

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Prezydenta Rz. P.
Prof. Ign. Mościckiego
KASY CHORYCH, L. 1071
L. inv. 2. 1702/1933

Sar Dr N. Macurkiewicz

BUCHEREI des
August Bier-Krankenhauses
LITZMANNSTADT
Accessions-Katalog Nr. 49/40.

РУКОВОДСТВО

ЧАСТНОЙ ПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ

составленное

проф. Гейтелемъ въ Бюрцбургъ, проф. Гиртомъ въ Бреславль, д-ромъ Меркелемъ въ Нюрнбергъ, проф. Либермейстеромъ въ Тюбингенъ, покойн. проф. Лебертомъ въ Веве, д-ромъ Генишемъ въ Грейфсвальдъ, проф. Томасомъ въ Фрейбургъ, проф. Ригелемъ въ Гиссенъ, д-ромъ Кушмаиномъ въ Гамбургъ, проф. Гейбнеромъ въ Лейпцигъ, проф. Эртелемъ въ Мюнхенъ, проф. Шрётеромъ въ Вьенъ, проф. Веймлеромъ въ Фрейбургъ, проф. Геллеромъ въ Киль, проф. Боллингеромъ въ Мюнхенъ, проф. Вёмомъ въ Дерптъ, проф. Науининомъ въ Кенигсбергъ, проф. Вёкомъ въ Мюнхенъ, проф. Вауэромъ въ Мюнхенъ, д-ромъ Френкелемъ въ Берлинъ, проф. Цимсеномъ въ Мюнхенъ, покойн. проф. Штейнеромъ въ Прагъ, д-ромъ Штеффеномъ въ Штеттинъ, проф. Френцелемъ въ Берлинъ, проф. Юргенсеномъ въ Тюбингенъ, проф. Герцомъ въ Амстердамъ, проф. Рюле въ Боннъ, проф. Риндфлейшемъ въ Бюрцбургъ, проф. Розенштейномъ въ Лейденъ, проф. Квинке въ Киль, проф. Фогелемъ въ Дерптъ, проф. Вагнеромъ въ Лейпцигъ, проф. Ценкеромъ въ Эрлангенъ, проф. Лейбе въ Эрлангенъ, покойн. проф. Вендтомъ въ Лейпцигъ, проф. Лейхтенштерномъ въ Кельнъ, проф. Тирфельдеромъ въ Ростоку, проф. Понфикомъ въ Бреславль, проф. Шюпелемъ въ Тюбингенъ, проф. Фридрихомъ въ Гейдельбергъ, проф. Мозлеромъ въ Грейфсвальдъ, покойн. проф. Вартельсомъ въ Киль, проф. Эбштейномъ въ Геттингенъ, проф. Зейцемъ въ Гиссенъ, проф. Шрёдеромъ въ Берлинъ, проф. Нотнагелемъ въ Левъ, проф. Гугениномъ въ Цюрихъ, проф. Гидигомъ въ Галль, проф. Оберниромъ въ Боннъ, проф. Куссмаулемъ въ Страсбургъ, проф. Эрбомъ въ Гейдельбергъ, проф. Эйленбургомъ въ Грейфсвальдъ, проф. Сенаторомъ въ Берлинъ, проф. Иммерманномъ въ Базель, д-ромъ Цюльцеромъ въ Берлинъ, проф. Жолли въ Страсбургъ, д-ромъ Вирхъ-Гиршфельдомъ въ Дрезденъ и д-ромъ Шюле въ Илленау

подъ редакціей

Доктора Г. Цимсена,

профессора клинической медицины въ Мюнхенъ.

ТОМЪ СЕДЬМОЙ.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ. ПРИБАВЛЕНІЕ.

ХАРЬКОВЪ,
ИЗДАНИЕ ВРАЧА Б. ХАВКИНА.

1880.

508.982
508.751

РУКОВОДСТВО КЪ БОЛѢЗНЯМЪ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО АППАРАТА. I.

ПЕРВАЯ ПОЛОВИНА. ПРИБАВЛЕНІЕ.

БОЛѢЗНИ ПИЩЕВОДА.

Д-ра Ф. А. ЦЕНКЕРА и Д-ра Г. ЦИМССЕНА

ПРОФ. ВЪ ЭРЛАНГЕНѢ.

ПРОФ. ВЪ МЮНХЕНѢ.

СЪ 8 РИСУНКАМИ.

Переводъ д-ра Д. Г. ФРИДВЕРГА.

ХАРЬКОВЪ,
ИЗДАНИЕ ВРАЧА Б. ХАВКИНА.
1880.

508.882
1724.802



Bibl. Gl. Ak. Med. w Łodzi
Vr 1965
Dar z bezimiennego źródła
pod nr Dn 118/65
Cena 30.-

Дозволено цензурою. Київ, 1 апрѣля 1880 года.



508.882
508.751

151/1

Типографія М. Зильберберга.

ОГЛАВЛЕНІЕ.

Волѣзни пищевода.

	Стр
Общій обзоръ	3
Общая этиологія	5
Общая симптоматологія и діагностика	5
Субъективныя явленія	6
Объективные признаки	6
Эзофагоскопія	7
Ощупываніе	7
Выстукиваніе	10
Выслушиваніе	11
Изслѣдованіе отрыгаемыхъ частичекъ пищи	13
Общее леченіе	13
Съуженія пищевода. Stenosis oesophagi	15
Патологія и этиологія	15
1. Прирожденныя съуженія	16
а. Простое (прирожденное) съуженіе верхняго отдѣла пищевода	16
б. Простое съуженіе нижняго отдѣла пищевода	17
2. Съуженія вслѣдствіе прижатія	18
Dysphagia lusoria	19
3. Съуженія вслѣдствіе запыранія	22
Соорныя массы	22
Стебельчатые (полипозные) наросты	23
4. Стриктуры	23
Рубцовыя стриктуры	24
Раковыя съуженія	27
Стриктуры вслѣдствіе гипертрофіи мышечной оболочки	28
5. Судорожныя съуженія	29
Мышечная гипертрофія	29
Принадки	29
Осмотръ, выслушиваніе, постукиваніе, субъективныя ощущенія	31
Распознаваніе	32
Распознаваніе характера съуженія	32
Распознаваніе раковыхъ съуженій	33
Распознаваніе съуженій вслѣдствіе прижатія	34
Прижатіе аневризмами аорты	34
Опухоли межлегочнаго пространства	34
Распознаваніе съуженій посторонними тѣлами	35
Сифилитическія съуженія	35

	Стр.
Распознавание судорожныхъ стриктуръ	35
Исходы и предсказаніе	36
Леченіе	38
Расширенія пищевода	40
Патологія и этиологія	40
Простыя расширенія	40
Пазухи	44
Выпертыя пазухи	45
Выволочнутыя пазухи	59
Припадки, распознаваніе и исходы	73
а. Простыя разлитыя расширенія	73
б. Частныя расширенія или пазухи	74
Предсказаніе и леченіе	76
Нарушенія цѣлости пищевода. Разрывы и прободенія	78
Патологія и этиологія	78
1. <i>Разрывы</i> (включая и размягченіе)	78
Размягченіе пищевода, oesophagomalacia	85
2. <i>Прободенія</i>	96
Первичныя прободенія	97
Вторичныя прободенія	99
Припадки и распознаваніе	104
Разрывы	104
Первичныя прободенія пищевода	105
Прободеніе въ плевру	107
Прободеніе въ аорту	107
Прободеніе въ сердечную сорочку	108
Прободеніе въ межлегочное пространство	109
Предсказаніе	109
Леченіе	110
Бровотеченія	111
Патологія и этиологія	111
Распознаваніе и предсказаніе	114
Леченіе	115
Воспаленія (oesophagitis). Язвы. Гангрена	117
Патологія и этиологія	117
<i>Oesophagitis catarrhalis. Слишайивающій катарръ пищевода</i>	118
Острый катарръ	119
Хроническій катарръ	120
<i>Oesophagitis follicularis (inflammation folliculeuse, Mondière). Фолликулярный катарръ</i>	123
<i>Oesophagitis fibrinosa (crouposa) et diphteritica</i>	124
<i>Oesophagitis variolosa (s. pustulosa), оспа пищевода</i>	127
<i>Oesophagitis phlegmonosa (s. purulenta)</i>	128
<i>Oesophagitis corrosiva</i>	136
Язвы	139
Припадки и распознаваніе	142
Теченіе, исходы и предсказаніе	143
Леченіе	144
Новообразованія. Наросты	145
Патологія и этиологія	145
Фиброзныя полипы пищевода (глотки)	147

<i>Ракъ пищевода</i>	149
Первичный ракъ пищевода	150
Вторичный ракъ пищевода	155
Метастатическое распространіе	158
Причина смерти	160
Этіологія	160
Припадки и распознаваніе	165
Леченіе	167
Растительные и животныя паразиты	170
Неврозы пищевода	175
<i>Судорога пищевода, spasmus oesophagi, oesophagismus</i>	176
Припадочныя судороги	178
Такъ наз. идиопатическая судорога	178
Globus hystericus	178
Припадки и распознаваніе	179
Выслушиваніе. Продолжительность	180
Анатомическія измѣненія	180
Предсказаніе	182
Леченіе	183
<i>Параличъ пищевода. Paralysis oesophagi, dysphagia paralytica</i>	183
Этіологія	183
Припадки и распознаваніе	184
Предсказаніе	185
Леченіе	185

БОЛѢЗНИ ПИЩЕВОДА.

ПРОФ. ЦЕНКЕРА И ПРОФ. ЦИМССЕНА.

ВОЛЖНИ

ПНШЕВОДА

ПРОФ. ДЕНКЕРА И ПРОФ. ПИМСОНА

ОБЩІЙ ОБЗОРЪ.

Литература.

Кромѣ руководствъ и учебниковъ патологической анатоміи Andral'a, Rokittansk'aro, Förster'a, Klebs'a, Birch-Hirschfeld'a, частн. патол. и тер. Virchow'a (Желудочно-кишечный аппаратъ Bamberger'a) и хирургіи Pitha-Billroth'a (Oesophagus, König'a), см. Monro, Alexander, The morbid Anatomy of the human gullet, stomach and intestines. Edinburgh, 1811.—Mondière, J. T., Archives général. de Méd., сер. I, т. XXIV, XXV, XXVII, XXX; сер. II, т. I (1833). (Главнѣйшее изъ старыхъ сочиненій; содержитъ очень полный перечень прежней литературы).—Blanche, Du cathétérisme oesoph. chez les aliénés. Thèse, Paris, 1848.—Oppolzer, Klinische Vorträge über die Krankheiten der Speiseröhre. Wiener med. Wochenschrift, 1851, № 2, 5, 12. Ero Vorlesungen über spec. Pathologie u. Therapie. Herausgegeben von Ritter v. Stoffella, II, 1, 1872.—Betz, F., Prager Vierteljahrschrift, 1854, XI, 2, стр. 106.—Habershon, Pathological and practical observations on diseases of the alimentary canal, 1857.—Gerhardt, C., Deutsche Klinik, 1858, № 16 и 29.—Waldenburg, Oesophagoskopie. Berliner klin. Wochenschrift, 1870, № 48.—Hamburger, Klinik der Oesophaguskrankheiten. Erlangen, 1871.—Mouton, E., Du calibre de l'oesophage et du cathétérisme oesoph. Paris, 1874.—Emminghaus, Einiges über Diagnostik und Therapie mit der Schlundsonde. Deutsch. Archiv f. klin. Med., XI, стр. 304, 1873.—Ero же, Ueber den Einfluss der Respirationsbewegungen auf die Luft in der Schlundsonde и т. д. Тамъ же, XIII, стр. 446, 1874.—Ultzmann, Folgeerscheinungen nach Sondiren des Oesophagus. Wiener med. Presse, XV, 29 и 30, 1874.—Morell Mackenzie, Clinical lecture on disease of the oesophagus with special reference to oesophageal auscultation. The Lancet, 1874, I, 30 мая.—Albutt F. Clifford, On auscultation of the oesophagus. The British med. Journ., 2 окт. 1875.—Sainte-Marie, Gaston, Des différentes modes d'exploration de l'oesophage. Paris, 1875.

Пищеводъ сравнительно рѣдко является мѣстомъ значительныхъ разстройствъ. Отчасти это объясняется характеромъ самого органа, служащаго только механическимъ цѣлямъ транспортированія пищевыхъ веществъ и напитковъ, вслѣдствіе чего ткани, образующія его стѣнки, отличаются относительно низшей фізіологической пробой и, соотвѣтственно этому, представляютъ и меньшее разнообразіе патологическихъ

измѣненій; отчасти же причины этого надо искать въ мощномъ пластѣ пластинчатого эпителия, устилающаго слизистую оболочку пищевада и представляющаго прочную охрану противъ разнообразныхъ механическихъ и химическихъ раздраженій, которымъ подвергается эта слизистая оболочка при прохожденіи пищи. Если къ этой сравнительной рѣдкости заболѣваній пищевада мы прибавимъ еще ничтожность явленій, которыми сопровождаются многія, сами по себѣ хотя и болѣе частыя, но легкія, страданія этого органа, а также и то обстоятельство, что осмотръ пищевада не возможенъ на живомъ человѣкѣ, — то для насъ вполне объяснится тотъ весьма слабый интересъ, который возбуждали къ себѣ болѣзни пищевада со стороны врачей. Но такое невниманіе повело къ тому, что и важныя въ патологическомъ отношеніи страданія описываемаго органа остались безъ той оцѣнки, которой они заслуживаютъ, и что, съ другой стороны, въ одно руководство за другимъ, какъ-бы въ видѣ наслѣдства, переходили такіа описанія, которыя очевидно скорѣе были сфабрикованы за письменнымъ столомъ, съ цѣлью систематической законченности, чѣмъ заимствованы изъ дѣйствительныхъ наблюденій.

Болѣзни пищевада отличаются большой самостоятельностью по отношенію къ страданіямъ смежныхъ съ нимъ частей. Особенно рѣзко это выражено относительно желудка. Рѣзкому анатомическому и гистологическому обособленію слизистыхъ оболочекъ обоихъ этихъ органовъ по большей части соответствуетъ столь же рѣзкое разграниченіе между ихъ патологическими процессами, особенно воспалительными. Точно также и со стороны глотки переходъ процессовъ отъ нея на пищевада замѣчается далеко не такъ часто, какъ этого можно было ожидать а priori, въ виду отсутствія рѣзкой анатомической границы между обоими органами.

Далѣе, самый анатомическій характеръ разстройствъ слизистой оболочки пищевада во многихъ отношеніяхъ уклоняется отъ заболѣваній другихъ, главнымъ же образомъ, отъ сейчасъ перечисленныхъ и смежныхъ съ нею слизистыхъ оболочекъ. И Клебъ совершенно справедливо выставляетъ на видъ аналогію нѣкоторыхъ изъ этихъ разстройствъ съ болѣзнями кожи (cutis),—аналогію, удовлетворительно объясняющуюся сходствомъ въ строеніи обѣихъ оболочекъ (сосочки, многослойный пластинчатый эпителий).

Патологическое значеніе болѣзней пищевада, главнымъ образомъ, опредѣляется двумя условіями: съ одной стороны, вліяніемъ ихъ на процессъ проглатыванія пищи, а съ другой — вовлеченіемъ важныхъ для жизни сосѣднихъ органовъ въ исходящій изъ пищевада процессъ. Въ послѣднемъ отношеніи особеннаго вниманія заслуживаютъ внутригрудные органы: дыхательное горло, бронхи, плевра, легкія, аорта и легочная артерія.

Общая этиология.

Между внешними причинами заболѣванія пищевода чаще всего упоминаются механическія, тепловыя и химическія вліянія проходящихъ черезъ него веществъ, т. е. на первомъ планѣ вліяніе пищи и напитковъ, затѣмъ вліяніе случайно проглатываемыхъ вмѣстѣ съ послѣдними постороннихъ тѣлъ и, наконецъ, дѣйствіе ѣдкихъ веществъ, особенно минеральныхъ кислотъ и щелочей, принимаемыхъ по ошибкѣ или съ цѣлью самоубійства или преступленія. Какъ въ нѣкоторомъ смыслѣ внешнія причины, весьма часто дѣйствуютъ болѣзни сосѣднихъ органовъ на шеѣ и въ полости груди, уже послѣдовательно вызывающія поврежденіе пищевода. Послѣднее обусловливается отчасти давленіемъ увеличенныхъ или смѣщенныхъ частей, отчасти растягиваніемъ со стороны сморщивающихся сосѣднихъ частей, отчасти, наконецъ, мы имѣемъ здѣсь патологическія новообразованія или язвенные процессы, которые переходятъ на пищеводъ снаружи и нерѣдко ведутъ къ прободенію его.

Въ общихъ заболѣваніяхъ пищеводъ принимаетъ замѣчательно ничтожное участіе. Такъ напр., конституціональный сифилисъ крайне рѣдко вовлекаетъ пищеводъ въ сочувственное страданіе. Въ главнѣйшихъ и наиболѣе частыхъ общихъ заболѣваніяхъ, напр. въ тифѣ, пищеводъ большею частью совершенно не участвуетъ, а если здѣсь и замѣчаются какія-либо измѣненія, то они имѣютъ лишь второстепенное и притомъ не специфическое значеніе. Изъ острыхъ сыпей онъ только при оспѣ заболѣваетъ нѣсколько чаще и притомъ иногда вполне специфическимъ образомъ.

Общая симптоматология и диагностика.

Припадки болѣзней пищевода вообще однообразны и мало знаменательны для характера патологическаго процесса. Въ первомъ ряду стоятъ функціональныя расстройства, аномаліи пищеводагнаго глотанія, и они-то прежде всего и обращаютъ на себя вниманіе врача и больного. Затрудненіе глотанія сопровождается почти всѣ тяжелыя страданія пищевода: воспалительное набуханіе и изъязвленіе, рубцовыя и раковыя суженія, пазухи, сдавливаніе пищевода извнѣ, судорогу и параличъ его мышцъ.

При медленно развивающихся болѣзняхъ, больной ощущаетъ остановку, „застрѣваніе“, „неподдаваніе“ пищи, сначала въ видѣ незначительнаго препятствія, легко устраняемаго запиваніемъ жидкостями. Но мало-помалу остановка дѣлается упорнѣе, устраняется съ большимъ трудомъ, большая часть пищи раньше или позже отыгается назадъ, смѣшанная съ обильными массами слизи и болѣе или менѣе измѣненная. Наконецъ, препятствіе дѣлается непреодолимымъ, отрыганіе жвачки постояннымъ, и часто больной самъ старается вызвать это съ помощью производи-

шихъ рвоту манипуляцій. При болѣе же острыхъ, воспалительныхъ или судорожныхъ страданіяхъ пищевода картина пищеводной дисфагіи отличается несравненно болѣе бурнымъ характеромъ: каждая попытка вынудить прохожденіе пищи служить только новымъ подтвержденіемъ невозможности этого и оканчивается не только выблевываніемъ пищи, но нерѣдко вызываетъ еще рефлекторныя судороги въ мышцахъ глотки и гортани.

Къ этимъ функціональнымъ разстройствамъ обыкновенно присоединяется рядъ весьма измѣнчивыхъ субъективныхъ явленій. Прежде всего боль, болѣею частью ограниченная одной опредѣленной мѣстностью и, смотря по положенію болѣзни выше или ниже, ощущаемая то на шеѣ, то въ выѣ, между лопатками или позади нижней части грудины. Вообще говоря, локализацию боли по передней поверхности шеи и груди, вдоль средней линіи, можно считать за правило, а помѣщеніе ея по задней грудной стѣнкѣ—за исключеніе. По характеру своему, эта боль представляетъ то ощущеніе давленія, усиливающееся отъ принятой пищи, то жгучую, колющую или рвущую боль, особенно при воспалительныхъ страданіяхъ, вколоченныхъ постороннихъ тѣлахъ, растравливаніи ѣдкими веществами или иного рода поврежденіяхъ. Отъ введенія пищи (даже жидкой, не раздражающей, въ томъ числѣ и молока) боль часто обостряется до значительной степени, отдаетъ и на другіе чувствительные нервные пути, напр. межреберные нервы, и осложняется рефлекторными судорогами въ мышцахъ глотки и гортани.

Впрочемъ, боль далеко не принадлежитъ къ постояннымъ явленіямъ и нерѣдко отсутствуетъ во все теченіе болѣзни. Съ другой же стороны, при легкихъ и быстро проходящихъ разстройствахъ, напр. при гипереміи и поверхностномъ катаррѣ слизистой оболочки пищевода, вслѣдствіе тепловыхъ или химическихъ раздраженій, механическихъ вліяній, напр. вслѣдствіе введенія желудочнаго зонда,—боль можетъ быть очень сильна и чувствоваться по всему протяженію пищеводной трубки.

Кромѣ боли, больные жалуются и на другія непріятныя ощущенія, напр. на ощущеніе стягиванія пищевода или присутствія посторонняго тѣла на опредѣленномъ мѣстѣ, затѣмъ на ненормальныя вкусовыя ощущенія и т. п.

Изъ сказаннаго ясно, что упомянутыя субъективныя явленія сами по себѣ могутъ имѣть лишь второстепенное діагностическое значеніе.

Напротивъ того, объективныя признаки имѣютъ гораздо болѣешую цѣну, но за то часто имъ недостаетъ нужной опредѣлительности. Вообще надо замѣтить, что распознаваніе болѣзней пищевода можетъ похвалиться лишь очень слабыми успѣхами въ теченіи послѣднихъ десятилѣтій и никоимъ образомъ не можетъ быть поставлено хотя бы въ отдаленную параллель съ современной діагностикой верхнихъ дыхательныхъ и пищеводающихъ путей.

Осмотръ пищевода (эзофагоскопія) все еще остается *pium desiderium*: всѣ попытки сдѣлать пищеводъ доступнымъ для свѣта и глаза не идутъ далѣе пробныхъ опытовъ.

Больше другихъ достигъ въ этомъ отношеніи *Вальденбургъ*. Употребленное имъ пищеводное зеркало состоитъ изъ каучуковой трубки, длиною въ 8 и шириною въ 1½ сантим., а внизу съ диаметромъ въ 1 сантим., подвижно подвѣшенной въ вилкѣ металлической рукоятки, длиною въ 14 сантим. (Рис. инструмента см. въ *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1870, стр. 580).

Введенную въ пищеводъ трубку поддерживаютъ лѣвою рукою за рукоятку, придавливая послѣднюю языкъ, и въ то же время правой рукою устанавливаютъ гортанное зеркало въ зѣвъ такимъ образомъ, чтобы свѣтъ падалъ черезъ трубку въ лежащій подъ нею отдѣлъ пищевода. Обыкновенно больные переносятъ инструментъ не болѣе какъ въ теченіи 10—15 секундъ, послѣ чего появилось душеніе и трубка наполнилась пищевой кашицей изъ пазухи или стекавшей сверху слюною. Не смотря на это, *Вальденбургу* удавалось въ этотъ короткій промежутокъ времени опредѣлять свойства слизистой оболочки и стриктуру. Позднѣе *Вальденбургъ* устроилъ другой инструментъ изъ нейзильбера, болѣе удобный для изслѣдованія пищевода и состоящій изъ двухъ вставленныхъ одна въ другую окончатыхъ трубокъ, шириною въ 1 и длиною въ 6 сантим., вытягивающихся съ помощью заклепки въ трубку 12 сантиметр. длины. Но, насколько мнѣ извѣстно, дальнѣйшихъ опытовъ съ этимъ инструментомъ не обнаружено.

Главнымъ препятствіемъ для введенія зеркалъ въ пищеводъ служить, по нашимъ (*Цимсенъ*) опытамъ, суженіе въ началѣ пищевода, у нижняго края пластинки перстневиднаго хряща. Поперечникъ пищевода въ этомъ мѣстѣ равняется, по изслѣдованіямъ *Мутонна*, произведеннымъ съ помощью снимковъ и сходнымъ съ результатами моихъ собственныхъ (*Цимсенъ*) опытовъ, не болѣе 14 миллим. Сильнымъ растягиваніемъ съ помощью жидкостей (*Мутонъ*) или углекислоты (*Цимсенъ*), выдавленныхъ снизу, изъ растянутаго желудка въ пищеводъ, удается расширить нижнюю часть до 25—35 миллим. (40 миллим., *Цимсенъ*), а верхнюю только на нѣсколько миллим. (до 20). Если ограниченность пространства въ началѣ канала уже сама по себѣ составляетъ существенное препятствіе для введенія освѣтительныхъ цилиндровъ, то эти затрудненія возрастаютъ еще отъ того, что придавливаніе твердымъ инструментомъ мягкихъ частей къ пластинкѣ перстневиднаго хряща и къ передней поверхности нижняго шейнаго позвонка вызываетъ сильное раздраженіе и дѣлаетъ болѣе продолжительное изслѣдованіе невыносимымъ для больного. Впрочемъ, привычка и упражненія значать много и здѣсь, и потому не слѣдуетъ терять надежды на будущность эзофагоскопіи.

Пока же изслѣдованіе зеркаломъ должно быть ограничено въ большинствѣ случаевъ непосредственно примыкающимъ къ началу пищевода концомъ глотки, состояніе котораго иногда допускаетъ, правда, очень условное, заключеніе о состояніи начала пищевода.

Въ виду значительной длины пищевода, ощупываніе можетъ быть произведено только съ помощью зонда, бужей и глоточной трубки и изъ всѣхъ діагностическихъ способовъ даетъ самыя драгоцѣнныя точки опоры. Оно, прежде всего, даетъ указаніе относительно ширины просвѣта, о присутствіи стриктуръ и степени суженія и, кромѣ того, если употребить для этого хорошій восковой бужъ, наглядно воспроизводитъ даже форму суженія.

