. 17 января больная выписалась изъ клиники съ трахеотомической трубкой. Потомъ больная нѣсколько разъ являлась въ клинику, при осмотрѣ ничего особеннаго не замѣчалось. Но въ червухъ числахъ марта больная стала лихорадить и скоро умерла при явленіяхъ гнилостной правосторонней плевро-пневмоніи. Вскрытіе не было сдѣлано.

5) Больной и. д. псаломщика *Василій Орловъ*, 51 года, поступилъ въ клинику 6-го Апрѣля 1885 г.

*Anamnesis.* — Со стороны наследственности ничего нѣтъ. Женатъ, семья здорова и самъ всегда былъ здоровъ. Периодичный rotator. Настоящее заболѣваніе началось съ октября 1884 года неопредѣленными болями въ груди позади sternum. Въ февралѣ мѣсяцѣ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; послѣ этого пища временами проходила, а иногда застревала, по указанію больного, на уровнѣ середины sterni. Съ 15-го марта больной могъ глотать только очень небольшія количества твердой пищи, тщательно разжевывая и обильно запивая, а за послѣднее время можетъ глотать только жидкую пищу. Возрастающее затрудненіе глотанія и привело больного въ клинику.

*Status praesens.* — Больной выше средняго роста, малокровный, истощенный. Указаній на сифилисъ не имѣется. При изслѣдованіи шеи ничего ненормальнаго не найдено. Лимф. железы не увеличены. Артеріи немного склерозированы. При перкусіи и аускультации въ легкихъ ничего ненормальнаго не найдено. Сердце нормально, только тона его нѣсколько акцентированы. Брюшныя органы тоже не представляютъ ничего особеннаго. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на 16,5 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ найдено сужженіе, при этомъ двѣ меньшія оливы проходятъ сужженіе и при ихъ прохожденіи ощущаются два уступа, близко расположенные другъ къ другу. Diagnosis-cancer oesophagi. Вслѣдствіе катетеризаціи больной получалъ нѣкоторое улучшеніе глотанія и 10 апрѣля выписался изъ клиники.

6) Больной крестьянинъ *Александръ Безналовъ*, 47 лѣтъ, поступилъ въ клинику 16-го ноября 1884 года.

*Anamnesis.* — Больной женатъ и домашнее его все здоровы. Со стороны наследственности ничего не имѣется. Раза 4 въ жизни болѣлъ какими-то лихорадочными болѣзнями. 30 лѣтъ назадъ имѣлъ уретритъ, который скоро прошел. Сифилиса не имѣлъ. Въ молодости умѣренно пилъ водку, но потомъ одно только пиво. Болѣлъ около 8 мѣсяцевъ. Въ мартѣ мѣсяцѣ 1884 года больной оцарапалъ булкой глотку и съ этого времени при глотаніи пищи сталъ замѣчать болѣзненность, а потомъ вскорѣ и затрудненіе при глотаніи твердой пищи, а черезъ мѣсяць сталъ пить съ мягкой пищей. Около 4-хъ мѣсяцевъ тому назадъ въ жаркое время выпилъ кружку холоднаго пива и черезъ 1/2 часа появилась слабость голоса, которая постепенно ухудшалась, а временами доходила до полной афоніи. Около 3-хъ недѣль до поступления въ клинику развилась значительная одышка, которая не позволяла больному спать въ лежачемъ положеніи. Въ настоящее время жидкую пищу глотаетъ совершенно свободно, но также можетъ немного проглотить и полужидкой.

*Status praesens.*—Большой средняго роста и сложенія, плохого питанія; кожа вялая, блѣдная; слышится оболочка сивеваты. Какихъ либо указаній на сифилисъ не найдено. Левосторонняя выпрямая мышонная гряжа небольшой величины. Легкія слегка эмфизематозны и слышится *ronchi sonores* въ небольшомъ количествѣ. Тоны сердца глуховаты. Печень немного увеличена и на  $1\frac{1}{2}$  пальца выдается изъ-подъ реберъ. При изслѣдованіи пищевода зондомъ, самая малая олива останавливается на 22,5 сант. отъ верхнихъ рѣзовъ. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

18.—Большой жаждуетъ на боли при глотаніи пищи; эти боли особенно усиливаются при глотаніи горячей пищи. Одышка продолжается и не даетъ спать больному; 23 ноября больной выписался изъ клиники.

7) Большой *Владимиръ Бордовскій*, 58 лѣтъ; машинникъ на желѣзной дорогѣ. Поступилъ въ клинику 10 октября 1885 года.

*Anamnesis.*—Большой весьма умѣренно шилъ водку; съ декабря 1882 года сталъ часто страдать воспаленіемъ глотки, которое всегда обрѣзывалось болѣзненностью при глотаніи. 30-го Мая настоящаго года вновь появилось стѣсненіе при глотаніи; больной обратился къ врачу, который наметъ опухоль на шеѣ, но эта опухоль подъ вліяніемъ согревающихъ компрессовъ скоро прошла и глотаніе сдѣлалось лучше. 15 августа снова сдѣлалось затрудненіе глотанія, хотя больной глоталъ и твердую и жидкую пищу; это затрудненіе глотанія постепенно усиливалось, такъ что 14 сентября больной вынужденъ былъ питаться исключительно жидкой пищей. Въ это время въ Александровскій больничъ больного зондировали; зондъ проходилъ, причѣмъ въ мекротѣ было немного крови. 5 и 6-го октября больной не могъ глотать и жидкой пищи. Въ настоящее время больной можетъ глотать только жидкую пищу.

*Status praesens.*—Большой средняго роста и питанія, хорошаго тѣлосложенія. При осмотрѣ найдено хроническое воспаленіе язва и глотки. Въ тѣломъ боковыхъ треугольничъ шей анатомическія желѣзы увеличены. При ощупываніи въ глубинѣ борозды между лѣвой грудино-сосковой мышцей и дыхательнымъ горломъ наведены твердыя инфильтраты, идущія въ задній грудной промежутокъ. Значительный артерислерозъ; тоны сердца чисты, но глухи. Въ правой надключичной ямкѣ выдыхъ, въ остальныхъ ямкахъ вѣду невузкулярное дыханіе. При зондированіи малая олива останавливается на 15,5 сант. отъ зубного края. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Больному предложена гастротомія, но онъ не согласился и 13 октября выписался изъ клиники.

### Амбулаторные больные:

8) Больная мѣщанка *Елизавета Пидрунова*, 47 лѣтъ, двѣнца, была въ клиникѣ во время пріема амбулаторныхъ больныхъ 10 декабря 1885 года.

Больная прежде всегда была здорова; болѣе 20 лѣтъ умѣренно пьетъ водку и много куритъ. Сифилиса не было. Около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ появилась боль въ шейной части пищевода при проглатываніи твердой или горячей пищи, но пища проходила. Ни рвоты, ни тошноты послѣ принятія пищи не бывало. При изслѣдованіи внутренне органы здоровы. При зондированіи въ верхней части пищевода найдено сужженіе, чрезъ которое самая большая олива проходитъ съ наслиемъ; на оливу нѣсколько каплюкъ крови. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Рекомендовано посѣщать клинику для зондированія, но больная больше не явилась.

9) Большой крестьянинъ *Иванъ Басковскій*, торговецъ, 53 лѣтъ, былъ въ клиникѣ во время пріема амбулаторныхъ больныхъ 25 февраля 1886 года.

*Anamnesis.*—Большой всегда былъ здоровъ, женатъ, семейные тоже здоровы. Прежде злоупотреблялъ спиртными напитками, но 6 лѣтъ уже какъ не пьетъ. Сифилиса не имѣлъ. Годъ тому назадъ больной поднялъ тяжесть и вскорѣ послѣ этого замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что

больной въ настоящее время можетъ глотать только жидкую и кашнеобразную пищу. Съ развитіемъ затрудненія глотанія появились боли въ груди и запоры. Больной сталъ худѣть и ослабѣвать. Лѣтъ 10 тому назадъ послѣ поднятія тяжести у больного развились лѣвосторонняя паховая выпрямая гряжа; носить бадлялъ.

*Status praesens.*—Большой средняго сложенія, довольно исхудалый. Органы дыханія нормальны. Тоны сердца нѣсколько глухи. Костная система не представляетъ замѣтныхъ уклоновъ отъ нормы. Указаній на сифилисъ нѣтъ. На шеѣ сонныя желѣзы нѣсколько увеличены. При зондированіи пищевода встречается препятствіе на 19 сант. отъ зубовъ, пропускающее съ нѣкоторымъ наслиемъ твердую оливу. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

10) Большой *Григорій Михайловъ*, чернорабочій, 48 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 4 апрѣля 1886 года.

*Anamnesis.*—Большой запойный пьяница, нѣсколько разъ напивался до *delirium tremens*. Сифилиса не было. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1885 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Какъ на причину затрудненія больной указываетъ на ожогъ пищевода горячею кашею. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось и дошло до того, что больной уже три недѣли какъ питается исключительно жидкой пищей, а въ послѣдніе дни и жидкости сталъ плохо проглатывать.

*Status praesens.*—Большой умѣреннаго тѣлосложенія, блѣдный, довольно истощенный. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ уклоновъ отъ нормы не найдено. При зондированіи большая олива останавливается у самаго начала пищевода. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

### В) Раковая сужженія средней трети пищевода. Стационарные больные:

11) Большой отставной утеръ-офицеръ *Алексій Ерофимовъ*, 54 лѣтъ, поступилъ въ клинику 3 марта 1881 года.

*Anamnesis.*—Большой жаждуетъ на очень затрудненное глотаніе, причѣмъ часто совершенно не проходитъ даже жидкая пища. Затрудненіе глотанія у него появилось 5 мѣсяцевъ тому назадъ; чрезъ два мѣсяца отъ начала заболѣванія больной уже совершенно не могъ глотать ни твердую, ни мягкую пищу и сталъ питаться исключительно жидкой, прохожденіе которой постепенно дѣлается все труднѣе и труднѣе. Вѣсѣтъ съ этимъ сталъ быстро худѣть и слабѣть. Чрезъ 4 мѣсяца отъ начала заболѣванія, 30 января настоящаго года, больной поступилъ въ клинику пр. Манассина, гдѣ находился до перевода сюда. По свѣдѣніямъ изъ клиники пр. Манассина, больной все время могъ глотать только жидкую пищу, при этомъ въ некоторые дни и жидкая пища совершенно не проходила въ желудокъ; при попыткахъ къ глотанію все завергалось обратно. При катеризаціи пищевода зондъ ни разу не проходилъ въ желудокъ. Въ продолженіе мѣсяца больной потерялъ въ вѣсѣтъ—5,800 гр. (При поступленіи въ клинику вѣсѣтъ=43,750, а въ день выхода=37,950). Кроме того большого безпокоитъ кашель.

*Status praesens.*—Большой очень плохого питанія, подожжнаго жирнаго слоя лѣтъ, мышцы тонки и вялы, *facies Hippocratica*, силы слабы, не можетъ долго ходить или подняться на лѣтяницу безъ помощи. Физическое изслѣдованіе органовъ груди показало, что сердце нормально; въ легкихъ жесткое везикулярное дыханіе съ выдыхомъ; мѣстами слышны *ronchi sonores et sibilantes*. Перкуторный тонъ легкихъ нормаленъ, только вѣдъ позвоночнаго столба, на уровнѣ 4—5 грудныхъ позвоновъ, замѣчается ясное приглушеніе. Животъ сильно втиснутъ, при перкусіи вѣду тимпаническій тонъ. Печень слегка выдается изъ-за края лѣяныхъ реберъ. Селезенка нормальна. Всѣ доступная изслѣдованію артеріи сильно напряжены, тверды, легко прощупываются въ видѣ шпуровъ и даже видны для глаза. При зондированіи пищевода на 27 сант. отъ зубовъ встрѣчается препятствіе, не пропускающее ни одной оливы. Большой глотаетъ мелко маленькими порціями и съ довольно продолжительными промежутками, но чрезъ нѣкоторое время оно понемному выходитъ обратно, но свернувшись. При введеніи въ пищеводъ желудочнаго эластичнаго зонда чрезъ него

выведено около стакана неизмененного молока. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Лечение: catheterisme arrugé, питательные клистиры и жидкая пища (молоко, бульон, перитонит-бульон, мясной сок и т. д.).

5.—При зондировании туже явления; эластическим зондом выведено из пищевода больше стакана молока (за два часа перед зондированием больной выпил 2½ стакана). Общее состояние больного тоже. Температура нормальная. Вечером больной жаловался на чувство стеснения в груди; эластическим зондом снова выведено из пищевода около стакана жидкости.

7.—Жалуется на то, что плохо спит вследствие кашля и чувства давления в области нижней половины груди. Глотание по-прежнему затруднено. Утром больной выпил стакан молока; при введении эластического зонда через него вышло со стаканом жидкости.

10.—Сегодня проф. Коломнинским больному сдана гастротомия под хлороформом при соблюдении всех антисептических предосторожностей. Кожный разрез длиной в 6 сант., проведен параллельно краю ахилловых сухожилий, послойно разделены все части брюшной стѣнки до брюшины, которая вскрыта была по желобоватому зонду. Желудок найден быть легко и притянут к раям; двумя лигатурами, проведенными через стѣнку желудка в обоих углах раны, этот орган удерживался в просвете последней; затем серозная оболочка желудка была пришта с частыми крестообразными швами к peritoneum parietale (первый ряд швов); потом желудок был вскрыт на протяжении 4 сант., слизистая оболочка его глубокими и довольно частыми шейковыми швами сшита с кожей брюшной стѣнки (второй ряд швов). По окончании операции через фистулу введено было в желудок около ½ стакана мясного соку и хересу 3; от кашля и движений почти нет; введенная в желудок жидкость вышла через фистулу обратно еще на операционном столе. Больной перенесен был в нагретую палату; в желудок снова введено 6 столовых ложек молока; рана прикрыта куском протектыва. Больному дано глотать вино маленькими глотками.

В 1 час дня из фистулы выходит небольшими кусочками свернувшееся молоко и прозрачная желтоватая жидкость. Слизистая оболочка желудка окрашена интенсивно. Введено в желудок 4 столовых ложки молока; при прибавлении еще ложки, молоко стало вытекать при вдыханиях. В 2½ часа  $t = 36,2$ ;  $R = 16$ ;  $p = 80$ . В 3 часа у больного явились кашлевые движения, почему впрямую было подожжено morphii sulphat. в ¼. В желудок снова влиты 4 ложки молока, 5-я вытекла вверх. Швы осушены карболовой ватой и смазаны маслом. Больной чувствует себя хорошо, пульс довольно порядочный, неизменяющийся в частотѣ, полнотѣ и силѣ. Жалуется только на слабость, клонять ко сну. В 6¼ час. вечера  $t = 37,4$ . Больного кормили через 1—1¼ час. молоко, причем вводило ее каждым разом меньше количество его, так что в 10 час. было введено только 1½ столовых ложек. Больной то засыпал не надолго, то снова просыпался; жаловался на слабость, болей в животѣ нѣтъ. В 11 час. больной хорошо спал, края фистулы были осушены и смазаны маслом, так как из нея вытекал желтоватая прозрачная жидкость и кусочки свернувшегося молока.  $R = 17$ ;  $P = 84$  прежнего качества. Мускула желудка интенсивного синевато-краснаго цвѣта. Край швов слегка покраснѣл. В 12 час.  $R = 20$ ;  $P = 93$ ; введено в желудок 2 ложки молока. Потом больного кормили в 1 час и 4 часа утра, а с 1½ до 3¼ час. спал, не пробуждаясь. В 5 часов утра слабость увеличилась.  $P = 120$ ;  $R = 36$ . Сонливость. В 8 часов утра надокль сильнѣе выраженный, дыхание затруднено, пульс нитевидный. Сдана подкожное впрямую т—тае moschi, которое осталось безъ всякаго дѣйствія. Больной в полном сознании, ни на что не жалуется. Умер в 9 часов утра 11-го марта, чрез 22 часа послѣ операции.

*Autopsia.* Трупъ представляется крайне исхуданіе. In regione epigastri. на 3—4 сант. вѣду от срединной линіи замѣчается рана около 5 сант. длиной съ гладкими краями, на которыхъ замѣтны медовые швы, соединяющіе слизистую оболочку желудка съ наружной кожей. Кости черепа склерозированы. Pia mater малокровна, отдѣляется легко,

нѣсколько отечна. Ткань мозга содержитъ умеренное количество крови, слегка отечна. Бокорые желудочки растянуты серозной жидкостью, еpendima ихъ мѣстами утолщена, плотна и непрозрачна. Сосуды основанія мозга безъ измѣненія. Ткань мозжечка отечна, нѣкоторые сосуды на основаніи его мѣстами склерозированы. Сердце уменьшено въ объемѣ, жиръ по борозкамъ атрофированъ, отеченъ; мускулатура буроватаго цвѣта; еpiodicium лѣваго желудочка представляетъ мѣстныя утолщенія и уплотненія. Двусторонние клапаны по краямъ утолщены. На intimaе аорты нѣсколько склеротическихъ бляшекъ. Правое легкое сращено съ грудной клеткой, лѣвое свободно; верхнія доли малокровны, нижнія устья гѣздами красной и сѣрой телатизаціи, величинаю не больше лѣваго оръха; по направлею бронховъ замѣтно увеличеніе соединительной ткани. Печень уменьшена, буроватаго цвѣта, мягка. Селезенка значительно уменьшена, сокращена, малокровна. Почка нормальной величины, блѣдно-краснаго цвѣта; капсула снимается легко; на поверхности рѣзко выражена инфекція венозныхъ сосудов. Около фистулы серозная оболочка желудка сращена съ peritoneum parietale рыхло. Фистула наложена на срединѣ разстоянія между cardia и pylorus, между большой и малой кривизной, нѣсколько ближе къ большой кривизнѣ. Слизистая оболочка желудка сильно инфильтрована. Брюшина нормальна. На спиртовомъ препаратѣ стѣнки пищевода на уровнѣ перекреста его съ лѣвыми бронхами представляютъ круговое утолщеніе до 1½ сант. на протяженіи 3—4 сант. При разрывѣ инфильтратъ желтовато-бѣлаго цвѣта, слегка зернистъ; занимаетъ мѣстами всю толщину стѣнки пищевода, а мѣстами достигаетъ до muscularis. Просвѣтъ пищевода суженъ такъ сильно, что проходитъ только желобоватый зондъ. На слизистой оболочкѣ небольшая язва. Выше стриктуры пищеводъ нѣсколько расширенъ. Метастазовъ не найдено. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружало среди обильнаго соединительно-тканнаго остова, а частью среди мышечной ткани, эпителиальныхъ гѣздъ въ видѣ цилиндровъ съ многочисленными отростками, которые состоятъ изъ плоскихъ эпителиальныхъ вѣтвоекъ, расположенныхъ неправильно. Въ окружающей соединительной ткани во многихъ мѣстахъ найдена инфильтрація грануляціонными клетками. На одномъ препаратѣ найдены поперечный разрезъ нервной вѣточки, гдѣ видно пронизываніе эпителиальными клетками наружной соединительно-тканной оболочки. Плоско-эпителиальный ракъ.

12) Большой купецъ Дмитрий Вильямъ, 61 года, поступилъ въ клинику 13-го декабря 1885 года. *Исторія болезни.* Является чахоточнымъ, страдаетъ отъ стѣноты и *Anaemias.* Больной запойный пьяница, женатъ, семейные всѣ здоровы, самъ также никогда ничѣмъ не страдалъ. Сифилиса и уретрита не имѣлъ. Со стороны послѣдственности ничего особеннаго нѣтъ. 10 мѣсяцевъ тому назадъ больной сталъ замѣчать трудности прохожденія твердой пищи. Это затрудненіе медленно прогрессировало; больной сталъ пищу тщательно разжевывать и запивать водой и больше сталъ питаться жидкой и полужидкой пищей. Два мѣсяца тому назадъ у больного явилась колющая боль въ груди (точно иголками) и вмѣстѣ съ развитіемъ затрудненія глотанія появились запоры. Бровохаранія никогда не было. 3-го декабря больной былъ въ клиникѣ во время пріема амбулаторныхъ больныхъ и жаловался, что передъ приходомъ въ клинику у него были сильныя приступы одышки, покашли, по расказамъ больного, на приступѣ грудной жабы. Это время онъ совершенно свободно глоталъ жидкую пищу и съ нѣкоторымъ трудомъ полужидкую. Съ тѣхъ поръ затрудненіе глотанія быстро стало увеличиваться и дошло до того, что даже жидкая пища совершенно перестала проходить и при попыткахъ глотанія все выбрасывается обратно. Лечился въ клиникѣ профес. Чудновскаго, гдѣ ему вводили зонды, послѣ чего каждый разъ глотаніе улучшалось, но въ послѣднее время послѣ зондирования этого улучшенія не получалось. Большой во это время похудѣлъ, но главнымъ образомъ сильно ослабѣлъ, что называется «осунулся».

*Status praesens.* Больной высокаго роста, крѣпкаго телосложенія, поджогонаго жирнаго слою довольно много; кожа желтоватаго цвѣта, воняетъ складками, лицо землистаго цвѣта, выражаетъ тоску и усталость; глава опустилась въ глубину орбиты и склеры желтаго цвѣта. Мускулатура вялая и дряблая. Больной не можетъ стоять и жалуется на

страшный упадок сил. Костная система не представляет ничего особенного. Ливосторонняя мононочная грыжа. Шея нормальная; лимфатические железы не увеличены. Небольшая эмфизема легких. При выслушивании кое-где влажные и сухие хрипы. Сердечный толчок неощутим. Пульс слабый. При перкусии сердце увеличено в поперечник. Тоны его чисты, но глухи и слабы. Артериосклероз умеренный. Печень немного увеличена. Остальные брюшные органы не представляют ничего особенного. При зондировании пищевода ни одна олива не проходит, препятствие встречается на 30 сантиметрах от зубов. Между тем как при зондировании 3-го декабря малая олива свободно прошла, остальные останавливались на 26 сантиметрах от зубов. В настоящее время больная не может глотать даже воду. Назначены питательные клистиры Leube, t=36,6.

15.—4-е утро=37,6. Введено смѣси Leube  $\frac{1}{2}$ , удерживается хорошо. Больной проглатил съ большим трудом забитое яйцо. Желудок на жажду. Мочи=1100 к. с., нормальная.

16.—4-е утро=37,6. Сегодня в 11 часов утра под хлороформом и при соблюдении всех правил антисептики больному сделана мною гастротомия. Разрез параллельный краю лѣвых ложных ребер длиною в 6 сантиметров; при вскрытии брюшной полости внутренности не опали от вхождения воздуха, как обыкновенно, но, напротив, в разрезе грыжевого выпячивания большой сальник, который сильно мѣшал отскакивать желудок; однако он скоро был найден и притянутъ въ рану. При отсканывании желудка не было замѣтно падѣния пульса. Желудокъ былъ фиксированъ въ ранѣ серебряными швами. Во время наложения швов больной сталъ икать. Послѣ операции наложена антисептическая йодформная повязка и больной былъ перенесенъ изъ операционной комнаты въ палату; вѣдѣсь нѣсколько разъ больного вырвало желтовато-бурой, кислой жидкостью съ сильно неприятнымъ запахомъ. Икота продолжается. Больной лежитъ спокойно, ни на что не жалуетъ и относится ко всему апатично. Пульсъ немного слабѣе съ небольшими перебоими. Вечеромъ t=38,9. Пульсъ полный. Жалобъ нѣтъ. По временамъ икота. Назначено: подожное вращиваніе морфия, всучки льда и питательные клистиры Leube.

17.—4-е утро=39,2; вечеромъ=39,1. Больной апатиченъ, ни на что не жалуетъ. Бременная икота продолжается. Глотаетъ кусочки льда и воду совершенно свободно. Аппетита совершенно нѣтъ и больной никакой пищи не принимаетъ. Около 3-хъ часовъ дня больного вырвало желтовато-бурой, чрезвычайно вязкою жидкостью. Повязка была перебинена, причемъ комокъ йодформной марли, лежащей на ранѣ, былъ пропитанъ сукровичной жидкостью. Рана не представляла ничего особенного, реакціи почти никакой нѣтъ, воспаленіе около раны весьма небольшое; при ощупывании живота нигдѣ нѣтъ.

18.—4-е утро=37,8; ночью спать, помочился подъ себя. По временамъ легкая икота продолжается. Проглатъ часто пить. Около 12 часовъ дня повязка перебинена. Рана не представляетъ ничего особенного, только у наружнаго угла ее появилось маленькое углубленіе, происшедшее вслѣдствіе отклейки желудка отъ брюшной стѣнки; вѣдѣсь наложенъ шовъ и вскрытіе желудка отложено до слѣдующаго дня, тѣмъ болѣе, что больной свободно глотаетъ жидкости. Послѣ наложения повязки больного вырвало отравительно пахнущей жидкостью желтовато-бурого цвѣта. Большой апатиченъ, жалобъ никакихъ нѣтъ. Назначенъ кровотъ въ обволакивающей жидкости и Potio Riveri. Вечеръ t=39,8. Пульсъ 100, малый съ перебоими; дыханіе=40; конечности холодны. Назначены возбуждающія средства, но, не смотря на это, дѣятельность сердца постепенно ослабѣла и больной умеръ 19-го декабря въ 4 $\frac{1}{2}$  часа утра.

*Autopsia.* На лѣвой сторонѣ брюшной стѣнки, на 3 сантиметра отъ срединной линіи и на 2 сантиметра отъ края лѣвыхъ ложныхъ реберъ, находится рана длиною 6 сантиметра и шириною 2 сантиметра; на днѣ ее находится часть желудка, припаята къ краямъ раны 11-ю серебряными швами. Сердце въ поперечникъ увеличено; бороздки его покрыты жиромъ. Стѣнка лѣваго сердца нормальной толщины, мускулатура блѣдна, каданы безъ измѣненій. Восходящая часть дуги аорты расширена, на intima ее найдены склеротическія утолщенія.

