

(Изъ Ардаатовской (Симбирской губ.) земской больницы).

Къ хирургіи рака желудка.*)

В. С. Левить.

Изъ всѣхъ органовъ человѣка чаще всего поражается ракомъ желудокъ. Virchow въ 1885 году, изслѣдуя матеріалъ Вюрцбургскаго патолого-анатомическаго института нашелъ, что ракъ желудка встрѣчается въ 34,9% всѣхъ раковыхъ заболѣваній вообще. Въ позже появившихся работахъ, получились такія же приблизительно цифры: у Häberlin'a на 27511 смертей отъ рака жеудокъ оказался пораженнымъ въ 11422 случаяхъ, т. е. 41,5%. Тоичкинъ, разработавшій статистическій матеріалъ С.-Петербургской Городской Управы за время отъ 1901 до 1910 года, нашелъ, что изъ 13815 человѣкъ, умершихъ отъ рака вообще, въ 4491 случаѣ смерть наступила отъ рака желудка, т. е. приблизительно въ 32,5%.

Что же касается лѣченія рака желудка, то въ настоящее время не существуетъ двухъ мнѣній: всѣ врачи согласны съ тѣмъ, что всякій ракъ, за исключеніемъ кожнаго, слѣдуетъ пока лѣчить только хирургическимъ путемъ. Вначалѣ всякій ракъ, какъ Virchow уже отмѣтилъ, есть чисто мѣстное заболѣваніе, и Kuttner считаетъ это неопровержимымъ фактомъ и по отношенію къ желудку; а потому ракъ желудка, какъ и всякій другой ракъ не поддается никакому другому лѣченію, какъ только хирургическому. Все что можно сдѣлать, чтобы бороться съ этимъ тяжкимъ страданіемъ, ведущимъ больного къ неминуемой и скорой смерти, находится пока во власти хирургіи.

*) Докладъ, читанный въ 0—вѣ врачей 17. X. 13.

Первый, сдѣлавшій изсѣченіе раковой опухоли желудка, былъ Billroth. Послѣ него операція эта быстро стала распространяться среди хирурговъ и въ техническомъ отношеніи продѣлала большіе успѣхи. У насъ въ Россіи операція резекціи желудка также быстро популяризировалась, и въ настоящее время она считается далеко не рѣдкой и у земскихъ хирурговъ, работающихъ въ болѣе скромной обстановкѣ.

За послѣдніе $4\frac{1}{2}$ года мною сдѣлано при ракѣ желудка 53 операціи, изъ нихъ 41 палліативныхъ т. е. гастроэнтеростомій, радикальныхъ 12, изъ нихъ въ 8 случаяхъ микроскопомъ установленъ раковый процессъ (Adenocarcinoma и Ca. colloides.). Вопросъ о палліативныхъ операціяхъ при ракѣ желудка будетъ подробно разобранъ въ другомъ мѣстѣ, здѣсь же я позволю себѣ остановиться на сдѣланныхъ мною резекціяхъ желудка. Вотъ краткія выдержки изъ исторій болѣзней.

Случ. 1) *Ак. Сорок.* кр. Ардат. у. 50 л. поступила 9. IX. 10 года. Болея около $1\frac{1}{2}$ года. Боли появляются послѣ приема пищи, дѣлались меньше послѣ рвоты.

Полный упадокъ питанія. Больная настолько слаба, что ее чутъ ли не на рукахъ приходится носить. Пульсъ слабого наполненія. Въ брюшной полости выше пупка прощупывается твердая опухоль немного меньше кулака взрослого человѣка. Въ желудкѣ обнаружена большая задержка пищевыхъ массъ. Сол. кисл. нѣтъ. Молочная имѣется.

14. IX. 10 г. Операція подъ мѣстной анестезіей. Резекція опухоли по Billroth II. Больной къ концу операціи влито около 800 к. с. солевого раствора. Самочувствіе больной хорошее. На 12-й день появился небольшой свищъ по линіи разрѣза, изъ котораго стала выдѣляться желтая жидкость въ обильномъ количествѣ, и больная на 20-й день послѣ операціи скончалась при явленіяхъ перитонита.

Случ. 2) *Матрена Ершова* кр. Курмышскаго у. 59 л. поступила 29. IX. 10 г.

Болея годъ. Боли, тошнота и рвота въ послѣдніе $\frac{1}{2}$ года; вырываетъ все, что ни поѣстъ. Рѣзко ослабѣла. Исхудавшая съ общимъ упадкомъ питанія. Легкія и сердце здоровы. Желудокъ увеличенъ, видны перистальтическія движенія. Имѣется задержка въ желудкѣ. Соляной кислоты нѣтъ. Слѣды молочной. Опухоли прощупать не удается.