Далѣ, глазокъ зонда приносить намъ изъ глубины пищевада остатки пищи, грибковыя массы, гной, кровь, частички новообразованій, постороннія тѣла,—все вещи, весьма драгоцѣнныя въ діагностическомъ отношеніи. Затѣмъ, зондъ можетъ воспроизводить пульсовыя сотрясенія, если засядетъ въ суженіи, обусловливаемомъ аневризмой начальной артеріи. Наконецъ, въ присутствіи явленій, возбуждающихъ подозрѣніе на существующій стенозъ, свободное прохожденіе зонда можетъ дать весьма драгоцѣнныя отрицательныя точки (опоры для діагноза; тогда какъ, съ другой стороны, фактъ, что въ одномъ опредѣленномъ мѣстѣ зондъ то насккиваетъ на неопредолимое препятствіе, то, напротивъ, проходитъ вполнѣ свободно, дѣлаетъ вѣроятнымъ существованіе пазухи. Наконецъ, если верхушка зонда постоянно причиняетъ боль въ опредѣленной области, то это указываетъ на присутствіе воспаленія, и если глазокъ зонда сплошь и рядомъ зачерпываетъ въ этомъ мѣстѣ гной или гной, смѣшанный съ кровью, то это служитъ признакомъ существующаго изъязвленія.

Относительно самого способа изслѣдованія зондомъ я ограничусь лишь нѣсколькими краткими замѣчаніями.

Самыя лучшіе зонды—англійскіе, обладающіе при умѣренномъ нагрѣваніи надлежащей степенью гибкости и твердости. Не слишкомъ толстое пуговчатое вздутіе на верхушкѣ должно быть снабжено 1—2 продолговатыми глазками, калибръ долженъ быть не слишкомъ большой, а зондъ внутри полый. Больной долженъ сидѣть совершенно прямо, грудью впередъ, головой, слегка наклоненной назадъ, и съ открытымъ ртомъ. Въ этомъ положеніи верхушка зонда, управляемая указательнымъ и среднимъ пальцами, проводится черезъ корень языка. Если встрѣтится препятствіе позади перстневиднаго хряща, то обыкновенно достаточно одного глотательнаго движенія, чтобы верхушка зонда спустилась дальше внизъ. Тщательнымъ смазываніемъ зонда масломъ или бѣлкомъ (*Труссо*) можно значительно облегчить его введеніе. Зондъ нужно подвигать осторожно, какъ бы щупая и избѣгая всякаго насильственнаго давленія. Если верхушка натакивается на препятствіе, то послѣднее скорѣе всего можетъ быть опредѣлено посредствомъ повторнаго выдвиганія зонда и ошупывающаго подвиганія его впередъ. Если суженіе значительно, то приходится испытывать болѣе тонкіе зонды и, наконецъ, даже бужи, между которыми за наиболѣе цѣлесообразные нужно считать французскіе бужи, снабженные центральной свинцовой проволокой. Вслѣдъ за вынутіемъ инструмента нужно подвергнуть содержимое глазковъ тщательному макроскопическому, микроскопическому и микрохимическому изслѣдованію.

При нормальной чувствительности и двигательной способности гортани нечего опасаться, что верхушка зонда попадетъ въ гортань, да такая случайность тотчасъ же скажется жестокими припадками кашля и душенія. Но въ сомнительныхъ случаяхъ, если желательно удостовѣриться, что вслѣдствіе ослабленной чувствительности зондъ не проникъ въ дыхательныя пути, достаточно заставить больного издать какой-нибудь звукъ, такъ какъ, помѣстись зондъ между голосовыми связками, никакіе звуки, конечно, не были бы возможны. Если, по какой либо причинѣ, невозможно понудить больного къ производству звуковъ, то можно поставить вѣженную свѣчу передъ открытымъ концомъ глоточнаго зонда: въ случаѣ, если послѣдній засѣлъ въ гортани, пламя будетъ дѣлать соответственныя движенія при вдыханіи и выдыханіи. Этотъ „свѣчной феноменъ“ можетъ, конечно, проявиться и со стороны пищевада; однакоже, какъ показываютъ

прекрасные опыты *Гергардта*, *Эммингауза* и *Рейнке* ¹⁾, только въ томъ случаѣ когда верхушка зонда помѣщается во внутригрудной части пищевода. При дыхательномъ расширеніи грудного ящика, всѣ находящіеся въ немъ органы подвергаются отрицательному давленію; тѣмъ не менѣ воздухъ проникаетъ въ нихъ (а при выдыханіи выдѣляется изъ нихъ) только тогда, когда они сообщаются съ внѣшней атмосферой посредствомъ твердыхъ и вѣяющихъ трубокъ (*Гергардта*). Напротивъ того, когда верхушка зонда находится въ шейной части пищевода или когда она проникаетъ во входную часть желудка, дыханіе не производитъ никакого движенія пламени. Само собою разумѣется, что стремительное выдѣленіе воздуха и жидкости черезъ зондъ, такъ часто наблюдаемое, при прониканіи послѣдняго въ желудокъ, вмѣстѣ съ кашлемъ и душеніемъ, не имѣетъ ничего общаго съ дыхательными теченіями воздуха въ зондѣ.

Такимъ образомъ, въ затруднительныхъ случаяхъ мы до тѣхъ поръ можемъ придавать свѣчному феномену рѣшающее значеніе, покуда верхушка зонда находится въ начальной части пищевода,—но вѣдь въ сомнительныхъ случаяхъ вопросъ именно и сводится къ тому, проникаетъ ли зондъ въ гортань или во входъ пищевода.

У кого пальцы длиннее, тотъ можетъ при благопріятныхъ условіяхъ проникнуть указательнымъ пальцемъ до входа въ гортань и нащупать положеніе зонда. Въ сомнительныхъ случаяхъ для рѣшенія дѣла можно прибѣгнуть къ помощи гортаннаго зеркала, какъ это сдѣлалъ *Эммингаузъ*.

Если, такимъ образомъ, при нормальной чувствительности и подвижности надгортанника и преддверія гортани, зондъ лишь рѣдко можетъ проникнуть въ гортань незамѣтно для больного, то, съ другой стороны, это очень легко случается при параличѣ верхняго и нижняго гортанныхъ нервовъ, нерѣдко слѣдующемъ за дифтеритомъ зѣва или сопровождающемъ различныя страданія центральной нервной системы, напр. бульбарный параличъ или опухоли въ задней черепной ямкѣ. Откинутый надгортанникъ, неподвижно опирающійся въ корень языка, направляетъ зондъ прямо въ голосовую щель, а полная потеря чувствительности и рефлекторной возбудимости гортани и верхней части дыхательнаго горла способствуетъ дальнѣйшему его прониканію (подробный разборъ этого предмета см. при болѣзняхъ гортани, т. IV). При подобныхъ обстоятельствахъ нужна величайшая осторожность при введеніи желудочнаго зонда. Такая же осторожность нужна и при крупныхъ дефектахъ надгортанника, изъязвленіяхъ гортаннаго входа, новообразованіяхъ въ немъ и въ нижней части глотки; въ подобныхъ случаяхъ особенно нужно избѣгать слишкомъ сильнаго наклоненія головы назадъ.

Устремленіе содержимаго желудка вверхъ мимо зонда опасно въ томъ отношеніи, что это содержимое можетъ попасть въ голосовую щель. Впрочемъ, этого нужно опасаться только въ томъ случаѣ, когда больной лежитъ на спинѣ, находится въ безпамятствѣ или страдаетъ душевнымъ расстройствомъ. *Бланшъ* потерялъ одного сумасшедшаго, который былъ задушенъ именно этимъ путемъ, а *Эммингаузъ* нашелъ у двухъ больныхъ, у которыхъ во время зондированія появилась рвота, бронхо-пневмоническія гнѣзда, которыя онъ склоненъ отнести на счетъ присасыванія содержимаго желудка. Во избѣжаніе подобныхъ несчастій желательно, чтобы всѣ больные были зондируемы по возможности въ сидячемъ или, по крайней мѣрѣ, въ полусидячемъ положеніи, чтобы зонды выбирались потолще и были удаляемы немедленно, какъ покажется рвота. Злополучное расположеніе къ рвотѣ во время зондированія лучше всего можетъ быть преодолено небольшимъ подкожнымъ впрыскиваніемъ морфія передъ началомъ операціи.

Что касается максимума толщины зондовъ, которые еще можно употреблять здѣсь, то по измѣреніямъ калибра пищевода, произведеннымъ *Мутонемъ* и нами, зондъ съ

¹⁾ Mittheilungen von der inn. Station des allgem. Krankenhauses zu Hamburg, Abtheilung des Dr. Engel-Reimers. Virchow's Archiv, т. LI, стр. 407.

поперечникомъ въ 14 миллим. можетъ быть введенъ безъ особеннаго растяженія начала пищевода. Максимумъ расширяемости этой входной части, а слѣдовательно, и максимумъ толщины зонда равняется, по *Мутону*, 18, а по нашимъ опытамъ, 20 мм.

Особенная осторожность и бережность необходима въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно заподозрить существованіе глубокихъ изъязвленій пищеводной стѣнки или аневризмы аорты, такъ какъ насильственнымъ зондированіемъ можно вызвать прободеніе стѣнки.

Сентъ-Мари устроилъ особый инструментъ для эзофагометріи, т. е. для опредѣленія длины и измѣненія калибра нормальнаго пищеводнаго канала, равно какъ для опредѣленія патологическихъ расширеній и суженій его. Но этотъ инструментъ, остроумно задуманный, еще не былъ испытанъ на дѣлѣ.

Онъ состоитъ изъ полаго желудочнаго зонда, снабженнаго на нижнемъ концѣ легко сжимаемой и полой оливой изъ каучука, а на верхнемъ концѣ — градуированной стеклянной трубкой. Этотъ зондъ наполняется предварительно окрашенной жидкостью такимъ образомъ, чтобы уровень ея (не производя давленія на оливу) находился на 0° скалы. При введеніи инструмента, узкія мѣста пищевода, производя круговое давленіе на каучуковую оливу, должны вызвать поднятіе жидкости въ стеклянной трубкѣ, которое и можетъ быть сосчитано по скалѣ; тогда какъ, съ другой стороны, уровень жидкости снова долженъ упасть на 0°, какъ только верхушка зонда проникнетъ въ желудочный входъ. Такъ какъ зондъ снабженъ на наружной поверхности дѣленіями по метрической системѣ, то, отсчитавъ приблизительно 15 сантим. на разстояніе отъ рѣзцовъ до входа въ пищеводъ, можно опредѣлить и высоту, на которой помѣщается стриктура или расширеніе пищевода (вмѣстѣ съ степенью этого суженія или расширенія).

Практическая примѣнимость инструмента *Сентъ-Мари* должна быть опредѣлена еще съ помощію опытовъ на трупахъ и надъ живыми.

Выстукиваніе пищевода можетъ дать какіе нибудь результаты лишь въ томъ случаѣ, когда послѣдній чрезвычайно растянутъ воздухомъ, жидкимъ или твердымъ содержимымъ, или когда въ немъ сидятъ очень объемистыя новообразованія, — что, однакоже, случается крайне рѣдко. Звукъ постукиванія можетъ быть постоянно или временно притупленъ отъ присутствія упомянутыхъ опухолей или отъ наполненныхъ пищей пазухъ вдоль грудной части позвоночника. При пазухахъ, которыя въ наполненномъ состояніи выпячиваются на лѣвой сторонѣ или по обѣимъ сторонамъ дыхательнаго горла, постукиваніе даетъ ясный звукъ при условіяхъ, способствующихъ развитію газовъ въ мѣшкѣ, и тупой звукъ при изверженіи газа, когда остаются только твердые и жидкія части пищи.

При суженіяхъ пищевода мы (*Цимсенъ*) нѣсколько разъ прибѣгали, для опредѣленія мѣста и степени суженія вмѣстѣ съ послѣдовательнымъ расширеніемъ, къ вздуванію лежавшей надъ суженіемъ части пищевода углекислотою, посредствомъ введенія раствора двууглекислаго натра и послѣдовательнаго приема раствора виннокаменной кислоты.

Изъ этихъ опытовъ, правда, еще не законченныхъ, можно, повидимому, вывести то заключеніе, что сильно расширенный пищеводъ, будучи растянутъ газомъ, дѣлается доступнымъ постукиванію, по крайней мѣ-

рѣ, въ своемъ нижнемъ отдѣлѣ. И мнѣ кажется, что этотъ способъ вздуванія газомъ можетъ быть примѣненъ вообще для опредѣленія расширеній пищевода, а также и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ объ опредѣленіи мѣста суженія безъ помощи зонда, или когда, напр. послѣ обжиганій, является подозрѣніе на существованіе множества стриктуръ, или, наконецъ, когда нужно опредѣлить степень стриктуры, т. е. проходимость ея для газовъ и жидкости. Вздуваніе газомъ, быть можетъ, иногда въ состояніи будетъ сослужить службу и при распознаваніи крупныхъ пазухъ.

Одновременно съ постукиваніемъ вздутаго пищевода необходимо про-извести и выслушиваніе, такъ какъ болѣе быстрое или болѣе медленное отливаніе газовъ вмѣстѣ съ жидкостью чрезъ стриктуру въ нижнюю часть пищевода, т. е. въ желудокъ, совершенно ясно различимое ухомъ, даетъ возможность дѣлать заключеніе о степени узости стриктуры.

Выслушиваніе нормальнаго пищевода (въ шейной его части на лѣвой сторонѣ дыхательнаго горла и въ грудной части слѣва отъ позвончика до 8 грудного позвонка) даетъ только въ моментъ про-скальзыванія пищи совершенно опредѣленные шумы, появляющіеся, какъ при проглатываніи твердыхъ веществъ, такъ и жидкости.

Гамбургеръ, справедливо заслуживающій названія основателя способа выслушиванія пищевода, представилъ въ изобрѣтательскомъ энтузіазмѣ массу данныхъ относительно аускультаторныхъ явленій при глотаніи въ нормальномъ и патологическомъ пищеводѣ, до того странныхъ, что до сихъ поръ лишь немногіе сочли нужнымъ взять на себя трудъ подвергнуть ихъ серьезной провѣркѣ.

Главнымъ источникомъ глотательнаго шума является, по Г., быстрое и крѣпкое удареніе мышечной стѣнки пищевода о пищевой комокъ. И такъ какъ проглатываемый кусокъ смѣшанъ съ воздухомъ, то на любомъ мѣстѣ пищевода, гдѣ онъ останавливается, содержащійся въ немъ воздухъ снова смѣшивается отъ прижатія съ твердыми частями, что порождаетъ новыя шумы.

При выслушиваніи глотательнаго акта получается явственное ощущеніе, какъ будто небольшое, опрокинутое яйцевидное тѣло кольцеобразно охватывается пищеводомъ (!) и съ шумомъ быстро выдавливается внизъ въ отвѣсномъ направленіи. Представленіе, что пищевой комокъ, скатываемый круговыми сокращеніями мышечныхъ волоконъ пищевода въ круглое плотное тѣло, имѣетъ форму опрокинутого яйца, т. е. имѣетъ наибольшій діаметръ по серединѣ и суживается на концахъ, изъ которыхъ верхній конецъ явственно пріострѣнъ, а нижній притупленъ, — это представленіе или этотъ образъ, подслушиваемый ухомъ относительно формы пищевого комка, стоитъ внѣ всякаго сомнѣнія и бываетъ всего явственнѣе при проглатываніи полутвердаго куска, напр. кашцеобразной массы. Шумъ, получающійся при нормальномъ актѣ глотанія, есть шумъ гладкаго скользанія, соединенный съ такъ называемымъ клокотаньемъ. Скорость глотательнаго акта не всегда одна и та же; даже у совершенно здоровыхъ людей, вслѣдствіе частаго слѣдованія глотательныхъ движеній одного за другимъ, напр. при очень продолжительной трапезѣ, раздражительность круговыхъ волоконъ пищевода истощается до такой степени, что быстрота глотанія

значительно ослабѣваетъ. Наконецъ, ухо явственно различаетъ, какъ комокъ скользитъ внизъ по перпендикулярной линіи; у здороваго человѣка не замѣчается ни движеній внизъ, ни движеній вверхъ.

Еще страннѣе тѣ указанія, которыя *Гамбургеръ* дѣлаетъ относительно аускультаторныхъ явленій при патологическихъ условіяхъ.

При уменьшеніи энергіи круговаго мышечнаго слоя, вслѣдствіе ли общаго истощенія, или вслѣдствіе мѣстныхъ разстройствъ питанія, форма куска измѣняется изъ опрокинутой яйцевидной въ опрокинутую воронкообразную, такъ какъ сокращеніе нижнихъ круговыхъ волоконъ становится слабѣе. Сверхъ того, *Гамбургеръ* замѣчалъ (NB. все это ухомъ), что при отрываніи жвачки комокъ книзу приострается, а вверхъ раздается въ ширину, что продольный его діаметръ иногда укорачивается и что въ другой разъ поперечный діаметръ даетъ отростки впередъ или въ сторону (!) и т. д.

Эти странности и нелады съ физикой нисколько, однакоже, не умаляютъ великой заслуги *Гамбургера*, которому мы обязаны началомъ многообъщающаго способа изслѣдованія. Что сохранится изъ его ученія, что исчезнетъ изъ него и что прибавится заново,—все это покажетъ дальнѣйшее развитіе этого способа подъ руководствомъ трезвыхъ и точныхъ наблюденій. Одно можно сказать уже и теперь, что этому способу предстоятъ лишь медленные успѣхи, главнымъ образомъ, вслѣдствіе рѣдкости необходимаго для патологическаго изученія матеріала. По этому самому, тѣмъ настоятельнѣе является необходимость, въ подходящихъ случаяхъ, самымъ тщательнымъ образомъ изучать аускультаторныя явленія, хотя бы распознаваніе и безъ того было несомнѣнно.

Изъ новѣйшихъ писателей, посвятившихъ себя выслушиванію пищевода, заслуживаютъ упоминанія: *Клифордъ Альботтъ*, *Морелль Мекензи* и *Сэнтъ-Мари*. Недостатокъ мѣста не позволяетъ намъ входить въ подробный разборъ воззрѣній упомянутыхъ авторовъ. Мы приведемъ здѣсь вкратцѣ лишь то, что по указаніямъ этихъ авторовъ и по нашимъ собственнымъ изслѣдованіямъ можно считать въ настоящее время вполне установленнымъ.

При выслушиваніи пищевода нужно строго отличать глотательный шумъ зѣва, который отъ примѣси воздуха представляетъ часто весьма громкій звукъ полосканія, отъ пищеводнаго шума, который въ верхней части часто совершенно заглушается первымъ. Съ этой цѣлью пищеводъ нужно выслушивать съ лѣвой стороны позвоночника, постепенно подвигаясь стетоскопомъ съ верхне-грудныхъ позвонковъ внизъ, при чемъ больной по данному знаку — по *Гамбургеру* лучше всего давленіемъ пальца на рога подъязычной кости, чтобы по поднятію послѣдней отмѣчать начало и скорость глотательнаго акта — начинаетъ проглатывать находящуюся во рту твердую и жидкую пищу. У здоровыхъ людей пищеводный шумъ имѣетъ весьма опредѣленный оттѣнокъ и быстро исчезаетъ: наиболѣе явственнымъ онъ бываетъ въ томъ случаѣ, когда больной безъ перерыва глотаетъ густую пищу. До сихъ поръ у насъ нѣтъ слова, которымъ можно бы было обозначить впечатлѣніе, производимое этимъ шумомъ на слуховой органъ: вѣрнѣе всего оно обозначается, какъ быстрое скользаніе внизъ небольшого жидкаго тѣла.

Причину этого шума составляетъ очевидно треніе пищевого комка о гладкую поверхность пищевода. *Сэнтъ-Мари* принимаетъ, что образованію шума содѣйствуетъ также производимое напираніемъ комка разъ-

единение поверхностей слизистой оболочки, которые в порожнем состоянии соприкасаются между собой.

При патологических условиях замечаются следующие отклонения от нормы, не лишённые иногда значения для распознавания: полное отсутствие глотательного шума или значительное ослабление его, внезапное исчезновение шума на определённом месте, короткие или продолжительные шумы kloxtania, бульканія или трения (glouglou, gargouillement и froufrou французов), да́лѣе, значительное уменьшение скорости глотательного акта и, наконецъ, отдавание шума вверхъ или по сторонамъ. Что касается патологическихъ измѣненій, обусловливающихъ то или другое отклонение отъ нормального, то объ этомъ, насколько оно вообще намъ извѣстно, мы будемъ говорить при отдѣльных формахъ заболѣваній.

Весьма важное значение для распознавания имѣетъ тщательное изслѣдованіе отрыгаемыхъ частичекъ пищи. Застаивающаяся въ пазухахъ или въ расширеніяхъ поверхъ стриктуръ пища, смотря по продолжительности своего пребыванія въ нихъ, по своей теплотѣ, влажности и постоянному соприкосновенію съ воздухомъ, столь благоприятнымъ для броженія и гніенія, представляетъ весьма разнообразныя измѣненія: свѣже отрыгнутыя крахмалистыя вещества, подъ вліяніемъ проглоченной слюны, отчасти превращаются въ сахаръ, а позднѣе показываютъ процессы сильнаго броженія; мясо и другія бѣлковыя тѣла представляются черезъ 12—24 часа просто вымоченными, а послѣ болѣе продолжительнаго пребыванія подвергаются гніенію. Менѣе всего измѣненія претерпѣваютъ растительныя клѣтки, обыкновенно онѣ представляются только набухшими и вымоченными. Во всѣхъ случаяхъ продолжительнаго застаиванія пищи находятъ громадныя массы схизомицетовъ и почконосныхъ грибовъ; въ слизистыхъ массахъ, зачерпнутыхъ зондомъ надъ стриктурой, я (*Цимсенъ*) нерѣдко находилъ заросли лептотрикса, но сарцинъ никогда.

Общее лечение.

Лечение болѣзней пищевода, вообще говоря, довольно рациональное и бываетъ преимущественно мѣстнымъ, такъ какъ пищеводъ доступенъ непосредственному воздѣйствію лекарствъ, физическихъ дѣятелей и механическихъ пособій. Тѣмъ не менѣе, оно далеко уступаетъ современному леченію болѣзней глотки и гортани, гдѣ всѣмъ ходомъ леченія управляетъ глазъ.

Первая задача должна заключаться въ измѣненіи, сообразно природѣ лежащаго страданія, количества и формы пищи, проходящей черезъ пищеводъ. При хроническихъ страданіяхъ, обусловливающихъ суженіе пищевода, вопросъ идетъ главнымъ образомъ объ установленіи

преимущественно или исключительно жидкой или полужидкой діеты; тогда какъ при острыхъ страданіяхъ часто оказывается необходимымъ совершенно прекратить доставку пищи и воды къ пищеваду и вза-мѣнъ этого доставлять ихъ черезъ прямую кишку общезвѣстнымъ способомъ.

Противовоспалительный методъ находитъ себѣ здѣсь примѣненіе или въ видѣ пѣавокъ къ шеѣ и т. д., или въ видѣ пузырей со льдомъ на груди и позвоночникъ.

Такъ называемыя мягчительныя средства, слизистыя отвары, маслянистыя эмульсіи съ примѣсью морфія примѣняются при болѣе легкихъ воспалительныхъ состояніяхъ. Вяжущія средства, особенно азотнокислое серебро, полезны при хроническомъ катаррѣ и изъязвленіяхъ. Противогнилостныя вещества (борная и салициловая кислоты, хлорнокислое кали и т. д.) могутъ приносить большую пользу при задержаніи пищи или слизи въ пищевадѣ, равно какъ при распространеніи молочницы (soor) на пищевадъ.

Механическое леченіе зондами, оливоми, губками, расширяющими инструментами и т. д. находитъ себѣ примѣненіе главнымъ образомъ при суженіяхъ пищевада; однакоже, при извѣстныхъ условіяхъ, оно оказываетъ благотворное дѣйствіе и при гиперѣстезіи и судорогѣ (подробности см. при леченіи суженій и неврозовъ).

Электрическій токъ въ общемъ рѣдко примѣняется при болѣзняхъ пищевада, такъ какъ параличи и судороги встрѣчаются тутъ довольно рѣдко. Но если параличъ и судорога являются въ видѣ первичнаго страданія, то показано примѣненіе электрическаго тока въ обоихъ его видахъ, посредствомъ введенія однополюсныхъ или двухполюсныхъ пищевадныхъ электродовъ, устроенныхъ *Дюшенномъ*, *Тригге* и *Амтгаузомъ*. Каталитическое и каустическое дѣйствіе гальваническаго тока до сихъ поръ еще не было испытано на пищевадѣ; тѣмъ не менѣе при надлежащихъ осторожностяхъ его безъ опасенія можно примѣнять при тяжелыхъ стриктурахъ, особенно раковаго происхожденія.

Относительно показаній и способовъ кровавыхъ расширеній стриктуръ, равно какъ сѣченія пищевада и желудка, мы должны отослать читателя къ отдѣльнымъ главамъ настоящаго сочиненія и къ учебникамъ хирургіи.

СЪУЖЕНІЕ ПИЩЕВОДА. STENOSIS OESOPHAGI.

Литература.