Правый желудочекъ растянутъ, стѣнка его немного истончена, дряблѣ, съ сѣрыатымъ отблескомъ. Кровь жидкая, слабо свернувшаяся. Въ обоихъ легкихъ, особенно въ заднихъ доляхъ, замѣчается отекъ ткани, но они проходими для воздуха. Въ полости брюшины небольшое количество гнойнаго, мутнаго экссудата; regionum мѣстами инфильтрована мелкими сосудами. Около стѣны кишки найдена гнойная инфильтрація клетчатки. Серозная оболочка кишки тоже инфильтрована. Передняя стѣнка желудка ближе къ рубцу припята. Слизистая оболочка желудка блѣдна. Въ кишечномъ каналѣ, кромѣ блѣдности, измѣненій не замѣчается. Печень немного увеличена, капсула напряжена. Ткань печени дряблѣ, желтоватаго цвѣта, долики неясно видны, въ центральныхъ частяхъ гиперемированы. Селезенка немного увеличена; на наружной поверхности капсулы ее находится утолщеніе, въ видѣ бляшки въ 5 сантиметровъ длины и 3 сантиметра ширины, отъ которой идутъ въ диафрагмѣ ложныя перемычки, легко разрывающіяся. Ткань гиперемирована, рыхлѣ, дряблѣ, трабекулы ясно выражены. Въ почкахъ интерстиціальный процессъ. На спиртовомъ препаратѣ стѣнки пищевода, отъ раздѣленія дыхательнаго горла, на протяженіи 10 сантиметровъ, представляются инфильтрованными, утолщенными до 0,5 сантиметра, твердыми. Прослѣдъ пищевода въ этомъ мѣстѣ значительно суженъ. Внутренняя поверхность пораженной части пищевода изъязвлена на 4 сантиметра въ длину. Язва съ подрытыми на значительномъ пространствѣ, великими, неправильными краями; въ срединѣ ее находится въ видѣ полнаго кусокъ ткани, значимую въ волошеіи окрѣхъ, сѣрватаго грязнаго цвѣта, легко разрывающіяся. У нижняго края язви слизистая оболочка пищевода отслоена на значительномъ протяженіи. Вверху инфильтрованная часть пищевода плотно сращена съ дыхательной трубкой. Правый блуждающій нервъ находится въ массѣ опухоли. Лимфатическія железы по направленію пищевода отъ раздѣленія дыхательнаго горла, на протяженіи 10 сантиметровъ, вѣдѣсь для микроскопическаго исследованія изъ центральныхъ частей язвенной поверхности, не нашлось ни одного раковаго гнѣзда; пришлось дѣлать срѣзы и изъ дѣловать 16 кусочковъ и только въ послѣднемъ, взятомъ изъ периферическихъ частей язви, нашлись раковыя гнѣзда, состоящія изъ разнообразной формы плоскихъ клетокъ, расположенныхъ частью неправильно, а частью, вслѣдствіе концентрическихъ наслоеній, они образуютъ ровныя жемчужины. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ раковыя гнѣзда расположены среди скуднаго соединительно-тканнаго остова, а въ другихъ находится обычное разрѣзаніе соединительной ткани, въ которой мѣстами находится большое количество грануляціонныхъ элементовъ; точно также среди чуждой мышечной ткани найдено нѣсколько раковыхъ гнѣздъ, въблизи которыхъ также существуетъ инфильтрація грануляціонными клетками. Писко-интестинальный ракъ.

13.—*Вольна Дарья Евсева*, вдова губернскаго секретаря, 42 лѣтъ; поступила въ клинику 27-го ноября 1881 года.

Больная всегда была здорова; родители ее тоже были здоровые люди. Менструаціи всегда были правильны, безболѣзненны; прекратились 7 мѣсяцевъ тому назадъ. Замужемъ 25 лѣтъ; чрезъ годъ послѣ замужества были роды, правильные. Ребенокъ умеръ двухъ лѣтъ. Овдовѣла 15 лѣтъ назадъ. Въ февралѣ мѣсяцѣ текущаго года у больной вдругъ остановился въ пищеводѣ кусокъ твердой пищи; затѣмъ въ теченіи этого мѣсяца это повторилось нѣсколько разъ и лица онала останавливаться все чаще и чаще. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи стало настолько безпокойно болельно, что она обратилась къ врачу, который вводилъ ей въ пищеводѣ зонды, но глотаніе все-таки постепенно ухудшилось и три мѣсяца назадъ больная принуждена была питаться самой мягкой пищей. Послѣдній мѣсяцъ глотаетъ только жидкости, а послѣдніе дни и жидкости проходятъ съ трудомъ. Сегодня же не можетъ проглотить чайной ложки жидкости. Съ развитіемъ болѣзни у больной явились запоры, испраженій не бываетъ по нѣдѣлямъ. При исследованіи пищевода зондомъ, самая малая олива не проходитъ и останавливается на 27 сантиметрахъ отъ верхнихъ реберъ. Diagnosis.—cancer oesophagi.

3-го декабря, больная ежедневно можетъ проглотить два вѣдѣщихъ сырыхъ яйца, смѣшанныхъ со стаканомъ воды, и 2 стакана бульона. Пульсъ 100, слабый; мочи 600 к. с.; д. в. = 1027, реакція кислая.

4.—Состояние больной тоже; мочи 420 к. с. Пульс 120. Больная видимо слабее.

6.—У больной крайний упадок сил; пульс 130, едва ощутим; тихий бред. Умерла в 8 часов вечера.

*Autopsia.* Верхушки легких усяны мелкими творожистыми массами. Лёвое легкое сзади сращено ложными перепонками. Сердце небольшого объема, мускулатура его бурого цвета, клапаны не представляют изменений. Желудок значительно растянут и опущен; сиватана шнот сильно изогнута; стénки его очень тонки, слизистая оболочка бледна. Печень желвака, в разрыве темно-коричневого цвета. Селезенка очень мала, рана ее бледна. Почки невелики, при разрыве ткань их плотная; бледная; корковый слой тонок. В кишечнике каналье ничего особенного не найдено, кроме бледности слизистой оболочки. На спиртовом препарате тотчас ниже раздвоения дыхательного горла стénки пищевода во всей своей окружности на протяжении 4,5 сант. представляют значительное утолщение, вследствие инфильтрации их бѣлыми массами, сжимающими просвет его до весьма значительной степени. Внутренняя поверхность пищевода соответственно инфильтрации представляет поясную язву с вывороченными твердыми краями и мелко-бугристыми дном. Аорта плотно сращена с пораженной частью пищевода, наружная оболочка ее инфильтрирована теми же бѣлыми твердыми массами. Несколько бронхальных желез увеличены и при разрыве представляют инфильтрированные. Остальные органы не представляют изменений. На микроскопических срѣзах видны раковая гнильда, остонция из небольших плоских клѣток с одним или двумя ядрами; клѣтки болѣею частью расположены неправильно и только в некоторых мѣстах видна наклонность образовывать концентрические наслоения; но ороговитых жемижух не найдено. Соединительно-тканная основа мѣстами очень скудная и эти мѣста имѣют мозговидное строение, а в других—замѣтно развито соединительной ткани. В некоторых мѣстах находятся поперечные и косые разрывы нервных вѣточек, которые инфильтрированы раковыми клѣтками и замѣтна атрофия осевых цилиндров. Плоско-эпителиальная раки.

14. Больная *Наталья Архинова*, 46 лѣтъ, поступила в клинику 23-го марта 1884 года с явлениями раковой стриктуры пищевода. *Anamnesis:* замужем 25 лѣтъ, родила двух дѣтей—дѣвочек, одна из них умерла шести лѣтъ, а вторая жива и здорова до сих пор; мужъ больной тоже живъ и здоровъ. Менструація кончилась 10 лѣтъ тому назад; передъ этимъ въ течение года страдала маточными кровотечениями, которая ее довольно сильно испугала; съ прекращеніемъ менструацій больная поправилась и затѣмъ была здорова. Полтора года тому назад больной сильно сдавили горло, послѣ чего явилась сыпота голоса, которая остается и до сих поръ. Лѣтомъ 1883 г. у нея явился колющій боли въ области лопатокъ; въ концѣ декабря въ первый разъ замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи и за мѣсяць передъ поступленіемъ в клинику совершенно перестала глотать твердую пищу и питается исключительно жидкой, при этомъ послѣдніе три дня не могла глотать даже и жидкую пищу и воду;—все, что глотала, сейчас же выходило обратно. Со времени появленія затрудненія глотанія у больной явился запоръ по 6—7 дней. Прежде больная въ порядочномъ количествѣ пила воду, иногда до опьяненія.

*Status praesens.* Больная средняго тѣлосложенія, очень худая,—почти кожа и кости; общіе покровы и слизистая оболочка очень блѣды. При изслѣдованіи костей найдена легкая бугристость на лопаточныхъ остяхъ, нижнихъ концахъ бедренныхъ и большеберцовыхъ костей и разлитая припухлость, нерѣко выраженная, на правой лучевой кости. Лимфатическія железы нормальны, только въ правомъ паху немного увеличены. При осмотрѣ полости рта на языкѣ найдены трещины, мелкія неровности и бугристости; въ язвахъ—явленія хроническаго катарра, на мягкомъ небѣ—небольшой рубецъ. Въ легкихъ всоуду вензкуларное дыханіе. Сердце не представляетъ изменений, тоны его и болѣешихъ сосудовъ нормальны. Животъ чрезвычайно выпялый; при ощупываніи ничего ненормальнаго не найдено. Печень немного увеличена, выдается изъ-подъ ложныхъ реберъ при-

близительно пальца на 1½—2 и болѣзненная при ощупываніи; селезенка не опредѣляется. При зондированіи пищевода, самая малая его олива (6—7 мм. въ диаметръ) останавливается на растояніи 29 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ (29—15=14); на оливу горло нѣтъ. Больная проглатываетъ маленькими глотками жидкую пищу, твердую же не можетъ. Жалуется на сильный голодъ.

Съ 23-го марта по 14-е апрѣля больной двѣсти catheterisme arryue по три раза въ недѣлю; питалась жидкой пищей и клѣтками Лейбе; глотала пищу то сносно, то плохо, и въ это время часть пищи выходила обратно; нѣсколько разъ доходило до того, что по дѣлнымъ суткамъ не могла глотать даже воду. 29-го марта угрози, когда больная прогнусь, у нея во рту было около столовой ложки крови. Больная болѣею частью жаловалась на голодъ, шумъ въ ухахъ, головокруженіе и странную слабость, почему болѣею частью лежала въ кровати.

14-го апрѣля въ 1 часъ дня приступлено къ гастротоміи (проф. Коломницъ), безъ хлороформа въ виду крайней слабости больной. Кожный разрывъ въ 7 сант. отступилъ влево отъ средней линіи тѣла и края дѣлныхъ ложныхъ реберъ и параллельно имъ, по слою дойдено до брощины, которая вскрыта по жебобоватому возду; въ ранѣ выдавался край селезенки и застилалъ собою почти весь просветъ раны, что страшно мѣшало при отмыканіи сокращивающагося отъ голода желудка. По вскрытіи брощины у больной пульсъ странно упалъ, лицо сдѣлалось цианотично и она стала сильно безпокойной. Послѣ подожнаго вырѣзыванія афира, пульсъ сдѣлался нѣсколько лучше, цианозъ прошелъ, но каждый разъ при введеніи пальцевъ въ полость брощины для отысканія желудка пульсъ снова падалъ, снова являлся цианозъ и сильное безпокойство больной. Въ виду веухъ этихъ угрожающихъ явленій, проф. Коломницъ съелъ нужнымъ оставить операцию; брощина сшита 7-ю швами изъ кутгута, мышцы 4-мя, а кожа 7-ю шелковыми швами. Рана покрыта толстымъ сло емъ йодоформнаго коллодия и наложена антисептическая салициловая повязка. Послѣ операциі въ течение двухъ часовъ больная была очень слаба, не могла говорить и объяснялась знаками; затѣмъ пришла въ прежнее состояние. Операционная рана черезъ нѣсколько дней зажила безъ особенныхъ осложненій, только 20-го апрѣля на мѣстѣ раны замѣчена флюктуація и при разрывѣ вышло около двухъ унцій бурого, као чловатаго гноя, но и этотъ абсцессъ вскоре зажилъ.

15) Больной полицейскій надиратель *Григорій Давидъ*, 60 лѣтъ, поступилъ въ клинику 7-го декабря 1882 года.

*Anamnesis.* Родители больного умерли въ глубокой старости; самъ всегда былъ здоровъ. Жена и все семейные его здоровы. 10 лѣтъ тому назад у больного было воспаление правого легкаго, но болѣзнъ эта вполнѣ прошла безъ слѣда. Умѣренный потот. Слѣвна по дѣлнымъ службамъ, часто болному приходилось наскоро ѣсть, причемъ онъ глоталъ горячую пищу и 6 мѣсяцевъ тому назадъ онъ облокотъ себя горничнымъ кушемъ бифштекса рѣтъ, глотку и пищевода. 4 мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ, что глотаніе у него не свободно, пища останавливается и затѣмъ проходитъ. Больной сталъ тщательно разжевывать пищу и глотать осторожно. Тѣмъ не менше два мѣсяца тому назадъ глотаніе настолько ухудшилось, что онъ сталъ принимать мягкую пищу. Мѣсяць тому назадъ больной сталъ чувствовать боли въ груди, на уровнѣ мечвиднаго отростка; затѣмъ эти боли распространились по всей груди и спинѣ. Съ развитіемъ болѣзни явились запоры, такъ что больной не можетъ испражняться безъ клистира.

*Status praesens.* Больной средняго тѣлосложенія, истощенный. Животъ выпялый. Въ лѣвой надчрепной ямкѣ находятся припухлыя лимфатическія железы. Легкія немного эмфизематозны. Тоны сердца не вполнѣ четки. Сильный артериосклерозъ. При изслѣдованіи пищевода зондомъ оказалось, что средняя олива проходитъ съ трудомъ, останавливаясь на растояніи 29 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ; на оливу оказалось немного гноя. *Diagnosis*—сагесъ esophagi.

8-го декабря. Больной жалуется на сильную боль въ правой сторонѣ груди; эта боль

распространяется на правую верхнюю конечность и особенно усиливается по ночам, такъ что больной плохо спит;  $t^{\circ}$  тѣла нормальная.

9-го декабря. Сдѣланъ электролизъ съжывающаго мѣста пищевода; взято 4 элемента, продолжительность =  $1\frac{1}{2}$  минуты. Больной все время кашлялъ и были тапшотныя движенія.

10-го декабря. Больной жалуется на боли при глотаніи и увѣряетъ, что пища проходитъ хуже.

13-го декабря. Электролизъ повторенъ. Больной былъ спокойнѣе. Вечеромъ жалуется на сильныя боли, особенно при глотаніи и пища проходитъ хуже. Воли продолжались на слѣдующій день и мало по малу успокоились чрезъ 4 дня. Вслѣдствіе болей больной это время дурно спалъ.

17-го декабря. Больного зондировали; прошла средняя олива; глотаніе не много лучше.

21-го декабря. Больной выписался изъ клиники и перешелъ въ число амбулаторныхъ больныхъ.

26-го декабря. При зондированіи пищевода средняя олива прошла чрезъ съжвѣніе, причемъ ощущалась бугристость; на оливѣ немного крови.

7-го января 1883 года. Больной жалуется на сильныя боли въ груди. При зондированіи тѣ же явленія.

20-го января. Железы на шеѣ увеличиваются. Послѣ зондированія пищевода большой чувствуетъ боли.

3-го февраля. Каждый разъ послѣ зондированія больной въ продолженіи нѣсколькихъ дней глотаетъ лучше. Послѣ зондированія вышло немного крови, средняя олива проходитъ съ небольшимъ насиліемъ.

28-го февраля. При зондированіи одна только малая олива прошла. Лимфатическія железы шеи сильно увеличены.

5-го марта. При зондированіи пищевода только малая олива. Остальная явленія тѣ же. Больной больше не являлся въ клинику.

16) Больной крестьянинъ *Алексій Терентьевъ*, 48 лѣтъ, кучеръ. Поступилъ въ клинику 20-го апрѣля 1884 года.

Больной ротатор. Въ концѣ іюня мѣсяца 1883 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно усиливалось. 14-го февраля больной въ первый разъ былъ на амбулаторномъ приемѣ, при этомъ найдено было слѣдующее: при перкуссии и аускультации грудныхъ органовъ ничего не нормальнаго не найдено. При зондированіи пищевода большая олива проходитъ въ желудокъ, но въ средней  $\frac{1}{3}$  пищевода встрѣчается легкое препятствіе; на оливѣ небольшое количество крови и пищевая масса. Больной можетъ глотать только жидкую пищу, но временами и эта пища съ величайшимъ трудомъ проходитъ. *Diagnosis*, — cancer oesophagi. Больному назначенъ Cathédisme arqué и внутрь дано T—rae Bellad. Въ настоящее время больной пришелъ въ клинику вслѣдствіе того, что 2-ое сутокъ не проходитъ и жидкая пища и больной ничего не ѣлъ. На слѣдующій день, 21-я апрѣля, жидкая пища стала проходить свободно. 22-го апрѣля при зондированіи средняя олива прошла свободно, но при введеніи зонда на 11,5 сант. отъ начала пищевода встрѣчается легкое препятствіе. Послѣ зондированія большой ваземными движеніями вывелъ болѣе столовой ложки крови съ кашцеобразными пищевыми массами. Больной выписался изъ клиники.

17) Больная *Елизавета Миролюбова*, швея, 35 лѣтъ. Поступила въ клинику 6-го ноября 1885 года.

*Anamnesis*. Больная замужняя женщина; была одинъ разъ беременна и родила ребенка, который былъ слабый и на 2-мъ году жизни умеръ отъ поноса и парвовъ на шеѣ. До вѣнчанія года всегда правильно менструовала, въ этомъ же году менструаціи были только 2 раза и послѣдніе въ маѣ мѣсяцѣ. Сифилисъ больная отрицаетъ. Всегда была здорова. Со стороны наследственности ничего не найдено. Окологъ пищевыхъ путей не было. Много курить. Въ сентябрѣ мѣсяцѣ прошлаго года больная стала чувствовать при

глотаніи твердой пищи боль; эта боль, начиная отъ сознанія глотанія, постепенно усиливалась и дошла до болевыхъ опущеній, вмѣстѣ съ тѣмъ усиливалось и затрудненіе прохожденія пищи. Мѣсяца чрезъ 2 или 3 больная перестала глотать твердую пищу и стала питаться полужидкой, при этомъ боли стали меньше. Временами пища проходила, а иногда оставалась на средней груди, гдѣ вызвала чувство отъсѣненія; въ это время больная производила усиленныя глотательныя движенія, помогая имъ поглаживаніями руки вдоль шейной части пищевода, причемъ иногда пища проходила, а иногда минуя чрезъ 5 регургитировалась. Вмѣстѣ съ пищевода второй были сильныя колющія боли въ груди, между лопатками, шеѣ и т. д. Настоящей воли не было, точно также никогда не было кровотеченій. Съ августа мѣсяца больная стала питаться исключительно жидкой пищей. Съ мѣсяца топа назадъ и жидкая пища стала трудно проходить и часто является регургитация. Въ настоящее время больная глотаетъ только жидкую пищу очень маленькими глотками и чрезвычайно медленно; при этомъ иногда пища, скопясь въ пищеводѣ, выходитъ обратно сразу въ большомъ количествѣ. За эти послѣдніе три мѣсяца больная сильно похудѣла и ослабла. Явились запоры. Лечился у врача, который въ продолженіи трехъ недѣль ежедневно вводилъ въ пищеводѣ эластическія зонды, при этомъ со славно выходилъ жидкая крови. Облегченія никакого не получила.

*Status praesens*. Больная довольно исхудалая, костная система ничего особеннаго не представляетъ; *mucosa pharyngis* представляетъ хроническое воспаленіе; на лѣвой части мягкаго неба небольшой рубчикъ; носовые проходы нормальны. Лимфатическія железы не увеличены. Въ бороздкѣ между *trachea* и *m. sternocleidomastoidei sinistri* ощущается мягкая, двигающаяся во время глотанія опухоль, принадлежащая увеличенной лѣвой доль щитовидной железы. In fossa jugularis ощущается, величиною съ орѣхъ, подвижная, мягкая, немного продолговатая опухоль, связанная съ перешейкомъ щитовидной железы, двигающаяся во время глотанія. При перкуссии и аускультации въ правой верхушкѣ найдены *tonchi subcrepitantes*, жесткій выдыхъ и притупленный токъ. Сердце и сосуды нормальны. Брюшные органы тоже не представляютъ ничего особеннаго. Зондъ, введенный въ пищеводѣ, встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе на разстояніи 27 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Самая малая олива не проходитъ; крови на зондѣ нѣтъ. *Diagnosis* — cancer oesophagi. Больной предложена гастротомія, но она не согласилась и выписалась изъ клиники.

18) Больная солдатка *Ирина Алексѣва*, вдова 57 лѣтъ; поступила въ клинику 12-го декабря 1880 года.

*Anamnesis*. О болѣзняхъ своихъ родственниковъ больная ничего не знаетъ. Жила всегда въ хорошихъ условіяхъ, вела правильную жизнь, спиртныхъ напитковъ не пила и всегда была здорова. Заболѣла въ мартѣ мѣсяцѣ 1880 года. Болѣзнь началась съ того, что отъ времени до времени стала появляться рвота безъ всякой видимой причины, причемъ рвотой иногда выдѣлялась одна только слюва. Больная ни на что особенно не жаловалась и вообще состояніе ея оставалось хорошимъ до мая мѣсяца. Въ это время больная временами стала чувствовать боли въ различныхъ мѣстахъ груди и спинѣ, постепенно усиливающіяся по мѣрѣ развитія затрудненія. Очень глотаніе твердой пищи сдѣлалось совершенно невозможнымъ, больная замѣтно стала худѣть и ослабѣвать. Въ концѣ ноября и жидкая пища стала проходить съ большимъ трудомъ. Рвота не прекратившаяся съ самаго начала болѣзни, стала появляться чаще, причемъ иногда въ ней находилась кровь. Съ первыхъ чиселъ этого мѣсяца, дней 9—11, больная ничего не ѣла. Запоры.

*Status praesens*. Больная сильно истощена, но временами плохо сознаетъ окружающее и бредитъ. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. Лимфатическія железы нормальны. Животъ сильно выпялъ и очень легко ощущаются позвоночникъ, аорта и *pancreas*. При ощупываніи *epigastrium* вызывается боль. Грудные и брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При изсѣдованіи пищевода зондомъ на уровнѣ раздвоенія дыхательнаго горла найдено препятствіе, которое при невзначайномъ усилии пропустило зондъ въ желудокъ. Тотчасъ послѣ этого появилась рвота и при этомъ вышло немного крови. Больная получила возможность глотать молоко, смѣшанное съ мяснымъ

соком, яичным желтком и вином и тут же выпила кружку этой смеси, Diagnosis— cancer oesophagi.

14. Больная стала дурно, часто появляется тошнота и рвота. Жалуется на жажду, боль в области желудка, груди и спит между лопатками. Молоко пьет свободно. При исследовании живота выше xiphostea ясно ощущается опухоль, которая ускользывает лишь под пальцем под свод диафрагмы. Печень выдается над ребер. ланца на два и больше. Общее состояние больной несколько душевное. Лечение: 1) 17-го января. Больная глотает свободно, но вследствие тошноты и рвоты ест плохо, неохотно принимает пищу, почему назначены питательные клистиры Leube, т. е. 4 лит. жидкой пищи.

18. Больная жалуется на затрудненное дыхание, хотя при исследовании сердца и легких ничего особенного не найдено.

19—26. Состояние больной прежде, однако силы понемногу возрастают. Клистиры Leube оставлены.

28. У больной боли едва ли настолько сильны, как она одна сутки совершенно не могла спать. Дано Morphium в порошок, 1/2 грамма 3 раза в день и в 1-ю январю. Больная чувствует себя значительно сильнее и лучше. Боли в рвоте меньше. Сон лучше.

4—15. Силы больной понемногу восстанавливаются, глотать свободно жидкую пищу и рвоты меньше. Воли временами сильные, иногда же проходят. Область желудка, больная не приouchивания. Опухоль, ощущаемая выше xiphostea, представляется туже явления. С 16-го января глотание едва ли затруднительным и мало по малу дошло до того, что 21-го больная не могла уже ничего проглотить и при попытке в глотание вся пища сейчас же выходила обратно. При катетеризации пищевода зондом самая малая олива не проходит. Снова назначены клистиры Leube.

23. Сегодня при катетеризации малая олива прошла, а большая стала снова глотать жидкости. Остальные явления туже. Клистиры оставлены.

28. Больная совершенно свободно стала глотать жидкую пищу. Чувствует себя бодро и жалуется только на умеренные боли в области желудка и груди.

2-го февраля. Общее состояние больной удовлетворительно, видимо поправилась и чувствует себя бодро. Глотает свободно жидкую пищу.

11-го февраля. Больная выписалась из клиники.

19) Больной мещанин *Василий Паликов*, 44 лет, конторщик, поступающий в клинику 14-го сентября 1883 года. Возраст 44 лет, роста 170 см, веса 65 кг. История болезни. С 14-летнего возраста больной сильный рвотат и два раза напивался до delirium tremens. В конце апреля или в начале мая настоящего года больная注意到 выпит около 30 дюмок воды и после этого очень много пила. Скоро больная вырвало большим количеством крови, она очень ослабляла, почувствовала боль в груди и спине и, желая спуститься вниз по внутренней лестнице, упала с нее и подняться уже не могт. На следующий день больной много пила молока и фруктовой воды, твердую же пищу глотать было трудно. Так продолжалось около 2-х недель. В половине мая больной совершенно перестала глотать твердую пищу и стала питаться мясной пищей, но и эту пищу должен был глотать маленькими глотками, иначе она выходила обратно. Больной начал быстро худеть и недвля в дв, по его словам, убавил на половину. С 1-го июня в общин св. Георгия наряду больному вводили зонд, каждый раз после зондирования глотание ухудшалось. В настоящее время твердой пищи больной проглотить совершенно не может, вскорь она регургитруется, томч также и большой глоток жидкости. Последняя проходит в желудок только в том случае, если больной глотает ее по каплям.

Статус praesens. Больной слабого телосложения; чрезвычайно исхудалый, блдный, с землечастотнком лица и цианотичным носом. Язвца надключичная яма несколько полнее и приouchивании здесь найдены увеличенные латвоя лимфатический железы. Артерия немного склерозированы. Легкия немного эмфизематозны. Сердце нор-

мально. Брюшные органы не представляют ничего особенного. При катетеризации пищевода малая олива не проходит даже при некотором форсировании и останавливается на 31 сант. от края верхних ребров. Diagnosis— cancer oesophagi. Лечение: 17-го сентября. Вечером не вводился и большой ничего не может проглотить, даже маленькие глотки молока, мяса и т. п.; точно же регургитруются. Вольной крайне раздражительный. Судило зондирование; явления туже. 18-го сентября. Сегодня и после катетеризации большой ничего не может проглотить, ночь не спит; большой раздражается все больше и больше. Ему предложено гастротомия. Он решительно отказался от операции, мотивируя свой отказ не предостижено операции.

19-го сентября. Выписался из клиники.

### Амбулаторные больные.

20) Больной *Алексей Мартынов*, 49 лет, был в клинике 9-го декабря 1883 года. Около двух месяцев назад больной замечал, что пища во время глотания останавливается, является чувство давленя в груди и появляется отрыжка, причем вместе с пищей выходит масса вязкой густой слизи. Кроме того, во время глотания пища больно чувствует боль, причем тщательно разжеванная пища иногда проходит, жидкая же свободно проходит и почти без боли. При исследовании внутренние органы совершенно здоровы. При зондировании олива останавливается на 30, 5 сантиметров от зубов. Diagnosis— cancer oesophagi.