6. X. 10 г. Операция под мѣстной анестезіей. Привратникъ суженъ опухолью, которая исѣчена по способу Billroth I. Послѣ-операционное теченіе ничѣмъ не осложнилось, и больная на 20-й день послѣ операции выписалась, чувствуя себя хорошо. Эта больная живетъ и понынѣ (3 года) и чувствуетъ себя вполне удовлетворительно.

Случ. 3) *Василій Мосинъ* 50 л. кр. Алатырск. у. Поступилъ 17. IX. 11 года. Считалъ себя всегда здоровымъ. 2¹/₂ мѣсяца назадъ послѣ сильной попойки почувствовалъ боль въ желудкѣ, которая все время не прекращается. Отрыжка, тошнота и изрѣдка рвота. Рѣзко исхудавшій съ запавшими глазами мужчина. Сердце и легкія нормальны. Неясно выраженный артеріосклерозъ. Въ области желудка прощупывается мало подвижная опухоль безъ опредѣленныхъ границъ. Въ желудкѣ имѣется небольшая задержка. Соляной кислоты нѣтъ, имѣется молочная.

21. IX. 11 г. Операция под мѣстной анестезіей. На привратникѣ имѣется плотная опухоль, рѣзко его сужившая; опухоль распространяется по передней стѣнкѣ далеко влѣво. Исѣченіе опухоли.

Удалены железы. Желудокъ зашитъ по Polya—Wilms. Культи 12-перстной кишки пришта къ приводящ. отрѣзку тонкой кишки. Самочувствіе больного хорошее. Несмотря на строгую послѣоперационную діету замѣтно поправляется.

Больной жилъ послѣ операции 1 г. 2 мѣсяца, чувствуя себя вновь окрѣпшимъ, и умеръ, какъ мнѣ его родные передавали, отъ простуды и водянки—весь распухъ.

Случ. 4) *Вар. Шустова* 50 л. кр. Ард. у. Поступила 12. I. 12 г. Больна годъ. Сильныя боли въ подложечной области, отрыжка, а въ послѣдніе ¹/₂ года рвота; мѣсяца 4 тому назадъ замѣтила, у себя опухоль, которая все увеличивалась. Питаніе среднее, подкожный жировой слой развитъ умеренно. Сердце нормально; въ легкихъ хрипы сзади внизу. Немного выше пупка подвижная опухоль величиною съ мужской кулакъ. Пищевареніе сравнительно мало нарушено. Задержки въ желудкѣ не обнаружено. При изслѣдованіи пробнаго завтрака соляной кислоты нѣтъ, имѣются небольшіе слѣды молочной.

Подъ хлороформнымъ наркозомъ вскрыта брюшная полость; причемъ оказалось, что имѣется опухоль, сидящая на задней стѣнкѣ желудка больше вверхъ къ малой кривизнѣ. Исѣченіе опухоли по Polya—Wilms. 12-типерстная кишка соединена анастомозомъ съ приводящимъ отрѣзкомъ. Первые 3 дня послѣ операции рвота желчью. Въ дальнѣйшемъ послѣоперационный періодъ прошелъ

гладко. Выписалась больная на 21-й день. Прожила послѣ операціи около 3-хъ мѣсяцевъ и умерла отъ воспаленія легкихъ.

Случ. 5) *Вас. Пронина* 40 л. кр. Курмышскаго у. Поступила 16. IV. 12 года. Больна меньше года. Вначалѣ изрѣдка боли подъ ложечкой, которыя все усиливались и ослабѣвали только послѣ рвоты. Послѣдняя стала появляться почти всякій разъ послѣ пищи. Сильно похудѣла и ослабѣла. Легкія и сердце нормальны. Справа отъ бѣлой линіи прощупывается резистентность. Въ желудкѣ задержка. Имѣется молочная кислота. Соляной нѣтъ. Больной до операціи впрыснуто подъ кожу 600,0 солевого раствора. Подъ мѣстной анестезіей вскрыта брюшная полость; при чемъ оказалось, что на привратникѣ имѣется опухоль, величиною съ куриное яйцо. Небольшія спайки съ поджелудочной железой безъ труда отдѣлены и опухоль изсѣчена. Желудокъ зашитъ по Kocher'у. Самочувствіе больной хорошее. Послѣоперационный періодъ прошелъ безъ осложнений, и на 16-й день больная выписалась. Въ концѣ сентября настоящаго года я видѣлъ больную; выглядит она хорошо, хотя за послѣднее время похудѣла. Имѣется уже рецидивъ опухоли.