Руководства, указанія выше. Литература раковыхъ стриктуръ будетъ приведена ниже (въ началѣ главы „Новообразованія и наросты“). Gerardi Blasii Observata anatomica, 1674, стр. 120. — Monro, Morbid Anatomy of the human gullet etc. Edinburgh, 1811, стр. 186. — Mondière, Archives générales de Méd., т. XXV, стр. 358, и XXVII, стр. 494. — Cassan, Archives générales, 1826, стр. 79. — Rokitsansky, Oesterr. Jahrb., 1840. — Cruveilhier, Anatomie pathologique, вып. XXXVIII, табл. VI. — Follin, Des rétrécissements de l'oesophage. Thèse. Paris, 1853. — Lotzbeck, Deutsche Klinik, 1859, № 6. — Virchow, ero Archiv, т. XV, стр. 272, случай IV, и Krankh. Geschwülste, т. II, стр. 415. — West, J. F., Dublin Quart. Journ., февр. и апр. Lancet, апр. 1872, стр. 291. — Eras, Die Canalisationsstörungen der Speiseröhre. Leipzig, 1866. — Gandais, Rétréc. cicatr. et cancéreux de l'oes. Thèse de Paris, 1869. — Hutchinson, Jon., London hospital reports, IV, стр. 56, 1869. — Huber, Dysphagia strumosa. Deutsch. Arch. f. klin. Med., VI, стр. 106, 1869. — Hamburger, Klinik der Oesoph.-Krankheiten. Erlangen, 1871, стр. 56 и сл. — Fagge, C. Hilton, Guy's hospital reports, XVII, стр. 413, 1872. — Bouchard, De la dilatation graduelle etc. Gazette des hôpitaux, 1873. — Ferrié, P., Etudes sur les rétréciss. etc. Thèse de Paris, 1874. — Morell Mackenzie, Clinical lecture etc. The Lancet, 30 мая 1874, I. — Klob, Wiener med. Wochenschrift, 1875, 11, стр. 210. — Wernher, Chron. vollst. Dysphagie veranlasst durch Verdickung des Ringknorpels. Chirurg. Centralblatt, II, 30, 1875. — Kebbel, W., The Lancet, 1875, I, стр. 105. — Durham, Dysphagie durch Kropfgeschwülste. Med. Times and Gazette, 1876, стр. 142. — Dunlop, J., Glasgow med. Journal, н. с., VIII, 2, стр. 201, 1876. — Gallard, T., Clinique med. de la Pitié, 1877, стр. 187 и сл. — Jaccoud, S., Traité de Pathologie int., V изд., т. II, стр. 112, 1877.

Патологія и этиологія.

Съуженія представляютъ самыя частыя и въ клиническомъ отношеніи наиболѣе важныя страданія пищевода. Они отличаются такими разнообразными формами, что для большей наглядности полезно раз-

дѣлить ихъ на нѣсколько главныхъ группъ, соотвѣтственно способу ихъ происхожденія. Согласно съ этимъ мы будемъ различать: 1. прирожденные суженія, 2. суженія вслѣдствіе прижатія, 3. суженія вслѣдствіе запиранія, 4. стриктуры и 5. судорожныя суженія.

1. Прирожденные суженія. О прирожденных заращеніяхъ и частныхъ дефектахъ пищевода мы здѣсь говорить не будемъ, такъ какъ они исключаютъ возможность дальнѣйшаго существованія плода. Съ другой стороны, въ пищеводѣ встрѣчаются, хотя и крайне рѣдко, такія суженія, которыя, какъ по своему анатомическому характеру (полная цѣлость тканей, отсутствіе всякихъ слѣдовъ рубцеванія), такъ и по анамнезу (существованіе значительныхъ затрудненій глотанія съ самаго ранняго дѣтства и въ теченіи всей жизни), должны быть признаны за прирожденные аномаліи и при которыхъ, не смотря на значительную узость просвѣта, больные доживаютъ до глубокой старости.

а. Простое (прирожденное) суженіе верхняго отдѣла пищевода. Въ литературѣ описаны только два достовѣрныхъ случая этого рода, къ которымъ мы можемъ прибавить третій случай изъ нашей практики. Во всѣхъ трехъ случаяхъ суженіе обнимало входъ пищевода; въ двухъ изъ нихъ это было простое кольцообразное суженіе, а въ третьемъ существовалъ узкій каналъ, длиною въ 8". Во всѣхъ трехъ случаяхъ больные жаловались, что уже съ самаго ранняго дѣтства они глотали съ трудомъ и особенно трудно имъ давалось проглатываніе твердыхъ веществъ. Всѣ три больные умерли въ пожиломъ возрастѣ, двое отъ истощенія вслѣдствіе недостатка пищи, такъ какъ въ послѣдніе годы жизни, благодаря разнымъ обстоятельствамъ, затрудненія глотанія весьма усилились противъ прежняго, а третій умеръ отъ болѣзни (рака привратника), не имѣвшей видимой связи съ суженіемъ.

Первый случай сообщенъ *Эвераръ Омомъ* ¹⁾. Дѣло шло о 59-лѣтней дамѣ, которая съ самаго дѣтства чувствовала узость глотки, съ теченіемъ времени еще болѣе усилившуюся и болѣе или менѣе затруднявшую глотаніе твердыхъ веществъ, такъ что бывали времена, когда она въ состояніи была проглатывать куски не болѣе булавочной головки и при быстромъ глотаніи подвергалась жестокимъ припадкамъ задушенія. Въ послѣдніе 8 мѣсяцевъ передъ смертью присоединилась постоянная боль въ области желудка, большая склонность къ рвотѣ и чрезмѣрно усиленное отдѣленіе слюны. Больная не въ состояніи была проглатывать ничего твердаго и умерла отъ возраставшей слабости и припадковъ истощенія. На вскрытіи въ пищеводѣ найдено „правильное кольцообразное суженіе позади перваго кольца дыхательнаго горла, произведенное совершенно нормальной на видъ слизистой оболочкой“. Желудокъ былъ здоровъ.

Второй случай сообщенъ *Кассаномъ* (1. с.). Онъ относится къ господину, который съ самаго рожденія страдалъ весьма затрудненнымъ глотаніемъ особенно твердыхъ веществъ, и который, не смотря на то, былъ здоровъ, велъ бурную жизнь и умеръ 77 лѣтъ

¹⁾ См. у Mondière, Archiv. génér., т. 25, стр. 369.

отъ роду. Только за годъ передъ смертью, когда, вслѣдствіе неудачнаго вставленія искусственной челюсти, у него развилось, распространившееся внизъ, воспаленіе слизистой оболочки рта, затрудненія глотанія усилились до того, что больной могъ принимать только жидкую пищу. На вскрытіи нижняя половина глотки оказалась расширенной вдвое и была наполнена бѣловатой кашцей. За этимъ начиналось внезапное съуженіе, въ видѣ круглой дыры съ морщиневатымъ краемъ, имѣвшее въ діаметрѣ 1^{'''}. Эта дыра вела въ такой же узкій каналъ въ 8^{'''} длины, со сложенной въ продольныя складки слизистой оболочкой, расширявшійся книзу на подобіе воронки. При этомъ на мѣстѣ съуженія не замѣчалось никакихъ измѣненій тканей.

Третій случай (*Ценкеръ*) относится къ 66-лѣтней швеѣ. Какъ любезно сообщилъ мнѣ проф. *Беймлеръ*, который наблюдалъ эту больную, будучи въ то время еще ассистентомъ въ поликлиникѣ въ Эрлангенѣ, она въ первый разъ явилась туда въ августѣ 1861 года, одержимая поносомъ и рвотой. Въ сентябрѣ развилась закупорка обѣихъ подвздошныхъ венъ, припадки которой, однакоже, исчезли въ ноябрѣ, благодаря образованію окольного кровообращенія и частному восстановленію проходимости организовавшихся пробокъ (какъ показало вскрытіе). Въ октябрѣ 1862 года она снова поступила въ поликлинику, вслѣдствіе частой рвоты, и умерла 30 октября. Во время своей болѣзни она неоднократно жаловалась на затрудненное глотаніе, прибавляя къ этому, что во всю жизнь глотала съ трудомъ и вовсе не могла проглатывать крупныхъ кусковъ пищи, между прочимъ, и мясъ. При вскрытіи пищеводъ оказался въ верхнемъ отдѣлѣ весьма сильно съуженнымъ, на подобіе кольца, и проходимымъ только для толстой головки зонда; слизистая оболочка на съуженномъ мѣстѣ была весьма блѣдна, тонка, легко сдвигалась по подслизистой ткани, но безъ всякихъ измѣненій. Начиная съ этого мѣста внизъ, пищеводъ имѣлъ нормальный просвѣтъ, а слизистая оболочка его была блѣдна, нормальна. — Въ остальныхъ органахъ найдены, величиною съ талеръ, язва привратника отчасти съ раковой инфильтраціей краевъ, раковое набуханіе надчревныхъ железъ съ сморщиваніемъ, пещеристое перерожденіе подвздошныхъ венъ и т. д.

б. Простое съуженіе нижняго отдѣла пищевода. *Блазиусъ*, *Крювелье*, *Гильтонъ Фане* и *Уильксъ* описали, съ приложеніемъ рисунковъ ¹⁾, довольно схожіе случаи съуженія нижней части пищевода, которые, по всему вѣроятію, должны быть признаны за природенныя съуженія. *Крювелье* съ удареніемъ указываетъ на отсутствіе всякихъ измѣненій тканей на съуженномъ мѣстѣ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ съуженіе занимало небольшое протяженіе на нижнемъ концѣ пищевода, а лежавшая надъ нимъ часть была расширена на подобіе мѣшка, въ которомъ въ случаѣ *Крювелье* помѣщались большія полипозныя разращенія слизистой оболочки, а въ случаѣ *Фане*—эпителиальный ракъ, прорвавшій стѣнку пищевода.

Къ сожалѣнію, въ случаяхъ *Блазиуса* и *Крювелье* ничего не упомянуто о прижизненныхъ явленіяхъ.

Больной *Фане*, 48-лѣтній пьяница, по его собственнымъ словамъ, больше 40 лѣтъ страдалъ затрудненнымъ глотаніемъ и могъ принимать твердую пищу только въ очень размельченномъ видѣ. Въ послѣднія 20 лѣтъ, если ему случалось проглатывать очень крупные куски, у него совершенно закладывало пищеводъ въ теченіи нѣсколькихъ, даже до 8 дней, и въ это время онъ не могъ ни ѣсть, ни пить. Отрыганія пищи никогда не

¹⁾ Blasius, l. c., табл. XV, фиг. VI, и Cruveilhier, l. c., вып. XXXVIII, табл. VI, фиг. 1 и 1'.

замѣчалось у него. Смерть послѣдовала отъ прободенія эпителиальнаго рака, сидѣвшаго въ расширенной части пищевода. Черезъ суженное мѣсто едва можно было провести карандашъ.

Случай, наблюденный и вскрытый *Уильксомъ* (по сообщенію *Фане*), относился къ 74-лѣтнему мужчйнѣ, умершему отъ воспаленія легкихъ. Больной рассказывалъ, что онъ съ дѣтства страдалъ затрудненнымъ дыханіемъ съ отрыганіемъ жвачки, такъ что могъ проглатывать твердые куски не иначе, какъ запивая ихъ массою жидкости. Суженная часть у нижняго конца пищевода еле пропускала мизинецъ, тогда какъ надъ суженіемъ пищеводъ былъ чрезмѣрно расширенъ и утолщенъ.

2. Суженіе вслѣдствіе прижатія. Пищеводъ довольно часто подвергается суженію со стороны болѣзненно измѣненныхъ, увеличенныхъ или смѣщенныхъ сосѣднихъ частей, преимущественно же со стороны опухшихъ (обыкновенно творожисто перерожденныхъ) лимфатическихъ железъ шеи и въ особенности межлегочнаго пространства. Равнымъ образомъ онъ подвергается давленію со стороны большихъ зобовъ, впрочемъ, только въ томъ случаѣ, когда послѣдніе, разрастаясь кзади, болѣе или менѣе перепоясываютъ пищеводъ.

Прилагаемый рисунокъ (фиг. 1), снятый проф. *Рюдингеромъ* съ разрѣза на замороженномъ трупѣ, даетъ наглядное понятіе о степени смѣщенія и прижатія пищевода со стороны защемляющаго его зоба.

Фиг. 1.



Суженіе дыхательнаго горла и пищевода зобомъ.

Сюда относятся случаи, описанные *Лоубекомъ*, *Губеромъ*, *Дерлемомъ* и др. (I. I. с. с.).

Мы (*Ценкеръ*) наблюдали у 25-лѣтней женщины, умершей отъ тифа, громадный паренхиматозный зобъ, кольцеобразно обнимавшій дыхательное горло и пищеводъ на протяженіи 14 сантим., при чемъ задніе края обѣихъ долей щитовидной железы не только соприкасались между собой, но захватили одинъ за другой. Щитовидная железа имѣ-



ла въ окружности 54 сантим. и высоту въ 17 сантим.; заложенные между позвоночникомъ и пищеводомъ массы ея были толщиной въ $4\frac{1}{2}$ сантим. Глотка, прижатая къ перстневидному хрящу, имѣла форму узкой поперечной щели, чрезъ которую съ трудомъ проникалъ зондъ, а пищеводъ былъ въ высшей степени сдавленъ съ обѣихъ сторонъ.

Кенигъ (I. с., стр. 23) наблюдалъ въ подобныхъ случаяхъ у женщинъ періодическія суженія, обуславливаемые набуханіемъ щитовидной железы во время мѣсячныхъ очищеній.

Весьма своеобразнымъ способомъ щитовидная железа производила легкое прижатіе пищевода въ недавно вскрытомъ нами (*Ценкеръ*) случаѣ. У женщины, у которой правая доля щитовидной железы большею частью была загноена, къ заднему краю лѣвой, мало увеличенной доли примыкали снизу двѣ совершенно обособленныя отъ главнаго железистаго тѣла побочныя щитовидныя железы, изъ которыхъ нижняя и болѣе крупная, въ то же время слегка студенисто набухшая (5 сантим. длины, $3\frac{1}{2}$ сантим. ширины, $1\frac{1}{2}$ сантим. толщины), совершенно залегала между позвоночникомъ и пищеводомъ и явственно перетягивала заднюю стѣнку пищевода.

Кромѣ этого, прижатіе пищевода производится различнаго рода наростами, особенно саркомами и раками щитовидной железы, междулегочнаго пространства, легкихъ и т. д., затѣмъ аневризмами начальной артеріи или рѣдкими мѣшковидными пазухами глотки, которыя, наполняясь пищевыми веществами, могутъ сдавить пищеводъ не хуже любой опухоли, и, наконецъ, тамъ и сямъ гноевиками между пищеводомъ и позвонками. Нужно, однакоже, замѣтить, что преобладающее большинство подобныхъ случаевъ доходитъ до свѣдѣнія врачей только какъ случайныя находки на секціонномъ столѣ и не причиняетъ при жизни никакихъ или, по крайней мѣрѣ, сколько нибудь важныхъ разстройствъ глотанія. Такъ, уже *Мондизеръ* замѣчаетъ относительно аневризмъ аорты, что изъ 12 случаевъ, въ которыхъ послѣднія вскрывались въ пищеводъ, по крайней мѣрѣ, въ 10 глотаніе не было раньше разстроено. Это просто объясняется тѣмъ, что давленіе большей частью дѣйствуетъ только съ одной стороны, такъ что пищеводъ, окруженный рыхлымъ слоемъ клѣтчатки, легко можетъ ускользнуть отъ этого давленія и вмѣстѣ съ тѣмъ очень мало утрачиваетъ изъ своей способности растягиваться. Только при всестороннемъ прижатіи, производимомъ, напр., въ рѣдкихъ случаяхъ напирющими со всѣхъ сторонъ опухолями лимфатическихъ железъ, равно какъ при прижатіи весьма объемистыми наростами, или когда пищеводъ, будучи заранѣе прикрѣпленъ, не можетъ выскользнуть въ сторону, — только въ этихъ случаяхъ описываемыя условія пріобрѣтаютъ патологическое значеніе. И при нѣкоторыхъ изъ нихъ, гдѣ дѣйствительно существуетъ затрудненное глотаніе, послѣднее обуславливается не столько суженіемъ просвѣта, сколько болью въ этихъ сосѣднихъ патологическихъ гнѣздахъ.

*Dysphagia lusoria*¹⁾. Съ давнихъ поръ въ клиническихъ и патолого-анатомическихъ руководствахъ между причинами сдавливанія пи-

¹⁾ *Autenrieth* и *Pfleiderer*, Diss. inaug. De Dysphagia lusor. Tübingen, 1806, и *Reil's Archiv f. Physiol.*, т. 7, стр. 145. — *Fleischmann*, *Leichenöffnungen*. Erlan-

шевода упоминается, по преданію, и о той аномаліи въ ходѣ правой подключичной артеріи, при которой послѣдняя отходитъ отъ дуги аорты въ видѣ крайней вѣтви (т. е. слѣва отъ лѣвой подключичной артеріи) и притомъ отъ ея задней поверхности. Вслѣдствіе этого, чтобы достигнуть области своего распространенія, она должна перекрещивать пищеводъ, при чемъ направляется на правую сторону большею частью между пищеводомъ и позвоночникомъ, рѣже между пищеводомъ и дыхательнымъ горломъ. Понятно, что при подобномъ ходѣ эта артерія должна производить съ каждой пульсовой волной легкое давленіе на стѣнку пищевода. Но понятно также и то, что это въ высшей степени незначительное давленіе едва ли можетъ играть роль момента, суживающаго просвѣтъ пищевода и, вслѣдствіе этого, затрудняющаго глотаніе, и что, слѣдовательно, въ подобныхъ случаяхъ не можетъ быть и рѣчи о суженіи вслѣдствіе прижатія, за исключеніемъ развѣ того случая, до сихъ поръ еще не наблюдавагося, когда на мѣстѣ перекреста ненормально идущая артерія представитъ аневризматическое выпячиваніе (расширеніе артеріи, о которомъ скажемъ ниже, всегда происходитъ впереди перекреста). На этомъ основаніи мы смѣло можемъ вычеркнуть эту аномалію артеріи изъ списка причинъ прижатія пищевода.

Другое дѣло вопросъ о томъ, не можетъ ли, напротивъ, давленіе, неизбежно производимое растягивающимся отъ проходящаго комка пищевода на артерію (особенно, когда послѣдняя, какъ это обыкновенно бываетъ, помѣщается позади пищевода и, слѣдовательно, придавливается къ позвоночнику),—не можетъ ли это давленіе, задерживая на время теченіе крови въ артеріи, вызвать, при извѣстныхъ условіяхъ, болѣе серьезныя и опасныя явленія. Въ этомъ именно смыслѣ и взглянули на дѣло тѣ авторы, сообщеніями которыхъ и возбужденъ былъ интересъ къ описываемой аномаліи артерій.

Прежде всѣхъ *Байфордъ* сообщилъ случай съ женщиной 61 года, уже въ дѣтствѣ страдавшей затрудненнымъ глотаніемъ, которое впослѣдствіи все болѣе и болѣе усиливалось, такъ что при каждой попыткѣ къ глотанію у больной появлялись жестокія сердцебиенія и стѣсненное дыханіе. Вслѣдствіе этого ей пришлось до крайности ограничить свое питаніе, и она умерла, наконецъ, въ состояніи сильнѣйшаго истощенія. При вскрытіи, кромѣ описываемой аномаліи сосуда (артерія пробѣгала здѣсь между дыхательнымъ горломъ и пищеводомъ), не оказалось никакихъ другихъ анатомическихъ измѣненій, которыми можно бы было объяснить существовавшія затрудненія при глотаніи. Приписывая послѣднія занимающей насъ здѣсь „игрѣ природы“, *Байфордъ* предложилъ для этой особенной формы дисфагіи названіе: *dysphagia lusoria*. Этотъ взглядъ нашель себя подтвержденіе въ двухъ новыхъ случаяхъ *Гельма* и *Аутенрита*, гдѣ та же

gen, 1815, стр. 213. — Meckel, J. F., Patholog. Anatomie, т. II, отд. 1, стр. 98. — Kirby, Dublin hospit. reports, т. II, стр. 224, цит. у Mondière, Arch. génér., XXIV, стр. 406. — Krause, W., въ Henle's Handb. d. Anatomie, III, 1, 1868, стр. 247.

аномалія сосуда найдена у лицъ, страдавшихъ тѣми же или подобными имъ затрудненіями глотанія. *Аутенритъ* пошелъ еще дальше и, встрѣтивъ еще въ одномъ случаѣ характеристическія затрудненія глотанія вмѣстѣ съ другими явленіями, счелъ себя вправѣ еще при жизни поставить діагнозъ на *dysphagia lusoria*; но такъ какъ правильность діагноза осталась неподтвержденной вскрытіемъ, то этотъ случай не идетъ въ счетъ. Сюда же, наконецъ, нужно прибавить и случай *Керби*, въ которомъ женщина, одержимая подобной аномаліей, проглотила кость и вслѣдъ за этимъ умерла „отъ задушенія и кровотеченія, которое, повидимому, шло изъ пищевода“. На вскрытіи, кромѣ пищевыхъ веществъ, сдавливавшихъ дыхательное горло, нашли осколокъ кости, поранившій пищеводъ вмѣстѣ съ лежащей между послѣднимъ и позвоночникомъ правой подчлѣвочной артеріей.

Уже *Аутенритъ* указывалъ на то, что далеко не во всѣхъ случаяхъ описываемой аномаліи артеріи существовали и доходили до свѣдѣнія врачей затрудненія глотанія. И съ тѣхъ поръ часто обнаруживались случаи этой аномаліи, но ни въ одномъ изъ нихъ не наблюдалось дисфагіи. Мы сами (*Ценкеръ*) видѣли множество подобныхъ случаевъ и ни въ одномъ изъ нихъ не могли ничего узнать о предшествовавшихъ затрудненіяхъ глотанія. Въ виду этого, кажется несомнѣннымъ, что при описываемой аномаліи артеріи, по крайней мѣрѣ, тяжелые припадки дисфагіи составляютъ не правило, а исключеніе. Основываясь на этомъ обстоятельствѣ, уже *Флейшманъ* подвергъ ученіе о *dysphagia lusoria* подробной, но далеко не состоятельной критикѣ, давшей ему тотъ результатъ, что эта болѣзнь должна быть вычеркнута изъ патологическаго списка. Въ этомъ смыслѣ высказался недавно и *Гамбургеръ*, а *В. Краузе* прямо назвалъ это ученіе басней. Хотя нельзя не признать, что упомянутыми выше тремя случаями существованіе *dysphagiae lusoriae* не можетъ еще считаться вполне доказаннымъ, такъ какъ бывшимъ въ нихъ разстройствомъ можно дать еще другое, хотя и не вполне достовѣрное объясненіе,—тѣмъ не менѣе такое полное отрицаніе этой болѣзни, какое мы видѣли со стороны упомянутыхъ авторовъ, кажется намъ не совсемъ справедливымъ. Въ самомъ дѣлѣ, что при такомъ неправильномъ ходѣ правой подчлѣвочной артеріи кровообращеніе въ ней должно претерпѣвать значительныя задержки,—это не только не лишено теоретическаго вѣроятія, но и существенно подкрѣпляется тѣмъ фактомъ, что начальная часть аномальной артеріи (т. е. часть, лежащая впереди перекреста съ пищеводомъ) весьма часто явно и иногда весьма значительно бываетъ расширена („какъ бы аневризматична“), какъ это утверждали старіе авторы и мы сами можемъ подтвердить собственными наблюденіями. Въ четырехъ случаяхъ этой аномаліи, которыми владѣетъ патолого-анатомическій музей въ Эрлангенѣ, расширеніе артеріи замѣтно на всѣхъ, въ томъ числѣ на двухъ оно очень значительно, такъ что подчлѣвочная артерія отходитъ отъ дуги аорты настоящей луковичей. И что временное усиленіе этого разстройства кровообращенія при актѣ глотанія можетъ у расположенныхъ къ тому людей вызвать сердцебіеніе, стѣсненное дыханіе и т. д.,—въ этомъ тоже нѣтъ ничего такого невозможнаго. На этомъ основаніи мы считаемъ себя не вправѣ совершенно игнорировать разбираемый вопросъ.

Считаемъ нелишнимъ привести здѣсь наше собственное наблюденіе, которое, повидимому, должно быть отнесено именно сюда (*Ценкеръ*). Здоровый, очень тучный господинъ, 77 лѣтъ, совершенно неожиданно упалъ и черезъ полчаса скончался. Вскрытіе не дало удовлетворительнаго объясненія этой скоропостижной смерти. Оказалось, однакоже, что аорта имѣетъ ненормальное теченіе, а именно, пересѣкая правый бронхъ, направляется влѣво между пищеводомъ и позвоночникомъ (отъ аорты отходили сначала двѣсторонній *truncus* аорты, затѣмъ правая сонная и подчлѣвочная артеріи въ видѣ отдѣльныхъ стволовъ). Въ глотѣ и пищеводѣ найдены обильные остатки пищи. Такимъ образомъ, несчастный былъ сраженъ катастрофой во время акта глотанія, такъ что есть нѣкоторое вѣроятіе, что смерть произошла отъ давленія на аорту во время

акта глотанія и обусловленнаго имъ разстройства кровообращенія, быть можетъ, при участіи уже раньше существовавшей, вслѣдствіе пожилого возраста и общаго расположенія къ ожирѣнію, слабости сердца ¹⁾).

Въ другомъ подобномъ же случаѣ, недавно вскрытомъ въ эрлангенскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ и въ которомъ нисходящая аорта, послѣ того, какъ дуга ея повернула черезъ правый бронхъ, на всемъ своемъ протяженіи шла между позвоночникомъ и пищеводомъ, у сумасшедшей больной не замѣчалось никакихъ разстройствъ во время глотанія.