13-го января. Больной может глотать только жидкую пищу и временами жидкую кашку и размоченный белый хлеб, но иногда и эта пища только частью проходит, а остальная часть извергается обратно. При зондировании на 31 сант. от зубов встречается сужение, непроходимое для малой оливы. Внутренние органы все здоровы.

21) Больной отставной рядовой *Петр Пактишич*, 40 лет, был в клинике 9-го ноября 1882 года. Больной воды не пил. В июне месяц стал чувствовать боль в груди и легкое затруднение при глотании пищи; это затруднение глотания постепенно увеличивается, так что больной с месяц тому назад начал питаться жидкой пищей, причем при каждом глотке пища или слюны ощущается в пищеводе боль. Большой блдный, исхудалый. Внутренние органы нормальны. При зондировании пищевода на 31 сант. от зубов найдено сужение, не пропускающее ни одну оливу. Diagnosis— cancer oesophagi.

22) Больная домашняя учительница *Александра Цеткова*, 39 лет, дворянка, была в клинике во время приема амбулаторных больных 10-го января 1886 года. История болезни. Больная всегда пользовалась хорошим здоровьем. 8 месяцев тому назад появилась сильная боль в правой половине груди и правой лопатке, вскорь к этому присоединились затруднение глотания твердой пищи. Это затруднение постепенно усиливалось, больная старалась тщательно разжевывать пищу и обильно запивать водой, но наконец и мелко раздробленная пища стала останавливаться в пищеводе и извергаться обратно. Больная стала питаться мягкой и жидкой пищей. В настоящее время больная может глотать только жидкую пищу. С развитием расстройства глотания больная стала худеть и ослабевать. Явились запоры.

Статус praesens. Больная сильно исхудала. Костная система нормальная; в двом боковом треугольнике шеи несколько увеличенных лимфатических желез, затмь около щитовидной железы также лимфатические железы увеличены. В правом легком слышались хрипы. Сердечная аритмия. При зондировании пищевода на 28 сант. от зубов найдено сужение, пропускающее малую оливу. На оливе несколько жидкой крови.

Diagnosis— cancer oesophagi. Предложено больной явиться в клинику для зондирования.

23) Больная *Анна Михайлова*, 52 лет, была в клинике 25-го октября 1883 года. С 1-го августа месяца этого года больная почувствовала затруднение при глотании твердой пищи. Затруднение постепенно усиливалось, так что больная принуждена питаться ма-

кой и жидкой пищей. При исследовании внутренние органы найдены здоровыми. При зондировании пищевода на 27 сант. отъ зубовъ встрѣчается препятствіе, не пропускающее даже малую оливу. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

24) Больная *Эмилія Шотровская*, 40 лѣтъ, была въ клиникѣ 24-го января 1883 года. Годъ тому назадъ больная стала чувствовать при глотаніи пищи боли по всему пищеводу, затѣмъ чрезъ нѣкоторое время стала останавливаться твердая пища. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивается и больная три мѣсяца тому назадъ перестала принимать твердую пищу и питается въ настоящее время жидкой. При исследованіи ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи на 12 сант. отъ начала пищевода найдено суженіе, непроходимое для малой оливы. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

25) Больной *Иванъ Никановъ*, 45 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 15-го декабря 1881 года. Три мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время можетъ глотать только мягкую и жидкую пищу. Внутренние органы здоровы. При зондированіи въ средней трети пищевода найдено суженіе, непроходимое для малой оливы. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Предложено поступить въ клинику, но больной не явился.

26) Больной *Хасанъ Маамудъ*, магометанинъ, 42 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16-го ноября 1882 года. *Anamnesis*. Шесть мѣсяцевъ тому назадъ у больного появились затрудненія при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, больной сталъ питаться мягкой пищей, но 6 дней тому назадъ и эта пища стала плохо проходить и большую часть при глотаніи извергается обратно. *Status praesens*. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдено нѣсколько припухшихъ твердыхъ лимфатическихъ железокъ. Мѣста прикрѣпленія третьихъ реберъ къ грудной стѣнѣ сильно выступаютъ; при пальпаціи здѣсь ощущается глухая пульсация, распространяющаяся кругомъ; перкуторный тонъ здѣсь нѣсколько тупѣе, а при выслушаніи тоны сердца въ обеихъ половинахъ артерій одинаково слышны и изохроничны. Тоны сердца чисты, хорошо слышны по всей правой половинѣ груди и лучше, чѣмъ на лѣвой. При зондированіи пищевода на 24 сант. отъ зубовъ встрѣчается препятствіе, проходимое для малой оливы, но, пройдя это препятствіе, олива встрѣчаетъ другое на 25,5 сант. отъ зубовъ и это препятствіе непроходимое; зондъ не употребляется. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

27) Больной *Александръ Парфимовъ*, 51 годъ, былъ въ клиникѣ 13-го марта 1884 года. Въ сентябрѣ мѣсяцѣ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе мало по малу увеличивалось и въ январѣ больной уже не могъ глотать твердую пищу, она тотчасъ же выбрасывалась обратно съ большимъ количествомъ слюны. Скоро и жидкая пища начала проходить съ трудомъ. Въ февралѣ мѣсяцѣ больной лечился йодистымъ калиемъ и послѣ первыхъ пріемовъ быстро почувствовалъ замѣтное улучшение. Въ настоящее время глотаетъ рубленую колбасу, запивая чѣмъ нибудь жидкимъ. За послѣднее время сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. При исследованіи внутренние органы не представляютъ ничего особеннаго, кромѣ небольшой эмфиземы легкихъ. Никакихъ явныхъ указаній на сифилисъ не найдено. При зондированіи пищевода ни одна олива не прошла, препятствіе находится на 27 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi. *Leuena*. Cathétérisme arqué.

20-го марта. Глотаетъ жидкую пищу. При зондированіи ни одна олива не прошла.

24-го апрѣля. При зондированіи прошла олива № 2-й. Больной за это время значительно похудѣлъ.

28) Больная *Матрена Каминская*, жена солдата, 51 года, была въ клиникѣ 22-го октября 1885 года. *Anamnesis*. Больная въ 35-лѣтняго возраста пила воду довольно неумѣренно. Музей ея былъ сильный potato и умеръ 49 лѣтъ отъ суженія пищевода. Четверо дѣтей живы и здоровы; сифилисъ не было. Въ теченіи жизни своей болѣла какою-то горечной формой, а въ юности перенесла оспу; но вообще пользовалась всегда прекраснымъ здоровьемъ. Со стороны наследственности ничего не найдено. Въ юнѣ мѣсяцѣ въ первый разъ замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увели-

чивалось, такъ что въ августѣ больная уже не могла принимать и мягкую пищу и начала кормиться исключительно жидкой пищей. Рвотокрарканя не было. *Status praesens*. Больная очень тучная, животъ огромный, жирный, ничего опредѣлить невозможно. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ непроходимое препятствіе на 27,5 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Въпоследствии и узналъ, что больная быстро стала худѣть и истощеніе дошло до оесораги. Въпоследствии и узналъ, что больная быстро стала худѣть и истощеніе дошло до оесораги. Въпоследствии и узналъ, что больная быстро стала худѣть и истощеніе дошло до оесораги. Въпоследствии и узналъ, что больная быстро стала худѣть и истощеніе дошло до оесораги. Въпоследствии и узналъ, что больная быстро стала худѣть и истощеніе дошло до оесораги.

### C. Раковая суженія нижней трети пищевода. Стационарные болѣлые:

29) Больной мѣщанинъ *Кладій Яковлевъ*, золотыхъ дѣлъ мастеръ, 47 лѣтъ; поступилъ въ клинику 27-го декабря 1883 года.

*Anamnesis*. Больной всегда былъ здоровъ, сифилисъ не имѣлъ. Вина пилъ довольно много. Съ августа мѣсяца 1883 г. сталъ чувствовать затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что 2 мѣсяца назадъ больной совершенно пересталъ принимать твердую пищу и сталъ питаться мягкой и жидкой пищей. Съ декабря лечится амбулаторно въ клиникѣ. Въ амбулаторной книгѣ значится: 9-го декабря. Глотаетъ свободно жидкости; но мягкую пищу съ большимъ трудомъ. Грудные и брюшные органы нормальны. Артеросклерозъ. На 33,5 сант. отъ зубовъ зондъ встрѣчается въ пищеводѣ препятствіе, пропускающее съ нѣкоторымъ затрудненіемъ малую оливу.

“XII. При катетеризаціи самая малая олива не прошла. Глотаетъ только жидкости.

*Status praesens*. Больной значительно истощенъ. Костная система правильная. Вѣсъ = 50, 745 gm. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдена одна лимфатическая железа припухшая. Первый тонъ сердца ad artemъ акцентированъ. Въ обеихъ легкихъ, особенно въ правомъ, находится разсыпные ronchi sonores et sibilantes. Въ области epigastrii ничего не пропущивается. Температура тѣла около 38°. При исследованіи пищевода зондомъ малая олива останавливается на 18,5 сант. отъ начала пищевода. *Diagnosis*.—cancer oesophagi.

28. Утр. t° тѣла = 38; вечеромъ = 38,2. Больной чувствуетъ себя хорошо и только жалуется на отсутствіе аппетита и на боли подъ ложечкой, распространяющіяся на различныя мѣста груди. Эти боли существуютъ у больного уже около двухъ недѣль.

29. t° урт. и вечер. = 37,7. Хриповъ въ легкихъ гораздо меньше. Глотаетъ жидкости.

30. t. нормальная. Въ легкихъ хрипы исчезли. Сонъ и аппетитъ у больного хороши. Глотаетъ жидкости совершенно свободно.

31. Общее состояніе больного удовлетворительное. Вѣсъ тѣла = 48,795 gm. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдены, кромѣ одной бывшей раньше, еще двѣ незначительно припухшія лимфатическія железы.

1-го по 6-е января. Общее состояніе больного безъ переменъ. Лимфатическія железы въ лѣвой надключичной ямкѣ значительно увеличивались въ объемѣ. Моча по количеству и качеству нормальная. Вѣсъ = 48,900 gm.

Съ 10-го по 14-е января у больного было затрудненное глотаніе жидкой пищи.

15-го—затрудненіе глотанія исчезло и больной снова началъ хорошо глотать жидкости.

Въ правой надключичной ямкѣ появилось нѣсколько увеличенныхъ лимфатическихъ железокъ. Зѣкъ по временамъ больной чувствуетъ стѣзьяющія боли. Вѣсъ = 49,000 gm.

16—22. Особенныхъ переменъ не замѣчено. Больной видимо поправляется, вѣсъ тѣла нарастаетъ = 50,000 gm. Глотаетъ свободно жидкую пищу.

23. Больной глотаетъ жидкую пищу съ нѣкоторымъ затрудненіемъ.

25. Затруднение глотания постепенно увеличивается. Большой глотает пищу маленькими глотками и чрезвычайно медленно. Жалуется на голод.

27. Большой жалуется на боли в правой половине затылка. Лимфатически железистые железы в правой надключичной ямке увеличились больше, а в левой остаются без видимой перемены. Давление на область epigastrii болезненно. Отправления кишечника правильны. Жидкую пищу глотает с большим трудом.

30. Жалуется на боли в голове и в области желудка. Глотание несколько свободнее. 1-го февраля. Вѣсъ тѣла = 51,000 gm. В области epigastrii очень нежно ощущается опухоль; эту область нельзя ощупать хорошо по случаю болей, которые при этом выявляются. Глотание затруднено.

4. Сегодня утром у больного был апоно, т. поднялся до 40,2°. Угнетение внутренних органов ничего не дает, кроме болезненности в области epigastrii. Вечером t° = 39,7. Глотает жидкую пищу с большим трудом.

5. Утр. и вечер. t° тѣла = 39,3. Жалобь никаких нет. Вѣсъ мало, глотает также трудно.

6. т. утр. = 39,2; вечер. = 39,5. Вчера вечером вдруг больной замечал, что жидкая пища проходит безболезненно и сегодня глотает совершенно свободно. В легких распространенные *toussi sonores*.

7. т. утр. = 38,1; вечер. = 38,8. Вчера вечером началась икота, которая продолжалась всю ночь, не смотря на подкожное впрыскивание морфия и ледь на область epigastrii. Глотает жидкую пищу совершенно свободно. Боли в области epigastrii гораздо сильнее.

8. т. утр. = 39,1; вечер. = 38,7. Икота продолжается. Живот напряжен; область epigastrii болезненна; подкожные вены живота с правой стороны резко выражены. Около нижнего угла правой лопатки найдено легкое припухание.

9. т. утр. = 38,5; вечером = 40,3. Икота сильнее; боли по всей правой половине живота. Вѣсъ тѣла 47,000 gm.

10—11. т. тѣла повышена. Икоты временами не бывает.

12. т. утр. = 38,4; вечер. = 39,2. Икота меньше и реже. Глотает свободно. Живот меньше напряжен и меньше болезнен, однако ощупать ничего нельзя. Тоны сердца глухи.

В легких масса хрипов, в задних долях гипостазы. Большой значительно ослабел.

14. т. утр. = 37,6; вечер. = 38,7. В правом коленном суставе появился болезненный выпот. На тыльной правой кисти найден абсцесс с лимфангозом, распространяющимся вверх по предплечью. На тыльной левой кисти и предплечья тоже найден лимфангоз. Икота гораздо реже. Большой сильно ослабел.

17. Температура по-прежнему высока. На тыльной правой кисти гнойник высосан шприцем. На тыльной поверхности нижней четверти левого предплечья образовалась краснота кожи и болезненность при давлении.

19. На крестце и лодыжках образуются пролежни. Правый коленный сустав в том-же состоянии. На средней правой предплечья повидимому образовывается межмышечный гнойник. На нижнем конце левой плеча образовался абсцесс, который высосан. Большой сильно ослабел; легкая желтуха. В легких гипостазы увеличиваются. Лихорадочное состояние продолжается.

21. т. утр. = 38; вечер. = 39,4. Большой сонлив и апатичен. Пульс слабый. На правом предплечье образовался абсцесс.

22. т. утр. и вечер. = 39,9. Сoporозное состояние больного. Пульс 120, нитевидный. В легких влакочущие хрипы. Дыханий = 30.

23. Большой умер в 10 часов утра. Перед смертью t° = 39,5.

*Autopsia.* Мягкая мозговая оболочка и вещество мозга отечны. Легкия свободны, ткань их протянута для воздуха, при разрыве выделяется большое количество плеврогенной жидкости (отек). В верхушке правого легкого находится очень величина с волосистой орех, при разрыве которого выходит плеврогенная жидкость. Мускулатура сердца вялая, драба. Подуздная заслонка аорты в состоянии атероматозного перерождения в незначительной

степени. На двусторонней заслонке тоже найдены атероматозные бляшки. Intima аорты покрыта бляшками атероматозного, фибринозного и отчасти известкового характера. На спиртовом препарате в нижней трети пищевода, несколько выше входа в желудок, на протяжении 6 сант. стѣнки его инфильтрированы, значительно утолщены, тверды. Инфильтрат занимает всю стѣнку пищевода и образует служение, пропускающее дуговое перо. На внутренней поверхности инфильтрированной части находится опоясывающая язва с вывороченными, деформированными, твердыми краями и мелкоулитым дном. В разрыве инфильтрат состоит из однородной белой массы, довольно мягкой и твердой. Через нежную диафрагму в брюшную полость выделяется несколько мозговидных узелков, окружающих вход в желудок. В салынгах над *pancreas* заключаются густая плеврогенная жидкость, окружающая несколько узлов мозговидного характера, достигающих величин лѣвого ореха. Слизистая оболочка желудка, кроме бѣдности, ничего особенного не представляет; полость желудка мала. В надпочечной кѣлочкѣ с правой стороны заключается густая гнойная масса. Правая почка больше лѣвой. При разрывѣ в обоих почках венозная застой. В кишках, кроме бѣдности слизистой оболочки, ничего не найдено. Печень увеличена в толщину, ткань ее буроватого цвѣта. Селезенка несомно увеличена, шире ее драба. В полости правого коленного сустава содержится чистая плеврогенная жидкость. В различных мѣстах тѣла в подкожной кѣлочкѣ и между мышцами, а также около некоторых суставов, найдены небольшие скопления плеврогенной густой жидкости. Костный мозг желтого цвѣта. При микроскопическом исследованіи сердо сильно развитой соединительной ткани найдены глыбки различной величины и формы, состоящие из мелких кѣлочек, без всякаго промежуточного вещества, с одним или двумя ядрами. В некоторых мѣстах препарата соединительно-тканная основа очень сильно развита и раковая глыбка представляется в видѣ осей, но в других мѣстах она, напротив, мало развита, такъ что представляется картина мозаики. Волокнистый рак.

30. Большой *Алексей Кириллов*, поступив в клинику 7-го ноября 1884 года, жалуется на невозможность проглатыванія твердой пищи и затрудненіе при глотаніи жидкой.

*Anamnesis.* Больному 48 лѣтъ отъ роду, торговец; вся его семья, состоящая из 5 дѣтей и жены, здорова; сифилиса никогда не болѣлъ. До 32-х лѣтъ не пилъ никакихъ спиртныхъ напитковъ, съ 32 до 35 лѣтъ пилъ много вина и вѣрнѣе виш (водки мало) и за эти три года было три раза *delirium tremens potatorum*; съ 35 лѣтъ почти совершенно не пьетъ спиртныхъ напитковъ. Полтора года тому назадъ сталъ страдать болѣю подѣ ложечкой, уменьшеніемъ аппетита и отрыжкой послѣ приема пищи. В мартѣ 1884 года болѣе в первый разъ почувствовалъ легкое затрудненіе глотанія кусковъ твердой пищи; это затрудненіе увеличивалось до юня мѣсяца, а в июль болѣе принужденъ былъ совершенно отказаться отъ твердой пищи и сталъ питаться исключительно жидкой и полужидкой. 20-го—27-го августа, послѣ усиленной ходьбы, была два раза рвота кровью свернувшейся и жидкой в большомъ количествѣ (болѣе фунта). В настоящее время болѣе питается жидкой пищей, эту пищу глотаетъ понемногу и съ трудомъ; часть пищи выходитъ обратно, такъ что болѣе постоянно чувствуетъ голодъ. Страдаетъ запорами два года.

*Status praesens.* Большой среднего тѣлосложенія, довольно сильно истощенъ, *panniculus adiposus* слабо развитъ, мускулатура порядочно развита, сидѣтъ правильный, на кождѣмъ ниче особенного не замѣчается. Животъ умеренно втянутъ, при опуханіи ничего пернормального не найдено. При перкуссии и аускультации груди тоже не найдено ничего пернормального, только тоны сердца глуховаты, но чисты. Артериосклерозъ умеренно развитъ. Доступнымъ ощущался лимфатически железъ не увеличенъ. При введеніи зонда въ пищеводъ, самая малая вода не проходитъ въ желудокъ, а останавливается на растояніи 33 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Прежде, съ 2-го октября по 7-е ноября, болѣе подвергался амбулаторно. Жидкую пищу онъ тогда глоталъ съ небольшимъ затрудненіемъ, почему ему было назначено два раза въ

недѣлю введеніе зонды (Cathétérisme arruqué) и всякій разъ послѣ катетеризаціи больной гораздо лучше глотала пищу и субъективно лучше себя чувствовала. За все это время зонды ни разу не проходили въ желудок и ни разу на одинъ день замѣцалась крови. Одна останавливалась на разстояніи 32—34 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ, следовательно суженіе пищевода находилось на 17—19 сант. отъ начала пищевода, т. е. въ нижней его трети. Не смотря на леченіе, больной продолжал худѣть и слабѣть силами, а главное мучил его голодъ и жажда, почему и предложена была gastrotomia, съ наковною цѣлью большой поступилъ въ клинику.

8-го ноября, въ 11 часовъ утра, операція была произведена проф. С. П. Коломиннымъ подъ хлороформомъ съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ асептики. Кожный разрѣзъ в *regio epigastri* длиной 6½ сант. шелъ параллельно 4-му реберному краю, отъ котораго отстоялъ на 2 сант.; отъ мечевидной отростка верхне-внутренній край разрѣза отстоялъ на 4 сант. и на 2½—3 сант. выше отъ срединной линіи; вскрыта *vagina m. recti abdominis sinistri*, по желобоватому зонду разрѣзана задняя пластинка и предъе вскрыты *cavi peritonei*, чрезвычайно тщательно оставлено было кровоточеніе, причѣмъ сосуды перевязаны дезинфицированнымъ шелкомъ и послѣ этого разрѣзана брюшина. Въ ранѣ представлялись глазами *colon transversum*, которая указательными и средними пальцами правой руки оператора оттянута книзу, и потомъ точнось же этими же пальцами захваченъ былъ желудокъ и безъ особеннаго натяженія извлеченъ черезъ рану брюшной стѣнки. Во время отскакиванія желудка пулъсо весьма ясно замѣцался. Убѣдившись по известнымъ признакамъ, что захваченный органъ есть желудокъ, операторъ, приблизительно на серединѣ между большой и малой кривизной желудка, чтобы избѣжать крупнѣхъ кровеносныхъ сосудовъ, наложилъ на стѣнку его двѣ толстыя изъ дезинфицированного шелка лигатуры на разстояніи 5-ти одна отъ другой, и такимъ образомъ желудокъ былъ фиксированъ въ ранѣ. Затѣмъ наложено было 8 глубокихъ швовъ изъ серебряной проволоки, захватывающихъ всю толщу брюшной стѣнки и серозную и мышечную оболочки желудка, строго избѣгая раненія слизистой оболочки его. Шелевые лигатуры, фиксирующія желудокъ въ углахъ раны, тоже употреблены были вмѣстѣ глубокими швами. Между этими глубокими швами наложено было еще 8 поверхностныхъ, соединяющихъ *peritoneum parietale cum peritoneo viscerali*. Такимъ образомъ передняя желудочная стѣнка закрывала провѣтъ брюшной раны. Изъ 8 серебряныхъ глубокихъ швовъ было наложено четыре 8-ми-образныхъ (2 сверху и 2 внизу). Послѣ операціи рана присыпана іодоформомъ, наложено нѣсколько пластовъ іодоформной марли и саллициловой ваты на пространствѣ нижней половины грудной и верхней половины брюшной полости и забинтовано флаanelевымъ бинтомъ. In *rectum* поставленъ лекарственный клистиръ изъ 20 капель T—tae *opii*. Температура вѣч.—38,2, до операціи—36,5.

9-го ноября. Температура утромъ = 36,8; вечеромъ = 37,1. Самочувствіе хорошее, сонъ тоже хорошъ; боли въ области раны умеренны; жалуется на головокруженіе и тошноту. Оказалось, что больной не можетъ мочиться, но въ пузырь найдена моча (ислѣдованіе *per rectum*), почему эластическимъ катетеромъ выдучено было 400 куб. сант. мочи, нашедшей кислой реакціи, уд. в. = 1015. Ненормальныхъ составныхъ частей въ мочѣ не найдено. Корителъ больной молокомъ, бульономъ, 4 яйца и мясного сока *3IV*; голода не чувствуетъ. Появизна не мѣнялась.

10-го ноября. Температура нормальна. Моча выводится катетеромъ 3 раза въ день. Суточное ея количество = 1000 куб. сант.; ненормальныхъ составныхъ частей не содержитъ. Появизна тоже не мѣнялась. Тошноты и головокруженія нѣтъ.

11-го ноября. Общее состояніе больного хорошее; выпиваетъ въ сутки 2 бутылки молока, 5 яицъ, порцію бульона, мясного сока *3IV* и вина (марсаза) *3ij*. Моча выводится катетеромъ, суточное ея количество = 900 куб. сант., уд. в. = 1015. Въ 3 часа дня появизна снята, причѣмъ рана изъшла весьма хорошей видъ. Желудокъ вскрытъ троакаромъ и въ отверстіе вставлена дренажная трубка, чрезъ которую введена въ желудокъ въ нѣсколько примѣровъ смѣсь изъ 4 яицъ, 1 кружки молока, 1 стакана бульона, пептонъ бульона *3ij* и

вина *3j*. Со дня вскрытія желудка рана присыпалась іодоформомъ и покрывалась компрессами изъ мягкой марли.

12-го ноября. Послѣ кормленія больного тошнито, почему назначено вводить пищу малыми порціями. Сегодня больной въ первый разъ послѣ операціи началъ самопроизвольно мочиться (трое сутокъ страдалъ задержаніемъ мочи). Была дефекація.

15-го—18-го ноября. Швы удалены, заживленіе раны *per primam intentionem*. Тошнота послѣ приема пищи продолжается, а одинъ разъ была даже рвота. Въ желудочный свищъ вставлена дренажная трубка большого калибра.

21-го—23-го ноября. Больной питается хорошо, тошнота прошла, чувствуетъ себя прекрасно, сидитъ на кровати. Рана зарубцовалась. Разрѣшена твердая пища. Вѣхото дренажной трубки въ желудочный свищъ введена серебряная канюля, закрывающаяся пробкой и удерживаемая эластической лентой, лежащей вокругъ живота. Больной разжевывать твердую пищу, вводитъ изъ рта въ трубку, по которой она проходитъ въ желудокъ. Если же пища задерживается въ трубкѣ, тогда больной стигаетомъ проталкиваетъ ее. Жидкая пища прямо вливается черезъ трубку въ желудокъ.

26-го ноября. Больной выписанъ изъ клиники значительно поправившимся, въ прекрасномъ настроеніи духа, такъ какъ послѣ операціи его не мучилъ ни голодъ, ни жажда, хотя онъ и жаловался на соноточеніе и сухость во рту.