Случ. 6) *Вас. Лушк.* 37 л. кр. Пензенской губ. Поступилъ 21. XI. 12 г. Считаетъ себя больнымъ 1 $\frac{1}{2}$ года. Боли подъ ложечкой, тошнота и рвота. За послѣднее время замѣтное исхуданіе. Очень блѣдный на видъ съ незначительнымъ подкожнымъ жиромъ мужчина. Въ области сердца анэмичный шумъ. Легкія нормальны.

Въ области желудка не удается прощупать опухоли. Имѣется задержка. Молочной кислоты нѣтъ. Имѣется небольшое количество соляной. Подъ хлороформомъ вскрыта брюшная полость. На привратникѣ опухоль, которая удалена вмѣстѣ съ больными железами: Желудокъ зашитъ по Polya—Wilms. Послѣ наркоза больной проснулся и чувствовалъ себя сносно. Черезъ сутки у него вдругъ развилась сердечная слабость, отъ которой онъ и умеръ.

Случ. 7) *Ульяна Хоньк.* 50 л. Ардат. у. Поступила 6. III. 13 г. Больна 1 $\frac{1}{2}$ года. Боли въ области желудка, жалобы на изжогу, отрыжку, тошноту. Чувствуетъ себя ослабѣвшей за послѣднее время. Питаніе вообщемъ удовлетворительное. Легкія и сердце безъ измѣненій. Въ желудкѣ задержки пищевыхъ массъ не обнаружено. При изслѣдованіи извлеченнаго пробнаго завтрака найдена кровь, соляная кислота. Молочной кислоты не обнаружено. Проба Salomon'a положительна.

20. III. 13 года. подъ хлороформнымъ наркозомъ вскрыта брюшная полость. Желудокъ незначительно увеличенъ. На малой

кривизнѣ имѣется опухоль немного меньше куриного яйца. Опухоль мало подвижна. По отдѣленіи сращеній съ печенью и поджелудочной железой сдѣлано иссѣченіе желудка. Желудокъ зашитъ по Polya—Wilms. 12-типерстная кишка зашита. Между приводящимъ и отводящимъ колѣномъ тонкой кишки наложено соустіе.

Самочувствіе больной послѣ операціи удовлетворительное. На слѣдующій день обильная рвота желчью; а къ вечеру появилась картина воспаленія брюшины, отъ чего больная и погибла на 3-й день послѣ операціи.

Случ. 8) Фед. Тумаевъ. 60 л. кр. Ардат. у. Поступилъ 10. IV. 13 года. Боленъ меньше года. Сильныя боли подъ ложечкой. Рвоты никогда не было. Замѣчаетъ, что за послѣднее время исхудалъ. На видъ исхудавшій мужчина. Эмфизема легкихъ. Ясно выраженный артеріосклерозъ. Въ области желудка справа отъ бѣлой линіи прощупывается опухоль малоподвижная. Задержки въ желудкѣ не обнаружено. Исслѣдованіе послѣ пробнаго завтрака обнаружило присутствіе молочной кислоты и отсутствіе соляной.

23. IV. 13 года. Брюшная полость вскрыта подъ мѣстной анестезіей. На привратникѣ имѣется опухоль, сросшаяся съ печенью. Больной усыпленъ эфиромъ и сдѣлана резекція опухоли по способу Kocher'a. Послѣоперационное время прошло гладко и на 19-й день послѣ операціи больной выписался въ хорошемъ самочувствіи.

Случ. 9) Мар. Криворотова 55 л. кр. Карсунскаго у. Поступила 3. VII. 13 года. Считаетъ себя больной 2 года. Боли подъ ложечкой и въ послѣднее время рвота. Замѣтила у себя опухоль. Кишечникъ очень вяло работаетъ. За послѣдній годъ замѣтно похудѣла и ослабѣла. Рѣзко исхудавшая женщина съ полнымъ отсутствіемъ подкожнаго жирового слоя. Легкія и сердце найдены въ порядкѣ. Въ области желудка имѣется опухоль находящаяся больше влѣво отъ бѣлой линіи. При раздуваніи желудка опухоль передвигается вправо. Задержки въ желудкѣ не обнаружено. Исслѣдованіе послѣ пробнаго завтрака обнаружило отсутствіе соляной и присутствіе молочной кислоты.