3. Сѣуженія вслѣдствіе запиранія, т. е. сѣуженія, обусловливаемые закупоркой просвѣта пищевода, чаще всего развиваются отъ различнаго рода засѣвшихъ постороннихъ тѣлъ, которыя остаются иногда въ пищеводѣ по цѣлымъ недѣлямъ и даже годамъ. Въ послѣднемъ случаѣ они залегаютъ въ имъ самими образуемыхъ пазухообразныхъ придаткахъ, вслѣдствіе чего закупорка, производимая постороннимъ тѣломъ, можетъ исчезнуть болѣе или менѣе совершенно. Само собою разумѣется, что степень заложенія просвѣта пищевода зависитъ отъ формы и объема посторонняго тѣла. Для объясненія затрудненнаго глотанія въ подобныхъ случаяхъ, кромѣ степени закупорки и даже еще болѣе, чѣмъ она, должна быть принята во вниманіе и боль, обусловливаемая механическимъ раздраженіемъ и дѣйствительнымъ пораненіемъ со стороны посторонняго тѣла, равно какъ и вызываемое этимъ воспаленіе. Отсюда объясняется несоотвѣтствіе, замѣчаемое нерѣдко между припадками и объемомъ посторонняго тѣла, а именно тяжелая дисфагія при мелкихъ раздражающихъ тѣлахъ и слабая при объемистыхъ, но мало раздражающихъ. Перечисленіе всѣхъ предметовъ, фигурировавшихъ въ качествѣ постороннихъ тѣлъ пищевода, было-бы бесполезно, такъ какъ литература полна тѣлами всѣхъ возможныхъ категорій, начиная отъ недостаточно пережеваннаго куска мяса до цѣлыхъ рыбъ, проглоченныхъ живьемъ, отъ рыбьихъ косточекъ до ключей отъ погреба.

Особая форма закупорки пищевода производится образующимися въ немъ соорными массами. Дѣло въ томъ, что грибокъ молочницы, уже самъ по себѣ часто встрѣчающійся въ пищеводѣ, въ отдѣльных слу-

¹⁾ Считаю необходимымъ разъяснить здѣсь недоразумѣніе, относящееся къ описываемому случаю. *Кенигъ* (I. с., стр. 59) говоритъ при описаніи постороннихъ тѣлъ пищевода: „единственнымъ въ своемъ родѣ представляется тотъ случай, въ которомъ аорта до такой степени была сдавлена осколкомъ кости, что причинила скорпостижную смерть, вслѣдствіе малокровія. Препаратъ этого случая находится, какъ я узналъ письменно отъ *Адельмана*, въ гражданской больницѣ въ Дрезденѣ“. Такъ какъ по наведеннымъ мною справкамъ въ патолого-анатомическомъ музеѣ дрезденской городской больницы такого препарата нѣтъ, а есть только описанный выше препаратъ, подаренный мною музею (1862), то очевидно, что сообщеніе *Адельмана* относится именно къ этому случаю, и потому описаніе *Кенига* не совсѣмъ вѣрно. Никакого осколка кости въ пищеводѣ не было найдено, а оказались лишь мягкіе пищевые комки, тогда какъ о самомъ главномъ, т. е. о ненормальномъ ходѣ аорты, *Адельманъ* вовсе не упоминаетъ.

чаяхъ размѣщается въ такихъ громаднѣхъ размѣрахъ, что просвѣтъ канала цѣликомъ бываетъ заложенъ грибовыми массами и глотаніе становится невозможнымъ (см. ниже „Паразиты“).

Далѣе, закупорочныя съуженія могутъ быть произведены стебельчатыми (полипозными) наростами, гнѣздящимися въ пищеводѣ или еще чаще въ глоткѣ. Эти крайне рѣдкіе, такъ называемые, пищеводные полипы, отмѣченные въ литературѣ въ очень небольшомъ числѣ и по своему строенію, насколько объ этомъ имѣются годныя указанія, большею частью принадлежащіе къ фибромамъ съ покровомъ изъ мало измѣненной слизистой оболочки, могутъ достигнуть весьма значительнаго объема (болѣе 20 сантим. и около 7 сантим. въ толщину). Обыкновенно колбовидный, иногда же болѣе или менѣе глубоко разсѣвшійся конецъ всегда виситъ внизъ, но, благодаря большой подвижности этихъ опухолей, обусловливаемой тонкой ножкой, онѣ могутъ при рвотныхъ движеніяхъ случайно быть выкинутыми въ полость зѣва и рта и, закладывая голосовую щель, вызвать величайшую опасность для жизни (*Монро*). Въ большинствѣ случаевъ имѣлось только по одному полипу, но они встрѣчаются и по нѣскольку за-разъ (*Шнейдеръ*, *Ч. Белль*). При своемъ ростѣ они все болѣе и болѣе вытягиваютъ пищеводъ и въ то же время закладываютъ просвѣтъ его, такъ какъ стѣнка плотно стягивается вокругъ толстой части опухоли. Тѣмъ не менѣе, такъ какъ стѣнка не утрачиваетъ своей способности къ растяженію, иногда удается безъ труда провести зондъ мимо опухоли, и по той же причинѣ, даже при очень объемистыхъ полипахъ (какъ въ случаѣ *Рокитанскаго*), затрудненіе глотанія бываетъ въ высшей степени ничтожно. Такимъ образомъ, закупоривающее дѣйствіе этихъ опухолей весьма близко подходитъ къ дѣйствію постороннихъ тѣлъ и съ практической точки зрѣнія тѣмъ удобнѣе разсматривать эти формы съуженій сообща, что и терапевтическія показанія обѣихъ направлены къ одной и той же цѣли, а именно къ оперативному удаленію закупоривающихъ тѣлъ. (Подробности объ этихъ полипахъ см. ниже при опухоляхъ).

При раковыхъ съуженіяхъ точно также играетъ роль закупоривающее дѣйствіе опухолевыхъ массъ, приподымающихся надъ уровнемъ слизистой оболочки. Но по главнымъ своимъ особенностямъ раковыя съуженія принадлежатъ къ слѣдующей категоріи стриктуръ, гдѣ они и найдутъ себѣ подробное изложеніе.

4. Стриктуры. Сюда относятся всѣ тѣ съуженія, которыя обуславливаются измѣненіемъ самой стѣнки пищевода, кольцеобразно охватывающимъ его просвѣтъ и уничтожающимъ или, по крайней мѣрѣ, сильно подрывающимъ растяжимость стѣнки. Здѣсь неподвижность стѣнки производитъ во время акта глотанія такое же дѣйствіе, какъ заложенный вокругъ пищевода неупругій поясъ, и въ этомъ смыслѣ дѣйствуетъ перетягивающимъ образомъ, все равно, произошло-ли или нѣтъ дѣйстви-

тельное сѣживаніе стѣнки. Относящіеся сюда измѣненія состоятъ въ стягивающихъ рубцахъ, раковомъ перерожденіи и мышечной гипертрофіи, развивающейся всегда лишь послѣдовательно (вслѣдствіе другихъ причинъ).

Самую чистую картину стриктуръ представляютъ рубцовыя сѣженія, т. е. тѣ сѣженія, которыя остаются послѣ какихъ либо потерь вещества или нарушеній цѣлости органа, какъ слѣдствія сокращенія рубцовой ткани. Къ сравнительно наиболѣе частымъ и въ то же время къ наиболѣе обширнымъ сѣженіямъ принадлежатъ тѣ стриктуры, которыя развиваются отъ дѣйствія ѣдкихъ веществъ, а именно крѣпкихъ минеральныхъ кислотъ, особенно сѣрной, и ѣдкихъ щелочей. Но и эти стриктуры представляютъ довольно рѣдкое явленіе, такъ какъ глубокія ожоги оканчиваются большею частью смертью. Онѣ бываютъ различны, смотря по степени потери вещества, произведенной ожогомъ. Если была разрушена только слизистая оболочка съ подслизистой тканью, то обыкновенно образуется гладкій соединительно-тканый слой, тамъ и сямъ выстоящій въ видѣ клапанообразныхъ, серповидныхъ и кольцевидныхъ валиковъ (валикообразныя стриктуры). Напротивъ того, если погибла и мышечная оболочка, вся или большею своею частью, то образуется плотная, мозолистая рубцовая ткань, отъ сокращенія которой получаютъ самыя обширныя и неподатливыя стриктуры (мозолистыя стриктуры ¹⁾). Впрочемъ, даже при цѣлости мышечнаго слоя, быстро развивающаяся въ немъ гипертрофія не мало содѣйствуетъ тому, чтобы еще болѣе усилить неподатливость стѣнки и степень сѣженія. Эти стриктуры встрѣчаются, по *Рокитанскому*, кромѣ глотки (позади перстневиднаго хряща), преимущественно вблизи желудочнаго входа и въ немъ самомъ. Онѣ могутъ дойти до такой степени сѣженія, что пропускаютъ только тонкіе зонды, а въ смыслѣ протяженія нерѣдко занимаютъ пространство въ много сантим. и даже всю длину пищевада.

Слѣдующій случай, недавно нами наблюдавшійся (*Ценкеръ*), можетъ служить характеристическимъ примѣромъ подобной стриктуры, занимающей всю длину пищевада. Этотъ случай заслуживаетъ вниманія и по дѣйствовавшему въ немъ ѣдкому веществу, за которымъ обыкновенно не признаютъ способности причинять такія страшныя ожоги.

Мальчикъ 3³/₄ лѣтъ выпилъ за 7 недѣль передъ смертью, какъ говорили, небольшое количество мѣднаго купороса (который отецъ его, бронзовщикъ, держалъ для своихъ работъ), послѣ чего въ теченіи нѣсколькихъ дней его постоянно рвало. Въ клинику онъ поступилъ лишь за 11 дней до смерти (23 октября 1876 г.). Въ это время крайне исхудавшій ребенокъ не лихорадилъ, жаловался на боли въ шеѣ, особенно при глотаніи, и могъ проглатывать только жидкую пищу. Въ желудокъ можно было вводить только очень тонкіе зонды (бужи V). Болѣе толстые зонды встрѣчали препятствіе на уровнѣ

¹⁾ Rokitansky, Lehrb. d. pathol. Anat., 1861, т. III, стр. 160.

нижняго края гортани. Во рту и глоткѣ не найдено никакихъ признаковъ растравленія. 30 октября вмѣстѣ съ лихорадкой показалась опухоль въ передне-нижней области шеи, очень чувствительная къ прикосновенію, особенно слѣва. Теперь больной уже не въ состояніи былъ проглатывать даже жидкую пищу. И такъ какъ оказалось невозможнымъ вводить даже тонкіе зонды, то 1 ноября произведено сѣченіе пищевода. При этомъ прежде всего, между пищеводомъ и шейными позвонками, найденъ, наполненный весьма вонючимъ гноемъ, гноевикъ, по удаленіи котораго можно было спуститься желудочнымъ зондомъ нѣсколько болѣе внизъ. Сообщенія между гноевикомъ и пищеводомъ нельзя было найти. Когда вслѣдъ за этимъ приступлено было къ вскрытію пищевода, то только по расщепленіи его до нижней шейной области удалось ввести въ желудокъ очень тонкій катетеръ, чрезъ который нѣсколько разъ выпрыгнуто было немного молока. На слѣдующій день больной скончался.

Вскрытіе 3 ноября 1876 г., чрезъ 20 часовъ послѣ смерти (Ценкеръ).

Рубцовое суженіе всего пищевода. Рана отъ сѣченія пищевода. За и около-глоточно-пищеводный гноевикъ. Гнойное воспаленіе задняго и передняго межлегочнаго пространства.

На лѣвой сторонѣ шеи замѣчается, длиною въ 6 сантим., широко расходящаяся и проникающая въ пищеводъ порѣзанная рана, края которой обложены грязнымъ сѣробурымъ гноемъ. Въ обоихъ плевральныхъ мѣшкахъ замѣчается лишь нѣсколько капелекъ желтоватой сыворотки. Оба легкія почти совершенно свободны. По приподнятій праваго легкаго, плевра въ области нижней половины пищевода представляется сильнѣе выпяченной, просвѣчивающей блѣдно-желтоватымъ отливомъ, покрытой фибринознымъ осадкомъ, переходящимъ на извѣстномъ протяженіи на легочную плевру вокругъ корня легкаго. Въ этомъ мѣстѣ легочная ткань на небольшомъ пространствѣ лишена воздуха, дрябля, тягуча и видимо сдавлена. Прилегающая здѣсь ткань задняго межлегочнаго пространства сильно пропитана гноемъ. На лѣвой сторонѣ той же области плевра нормальна. Въ легкихъ вообще замѣчаются лишь остатки нѣкоторыхъ старыхъ, не относящихся сюда, процессовъ. Сердце нормально. Въ верхней части передняго межлегочнаго пространства, на протяженіи 1½ сантим., клѣтчатка сильно инфильтрована гноемъ и отчасти расплывается. Гнойный свищевой ходъ ведетъ отсюда влѣво и вверхъ къ широкой выемчатой гноевиковой полости, заложенной между глоткой и позвоночникомъ, а на лѣвой сторонѣ охватывающей глотку вмѣстѣ съ верхней частью пищевода также сбоку. Стѣнка этой полости, образуемая отчасти мозолистой соединительной тканью, отчасти мѣстами истонченной на подобіе крепа и легко надрывающейся стѣнкой глотки, представляется грязной, желтовато-сѣрой и покрыта ворсистыми клочьями ткани; посредствомъ щели, длиною въ 3 сантим. (операционная рана), эта полость сообщается съ верхнею частью пищевода. (Другого сообщенія гноевика съ пищеводомъ нельзя было замѣтить). Книзу описываемая полость прежде всего переходитъ въ совершенно узкій съ довольно гладкими стѣнками каналъ, длиною въ 7,5 сантим., лежащій слѣва и сзади пищевода и который въ области задняго межлегочнаго пространства снова расширяется и, одѣваясь гангренозно-ворсистой стѣнкой, тянется до діафрагмы.—Слизистая оболочка языка, мягкаго нѣба и зѣва представляетъ умѣренную налитость и вполнѣ нормальна. Такой же видъ имѣетъ и слизистая оболочка глотки, которая только на границѣ съ пищеводомъ представляетъ легкіе кровоподтеки. Мускулатура глотки слегка утолщена и жестче нормальной.—Пищеводъ на всемъ своемъ протяженіи сильно суженъ, стѣнка его совершенно неподвижна, утолщена приблизительно на 3 миллим., при чемъ большая часть этого утолщенія приходится на долю мышечнаго слоя, повсюду хорошо сохранившагося, сильно гипертрофированнаго, просвѣчивающаго сѣрымъ отливомъ и вѣерообразно разрисованнаго. Надрѣзанная стѣнка, будучи растянута, показывается въ верхней части (въ области сѣченія пищевода) ширину не болѣе 13 миллим.; слизистая оболочка цѣла, но густо пронизана неправильно перепутанными рубцовыми полосами, испещрена сѣрыми багровыми геморрагическими пятнами, а на краѣ порѣ-

занной раны представляетъ плотную сѣрую инфильтрацію. Книзу отъ этого мѣста идетъ длиною въ 2,5 сантим. и нѣсколько болѣе широкое (при надрѣзываніи шириною въ 16 миллим.) пространство, на которомъ слизистая оболочка показываетъ лишь нѣсколько тонкихъ рубцовыхъ жилокъ и никакихъ сѣроватыхъ пятенъ. Отсюда начинается самая узкая часть канала (при надрѣзываніи только въ 11—13 миллим.), тянущаяся почти вплоть до входа въ желудокъ. И на всемъ этомъ протяженіи слизистая оболочка почти цѣликомъ замѣщена тонкой, но плотной, не смѣщающейся надъ мышечнымъ слоемъ, рубцовой тканью, отчасти гладкой, отчасти похожей на вязанье, мѣстами поднимающейся въ видѣ короткихъ, низкихъ валиковъ, покрытой грязно-сѣрыми пятнами, а на двухъ мѣстахъ багровыми кровоподтеками и на остальныхъ какъ бы ссадинами. Подъ микроскопомъ она состоитъ изъ густыхъ прожилокъ волокнистой соединительной ткани и лишена всякаго эпителиальнаго покрова. Только у самаго входа въ желудокъ уцѣлѣло нѣсколько кусковъ слизистой оболочки съ хорошо сохранившимися эпителиальнымъ покровомъ.—Слизистая оболочка желудка не измѣнена.

Рубцовыя стриктуры могутъ оставаться также и послѣ нарушенія цѣлости и разнообразныхъ язвенныхъ разрушеній слизистой оболочки, причиняемыхъ посторонними тѣлами. Характеръ язвенныхъ процессовъ, лежавшихъ въ основаніи суженій, во многихъ случаяхъ оставался невыясненнымъ, такъ какъ самые рубцы не отличаются специфическими свойствами, а анамнезъ, равно какъ и остальные данныя вскрытій часто не могутъ служить опорой для распознаванія. Существованіе въ пищеводѣ рубцовыхъ стриктуръ сифилитическаго происхожденія, до недавняго времени считавшееся еще не рѣшеннымъ, не подлежитъ теперь болѣе сомнѣнію, послѣ сообщеній *Вирхова*, *Веста* и *Клоба* (I. I. с. с.), наблюдавшихъ подобныя стриктуры у завѣдомо сифилитическихъ больныхъ, какъ при жизни, такъ и на трупахъ,—тѣмъ болѣе, что въ одномъ случаѣ *Вирховъ* нашель, рядомъ съ зарубцовавшейся язвой, характеристическія жирно перерожденныя желтыя гуммозные мѣста, въ которыхъ язвенный процессъ бралъ свое начало. Во всякомъ случаѣ, эти сифилитическія стриктуры пищевода встрѣчаются крайне рѣдко сравнительно съ гораздо болѣе частыми суженіями глотки. Въ доказанныхъ до сихъ поръ случаяхъ онѣ занимали верхнюю часть пищевода или, по крайней мѣрѣ, начинались въ этомъ мѣстѣ (въ одномъ изъ случаевъ *Веста* стриктура начиналась въ разстояніи 4 дюймовъ отъ верхняго конца и имѣла 2½ дюйма длины). Только въ одномъ случаѣ *Вестъ* наблюдалъ изъязвленіе и суженіе въ нижней части пищевода ¹⁾).

Гамбургеръ (I. с., стр. 146) принимаетъ еще существованіе рубцовой стриктуры послѣ оспы, опираясь при этомъ главнымъ образомъ на случай *Ланцони* отъ 1688 г. (*Ephemerid. natur. curios. Decas II anni 9*, стр. 80. Obs. XLV. *Gulae et narium coa-*

¹⁾ Если *Кенигъ* (I. с., стр. 21), ссылаясь на *Вирхова* говорить: „въ рѣдкихъ случаяхъ суженіе, по видимому, обуславливается гуммозными узлами, вдающимися въ просвѣтъ трубки“, то это очевидно неправильное толкованіе приведенной нами въ текстъ замѣтки *Вирхова*, такъ какъ послѣдній обозначаетъ „гуммозные мѣста“, не какъ непосредственную причину суженія, а лишь какъ наиболѣе достовѣрное доказательство сифилитической природы одновременно съ ними существующей и стягивающейся язвы.

litus a variolis), въ которомъ „filiolo cuidam oesophagus a variolis ita coaluerit, ut denegato cibi potusque per illum transitu, misero puero fame et siti miserrime pereundum fuerit“. Хотя, въ виду несомнѣннаго появленія оспенныхъ высыпаній въ пищеводѣ, нельзя отрицать возможности изъязвленія и образованія рубцовъ, тѣмъ не менѣе упомянутый случай не можетъ считаться доказательнымъ, такъ какъ образованіе рубцовъ не было подтверждено вскрытіемъ и такъ какъ, при отсутствіи данныхъ относительно срока наступленія смерти послѣ оспы, мыслимо и такое толкованіе, что невозможность глотать обуславливалась свѣжимъ пораженіемъ слизистой оболочки. Во всякомъ случаѣ, самъ *Ланцони* уже имѣлъ въ виду рубцовое закрытіе, такъ какъ онъ тутъ же прибавляетъ сходный случай „coalitus parium“, устраненнаго съ помощью разрѣза.

Простая круглая язва желудка, если она, какъ это бываетъ изрѣдка, помѣщается непосредственно у желудочнаго входа, тоже можетъ произвести при своемъ рубцеваніи узкія стриктуры во входѣ, простирающіяся на нижнюю часть пищевода.

Такъ именно и было дѣло въ замѣчательномъ случаѣ, наблюдавшемся нами обоими. Послѣ того, какъ въ теченіи многихъ лѣтъ постоянно появлялись страданія съ признаками круглой язвы желудка, внезапно наступила смерть съ отчетливой картиной прободенія желудка, при чемъ на вскрытіи причиной прободенія оказалась не свѣжая язва, какъ этого ожидали, а размягченіе желудка ¹⁾. Въ видѣ остатковъ отъ прежнихъ заболѣваній найдены весьма явственные суживающіе рубцы на привратникѣ и во входѣ въ желудокъ. Вмѣстѣ съ этимъ и каналъ пищевода былъ суженъ на небольшомъ протяженіи въ видѣ воронки по направленію къ чрезвычайно узкой стриктурѣ желудочнаго входа, слизистая оболочка была утолщена, гладка и крѣпко пристала къ сильно утолщенному мышечному слою.

Раковыя суженія главными своими свойствами подходятъ цѣлкомъ къ понятію стриктуръ. И въ самомъ дѣлѣ, онѣ обуславливаются тѣмъ, что раковое перерожденіе охватываетъ всю окружность канала, при чемъ раковая инфильтрація, постепенно пробивая всѣ оболочки, дѣлаетъ сильно утолщенную стѣнку (до 1 сантим. и болѣе) твердой и неподвижной и вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно уничтожаетъ или, во всякомъ случаѣ, до чрезвычайности ослабляетъ растяжимость пищевода. Конечно, какъ уже замѣчено выше, сами раковыя разращенія, выдающіяся надъ уровнемъ слизистой оболочки, съ своей стороны, тоже могутъ заложить просвѣтъ и тѣмъ еще болѣе усилить суженіе пищевода; но, во всякомъ случаѣ, этотъ послѣдній моментъ остается далеко на заднемъ планѣ, сравнительно съ первымъ.

Раковыя стриктуры составляютъ не только самую частую форму суженія пищевода, но вмѣстѣ съ тѣмъ даютъ наибольшее число суженій, сравнительно со всѣми другими формами, вмѣстѣ взятыми (если исключить отсюда самыя легкія и протекающія безъ всякихъ припадковъ сдавливанія пищевода) ²⁾. Онѣ несравненно чаще помѣщаются въ

¹⁾ См. подробное описаніе этого случая W. Mayer'омъ, *Gastromalacia ante mortem*, D. Arch. f. klin. Med., т. IX, стр. 105.

²⁾ Въ числѣ 16 суженій пищевода, найденныхъ нами на вскрытіяхъ, было 9 раковыхъ стриктуръ, 6 суженій отъ прижатія (въ томъ числѣ нѣсколько ничтожныхъ и не вызывавшихъ никакихъ припадковъ), 2 рубцовыя стриктуры, 1 приращенное суженіе.

нижнемъ отдѣлѣ пищевода, чѣмъ въ верхнемъ (обыкновенно въ нижней трети)¹⁾. Большею частью онѣ занимаютъ значительное протяженіе (отъ 5—10 сантим. и болѣе), а въ иныхъ случаяхъ даже всю длину пищевода. Что касается степени суженія, то они обыкновенно пропускаютъ еще мизинецъ, тогда какъ при высшихъ степеняхъ въ самомъ узкомъ мѣстѣ можно пройти только тонкимъ зондомъ. Замѣчательно то, что при раковыхъ стриктурахъ, по мѣрѣ того, какъ при дальнѣйшемъ прогрессѣ болѣзни начинается язвенное распаденіе раковаго инфильтрата, каналъ снова дѣлается проходимымъ, внушая болыному обманчивую надежду на дѣйствительное улучшеніе.

Наконецъ, нѣкоторые авторы (*Амберсъ*, *Ферстеръ*, *Нимейеръ*, *Кунце*) упоминаютъ еще о стриктурахъ вслѣдствіе простой гипертрофіи мышечнаго слоя, отчасти вмѣстѣ съ подслизистой тканью, усматривая въ этомъ результатъ хроническихъ катарровъ. Эта гипертрофія всегда будто бы занимаетъ всю окружность пищевода и распространяется на большихъ протяженіяхъ и даже во всю длину трубки. Однакоже, все это дѣло подлежитъ крупнымъ сомнѣніямъ. Оно опирается главнымъ образомъ на слова *Амберса*²⁾, который въ своемъ крайне неясномъ изложеніи сбиль въ одну груду случаи рака и мышечной гипертрофіи. Если случаи чистой, такъ сказать, самобытной гипертрофіи, не зависящей отъ существовавшаго уже раньше суженія, которое собственно и обуславливало собою гипертрофію мышечной оболочки, вообще встрѣчаются, то, во всякомъ случаѣ, они составляютъ крайне рѣдкое явленіе. Намъ, по крайней мѣрѣ, не попадался ни однъ случай, которому можно бы было придать подобное толкованіе. Точно также въ литературѣ мы не находимъ никакихъ фактовъ въ подкрѣпленіе этого мнѣнія. Ибо и на прекрасно срисованномъ *Байлли*³⁾ препаратѣ изъ гунтеровскаго музея, который *Амберсъ* приводитъ, какъ характеристическій образчикъ этой формы стриктуры, мы находимъ именно узкую (не раковую ли?) стриктуру непосредственно у входа въ желудокъ, которая и должна быть разсматриваема какъ причина чрезвычайно сильной гипертрофіи мышечнаго слоя. На этомъ основаніи мы смѣло можемъ вычеркнуть упомянутое измѣненіе изъ числа самостоятельныхъ формъ суженій. Но само собою разумѣется, что послѣдовательная гипертрофія, ослабляя (какъ замѣчено выше) растяжимость стѣнки, можетъ дѣйствовать суживающимъ образомъ и тѣмъ еще болѣе усилить затрудненія глотанія, обусловленные первичнымъ суженіемъ.

¹⁾ См. тщательно составленный сводъ Petri (Inaug.-Diss. Berlin, 1868), съ результатами котораго вполне согласны и наши собственныя наблюденія. Изъ 20 раковыхъ стриктуръ (11 собранныхъ *Петри*, 9 нами) только 2 занимали верхнюю треть, 4 среднюю, а 14 нижнюю (т. е. нижнюю и среднюю вмѣстѣ).