30-го ноября. Больной явился въ клинику съ жалобами на то, что содержимое желудка просачивается и раздѣляетъ кожу вокругъ фистулы. Дѣйствительно оказалось, что, возвратясь изъ клиники домой и чувствуя себя бодрымъ, больной горячо принялся за свои дѣла, уселено ходилъ, исправно питался и мало обращалъ вниманія на фистулу, сдѣланный чего явилось просачиваніе содержимого желудка изъ фистулы. Тогда больной, думая, что вставленная въ фистулу серебряная канюля слишкомъ тонка, вынулъ ее, наверхъ на нее марлю и снова ввелъ въ фистулу съ нѣкоторымъ насиліемъ. Послѣ этого просачиваніе желудочного содержимого прекратилось, но черезъ нѣсколько времени снова появилось, кожа вокругъ фистулы сильно покрасѣла и на ней мѣстами образовались ссадины. Больной былъ оставленъ въ клиникѣ. Серебряная канюля вынута и вставлена каучуковая трубка. Назначено правильное кормленіе, тщательная чистота и покой, послѣ чего черезъ нѣсколько дней всѣ эти непріятныя осложненія прошли. Послѣ этого ничего не знали о больномъ до 6-го января 1885 года; въ этотъ день я былъ у больного и нашелъ, что съ нѣдѣлю тому назадъ, вслѣдствіе небрежнаго его отношенія къ фистулѣ и небрежности въ діетѣ, у него снова явилось просачиваніе изъ фистулы содержимого желудка, снова явилась краснота и ссадины на кожѣ вокругъ фистулы; къ этому присоединилось катаральное состояніе желудочно-кишечнаго канала, выражающееся уменьшеніемъ аппетита, отрыжкой и тошнотой послѣ приема пищи и поносомъ.—Больной поухудѣлъ и ослабѣлъ настолько, что принужденъ лежать въ постели. Ко всему этому съ 4-го января у него всякій разъ, при проглатываніи слюны, чая, водки и т. п. является сильный приступъ кашля, соединенный съ удрученіемъ, такъ что больной въ настоящее время совершенно пересталъ глотать слюну и отказался вводить жидкую пищу естественнымъ путемъ, что прежде дѣлалъ по временамъ довольно свободно. Такъ какъ больной не въ состояніи глотать слюну, явилось самоотеченіе, сухость во рту и сильная жажда, которую онъ не можетъ утолить. Не смотря на все это, при соответствующемъ діетическомъ содержаніи, больной сталъ поправляться и 13-го января въ состояніи былъ сидѣть и прійтисъ по коматѣ.

18-го января. Я снова былъ у больного; онъ жаловался на сильный кашель, который не даетъ ему спать. При выслушаніи въ нижней доль правого легкаго найдена масса влажныхъ хриповъ и притупленіе перкуторнаго тона. Дыханіе завоинное. Мокрота гнойная и тоже завоинная. Температура тѣла = 39,2. Больной большею частью лежитъ въ кровати и видимо слабѣетъ. Ко всему этому снова явилось припадки катары желудочно-кишечнаго канала, выражающіяся тошнотой и отрыжкой послѣ приема пищи и поносомъ, до 4 разъ въ сутки, жидкими желенопатога дѣйта массами.

22-го января. При моем посещении больного я нашел те же явления: Температура тела повышена, дыхание зловонное, мокрота гнойная и тоже зловонная. При выслушивании в нижней доле правого легкого огромное количество влажных хрипов, в остальных долях правого легкого и в левом найдено небольшое количество сухих и влажных хрипов; понос меньше.

27-го января. У больного те же явления, видимо слабеть. Со стороны желудочной фистулы нет никаких осложнений. Умер в февраль мѣсяцѣ. Воскресие не было произведено.

31) Большая мѣщанка *Ольга Гавриленко*, 38 лѣтъ, поступила въ клинику 28-го декабря 1881 года съ жалобой на непроходимость даже жидкой пищи.

*Anamnesis.* Больная уроженка С.-Петербургской губернии, православная вѣрславная дѣвица, супруга класноно дамоу въ Александровскомъ детскомъ приютѣ. О развитіи своей болѣзни она передавала такъ: давно уже страдала запорами; въ мартѣ мѣсяцѣ 1881 года у ней появлялся боль подъ ложечкой и въ подреберьяхъ, отдающаяся въ лопатки. Въ июлѣ мѣсяцѣ больная въ первый разъ почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Весъ августъ глотаніе опять было свободно. Но съ начала сентября твердая пища снова стала проходить съ трудомъ, а недѣли черезъ дѣй совсемъ не проходила. До 23-го ноября больная могла еще свободно глотать жидкую пищу, но съ 23-го ноября и жидкая пища проходила уже въ незначительномъ количествѣ, остальное точнѣе же выводилось обратно рвотой. Больная питалась исключительно питательными клизмами: Лихорадки за все время болѣзни не было. По временамъ появлялась икота, которая однако скоро прекращалась. За послѣдніе два мѣсяца, по словамъ родственниковъ и самой больной, она очень похудѣла и ослабла.

*Status praesens.* При наружномъ осмотрѣ больная найдена очень худой и истощенно. Исследование грудныхъ органовъ ничего не даю, кромѣ слабости сердечныхъ тоновъ и анемичныхъ шумовъ въ венахъ. Брюшные органы, за исключеніемъ болезненности при давленіи на *reg. hypochondrii dextri*, также ничего особеннаго не представляли. При исследованіи пищевода зондомъ, въ нижней его части найдено суженіе, непроходимое для самой малой дуэны. Ни въ рвотѣ, ни на зондѣ ничего, кромѣ принятой пищи, не замечалось. Больная могла проглатывать небольшими порціями жидкую пищу, причемъ выслушиваніе давало, кромѣ нормальнаго глотка, продолжительный, непрерывно слѣдующій за послѣднимъ, жужжащій шумъ струи, который болѣе или меньше прерывался. Вечеромъ температура 36,5; пульсъ 90, скорый и мягкій; дыханіи 24. Въ виду сильнаго истощенія больной, чтобы дать ей болѣе силъ къ перенесенію операціи гастроэтоміи, 29-го декабря, въ 12 часовъ дня, ей сдѣлана была безъ хлороформа предварительная артериальная трансфузія. Въ периферическій концѣ арт. *rad. sinistrae* было перелито  $\frac{7}{16}$  унцъ дефибрированной крови.

Вся операція продолжалась  $\frac{1}{2}$  часа. Ставъ былъ непродолжительный. Во время операціи больная ни на что не жаловалась; остальную часть дня провела хорошо. Вечеромъ  $t^{\circ} = 36,7$ . Ночью больная спала четыре часа; два раза у ней появлялся, не на долго икота, къ утру появившаяся значительный істерусъ.

30-го декабря. Общее состояніе удовлетворительно. Въ теченіи дня было два жидких испраженія безъ боли въ животѣ. Глотаніе, по словамъ больной, было свободнѣе. Глотать отъ той же чайной ложки при выслушиваніи какъ будто было короче.  $T^{\circ}$  утр. = 36,5; вечер.  $t^{\circ} = 36,9$ ; R. = 96 полный и твердый; R. = 24.

31-го. Желудокъ совершенно пропал. Общее состояніе больной, повидимому, лучше; однако 3—4 раза въ сутки была икота.  $T^{\circ}$  утр. = 36,3; вечер. = 36,5; R. = 56 замѣтно медленнѣе и тверже; R. = 24.

1-го января 1882 года замѣтныхъ перемѣвъ въ общемъ состояніи больной не было.  $T^{\circ}$  утр. = 36,2; вечер.  $t^{\circ} = 36,5$ ; R. = 78; R. = 24.

2-го января утромъ подъ хлороформомъ сдѣлана была гастроэтомія безъ вскрытія самага желудка. Възду отъ срединной линіи живота, параллельно краю реберъ, сдѣланъ

былъ разрѣзъ сверху внизъ и справа надѣво и въ этотъ разрѣзъ восьмью металлическими швами шита была передняя стѣнка желудка. Операція продолжалась 45 минутъ. Спустя  $\frac{3}{4}$  часа послѣ операціи, изъ раны появилось кровотеченіе, для болѣе очень большое. Р., бывшій до того полнаымъ, рѣзко измѣнился, — онь упалъ. Вследствіе этого болѣной была сдѣлана вторичная трансфузія, — въ правую *arter. radialis* было перелито  $\frac{4}{16}$  унцъ дефибрированной крови. Р. скоро поднялся. Больная положена была на лѣвый бокъ. На рану брошенной стѣнки положен былъ пузырь со льдомъ, а рана на рукѣ была стянута полосками липкаго пластыря. Вечеромъ  $t^{\circ} = 36,5$ ; пульсъ сталъ замѣтно опять падать, къ ночи былъ 120, скорый и мягкій. Ночью силы больной были уже очень плохи. 3-го января утромъ была сдѣлана клизма Лейба, давалось вино. Въ 10 час.  $t^{\circ} = 36,3$ ; R. = 140, дилативный. Введено было подъ кожу  $\frac{1}{4}$  драхмы *aeth. sulph.* Черезъ 2 часа пульсъ сталъ немного лучше. Сдѣлана была еще клизма Лейба съ виномъ. Въ 2 часа Р. опять сталъ быстро падать и въ 3  $\frac{1}{2}$  часа былъ слабѣе, чѣмъ утромъ. Введено было еще  $\frac{1}{8}$  драхмы *aeth. sulph.* подъ кожу. Но Р. не улучшался. Больная была въ полномъ сознаніи, жалобы — на полный упадокъ силъ и боли во всемъ тѣлѣ. Въ 4  $\frac{1}{2}$  часа Р. една прерывалась. Въ 5 час. введеною большой  $\frac{1}{8}$  драхмы *tinct. moschi*. Р. не улучшился, едва былъ ощутимъ. Въ 5  $\frac{1}{2}$  час. больная умерла.

*Autopsia.* Мѣтная мѣтловая оболочка макротома, тонкая, отдѣляется легко; въ боковыхъ желудочкахъ значительное количество серозной жидкости; желтая вена *epinima* были налиты кровью; вещество анемично, ткань дряблая. In *region. epigast.* възду отъ срединной линіи рана дюйма въ 3 дюйма, идущая параллельно краю реберъ; верхній свободный край раны покрытъ сѣрымъ гнойнымъ налетомъ; оба края пришиты металлическими швами къ серозной оболочкѣ *ventriculi*; на дѣлѣ раны видна серозная оболочка желудка. Сердце немного уменьшено въ объемѣ; лѣвый желудочекъ сердца сжатъ; мускулатура его буроватого цвѣта; на правой половинѣ значительное развитіе жира; въ обѣихъ полостяхъ сердца содержится сгустки крови. Клапаны безъ измѣненій. Лѣвое легкое въ верхней части срощено съ грудною кѣткою старыми ложными переносками; верхушка легкаго эмфизематозна; передній отдѣлъ малокровенъ; въ задней части 2 темныхъ фокуса величиною въ лѣсной орѣхъ. Верхушка правого легкаго также срощена съ грудною стѣнкою старыми ложными переносками; передній отдѣлъ правого легкаго эмфизематозенъ и малокровенъ; въ задней части, на периферіи четыре темнаго цвѣта фокуса, три изъ нихъ величиною въ конопольное зерно, а одинъ въ лѣсной орѣхъ; остальные отдѣлы легкихъ тоже малокровны. Всѣ фокусы въ верхушкахъ легкихъ при давленіи даютъ гнѣзную жидкость. Между раздвинутыми пучками *musculi obliqui abd.* едъ подъ верхними краями раны кровоизліаніе. Печень малокровна; лѣвая доля ея утолщена; ткань въ разрѣзѣ блѣдная; на поверхности выступаютъ темная пятна. Желчный пузырь наполненъ жидкою детритнаго цвѣта, растянута. По вскрытіи брюшной полости, наружные края раны соответствуютъ части желудка на болѣной кривизнѣ около дна; въ нижней части *oesophagi*, выше *cardiae*, находится опухоль, суживающая просвѣтъ его, величину въ небольшое куриное яйцо. Часть опухоли, находящейся на задней стѣнкѣ *oesophagi*, представляетъ разрушеніе; боковые части опухоли плотныя, блѣдаго цвѣта. Слизистая оболочка желудка блѣдно-зеленоватого-грязнаго цвѣта; въ полости содержится густая жидкость. Селезенка довольно плотна; капсула ея утолщена; величина нормальная. *Pancreas* блѣдна. Обѣ почки увеличены въ объемѣ; лоханки растянуты, блѣдны; при давленіи, изъ сосочковъ пирамиды вытекаетъ мутная жидкость, ткань почечъ плотна. Просвѣтъ тонкихъ кишечъ очень малъ; слизистая оболочка ихъ блѣда, стѣнки тонки; въ нижней части жидкость фекальнаго характера. Въ толстыхъ кишкахъ значительное количество плотныхъ фекальных массъ. Слизистая оболочка мочевого пузыря блѣдна. На поверхности яичниковъ экстравазаты. Матка представляетъ легкое вскрышеніе впередъ; стѣнки ея блѣдны и плотны; каналъ очень малъ. На микроскопическихъ срѣзкахъ видны эпителиальная гнѣзда разнообразной формъ, заложеныя среди довольно обильной соединительной ткани. Гнѣзда состоятъ изъ большихъ плоскихъ эпителиальныхъ кѣткокъ, которыя болѣею частью,

вследствие концентрических наслоений, образуют жемчужины. Раковина гильда встречается и среди пучков мышечной ткани. Плоско-эпителиальный рак.

32) Большой отставной рядовой Фрикс Сурутт, сапожник, 63 лет, поступил в клинику 31-го декабря 1885 года.

*Anamnesis.* Раньше всегда был здоров и вел трезвую жизнь. Женат и все семейные здоровы. Со стороны наследственности ничего нет. Ни сифилиса, ни уретрита не имел, точно также на кожу никогда не было никаких сыпей. Вольной курить очень много и несколько лет уже как страдает кашлем, особенно по утрам. Волею около двух лет. Прежде приблизительно в продолжении года большой чувствовал жжение, а временами колющая боль в области желудка, аппетит уменьшился, тошнота и рвота не было. В конце декабря 1884 года больной в первый раз почувствовал затруднение при глотании твердой пищи. Это затруднение глотания постепенно усилывалось и около апреля месяца больной перестал принимать твердую пищу, стал питаться по-жидкой, которая временами хорошо проходила, но иногда останавливалась и тогда же регургитировалась. Вместе с этим больной стал чувствовать боли в груди и между лопатками, часто стала появляться мучительная жкота, а впоследствии явились запоры; кровохарканье никогда не было. С тех пор назад больной стал исключительно питаться жидкой пищей, которая последние недели дня проходит с большим трудом, так что больной постоянно чувствует голод. Значительно похудел и ослабел. Сердцебиением и отдышкой больной не страдает. Жалуется на сильный голод.

*Status praesens.* Больной сильно истощен, живот корытообразно втянут. Костная система не представляет ничего особенного. Артерисколов ушренных. Постоянно у больного отрыжка; грудь нормальна, перкуссия ничего не дает, кроме небольшой эмфиземы; при выслушивании не слышны хрипы, хрипы слышны хрипы. Тоны сердца и сосудов чисты, только первый тон сердца немного глуховат. Левая доля печени увеличена в объеме и болзненна при оцупывании; селезенка не увеличена. Шен нормальна, лимфатическая железа не увеличена. При зондировании пищевода самая малая олива останавливается на 36,5—37 сант. от зубов. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

1-го ноября t. утр.—36,4; вечер.—36,2. Вольной с большим трудом глотает жидкую пищу. Суточное количество мочи—550 к. с., уд. в.—1028, кислой реакции, белка нет; мочевины 19 gm., хлоридов 5,4. В правой верхушке легкого слышны выдых и *ronchi subcrepitantes*. Первый тон сердца глух и нечеток. Назначены питательные клистиры Leube.

2.—4<sup>е</sup> утр.—36. В час дня больному проф. С. П. Колюшинским сделана гастростомия под наркозом смеси из 2 частей хлороформа и одной части эфира. Разрыв около 6 1/2 сант. длины параллельно левому реберному краю, отступа от средней линии на 3 сант. влево и на 1 1/2—2 сант. ниже лопных ребер. По вскрытии брюшной полости воздух с шумом вошел. Желудок тотчас же был найден и пришит к краям брюшной раны 16-ю серебряными швами, из них 9 поверхностных и 7 глубоких 8-образных. Шелевые лигатуры, удерживающие желудок, были удалены и на место их наложены пристыковочные лигатуры. Сейчас же после операции товким траваком вскрыты был желудок и вставлена дренажная трубка, чрез которую в желудок введено было около стакана профильтрованной чрез марлю смеси из молока, бульона, яйца и вина. Наложена простая повязка. После операции больной жаловался на боли, жжение в ране и особенное неприятное ощущение, точно весь живот тянут. На рану была положена мшинок со льдом. <sup>4</sup>е вечер.—36,4; пульс 44, полный. Высыкивание эфира, после чего пульс—56—59.

3.—4<sup>е</sup> утр.—37,5; вечер 38. Ночью кашель не давал больному спать. Пульс—78—80, полный. Живот особенно не чувствителен. Больной мучает жажда, пробовал глотать воду, но она не проходит. Назначены кусочки льда, вдыхание дегтярной воды из Вульфовой склянки и шорлинг в порошок. Кормление дается чрез 3 часа. Суточное количество мочи—500 к. с., уд. в.—1028, кислая, насыщенная, белка нет.

4—6. t.—нормальная. Реакция раны ушренная, кашель продолжается. Мокрота густая, клейкая, желтовато-белого цвета. Мочи 450 к. с., кислая, насыщенная, уд. в.—1030.

7—10. t.—нормальная, вечер. повышается до 38. В легких масса влажных хрипов. Мокрота слизисто-гноиная с запахом. Мочи от 600—700 к. с., уд. в.—1027.

Реакция раны крайне вялая. <sup>4</sup>е утр.—нормальная. Пульс 44, полный. Высыкивание эфира, после чего пульс—56—59.

11. t.—нормальная. Сны все поверхностные шны. <sup>4</sup>е утр.—нормальная. Пульс 44, полный. Высыкивание эфира, после чего пульс—56—59.

12—13. t.—нормальная. Появился сильный понос, вследствие чего больной ослабел. Жалуется на жажду. Около шва образовалось маленькое нарывчик. Сны все глубокие шны. Мочи 250 к. с., чрезвычайно насыщенной, мутной, с большим осадком кирпичного цвета, растворяющегося при подогривании; белка нет. Назначены крахмальные клистиры с ойной настоей.

14—15. Общее состояние больного ухудшается, слабость прогрессирует. Понос прекратился. Кашель продолжается, выделяется большое количество зловонных гноинных масс. Гипостазы в легких. В ране грануляции распадаются. Мочи 450 к. с., насыщенная, с обильным осадком уратов.

16.—Вблизи наружного угла раны в толще брюшной стьнки образовалась припухлость, кожа покрасилась, боли. <sup>4</sup>е тьла—39; P.—60. Жажда сильная. Аппетита нет, просить его не кормят. Кашель с обильной зловонной мокротой; зловонное дыхание. Понос жидкими вонючими массами. Назначены крахмальные клистиры с ойной настоей.

17—18. На месте припухлости в наружном углу раны образовалась небольшой гноинный, который вскрыты; вышло около 1/2 чайной ложки густого гноя и извлечен оставленный серебряный шов. В легких тьже явления. Понос прекратился. Мочи 400 к. с., насыщенная; с обильным осадком уратов.

19. Больной крайне слаб, в состоянии пространия. Отказывается от кормления. Сильная жажда. Понос подь себя. Пульс неправильный с переборами, трудно сосчитываемый и крайне слабый, около 80. Мочи около 200 к. с.

20. Больной без сознания. Пульс нитевидный. Рана сухая. Умер в 4 1/2 часа утра 21-го ноября.

*Autopsia.* Труп представляет крайнюю степень исхудания. На передней стьнке живота, на расстоянии 2 сант. влево от *linea alba* и на 3 сант. ниже льных лопных ребер, замечается рана овальной формы, в продольном разьме около 5 сант. и в поперечном 3 сант. с зарубцевавшимися краями. Дно раны образует передняя стьнка желудка, плотно приросшая к краям ее. Почти по средине чрез нее вставлена в полость желудка дренажная трубка среднего калибра. Правое легкое обемисто, основаньем и верхушкой приращено к грудной стьнке. Плева его мутна, покраята фибринозным налетом. Тянь легкого, преимущественно в нижних долях, большею частью гелизированной с расширенными бронхами. Гепатизация эта большею частью в виде гильд, величиною от горошины до куриного яйца, в разьме сьрвато-красного цвета. Во многих гелизированных участках замечаются полости от горошины до льсного ореха, содержащая хворозныя, лищицеобразная масса грязно-сьрого цвета. Мелкие бронхи содержат гноевидную слизь и такая же хворозная масса, как и в полостях среди гелизированных участков. Льное легкое свободно, в верхушке очень плотная гильда пигментированная и омьльшая. Нижняя доля опеченена. Сердце 11 сант. в продольном и поперечном разьмах; жира по бороздам нет; сосуды подь ребра гелизированной; полости желудочные увеличены. стьнки истощены, дряблы, буроватого цвета. Клапаны нормальны, на *intima* ворта небольшая склеротическая утолщения. Печень немного уменьшена, дрябл, бурого цвета. Селезенка сморщенная, плотно приращена к диафрагме, малокровная, трабекулы ее утолщены. Почки нормальной величины, тянь их дрябл, малокровны; капсула снимается с трудом; в корковом слое расьсны в большом количестве сероватые вьсты, величиною с просное зерно. На спиртовом препарате пищевода, на 1 сант. выше входа в желудок на протяжении 5 сант. представляются сьужение; стьнки его на этом месте утолщены, тверды, сьро-оливадно,

мѣстами желтоватаго цвѣта; инфильтратъ занимаетъ всю толщину стѣнки пищевода. Слизистая оболочка пищевода въ суженной части глубоко изъязвлена; язва съ отвороченными, неправильными, твердыми краями и мелкобугристыми съ глубокими трещинами дномъ. Одна изъ соседнихъ лимфатическихъ железъ увеличена до небольшого лѣноваго орѣха и превращена въ сплошную однородную опухоль желтоватаго цвѣта; въ остальныхъ отдаленныхъ лимфатическихъ железахъ не представляетъ. Горныя, дыхательное горло и бронхи, кровяныя инъекціи слизистой оболочки, другихъ лимфатическихъ железъ увеличены и окрашены въ сѣро-розоватый цвѣтъ. Слизистая оболочка желудка блѣдна. Въ кишкахъ мѣстами гипертрофированной слизистой оболочки. Мочевой пузырь сжатъ, мышечный слой его значительно утолщенъ, слизистая оболочка слегка гипертрофирована. Prostate увеличена, представляетъ собою уретры три бугристыхъ выроста, изъ которыхъ среднее вается въ полость мочевого пузыря. Въ остальныхъ органахъ лимфатическая инфильтрація не найдена. При микроскопическомъ исследованіи опухоль пищевода, среди довольно обильнаго соединительно-тканнаго остатка, найдены раковыя гнѣзда въ видѣ цилиндровъ съ многочисленными отростками, состоящая изъ средней величины плоскихъ эпителиальныхъ клетокъ, которыя частью расположены неправильно, а частью образуютъ жемчужники изъ концентрическихъ наслоенныхъ ороговѣвшихъ клеточныхъ пластинокъ. Раковыя гнѣзда находятся также и среди мышечныхъ пучковъ. 4) Плоско-эпителиальный ракъ.

33) Большой подслупникъ, *Петръ Михайловъ*, 46 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22-го февраля 1883 года. Вѣсъ въ то время былъ 64,200 гм. Состояніе здоровья въ то время было удовлетворительнымъ. Въ молодые года больной сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Въ первый разъ затрудненіе глотанія твердой пищей появилось въ августѣ 1882 года. Здѣсь больной замѣтилъ, что пища останавливалась на урвнѣ межевиднаго отростка и тотчасъ же выходила обратно. Съ этого времени затрудненіе глотанія стало постепенно увеличиваться и въ началѣ декабря больной не могъ глотать твердой пищи и питался только молокомъ и сырыми яйцами, а съ 19-го февраля пересталъ проглатывать и жидкую пищу. Съ 15-го декабря по 8-е января больной лечился въ клиникѣ проф. С. П. Боткина; здѣсь вѣсъ его колебался отъ 64,200 до 65,200 гм. Три дня уже какъ больной не можетъ ничего проглотить, даже и воды. Жадуетъ на мучительную жажду и сухость во рту. Въ послѣднее время сильно ослабѣлъ.

*Status praesens.* Большой кривцаго тѣлосложенія, мажорный и крайне истощенный. Животъ сильно втянутъ, чрезъ брюшную стѣнку прощупываются плотные узлы въ различныхъ мѣстахъ брюшной полости. Печень увеличена и немного блѣднѣе. Остальные органы не представляютъ ничего особеннаго. При исследованіи пищевода зондомъ малая овина не проходитъ и останавливается на 37 сант. отъ зубовъ. Большаго не слабого узла двѣ недѣли. Суточное количество мочи — 340 к. с., насыщенная, уд. в. = 1030, бѣлая и сахара нѣтъ, но содержитъ обильный осадокъ мочевой кислоты. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Назначены питательные клистиры Leube и catheterisme arduumъ два раза въ недѣлю.

25. Клистиры Leube удерживаются хорошо, catheterisme arduumъ. Послѣ катеризаціи стады глотать молоко.

Дальше, съ 26-го февраля по 8-е марта, больной каждый разъ послѣ катеризаціи могъ глотать молоко и этикъ поддерживалъ силы свои довольно удовлетворительно, но съ 9-го марта глотаніе сдѣлалось абсолютно невозможнымъ, каждый глотокъ молока или воды, спустя нѣсколько секундъ, выбрасывался обратно. Силы больного настолько упали, что при малѣйшемъ движеніи появлялось головокруженіе, потемнѣніе въ глазахъ и тушность слуха. Вѣсъ = 50,427 гм. Больной умолялъ, чтобы его какъ нибудь накормили. Въздѣтвіе этого, 12-го марта, проф. С. П. Коломинскимъ, при соблюденіи всѣхъ правилъ антисептики и подъ хлороформомъ, сдѣлана была большая гастротомія. Кожный разрывъ въ 6 сант. длины параллельно лѣвому реберному краю и отстоящій отъ него на 2 сант. Желудокъ и colon transversum не видны въ ранѣ. Желудокъ удалено легко извлечь и приняти безъ особенныхъ натяженій къ брюшной стѣнкѣ. Наложено 11 глубокихъ

швовъ, проникающихъ чрезъ всю толщу брюшной стѣнки и чрезъ серозную и мышечную оболочки желудка; семь поверхностныхъ швовъ, расположенныхъ въ промежуткахъ между вышеупомянутыми швами и соединяющие peritoneum parietale cum peritoneo viscerale. Изъ первыхъ 11-ти швовъ—9 металлическихъ восьмиобразныхъ и два шелковыхъ; поверхностные швы тоже шелковыя. Послѣ операціи наложена антисептическая повязка. Вечеромъ большой ни на что не жаловался, Р=52, t°—нормальная.

13. Температура нормальная. Жадуетъ на легкую боль въблизи раны во время кашица. Повязка не снималась.

14. Повязка сыта; реакція въблизи раны умеренная. Желудокъ былъ вскрытъ троакаромъ и вставлена дренажная трубка, чрезъ которую была введена жидкая пища. Кормленіе производится чрезъ каждые 3 часа. Послѣ этого рана оставлена открытой подъ компрессами, смоченными въ Буровой жидкости. Заживленіе раны шло безъ всякихъ осложненій; чрезъ 6 дней сняты всѣ поверхностные швы, а чрезъ 2 недѣли во всю глубину. Большой началъ вводить себя въ желудокъ мягкую пищу и рубленую говядину. Аппетитъ очень хорошъ. Чувствуетъ себя очень хорошо и замѣтно пополнѣлъ. Узлы, прощупываемые чрезъ брюшную стѣнку и принимаемые за раковыя метастазы, многіе исчезли.