20. VII. 13 года, подъ эфирнымъ наркозомъ вскрыта брюшная полость. Опухоль находится на предпривратниковой части и доходитъ до самого привратника, по передней части заходитъ влѣво. Опухоль и прощупываемыя железы удалены. Желудокъ зашитъ по Polya—Wilms. 12-типерстная кишка зашита 3-хъ этажнымъ швомъ, ниже сдѣлано соустіе между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки. Къ концу операціи у больной еле можно было прощупать пульсъ. Интравенозно влито 1000.0 солевого рас-

твора съ дигаленомъ. Къ вечеру больная оправилась. Пульсъ, сдѣлавшійся ощутимымъ къ концу вливанія, къ вечеру былъ удовлетворительнымъ. Въ дальнѣйшемъ все прошло безъ осложнений, и больная на 20-й день выписалась, замѣтно поправившись.

Случ. 10) *Корн. Бибайкинъ* 50 л. кр. Ардат. у.. Поступилъ 18. VII. 13 года. Болеетъ 3 мѣсяца. Невѣроятныя боли въ области желудка и всякій разъ послѣ пищи рвота. Сильно похудѣлъ. На видѣ блѣдный, рѣзко исхудавшій мужчина. Эмфизема легкихъ. Склерозъ сосудовъ. Въ области желудка прощупывается резистентность справа отъ бѣлой линіи. Пищевыя массы въ желудкѣ задерживаются. Больному приходится ежедневно промывать желудокъ. Соляной кислоты и крови нѣтъ. Молочная кислота имѣется. Проба по Salomon'у положит.

23. VII. 13 г. подъ мѣстной анестезіей вскрыта брюшная полость. Привратникъ какъ-бы охваченъ раковой опухолью.

Послѣдняя вмѣстѣ съ железами иссѣчена, и желудокъ зашитъ по Kocher'у. Больной въ послѣоперационное время чувствовалъ себя хорошо и на 17-день выписался, замѣтно поправившись. Недавно я видѣлъ больного и сразу не узналъ его, такъ онъ хорошо выглядитъ.

Случ. 11) *Аг. Ульян.* 40 л. кр. Ардат. у. Поступила 5. IX. 13 г. Больна около года. Первое время тяжесть подъ ложечкой, а затѣмъ боли, которыя все усиливались. Рвоты никогда не было. Исхудавшая съ блѣдными покровами женщина. Сердце и легкія безъ измѣненій. Выше пупка какъ разъ по средней линіи прощупывается подвижная опухоль. При раздуваніи желудка опухоль опускается ниже, но очень мало вправо; при этомъ больная стала жаловаться на сильную боль, которая прошла какъ только газы вышли черезъ введенный желудочный зондъ. Задержки пищевыхъ массъ въ желудкѣ не обнаружено. Соляной и молочной кислоты не найдено.

25. IX. 13 года брюшная полость вскрыта подъ мѣстной анестезіей и ввиду сравнительно большихъ сращеній больной давнѣе эфирный наркозъ.

Иссѣчена вся опухоль по Polya—Wilms. 12-типерстная кишка закрыта 3-хъ этажнымъ швомъ, и наложено соустье между обѣими колѣнами тонкой кишки. Операция продолжалась почти 3 часа, такъ какъ пришлось раздѣлять сращения, выдѣлять железки, на оставшемся кускѣ желудка швы то и дѣло прорѣзали стѣнки его. Посреди операции дѣятельность сердца ослабѣла; сдѣлано сол. вливаніе около 800,0, а къ концу операции влито въ вену 800,0 солевого раствора съ дигаленомъ. Пульсъ сталъ немного полнѣе,

хотя всетаки продолжалъ оставаться слабымъ. Къ вечеру того же дня больная немного оправилась. Самочувствіе больной улучшилось, и послѣоперационное время прошло безъ всякихъ осложнений. Больная только жаловалась, что вынуждена ѣсть понемногу, такъ какъ что-то распираетъ. На 20-й день выписалась въ хорошемъ само-чувствіи.

Случ. 12) *Матр. Лев.* 48 л. кр. Ардат. у. Поступила 8. X. 13 года. 1½ мѣсяца тому назадъ больная замѣтила у себя въ животѣ опухоль, которая легко передвигалась. Болей вообще не было. Въ послѣднее время какая-то тупая неопредѣленная боль, отрыжка съ запахомъ и тошнота, изрѣдка рвота.

Замѣтно исхудавшая женщина. Пульсъ слабого наполненія. Легкія въ нормальномъ состояніи. Въ брюшной полости въ области пупка прощупывается опухоль, вполне подвижная. При раздуваніи желудка опухоль передвигается вправо. Задержки въ желудкѣ не обнаружено. При изслѣдованіи послѣ пробнаго завтрака оказалось, что въ желудкѣ нѣтъ ни молочной ни соляной кислоты.