²⁾ Erläuterungen zu d. Atlas d. patholog. Anatomie, отд. II, стр. 237 и сл.

³⁾ Baillie, Series of engravings, стр. 54. Скопировано въ Froriep's chirurg. Kupfertafeln, табл. 179, и у Albers'a, Atlas d. path. Anat., табл. XXII, фиг. 2.

а. Судорожныя суженія. Здѣсь дѣло идетъ о временномъ, но повторяющемся приступахъ, то короткомъ, то болѣе продолжительномъ, суженіи вслѣдствіе судорожнаго сокращенія мышечной оболочки, обыкновенно у истеричныхъ особъ или ипохондриковъ. При этомъ въ большинстве случаевъ анатомическія свойства пищевода остаются вполне нормальными и только изрѣдка находятъ измѣненія слизистой оболочки (воспаленіе, изъязвленія), обуславливающія ненормальную раздражительность, которая и вызываетъ здѣсь судорогу 349.

Что касается состоянія остальныхъ частей пищевода, не захваченныхъ суженіемъ и обуславливающими его страданіями, то часть, лежащая подъ суженіемъ, большею частью бываетъ совершенно нормальной, тогда какъ въ лежащемъ надъ нимъ отдѣлѣ обыкновенно, хотя и не всегда, замѣчаются разнообразныя измѣненія. Чаще всего находятъ мышечную гипертрофію, преимущественно кругового мышечнаго слоя, часто только на небольшомъ протяженіи, рѣже по всему отдѣлу до глотки, но всегда въ убывающей степени снизу вверхъ. Она то ничтожна, то весьма значительна, при чемъ мышечный слой можетъ достигнуть значительной толщины, въ 5 мм. и болѣе, и представлять видъ плотнаго, просвѣчивающаго какъ студень, слоя, получающаго отъ отвѣсно пронизывающихъ его бѣлыхъ соединительно-тканыхъ полосъ форму вѣера,—форму, которую мы еще чаще наблюдали въ желудкѣ и толстой кишкѣ.

Далѣе, надъ мѣстомъ суженія пищеводъ часто (хотя далеко не такъ часто, какъ въ этомъ увѣряютъ насъ учебники) бываетъ болѣе или менѣе расширенъ. Обыкновенно это расширеніе незначительно и занимаетъ только то мѣсто, которое лежитъ непосредственно надъ суженіемъ. Но въ отдѣльныхъ случаяхъ оно можетъ достигнуть и болѣе высокихъ степеней и доходить до глотки.

Наконецъ, рядомъ съ мышечной гипертрофіей и расширеніемъ, существуетъ иногда еще легкое утолщеніе слизистой оболочки и ея эпителія.

Припадки и распознаваніе.

Между припадками суженія пищевода, каковы бы ни были причины или измѣненія, лежащія въ основаніи послѣдняго, самымъ постояннымъ и наиболѣе важнымъ является функціональное расстройство пищевода глотанія. При хроническихъ суженіяхъ, развивающихся лишь мало-по-малу, напр. при рубцовыхъ стриктурахъ послѣ растравленія и изъязвленія, послѣ сифилитическихъ страданій, при развитіи раковыхъ опухолей, при сдавливаніи аневризмами начальной артеріи,

простыми зобами или раковыми опухолями щитовидной железы, больной, хотя явственно воспринимаетъ трудность проглатыванія куска, но не чувствуетъ боли, а получаетъ такое же ощущение, какъ при проглатываніи очень сухого крупнаго куска, не смоченнаго слюной. Вслѣдствіе этого больные обильно смачиваютъ твердую пищу слюною и почти каждый съѣдаемый ими кусокъ запиваютъ нѣсколькими глотками воды или какого нибудь другаго напитка.

Мало-по-малу появляется ощущение остановки куска, „застрѣванія“ его, и хотя вначалѣ это ощущение снова проходитъ послѣ передышки и запиванія жидкостью, но вскорѣ настаетъ моментъ, когда это болѣе не удастся и принятая пища раньше или позже отрыгается назадъ. Въ первое время содержимое пищевада не всегда подымается до глотки, а выдавливается только на извѣстное протяженіе вверхъ, чтобы затѣмъ снова спуститься внизъ, подтапливаемое попадающимъ чрезъ стриктуру жидкимъ содержимымъ. Но если чрезъ тѣснину ничего болѣе не проходитъ, то по мѣрѣ наполненія пищевада содержимое его извергается обратно въ глотку и ротъ.

Для объясненія явленія отрыганія жвачки въ настоящее время намъ нѣтъ надобности прибѣгать къ предположенію объ антиперистальтическихъ сокращеніяхъ мышцъ пищевада. Для этого достаточно объясненія *Уильяма Бринтона* ¹⁾, по которому вызванная наполненіемъ и растяженіемъ пищевада перистальтика производитъ сильное круговое давленіе на содержимое его, медленно подвигающееся сверху внизъ. Это опоясывающее и въ то же время дѣйствующее снаружи и сверху давленіе на периферическіе слои столба жидкости толкаетъ центральный слой его, наименѣе подверженный давленію перистальтики, вверхъ, подобно столбу жидкости, сжимаемому посредствомъ пробуравленнаго въ центрѣ поршня въ закрытой снизу трубкѣ (*Бринтонъ*). Именно въ пищевадѣ эти условія гораздо проще и нагляднѣе, чѣмъ въ кишкѣ, и едва-ли допускаютъ сомнѣніе въ правильности взгляда *Бринтона*.

Чѣмъ выше стриктура помѣщается въ пищевадѣ, тѣмъ быстрѣе происходитъ отрыганіе пищи; напротивъ того, оно наступаетъ тѣмъ позднѣе, чѣмъ ближе находится суженіе ко входу въ желудокъ и чѣмъ значительнѣе послѣдовательное расширеніе лежащаго надъ стриктурой отдѣла пищевада. При значительномъ расширеніи, пища возвращается назадъ не ранѣе, какъ чрезъ нѣсколько часовъ, и бываетъ смѣшана съ обильными массами слизи.

Изрѣдка очень узкія и глубоко сидяція суженія могутъ быть совершенно заложены неловко проглоченнымъ большимъ кускомъ пищи, не возвращающимся назадъ, такъ что, какъ въ упомянутомъ выше случаѣ *Фане* (стр. 17), въ теченіи нѣсколькихъ дней пищевадъ не пропускаетъ даже жидкости.

При острыхъ суженіяхъ, развивающихся отъ растравленія, ожоги, раздраженія посторонними тѣлами, самостоятельныхъ судорожныхъ припадковъ и т. д., глотаніе совершенно или почти совершенно прекра-

¹⁾ Intestinal obstruction. Edit. by Thomas Bussard. London, 1867.

щается, а существующій еще остатокъ просвѣта канала, вслѣдствіе чрезвычайно усиленной рефлекторной возбудимости, до такой степени смыкается отъ судороги пищеводныхъ мышцъ при попыткахъ къ глотанію, что дошедшая до стриктуры пища немедленно же возвращается назадъ.

Зондъ (при острыхъ, особенно воспалительныхъ, суженіяхъ примѣненіе его показано только по особенно настоятельнымъ причинамъ) наталкивается въ одномъ или нѣсколькихъ мѣстахъ на препятствіе, которое можетъ быть еще проходимо для средней толщины желудочнаго зонда, если слегка надавить его. Но мало-по-малу приходится выбирать все болѣе и болѣе тонкіе зонды, при чемъ въ руководящихъ имъ пальцахъ получается ощущеніе, какъ будто его нѣчто плотно охватываетъ со всѣхъ сторонъ, и если приложить ухо къ позвоночнику на мѣстѣ стриктуры, то получается довольно явственный шумъ тренія. Съ другой стороны, стриктура можетъ быть совершенно непроходимой. Расширеніе, существующее надъ стриктурой — которое бываетъ тѣмъ значительнѣе, чѣмъ быстрѣе шло образованіе суженія, преимущественно, стало быть, при мозговидныхъ ракахъ желудочнаго входа, такъ какъ въ этомъ случаѣ недостаетъ ни времени, ни образовательной энергіи, необходимыхъ для развитія вторичной мышечной гипертрофіи — даетъ знать о себѣ зонду чрезвычайной подвижностью его верхушки и, вдобавокъ, глазки зонда зачерпываютъ пронизанныя грибками пищевые и слизистыя массы, большей частью нейтральной реакціи. Нейтральной реакціей отрыгаемой пищи или содержимаго глазковъ зонда можно иногда воспользоваться въ сомнительныхъ случаяхъ для опредѣленія того, идутъ ли пищевые остатки изъ желудка или изъ пищевода и проникала ли верхушка зонда въ желудокъ или оставалась въ пищеводѣ.

При значительномъ суженіи препятствіе къ поступленію пищи въ пищевую каналъ можетъ быть узнано осмотромъ, по очертанію живота: весь животъ представляется втянутымъ на подобіе корыта и, что особенно важно, надчревьѣ и лѣвое подреберье сильно западаютъ, доказывая этимъ, что наполненіе желудка доведено до минимума.

Выслушиваніе пищевода вдоль позвоночника даетъ при суженіяхъ весьма разнообразныя явленія, смотря по степени суженія, шероховатости или гладкости стѣнокъ въ перешейкѣ (isthmus) и ширинѣ отдѣла пищевода надъ стриктурой. Можетъ появиться хлохтающій, булькающій или прыскающій шумъ, сразу обрывающійся на мѣстѣ стриктуры или черезъ нѣсколько секундъ снова раздающійся по направленію вверхъ, безъ того, чтобы пища возвращалась обратно въ ротъ. Часто выслушивается нормальный шумъ пищевода, но очень слабый и всегда внезапно обрывающійся на одномъ и томъ же мѣстѣ, иногда даже заканчивающійся толчкомъ. Такимъ образомъ, акустическія явле-

нія при сѣуженіяхъ могутъ быть весьма разнообразнаго качества, какъ этого иначе и нельзя было ожидать, въ виду разнообразія физико-физиологическихъ условій; но нужно, однакоже, замѣтить, что въ пищеводномъ шумѣ почти всегда можно различить уклоненіе отъ нормальнаго въ смыслѣ качества, напряженія и направленія, и что мѣстонахожденіе препятствія довольно точно можетъ быть опредѣлено съ помощью выслушиванія.

Постукиваніе раздутаго шипучей смѣсью пищевада нерѣдко даетъ полезныя указанія о мѣстѣ, гдѣ находится сѣуженіе, и о степени расширенія пищевада надъ стриктурой.

Субъективныя ощущенія являются въ видѣ боли (особенно при ракахъ и сѣуженіи посторонними тѣлами), болѣзненнаго давленія, чувства полноты подѣ грудиной, затрудненнаго дыханія при внутригрудномъ заставаніи пищи надъ стриктурой, припадковъ задушенія и судороги голосовой щели, особенно при судорожномъ сѣуженіи у истеричныхъ особъ, и, наконецъ, чувства голода и жажды при высокихъ степеняхъ сѣуженія или полной непроходимости пищевада.

Обратное вліяніе, оказываемое сѣуженіями пищевада на общее питаніе тѣла, бываетъ весьма различно, смотря по природѣ, стойкости и размѣрамъ сѣуженія. Слабѣ всего это вліяніе сказывается при періодическихъ судорожныхъ сѣуженіяхъ у истеричныхъ особъ, а всего сильнѣе при раковыхъ сѣуженіяхъ, постепенно ведущихъ къ полному заложенію канала. Въ послѣднемъ случаѣ наблюдается самая высшая степень общаго истощенія: жиръ совершенно пропадаетъ, мускулатура атрофируется, лицо выражаетъ величайшія муки, цвѣтъ кожи дѣлается худосочнымъ.

Распознаваніе собственно сѣуженія рѣдко представляетъ трудность: дисфагія, отрыганіе пищи, выслушиваніе, изслѣдованіе зондомъ, субъективныя ощущенія, наконецъ, вліяніе на общее питаніе—едва ли оставляютъ сомнѣніе въ сущности болѣзни.

Гораздо больше труда стоитъ часто распознаваніе характера сѣуженія.

Въ этомъ отношеніи наименьше затрудненій причиняютъ рубцовыя стриктуры и раковыя сѣуженія.

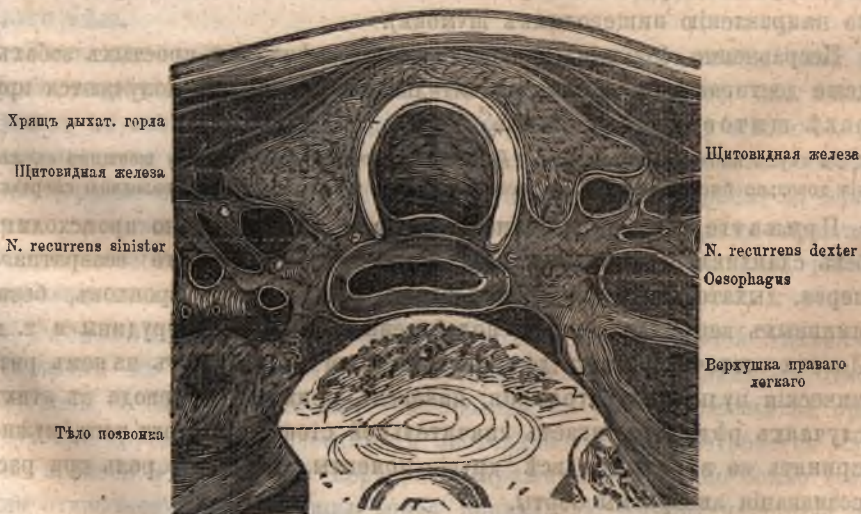
При рубцовыхъ стриктурахъ большое значеніе имѣютъ свѣдѣнія о предшествовавшемъ поврежденіи пищевада минеральными кислотами, щелочами, посторонними тѣлами, внѣшними травмами, равно какъ постепенное развитіе сѣуженія, отдѣляющагося отъ первичнаго страданія порядочнымъ промежуткомъ времени, и постепенное усиленіе его. Съ помощью зонда можно опредѣлить значительную неподатливость рубцовой ткани, а леченіе расширяющими средствами даетъ вообще хорошіе, иногда даже прочные результаты.

Дѣло затрудняется при клапанообразныхъ или полукольцевидныхъ стриктурахъ, равно какъ и въ томъ случаѣ, когда нѣсколько стриктуръ лежатъ одна надъ другой. Въ этихъ случаяхъ опредѣленнаго рѣшенія часто можно добиться не иначе, какъ послѣ многократнаго изслѣдованія больного.

При распознаваніи раковыхъ суженій прежде всего нужно обратить вниманіе на возрастъ больного. Съуженіе пищевода, развивающееся позже 40-лѣтняго возраста, безъ видимой причины, и постепенно усиливающееся вмѣстѣ съ общимъ истощеніемъ до полнаго закрытія канала, почти всегда принадлежитъ раку. Зондъ показываетъ болѣе или менѣе значительную степень суженія; встрѣчаемое имъ препятствіе напоминаетъ мягкое или плотное тѣло. Во многихъ случаяхъ съ помощью осторожнаго растягиванія можно настолько расширить просвѣтъ, что больной въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ бываетъ снова въ состояніи принимать твердую пищу.

Замѣчательна частота параличей возвратнаго нерва при высоко сидящихъ ракахъ пищевода: съ тѣхъ поръ, какъ мы (*Цимсенъ*) стали изслѣдовать каждый подобный случай на подвижность мышцъ голосовыхъ связокъ, число, какъ одностороннихъ, такъ и двустороннихъ параличей голосовыхъ связокъ быстро возросло (см. также гл. „Параличи возвратнаго нерва“, т. IV, ч. 1). Происхожденіе этихъ параличей объясняется изъ непосредственныхъ топографическихъ отношеній между обоими возвратными нервами и пищеводомъ на уровнѣ второго грудного позвонка и выше, какъ это наглядно показываетъ прилагаемый разрѣзъ шеи, заимствованный у *Брауна*.

Фиг. 2.



Разрѣзъ чрезъ шею у 25-лѣтняго мужчины на уровнѣ нижней поверхности 1 грудного позвонка. По *Брауну* (атласъ, табл. VIII).

Какъ при параличѣ возвратнаго нерва вслѣдствіе аневризмы аорты, такъ и здѣсь нервъ охватывается и сдавливается не столько самой опухолью, сколько возбужденной новообразованіемъ гиперплазіей и послѣдовательнымъ рубцовымъ сморщиваніемъ околопищеводной клѣтчатки.

При сравнительно быстромъ достиженіи наивысшихъ степеней суженія, ракъ пищевода изрѣдка производитъ значительное расширеніе канала надъ мѣстомъ суженія, при содѣйствіи механическаго эксцентрическаго давленія со стороны застаивающейся пищи и ослабленія мышечной энергіи вслѣдствіе раковаго худосочія. Вотъ почему акустическіе и другіе симптомы расширенія встрѣчаются здѣсь одновременно съ симптомами суженія.

Распознаваніе суженій вслѣдствіе прижатія, которыя по частотѣ ближе всего стоятъ къ раковымъ суженіямъ, предполагаетъ существованіе сдавливающей опухоли. Особенно тщательно должна быть изслѣдована въ этомъ отношеніи щитовидная железа. Къ сожалѣнію, ткань щитовидной железы, какъ бы тисками охватывающая пищеводъ сзади, рѣдко можетъ быть прощупана какъ слѣдуетъ.

Поэтому при существованіи зоба мы только тогда вправѣ отнести на его счетъ прижатіе пищевода, когда суженіе находится на уровнѣ щитовидной железы, а другихъ этиологическихъ моментовъ не оказывается. Интересное наблюденіе *Кенни* (l. c.), что у женщинъ подобныя суженія усиливаются во время мѣсячныхъ, подъ вліяніемъ общаго набуханія зоба, а затѣмъ снова уменьшаются, можетъ иногда служить подспорьемъ для различительнаго распознаванія сомнительныхъ случаевъ. Въ діагностическомъ отношеніи важны также прижатіе дыхательнаго горла, возвратныхъ нервовъ и смѣщеніе пищевода (опредѣляемое по направленію пищеводныхъ шумовъ).

Несравненно большія степени суженія, чѣмъ при простыхъ зобахъ, даже достигающихъ весьма значительныхъ размѣровъ, получаютъ при ракѣ щитовидной железы.

Въ двухъ наблюдавшихся нами (*Цимссенъ*) случаяхъ этого рода у женщинъ суженіе довольно быстро перешло въ полное закрытіе и больныя умерли голодною смертію.

Прижатіе пищевода аневризмами аорты рѣдко происходитъ безъ сдавливанія сосѣднихъ органовъ, особенно лѣваго возвратнаго нерва, дыхательнаго горла или одного изъ главныхъ бронховъ, безъимянныхъ венъ или верхней полой вены, выпячиванія грудины и т. д. Доведя глоточный зондъ до аневризмы, иногда замѣчаютъ на немъ ритмическія пульсовыя сотрясенія; наконецъ, прижатіе пищевода въ этихъ случаяхъ рѣдко достигаетъ значительной степени. Сверхъ того, нужно принять во вниманіе и всѣ другіе моменты, играющіе роль при распознаваніи аневризмы аорты.

Опухоли межлегочнаго пространства, особенно раковыя, сдавливаютъ пищеводъ тѣмъ легче, чѣмъ прочнѣе послѣдній прикрѣпленъ къ

позвоночнику раздраженіями окологлоточной клетчатки. Известно, что распознаваніе межлегочныхъ опухолей затруднительно и удается съ достовѣрностью только при особенно благоприятныхъ условіяхъ; то же самое нужно сказать и о распознаваніи прижатія пищевода, обусловливаемого подобными опухолями.

При распознаваніи смѣщеній и суженій, вызываемыхъ давленіемъ со стороны наполненной пищей пазухи, прежде всего, конечно, нужно доказать существованіе подобной пазухи. Понятно, что при рубцовыхъ суженіяхъ, сверху которыхъ постепенно развиваются большія пазухи, точное опредѣленіе причинныхъ отношеній сопряжено съ удвоенною трудностью. (См. случай *Вальденбурга*, 1. с.).

Распознаваніе суженій, производимыхъ вколоченными въ пищеводъ посторонними тѣлами, возможно не иначе, какъ при наличности анамнестическихъ данныхъ о дѣйствительномъ вторженіи подобнаго тѣла, или посредствомъ обнаруженія его присутствія зондомъ. Акустическій зондъ *Дюпэ*, хотя нѣсколько сложный, даетъ возможность опредѣлить присутствіе даже самыхъ мелкихъ постороннихъ тѣлъ, если только они не засѣли въ небольшую боковую пазуху.

Зондъ *Дюпэ* снабженъ на нижнемъ концѣ серебрянной оливой, а на верхнемъ—созвучающей камерой а la *Кенигъ* съ научуковой трубкой, оканчивающейся наконецъ изъ слоновой кости, который вставляется въ ухо.

Коланъ первый устроилъ подобный зондъ и съ успѣхомъ примѣнилъ его у известнаго „глотателя вилокъ“¹⁾.

Впрочемъ, жестокость воспалительныхъ явленій и боли, равно какъ бурное начало всей картины болѣзни, вмѣстѣ съ отсутствіемъ другихъ этиологическихъ моментовъ, тоже указываютъ на присутствіе посторонняго тѣла.

Какъ уже замѣчено выше, сифилитическія суженія сами по себѣ встрѣчаются крайне рѣдко; въ конкретномъ случаѣ ихъ можно узнать по анамнезу (позднія формы сифилиса на другихъ мѣстахъ), по сравнительно незначительному худосочию, по результатамъ выслушиванія (грубые шумы тренія при введеніи зонда и при глотаніи) и, наконецъ, главнымъ образомъ, по благоприятнымъ результатамъ противосифилитическаго леченія. Въ большинствѣ случаевъ, однакоже, распознаваніе такъ и остается на степени „вѣроятности“.

Распознаваніе судорожныхъ стриктуръ опирается главнымъ образомъ на смѣну между полной непроходимостью канала, съ одной стороны, и совершенной цѣлостью прохода, съ другой; затѣмъ на присутствіе другихъ истерическихъ и миокондрическихъ расстройствъ или, по крайней мѣрѣ, общей нервной раздражительности; но болѣе всего на открываемую съ помощью зонда нормальную ширину пищевода въ

¹⁾ См. *Sainte-Marie*, 1. с., стр. 26.

свободные промежутки, тогда какъ во время приступа зондъ вовсе не проходить или протискивается лишь съ трудомъ.

Распознаваніе затрудняется въ томъ случаѣ, когда есть подозрѣніе, что, рядомъ съ судорогой пищевода и обыкновенно какъ причина ея, существуетъ еще органическое измѣненіе самой стѣнки: такъ именно бываетъ при постороннихъ тѣлахъ, изъязвленіяхъ, быстро растущихъ опухоляхъ. Въ подобныхъ случаяхъ положеніе дѣла можетъ быть разъяснено только послѣ многократнаго изслѣдованія больного, послѣ или при употребленіи противосудорожныхъ и анестетическихъ средствъ.

Исходы и предсказаніе.

Исходы и предсказаніе при суженіяхъ пищевода опредѣляются степенью напряженія основныхъ процессовъ.

Рубцовыя суженія, если рубцовая масса развита въ умѣренной степени, сидитъ въ верхнихъ отдѣлахъ и растяжима, даютъ не особенно дурное предсказаніе. Даже случаи, которые вначалѣ кажутся совершенно отчаянными, еле пропускаютъ самые тонкіе зонды и сопровождаются чрезвычайной раздражительностью слизистой оболочки зѣва и пищевода,—и тѣ нерѣдко излечиваются вполне. Но если не удастся расширить стриктуру методическимъ леченіемъ растягивающими инструментами, или если больной не соглашается на подобное леченіе, то, по мѣрѣ возрастающаго стягиванія суженной части и расширенія, изъязвленія и образованія кармановъ въ стѣнкѣ лежащаго надъ стриктурой отдѣла, развивается полная картина инаніи съ опасностью прободенія стѣнки и выступленія содержимаго пищевода въ окопищеводную бѣлтчатку или въ предварительно приросшіе сосѣдніе органы. Этотъ исходъ въ прободеніе будетъ изложенъ ниже въ отдѣльной главѣ. Во всякомъ случаѣ, предсказаніе при рубцовыхъ суженіяхъ должно быть поставлено съ величайшей осторожностью и подъ условіемъ продолжительнаго надзора за больнымъ и правильнаго леченія.

Самый быстрый и неминуемый исходъ въ смерть принимаютъ раковыя стриктуры. Явленія инаніи задолго предшествуютъ раковому худосочию и преобладаютъ въ картинѣ болѣзни надъ мѣстными и общими явленіями рака. Именно у молодыхъ особъ можно вполне убѣдиться, что ракъ долгое время дѣйствуетъ только какъ механическое препятствіе и, затрудняя доставку пищи, подрываетъ организмъ въ такое время, когда припадки самого рака, главнымъ образомъ, боль въ пораженномъ мѣстѣ, опухоли железъ и раковое худосочіе обозначены еще такъ слабо, что постоянно возникаютъ сомнѣнія въ правильности діагноза.

Само собою разумѣется, что предсказаніе безусловно роковое; тѣмъ не менѣе въ то время, когда еще преобладаетъ механический моментъ и съ минуты на минуту ожидается смерть отъ голода, съ помощью

осторожного и методическаго расширенія и открываемой этимъ возможности доставки пищи въ желудокъ, удастся иногда достигнуть поразительнаго улучшенія общаго состоянія и продлить жизнь больного на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ года.