29. Въблизи желудочной фистулы въ толщѣ брюшной стѣнки образовался величюю въ куриное яйцо абсцессъ, который былъ вскрытъ и здѣсь найденъ остатокъ бывшего шва.

6-го апрѣля. Разрывъ гнойника совершенно зарубцевался. Желудочная фистула образуетъ плотное кольцо, тѣсно обхватывающее металлическую канюлю съ диаметромъ—1,3 сант., введенную чрезъ фистулу въ желудокъ. Большой очень поправился. Вѣсъ = 54,016 гм., т. е. прибавился на 9 ф. чрезъ 24 дня послѣ операціи.

20. Большой ходитъ, чувствуетъ себя бодрымъ. Жадуетъ на жакду и сухость во рту, а также на стрѣляющія боли въ груди, которыя временами то появляются, то исчезаютъ. Больной маленькими глотками сталъ глотать жидкую пищу.

23. Вѣсъ=59,110 гм., т. е. прибавился на 21,2 фунта чрезъ 42 дня послѣ операціи 30-го апрѣля. Большой переведенъ былъ въ клинику проф. Чудновскаго, гдѣ 12-го мая внезапно умеръ отъ кровоточенія чрезъ носъ и ротъ, сопровождающагося кровавой рвотой.

*Autopsia.* Трупъ довольно крѣпкаго сложенія, общіе покровы и мышцы блѣдны. На кожѣ живота, дюйма на 3 ниже и влѣво отъ межевиднаго отростка грудной кости, находится фистулезное отверстіе, около 2,5 сант. въ діаметрѣ, послѣ гастротоміи. Чрезъ это отверстіе палецъ входитъ въ желудокъ около большой его кривизны и antrum pylori; кругомъ отверстія желудка плотно приращенъ къ брюшной стѣнкѣ. Въ остальныхъ мѣстахъ серозная оболочка желудка нормальная и не представляетъ никакихъ патологическихъ измѣненій съ соседними частями. Желудокъ наполненъ весьма объемистыми, свѣжими кровяными сгустками. Слизистая оболочка покрыта слизью, морщиниста, блѣдна. На спиртовомъ препаратѣ около cardiae на задней стѣнкѣ желудка слизистая оболочка представляетъ бугристую вслѣдствіе развитія въ толщѣ ея опухоли плотной консистенціи, бѣловатаго цвѣта; въострой опухоль изъязвлена. Съ слизистой оболочки желудка инфильтратъ переходитъ на пищеводъ, занимаетъ всю толщу стѣнокъ его, начиная отъ cardiae вверхъ на протяженіи 12 сант., вслѣдствіе чего просвѣтъ этой части пищевода суженъ значительно, такъ что съ трудомъ пропускаетъ гусяное перо. Пораженная часть пищевода плотно срослена съ грудной артерій, стѣнки которой инфильтрированы на большой или меньшей глубинѣ. При разрывѣ стѣнки инфильтрированной части пищевода утолщенъ до 6 мм., плотны, бѣловатаго цвѣта; на внутренней поверхности этой части пищевода представляется глубокая круговая язва, распространяющаяся на заднюю стѣнку желудка въблизи его входа; вверхъ и внизъ края раны выворочены, неправильны и тверды; дно явы мелкобугристая. На задней стѣнкѣ инфильтрированной части пищевода, на 4 сант. ниже верхняго края явы, найдено отверстіе въ грудную артерію, вслѣдствіе чего образовалось сообщеніе артерій съ пищеводомъ; это отверстіе на intima aortae имѣетъ около 2-хъ линій въ діаметрѣ. Въ пищеводѣ, дыхательномъ горлѣ и бронхахъ жидкая, частью

свернувшаяся кровь. Лимфатические железы около правого бронха увеличены, пигментированы и содержат бляватые узелки. Правое легкое ниже бронха сращено съ пищеводомъ, оттуда язва переходитъ отчасти на легкое, которое вблизи этого мѣста гепатизировано, сѣраго цвѣта. Плевра нижней доли покрыта фибринознымъ налетомъ. Лѣвое легкое плотно сращено съ грудной кѣткой. Ткань обонхъ легкихъ проходима для воздуха, мѣстами эмфизематозна, отечна. Кишки кромѣ блѣдности ничего ненормальнаго не представляютъ; въ толщѣ кишекъ небольшое набуханіе солитарныхъ железъ. Сердце сжато, содержитъ очень мало кровяныхъ свертковъ; стѣнки его нормальной толщины, блѣдно-коричневаго цвѣта; клапаны и *intima* сосудовъ безъ изменений. Печень немного сморщена, ткань ее дряблая, малокровна, мускатна; въ верхнихъ слояхъ правой доли найдена опухоль въ лѣсной орѣхъ бѣлаго цвѣта и нѣсколько мелкихъ узелковъ въ конопляное зерно. Селезенка нормальной величины, сморщена и малокровна. Почки блѣдны и плотны. Мягкая мозговая оболочка отечна, снимается легко. Мозгъ содержитъ умѣренное количество крови. Подъ эпидимой, на границѣ праваго *corpus striatum* и *talamus opticus*, небольшой гнѣздъ краснаго цвѣта. Сосуды основанія мозга не изменены. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдены раковыя гнѣзда разнообразной формы и величины, залегающія то въ скудно развитомъ соединительно-тканномъ остовѣ, то среди толстыхъ лучковъ волокнистой ткани. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ раковыя кѣтки выпали и видны нѣжныя соединительно-тканныя перекладины. Въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ эти перекладины развиты, видна инфильтрація грануляционными элементами. Раковыя гнѣзда находятся во всѣхъ слояхъ пищевода и состоятъ изъ довольно крупныхъ опитейальныхъ пясковъ кѣтокъ, которыя имѣютъ большую наклонность образовывать концентрическія наслоенія, вслѣдствіе чего въ большомъ числѣ гнѣздъ раковыя кѣтки по периферіи расположены неправильно, а въ центрѣ видна одна или нѣсколько ороговѣвшихъ жемчужинъ. Въ другихъ мѣстахъ все гнѣздо состоитъ изъ одной большой жемчужины. Плоско-опитейальный ракъ.

34) Больной крестьянинъ *Накифоръ Осиповъ*, 49 лѣтъ, поступилъ въ клинику 14-го января 1883 года. Лѣтомъ больной лежалъ во второмъ хирургическомъ отдѣленіи клиническаго военнаго госпиталя, гдѣ ему, 20-го іюля 1882 года, была сдѣлана д-ромъ В. П. Діаннинымъ гастротомія. По справкамъ оказалось слѣдующее: больной поступилъ въ госпиталь 16-го іюля 1882 года, жалуюсь на невозможность проглатыванія твердой пищи и на сильное затрудненіе при глотаніи жидкой, причемъ проглоченная пища большею частью застревала рвотой. При изслѣдованіи найдено: шей нормальнаго строения; какой либо извергалась рвотой. При изслѣдованіи найдено: шей нормальнаго строения; какой либо опухоль, могущей сдавливать пищеводъ, не имѣется; сифилисомъ не страдалъ. Эластическій желудочный зондъ самаго тонкаго калибра удалосъ одинъ разъ провести въ желудокъ, причемъ на немъ, вмѣстѣ со слезью и пищевой смѣсью, замѣтна была примѣсь крови; оливу (1/2 сант.) провести до желудка не удалось,—она встрѣчала препятствіе въ нижней трети пищевода. Начало болѣзни годъ назадъ; замѣтное затрудненіе въ проведеніи твердой пищи развилосъ около февраля 1882 года; начиная съ конца марта, твердая пища уже не проходила; больной питался лишь молокомъ, супомъ и т. п. Въ послѣднее время проведеніе и молока сдѣлалосъ затруднительнымъ: въ сутки больной могъ проглотить лишь 2—3 стакана. Въ общемъ состояніи здоровья замѣтенъ сильный упадокъ, рѣзкое исхуданіе; больной безъ посторонней помощи можетъ сдѣлать лишь нѣсколько шаговъ; артерисклерозъ вслѣдствіе обильнаго и продолжительнаго употребленія спиртныхъ напитковъ. Диагнозъ—ракъ пищевода.

20-го іюля сдѣлана гастротомія со всѣми антисептическими предосторожностями. Послѣдній разрѣвъ въ кожѣ—длиною въ 6 сант.,—въ брюшнѣ въ 4 см.—начинался на 1 дюймъ ниже мечевиднаго отростка, шель параллельно лѣвому краю реберъ, отступая отъ нихъ къ средней линіи тѣла на 1 дюймъ. Желудокъ первоначально былъ взятъ кремалеромъ, затѣмъ черезъ всю толщю его проведены были двѣ крест-на-крестъ лежачія акупрессурныя иглы. Часть желудка, захваченная въ подѣ операніи, соотвѣтствовала его передней поверхности,—приблизительно срединѣ между малой и большой кривизной, пальца на 3—4 отъ привратника. Наложено 14 швовъ изъ кѣгуты; каждый слой проникалъ до

подслизистаго слоя желудка и проходилъ черезъ брюшину, мускульный слой живота и кожу; въ хвостахъ кожной раны наложено 4 шва тоже изъ кѣгуты. Черезъ обшитую часть желудка проведена дезинфицированная шелковая нитка и укрѣплена на валикѣ; положенномъ поперекъ раны. Операніи продолжалась 1 часъ, наложена листероская перевязка. Во время операніи, въ моментъ наложенія кремалера на желудокъ и его извлеченія наружу, ясно было замѣтно рѣзкое замедленіе сердечной дѣятельности, близкой къ полной остановкѣ; при опусканіи желудка сердце тотчасъ начинало усиленно функционировать; такъ повторялось до трехъ разъ. Такъ какъ больной могъ глотать жидкую пищу, то ему позволено было принимать малыми глотками лимонъ-бульонъ и вино. Теченіе даны безъ лихорадки. 22 іюля желудокъ былъ вскрытъ разрывомъ діною въ 1/2 сант. и введена дренажная трубка, чрезъ которую большого калибра. 26 дренажная трубка была замѣнена трахеостомической канюлей. Ко 2 августу рана окончательно зарубцевалась и больной сталъ ходить. Съ этого времени общее состояніе здоровья замѣтно начало поправляться: больной прибывалъ въ вѣсѣ, укрѣплялся въ силахъ, былъ въ хорошемъ расположеніи духа. Прибылъ въ вѣсѣ ша такимъ образомъ; передъ операніемъ—43,2 килограммъ; послѣ операніи: 1 августа—43,7 килограммъ; 14 августа—44,2 килограммъ; 28-го—44,8; 14-го сентября—45,4 килограммъ. Слѣдовательно, въ каждыя двѣ недѣли прибывъ въ вѣсѣ выражалась приблизительно 1 1/2 фунта, а время же пребыванія въ клиникѣ со дня операніи, въ теченіи 2 мѣсяцевъ и 10 дней, больной прибывъ въ вѣсѣ на 5 1/2 фунтовъ. Въ сентябрѣ больной выпущался изъ госпиталя. Дома больной занимался мелкой механической работой и могъ безъ особеннаго утомленія проходить вѣшномъ верету три. Кормленіе шло частью чрезъ фистулу, частью же естественными путями. Такъ продолжалось до 12 января 1883 года, когда ночью вслѣдствіе кашля у больного выпала изъ фистулы канюля, которую больной не могъ самъ ввести и 14 января былъ принятъ въ нашу клинику. Здѣсь при осмотрѣ оказалось: фистулезный ходъ суженъ, черезъ него проходитъ лишь обыкновенный металлическій зондъ. Введенъ лампярный, который на слѣдующій день замѣненъ другимъ, болѣе толстымъ; 16 января введена канюля. Вѣсѣ больного—44,3 килограмма. Какъ только восстановилось правильное кормленіе больного, быстро началось и наростаніе вѣса. 23-го января—44,8 к.; 30-го—45,2 к. Такимъ образомъ больной достигъ почти прежняго вѣса. Кормленіе продолжалось по прежнему; жидкости—чрезъ пищеводъ, твердая пища чрезъ фистулу. Въ теченіи февраля больной былъ сравнительно въ хорошемъ состояніи; съ половины марта онъ сталъ апатичнымъ, большую часть времени былъ въ постели; рѣзко выраженный артерисклерозъ лучевыхъ и бедренныхъ артерій, пульсъ весьма слабый. Съ апрѣля больной безъ посторонней помощи не вставалъ съ постели, потерялъ аппетитъ, пища вводилась въ меньшемъ количествѣ, испраженія съ помощью клизмы чрезъ два дня. При являющійся сильнаго истощенія смерть утромъ 25 апрѣля. Больной жилъ послѣ операніи 9 мѣсяцевъ и 4 дня.

*Antipsia.* Трупъ представляетъ высокую степень исхуданія; общіе покровы и мышцы блѣдны. Кости черепа склерозированы. Рѣз отечна, малокровна, снимается легко. Атасиоидеа мутна; на ней замѣчаются значительно развитыя паховыя грануляціи, проникающія чрезъ твердую оболочку до костей черепа. Ткань мозга блѣдна, отечна, умѣренной плотности; сосуды на основаніи мозга безъ изменений. Легкія свободны, ткань ихъ отечна; въ верхнихъ доляхъ находятся очень плотные лимгитированные узлы съ творожистымъ содержимымъ, величиною не болѣе лѣснаго орѣха. Въ верхней долѣ праваго легкаго находится бляватый, довольно плотный узелъ въ горошину, дающій при выскабливаніи осѣк. Сердце немного уменьшено, жиръ по бороздамъ атрофированъ; сосуды надъ *pericardium* извѣстны, утолщены; стѣны желудочковъ истончены, мышцы ихъ блѣдно-коричневаго цвѣта, мягки. Клапаны безъ изменений; на *intima* аортѣ склеротическія утолщенія. Бедренная и лучевая артеріи утолщены, плотны, съ уменьшеннымъ просвѣтомъ, сплосъ склерозированы, на омуль даютъ вѣнчатѣе птнчье дыхательнаго горла. На брюшной стѣнкѣ, дюйма на 2 ниже и нѣсколько влѣво отъ мечевиднаго отростка, находится свищевое отверстіе, около 1 см. въ діаметрѣ, съ глад-

кими краями, состоящими из рубцовой ткани, ведущее в полость желудка. Желудок на передней стенке, по средине около большой кривизны, представляется плотно сращенным с брюшной стенкой, кругом вышеуказанного фистулезного отверстия. В окружности сращения находится небольшое количество старых ложных перепонок между желудком и брюшной передней стенкой. Слизистая оболочка желудка бледна, покрыта тонким слоем слизи. На задней стороне желудка между *cardia* и дном довольно глубокая язва, около 6 сант. в диаметре, с плотными валовидными выдающимися краями. В области явзы стенка желудка утолщена и плотна. В остальных отделах желудка изменений нет. Пищевод во всей нижней трети, на протяжении около 7 см., сужен преимущественно при входе в желудок, вследствие значительного утолщения и уплотнения его стенок. Слизистая оболочка глубоко изъязвлена. Утолщенные стенки пищевода имеют блявчатый цвет и при соскабливании дают немного соку. Язва из пищевода непосредственно сливается с язвой желудка. Утолщенная часть пищевода в верхнем своем отделе плотно сращена с правым бронхом. Некоторые лимфатические железы вдоль малой кривизны желудка плотны, увеличены. *Pancreas* плотна. Печень уменьшена в объеме, мускулатура бледнокоричневого цвета, мягка; под капсулой, преимущественно в правой доле, находятся опухоли в форм мозговидных узлов, величиною в боб. В остальных органах особенных изменений, кроме бледности, не замечается. Микроскопическое исследование пищевода показало следующее: на срывах видны различные формы и величины раковая гнизда, состоящая из зернистых мелких клеток с одним или двумя ядрами без всякого промежуточного вещества. Соединительно-тканная основа очень развита и представляется в виде толстых перекадлин, разграничивающих альвеолы с клеточным содержанием. Эти альвеолы в некоторых местах представляются в виде щелей, а в других они велики и делятся на мелкие соединительно-тканными перекадинами на меньши, что напоминает картину мозговидного рака. — Волокнистый рак.

35) Большой отставной унтер-офицер *Кузма Китляк*, 50 лет, чернорабочий, поступил в клинику 6-го марта 1885 года. *Anamnesis*.—Большой жепат, сам всегда был здоров и семейные все здоровы. Умбренный rotator. Ни сифилиса, ни уреthritis не было. — В мае мйацй 1884 года в первый раз замйтил затруднение при глотании твердой пищи, но тщательное разжевывание проходило. Затруднение глотания постоянно увеличивалось и в августй большой уже не мог глотать твердую пищу и стал питаться полужидкой и жидкой; сь мйацйе тому назад перестал есть и мягкую пищу. Жидкая пища сначала проходила свободно, но дь недели тому назад стала проходить сь большим трудом, а в последние восемь дней больному может глотать только чай и воду. Сь развитием дисфагии появились боли в груди, а за последние время в нимь присоединились боли в области желудка. Кровохараня никогда не было. За последнее время большой сильно исхудал и ослабь. Жалуется на мучительный голод. *Status praesens*.—Большой сильно исхудавший, подкожного жирного слоя совершенно нет, мускулатура дряблая; костная система не представляет ничего особенного. Лимфатические железы нормальны. При перкусии выслу яеный тонь, границы легких несколько увеличены, подвижны (эмфизема). При выслушивании вьду нормальные легочные шумь. Сердце нормально, тонь его чистый, ясны, но слабы и по временам сь перебоями; пульс слабый. Легкий артерioskлероз. Животь втянуть, издань видна пульсация аорты. Печень и селезенка нормальны. При оцупывании живота ничего особенного не найдено. При зондировании пищевода самая малая овла останавливается на 21 сант. оть начала пищевода. *Diagnosis*—cancer oesophagi. *Весъ*=43,900 gm., <sup>10</sup> вечер. in recto=37,6. *Кинетирь* Leube <sup>3</sup>VI; бульбон не может глотать, но чай глотаеть.

7. Большой глотаеть только чай и воду. *Кинетирь* Leube <sup>3</sup>IX <sup>4</sup> in recto=37,2.

8. *Весъ*=44,000 gm. Есть жидкую пищу довольно свободно.

9. <sup>1</sup> утр. in recto=36,7. Вь 10 час. утра профес. С. П. Коломнйе больному подваркомь сдълаь гастротомию при соблюденйи вьсех правил антисептики. Разрьь

параллельный лъвому реберному краю. При образовании небольшого отверстия для вскрытия брюшины, чрезь него сь легкимъ свистомь вошелъ воздухъ. По вскрытйи брюшины представлялся лъвая доля печени, которая приподнята была пальцами и тогда видно было, что диафрагма весьма вогнута, ни обочной кишки, ни желудка не было видно. Операторь ввелъ чрезь рану вь брюшную полость два пальца правой руки, ощупью нашелъ желудокъ и легко извлекъ его чрезь рану; вь это время пульс сдълаься малымъ и крайне ръдкимъ=38 ударовъ вь минуту. Желудокъ лежалъ вь задней верхней части брюшной полости. Извлекая его, операторь хорошо видьлъ *cardiam*. Вь рану вшита передняя стенка желудка вблизи его для 16 швами (2 шелковыхъ, а остальные серебряные), изь нихъ 8 глубокихъ 8-образныхъ и 8 поверхностныхъ узловатыхъ. Положена была йодоформная антисептическая повязка. Большой жаловался, что какъ будто весь животъ его тянутъ. Скоро пульсъ поднялся до 78, полный. <sup>1</sup> вечеромъ in recto=37,8.

10. <sup>10</sup> утр. in recto=37,2; вечер.=38,5. Ночью немного спалъ. Чувствуеть себя хорошо. Свободно глотаеть жидкую пищу. Мочи 560 к. с., уд. в.=1020, кислая, бледна неть. Жалуется на боли вь груди. Повязка не сьмънялась.

11. Желудокъ вскрытъ тонкимъ троакаромъ и вставлена дренажная трубка, чрезь которую введена вь желудокъ пища. Кормление чрезь 3 часа; <sup>1</sup> утр. in recto 37,7, вечер.=38. Мочи 750 к. с., уд. в.=1025, нормальная. Общее состояние большого хорошее. Реакция раны умбренная. Рана оставлена открытой подь компрессами, смоченными вь Буровской жидкости.

12—15. <sup>1</sup> нормальная. Рана не представляет ничего особенного. Мочи 1650—2000 к. с., уд. в. 1012, нейтральной реакции оть большого количества фосфатовъ. Около некоторыхъ швовъ образовались гнойнички.

16—18. Сегодня сняты швы чрезь швь. Рана гранулируеть медленно. Мочи 1600 к. с., кислой реакции, фосфатовъ гораздо меньше. Кормление рьже, такъ какъ появилась отрыжка. Вь желудокъ вставлена болъе толстая дренажная трубка.

20. Удалены все остальные швы. Желудокъ повидимому плотно приросъ кь брюшной равъ. Дальнейшее заживление раны не представляло ничего особенного, за исключениемъ того только, что заживление шло крайне вло и медленно и только кь 21 апрелью окончательно рана зарубцевалась и получила воронкообразное отверстие сь диаметромъ=1 сант. Истечений содержимого желудка никогда не было. Сь 27 марта большой сталъ входить сьб вь желудокъ, кромь мягкой пищи, съобное мясо. Медленно поправлялся, такъ что 24 апръля весь его=48,000 gm., т. е. приравился со времени операции на 4 kilogram. Вьместо дренажной трубки вь фистулу введена была металлическая канюля сь пробкой, сь которой больной свободно ходилъ. 24 апръля выписался изь клиники и ухъль вь деревню, такъ что о дальнейшей жизни большого намь ничего неизвестно.

36) Большая жена священника *Марья Калининна*, 36 летъ, поступила вь клинику 29-го сентября 1882 года. *Anamnesis*. 10 мйацьеv тому назадъ большая почувствовала затруднение при глотании твердой пищи, кусокъ при глотании останавливался, появлялось чувство давленя вь груди и потомъ оно извергало обратно. Это затруднение сначала появлялось временами, а потомъ дълаьлось чаще и чаще и наконецъ перешло вь постоянный приподокъ. Большая стала питаться мягкой пищей, но скоро и эта пища перестала проходить. По совету врача большая принимала бромистый калий (всего приняла 5V вь растворь), послъ чего стала лучше глотать, но свободныхъ промежутковъ, гдъ бы большая свободно глотала пищу, не было; напротивъ, затруднение постепенно прогрессировало и вь настоящее время большая может глотать только жидкую пищу. Сь начала заболъвания мйацьями, до того всегда правильными, стали являться сь болями, а сь августа мйацья совершенно прекратились. Выбътъ сь этимъ больная, до того полная, стала быстро худеть, аппетитъ сдълаься хуже. Мйацья 4 тому назадъ у больной явились боли подь ложечкой, отдающя вь спину. *Status praesens*. Большая блъдная. Кожа отвислая, представляеть мышкы; подкожный жирный слой слабо развитъ. Мышцы вялыя и дряблыя; костная система не представляеть ничего особенного. Физическое исследование грудныхъ и брюшныхъ орга-

новъ ничего ненормального не показываетъ, за исключениемъ боли при давленіи на *epigastrium*. При зондированіи пищевода въ нижней его части, вблизи *cardie*, встрѣчается препятствіе, непронускающее въ желудокъ самой малой оливы. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Лечение: *catheterisme arruë*.

6-го октября. Большая глотаетъ только жидкую пищу довольно свободно, небольшими глотками. При зондированіи малая олива не проходитъ.

8. Послѣ зондированія больная улучшенія глотанія не чувствуетъ. Аппетитъ удовлетворительный.

13. Вѣсъ=53,500 gm. Перемянъ никакихъ нѣтъ.

15. При зондированіи малая олива прошла чрезъ суженіе, при чемъ чувствуется твердая шероховатость.

18. Больная глотаетъ лучше. При зондированіи малая олива прошла.

20. Большая глотаетъ хорошо пережеванное мясо.

26. Общее состояніе больной хорошее. Вѣсъ=54,800 gm. Глотаетъ свободно хорошо пережеванную твердую пищу. При категеризаціи малая олива проходитъ.

2-го ноября. Глотаніе сдѣлалось труднѣе. Малая олива не проходитъ.

4. Глотаетъ только жидкую пищу.

5. Сегодня сдѣланъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Послѣ этого перемянъ не послѣдовало.

7. Снова электролизъ. При зондированіи малая олива не проходитъ.

8. Улучшенія глотанія нѣтъ.

9. Сдѣланъ электролизъ. Больная въ томъ же положеніи. Вѣсъ = 54,300 gm. Клизмы *Leube*.

11. Электролизъ. Никакого улучшенія нѣтъ. Вѣсъ = 53,800 gm.

14. Вѣсъ = 53,300 gm. Въ области желудка ощущается опухоль твердая, бугристая, болезненная, величиною съ куриное яйцо. Больная жалуется на слабость. Глотаетъ только жидкую пищу.

16. Вѣсъ тѣла 52,100 gm. Питательная клизма продолжается.

17. Вѣсъ = 51,600 gm. Опухоль въ области желудка безъ перемянъ. Мочи 800 к. с., кислой реакціи, уд. в. = 1016, бѣлая нѣтъ.

18.—P = 84, мягкіи; R = 19; t° = 37. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ куб. mill. = 4,600,000; бѣлыхъ (при 3 ocul. и 8 линзъ) = 10—12 въ полѣ микроскопа. Сегодня сдѣлана трансфузія дефибрированной крови из *arteriam radialem sinistra* въ количествѣ 9 унцій. Во время операціи больная ни на что не жаловалась, кромѣ незначительнаго головокруженія и чувства покалыванія въ пальцахъ. Послѣ операціи еще въ операционной комнатѣ у больной появилась анѳибъ, усиливающаяся мало по малу, вмѣстѣ съ поднятіемъ температуры до 38,8; P = 108. Черезъ 2 часа анѳибъ промелькнулъ, t° = 37,2; P = 90 полный. Вечеромъ t° = 37,1; P = 90. Жалобъ нѣтъ. Клизмы *Leube*. Послѣ операціи въ 2 1/2 часа дня количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ оперированной рукѣ на 1 куб. mil. = 5,020,000, а въ оперированной = 4,569,000.