12. X. Операция подъ эфирнымъ наркозомъ. Опухоль находится на задней стѣнкѣ желудка, больше вверху, къ малой кривизнѣ. Опухоль изсѣчена, и желудокъ зашитъ по Kocher'у.

Почти всѣ наши больные жаловались на сильныя боли, и это обстоятельство главнымъ образомъ заставляло ихъ искать врачебной помощи. Только острые боли, лишающія сна, трудоспособности, вынуждаютъ крестьянъ и рабочихъ бросать свою обычную работу и обращаться къ врачу. Другимъ симптомамъ они придаютъ гораздо меньше значенія. Но, какъ извѣстно, ракъ желудка не всегда сопровождается болью и въ очень многихъ случаяхъ по мнѣнію Boas'a протекаетъ скрытно до тѣхъ поръ, пока не окажется совершенно неоперируемымъ. Интересны наблюденія Hoffmann'a, гдѣ у больныхъ, считавшихъ себя заболѣвшими меньше ¼ года, опухоль оказалась неоперируемой въ 77%. Понятно, что подобное скрытое теченіе болѣзни служить не малымъ тормазомъ къ ранней діагностикѣ рака желудка. Отрыжку, упадокъ силъ, больной часто склоненъ объяснять обыкновеннымъ катаромъ желудка и нерѣдко приходитъ къ врачу съ готовымъ діагнозомъ. Гораздо большее значеніе придается рвотѣ, особенно, если она часто повторяется. Обычно рвота является однимъ изъ первыхъ симптомовъ рака желудка, если опухоль сидитъ на привратникѣ и мѣшаетъ свободному опорожненію желудка. Изъ моихъ больныхъ на рвоту жаловались 9 больныхъ. Изъ нихъ у 7 опухоль находилась на привратникѣ. Больная (случ. 4 и 12) жаловалась на рвоты, не смотря на то, что опухоли находились на задней стѣнкѣ желудка и нисколько не мѣшали опорожненію пищевыхъ массъ. Съ другой стороны были у насъ больные, которыхъ

совсѣмъ не рвало, не смотря на то, что опухоли были довольно значительны (случ. 8, 11). Точно также наблюдалъ и Makkas, что больные со значительной опухолью на привратникѣ часто совершенно не имѣли рвоты, а съ опухолью въ другой части желудка и открытымъ привратникомъ жаловались нерѣдко на упорную рвоту. Изъ 105 его больныхъ съ пораженнымъ привратникомъ никогда не рвало въ 27,6%, а у 43 больныхъ со свободнымъ привратникомъ рвоты не наблюдалось въ 53,5%. Очевидно, кромѣ механической причины въ видѣ суженія привратника опухолью, въ цѣломъ рядѣ случаевъ наблюдается рвота вслѣдствіе сопровождающаго катарра, атоніи желудка и распада опухоли.

Что же касается самой опухоли, то ее не всегда удается прощупать. У нашихъ больныхъ опухоль прощупывалась въ 7 случаяхъ, имѣлась какъ бы резистентность въ 2, а въ 3 случаяхъ опухоли прощупать не удалось, несмотря на то, что при операціи опухоли оказались значительными. Нашъ матеріалъ слишкомъ малъ, чтобы изъ него можно было сдѣлать какія либо опредѣленные выводы въ этомъ отношеніи, но во всякомъ случаѣ прощупываемость опухоли имѣетъ большое значеніе при постановкѣ діагноза. Что же касается вопроса объ оперируемости, то здѣсь мнѣнія расходятся. Czerny, напр., того мнѣнія, что прощупываемость опухоли служить уже противопоказаніемъ къ радикальной операціи. Точно также Kraske считаетъ крайне желательнымъ, чтобы только тѣ раки привратника оперировались, которые еще окончательно нельзя назвать опухолью. Болѣе правъ Kuttner, который полагаетъ, что для хирургическаго вмѣшательства не имѣетъ такого большого значенія, прощупывается ли опухоль или нѣтъ, такъ какъ послѣдняя можетъ оказаться неоперируемой много раньше, нежели ее удастся прощупать. Braun даже опредѣленно высказывается, что болѣею частью только тѣ раки желудка можно оперировать, которые еще удастся прощупать; тѣ же, которые прощупать нельзя, но которые съ большимъ вѣроятіемъ діагностируются, почти никогда не удается резецировать. Статистическія данныя вполне подтверждаютъ вышеприведенныя мнѣнія. У Makkas'a напр. изъ 41 случая, когда опухоль не прощупывалась, только въ 10 можно было сдѣлать резекцію желудка, и наоборотъ у Matti (клиника Kocher'a) изъ оперированныхъ больныхъ опухоль прощупывалась въ 88,7%. Въ 4 случаяхъ обширныхъ резекцій у насъ опухоли прощупывались, и сдѣлана была радикальная операція съ успѣхомъ.