Исходъ и предсказаніе при значительныхъ съуженіяхъ, вслѣдствіе прижатія опухолями, понятное дѣло, тоже неблагопріятны—все равно, закладывается ли пищеводъ аневризмой аорты, зобомъ, саркомой межлегочнаго пространства или плевры или, наконецъ, ракомъ позвонковъ. Въ виду новѣйшихъ успѣховъ, достигнутыхъ съ помощью листерова способа при вылучиваніи зобовъ, предсказаніе при сдавливаніи зобами получаетъ нѣсколько болѣе благопріятный характеръ, такъ какъ въ этомъ случаѣ еще остается возможность оперативнаго пособія.

Съуженія, производимыя посторонними тѣлами, отличаются вообще серьезнымъ характеромъ въ виду опасности прободенія, гнойнаго распада окологиеводной клѣтчатки и т. д. Казуистика постороннихъ тѣлъ пищевода богата различнаго рода неблагопріятными исходами: смертельное кровотеченіе вслѣдствіе прободенія монеты въ аорту (*Брадли*), прободеніе кости въ аорту (*Гусъ*), въ полую вену (*Кэстеръ*), въ плевры (*Буишъ*), межлегочное пространство, въ дыхательное горло (*Адельманъ*, *Предеску*) и въ ушко лѣваго сердца (*Бертранъ*). Но, съ другой стороны, извѣстно не малое число неожиданно благопріятныхъ исходовъ, не смотря на развившееся уже было воспаленіе и прободеніе пищевода, гнойный плевритъ (*Майеръ*, *Буишъ* и др.), и потому не слѣдуетъ дѣлать заранѣе безусловно неблагопріятнаго предсказанія.

Относительно исходовъ и предсказанія при сифилисѣ пищевода нельзя пока дѣлать никакихъ общихъ указаній, въ виду скудости наблюденій.

Судорожныя съуженія почти всегда оканчиваются выздоровленіемъ, особенно при соотвѣтственномъ леченіи; тѣмъ не менѣе въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдался смертельный исходъ (*Помсъ*). Правда, такой неблагопріятный исходъ крайне рѣдокъ сравнительно съ полнымъ выздоровленіемъ.

Надо, впрочемъ, имѣть въ виду сильно выраженную склонность этого страданія къ возвратамъ, такъ что извѣстны случаи эзофагизма, длившіеся 15 (*Сеней*) и даже 30 лѣтъ (*Лазеръ*).

Исходъ и предсказаніе при рѣдкихъ формахъ съуженія вслѣдствіе гипертрофіи пластинки перстневиднаго хряща¹⁾ очевидны сами собой. Уменьшенія этого утолщенія пластинки перстневиднаго хряща можно ожидать только при неблагопріятномъ поворотѣ въ смыслѣ гнойнаго перихондрита и омертвѣнія хряща, такъ что остается только

¹⁾ Строго говоря, эта форма съуженія принадлежитъ нижнему концу глотки и касается пищевода лишь въ томъ отношеніи, что нижній край пластинки перстневиднаго хряща, выдающійся сильно назадъ, закладываетъ входъ въ пищеводъ.

радоваться, когда на хрящѣ не происходитъ измѣненія. Въ будущемъ предсказаніе главнымъ образомъ будетъ опредѣляться тѣмъ, удастся или нѣтъ съ помощью приѣма *Вернера* сдѣлать на время проходимымъ пищеводъ, т. е. нижній конецъ глотки (см. лечение).

Лечение.

Лечение суженій пищевода требуетъ, сколько ловкости и осторожности со стороны врача, столько же выдержки со стороны больного. Постепенное расширеніе суженнаго мѣста и обусловливаемое этимъ улучшеніе питанія—вотъ ближайшія цѣли леченія. Понятно, что средства къ достиженію этой цѣли должны быть различны, смотря по производящимъ причинамъ; но такъ какъ относительно большинства послѣднихъ (рака, прижатія опухолями) мы безсильны, то причинное показаніе рѣдко можетъ быть удовлетворено. Это возможно только при суженіяхъ посторонними тѣлами или полипами съ помощью осторожнаго удаленія ихъ (о способахъ удаленія мы здѣсь говорить не будемъ, такъ какъ они относятся къ области хирургіи); наконецъ, при сифилисѣ пищевода очень хорошіе результаты могутъ быть получены цѣлесообразнымъ противосифилитическимъ леченіемъ (*Вестъ, Фоленъ, Морель Мэкензи*).

Во всѣхъ другихъ случаяхъ болѣзни требуетъ методическаго расширенія суженнаго мѣста. Само собой понятно, что вначалѣ дѣло должно быть ведено съ величайшей осторожностью и что, если зондъ проходитъ, имъ нужно пользоваться для введенія жидкой пищи въ желудокъ. Хорошія кишечныя струны, резиновые бужи съ центральной свинцовой проволокой, затѣмъ англійскіе желудочные зонды и, наконецъ, сплошные коническіе резиновые бужи *Бушара* очень удобны для расширенія и въ большинствѣ случаевъ заслуживаютъ предпочтенія передъ расширителями *Джемсона, Флетчера, Труссо, Брунса, Яана, Ричардсона* и др.

При значительныхъ суженіяхъ первымъ дѣломъ нужно вооружиться терпѣніемъ. Часто только послѣ многихъ недѣль труда удается, наконецъ, провести въ каналъ тонкій зондъ. Но за то послѣ этого дѣло обыкновенно идетъ ускореннымъ ходомъ.

Весьма поучительнымъ по отношенію къ способу расширяющаго леченія и его результатамъ представляется наблюденіе *Юнат. Гетчинсона*. Въ одномъ случаѣ рубцоваго суженія, вслѣдствіе обжиганія ѣдкимъ кали, гдѣ, въ виду абсолютной невозможности пройти чрезъ стриктуру (даже жидкости—и тѣ не проходили болѣе), сдѣланы были всѣ приготовленія къ сѣченію желудка, новая попытка съ зондомъ неожиданно увѣнчалась успѣхомъ, и больная почти совершенно выздоровѣла, благодаря методическому расширенію.

Въ виду этого, при доброкачественныхъ суженіяхъ, надо быть крайне воздержнымъ относительно показанія къ сѣченію желудка, такъ какъ, по имѣющимся наблюденіямъ, исходъ этой операціи почти неизбѣжно смертельный.

Въ нѣсколько лучшемъ видѣ представляется предсказаніе сѣченія пищевода при высокихъ съуженіяхъ (см. статистику *Кенна*, 1. с., стр. 69 и сл.); но и на эту операцію едва ли слѣдуетъ рѣшиться, покуда есть хоть одна искра надежды добиться цѣли съ помощью бужей. О внутреннемъ сѣченіи пищевода имѣется пока мало наблюденій, но, судя по новѣйшимъ результатамъ *Джиллести*, *Трела* и др., этому способу предстоитъ довольно хорошая будущность при рубцовыхъ съуженіяхъ.

При съуженіяхъ нижняго конца глотки и входа въ пищеводъ, обусловливаемыхъ утолщеніемъ и окостенѣніемъ пластинки перстневиднаго хряща, *Вернеръ* совѣтуетъ въ интересахъ глотанія, т. е. введенія зонда, приподнять гортань съ позвоночника и направить верхушку зонда влѣво. Надо, впрочемъ, замѣтить, что этотъ совѣтъ опирается пока только на одномъ наблюденіи и нуждается еще въ подтвержденіи.

РАСШИРЕНІЯ ПИЩЕВОДА.

Литература.

Кромѣ приведенныхъ на 3 стр. учебниковъ и руководствъ и клиническихъ лекцій Oppolzer'a, см.: Purton, Lond. med. and phys. Journ., т. XLVI, 1821. — Mondière, Archives générales de médecine, сер. II, т. I, 1833. — Hanney, Edinb. med. and surg. Journal, июль 1833. — Rokitansky, Oesterr. Jahrb., 1840, стр. 219. — Lindau, Casper's Wochenschrift, 1840, стр. 356. — Delle Chiage, Il Progresso. Napoli, 1840. — Albers, Atlas d. pathol. Anat., II, табл. 24, и Erläuterungen, II. — Abercrombie, Die Krankheiten des Magens, deutsch von v. d. Busch. Bremen, 1843, стр. 117 и сл. — Spengler, Wien. med. Wochenschr., 1853, № 25. — Heschl, Compendium d. patholog. Anatomie, 1855, стр. 396. — Habershon, Pathological and practical observations on diseases of the alimentary canal, 1857. — Wilks, Lectures on patholog. anatomy, 1859. — Giesse, Ueber die einfache gleichmässige Erweiterung des Oesophagus. Diss. Würzburg, 1860. — Ogle, Transactions of the patholog. society, 1865/66. — Fridberg, Ueber Oesophagusdivertikel. Diss. Giessen, 1867. — Luschka, Virchow's Archiv, т. XI, стр. 431, и т. XLII, стр. 473, 1868. — Berg, Die totale spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre und das Wiederkäuen bei Menschen. Diss. Tübingen, 1868. — Waldenburg, Berl. klin. Wochenschrift, 1870, 48. — Tiedemann, Ueber die Ursachen und Wirkungen chronisch-entzündlicher Processe im Mediastin. Diss. Kiel, 1875, и Deutsch. Arch. f. klin. Medicin, XVI, стр. 575. — Davy, The med. Press and Circular, 5 мая 1875. — Stern, Arch. der Heilkunde, т. XVII, стр. 432, 1876. — Dave, Progrès médic., 1877, № 10, стр. 191. — См., кромѣ того, таблицу на стр. 51.

Патологія и этиологія.

Расширенія пищевода представляются или разлитыми, всесторонними — простыя расширенія, или въ видѣ выпячиванія одной какой нибудь части стѣнки, занимающаго лишь небольшую долю окружности, — пазухи.

Простыя расширенія.

Простыя расширенія въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ являются слѣдствіемъ долго существующихъ суженій входа въ желу-

докъ или самого пищевода. Но мы уже замѣтили выше (стр. 29), что не всѣ суженія влекутъ за собою расширенія. Напротивъ того, при наивысшихъ степеняхъ суженія, расширенія вовсе не бываетъ, а въ большинствѣ другихъ случаевъ оно ничтожно. Въ рѣдкихъ только случаяхъ дѣло доходитъ до очень значительныхъ расширеній. Покуда мышечный слой сохраняетъ свою сократительность, до тѣхъ поръ пищевыя вещества, задерживаемыя въ своемъ передвиженіи внизъ существующимъ суженіемъ, быстро отпрыгаются назадъ. Вслѣдствіе этого, дѣло не доходитъ до продолжительнаго застоя пищи, а слѣдовательно, и до расширенія. Только когда мышечная энергія истощена отъ чрезмернаго 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.

Возможность расширенія пищевода вслѣдствіе суженія привратника можетъ быть допущена только въ такихъ случаяхъ, гдѣ, какъ въ случаѣ, приводимомъ *Клебсомъ*, рядомъ съ суженіемъ привратника существуетъ значительная гипертрофія всей мускулатуры желудка, такъ какъ въ подобныхъ случаяхъ полость желудка бываетъ значительно сужена, а растяжимость его стѣнокъ и, слѣдовательно, емкость желудка въ высшей степени ограничены. Во всѣхъ же другихъ случаяхъ, благодаря чрезвычайной растяжимости желудка, дѣло не можетъ дойти до застоя пищи въ пищеводѣ, а слѣдовательно, не можетъ образоваться и постоянное расширеніе.

Эти застойныя расширенія, какъ можно назвать ихъ на основаніи ихъ способа происхожденія, прежде всего развиваются непосредственно надъ суженнымъ мѣстомъ и здѣсь же достигаютъ наибольшихъ размѣровъ. Начиная отсюда, они обыкновенно распространяются на небольшое протяженіе, рѣдко болѣе 9 сантим. (*Крювелье*), остального канала, постепенно уменьшаясь по направленію вверхъ. Въ рѣдкихъ только случаяхъ (при суженіяхъ входа въ желудокъ) расширеніе занимаетъ всю длину канала, но опять таки убывая въ восходящемъ направленіи.

Уклоненіе отъ этого представляетъ случай, сообщенный *Линдау* (1. с.), гдѣ при суженіи входа въ желудокъ (а равно и привратника) существовало общее расширеніе пищевода, наибольшая ширина котораго (около 4 дюйм. въ поперечникѣ) приходилась по серединѣ канала.

Обыкновенно расширеніе бываетъ равномерно по всей окружности. Встрѣчаются, однакоже, и неравномерныя расширенія, при чемъ то или другое, нерѣзко ограниченное, мѣсто расширенной трубки сильнѣе выпячивается въ одну какую нибудь сторону и выдается на шеѣ или въ плевральный мѣшокъ. Мало того, при извѣстныхъ условіяхъ можетъ даже образоваться ограниченная пазуха (см. ниже).

Недавно *Николадони* ¹⁾ сообщилъ интересный во многихъ отношеніяхъ случай, который по всѣмъ своимъ свойствамъ принадлежитъ къ застойнымъ расширеніямъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ, по преимущественному выпячиванію одного ограниченаго мѣста, представляетъ переходъ къ образованію пазухъ. Дѣвочка 4 лѣтъ за два года передъ тѣмъ

¹⁾ Wiener medicin. Wochenschrift, 1877, № 25.

выпила шелкоѣ, вслѣдствіе чего у ней образовалась стриктура пищевода, противъ которой долгое время ничего не было сдѣлано. Зондированіе не удавалось, потому что зондъ постоянно перегибался, на основаніи чего предположено существованіе пазухи. Въ силу неотложныхъ показаній, *Н.* произвелъ сѣченіе пищевода, при чемъ началъ на пазуху, величиною съ баштанъ, которую и вскрылъ. Послѣ этого ребенка можно было кормить черезъ бужъ. Но на 6 день послѣ операціи онъ умеръ отъ воспаления легкихъ. При вскрытіи оказалось сильное рубцовое суженіе средней части пищевода на протяженіи 8 сантим.; но вмѣстѣ съ этимъ надъ стриктурой замѣчалось выпячиваніе его стѣнки на протяженіи 2½ сантим., и притомъ не равномерное, а по преимуществу въ лѣвомъ переднемъ отрѣзѣ, гдѣ существовалъ рѣзко ограниченный отъ стриктуры карманъ, въ который можно было погрузить весь ногтевой суставъ указательнаго пальца. На верхнемъ сводѣ пазухи замѣчался разрѣзъ въ 2½ сантим. длины.

Мышечная оболочка обыкновенно бываетъ болѣе или менѣе гипертрофирована при застойныхъ расширеніяхъ, и притомъ тоже въ убывающей степени снизу вверхъ. Слизистая оболочка и подслизистая ткань тоже утолщаются нерѣдко, а первая бываетъ усѣяна даже полипозными разраженіями (случай *Крювелье*, см. выше, стр. 17).

Кромѣ застойныхъ расширеній, иногда, хотя и весьма рѣдко, встрѣчаются очень значительныя, по временамъ положительно чудовищныя, расширенія всего пищевода или одного какого либо отдѣла его, нисколько не зависящія отъ суженія. Въ подобныхъ случаяхъ расширеніе бываетъ всего сильнѣе приблизительно по серединѣ пищевода, постепенно уменьшаясь отсюда, какъ вверхъ, такъ и книзу, вслѣдствіе чего пищеводъ получаетъ видъ настоящаго веретенообразнаго мѣшка, вяло свѣшивающагося въ плевральную полость. Въ двухъ случаяхъ наиболѣе расширенная часть равнялась по объему плечу взрослого мужчины (въ случаѣ *Лушки* объемъ равнялся 30 сантим.). Вмѣстѣ съ этимъ пищеводъ иногда бываетъ значительно вытянутъ въ длину, такъ что представляетъ сильно извилистый ходъ. Стѣнка пищевода болѣею частью оказывается значительно утолщенной (впрочемъ, по наблюденіямъ *Рокитанскаго*, меньшія степени расширенія иногда сопровождаются истонченіемъ стѣнки). Это утолщеніе часто обусловливается гипертрофіей мышечнаго слоя, преимущественно круговыхъ волоконъ, тогда какъ въ одномъ случаѣ (*Штернъ*) оно зависѣло почти исключительно отъ утолщенія слизистой оболочки. Послѣдняя представляется то нормальной, то утолщенной, а иногда усѣяна увеличенными ворсовидными сосочками или разбросанными узелками и бляшками. Въ нѣсколькихъ случаяхъ найдены отчасти плоскія геморрагическія ссадины, отчасти проникавшія до мышечнаго слоя язвы, а въ одномъ случаѣ звѣздообразный рубецъ; внутри пищевода найдена буроватая кашица или немногіе остатки пищи.

Большинство больныхъ въ теченіи многихъ лѣтъ страдало мучительнымъ затрудненіемъ глотанія, рвотой, выблекиваніемъ пищи вскорѣ послѣ принятія ея, а многіе изъ нихъ настоящимъ отрыганіемъ жвачки.

Въ высшей степени вѣроятно, что ближайшая причина этихъ, видимо, самобытно развивающихся, расширеній лежитъ въ ослабленіи сократительности мышечной оболочки. И въ самомъ дѣлѣ, въ одномъ изъ такихъ случаевъ *Клебс* нашелъ обширное жировое перерожденіе мышечныхъ волоконъ. Отдаленныя же причины этого страданія мышцъ, которыя въ отдѣльныхъ случаяхъ могутъ быть различны, остаются пока совершенно неизвѣстны. Въ двухъ случаяхъ (*Пертоно*, *Ганней*) болѣзнь развилась послѣ удара и толчка въ грудь; въ одномъ случаѣ (*Дэви*) послѣ поднятія тяжелой ноши, при чемъ больной испыталъ такое ощущеніе, какъ будто „внутри у него что-то порвалось“; въ одномъ случаѣ (*Спенслеръ*) послѣ того, какъ больной при очень торопливой ѣдѣ проглотилъ горячую клѣцку, которая и застряла у него внутри; въ одномъ случаѣ (*делле Кіадже*) затрудненное глотаніе осталось у больного послѣ „гастрической лихорадки“, и, наконецъ, еще въ одномъ (*Опольцеръ*) болѣзни предшествовало леченіе подагры обильнымъ питьемъ теплой воды. Конечно, можно многое возразить противъ такого *post hoc ergo propter hoc*, но мы не видимъ все-таки достаточнаго основанія подвергать сомнѣнію причинное значеніе перечисленныхъ моментовъ. Что воспалительные процессы, особенно хроническіе катарры пищевода, по скольку они вызываютъ сочувственное страданіе мышечной оболочки, могутъ вести за собой расширеніе,—это весьма вѣроятно, но не доказано, такъ какъ найденные во многихъ случаяхъ на вскрытіи признаки хроническаго катарра съ неменьшимъ удобствомъ могутъ быть истолкованы въ смыслѣ послѣдовательныхъ состояній. Наиболѣе опредѣленнымъ образомъ въ пользу первичнаго происхожденія описываемаго страданія говорить сравнительно рано подвергшійся вскрытію случай *Штерна* (20-лѣтній больной умеръ уже черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ начала болѣзни), такъ какъ въ этомъ случаѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи сильно утолщенной гипертрофированной слизистой оболочки, кромѣ дефекта эпителія и отслойки его гнойными клѣтками, найдена очень обильная мелкоклѣточная инфильтрація по всей толщѣ слизистой оболочки, переходившая даже на мышечный слой. Точно также и относительно рвоты, которая нерѣдко предшествуетъ смертельному исходу за многіе годы, вопросъ остается открытымъ, составляетъ ли она причину или слѣдствіе расширенія. — Видимо, начало развитія расширенія чаще приходится на юношескій возрастъ.

До сихъ поръ описаны или вкратцѣ отмѣчены 17 случаевъ этого рода, а именно: *Пертоно*, *Ганне*, *Рокитанскій* (2 случая), *делле Кіадже*, *Эберкромби*, *Опольцеромъ*, *Шпенслеромъ*, *Уильксомъ*, *Гиссе* (2 случая), *Оле*, *Лушкой*, *Клебсомъ*, *Дэви*, *Штерномъ*, *Деве* (1. 1. с. с., см. въ особенности *Рокитанскій*, *Гиссе*, *Лушка*, *Штернъ*). Къ этимъ случаямъ мы можемъ прибавить одинъ изъ нашего собственнаго наблюденія (*Ценкеръ*). Дѣло идетъ о молодой женщинѣ, у которой съ давнихъ поръ замѣчалось отрыганіе жвачки. На вскрытіи пищеводъ оказался, начиная съ верхняго

конца и не доходя на 2 сантим. до входа въ желудокъ, расширеннымъ, веретенообразнымъ и съ вялыми стѣнками. Ширина надрѣзанной трубки (на спиртовомъ препаратѣ, значительно съжившемся), равняется въ самомъ широкомъ мѣстѣ 5 сантим., тогда какъ подъ самой глоткой и надъ входомъ въ желудокъ она равна только 3 сантим. Мышечная оболочка гипертрофирована на протяженіи всего расширеннаго отдѣла, но болѣе всего въ средней части (болѣе 2 миллим. толщины). Слизистая оболочка не показываетъ ничего ненормальнаго, въ особенности никакого рубца подъ мѣстомъ расширенія. Желудокъ тоже нормаленъ, за исключеніемъ легкой сосковатой гипертрофіи слизистой оболочки въ области привратника. (Препаратъ хранится въ коллекціи дрезденской городской больницы).

Остается еще упомянуть о тѣхъ рѣдкихъ, описанныхъ *Фр. Арнольдомъ* и *Лушкой*, случаяхъ частныхъ периферическихъ расширеній, которыя ограничиваются небольшимъ пространствомъ сверху отъ пищеводнаго отверстія діафрагмы, и которымъ *Лушка* далъ названіе желудочныхъ сѣней (*Vormagen*) (въ отличіе отъ очень сходнаго съ нимъ образованія, помѣщающагося подъ діафрагмой, и которому *Лушка*, относящій его на счетъ желудка, даетъ названіе *antrum cardiacum*). Всѣ три случая *Арнольда* наблюдались у отрыгавшихъ жвачку мужчинъ. Всегда ли эти расширенія представляютъ прирожденную аномалію,—трудно сказать. Несомнѣнно то, что они бываютъ и прирожденными, какъ показываетъ наблюдавшійся нами (*Ценкеръ*) случай.

У 7-дневнаго мальчика, родившагося на 7 мѣсяцѣ беременности и умершаго въ дрезденскомъ родовспомогательномъ заведеніи отъ кровотеченій изъ мѣста прикрѣпленія пуповины и растравленныхъ бедренныхъ сгибовъ (вскрытіе 31 марта 1860), найдено на нижнемъ концѣ пищевода шарообразное расширеніе, рѣзко обособленное, какъ книзу, такъ и вверхъ, съ очень толстой стѣнкой, окрашенной въ темносиній цвѣтъ отъ свѣжихъ кровоизліяній.

Очень странное образованіе, которое на первый взглядъ можно было принять за расширеніе пищевода, мы (*Ценкеръ*) наблюдали у одного душевно-больнаго, одновременно съ легкимъ разлитымъ расширеніемъ нижней части пищевода. Именно, часть діафрагмы, окружающая *hiatus oesophageus*, до такой степени была выпячена въ грудную полость, что образовала длину въ 7 сантим., очень широкий, до 5½ сантим. въ поперечникъ, мѣшокъ, верхній конецъ котораго погружался въ пищеводъ, такъ что при взглядѣ на него со стороны грудной полости въ первое время казалось, какъ будто самъ пищеводъ образуетъ этотъ мѣшокъ своею нижнею частью.

Пазухи.

Какъ уже замѣчено выше, подъ пазухами мы разумѣемъ ограниченныя, занимающія лишь небольшую часть окружности, выпячиванія стѣнки пищевода. Такимъ образомъ онѣ представляютъ не столько расширенія канала въ тѣсномъ смыслѣ, сколько слѣпые придатки пищевода, сохраняющаго вообще свою нормальную ширину, и видѣются на его наружной поверхности въ видѣ ограниченныхъ вздутостей. При подробномъ описаніи этихъ пазухъ намъ приходится перешагнуть за предѣлы собственно пищевода и включить въ наше изложеніе также нижнюю часть глотки. Дѣло въ томъ, что есть одна форма пазухъ, которая,

хотя въ строгомъ смыслѣ принадлежитъ глоткѣ, но, находясь на границѣ между послѣдней и пищеводомъ и весьма существенно вовлекая пищеводъ въ сочувственное страданіе, не можетъ быть обойдена при изложеніи болѣзней пищевода. Вдобавокъ эти пазухи глотки неоднократно описывались въ литературѣ подъ именемъ пазухъ пищевода.

Въ гортанной части глотки и въ пищеводѣ встрѣчаются двѣ формы пазухъ. Во всѣхъ возможныхъ отношеніяхъ, т. е. по патогенезу, мѣсто-нахожденію, анатомическимъ свойствамъ, припадкамъ и патологическому значенію, эти формы представляютъ такія существенныя разницы, что было бы непозволительно соединить ихъ вмѣстѣ, съ цѣлью нарисовать общую имъ картину болѣзни.

Если же, не смотря на то, такъ именно и дѣлалось почти всѣми авторами, за исключеніемъ *Рокитанскаго* и *Генля*, то этимъ только затемнялась картина обѣихъ формъ и внесена путаница во все ученіе о пазухахъ.

Въ виду этого, мы считаемъ необходимымъ съ самаго начала обособить ихъ другъ отъ друга подъ различными названіями. Согласно способу происхожденія ихъ, мы различаемъ выпертые пазухи (*Pulsionsdivertikel*), развивающіяся отъ давленія извнутри, выпирающаго стѣнку впередъ, и выволокнутые пазухи (*Tractionsdivertikel*), при которыхъ стѣнка вытягивается въ мѣшокъ влеченіемъ извнѣ.

Выпертая пазуха.

Нижеслѣдующая таблица даетъ наглядное изображеніе относящихся сюда случаевъ, принятыхъ въ основаніе нашего изложенія. Всего здѣсь собрано 22, подкрѣпленныхъ вскрытіемъ, случая изъ литературы, къ которымъ прибавлены 5 изъ собственной нашей практики (1 очень большая пазуха, 1 средней величины и 3 мелкихъ), равно какъ 7 случаевъ, въ которыхъ существованіе пазухъ было весьма вѣроятно, судя по прижитненнымъ явленіямъ, но гдѣ вскрытіе не могло быть произведено.