19. t—утр. 37,1; P = 114; R = 24. Со времени операціи больная не молчала до 6 часовъ утра сегодня. При первомъ мочеиспусканіи количество = 200 к. с., краснаго цвѣта, слабо-кислой реакціи, уд. в. = 1040; реакціи на бѣлокъ нѣтъ. Подъ микроскопомъ значительное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и распадъ красныхъ. Въ 12 часовъ дня 2-я порція мочи нормальной окраски въ количествѣ 100 к. с. Вечеромъ t° = 37,4. P = 102; R = 20. Жалобъ нѣтъ. Клизмы *Leube* продолжаются. Въ 12 часовъ дня красныхъ кровяныхъ шариковъ въ правой рукѣ на 1 куб. mill = 4,520,000, а въ 5 часовъ вечера въ лѣвой—3,974,600.

20. t—утр. = 38,6. Вокругъ раны рожеватая краснота. На шеѣ въ лѣвомъ *trig.* омотрашеале, вблизи пищевода, двѣ одна подъ другой опухшихъ железокъ, твердыхъ безбѣзвѣнныхъ. Мочи = 730 к. с., уд. в. = 1016. Подъ микроскопомъ незначительное количество бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; бѣлку нѣтъ, реакціи кислая.

21. t—нормальная. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ въ правой рукѣ = 4,294,000. Рожеватая краснота бѣднѣе. Количество мочи = 1430 к. с., уд. в. = 1010, небольшая. Общее состояніе больной хорошее. Рана заживаетъ чрезъ нагноеніе.

23. Мочи = 1200 к. с., уд. в. = 1019, нормальная. Больная жалуется на слабость. Количество красныхъ кровяныхъ шариковъ = 5,640,600.

26. Большую 2 раза вырвало и 4 раза слабо. Вѣсъ тѣла = 51,200 gm. Жалуется на слабость.

27. Вѣсъ 50,400 gm. Чрезъ брюшныя стѣнки чрезвычайно ясно ощущается, соответственно первому поясничному позвонку, поджеудочная железа, а выше ея неясно—небольшая опухоль. На шеѣ тѣже двѣ припухшія лимфатическія железки. При зондированіи ни одна олива не проходитъ. Глотаніе почти совсѣмъ невозможно.

28. Повносъ остановился. Жалуется на слабость. По желанію больная выписалась изъ клиники. Дано наставленіе дѣлать клизмы *Leube*.

37) Больной крестьянинъ *Семенъ Андреевъ*, 50 лѣтъ отъ роду, дворникъ. Поступилъ въ клинику 22-го сентября 1884 года.

*Anamnesis*. Больной никогда не былъ женатъ; всегда былъ здоровъ. Раньше шлѣ очень много водки. Лѣтъ 30 т. имѣлъ одновременно уретритъ и мягкій шанкръ, сопровождающийся нагноеніемъ лимфатическихъ железъ въ обоихъ пахахъ. Сифилиса не было. Со стороны наследственности ничего нѣтъ. Въ первыхъ числахъ апрѣля сего года больной почувствовалъ, что твердая пища стала плохо проходить, какъ бы застряла за что-то; большой инстинктивно сталъ пищу тщательно разжевывать и тогда она проходила свободно. Большой продолжалъ работать и чувствовалъ себя хорошо, но старался употреблять мягкую пищу, причемъ иногда глотаніе было совершенно свободно, а иногда пища останавливалась и минуты черезъ двѣ регургитировалась и въ этомъ послѣднемъ случаѣ передъ регургитаціей больной чувствовалъ жжение и давленіе въ груди. Въ июль мѣсяцѣ у больного 4 дня пища совершенно не проходила ни жидкая и ни твердая, послѣ этого стала проходить только жидкая. Въ августѣ мѣсяцѣ больной 3 сутокъ не могъ ничего проглотить. Затѣмъ 21-го сентября одинъ сутки больной ничего не ѣлъ. Въ настоящее время больной питается только жидкой пищей и во время ѣды иногда пища вдругъ останавливается и скоро регургитируется. За послѣднее время больной тѣла быстро худѣетъ и слабѣе силами.

*Status praesens*. Большой хорошаго тѣлосложенія; мускулатура и костная система прекрасно развиты; подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ. При осмотрѣ органы шеи не представляютъ ничего особеннаго. Лѣвая половина груди спереди чуть выдается. При перкуссіи слышны между лѣвой лопаткой и позвоночникомъ тонъ притупленъ на пространствѣ ладони. Сердечная тупость мала; границы легкихъ увеличены (эмфизема). При выслушаніи легкихъ вездѣ слабое везикулярное дыханіе. У верхушки сердца, вѣсто первого тона, слышенъ шумъ, а второй тонъ ослабленъ. Брюшныя органы не представляютъ ничего особеннаго. Сосуды немного склерозированы. Какихъ либо узловъ на сифилисѣ не имѣется. 27-го сентября больнаго категеризировали, при этомъ малая олива не проходитъ и останавливается на 35 сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ. Послѣ категеризаціи больной глотаетъ гораздо лучше. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Назначено больному два раза въ недѣлю *catheterisme arruë*, и такъ какъ больному сдѣлалось немного лучше, то онъ 9-го октября выписался изъ клиники.

38) Больной отставной солдатъ *Федоръ Урайковскій*, 59 лѣтъ отъ роду, католикъ; поступилъ въ клинику 25-го февраля 1885 года.

*Anamnesis*. Большой запойный пьяница и нѣсколько разъ въ жизни былъ *delirium tremens rotatorum*. Всегда былъ крѣпкаго здоровья. Со стороны наследственности ничего нѣтъ. Сифилиса не было. Уретритъ былъ. Въ августѣ мѣсяцѣ 1884 года въ первый разъ больной замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищей, послѣдствіе чего отъ выжидень былъ тщательно разжевывать пищу и запивать обильно водой. Скоро появились боли въ спинѣ и между лопатками. Эти боли продолжаются до сихъ поръ. Иногда ви-

яется сильное жжение в груди. В декабрь мѣсяцѣ твердая пища совершенно перестала проходить и больной сталъ питаться полужидкой и жидкой пищей, а съ февраля мѣсяца и полужидкая пища не проходитъ. Въ настоящее время больной пришелъ въ клинику съ бутылкой молока и съ страшнымъ умоляетъ его накормить, такъ какъ уже болѣе сутокъ онъ не можетъ проглотить даже воды. Болѣе всего его мучаетъ жажда. За послѣднее время сильно исхудалъ и ослабѣлъ.

*Status praesens.* Большой сильно истощенъ; животь кривообразно втнуги и ясно видно бѣние аорты; in subscrobiculo cordis видны и прощупываются разлитой сердечный толчекъ. Грудь бочкообразная; сердечная и печеночная тупости сильно уменьшены. Края легкихъ подвижны; въ лѣвой надостной ямкѣ небольшое притупленіе тона, такое же притупленіе найдено у внутреннего края правой лопатки на протяжении ладони. При выслушиваніи въ лѣвой надостной ямкѣ и нижней доль этого легкаго ослабленіе везикулярнаго дыханія. У внутреннего края правой лопатки дыханіе жесткое, съ неопредѣленнымъ выдохомъ и здѣсь ощущается усиленная вибрація. Артеросклерозъ довольно сильно развитъ. Органы живота не представляютъ ничего особеннаго. Тоны сердца глухи, пульсъ слабый и одновременный въ обоихъ лучевыхъ артеріяхъ. Костная система не представляетъ ничего особеннаго. При зондированіи самая большая олива проходитъ на 44 сант. (44—15=29). При глотаніи молока сейчасъ же оно выходитъ обратно и при этомъ небольшая часть его свернувшись. Diagnosis—cancer cardiae. Назначены клизмы Leube и введеніе per rectum теплой воды.

26. За сутки in recto введено смѣси Leube  $\frac{1}{2}$  и теплой воды  $\frac{3}{4}$  IX; большого количества нельзя вводить, потому что не удерживается. Большой чувствуетъ себя лучше. Можетъ выпить немного воды. Мочи 500 к. с., уд. в. = 1028, нормальная.

27. За сутки введено in recto смѣси Leube  $\frac{3}{4}$  XII и воды  $\frac{1}{2}$  в. Мочи 650 к. с.; уд. в. = 1026. Вѣсъ больного = 48,900 gm. Большой хорошо глотаетъ жидкую пищу. Чувствуетъ себя хорошо. Жажды и голода не чувствуетъ и жалуется только на жженіе въ груди и in subscrobiculo cordis.

1-го марта больной выписался изъ клиники.

39) Большой крестьянинъ *Алексей Елизеев*, 60 лѣтъ отъ роду. Поступилъ въ клинику 2-го февраля 1884 года. *Anamnesis.* Большой всегда былъ здоровъ и силенъ. Вся семья его совершенно здорова. Раньше пилъ водку въ большомъ количествѣ, но три года какъ пересталъ совершенно пить. Съ годъ тому назадъ у больного стала болѣть спина и лопатки, боли ноющая и временами совершенно проходили. Съ апрѣля мѣсяца 1883 года у больного появилось затрудненіе глотанія твердой пищи и больной питался полужидкой пищей; но съ декабря вынужденъ былъ принимать исключительно жидкую пищу, при этомъ въ концѣ декабря въ продолженіе двухъ недѣль у больного и жидкая пища проходила съ большимъ трудомъ и въ весьма небольшомъ количествѣ. Въ настоящее время проходитъ только жидкая пища. Съ осени больной началъ быстро худѣть. *Status praesens.* Большой высокаго роста, исхудалый; мускулатура и костная система хорошо развиты. Какихъ либо указаній на спазмы не найдено. Органы шей нормальны. Артерій немного склерозированы. При постукиваніи и выслушиваніи легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не найдено. Органы живота тоже нормальны. При катетеризаціи пищевода зондомъ самая малая олива останавливается на растояніи 36,5 сант. отъ верхнихъ рѣзовъ. Diagnosis—cancer oesophagi. Больному предложена гастростомія, но онъ отказался и 6-го февраля выписался изъ клиники.

40) Большой отставной чиновникъ *Александръ Соки*, 58 лѣтъ отъ роду. Поступилъ въ клинику 9-го февраля 1882 года. *Anamnesis.* 25 лѣтъ тому назадъ больной имѣлъ двѣсторонній pleuritis exudativa, вслѣдствіе чего впоследствии у него образовался криво-scoliosis. Два мѣсяца тому назадъ больной въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе постепенно усиливалось, такъ что въ теченіи уже двухъ недѣль больной можетъ глотать только мягкую пищу. Въ настоящее время жалуется на затрудненіе глотанія и боли въ груди, особенно вдоль sternum. *Status praesens.* Большой малаго роста, истощенный,

съ блѣдной, вялой кожей, слабой мускулатурой. Криво-scoliosis въ довольно значительной степени, дуга его въ спинной части позвоночника выпуклостью обращена вправо, а поясничная влѣво; соответственно этому грудная кѣтка измѣнила свою форму. При изслѣдованіи шей найдено значительное увеличеніе правой доли щитовидной железы; она равномерно-мягкой консистенціи, подходит подъ m. sterno-cleidomastoideus dex. и отодвинута его кнаружи. Пульсація правой сонной артерій прощупывается у наружнаго края грудинососковой мышцы. Vena jugularis est. posterior dex. напряжена, толще куриного пера, рѣзко выступаетъ подъ кожей въ видѣ синяго шнура. Trachea немного отклонена влѣво. На лѣвой сторонѣ груди найдено притупленіе перкуторнаго тона и ослабленные шумы ниже угла лопатки, а сверху усиленная проводимость легочной ткани. Сердце нормально. Печень немного выступаетъ изъ подъ реберъ. Epigastrium болѣзненно при ощупываніи. При изслѣдованіи пищевода зондомъ оказывается, что самая толстая олива проходитъ, ветрѣная затрудненіе въ верхней трети и въ cardia. Diagnosis—cancer oesophagi.

12. T° нормальная. Аппетитъ хорошъ, свободно глотаетъ полужидкую пищу. Отправленія кишечника правильны.

17. Общее состояніе больного относительно хорошее. При зондированіи пищевода тѣ же явленія, на одинѣ немного крови.

19. Вслѣдствіе зондированія больной сталъ глотать гораздо лучше, самочувствіе значительно улучшилось и большой 21-го февраля выписался изъ клиники.

41) Большая жена ремесленника *Марія Стотромъ*, 50 лѣтъ отъ роду; лютеранскаго вѣроисповѣданія. Поступила въ клинику 23-го декабря 1880 года. Больная всегда была здорова. Въ началѣ прошлаго лѣта почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Съ этихъ поръ стала быстро худѣть. Глотаніе мало по малу сдѣлалось на столько труднымъ, что пришлось ограничиться одной только жидкой пищей. Если же большая заразъ выпиваетъ много, то принятая жидкость скоро же регургитируется. На боли не жалуется. Въ грудныхъ и брюшныхъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи самая малая олива ветрѣчаетъ непреодолимое препятствіе при проходѣ пищевода чрезъ диафрагму. Diagnosis—cancer oesophagi.

25. При зондированіи малая олива при небольшомъ насиліи прошла въ желудокъ. Больная довольно свободно ѣла жидкую пищу. Эластическій зондъ не проходитъ. Послѣ этого больную зондировали ежедневно. Глотаніе сдѣлалось гораздо лучше. Болѣе никакихъ извѣ. Больная чувствуетъ себя хорошо. Съ 2-го января стала свободно ѣсть кашницу; 5-го января выписалась изъ клиники.

42) Большой крестьянинъ *Петръ Русновъ*, 41 года, поступилъ въ клинику 10-го апрѣля 1885 года. *Anamnesis.* Отецъ больного повидному страдалъ сифилисомъ, мать всегда была здорова. Большой 20 лѣтъ женатъ, имѣлъ одну дочь здоровую. Лѣтъ 14 тому назадъ имѣлъ на членѣ язву, которая около 4-хъ недѣль не подвигалась, а чрезъ годъ послѣ этого была сымъ. Лечился въ общинѣ св. Георгія, гдѣ давали какое то лекарство внутрь, послѣ чего сымъ недѣль чрезъ двѣ прошла. 12 лѣтъ тому назадъ болѣлъ горячкой, а съ годъ большой страдаетъ головокруженіями. Въ теченіи 17 лѣтъ ежедневно выпивалъ 4 рюмки водки и разъ шесть въ годъ напивался пьянымъ. Затрудненіе глотанія въ первый разъ появилось 4 мѣсяца назадъ. Къ 18-му февраля настоящаго года затрудненіе глотанія значительно усилилось и по временамъ больной не могъ глотать жидкую пищу и даже воду. Съ 18-го февраля по 18-е марта больной лечился въ Обуховской больницѣ, гдѣ ему въ пищеводѣ вводили зонды, послѣ чего глотаніе улучшилось. За послѣднее время больной сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. Въ настоящее время свободно глотаетъ жидкую пищу, только чрезвычайно медленно, по полужидкую пищу глотаетъ съ трудомъ.

*Status praesens.* Большой выше средняго роста, истощенный и малокровный. При перкусіи груди ничего ненормальнаго не найдено. При выслушиваніи въ обоихъ легочныхъ верхушкахъ гончи sonores; въ правую легкомъ слышины средне-пузырчатые влажные хрипы и мѣстами гончи sonores. Тоны сердца чисты. При ощупываніи живота epigastrium болѣзненно. При зондированіи самая большая олива ветрѣчаетъ препятствіе на 19,5

сент. от начала пищевода; остальные оливоں проходятъ свободно. *Diagnosis*—сансер оеорогагі.

11. Большой жалуется на сильный кашель и чрезвычайно частыя жидкія пограженія. Температура тѣла повышена. Вълѣдствіе предпріятыхъ средствъ 13-го апрѣля поносъ остановился, но кашель усилился до рвоты. При выслушиваніи въ правомъ легкомъ слышиа масса субкрепитирующихъ хриповъ, перкуторный тонъ притупленъ и вибрація усилена. Лежащъ на правомъ боку не можетъ, такъ какъ сейчасъ же является приступъ кашля и рвоты.

18-го апрѣля въ 4 часа по полудни у больного явился сильный, кашель сопровождаемый рвотой и при этомъ вышелъ около 3-хъ столовыхъ ложекъ не пнистой крови.

19—20 апрѣля выдѣлялся слизисто-гноивая мокрота съ примѣсью крови и дурнаго запаха. Большой продолжаетъ лихорадить.

21. Состояніе больного не измѣнилось. По своему желанію выписался изъ клиники.

43) Большой Александръ Лапинъ, алтекаскій помощникъ, 61 года, поступилъ въ клинику 8 марта 1885 года.

*Anamnesis.*—Съ 18 лѣтъ сталъ пить водку и пилъ весьма неумѣренно до ноября прошлаго года. Въ августѣ мѣсяцѣ, т. е. шесть мѣсяцевъ тому назадъ появились припадки затрудненаго прохожденія твердой пищи, по поводу чего больной пользовался въ клиникѣ пр. Богдановскаго, въ началѣ въ числѣ стационарныхъ больныхъ, а потомъ амбулаторно, гдѣ ему проводили зонды; послѣ проведенія онъ вначалѣ чувствовалъ себя лучше, пища проходила свободнѣе. Затѣмъ глотаніе сдѣлалось труднѣе и на прошлой недѣлѣ съ трудомъ проходила жидкая пища, но два дня тому назадъ снова начала проходить. Большой сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Кроме того больной рассказываетъ, что прошлымъ лѣтомъ, вдвигая сѣрную кислоту въ стеклянную трубку, нечаянно втянулъ ее въ ротъ въ небольшомъ количествѣ и произвелъ небольшие ожоги слизистой оболочки рта; но большой увѣряетъ, что онъ нисколько ее не проглотилъ.—Съ развитіемъ болѣзни у больного явились запоры, продолжающіеся дня по 3—4.

*Status praesens.*—Большой сильно истощенный и исхудалый. Животъ короткообразно втянутъ. При наружномъ осмотрѣ тѣла ничего не найдено. Шея нормальная. Въ полости рта и глотки ничего не найдено. При перкуссіи и аускультации груди ничего ненормальнаго не найдено. Пищеводъ непроходимъ, олива останавливается на 17 сант. отъ начала пищевода. *Diagnosis*—сансер оеорогагі. Большой съ января мѣсяца по 8-му марта пользовался въ клиникѣ амбулаторно и за это время представлялъ слѣдующія явленія: 25 января. Прикатеризація пищевода малая олива не прошла. Тоны сердца глухи, пульсъ слабъ, жалуется на кашель. Сдѣланъ электролизъ сульфурнаго мѣсла пищевода изъ 4 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Данъ внутрь Morphium въ порошокъ. 8 февраля. Послѣ электролиза вечеромъ глотаніе было затруднено и болѣзненно. На слѣдующій день боли прошли, но глотаніе было затруднено и только на третій день сталъ глотать лучше. Сегодня снова сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ. Послѣдующія явленія были тѣ же, но сильнѣе выражены.

12 февраля. Кашель у больного меньше. При выслушиваніи въ легкихъ найдены влажные хрипы. Снова сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3 минутъ.

15 февраля. Большой глотаетъ лучше, даже глотаетъ котлету, хотя и съ трудомъ. При выслушиваніи хриповъ въ легкихъ гораздо больше. Электролизъ оставленъ и сдѣланъ Cathétérisme arqué. Олива № 3-й останавливается на 32½ сант. отъ верхнихъ рѣзцовъ, а малая на 33 сант.

22 февраля. Большой хорошо глотаетъ полужидкую пищу. Жалуется на кашель. Въ легкихъ тѣ же явленія. Сдѣланъ Cathétérisme arqué, причемъ малая олива проходитъ, а № 3 останавливается на 33,5 сант. отъ рѣзцовъ.

5 марта. Большой сталъ лихорадить. Жалуется на кашель. При перкуссіи найдено притупленіе въ нижней и средней доляхъ праваго легкаго и здѣсь при выслушиваніи масса влажныхъ хриповъ.

8-го марта. Большой привать въ клинику. Въ нижней и средней доляхъ праваго легкаго найдено притупленіе тона, усиленная вибрація и масса влажныхъ хриповъ, а въ остальныхъ частяхъ легкихъ разсыянные хрипы. Большой свободно глотаетъ полужидкую пищу, но послѣ каждая глотка является сильный приступъ кашля. ° тѣла—38 Дано inf. irescaupinae cum morphio и вдыханіе Ol. Terebinthinae изъ Вульфовой склянки.

9. Утр. °=36,5; вечер.—38,5. Кашель сильно безлоктотъ большого и падаетъ ему спать; каждый глотокъ пищи сопровождается приступомъ душнаваго кашля, такъ что больной отказывается принимать пищу.

10. Мочи.—1120 к. с., уд. в.—1023; реакція кислая; въ мочѣ большой осадокъ мочеисныхъ солей, бѣлка нѣтъ. ° утр.—36,8; вец.—37,9. Кашель продолжается.

15-го °=вечер.—37,8. Кашель меньше. У нижняго угла правой лопатки перкуторный тонъ тупой и здѣсь слышна масса хриповъ и неопредѣленное дыханіе.

17-го. Самоочувствіе больного лучше. Т° вечер.—38. Кашляетъ меньше, глотаетъ хорошо полужидкую пищу.

19-го. Т.—утр.—37,5; вечер.—38,4 и было небольшое повнабаваніе. Въ легкихъ тѣ же явленія.

21-го. Выписался изъ клиники по своему желанію.

44) Большой дьяконъ Александръ Преображенскій, 50 лѣтъ, поступилъ въ клинику 13 апрѣля 1884 г.

*Anamnesis.*—Большой женатъ, имѣетъ 9 чел. дѣтей, изъ которыхъ 7 умерли въ дѣтствѣ и одинъ умеръ 25 лѣтъ отъ думсваго болѣзні; кроме того у жены было 2 aborta. Отецъ больного умеръ отъ невозможности глотанія, довольно быстро развившейся. Большой болѣзненно умеръ въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе глотанія больше года тому назадъ, во это затрудненіе имѣло характеръ скорѣе неловкости глотанія, совсемъ незначительной, какъ будто случайной и скоро исчезнувшей. Въ ноябрѣ 1883 года снова повторилось то же самое. Въ это же время у больного появились боли въ области грудной кости и лопатки, боли непостоянныя, неправильно появившіяся и исчезающія. Въ февралѣ 1884 развилась уже полная невозможность глотанія твердой пищи и значительное затрудненіе при глотаніи мягкой и жидкой. Съ тѣхъ поръ явленія мало нажннлись,—мягкую и жидкую пищу больной глотаетъ до настоящаго времени, хотя по временамъ, если онъ ѣстъ скоро и большими глотками, появляется регургитация, которой выводится все, что только онъ проглотилъ. Кроме этого больной еще жалуется на одышку и сердцебиеніе.

*Status praesens.*—Большой средняго тѣлосложенія и сохраняетъ еще достаточную степень упитанности. Никакихъ данныхъ для предположенія сфиліаза кроме abortовъ у жены нѣтъ, хотя врачи, вѣроятно на этомъ послѣднемъ основаніи, лечили больного франкіями (№ 12) и йодистымъ калиемъ; однако это леченіе нисколько не облегчило больного. Лимфатическія железы нормальны. При перкуссіи границы легкихъ увеличены; въ верхней части груди, на мѣстѣ прикрѣпленія 2—3 правыхъ реберъ къ грудной кости, найдено притупленіе тона вѣлчиною въ ладонь на такомъ же пространствѣ притупленіе тона находится у нижняго угла лѣвой лопатки. При выслушиваніи легкихъ вѣду ослабленное везикулярное дыханіе съ короткимъ вздохомъ и удлинненнымъ выдохомъ. Выслушиваніе сердца не даетъ ясныхъ результатовъ вълѣдствіе сильной аритміи,—повидимому тоны чисты, но первый ясный и слабъ; толчекъ сердца не ощущается. *Diagnosis*—сансер оеорогагі. Дано T-ra convallariae majalis.

16/iv.—Дѣятельность сердца нѣсколько поднялась, пульсъ сталъ поинѣе и правильнѣе. Тоны сердца чисты, но слабы. Большой ѣстъ жидкую и полужидкую пищу, послѣдняя проходитъ только при томъ условіи, если онъ глотаетъ маленькими глотками.

17. Больному сдѣлана катеризація пищевода, самая малая олива свободно проходитъ, но слѣдующія высшаго калибра останавливаются на 31,5 сант. отъ края верхнихъ рѣзцовъ. Послѣ катеризація большой глотаетъ гораздо лучше. Моча по качеству и количеству—нормальна. Больному чрезъ каждыя 2 дня производится cathétérisme arqué.

послѣ чего вслѣдъ разѣ глотаніе значительно лучше. 26 апрѣля эластическій зондъ, имѣющій 1 сант. въ поперечникѣ, прошелъ чрезъ суженіе свободно. Однако субъективно большой ухудшается и 28 апрѣля выписался изъ клиники.

### Амбулаторные больные.

45) Больной *Аимитинъ Оскаретидиновъ*, 47 лѣтъ, магнетанскаго вѣроисповѣданія, торговецъ, былъ въ клиникѣ 25-го ноября 1883 года. Мѣсяца 4 тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что 1<sup>1/2</sup> мѣсяца назадъ больной сталъ питаться мягкой и жидкой пищей, а въ настоящее время свободно проходитъ только жидкая пища. За послѣднее время сильно похудѣлъ и ослабѣлъ. Большой крѣпкого тѣлосложенія. Артерioskлерозъ въ довольно сильной степени. Грудные и брюшные органы нормальны. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на 31 сант. отъ зубовъ находится суженіе, которое пропускаетъ двѣ меньшія оливки, а на разстояніи 33 сант. отъ зубовъ находится самое узкое мѣсто этого суженія, чрезъ которое не проходитъ слѣдующая третья оливка. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme арруде два раза въ недѣлю.

27-го декабря. Глотаетъ только жидкую пищу. При катеризаціи ни одна оливка не прошла, препятствіе находится на 31,5 сант. отъ зубовъ. Въѣсъ тѣла = 58,500 gm.

4-го января. Въѣсъ = 58,150 gm. Жидкая пища проходитъ съ трудомъ и въ маломъ количествѣ. При зондированіи тѣ же явленія.

3-го марта. Въѣсъ = 57,500 gm. Въ теченіи мѣсяца у больного было усменное отдѣленіе слюны; глотать могъ только жидкую пищу, которая проходила съ большимъ трудомъ и въ небольшомъ количествѣ. Потомъ былъ лихорадочное состояніе. Съ недѣлю какъ жидкая пища начала проходить свободно и теперь даже проходитъ мелко изрубленная говядина. При катеризаціи пищевода большая оливка останавливается на 31 сант. отъ зубовъ, а остальная всѣ оливки проходятъ, причемъ получается ощущение соскальзыванія въ двухъ мѣстахъ. Большой болше въ клинику не являлся.

46) Больная *Марья Шаекеръ*, 54 лѣтъ, была въ клиникѣ 5-го октября 1882 года. Три мѣсяца тому назадъ больная почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что больная въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. При изслѣдованіи внутренне органы нормальны. При зондированіи пищевода въ нижней его трети найдено суженіе, пропускающее двѣ малыя оливки. Diagnosis—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme арруде.