Для постановки діагноза не имѣетъ рѣшающаго значенія и химическое изслѣдованіе желудка. У насъ свободная соляная кислота была найдена въ 2 случаяхъ, молочная—въ 8-ми и отсутствіе той и другой—въ 2-хъ. У больныхъ Kuttner'a своб. сол. кислоты не было въ 73%, въ то время, какъ молочная имѣлась въ 59% всѣхъ случаевъ. У нѣкоторыхъ его больныхъ двигательная фун-

вція и химизмъ желудка были вполне нормальными, такъ что склонны были допустить, что имѣютъ дѣло съ опухолью кишечника. Точно также и Браунъ придаетъ малое значеніе отсутствію соляной и присутствію молочной кислоты тѣмъ болѣе, что послѣдняя нерѣдко наблюдается и при доброкачественныхъ суженіяхъ привратника и при хроническихъ заболѣваніяхъ желчнаго пузыря.

Общее состояніе нашихъ больныхъ было, какъ видно изъ краткихъ исторій болѣзней, крайне тяжелымъ. Полный упадокъ питанія, отсутствіе подкожнаго жирового слоя, запавшіе глаза и ясно выраженная анемія. Удовлетворительно выглядѣла одна больная (случ. 7), и до вскрытія брюшной полости я даже сомнѣвался, имѣется ли ракъ желудка. Тѣмъ не менѣе у больной оказался ракъ малой кривизны, и больная погибла на 3-й день послѣ операціи при явленіяхъ воспаленія брюшины. Вполнѣ понятно, что организмъ, подвергаясь такой большой операціи, какъ резекція желудка, долженъ обладать нѣкоторымъ запасомъ силъ. Но очень трудно заранее опредѣлить, вынесетъ-ли тотъ или иной больной операцію или нѣтъ. Часто приходится наблюдать, что крайне ослабленные больные переносятъ операцію хорошо, и наоборотъ, сравнительно лучшаго состоянія черезъ нѣсколько дней послѣ операціи погибаютъ при явленіяхъ общей слабости. Большинство моихъ больныхъ были очень слабы, такъ что къ концу операціи приходилось дѣлать подкожныя или интравенозныя вливанія солевого раствора съ дигаленомъ, и тѣмъ не менѣе они скоро оправлялись и чувствовали себя удовлетворительно. Вообще по Küttner'у степень исхуданія не имѣетъ большого значенія для прогноза операціи. Гораздо важнѣе видъ раковаго больного, т. е. состояніе его крови, количество красныхъ кровяныхъ шариковъ и гемоглобина. При подобной анеміи прогнозъ операціи очень сомнителенъ. Но съ другой стороны Küttner'у приходилось оперировать больныхъ съ количествомъ гемоглобина 30—35%, и тѣмъ не менѣе операцію они переносили хорошо и быстро поправлялись; серьезнымъ противопоказаніемъ къ операціи, даже пробному чревосѣченію, Küttner считаетъ только асцитъ, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ брюшная рана очень плохо заживаетъ.

Перейду теперь къ непосредственнымъ результатамъ операцій. Изъ 11-ти (12-го случая я не считаю, такъ какъ прошло слишкомъ мало времени послѣ операціи, ¹⁾ больныхъ, подвергшихся операціи иссѣченія желудка, скончалось 3, т. е. непосредственная смертность очень велика, около 27,27%. Цыфра эта приблизительно совпадаетъ съ данными другихъ хирурговъ. У Mikulicz'a за время 1900—1904 г. на 68 резекцій непосредственная смертность послѣ

¹⁾ Больная на 25-й день послѣ операціи выписалась изъ больницы, чувствуя себя хорошо.