А. Случаи со вскрытіями.

№ и время из- бавленія.	Авторъ	Мѣсто публикаціи	Полъ	Возрастъ	Величина пазухи	Умерло отъ по- сѣдствій пазухи	Умерло отъ дру- гихъ болѣзней	Примѣчанія
1 (1764)	<i>Ludlow</i>	Med. observ. and inquir., т. III, 1767, съ рисункомъ (см. Mondière, Arch. génér., XXIV, стр. 410)	м.	60	широкій мѣшокъ, доходящій до груди	1	—	Препаратъ въ генто- ровскомъ музеѣ. Рисунки сняты у Baillie, A Ser. of Engrav., вып. III, табл. I. Froriep, Chirurg. Kup- fert., табл. 398. Albers, Atlas d. path. Anat., II, табл. XXIII. фиг. 4.
2 (1782)	<i>Gianella</i>	Borsieri. Instit. med. pract., IV, De Dysphagia (см. Mon- dière, l. c., стр. 411)	м.	60	длинною въ 6—7 попе- речныхъ пальцевъ	1	—	
3 (1783)	<i>Marx</i>	Götting. Anz., 1783, стр. 2034	м.	73	5 дюймовъ длины	1	—	

№ и время на- блюдения	Авторъ	Мѣсто публикаціи	Полъ	Возрастъ	Величина пазухи	Умерло отъ по- слѣдствій пазухи	Умерло отъ дру- гихъ болѣзней	Примѣчанія
4	<i>De Guise</i>	Dissert. sur l'aneurysme. Paris, an XII, № 252 (см. Mondière, l. c., сент. 1833, стр. 33)	м.	?	—	1	—	
5	<i>Thilow</i>	Salzburg. med.-chir. Zei- tung, 1806, т. II, стр. 336	м.	52	2 1/4" длины	?	?	
(1806) 6	<i>Monro</i>	Morbid anatomy of the gul- let etc. Edinburgh, 1811, стр. 12	?	?	—	?	?	
7	<i>Ch. Bell</i>	Surg. observ., ч. I, 1816, стр. 67, съ рисункомъ	м.	?	величиною съ вишнею	—	1	Рис. снятъ у Froriep'a, Chir. Kurf., табл. 174
8	<i>Kühne</i>	De dysphagiae causis. Diss. Berlin, 1831, в Rust's Ma- gazin, т. 39, 1833, стр. 348, съ рисункомъ	м.	54	3 3/4" длины	1	—	Препаратъ въ берлин- скомъ анатомич. музеѣ. Копія снята у Froriep'a, l. c., табл. 392, и Al- bers'a, l. c., фиг. 5.
(1821) 9	<i>Rokitansky</i>	Oesterr. med. Jahrb., т. XXI, 1840, стр. 222.	м.	66	болѣе 2" длины	1	—	Препаратъ въ вѣнскомъ патолого-анатом. музеѣ. Рис. у Albers'a, l. c., фиг. 3.
(1837) 10	<i>Otto</i>	S. Günsburg's Zeitschr. f. klin. Med., I, 1850, стр. 344, в Albers, Erlauter, z. Atlas. d. path. Anat. II, стр. 265	м.	78	2 1/2" длины	1	—	Препаратъ въ бреслав- скомъ анатомич. музеѣ. Рис. у Albers'a, l. c., фиг. 1 и 2. (Упоминаемый въ Günsburg's Zeitschr. и срисованный Albers'омъ случай одинъ и тотъ же).
11	<i>Worthing- ton</i>	Med. chir. transactions, т. 30, 1847, стр. 199, съ рис.	м.	69	3 1/2" длины	1	—	
(1846) 12	<i>Göppert</i>	Schleiden u. Froriep's No- tizen, 3 серия, № 177, янв. 1849, стр. 16	м.	80	очень большой	1	—	
(1848) 13	<i>Hettich</i>	Württemberg. Corresp.-Bl., 1851, № 29	м.	69	вмѣщаетъ по малой мѣрѣ 2 3/4	—	1	
14	<i>Braun</i>	Württemberg. Corresp.-Bl., 1852, № 16	м.	75	величиною съ дѣтскій кулачекъ	1	—	
15	<i>Cruveilhier</i>	Traité d'anatomie pathol. général., т. II, 1852, стр. 852	?	?	—	?	?	Сriv. утверждаетъ, что неоднократно видѣлъ по- добные мѣшки, но не дастъ точнаго описанія своихъ случаевъ.
16	<i>Fridberg (Gassner)</i>	Ueber Oesophagusdivertikel. Diss. Giessen, 1867, съ рис.	м.	60	3 1/2" длины вмѣщаетъ около 3—4 3/4	1	—	Препаратъ въ гессен- скомъ патолого-анатом. музеѣ.
(1859) 17	<i>Förster</i>	Handb. d. spec. patholog. Anat., 2-е изд., 1863, стр. 57	?	?	—	?	?	
18	<i>Ogle</i>	Transact. of the pathologi- cal Society, 1865—66, съ рисункомъ	м.	63	—	—	1	
19	<i>Berg (Veit)</i>	Die totale spindelförm. Er- weiterung. d. Speiseröhre u. d. Wiederkauen beim Menschen. Diss. Tübingen, 1868, стр. 26	м.	65	9 сантим. длины вмѣ- щаетъ 5 3/4	1	—	
(1867) 20	<i>Betz</i>	Memorabilien, XVII, 10, стр. 457, 1872	м.	49	6 сантим. длины	—	1	
21	<i>Klob</i>	Wien. med. Wochenschr., 1875, № 11, стр. 210	?	?	величиною въ гусиное яйцо	?	?	
(1875)								

№ и время на- блюдения	Авторъ	Мѣсто публикаціи	Полъ	Возрастъ	Величина пазухи	Умеръ отъ по- сѣдствій пазухи	Умеръ отъ дру- гихъ болезней	Примѣчанія
22	<i>Kunze</i>	Lehrb. d. prakt. Med., 3-е изд., 1877, т. I, стр. 285	м.	?	величиною сѣдѣтскую ладонь	1	—	Умеръ отъ гангрены легкихъ, вслѣдствіе зате- канія въ гортань и легкія скопившейся въ пазухѣ инфи.
23 (1854)	<i>Zenker</i>	до сихъ поръ не опубли- кованы.	м.	75	величиною съ гороши- ну	—	1	
24 (1862)	<i>Idem</i>		м.	45	легкое вы- пячиваніе	—	1	
25 (1864)	<i>Idem</i>		м.	59	величиною въ лѣсной орѣхъ	—	1	
26 (1867)	<i>Idem</i> (Hel- ler)		м.	77	8 сантим. длины	—	1	Препараты въ эрлан- генскомъ патолог.-анат. музеѣ. Рисунки, начиная съ № 26, см. фиг. 3 и 4.
27	<i>Idem</i>		?	?	величиною съ вишню	?	?	

Б. Случаи безъ вскрытія.

28	<i>Isenflamm</i>	Versuch einiger praktischer Anmerkungen über die Mus- keln. Erlangen, 1778, § 172	м.	молодъ	—	—	1	Вскрытія нельзя было сдѣлать.
29	<i>Bücking</i>	Baldinger's neues Magazin für Aerzte, 1781, т. 3, стр. 242	м.	?	—	—	—	
30	<i>Collomb</i>	Oeuvres medic. chirurgic. Lyon, 1798, стр. 307 (цит. у Mondière)	м.	?	—	—	—	
31	<i>Dendy</i>	Lancet, июнь 1848.	м.	?	—	—	—	
32	<i>Klose и Paul</i>	Gunsburg's Zeitschr. f. klin. Med., I, 1850, стр. 344	ж.	?	—	—	—	
33	'	Edinburgh med. Journ., 1856, цитир. Gunther'омъ, Lehre v. d. blutigen Opera- tionen, 1864, стр. 309)	м.	55	—	—	—	
34	<i>Walden- burg</i>	Berlin. med. Wochenschr., 1870, № 48, стр. 578	ж.	40	—	—	—	

Изъ этого свода исключены приводимые ниже случаи *Литтра* и *Реннова* (цити-
рованные у *Mondière*), равно какъ случаи *Ватсона* и *Николадони*, первые два по
неполнотѣ ихъ описанія, а послѣдніе два по изложеннымъ ниже (стр. 48 и 54 прим.)
причинамъ.

Выпертыя пазухи представляютъ такое рѣдкое явленіе, что
большинство врачей ни разу не наблюдало ихъ. Не смотря, однакоже,
на эту рѣдкость, онѣ имѣютъ громадное патологическое значеніе, такъ
какъ могутъ вести за собой самыя тяжкія затрудненія глотанія и го-
лодную смерть.

Повидимому, онѣ помѣщаются исключительно (во всякомъ случаѣ, за
самыми рѣдкими исключеніями) въ самой нижней части глотки, непо-
средственно на границѣ пищевода, и притомъ на задней стѣнѣ, то

прямо по срединной линіи, то нѣсколько сбоку ¹⁾. Въ большинствѣ случаевъ существуетъ только одна такая пазуха.

Въ двухъ единственныхъ случаяхъ, гдѣ мы нашли отмѣтку о существованіи множества мѣшковъ (въ 1 случаѣ 4-хъ, Литтръ, Ренновъ), описаніе не настолько точно, чтобы эти мѣшки можно было навѣрно отнести къ описываемой здѣсь категоріи.

Мелкія пазухи представляютъ собою рѣзко ограниченныя, величиною отъ горошины до лѣсного орѣха, плоскія или болѣе глубокія (полусферообразныя), направленныя прямо назадъ, выпячиванія глоточной

Фиг. 3.



Большая передняя пазуха глотки (видъ сбоку), вытая отъ 77-лѣтнаго старика (иссѣженного тѣлою санионика). Препаратъ хранится въ оригинальной патолого-анатом. коллекціи. Случай № 26 той же таблички. Фотографическій снимокъ. За два года до смерти боленой, въ то время еще довольно крѣпкой, худой, мускулистой, широкоплечей мужчина, жевалъ у профессора Литтреса по случаю легкаго припадка острѣеи глотки. При заглываніи иногда удавалось погнать чашею привѣстны въ желудокъ, тогда жать въ друго разѣ зонда загнувшись на верху вождѣ глотки. Время отъ времени большой выдаивалъ непереваренное, но уменьшенное количество пищи. Въ послѣднее время онъ пересталъ лежать и умеръ, наконецъ, отъ воспаления легкаго. Вскрытіе (4 октября 1867 г. г-ръ Гельгер) показало, что глотка перекрываетъ нѣсколько вырало и въ самую верхнюю часть котораго открывается нѣсколько сбоку пищевода мѣшокъ, помѣщающійся нѣсколько вырало и въ самую верхнюю часть котораго открывается нѣсколько сбоку пищевода съ помощью узкаго отверстия. Въ мѣшокъ впадаютъ, кромѣ немногихъ остатковъ пищи, инородныя зорна и кусочки сланиа, концы чѣмъ въ криворотъ. Сланега оболочка его сланиа вдува и морщиниста. При препарированіи мышца глотки оказалась весьма лано, что мѣшокъ находится между двумя мышцами нижней сгнвающей мышца, такъ что мѣшокъ имѣлъ сѣмизъ мышца, которую охватываютъ переднюю сторону пазухи. На задней сторонѣ замѣчается по бокамъ на мѣшокъ 2 сантиметра, а по срединѣ антіи на мѣшокъ 1 1/2 сантиметра. Вытѣнутая антіи подъ сильной дугой волона нижней сгнвающей мышца. Въ остальныхъ областяхъ пазухи замѣтно нѣмалыхъ мышечныхъ волоконъ.

¹⁾ Недавно Watson (Journ. of Anatom. and Physiol., т. IX, ч. I, 1875) описалъ пазуху глотки у взрослого мужчины, доходившую до рукоятки грудины, и узкое щелевидное отверстие которой помѣщалось на свободномъ краѣ задней дуги зѣба непосредственно позади миндалины. Въ виду столь отличной отъ всѣхъ другихъ случаевъ исходной точки этой пазухи, едва ли справедливо отождествлять описываемый случай съ другими.

стѣнки. Болѣе крупныя же образуютъ идущіе отъ глотки внизъ и свѣшивающіеся между пищеводомъ и позвоночникомъ, то шаровидной, то цилиндрической, то болѣе грушевидной формы и съ колбообразно-округленнымъ дномъ и то широкимъ, то сравнительно узкимъ отверстіемъ. Мѣшокъ можетъ имѣть въ длину 13 сант. и болѣе, а въ поперечномъ діаметрѣ болѣе 5 сант.—Стѣнка этихъ мѣшковъ, по крайней мѣрѣ, болѣе крупныхъ изъ нихъ, отличается значительной толщиной и плотностью, приблизительно такой

же толщиной, какъ на остальной глоткѣ и въ пищеводѣ, что, вѣроятно, и было причиной, почему старые авторы полагали, что она состоитъ изъ тѣхъ же оболочекъ, какъ зѣвъ. Но при тщательной препаровкѣ можно убѣдиться, что въ большей своей части она состоитъ только изъ сильно утолщенной, на внутренней поверхности гладкой или слегка зернистой, отъ сильной сосочковой гипертрофіи, слизистой оболочки и подслизистого слоя, вмѣстѣ съ уплотненнымъ на подобіе фасці наружнымъ слоемъ клѣтчатки. Мышечной же оболочки или вовсе нѣтъ въ области мѣшка, или она занимаетъ лишь небольшое протяженіе на шейкѣ пазухи и затѣмъ



Видъ изнутри той же пазухи, какъ на фиг. 3, съ цѣлю показать ея отверстіе.

опять исчезаетъ. При тщательномъ изслѣдованіи во многихъ случаяхъ совершенно ясно замѣчается, что мѣшокъ образовался путемъ выпячивания слизистой оболочки между разступившихся мышечныхъ волоконъ нижней стягивающей глотку мышцы, идущихъ въ косвенномъ направленіи и переходящихъ, не прерываясь, на заднюю стѣнку глотки, такъ

что эти мѣшки очень удачно были названы грыжами слизистой оболочки (pharyngocele). Въ случаяхъ, гдѣ на шейкѣ мѣшка найдены были мышечныя волокна (въ одномъ изъ нашихъ случаевъ на пазухѣ длиною въ 8 сантим. мышечныя волокна занимали протяженіе въ $1\frac{1}{2}$ —2 сантим.), эти волокна принадлежали нижней стягивающей мышцѣ, а книзу, быть можетъ, верхнимъ круговымъ волокнамъ пищевода. И этотъ мышечный покровъ шейной части пазухи можетъ быть объясненъ тѣмъ, что увеличивающійся тяжелый мѣшокъ послѣдовательно вытягиваетъ смежныя части глотки и пищевода, которыя первоначально не были выпячены, такъ что послѣднія образуютъ своимъ мышечнымъ слоемъ шейку пазухи. Существуютъ ли на глоткѣ и пищеводѣ, кромѣ этихъ грыжевидныхъ пазухъ, и такія, которыя снабжены настоящимъ мышечнымъ слоемъ,—по меньшей мѣрѣ, сомнительно.

Нѣкоторые изъ новѣйшихъ авторовъ отличаютъ два вида этихъ мѣшкообразныхъ пазухъ, которыя, сходясь между собой по формѣ, мѣстонахожденію и т. д., отличаются другъ отъ друга присутствіемъ или отсутствіемъ мышечнаго слоя въ ихъ стѣнѣхъ. Они приписываютъ этимъ формамъ различное происхожденіе и принимаютъ пазухи, снабженныя мышечнымъ слоемъ, за прирожденные образования. Сдѣлавъ тщательную провѣрку литературы и изслѣдовавъ сами 4 относящіяся сюда препарата, мы считаемъ это дѣленіе не совсѣмъ правильнымъ и полагаемъ, напротивъ, что всѣ пазухи, встрѣчающіяся на упомянутомъ мѣстѣ, должны быть разсматриваемы, какъ анатомически, такъ и патогенетически, за равнозначущія образования. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ описаніе говорить въ болѣе или менѣе опредѣленныхъ выраженіяхъ о существованіи мышечнаго слоя; но эти указанія кажутся намъ въ высшей степени сомнительными и требующими болѣе строгой провѣрки. Къ такому скептицизму побуждаютъ насъ, съ одной стороны, противоположныя указанія наиболѣе достовѣрныхъ наблюдателей (*У. Белль, Рокитанскій, Ольм*) и результаты нашихъ собственныхъ изслѣдованій 3 препаратовъ эрлангенской патолого-анатомической коллекціи (въ томъ числѣ одного изъ самыхъ изящныхъ этого рода), на которыхъ (за исключеніемъ нѣкоторой части шейки на самой большой пазухѣ) мышечнаго слоя вовсе не оказалось, а съ другой—и главнымъ образомъ—чрезвычайно неопредѣленные и отчасти совершенно неправдоподобныя указанія относительно распредѣленія мнимыхъ мышечныхъ волоконъ въ стѣнѣхъ мѣшка и, наконецъ, результаты произведеннаго нами повѣрочнаго изслѣдованія одного изъ тѣхъ случаевъ, въ которомъ самымъ опредѣленнымъ образомъ утверждалось существованіе полного мышечнаго слоя. Это именно чрезвычайно интересный во всѣхъ отношеніяхъ случай, обнаруженный *Фридбергомъ* въ его, съ большимъ трудолюбіемъ написанной, диссертациі (принадлежащій наблюденію д-ра *Гаснера* въ Майнцѣ) и препаратъ котораго хранится въ гисенскомъ патолого-анатомическомъ музеѣ. Говоря о строеніи крупной, длиною въ $3\frac{1}{2}$ дюйма, бутылевидной пазухи, висѣвшей позади пищевода, *Фридбергъ* говоритъ, что она „составлена изъ всѣхъ слоевъ пищевода. Мышечный слой развитъ въ умѣренной степени и волокна довольно правильно распредѣлены вокругъ всего мѣшка“. Такъ какъ эти слова не оставляютъ ничего желать въ смыслѣ опредѣлительности, а я, съ своей стороны, не могъ подавить въ себѣ сомнѣнія въ ихъ вѣрности, то и обратился къ профессору *Пермсу* съ просьбой провѣрить это указаніе, и онъ любезно доставилъ мнѣ препаратъ для изслѣдованія. Оказалось въ самомъ дѣлѣ, что слова *Фридберга* относительно мышечнаго слоя безусловно невѣрны. Какъ во многихъ другихъ случаяхъ, такъ и здѣсь слизистая оболочка самымъ явственнымъ образомъ выпячивается между разступившимися нижними волокнами нижней стягивающей глотку мышцы. Одна пара этихъ раздвинутыхъ волоконъ заходитъ слегка на шейку пазухи. Во всей же остальной

части мѣшка не замѣчается ни единого мышечнаго волокна. Вмѣстѣ съ этимъ проваливается, конечно, и вся аргументація *Фридберга* относительно патогенеза, построенная на присутствіи мышечныхъ волоконъ, и оспариваемое имъ простое и естественное объясненіе снова вступаетъ въ свои права. Изъ сказаннаго слѣдуетъ также, что и эта пазуха исходитъ отъ глотки, а не отъ пищевода, какъ утверждаетъ *Фридбергъ*.

Послѣ этого казуса никто на насъ не попеняетъ, если до новой повѣрки мы не будемъ придавать доказательной силы и другимъ случаямъ, въ которыхъ утверждалось существованіе мышечнаго слоя. Сюда мы причисляемъ случай, срисованный *Альберсомъ* (*Atlas*, отд. II, табл. XXIII, фиг. 1 и 2), гдѣ будто бы имѣлась „толстая мышечная оболочка“, существованія которой, однакоже, нельзя усмотрѣть изъ рисунка. *Кюне* говоритъ относительно своего интереснаго и часто цитируемаго случая только то, что выѣшняя оболочка мѣшка „пронизана очень замѣтными мышечными волокнами, направляющимися отъ пищевода на мѣшокъ“, а это далеко не одно и то же, что непрерывный мышечный слой. Точно также въ случаѣ *Уорзинтона*, въ которомъ будто бы „почти $\frac{2}{3}$ мѣшка были покрыты мышечными пучками стягивающихъ глотку мышцъ“, имъ видимъ все таки, что, по крайней мѣрѣ, значительная часть мѣшка не имѣла мышечныхъ волоконъ. Въ другихъ случаяхъ указанія еще менѣе опредѣленны и потому еще менѣе доказательны ¹⁾.

Что касается того предположенія, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ совершенно недостаетъ мышечнаго слоя, послѣдній все таки существовалъ раньше и только атрофировался по мѣрѣ увеличенія мѣшка (*Клебса*, *Кенингъ*), то оно не только произвольно—ибо утвержденіе *Клебса*, противорѣчащее нашимъ собственнымъ наблюденіямъ, что большинство мелкихъ пазухъ содержать всѣ оболочки, не находятъ себѣ никакихъ подтвержденій въ литературѣ—но и совершенно несостоятельно, по крайней мѣрѣ, для изслѣдованныхъ нами случаевъ, если принять во вниманіе способъ распредѣленія и отхожденія облегающихъ шейку пазухи волоконъ нижней стягивающей мышцы, раздвинутыхъ выпитившейся слизистой оболочкой.

Что касается етіологіи и патогенеза описываемыхъ пазухъ, то въ этомъ отношеніи мы возвращаемся въ области гипотезъ, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ больные не могли указать никакого опредѣленнаго повода для своей болѣзни, незамѣтно развивавшейся многими годами. Тѣмъ не менѣе въ нѣкоторыхъ изъ наиболѣе точно описанныхъ случаевъ мы имѣемъ довольно достовѣрное указаніе въ этомъ отношеніи. И эти данныя съ такою опредѣлительностью указываютъ на вполне правдоподобный и теоретически возможный способъ развитія болѣзни, что мы можемъ, не обинуясь, положить его въ основаніе нашихъ воззрѣній.

¹⁾ Въ случаѣ *Маркса*, въ которомъ мѣшокъ „состоялъ изъ тѣхъ же оболочекъ, какъ глотка“, *Вризбергъ*, докладывавшій это сообщеніе геттингенскому обществу, прямо высказываетъ сожалѣніе о томъ, что „не потрудились, съ помощью болѣе прилежной препаровки, лучше и точнѣе изслѣдовать состояніе стягивающихъ мышцъ, что лучше бы разъяснило сущность болѣзни“. Наконецъ, что касается цитированнаго выше (стр. 48, прим.) случая *Ватсона*, въ которомъ стѣнка пазухи будто бы состояла изъ тягучей слизистой оболочки и „слоя красныхъ полосатыхъ продольныхъ мышечныхъ волоконъ“ (круговыхъ мышечныхъ волоконъ вовсе не было), то мы уже замѣтили, что вслѣдствіе его совершенно иной исходной точки мы не можемъ относить этого случая къ разсматриваемой теперь категоріи.

Съ этой точки зрѣнія мы можемъ установить слѣдующій принципъ развитія описываемыхъ пазухъ, подъ который очень удобно могутъ быть подведены сами по себѣ разнообразныя эмпирическіе причинные моменты: стѣнка глотки утрачиваетъ на ограниченномъ мѣстѣ свою способность противодѣйствовать давленію, претерпѣваемому ею изнутри во время акта глотанія, и утрачиваетъ именно вслѣдствіе мѣстнаго вліянія на служащія ей опорой мышечныя волокна. Въ силу этого сжимаемый сокращеніемъ остальной глоточной мускулатуры пищевой комокъ (или проглатываемая жидкость) будетъ при каждомъ послѣдующемъ актѣ глотанія ускользать къ тому болѣе податливому мѣсту, толкая передъ собой слизистую оболочку; и такъ какъ это дѣйствіе неминуемо должно повторяться почти при каждомъ актѣ глотанія, то слизистая оболочка мало-по-малу будетъ выпячиваться все сильнѣе и сильнѣе, пока, наконецъ, не образуется настоящій мѣшокъ, въ которомъ пищевыя вещества могутъ оставаться и внѣ періода глотанія. Разъ образовавшись, этотъ мѣшокъ, въ силу тяжести надолго останавливающихся въ немъ массъ, долженъ все болѣе и болѣе вытягиваться внизъ, и такимъ-то путемъ образуются съ годами тѣ громадныя мѣшки, которые, спускаясь между позвоночникомъ и пищеводомъ, оттѣсняютъ послѣдній въ наполненномъ состояніи впередъ и сдавливаютъ его. Вслѣдствіе этого полость пазухи обращается въ прямое продолженіе полости глотки и всѣ пищевыя вещества прежде всего попадаютъ въ пазуху, тогда какъ сдавленный пищеводъ, глоточное отверстіе котораго выбито изъ осевой линіи, не воспринимаетъ никакой пищи, если на помощь не явятся искусственныя манипуляціи (сдавливаніе пазухи руками, введеніе зонда).

Что касается ближайшихъ причинъ, подавляющихъ мышечную дѣятельность на ограниченномъ мѣстѣ, то, сколько можно судить по имѣющимся до сихъ поръ даннымъ, онѣ состоятъ въ слѣдующемъ: 1) въ защемленіи посторонняго тѣла или твердаго куска въ глоткѣ, который, крѣпко нажимая на слизистую оболочку, раздвигаетъ отдѣльныя мышечныя волокна, между которыми и выпячивается слизистая оболочка. Такъ, въ одномъ случаѣ за причину болѣзни самымъ опредѣленнымъ образомъ выставляется вишневое ядрышко, пролежавшее въ глоткѣ 3 сутокъ и затѣмъ снова извергнутое (*Лудловъ*), въ другомъ случаѣ перчинка, пролежавшая 8 дней (*Денди*), а въ третьемъ—кусочекъ хлѣбной корки или птичья косточка (*Кюне*): во всѣхъ этихъ 3 случаяхъ припадки стали развиваться вслѣдъ за проглотеніемъ этихъ предметовъ. Особенно случай *Лудлова*, превосходно описанный, не оставляетъ никакого сомнѣнія въ дѣйствительности такой причинной связи. Весьма вѣроятно, что этотъ способъ происхожденія болѣзни самый частый.