12-го октября. При зондированіи оливка № 3 прошла съ насиліемъ, на оливѣ немного крови.

19-го октября. При зондированіи тѣже явленія. Глотаніе гораздо лучше. Жалуется на боли въ груди и спинѣ.

14-го декабря. За это время больная значительно похудѣла. Глотаетъ только жидкую пищу. При зондированіи пищевода на 32 сант. отъ зубовъ малая оливка встрѣчаетъ препятствіе, которое проходитъ, но точнѣе встрѣчаетъ другое препятствіе, не пропускающее эту оливку.

47) Больной мѣщанинъ *Василій Петровъ*, 48 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 18-го марта 1886 года. *Anamnesis*. Больной женатъ, дѣтей не имѣлъ. Умѣренный ротатор. Въ молодости имѣлъ шанкръ и уретритъ, но сифилисъ отрицается. Ожестъ пищевыхъ путей не было. 8 лѣтъ тому назадъ больной началъ страдать тошнотой послѣ каждого приема пищи, потомъ вскорѣ появились боли въ кишкахъ и то запоры, то поносы. Пищу принимаетъ мало и мажиганная неосторожность въ приемѣ пищи сопровождалась болями въ животѣ. Рвоты не было. Въ концѣ ноября 1885 года сталъ чувствовать при каждомъ прохожденіи глотка пищи боль, вскорѣ пища стала останавливаться въ пищеvodѣ и выбрасываться обратно. Затрудненіе глотанія увеличивалось, такъ что больной принужденъ былъ

питаться жидкой и мягкой пищей, а въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. Лечился очень много и послѣдніе два года у пр. Чудновскаго, по совѣту котораго за послѣднее время большой принялъ kali jodati  $\bar{u}$  въ растворѣ, но никакого улучшенія не было. *Status praesens*. Больной средняго роста, умѣреннаго тѣлосложенія, довольно худой и блѣдный, подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ. Мышцы вялы. Скелетъ нормальный. Никакихъ указаній на сифилисъ нѣтъ. Въ полости рта и глотки ничего не найдено. Шея нормальная, лимфатическая железа не увеличена. При перкуссии и аускультации грудныхъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи самая малая оливка останавливается на 35 сант. отъ зубовъ, на оливѣ немного крови. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложена гастротомія, но больной не являлся.

48) Больной *Федотъ Александровъ*, торговецъ, 56 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 14-го марта 1886 года. 30 лѣтъ тому назадъ больной имѣлъ шанкръ, послѣ чего чрезъ нѣсколько лѣтъ долго болѣлъ во рту и остался продырявленіемъ мягкаго неба. Послѣднія 20 лѣтъ большой былъ совершенно здоровъ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтилъ, что твердая пища проходитъ по пищеvodу съ нѣкоторымъ затрудненіемъ. Явленія эти, постепенно усиливаясь, дошли до того, что больной въ настоящее время питается только полужидкой пищей. Рвоты послѣ принятія пищи не бываетъ. Со стороны скелета и внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. Изъ железъ немного увеличены только слюнные. При зондированіи всѣ оливки проходятъ, за исключеніемъ самой большой, которая останавливается на 35 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

16-го марта больной снова былъ въ клиникѣ. Здѣсь при зондированіи пищевода не прошли первые болыи двѣ оливки, а остановились на 34,5 сант. отъ зубовъ. Больному предложена гастротомія, но онъ болѣе не являлся въ клинику.

49) Больной мѣщанинъ *Егоръ Зиминъ*, 32 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 7-го марта 1886 года. *Anamnesis*. 10 лѣтъ тому назадъ большой имѣлъ уретритъ, который повторялся три раза. Сифилиса не было. Больной женатъ, имѣетъ троихъ дѣтей, выкидышей не было; жена и дѣти всегда были здоровы, никакихъ сыпей не было. Самъ больной тоже всегда былъ здоровъ. Сильно злоупотреблялъ спиртными напитками. Мать больного умерла въ 1869 году отъ неизвѣстной причины; отецъ же больного находится въ клиникѣ по поводу раковой опухоли щеки. Братья и сестры здоровы. Ожестъ пищевода не было. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1885 года у больного послѣ каждого приема пищи появились боли въ груди и въ области желудка. Эти боли чрезъ нѣсколько часовъ проходили и ихъ не было до слѣдующаго приема пищи. Съ половины ноября у больного вдругъ перестала проходить слѣдующаго приема пищи. Съ половины ноября и тогда пища проходила. Мало по дитъ твердая пища, онъ сталъ тщательно разжевывать и тогда пища проходила. Мало по малу эта трудность глотанія усиливалась, больной сталъ питаться полужидкой пищей. 6 недѣль тому назадъ и полужидкая пища перестала проходить и больной принужденъ принимать только жидкую пищу. Недѣли три какъ у больного во время глотанія являлись боли въ груди; по объясненію больного «какъ будто глотокъ пищи проходитъ мимо лавы и царапаетъ ее». Кроме того явились самопроизвольныя колики боли въ груди, бокахъ и спинѣ. Въ настоящее время временами жидкая пища съ трудомъ проходитъ и появляется регургитация, причемъ сразу выходитъ большое количество пищи со слюной. Съ развитіемъ затрудненія глотанія явились запоры, продолжающіеся до 4 дней и болѣе. Больной сталъ быстро худѣть и падать силами. *Status praesens*. Больной очень блѣдный, истощенный, подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ, роста средняго, умѣреннаго тѣлосложенія; костная система не представляетъ ничего особеннаго. Лимфатическія железы нормальны. При перкуссии и аускультации ничего ненормальнаго не найдено. Брюшные органы нормальны; животъ втянутъ. При зондированіи пищевода самая малая оливка останавливается на 40 сант. отъ зубовъ. Diagnosis—cancer oesophagi.

14-го марта больной снова былъ въ клиникѣ. Послѣ зондированія глотаніе на нѣкоторое время улучшается. Жалобы больного тѣже и ухудшенія нѣтъ. Силы быстро падаютъ. При зондированіи тѣже явленія.

50) Больной *Иванъ Бушмаринъ*, мѣщанинъ, 38 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 14-го января 1886

года. *Anamnesis*. Большой сильный rotator. Мать его жива, отец пьяница, умерь отъ неизвестной причины; братъ больного тоже сильный rotator, умерь вследствие стриктуры пищевода 53 лѣтъ отъ роду. Большой женатъ, семейные здоровы. Сифилиса не было. Имѣлъ обыкновеніе пить горячій чай въ лѣтѣ. Три мѣсяца тому назадъ больной въ первый разъ замѣтилъ трудность прохожденія пищи; вмѣстѣ съ тѣмъ явилась боль въ области желудка, которая усиливается при глотаніи пищи. Около мѣсяца тому назадъ твердая пища перестала проходить и за послѣдній мѣсяць питается исключительно жидкой пищей. Раньше были тучный и сильный, за послѣдніе три мѣсяца значительно похудѣлъ и ослабѣлъ. *Status praesens*. Больной крѣпкаго тѣлосложенія, довольно исхудалый и блѣдный. Со стороны скелета измѣненій не найдено. Паховыя и подмышковыя железы немного увеличены. Указаній на сифилисъ нѣтъ. Тоны сердца неясны и слабы. Въ легкихъ ничего не найдено, кромѣ незначительнаго шума трѣпца съ правой стороны по аксиллярной линіи. Печень выдается изъ подъ края ложныхъ реберъ на два поперечныхъ пальца. При зондированіи пищевода малая олива останавливается на 24,5 сант. отъ начала пищевода. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

51) Большой мѣшанивъ *Vasilii Buzuev*, оберъ-кондукторъ желѣзной дороги, 39 лѣтъ; былъ въ клиникѣ 28 января 1886 года. Большой проходитъ изъ здоровой семьи; со роны наследственности ничего не найдено. Женатъ, семейные всѣ здоровы. Сифилиса не имѣлъ. 9 мѣсяцевъ тому назадъ проглотилъ горячій картофель, послѣ чего чувствовалъ садненіе и боль за грудной костью, а чрезъ мѣсяць послѣ этого замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось и 4 мѣсяца тому назадъ и полужидкая пища стала проходить съ трудомъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи оказалось, что малая олива останавливается на 38 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Предложено больному поступить въ клинику, но онъ не явился.

52) Больная вдова священника *Марія Исподатовна*, 64 лѣтъ, была въ клиникѣ 18 октября 1885 года. *Anamnesis*. Больная всегда пользовалась хорошимъ здоровьемъ; въ 25 лѣтъ болѣла тифомъ. Со стороны наследственности ничего не оказалось. Мужъ умеръ отъ холеры, дѣти умерли отъ различныхъ случайныхъ болѣзней. Съ марта мѣсяца 1885 года въ первый разъ замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно усиливалось, такъ что съ іюня мѣсяца болная принуждена была питаться жидкой и мягкой пищей. Въ настоящее время глотаетъ только жидкости и при этомъ иногда бываетъ регургитація. Кровотеченій не было. Около 5 лѣтъ страдаетъ сердцебиеніемъ, появляющимся при ходьбѣ и душевныхъ волненіяхъ. *Status praesens*. Больная блѣдная, довольно худая. Со стороны скелета ничего не нормальнаго не найдено, за исключеніемъ небольшой выпуклости на передней сторонѣ грудной кѣтки, соотвѣтственно прикрѣпленію 2 и 3 ребра къ груди; здѣсь при перкусіи замѣчается приглушеніе тона на пространствѣ ладони. Внутренніе органы изслѣдовалъ Проф. С. П. Боткинъ и ничего не нашелъ. При зондированіи болная олива останавливается на 39 сант. отъ зубовъ, а малая на 41 сант. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Больной предложено поступить въ клинику для гастростоміи, но она не явилась.

53) Больной *Иванъ Зоринъ*, 59 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 5 апрѣля 1884 года. До 50 лѣтъ былъ довольно много вина. До августа мѣсяца 1883 года, около двухъ лѣтъ, страдалъ болью подъ лопаткой, отравкой и тошнотой послѣ пріема пищи; съ августа замѣтилъ затрудненіе прохожденія твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ декабрѣ мѣсяцѣ перестала проходить мягкая пища и больной сталъ питаться только жидкой, но съ мѣсяцѣ тому назадъ и эта пища стала плохо проходить и часто регургитироваться. Послѣдніе 4 дня глотаніе сдѣлалось свободнѣе, но вчера молоко не проходило. Изслѣдованіе внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не даетъ. Нерв. нормальныя. Лимфатическія железы не увеличены. Артерисклерозъ. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ препятствіе на 36,5 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

18-го сентября больной явился въ клинику. Въ теченіи дѣтя больной питался исклю-

чительно жидкой пищей. Глотаніе временами лучше, а временами хуже. При изслѣдованіи груди ничего ненормальнаго не найдено. За это время очень сильно исхудать.

21-го сентября. Больного катеризировали и малая олива не прошла. Предложено поступить въ клинику, но онъ не явился.

54) Больная *Аксиня Пивоварова*, 45 лѣтъ, была въ клиникѣ 28 февраля 1884 года. Водки пила мало. Была 3 раза беременна и въ послѣдній разъ была выкидышь. Въ мѣѣ мѣсяцѣ 1883 года замѣтила въ первый разъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что три недѣли уже какъ болная питается исключительно жидкой пищей, но за послѣднюю недѣлю и жидкости плохо проходятъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органы найдены здоровыми. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчается непреодолимое препятствіе на 36 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

2-го марта. Въ лѣвой fossa supraclavicularis найдена опухшая лимфатическая железа. Тоны сердца чисты, но глухи. Въ обоихъ легкихъ небольшое количество влажныхъ и сухихъ хриповъ. При зондированіи малая олива останавливается на 40 сант. отъ зубнаго края. Жалуются на кашель и голодъ. Глотаетъ съ трудомъ жидкую пищу.

55) Больной почталовъ *Иванъ Кузминъ*, 38 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 17 января 1884 года. Большой rotator. Въ іюль мѣсяцѣ 1883 года замѣтилъ, что твердая пища трудно проходитъ при глотаніи. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось и дошло до того, что въ ноябрѣ мѣсяцѣ жидкая пища стала проходить съ трудомъ. Въ октябрѣ мѣсяцѣ была рвота съ кровью; подобное кровотеченіе повторялось еще два раза и въ послѣдній разъ, дней 10 тому назадъ, было довольно обильное (ложки три стол.). Вмѣстѣ съ развитіемъ затрудненія глотанія у больного явились боли подъ лопаткой, распространяющіяся въ груди и спину. Въ настоящее время болной съ трудомъ глотаетъ жидкую пищу и часто является регургитація. При изслѣдованіи во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи въ пищеводѣ на 35,5 сант. отъ зубовъ встрѣчается суженіе, не пропускающее большую оливу, но слѣдующія меньшія оливы проходятъ, встрѣхая мягкіе выступы на протяженіи около 6 сант. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Предложено больному поступить въ клинику, но онъ не пожелалъ.

56) Больной *Петръ Дробинъ*, 57 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16 декабря 1883 года. *Anamnesis*. Большой вина никогда не пилъ и табаку не курилъ. Сифилисомъ не страдалъ. Въ началѣ апрѣля мѣсяца 1883 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе глотанія; въ іюнь мѣсяцѣ перестала проходить твердая пища, въ августѣ останавливалась и жидкая пища, но потомъ снова стала понемногу проходить и въ настоящее время жидкая пища проходитъ свободно. *Status praesens*. Тоны сердца правильны и чисты. Значительная эмфизема легкихъ; бронхальныя органы не представляютъ ничего особеннаго. Въ лѣвой надключичной ямкѣ найдена опухшая лимфатическая железа. При зондированіи пищевода на 32 сант. отъ зубовъ находится препятствіе, не пропускающее малой оливы. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Назначены cathétérisme approué.

57) Больная *Фекстона Сусина*, 50 лѣтъ, содержательница прачешнаго заведенія; была въ клиникѣ 18 января 1885 года. *Anamnesis*. Больная пила очень много вина и сама указывала на это какъ на причину своей болѣзни. Любитъ пить очень горячій чай, но быдлин ожоги пищевыхъ путей,—не помнитъ. Больная всегда была здоровая и тучная женщина, замужемъ и семейные всѣ здоровы. Сифилиса не было. Въ послѣдніе два года болная чувствовала боли въ области желудка послѣ каждаго пріема пищи, но аппетитъ былъ хорошій. 22 іюня 1884 года у болной во время пріема пищи вдругъ остановился въ пищеводѣ кусокъ говядины и тотчасъ же вышелъ обратно; болная изъ осторожности продолжала ѣсть только жидкую и мягкую пищу, которая проходила хорошо. Мало по малу болная стала переходить къ твердой пищѣ и въ августѣ ѣла всякую пищу совершенно свободно. 25 августа снова повторилось то же самое, но съ этого времени болная уже не могла приниматьъ твердую пищу и глотаніе постепенно затруднялось, такъ что уже два мѣсяца какъ питается исключительно жидкой пищей, а иногда проходитъ кашлица и разномысли-

блѣтый хлѣбъ. Съ мѣсяца тому назадъ появились боли между лопатками и въ груди. За последнее время стала худѣть и слабѣть силами. *Status praesens.* Большая крѣпкая тѣлосложенія: кожа виситъ складками и слегка желтовата, подкожного жирнаго слоя много. Лицо землистаго цвѣта. Скелетъ нормаленъ. Никакихъ указаній на сифилисъ не найдено. Шея нормальная. Въ лѣвой надключичной ямкѣ опухшія лимфатическія твердая железа. Грудные и брюшные органы не представляютъ ничего особеннаго. При катетеризаціи пищевода на 32,5 сант. отъ зубовъ найдено препятствіе, не пропускающее малой оливы. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme арруге два раза въ недѣлю.

9 февраля. Послѣ катетеризаціи больная дня 4 глотала жидкую пищу свободно. Сегодня сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4 минутъ; переноситъ довольно хорошо. Вѣсъ=83,300 gm. Послѣ электролиза въ этотъ день и слѣдующій больная чувствовала сильныя боли въ животѣ, которая прошли на 3-й день. Первый день глотаніе было затруднительно, но на слѣдующій свободно глотала жидкую пищу.

12-го февраля. Снова сдѣланъ электролизъ изъ 8 элементовъ въ продолженіи 2-хъ минутъ. Въ этотъ день плохо глотала, были боли въ животѣ и урчаніе, а на слѣдующій день явился поносъ съ сильными схватывающимися болями въ кишкахъ и только на третій день послѣ электролиза все прошло. Глотаніе сдѣлалось свободнѣе. Большая силами не падаетъ и продолжаетъ работать. Вѣсъ=82,800 gm.

15-го февраля. Электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 4-хъ минутъ, послѣ чего въ этотъ день было затрудненіе глотанія и схватывающія боли въ животѣ; на слѣдующій день глотаніе гораздо лучше, даже стала ѣсть сухой хлѣбъ; боли тоже прошли.

19-го февраля. Сдѣланъ cathétérisme арруге, малая олива останавливается на 32 сант. отъ зубовъ.

22-го февраля. Cathétérisme арруге. Глотаетъ жидкую и полужидкую пищу; силы не падаетъ, кашля нѣтъ.

26-го февраля. Глотаетъ хуже. Жалуется на боли въ правомъ подреберьѣ. Cathétérisme арруге, олива останавливается на 31,5 сант. отъ зубовъ.

1-го марта. Глотаетъ хорошо. Жалуется на боли въ области желудка и икоту. Катетеризаціи не дѣлали.

5-го марта. Глотаетъ удовлетворительно размоченный блѣтый хлѣбъ; боли меньше. Сдѣланъ электролизъ изъ 6 элементовъ въ продолженіи 3-хъ минутъ.

По проставленіи недѣли меня пригласили къ больной на квартиру и здѣсь я узналъ, что больная все время хорошо себя чувствовала, ходила и работала, но два дня тому назадъ вдругъ занемогла, явилась небольшой энцефалъ, жаръ и больная слегла въ постель. При изслѣдованіи въ легкихъ ничего особеннаго не найдено. Пульсъ около 100, полный, t°=39. Въ лѣвой надключичной ямкѣ находится разлитая, очень болѣзненная опухоль, кожа не пѣзыжена. Глотаніе затруднено и очень болѣзненно. Больная жалуется на сильныя боли позади грудной кости. Брюшные органы не представляютъ измѣненій. Я предложилъ больную помѣстить въ клинику, но она не согласилась и чрезъ нѣсколько дней умерла при явленіи септицеміи. Вскрытіе не было сдѣлано.

58) Больной *Василій Ивановъ*, 57 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16 декабря 1883 года. Въ маѣ мѣсяцѣ этого года замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось и съ августа сталъ питаться полужидкой и жидкой пищей, а въ настоящее время только жидкой. Грудные и брюшные органы нормальны. Тоны сердца чистыя, немного глухи. Лимфатическія железы не увеличены. При зондированіи у cardia встрѣчается суженіе, чрезъ которое проходитъ только малая олива. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

59) Больной *Филиппъ Терентьевъ*, 59 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 4-го декабря 1884 года. 6 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ, что твердая пища при глотаніи стала трудно проходить. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивается и 2 недѣли уже какъ больной питается размоченнымъ хлѣбомъ и эта пища временами трудно проходитъ. Жидкую пищу

глотаетъ свободно. При изслѣдованіи внутренне органы все здоровы. При зондированіи пищевода малая олива останавливается на 39 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

60) Больной *Иванъ Маматовъ*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 28-го октября 1883 года. *Anamnesis.* Спиртными напитками не злоупотреблялъ. 5 лѣтъ тому назадъ болѣлъ горячкой. Сифилисъ не имѣлъ. 5 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, больной сталъ питаться мягкой пищей, но въ настоящее время проходитъ только жидкая пища, которая останавливается по указанію больного на уровнѣ мечевиднаго отростка. *Status praesens.* Больной блѣдный, исхудалый, подкожного жирнаго слоя нѣтъ. При изслѣдованіи внутренне органы оказались здоровыми. Область желудка при опущиваніи болѣзненная. При изслѣдованіи пищевода зондомъ на 21 сант. отъ начала его находится суженіе, чрезъ которое не проходитъ самая малая олива. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme арруге.

31 октября. Послѣ катетеризаціи глотаніе сдѣлалось гораздо свободнѣе; жидкая пища проходитъ свободно. Снова сдѣлана катетеризаціи. Больной больше не являлся.

61) Больной *Александръ Петровъ*, 42 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го марта 1883 года. Больной сильный potator. Въ октябрѣ мѣсяцѣ 1882 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что съ января мѣсяца больной сталъ питаться мягкой и жидкой пищей. Въ настоящее время проходитъ свободно только жидкая пища, хотя большіе глотки вызываютъ боль и проходить съ трудомъ. При изслѣдованіи внутренне органы найдены здоровыми. При зондированіи пищевода на 35 сант. отъ зубовъ малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Назначенъ cathétérisme арруге два раза въ недѣлю, но больной больше не являлся.

62) Больной *Григорій Бодановъ*, 55 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 21-го октября 1883 года. Больной порядочный potator. Въ августѣ мѣсяцѣ въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время твердая пища, тщательно размельченная, проходитъ съ большимъ трудомъ, но жидкая свободно. Внутренне органы здоровы. При изслѣдованіи пищевода зондомъ больная олива останавливается у cardia, на оливѣ немного крови; малая олива проходитъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

63) Больной *Василій Толстиковъ*, 62 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 4 октября 1883 года. Мѣсяца 4 тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что съ мѣсяца тому назадъ твердая пища перестала проходить и больной сталъ питаться мягкой и жидкой пищей. Внутренне органы здоровы. При зондированіи пищевода въ нижней 1/3 его найдено суженіе, чрезъ которое не проходитъ малая олива. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

64) Больной *Лозель Гуревичъ*, 59 лѣтъ, еврей, былъ въ клиникѣ 13 сентября 1883 года. *Anamnesis.* 13 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и 1/2 года уже какъ больной не можетъ глотать твердую пищу. Въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. *Status praesens.*—Больной сильно исхудалый; легкая грудь; на шеѣ опухшія железы не имѣются. Внутренне органы не представляютъ ничего непорядочнаго. Артерioskлерозъ въ умѣренной степени. При зондированіи пищевода малая олива встрѣчаетъ непреодолимое препятствіе на 25 сант. отъ начала его. *Diagnosis*—cancer cardia.

25 ноября. Больной за это время значительно исхудалъ. Изслѣдованіе органовъ даетъ отрицательный результатъ. При зондированіи тѣже явленія.

65) Больной *Николай Войтовъ*, 54 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 8 февраля 1883 года. Больной умѣренный potator. Сифилисомъ не страдалъ. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1882 года замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу, а временами и эта пища проходитъ съ трудомъ. Артерioskлерозъ въ умѣренной степени. Небольшая эмфизема легкихъ. При зон-

дировании въ пищеводе на 34—35 сант. отъ зубовъ найдено суженіе, чрезъ которое не проходитъ малая оливка. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Предложена гастротомія, но больной не согласился.

66) Большой *Наремъ Ханьшъ*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 11 февраля 1883 года. Большой *potato*. Съ  $\frac{1}{2}$  года тому назадъ замѣтилъ затрудненіе глотанія твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивается и въ настоящее время проходитъ полужидкая и жидкая пища. Внутренніе органы здоровы. Височная артерія не много склерозирована. При зондированіи пищевода большая оливка останавливается на 34 сант. отъ зубовъ. Третья оливка прошла чрезъ суженіе и на ней было немного крови. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Пищевод инвазировано при этомъ суженіи.

67) Большой *Николаръ Васильевъ*, 60 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 21 января 1883 года. Три мѣсяца тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, это затрудненіе постепенно усиливается. Въ настоящее время глотаетъ мягкую и жидкую пищу. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ найдена незначительная эмфизема легкихъ. Сердце нормально. Печень немного увеличена. Остальные органы здоровы. При зондированіи пищевода большая оливка останавливается на 34 сант. отъ зубовъ; зондъ не пульсируетъ; чрезъ суженіе прошла только малая оливка. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Назначено зондированіе пищевода 2 раза въ недѣлю.

68) Большой *Мисаилъ Кошелевъ*, 58 лѣтъ, оружейникъ мастеръ, былъ въ клиникѣ 13 ноября 1881 года. Съ мѣсяць тому назадъ больной замѣтилъ боль и вскорѣ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе глотанія постепенно увеличивается, часто глотки пищи выбрасываются обратно съ большимъ количествомъ слюны. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода зондомъ съ малой оливкой при входѣ въ желудокъ ощущается въ двухъ мѣстахъ соскальзываніе; остальные органы не проходятъ. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Назначенъ *cathétrisme arqué*.

69) Большой *Лаврентій Яковлевъ*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 13 ноября 1881 года. Съ  $\frac{1}{2}$  года тому назадъ больной сталъ замѣчать незлоказу при глотаніи, скоро явилось затрудненіе, которое въ послѣдніе  $\frac{1}{2}$  мѣсяца увеличилось до того, что стало совершенно невозможно проглатывать твердую пищу; touchés послѣ проглатыванія куска чувствуются боль и тяжесть въ груди на уровнѣ мечевиднаго отростка и замѣтъ куколка извергается обратно со слюною. Больной водки много никогда не пилъ, сифилиса не имѣлъ. Внутренніе органы нормальны. При зондированіи въ нижней части пищевода найдено суженіе, пропускающее двѣ малыя оливки свободно, а № 3 съ трудомъ; на оливѣ немного крови, остальные оливки не проходятъ. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Назначенъ *cathétrisme arqué* двѣ раза въ недѣлю.

70) Больной *Варвара Ларъ*, 62 лѣтъ, была въ клиникѣ 2 октября 1881 года. Въ декабрь мѣсяцъ 1880 года больная замѣтила затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что послѣдніе три мѣсяца можетъ глотать только жидкую пищу. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода у входа въ желудокъ найдено суженіе, чрезъ которое не проходитъ ни одна оливка. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*. Лечение—*cathétrisme arqué*.

71) Больная купчиха *Евдокія Голубкова*, 65 лѣтъ, была въ клиникѣ 18-го сентября 1886 года. Въ апрѣль мѣсяцъ 1880 года больная почувствовала затрудненіе глотанія, которое, увеличиваясь постепенно, дошло до полной невозможности глотать твердую пищу, а въ настоящее время питается только молокомъ и питательными клецками. Больная въ высшей степени истощена, кожа сморщена, желтоватого цвѣта, подкожнаго жирнаго слоя совершенно нѣтъ. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода самая малая оливка не проходитъ и останавливается на 33 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

72) Больная *Евдокія Замяткова*, 52 лѣтъ, была въ клиникѣ 20 января 1881 года. 8 мѣсяцевъ тому назадъ больная почувствовала затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается и дошло до того, что двѣ недѣли уже

какъ больная питается исключительно жидкой пищей. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода малая оливка не проходитъ и останавливается въ нижней части его; препятствіе плотной консистенціи. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

24-го января. Жидкая пища проходитъ малыми глотками. При зондированіи малая оливка не проходитъ.