операциі равнялась 33,8%, у Czerny на 62 случая за время 1900—1905 г. смерть наступила въ 30,6%. Изъ работы Schönholzer'a видно, что въ клиникѣ Krönlein'a до 1902 г. смертность при резекціи желудка (50 случ.) равнялась 27,2%. У Kocher'a смертность за послѣднее время пала до 17%, а въ послѣднее время и еще ниже. Въ болѣе позднихъ работахъ мы находимъ у Goldschwend'a смертность на 59 случаевъ 35,5%. У Braun'a 44% смертности на 25 случаевъ. Въ 1911 г. Küttner опубликовалъ результаты своихъ операций на желудкѣ, причемъ оказалось, что изъ 102 резекцій желудка смерть наступила въ 24%. Изъ работы Weil'a въ 1913 г. изъ той же клиники видно, что смертность еще болѣе понизилась, дошла до 22%. Изъ русскихъ хирурговъ у проф. Спасокукоцкого на 34 резекціи смертность равнялась 29,4%, у Гара изъ 18 резекцій 5 окончилось летально. Высокая смертность при резекціи желудка у Дерюжинскаго (до 70%) можно только объяснить тѣмъ, что ему пришлось оперировать крайне запущенные и тяжелые случаи. Въ общемъ средняя смертность при резекціи желудка равна по Kausch'у 27%. Цифра эта по его мнѣнію довольно велика, „но не слѣдуетъ забывать, о какомъ органѣ идетъ рѣчь. Несложная резекція желудка будетъ всегда болѣе опасной и тяжелой операцией, нежели экстирпація раковой матки“. Мысль кажется не совсѣмъ вѣрная, такъ какъ всякій, кому приходилось оперировать по Wertheim'у при ракѣ матки и дѣлать резекцію желудка, знаетъ, съ какими большими трудностями приходится встрѣчаться, какъ въ тѣхъ, такъ и въ другихъ случаяхъ. Я конечно далекъ отъ того, чтобы считать выводы изъ своего маленькаго матеріала безусловно вѣрными. Küttner справедливо полагаетъ, что результатамъ маленькихъ статистикъ при такой большой и сложной операциі нельзя придавать большого значенія, такъ какъ иногда цѣлый рядъ резекцій можетъ закончиться благополучно совершенно случайно. У него напр. наблюдалось, что 15—18 резекцій подрядъ проходили благополучно безъ смертности.

Обращаюсь теперь къ технике резекціи желудка. Изсѣченіе желудка было сдѣлано по Billroth I и Billroth II по одному случаю, по Kocher'у въ 3-хъ и по Polya—Wilms въ 6-ти. Случай, оперированный по Billroth II, окончился смертью на 20-й день послѣ операциі. У больной, какъ видно изъ исторіи болѣзни, на 12-й день послѣ операциі появился небольшой свищъ 12-типерстной кишки, очевидно, вслѣдствіе расхожденія швовъ. Тѣмъ болѣе мнѣ тяжело было потерять больную, что я зналъ, что подобные свищи всетаки заживаютъ, и больные выздоравливаютъ. Тотъ фактъ, что подобные свищи появляются, держатся долго и верѣдко ведутъ къ смерти, заставилъ хирурговъ призадуматься надъ этимъ вопросомъ и стараться по возможности избѣгнуть этого осложненія. Brunner

напр. предложил вшивать культю 12-типерстной кишки въ брюшную рану, Steinthal обшиваетъ культю сальникомъ и оставляетъ тампонъ. Kausch готовъ совершенно отказаться отъ способа Billroth II и оперируетъ только по способу Billroth I. Krogius и Schwarz рекомендуютъ зашивать 12-типерстную кишку такимъ образомъ, чтобы привести въ соприкосновеніе только тѣ части кишки, которыя покрыты брюшиной. v. Faykiss обшиваетъ культю 12-типерстной кишки поджелудочной железой и очень доволенъ этимъ приемомъ, примѣнивъ его въ 6 случаяхъ.

Болѣе прочное закрытіе культи 12-типерстной кишки имѣетъ большое значеніе, а потому въ случаѣ 3-мъ я обшилъ культю приводящей петлей тонкой кишки, сдѣлавъ операцію по Polya—Wilms.

Но казалось, что гораздо большее значеніе на расхожденіе швовъ имѣетъ напоръ желчи и сока поджелудочной железы въ 12-типерстную кишку. Ввиду этого въ случаѣ 4-мъ мы поступили по другому; сдѣлавъ изсѣченіе желудка по Polya—Wilms, я конецъ 12-типерстной кишки вшилъ въ приводящую петлю тонкой кишки и такимъ образомъ достигъ желаемой цѣли, т. е. напора на культю не было, и соки свободно втекали въ кишечникъ; первые три дня послѣ операціи больную рвало желчью. Случ. 6 (Лущкинъ) былъ оперированъ точно такимъ образомъ и скончался черезъ 24 часа послѣ операціи при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности, такъ что изъ этого случая нельзя дѣлать какой-либо выводъ. Но эта рвота желчью показалаcя непріятнымъ осложненіемъ, такъ какъ желчь, попадая въ желудокъ, можетъ у нѣкоторыхъ больныхъ вызвать крайне непріятное ощущеніе и отрыжки желчью. Ввиду этого въ остальныхъ случаяхъ обширныхъ резекцій я поступилъ слѣдующимъ образомъ: 12-типерстная кишка зашита 3-хъ-этажнымъ швомъ; остатокъ желудка вшитъ въ тонкую кишку, немного выше *plica duodeno—jejunalis* ниже *Mesocolon* наложено соустье между приводящимъ и отводящимъ колѣнами тонкой кишки. Мысль эта конечно не новая, такъ какъ многіе хирурги уже давно, соединяя остатокъ желудка соустьемъ съ кишкой по v. Hasker'у, прибавляли анастомозъ по Braun'у. Такъ было оперировано въ 3-хъ случаяхъ, изъ нихъ 2 случая (9, 11) наиболѣе тяжелые прошли благополучно; случай же 7 окончился смертію на 3-й день при явленіяхъ воспаленія брюшины. Вскрытія не было сдѣлано, а потому точно опредѣлить причину воспаленія не удалось.

Въ четырехъ (считая и послѣдній) случаяхъ изсѣченіе сдѣлано по Kocher'у; и всѣ больные выздоровѣли. Впечатлѣніе отъ этого способа получилось наилучшее, такъ какъ пищевареніе послѣ операціи совершается въ болѣе правильныхъ условіяхъ, а по-

тому казалось бы, что, гдѣ только возможно, слѣдуетъ пользоваться этимъ способомъ.

Въ большинствѣ нашихъ случаевъ—вмѣстѣ съ раковой опухолью желудка удалялись и пораженные железы. Необходимо при всякомъ изсѣченіи вмѣстѣ съ опухолью желудка удалять и больныя железы, но въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ этого сдѣлать нельзя, это не должно служить противопоказаніемъ къ радикальной операціи. Lengemann и Renner изслѣдовали экстирпированныя железы при операціяхъ и на трупѣ; при чемъ оказалось, что не во всѣхъ увеличенныхъ железахъ при ракѣ желудка имѣются метастазы. Colmers, Petersen и Fr. König полагаютъ, что можно довѣряться силамъ организма, такъ какъ получается впечатлѣніе, что организмъ послѣ удаленія первичной опухоли нерѣдко справляется съ раковыми зародышами, конечно въ тѣхъ только случаяхъ, когда метастазы не такъ значительны, и организмъ еще не окончательно ослабѣлъ.

Изъ оставшихся въ живыхъ, одна больная (Ершова случ. 2) жива и здорова 3 года послѣ операціи. Больной Мосинъ (случ. 3) умеръ черезъ годъ и 2 мѣсяца послѣ операціи, по словамъ родныхъ отъ простуды и водянки. Шустова (случай 4) умерла черезъ 3 мѣсяца, заболѣвъ воспаленіемъ легкихъ. Провина (случай 5) живетъ послѣ операціи 1½ года, замѣтно поправилась, оба лѣта исполняла тяжелую крестьянскую работу; но у нея имѣется уже рецидивъ. Остальные больные живутъ и чувствуютъ себя вполне удовлетворительно, но послѣ операціи прошло слишкомъ мало времени, чтобы можно было сдѣлать какой либо выводъ.

Въ заключеніе позволю себѣ высказать слѣдующее:

Всѣми доступными намъ способами необходимо стремиться къ ранней діагностикѣ рака желудка. Въ сомнительныхъ случаяхъ слѣдуетъ подвергнуть больного діагностическому чревосѣченію. Последнее при современной technikѣ и подъ мѣстной анестезіей почти безопасно.

Ракъ желудка слѣдуетъ пока лѣчить только хирургическимъ путемъ.

При рано діагностицированномъ ракѣ мы можемъ поставить лучший прогнозъ, но и при поздно діагностицированномъ нерѣдко удается благополучно изсѣчь опухоль.

Прощупываемая большая опухоль не служитъ противопоказаніемъ къ операціи.

Наилучшимъ способомъ резекціи рака желудка слѣдуетъ считать способомъ Kocher'a. Въ тѣхъ случаяхъ, когда по Kocher'у оперировать нельзя, выгоднѣе всего пользоваться способомъ Polya—Wilms съ анастомозомъ между приводящей и отводящей петлей тонкой кишки.