26-го января. Жидкая пища проходитъ съ большимъ трудомъ. Предложено поступить въ клинику, но больная не желаетъ.

28-го января. При зондированіи тѣже явленія. Глотаетъ жидкую пищу съ большимъ трудомъ.

3-го февраля. Больная сильно ослабла. Перемѣлъ никакикъ нѣтъ. Въ клинику поступить не желаетъ.

73) Больная *Александра Чистякова*, 66 лѣтъ, была въ клиникѣ 15-го января 1882 года. Въ мѣяцъ 1881 года больная стала чувствовать боль и вскорѣ замѣтъ легкое затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ сентябрѣ больная перестала глотать твердую пищу и стала питаться жидкой и полужидкой пищей, а въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу. Послѣдніе три дня больная съ большимъ трудомъ глотала молоко. Внутренніе органы здоровы. При зондированіи пищевода у входа въ желудокъ найдено суженіе, пропускающее двѣ меньшійя оливки, на оливѣ нѣсколько полосокъ крови. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

16-го февраля. Больная за это время сильно похудѣла и ослабла. При зондированіи самая малая оливка не прошла и остановилась у входа въ желудокъ.

19-го февраля. При зондированіи пищевода, несмотря на легкое форированіе, малая оливка не прошла, на оливѣ немного крови.

12-го марта. Жидкую пищу больная глотаетъ свободно. При зондированіи тѣже явленія.

74) Больной *Павель Соколовскій*, 40 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 2-го февраля 1882 года. Большой сильный *potato*. Въ ноябрѣ мѣсяцъ 1881 года въ первый разъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что въ настоящее время больной глотаетъ жидкую пищу съ большимъ трудомъ. Крошечъ того жалуются на сильную боль въ спинѣ. Больной очень исхудалъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода на 34 сант. отъ зубовъ найдено суженіе, не пропускающее малую оливку; зондъ не пульсируетъ. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

25-го февраля. Тоны сердца хорошо слышны со всѣхъ сторонъ грудной клетки. При зондированіи пищевода малая оливка не проходитъ.

75) Больной *Александръ Тарасевичъ*, 67 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 23-го марта 1882 года. Приблизительно въ августѣ мѣсяцъ 1881 года больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; затрудненіе постепенно увеличивалось, такъ что въ настоящее время больной можетъ глотать съ трудомъ мягкую пищу и свободно жидкую. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода въ нижней трети его находится суженіе, пропускающее оливку № 2; на оливѣ небольшое количество крови. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

76) Больной *Иванъ Волдинъ*, 49 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 5-го марта 1882 года. Третій годъ какъ больной страдаетъ болями подъ ложечкой. 6 мѣсяцевъ тому назадъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Это затрудненіе постепенно увеличивалось и дошло до того, что больной съ трудомъ глотаетъ жидкую пищу, при этомъ нѣрдко бываетъ регургитация. Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода у входа въ желудокъ найдено суженіе, пропускающее двѣ малыя оливки. *Diagnosis*—*cancer oesophagi*.

12-го марта. Глотаетъ лучше. При зондированіи оливка № 3 прошла съ небольшимъ насиліемъ.

77) Больной *Андрей Бодановъ*, 45 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 23-го февраля 1882 года.

Въ сентябрѣ мѣсяцѣ 1881 года больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается и съ декабря мѣсяца больной совершенно не можетъ глотать твердой пищи. Въ настоящее время глотаетъ только жидкую пищу, которая временемъ проходитъ свободно, но иногда съ большимъ трудомъ и является регургитация. Внутренніе органы при изслѣдованіи оказались здоровыми. При зондированіи пищевода въ нижней трети его найдено суженіе, пропускающее только одну малую оливку. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

25-го февраля. При зондированіи олива № 2 прошла довольно свободно, олива же № 3 не проходитъ и останавливается на 30 сант. отъ зубовъ; зондъ не пульсируетъ. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не найдено.

2-го марта. При зондированіи ни одна олива не проходитъ.

78) Большой *Василій Луговскій*, 57 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 23-го февраля 1882 года. Въ декабрѣ мѣсяцѣ 1882 года сталъ чувствовать боль и затрудненіе при глотаніи твердой пищи; затрудненіе глотанія постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время питается только жидкой пищей. За послѣднее время сильно исхудалъ и ослабѣлъ. Сифилиса не было. Большой сизый *potato*. При изслѣдованіи дыхательныхъ органовъ съ правой стороны найдены явленія пневмонии. Остальные органы не представляютъ ничего особеннаго. При катетеризаціи пищевода въ нижней трети его найдено суженіе, пропускающее одну только малую оливку. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

25-го февраля. При катетеризаціи пищевода зондъ останавливается на 35 сант. отъ зубовъ; проходитъ только малая олива.

79) Большой *Соколовъ*, 53 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16-го февраля 1882 года. 9 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ здоровы. При зондированіи пищевода въ нижней его трети найдено суженіе, пропускающее оливку № 2; при этомъ ощущается бугристость. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

20-го февраля. При зондированіи олива № 4 прошла, на оливѣ кровь. Глотаніе гораздо лучше.

80) Большой *Тоталъ Андерсонъ*, баснощикъ, 55 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 16-го ноября 1882 года. Большой *potato*. Со стороны наследственности ничего особеннаго нѣтъ. Два мѣсяца тому назадъ сталъ замѣчать затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что въ настоящее время больной совершенно не можетъ глотать твердую пищу. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода на 34 сант. отъ зубовъ находится суженіе, пропускающее только малую оливку. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

81) Большой крестьянинъ *Алексей Лузанъ*, 45 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 26-го октября 1882 года. Въ мѣя мѣсяцѣ больной замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи; это затрудненіе постепенно увеличивается, такъ что больной съ июля сталъ питаться мягкой пищей, а недѣлю тому назадъ въ продолженіи нѣсколькихъ дней больной совершенно ничего не могъ глотать. При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ нормальны. При зондированіи пищевода въ нижней трети его найдено суженіе, пропускающее малую оливку. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Лечение cathétérisme approuvé.

29-го октября. При зондированіи пищевода малая олива прошла.

5-го ноября. Прошла олива № 3.

82) Большой *Михаилъ Климовскій*, 63 лѣтъ, абороторовецъ, былъ въ клиникѣ 3-го марта 1885 года. *Anamnesis*. Въ молодости много пилъ водки и два раза былъ *delirium tremens*; 22 лѣтъ женатъ, семейные все здоровы. Самъ тоже всегда былъ здоровъ и до своей болѣзни былъ очень тученъ. Сифилиса не имѣлъ. 8 мѣсяцевъ тому назадъ больной замѣтилъ неловкость при глотаніи твердой пищи, чрезъ мѣсяцъ послѣ этого пища стала плохо проходить, больной принужденъ былъ особенно тщательно ее разжевывать и тогда она проходила. Затрудненіе глотанія постепенно увеличивалось, такъ что въ сентябрѣ мѣсяцѣ больной пересталъ принимать твердую пищу и сталъ питаться мягкой и жидкой. Два мѣсяца тому назадъ

похудѣла пища стала плохо проходить и больной вынужденъ питаться исключительно жидкой пищей; съ декабря мѣсяца по временамъ у больного болитъ правая половина груди; кровохаранія никогда не было. За послѣднее время больной очень похудѣлъ и ослабѣлъ. *Status praesens*. Большой исхудалый, кожа виситъ складками, желтоватаго дѣтя, подкожного жирнаго слоя очень немного; на различныхъ мѣстахъ найдены множественныя липомы различной величины. Скелетъ не представляетъ ничего особеннаго. Шея нормальная. Поперечный размѣръ сердца немного увеличенъ. Тоны сердца глухи и 2-й тонъ нечеткъ. Легкія нормальны. Бронхиальные органы не представляютъ ничего особеннаго. При зондированіи пищевода все оливки останавливаются на 35,5 сант. отъ зубовъ; остовѣтѣніе и утолщеніе перстениднаго хряща составляетъ значительное препятствіе ко введенію зонда. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Больному предложено поступить въ клинику для гастростоміи, но онъ не явился.

83) Большой *Викторъ Новатовъ*, 56 лѣтъ, горювецъ, былъ въ клиникѣ 12 февраля 1885 года. *Anamnesis*. Большой умѣренный *rotator*. Въ молодде годы нѣсколько разъ имѣлъ шандры и уретры, послѣ чего болѣлъ ротъ и около задняго прохода; лечился мазями и внутренними лекарствнами. Женатъ, жена и дѣти всегда были здоровы, сипей не имѣли. Въ декабрѣ 1883 года во время обѣда у больного вдругъ остановился въ пищеводѣ комокъ пищи; сію же минуту больной сталъ пить содовую воду и комокъ пищи прошелъ. Вскорѣ обратясь къ врачу, который ему зондировалъ пищеводъ и зондъ прошелъ. Послѣ этого больной глоталъ пищу свободно и совершенно забылъ о случившемся. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ 1884 года больной сталъ замѣчать затрудненіе при глотаніи твердой пищи; затрудненіе постепенно увеличилось и въ январѣ мѣсяцѣ 1885 г. сталъ питаться мягкой и жидкой пищей, а недѣли три тому назадъ какъ сталъ глотать только жидкую пищу. Съ равнѣтѣмъ болѣзни больной значительно похудѣлъ, но силы еще не падаютъ. *Status praesens*. Подкожная вены на верхнихъ конечностяхъ налиты. Довольно рѣзко выражены артерioskлерозъ. Двухсторонняя паховая грыжа. Лимфатическія железы не увеличены. При перкуссии и аускультациі ничего ненормальнаго не найдено, только тоны сердца вѣсду передаются. При зондированіи пищевода малая олива не проходитъ и останавливается на 33 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Предложена гастростомія, но больной не согласился.

84) Большая *Любовъ Усачева*, 46 лѣтъ, была въ клиникѣ 20 ноября 1884 года. *Anamnesis*. Вино пила рѣдко; омокъ пилъсвахъ путей не было. Семейные все здоровы. Въ мѣя мѣсяцѣ 1884 года по временамъ стала замѣчать затрудненіе при глотаніи твердой пищи. Въ іюль мѣсяцѣ затрудненіе глотанія сдѣлалось постояннымъ и твердая пища проходила а только въ разжевленномъ видѣ. Затрудненіе постепенно увеличилось и дошло до того, что съ октября больная питается исключительно жидкой пищей. *Status praesens*. Сердечный толчекъ разлитой, область сердечнаго пригнупленія не увеличена, тоны сердца глухи и слегка аритмичны, второй тонъ accentуированъ. Легкія нормальны. При изслѣдованіи бронхиальных органовъ ничего ненормальнаго не найдено. При зондированіи пищевода ни одна олива не проходитъ, препятствіе находится на 38,5 сант. отъ зубовъ. *Diagnosis*—cancer oesophagi.

85) Большой *Михаилъ Матукеевъ*, 46 лѣтъ, былъ въ клиникѣ 12 февраля 1885 года. *Anamnesis*. Большой порядочный *potato*. Сифилиса и уретрита не было. Два мѣсяца тому назадъ замѣтилъ затрудненіе при глотаніи твердой пищи, затрудненіе постепенно увеличивается и двѣ недѣли тому назадъ стала трудно проходить поухидкая пища. Съ равнѣтѣмъ затрудненія глотанія появились боли въ сиплѣ и особенно между лопатокъ. Кровотеченія не было. За послѣднее время похудѣлъ и ослабѣлъ. Жалуется на голодъ. *Status praesens*. Границы легкыхъ немного увеличены (эмфизема), вѣсду везикулярное дыханіе. Сердечбіеніе слабое, тоны нормальны. Небольшой артерioskлерозъ. Никакихъ указаній на сифилис не найдено. Бронхиальные органы нормальны. При зондированіи пищевода на 22,5 сант. отъ его начала найдено суженіе, пропускающее двѣ маляя оливки. *Diagnosis*—cancer oesophagi. Лечение—cathétérisme approuvé.

86) Больной купец *Михаил Третьяков*, 42 лет, был в клинике 2-го октября 1884 года. Всегда больной пользовался хорошим здоровьем; водку пил умеренно. В январе месяца этого года появилось затруднение при глотании твердой пищи, которое быстро усиливалось, так что с марта питается мягкой и жидкой пищей. Жалуется на частую боли под ложечкой. Скелет не представляет ничего особенного; внутренние органы нормальны. При зондировании пищевода на 33 сент. отъ зубов найдено сужение пропускающее съ легким насилием малую оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

87) Больной *Лейба Гермуний*, 55 лет, еврей, был в клинике 3 февраля 1884 года. Около 8 месяцев тому назад больной заметил затруднение при глотании твердой пищи; это затруднение мало-по-малу увеличивалось и через 4 месяца твердая пища совершенно перестала проходить, но мягкая и жидкая пища проходит до сих пор, хотя первая за последнее время стала проходить съ большими трудомъ и часто извергается обратно. Лѳваа надключичная ямка нѳсколько полне правои, но при ощупывании лимфатическихъ железъ не найдено. Артерии склерозированы. Грудные и брюшные органы не представляють ничего особенного. При зондировании пищевода на 33 сент. отъ зубовъ найдено сужение, непронускающее ни одну оливу. Diagnosis—cancer oesophagi.

7 февраля. При зондировании тѳже явления. Предложено поступить въ клинику для гастростомии, но больной не явился.

88) *Константин Шмагин*, 60 лет, был в клинике 2-го октября 1884 года. Больной изъ здоровой семьи, самъ всегда былъ здоровъ; сифилиса не имѳл. Съ 40-лѳтняго возраста умеренно пилъ водку. Въ июль мѳсяцѳ замѳтилъ затруднение при глотании твердой пищи, затруднение постепенно увеличивалось, такъ что въ августѳ сталъ питаться мягкой и жидкой пищей, а съ сентября только жидкой. Очень исхудалъ и ослабѳл. Упорные запоры. Жалуется на частыя боли вѳ груди. Больной истощенный; довольно сильно выражаетъ артеросклерозъ. Незначительная эмфизема легкихъ. Тоны сердца передаются по всей груди; первый тонъ вѳншитъ, второй глухъ. Ощупываются нѳ живота ничего особенного не даѳт. Правосторонняя выпрямая паховая грыжа. При зондировании пищевода большая олива останавливается на 35 сент. отъ зубовъ, малая олива также не проходитъ и останавливается на 35,5 сент. Diagnosis—cancer oesophagi. Предложена гастростомия, но больной не явился.

89) Больной *Федоръ Лашинъ*, 50 лет, был в клинике 2-го октября 1881 года. Около мѳсяца не можетъ глотать твердой пищи, при глотании она тотчасъ выбрасывается обратно. Въ настоящее время свободно глотаетъ жидкую и мягкую пищу. Внутренние органы здоровы. При зондировании пищевода на уровнѳ juguli sterni большая олива встрѳчается препятствие, проходимое при самомъ легкомъ насилии; при вхоѳ въ желудокъ встрѳчается другое сужение, непронускающее большихъ оливъ, но двѳ малыя оливы при небольшомъ насилии проходятъ это последнее сужение, при этомъ показалося немного крови. Diagnosis—cancer cardiae. Назначен catheterisme arripue.

Въ половинѳ декабря при зондировании пищевода олива № 2 проходитъ свободно.

5-го января 1882 года. При зондировании пищевода олива № 2 проходитъ съ трудомъ.

11-го января. Олива № 2 прошла свободно и съ нѳкоторымъ усилемъ № 3; на оливѳ немного крови. Послѳ катеризации больной нѳкоторое время глотаетъ гораздо свободнѳе.

18-го января. Олива № 3 прошла свободно, крови не было.

25-го января. Больной глотаетъ хуже. Олива № 3 прошла съ большимъ трудомъ.

1-го марта. Все время больного катеризировали два раза въ недѳлю; оливы № 1 и 2 проходятъ свободно, но олива № 3 проходила иногда съ трудомъ, причемъ показывалась кровь. 26 февраля послѳ катеризации вечеромъ вышло около чайной ложки крови. Глотаетъ мягкую пищу. Прогрессивно худѳетъ и падаетъ силами.

4 марта. Глотане постепенно становится труднѳе. При катеризации только прошла олива № 1.

15-го марта. При зондировании ни одна олива не прошла. Больному предложена гастростомия, но онъ не согласился.

90) Больная жена городского *Марья Пржевальская*, 53 лет, поступила въ клинику 4-го октября 1886 года.

Болезнь началась съ этимъ мѳсяцѳмъ отъ опухавшей *Atanthesis*.—Болезнь всегда была здорова; со стороны насѳжденности ничего особенного не имѳется. Менструировала всегда правильно; 4 года какъ менструации окончились. Дѳтей не имѳла. Сифилисомъ не страдала. Спиритныхъ напитковъ почти никогда не употребляла. Травмы и ожоги путейъ дугей не было. Покуда тому назадъ болная замѳтила затруднение при глотании кусковъ твердой пищи. Затруднение глотания постепенно увеличивалось и болная принуждена была питаться мягкой пищей. Вместе съ этимъ болная начала худѳеть. До послѳдняго времени глотала свободно жидкости и даже жидкую кашичку и размоченный белый хлѳбъ. 3-го октября около 2 часовъ дня послѳ обѳда у болной вдругъ явилась полная закупорка пищевода; при попыткахъ къ глотанию никакая пища и даже вода не проходила въ желудокъ и все тотчасъ же извергалось обратно. На слѳдующий день точно также никакая пища не проходила и болная обратилась въ клинику за помощью.

*Status praesens*.—Болезнь среднего роста, слабоѳ тѳлоосложения; исхуданіе на столько сильно, что болная представляетъ живой скелетъ. Костная система не представляетъ ничего ненормального. Жалуется на невозможность глотаня даже и воды и на крайнюю слабость. При проѳ болной проглатывать воду и молоко все принятое тотчасъ же извергается обратно въ неизмѳненномъ видѳ съ большимъ количествомъ слизи. При выслушивании въ легкихъ найдены сухіе хрипы. Сердце нормально. Животъ такъ сильно вѳнхаетъ, что видна пульсация брюшной аорты. Брюшные органы не представляютъ ничего ненормального. При зондировании пищевода самая малая олива не проходитъ и останавливается на 31—32 сент. отъ рѳбовъ.

5-го октября. Болная совершенно ничего не глотаетъ. Зондированіе пищевода не приноситъ пользы. Катетрири Leube въ количествѳ 1 фунта попеременно съ небольшими катетрирами изъ теплой воды для утоленія жажды. Суточное количество мочи=500 к. с. реакция кисла, была нѳтъ.

6—Полная непроходимость пищевода продолжается. Болная такъ ослабѳла, что лежать въ полной безпомощности. Сильно страдаетъ отъ голода; особенно сильно болную мучаетъ жажда.

7—Въ исходѳ 4-хъ сутокъ голоданья, больной сегодня утромъ проф. С. П. Коломиннымъ была произведена гастростомия при соблюденіи всѳхъ правилъ антисептики. Наркозъ—смѳью 2 части хлороформа съ 1 час. эфира. Разрѳвъ въ 6—7 сент. длины, параллельно лѳвому краю ложныхъ реберъ; по вскрытіи брюшины противъ раны лежала солил transversum, а желудокъ находился въ глубинѳ подъ сводомъ диафрагмы въ спавшемся состояніи; его съ трудомъ операторъ нашелъ. Послѳ этого наложены были швы изъ серебряной проволоки, 7 глубокихъ 8—образныхъ и 10 поверхностныхъ. Загѳвъ желудка былъ вскрытъ тонкимъ троакаромъ и введена тонкая каучуковая трубка, черезъ которую болная была накормлена смѳью изъ молока, бульона, яичнаго желтка и вина. Наложена сѳтка давящая повязка. Въ виду значительной слабости болной, было сдѳлано подкожное вприскивание эфира въ количествѳ одного шприца. Правда. Послѳ операціи въ продолженіи 5 дней температура была повышена до 38,5 и одинъ разъ до 39 Ц., а затѳмъ нормализовалась до нормы. Рана зажила медленно, но безъ всякихъ осложнений. Питание чрезъ фистулу желудка совершалось беспрепятственно. Болная стала поправляться и чувствовала себя прекрасно. На 10 и 11 дни послѳ операціи все швы были удалены. Дренажная трубка была замѳнена болѳе толстой. По временамъ у болной стали появляться безъ всякой видимой причины приступы удушья съ значительнымъ сердеченіемъ, P=128, малый, но вдыхане кислорода значительно облегчало болную. Съ 18-го октября развилась пневмония, являясь кашель съ обильнымъ выдѳлениемъ слизисто-гноиной мокроты; снова стала повышаться до 38. Состояніе болной ухудшилось. Къ ноябрю пневмония мало по малу разрѳшилась, тѳ спала, болная снова стала поправляться и даже вставать съ кровати. Операционная рана совершенно зарубцевалась. Въ первой половинѳ ноября

больная чувствовала себя прекрасно, силы ее восстановились, большую часть дня сидела в кресле. Замечательно то, что больная много раз пыталась глотать воду и чай и ни разу за все время проходимость пищевода не восстанавливалась: все проглоченное каждый раз тотчас же выбрасывалось обратно.

17-го ноября вечером у больной температура вдруг повысилась до 38,4, а утром 18-го ноября  $t^{\circ}=39,4$ , вечером же  $=39,5$ . При исследовании органов ничего особенного не найдено, кроме расквашенных влажных хрипов в обеих легких. Больная значительно ослабла.

19-го ноября  $t^{\circ}$  утром  $=39$ , вечером  $=39,6$ . При исследовании никаких явлений, объясняющих повышение температуры, не замечено. Больная лежит в полной прострации, ни на что не жаждет. 21-го ноября в 8 часов утра больная умерла.

**Аутопсия.** Труп в высокой степени исхудалый. В надчревной области, параллельно двем левым ребрам, находится рана около  $3\frac{1}{2}$  сант. длины и 2 сант. ширины, почти вся покрытая рубцовой тканью. На дне раны находится отверстие в 12 мм. круглой формы, с зарубцевавшимися краями, ведущее в полость желудка. Кости черепной коробки, немного склерозированы; на наружной поверхности лобной кости вблизи лба есть бугор, немного находится экзостоз, резко ограниченный, плоско-круглой формы, с гладкой поверхностью, около 1 сант. в поперечник. Риа отечна, снимается легко; венозные сосуды преимущественно в задних отделах, наполнены кровью. Ткань мозга богата кровью. Вокруг желудка наполнены прозрачною жидкостью. Сосуды основания мозга вены набухшие. Сердце слегка увеличено в поперечник; левый желудочек сжат; на его поверхности, в области аорты, несколько желтых, буроватого цвета; перикардium блявато-желтого цвета; стінки желудочков истончены, дряблы, буроватого-сердусищатого цвета; на свободном краю утолщены. Клапаны аорты желтого цвета, приоткрыты, на intіmalis аорты мелкие склеротические утолщения. Легкие, особенно левое, перерастены к грудной стінке старыми перепонками. По заднему краю левых перепонками, преимущественно на верхней доле, плевро покрыта гнезвидными фибриновыми перепонками. Ткань легкого легкая, особенно нижняя доля его, отечна; при разрыве представляется рыхлою и наполнена гнойной слизью. Правое легкое мѣстами инфильтрировано гнойной, желтоватой жидкостью до нижних отделов легких. В пищеводе тотчас под двемъ грудной рукояткой до нижних отделов легких. В пищеводе инфильтрирована гнойной, желтоватого цвета, с густым соком. Опухоль со стороны просвета пищевода выявлена; на передней стінке в одном из явлений, углублений помещается величиною в миндалину, по внешнему, мышечный комок пищи. Просветъ пищевода как над стриктурой, так и ниже ее не изменен. Выведения лимфатических желез, около разреза дна трахеальной трубки, увеличены в объеме, ткань их в разрыве услана бляватою творожистыми глыбками. Слизистая оболочка глотки и дыхательного гортан с бронхами покрыта гнойной слизью. Слизистая оболочка желудка инфильтрирована. Фистулезное отверстие желудка находится на передней поверхности, вблизи дна его, около большой кривизны. Вокруг фистулезного отверстия желудок плотно приращен к передней брюшной стінке; к этому же месту приращена colon transversum. Слизистая оболочка желудка блявда, покрыта слизью, в выходной части слегка бородачата и окрашена в темно-сѣрый цветъ. Лимфатические железы по малой кривизне увеличены и пигментированы. Серозная оболочка безъ изменений. Дѣлая доля печени уменьшена, сморщена; капсула мѣстами утолщена, блявато-желтого цвета; ткань при разрыве хрустит, блявда. Селезенка 13 сант. длины и 7 1/2 ширины; капсула сморщена, утолщена, ткань малокровна, выскабливается с трудом. Ловки плотны, немного увеличены, темно-красного цвета; поверхность их мѣстами зернистая, с мелкими серозными кистами; капсула снимается с трудом; изъ сосочков выжимается довольно много блявато-желтой жидкости. Слизистая оболочка кишечника большею частью блявда; Пейеровы бляшки усѣяны сѣроаспидного цвета точками.

Микроскопическое исследование опухоли показало плоско-эпителиальный рак, а инородное тело, найденное в пищеводе над стриктурой, оказалось мышечным пищевым комком, который закупоривал просветъ суженной части пищевода и обуславливал непроходимость его.

## ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) В начальных периодах грануляционного воспаления суставов, гнѣздящегося главным образом в суставных концах, доступных для трепанации, костей, полезно производить эту операцию, а в некоторых случаях соединя ее с инципунтурой. (Проф. Коломининъ).
- 2) При грануляционном воспалении тазобедренного сустава не слѣдует забывать исследования per rectum с целью опредѣления состоянія вертлужной впадины. (Проф. Коломининъ).
- 3) Не слѣдует забывать лиготомію praecetalis.
- 4) Самый надежный способ купирования мѣстной сибирской язвы у человека есть выжигание фокуса.
- 5) Къ надежным признакам успѣшнаго купирования сибирской язвы нужно относить, как падение температуры, если она была повышена, так и признаки рѣзкаго улучшения общаго состоянія больного и уничтоженіе признаков адинамии.
- 6) В земской хирургической практикѣ удобно пользоваться паклей, как перывающимъ матеріаломъ.
- 7) В земской практикѣ, особенно в заводской, болѣе всего необходимъ хирургъ.
- 8) В некоторых мѣстах Пензенской губерніи, при очень большомъ количествѣ малярныхъ формъ лихорадокъ, при этихъ послѣднихъ наблюдаются тяжелые, подобные асфиктическимъ, припадки.