2) Какая нибудь случайная травма производитъ разрывъ нѣсколькихъ мышечныхъ волоконъ глотки. Такъ это навѣрное и было въ

интересномъ случаѣ *Гаснеръ-Фридберга*. Дѣло идетъ объ офицерѣ, который во время маневра упалъ съ лошади и 24 часа пролежалъ въ безпамятствѣ. Вслѣдъ за несчастіемъ показалаcя опухоль между кивательной мышцей и дыхательнымъ горломъ, и когда больной сталъ принимать пищу, то почувствовалъ затрудненіе при глотаніи. Опухоль мало-по-малу пропала, но глотаніе затруднялось все болѣе и болѣе, и вотъ съ годами у больного развилась пазуха, со всѣми ея послѣдствіями, и онъ умеръ голодною смертію. Что опухоль, появившаяся вслѣдъ за несчастнымъ приключеніемъ, не обусловливалась существовавшей уже пазухой, а имѣла геморрагически-воспалительное происхожденіе и составляла непосредственный результатъ травмы, въ этомъ едва ли можно сомнѣваться. Такимъ образомъ и этотъ случай безъ малѣйшей натяжки можетъ быть приведенъ въ связь съ предполагаемымъ разрывомъ глоточныхъ мышцъ, которыми объясняется, какъ немедленное появленіе затрудненнаго глотанія, такъ и послѣдовавшее за этимъ образованіе пазухи. На анатомическую ошибку, въ силу которой *Фридбергъ* отвергъ это столь правдоподобное объясненіе, замѣнивъ его весьма искусственной гипотезой, мы уже указали выше ¹⁾.

3) Мышечныя волокна могутъ быть умерщвлены и вслѣдствіе другихъ причинъ. Такъ слѣдуетъ смотрѣть на тотъ случай, въ которомъ больной приписывалъ свою болѣзнь тому обстоятельству, что онъ однажды обжогъ глотку кускомъ говядины.

Понятно, что тутъ возможны и многія другія комбинаціи. Мы же имѣли въ виду указать лишь тѣ изъ нихъ, которыя находятъ себѣ фактическое подтвержденіе.

Само собою разумѣется, что если уже до воздѣйствія перечисленныхъ сейчасъ причинъ существуетъ суженіе глоточнаго отверстія пищевода, то это обстоятельство должно еще болѣе способствовать образованію пазухи, такъ какъ въ подобномъ случаѣ не только постороннія тѣла легче застрѣваютъ въ глоткѣ, но и давленіе на болѣе податливыя мѣста должно быть сильнѣе, благодаря обусловливаемому суженіемъ застаиванію пищевыхъ веществъ. Какъ бы то ни было, но суженіе можетъ считаться только predisposing моментомъ, такъ какъ само по себѣ оно производитъ лишь разлитое расширеніе. И дѣйствительно, въ двухъ случаяхъ (случай *Джіанелла*, сообщенный *Борзіери*, и случай *Уорзингтона*) упоминается объ одновременномъ существованіи суженія пищевода на верхнемъ

¹⁾ Въ случаѣ *Валденбурга* (№ 34 нашей таблицы), наблюдавшемся только при жизни и въ которомъ, судя по точному описанію припадковъ, существовала, по всему вѣроятію, выпертая пазуха, больная приписывала свою болѣзнь, длившуюся у нея 8 мѣсяцевъ, „сильному стискиванію лѣвой половины шеи во время ссоры, перешедшей въ драку“. Такимъ образомъ это уже второй случай травматическаго происхожденія. Въ случаѣ *Блозе* и *Пауля* (№ 32) причина приписывается застрявшей рыбой косточкѣ, такъ что можно предположить, что здѣсь имѣло мѣсто внутреннее раненіе.

концѣ. Надо, впрочемъ, и то сказать, что далеко нельзя быть увѣреннымъ, не принято ли было послѣдовательное суженіе, обуславливаемое паухой, за первичное суженіе. Однакоже, въ случаѣ *Джіанелла* затрудненное глотаніе существовало уже въ ранней молодости, такъ что можно признать существованіе одной изъ формъ описанныхъ выше прирожденныхъ суженій ¹⁾. Въ двухъ другихъ случаяхъ (*Марксъ*, *Рокитанскій*) одновременно существовало значительное увеличеніе и уплотнѣніе правой доли щитовидной железы, которая доходила до глотки и пищевода и, по словамъ *Маркса*, должна была сдавить глотку. И такъ какъ въ случаѣ *Рокитанскаго*, по разсказу больного, начало затрудненнаго глотанія совпало съ періодомъ начинавшагося перерожденія щитовидной железы, то мы вправѣ усматривать въ этомъ причинную связь, хотя бы и не прямую. Наконецъ, въ двухъ случаяхъ (*Кюне*, *Бюккинъ*) больные приписывали свою болѣзнь узкимъ воротникамъ, и эта причина, отѣсняя гортань назадъ, въ самомъ дѣлѣ, можетъ способствовать останковѣ пищи въ горлѣ.

Остается еще упомянуть о предположеніи, проглядывающемъ уже у нѣкоторыхъ старыхъ писателей и весьма опредѣленно высказанномъ нѣкоторыми новѣйшими авторами (*Клебсъ*, *Кенниъ*), что значительная часть описываемыхъ паухъ представляетъ прирожденные образованія, только увеличивающіяся въ теченіи послѣдующей жизни. По скольку это предположеніе опирается на существованіе паухъ, снабженныхъ будто-бы полнымъ мышечнымъ слоемъ, оно, какъ видно изъ предъидущаго нашего изложенія, не можетъ привести въ свою пользу ни одного вполне достовѣрнаго случая. И покуда у насъ нѣтъ ни одного случая подобной паухи у новорожденнаго или хотя бы въ дѣтскомъ возрастѣ, до тѣхъ поръ это предположеніе останется построеннымъ на пескѣ.

Обнародованный недавно *Монти* случай, подъ заглавіемъ „суженіе гортани, произведенное засѣвшимъ въ паухѣ пищевода постороннимъ тѣломъ“ (*Jahrb. f. Kinderheilkunde*, нов. серія, т. IX, стр. 168, 1875), который онъ наблюдалъ у годового ребенка, очевидно построенъ на неправильномъ толкованіи. Дѣло шло о защемившемся въ глоткѣ постороннемъ тѣлѣ (печаткѣ), вызвавшемъ тамъ сильное изъязвленіе. Существовала ли одновременно съ этимъ и настоящая пауха, трудно разобрать изъ неяснаго во многихъ отношеніяхъ описанія. Если она и существовала, то навѣрное принадлежала не пищеводу, а глоткѣ, и притомъ даже не самой нижней части послѣдней.—Приведенный *Кенниомъ* случай *Майра* (*Jahrb. d. Kinderheilk.*, IV, 3, стр. 209, 1861. *Schmidt's Jahrb.*, 113, стр. 75), въ которомъ у дѣвочки 6 лѣтъ, одержимой шейнымъ свищемъ, наблюдались при жизни явленія, схожія съ припадками при большихъ паухахъ глотки,—ничего не доказываетъ, такъ какъ не доказано анатомически, что здѣсь дѣйствительно существовала пауха, а обнаружившіяся явленія столь же успѣшно могутъ быть истолкованы и иначе. Мало того, наступившее улучшеніе дѣлаетъ весьма мало

¹⁾ Сюда же можно отнести случай *Николадони* (см. выше, стр. 41), въ которомъ суженіе несомнѣнно было первичнымъ явленіемъ. Но такъ какъ здѣсь не было чистой выпертой паухи, а дѣло въ сущности шло о застойномъ расширеніи, то мы и не включили этого случая въ рассматриваемую здѣсь категорію.

вѣроятнымъ существованіе пазухи. Если ужъ это и была пазуха, то скорѣе всего вы-
волокнутая (см. ниже) и едва ли прирожденная.¹⁾ — Что касается наблюдавшейся
Клебсомъ маленькой шатровидной пазухи, прирожденное происхожденіе которой тоже
еще вовсе не доказано, то уже по своей формѣ она никакъ не принадлежитъ къ опи-
сываемой здѣсь категоріи.

На основаніи сказаннаго, я полагаю, что всѣ разсмотрѣнныя здѣсь,
анатомически и клинически однородныя, пазухи суть прибрѣтенныя
образованія, развившіяся указаннымъ выше путемъ и сущность которыхъ
вполнѣ, слѣдовательно, выражается названіемъ выпертыхъ пазухъ.
Если же относительно громаднаго большинства случаевъ мы не можемъ
указать подобной причины, то въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго.
Всѣ подобнаго рода приключенія легко исчезаютъ изъ памяти, послѣ
того, какъ пройдутъ первыя вызванныя ими разстройства, и если они
не повлекутъ за собою сряду же постоянныхъ страданій. Когда же
впослѣдствіи, иногда по прошествіи многихъ лѣтъ, припадки начи-
наютъ обнаруживать болѣе серьезный характеръ и больной вынужденъ
искать помощи врача, то онъ давно уже успѣлъ позабыть о тог-
дашнемъ приключеніи или, не замѣчая никакой связи между нимъ и
своей настоящей болѣзнью, появившейся, какъ ему кажется, только те-
перь, онъ ни словомъ не заикается о немъ врачу. Отрицательныя же
указанія не имѣютъ никакого значенія у мало развитыхъ больныхъ.
Къ тому же, въ нѣкоторой части случаевъ описаніе вообще страдаетъ
крайней отрывочностью.

Исключительное (или почти исключительное) появленіе выпертыхъ
пазухъ на задней стѣнкѣ нижней части глотки, на границѣ съ пи-
щеводомъ, находитъ себѣ объясненіе въ анатомическихъ условіяхъ. Ни-
гдѣ мускулатура глотки такъ не тонка, какъ въ области нижнихъ по-
перечныхъ волоконъ нижней стягивающей глотку мышцы, и нигдѣ рас-
предѣленіе волоконъ не облегчаетъ такъ ихъ разступаніе, какъ опять
таки въ этомъ мѣстѣ, гдѣ они расположены тонкимъ слоемъ и, не
прерываясь, переходятъ съ одной стороны на другую. Напротивъ того,
косые, многоразлично переплетенные между собою, пучки верхнихъ
отдѣловъ глотки, равно какъ наложенные другъ на друга круговые и
продольные мышечные слои пищевода въ состояніи оказывать болѣе
сильное сопротивленіе дѣйствующему извнутри давленію. Мы видимъ
дѣйствительно, что и на пищеводѣ наименьшее сопротивленіе выказы-
ваетъ треугольное пространство на задней стѣнкѣ, примыкающее не-

¹⁾ Наиболѣе опредѣлительно въ пользу дѣйствительно прирожденнаго расширенія го-
ворятъ припадки въ интересномъ случаѣ (у 3-лѣтней дѣвочки) Kurz'a, обнародованнаго
уже во время корректированія настоящаго листа (*Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med.*,
1877, № 48). Что же касается формы расширенія, т. е. представляетъ ли оно пазуху
въ нашемъ смыслѣ или „желудочныя сѣни“ (см. выше, стр. 44) — что на основаніи
предъидущаго кажется мнѣ болѣе вѣроятнымъ — то объ этомъ нельзя ничего сказать,
такъ какъ ребенокъ еще живъ.

посредственно къ глоткѣ и свободное еще отъ продольныхъ волоконъ. И если, соотвѣтственно этому, упомянутое мѣсто уже анатомически предрасположено къ образованію пазухъ, то, съ другой стороны, оно же составляетъ удобную почву для воздѣйствія производящихъ причинъ, такъ какъ въ этомъ мѣстѣ, какъ въ наиболѣе узкой части глотки, передняя стѣнка которой, будучи прикрѣплена къ пластинкѣ перстневиднаго хряща, отличается неподатливостью, особенно легко застрѣваютъ пищевые комки и постороннія тѣла.

Изъ сопоставленія несомнѣнныхъ (подтвержденныхъ вскрытіемъ) случаевъ описываемой категоріи оказывается тотъ весьма замѣчательный фактъ, что на 22 случая, въ которыхъ отмѣченъ возрастъ, нѣтъ ни одной женщины, а все только одни мужчины. Точно также изъ 7 случаевъ, съ большею или меньшею вѣроятностью относящихся къ нашей категоріи, на основаніи прижизненныхъ явленій, но безъ вскрытія, было 5 мужчинъ и только 2 женщины. Такое отношеніе едва ли можно считать за простую случайность. Трудно сказать, чѣмъ обусловливается такая застрахованность женскаго пола. Пожалуй, нѣкоторое вліяніе можетъ быть приписано меньшимъ размѣрамъ и большей податливости женской гортани, окостенѣвающей въ пожиломъ возрастѣ позднѣе, чѣмъ у мужчинъ, а также и тому обстоятельству, что у женщинъ шея болѣе открыта, чѣмъ у мужчинъ, стягивающихъ ее тугими, накрахмаленными воротниками. Въ обоихъ единственныхъ случаяхъ, относившихся къ женщинамъ (№ 32 и 34), какъ причина болѣзни выставлена: въ одномъ настоящая травма (насильственное стискиваніе шеи), а въ другомъ засѣвшая въ глоткѣ рыба кость (т. е., по всему вѣроятію, внутреннее пораненіе)—все это такія причины, противъ которыхъ упомянутые моменты, конечно, защитить не могли. Слѣдовательно, эти 2 исключенія только подтверждаютъ упомянутое правило.

Далѣе, оказывается, что изъ 19 случаевъ, въ которыхъ отмѣченъ возрастъ больныхъ, въ 17 смерть послѣдовала послѣ 50-лѣтняго возраста, и притомъ въ 14 случаяхъ позднѣе 60 лѣтъ.

Умерло:

въ возрастѣ отъ 40 до 50 лѣтъ	2
„ 50 „ 60 „	3
„ 60 „ 70 „	8
„ 70 „ 80 „	5
на 80 году	1

Изъ этого одного, однакоже, еще не слѣдуетъ, что болѣзнь принадлежитъ только пожилому возрасту, такъ какъ она вообще весьма продолжительна, во многихъ случаяхъ длилась 20—30, а въ одномъ даже 49 лѣтъ. Оно показываетъ только, что продолжительность жизни больныхъ едва ли существенно нарушается отъ этой тяжелой болѣзни, — фактъ, заслуживающій серьезнаго вниманія при рѣшеніи вопроса о примѣненіи въ конкретномъ случаѣ предлагаемаго нѣкоторыми вполнѣ до-

зволительнаго, но не совсѣмъ безопаснаго оперативнаго леченія (см. *Кенигъ*, 1. с., стр. 51).

Анализъ 10 другихъ случаевъ, въ которыхъ начало болѣзни прямо указано или, по крайней мѣрѣ, можетъ быть приблизительно вычислено, показываетъ, однакоже, что въ 8 случаяхъ болѣзнь началась послѣ 40-лѣтняго возраста.

Первые припадки показали

	на 17 году въ 1 случаѣ	
	" 35 " " 1 "	
между 40 и 50 годами	" 3 "	
" 50 " 60	" 4 "	
на 66 году	" 1 "	

Такимъ образомъ, описываемая болѣзнь есть дѣйствительно принадлежащая болѣе пожилому возрасту. Случай, въ которомъ затрудненія глотанія показали уже на 17 году (случай *Рокитанскаго* съ 49-лѣтней продолжительностью болѣзни), какъ уже замѣчено выше, допускаетъ еще иное толкованіе, а именно: затрудненіе глотанія въ эти ранніе годы можетъ быть съ большей вѣроятностію отнесено на счетъ появляющагося въ этомъ періодѣ зоба, такъ что и здѣсь пазуха могла присоединиться позднѣе. Точно также мы уже замѣтили выше, что затрудненіе глотанія, обнаружившееся въ случаѣ *Джиганелла* съ самаго ранняго дѣтства, должно быть приписано не пазухѣ, а суженію, существовавшему, вѣроятно, отъ рожденія. Единственный больной, который нажилъ эту болѣзнь уже на 35 году, есть больной *Гасснера-Фридберга*, но и тутъ причиной болѣзни была травма. Если же, такимъ образомъ, расположеніе къ этой болѣзни выступаетъ съ большей рѣшительностью лишь послѣ 40-лѣтняго возраста, то невольно напрашивается вопросъ, не играетъ ли здѣсь въ самомъ дѣлѣ большой роли окостенѣніе гортани, которое, какъ извѣстно, начинается у мужчинъ на 40—50 году жизни, у женщинъ же далеко позже и вообще гораздо рѣже¹⁾. Но, какъ бы то ни было, приведенные факты окончательно подрываютъ теорію о прирожденномъ происхожденіи описываемыхъ пазухъ.

Что касается дальнѣйшаго развитія болѣзни и обусловливаемыхъ ею явленій, то относительно перваго пункта самое главное было уже изложено нами выше. Разъ что первоначально легкое выпячиваніе слизистой оболочки разрастается въ настоящій мѣшокъ, пищевыя вещества, попадающія въ него при каждомъ актѣ глотанія, неизбѣжно должны застояться въ немъ, потому что лишенный мышечной оболочки мѣшокъ не можетъ вытолкнуть ихъ обратно, и своимъ давленіемъ неминуемо должны все болѣе и болѣе растягивать мѣшокъ. Будь его стѣнка снабжена мышечной оболочкой, эта опасность едва ли и существовала бы, какъ показываютъ частые, несомнѣнно прирожденные и обла-

¹⁾ См. Henle, Handb. d. system. Anatomie, т. II, стр. 230, 1862.

дающіе настоящей мышечной оболочкой карманы тонкой кишки (остатки незакрывшагося ductus omphalomesaraicus), на которыхъ никогда не замѣчается послѣдовательнаго мѣшковиднаго расширенія. Растягиваніе въ большіе мѣшки всегда совершается исподволь и въ теченіи многихъ лѣтъ.

Въ началѣ болѣзни иногда вовсе не замѣчается характеристическихъ признаковъ затрудненнаго глотанія или они обнаруживаются въ очень умѣренной степени, наводя на мысль о существованіи легкаго суженія; тяжелые же припадки во все болѣе и болѣе возрастающей степени и во все болѣе и болѣе характеристической формѣ появляются только тогда, когда мѣшокъ достигнетъ такой величины и положенія, что въ наполненномъ состояніи не можетъ не прижимать пищевода. Теперь при каждомъ принятіи пищи пазуха быстро наполняется и, сдавливая пищеводъ, совершенно заграждаетъ доступъ въ него пищѣ. Если больной продолжаетъ ѣсть, то пища, не находя себѣ выхода и скопляясь въ глоткѣ, быстро извергается назадъ. Часть же пищи, попавшая въ пазуху, можетъ оставаться въ ней на одинъ или нѣсколько часовъ (а не то даже цѣлые дни, случай *Колломба*) и затѣмъ, отчасти какъ будто произвольно (вѣроятно, вслѣдствіе сдавливанія мѣшка сокращающимися шейными мышцами), отчасти умышленнымъ надавливаніемъ шеи рукою, она возвращается обратно въ ротъ, то въ совершенно неизмѣненномъ видѣ, то слегка размягченная и смѣшанная со слюзью. Отсюда пищевые остатки либо выплевываются, либо больной пытается снова проглотить ихъ, такъ что во многихъ случаяхъ имѣетъ мѣсто настоящее пережевываніе жвачки. Это именно и есть самое характеристическое явленіе, хотя, какъ мы видѣли, оно встрѣчается и при разлитомъ расширеніи. Нерѣдко также присоединяется и настоящая рвота. Больному только съ мучительнымъ усиліемъ удастся иногда выдавить въ желудокъ небольшія порціи пищи. Наконецъ, настаетъ такое время, когда при актѣ глотанія ничего уже не попадаетъ въ желудокъ. Жизнь больного можетъ быть поддержана только съ помощью желудочнаго зонда, который, однакоже, часто отказывается въ услугахъ, или посредствомъ питательныхъ клистировъ. Наконецъ, больные умираютъ отъ страшнаго истощенія, если только какая-нибудь случайная болѣзнь не положить конца этому мучительному существованію еще раньше.

Изъ 27 подтвержденныхъ вскрытіемъ случаевъ въ 13 больные умерли отъ послѣдствій пазухи, въ 8—отъ другихъ болѣзней. Относительно 6 причина смерти не указана.

Съ объективной стороны, въ этихъ позднихъ періодахъ болѣзни показывается разлитое или ограниченное вздутіе на шеѣ, въ области пищевода, то на одной, то на обѣихъ сторонахъ, видимое и осязаемое. Нажимая эту опухоль, можно выдавить въ ротъ принятую больнымъ пищу, послѣ чего вздутость пропадаетъ. Введенный зондъ прежде всего попадаетъ всегда въ пазуху и наталкивается здѣсь на препятствіе,

которое может породить мысль о существованіи узкой стриктуры, если пуговка зонда не двигается свободно въ мѣшкѣ (*Гасснеръ-Фридберъ*). Только при особенной ловкости иногда удается проскользнуть зондомъ мимо пазухи въ пищеводъ. Именно эта смѣна удачи и неудачи при введеніи зонда, при чемъ въ случаѣ успѣха зондъ не встрѣчаетъ никакихъ препятствій (*Ч. Белль* и указаніе проф. *Винтриха* въ нашемъ случаѣ), и можетъ навести на правильный діагнозъ. Въ случаѣ *Гасснеръ-Фридберга* больной научился самъ вставлять зондъ и этимъ путемъ питался до тѣхъ поръ, пока, наконецъ, введеніе зонда стало для него невозможнымъ и онъ, наскучивъ такой жизнью, совершенно пересталъ заботиться о пищѣ и умеръ голодной смертію.

Вслѣдствіе раздраженія мѣшка находящимися въ немъ пищевыми веществами, развивается хроническій катарръ его слизистой оболочки, въ силу котораго послѣдняя въ крупныхъ пазухахъ почти всегда представляется сильно утолщенной, то съ гладкой внутренней поверхностью (*Рокитанскій*), то испещренной мелкими зернышками, вслѣдствіе густого и сильнаго разращенія сосочковъ, какъ мы это наблюдали въ двухъ случаяхъ. Другихъ измѣненій на слизистой оболочкѣ не замѣчается; особенно нужно замѣтить, что ни въ одномъ изъ относящихся сюда случаевъ не наблюдалось ни изъязвленій, ни прободенія стѣнки съ ихъ послѣдствіями (размягченныя мѣста въ случаѣ *Фейтъ-Берга*, вѣроятно, составляли посмертное измѣненіе).

Тяжелыя постороннія тѣла, попадающія въ пазуху, надо полагать, могутъ пролежать въ ней очень долго. Такъ, въ случаѣ *Ферстера* въ мѣшкѣ найдено нѣсколько кусковъ крупной дроби, обточившихся другъ объ друга, въ случаѣ *Фейтъ-Берга*—дробина, а въ нашемъ величиною въ крейцеръ кусокъ сланца. Въ случаѣ *Лудлова* въ мѣшкѣ оказалось много ртути, которую давали глотать больному за 2 недѣли до смерти.

Выволонутыя пазухи.

Выволонутыя пазухи, какъ уже замѣчено, представляютъ образованія, во всѣхъ отношеніяхъ отличныя отъ описанныхъ выше выпертыхъ пазухъ, съ которыми онѣ сходны только въ томъ, что, подобно послѣднимъ, суть карманы слизистой оболочки.

Въ противоположность большой рѣдкости выпертыхъ пазухъ, выволонутыя пазухи встрѣчаются весьма часто, какъ это самымъ опредѣленнымъ образомъ доказываютъ наши собственныя обширныя изслѣдованія. Если же до сихъ поръ онѣ наблюдались такъ рѣдко, то это объясняется только невниманіемъ, съ которымъ обыкновенно относятся на вскрытіяхъ къ пищеводу. Хотя въ большинствѣ случаевъ онѣ существуютъ совершенно скрытно, не причиняя никакихъ разстройствъ, такъ что представляютъ какъ бы случайное побочное явленіе на вскрытіи, тѣмъ не

менѣ онѣ всегда заключаютъ въ себѣ значительную опасность для больного. Ибо вовсе не рѣдкость, что, вскрываясь, онѣ становятся исходной точкой разнообразныхъ, тяжелыхъ и смертельныхъ заболѣваній, истинная причина которыхъ часто вполне и притомъ большею частью совершенно неожиданно выясняется на вскрытіи присутствіемъ пазухи. Вотъ почему въ практическомъ отношеніи онѣ имѣютъ, благодаря своей частотѣ, гораздо большее значеніе, чѣмъ выпертыя пазухи, которыя, хотя и составляютъ болѣе осязательное страданіе, бросающееся въ глаза своею странностью, но при всемъ томъ всегда останутся принадлежностью кабинетовъ рѣдкостей и менѣ опасными для жизни.

Выволокнутыя пазухи пищевода впервые были описаны и правильно истолкованы — вначалѣ, правда, на основаніи только одного случая — *Рокитанскимъ* (Oesterreich. Jahrb., 1840, стр. 230. Случай 4 въ Handb. d. path. Anat., III, стр. 160, 1842). Но уже въ одной эрлангенской диссертациі (*Грейнеръ*, Die Krankh. d. Bronchialdrüsen, 1851), написанной подъ руководствомъ *Диттриха* и оставшейся незамѣченной, указывается на то, что эти пазухи, по наблюденіямъ *Диттриха*, встрѣчаются весьма часто. *Гемль* (I. c., 1855) тоже считаетъ ихъ не особенно рѣдкими. Въ новомъ изданіи своего сочиненія *Рокитанскій* (Lehrb., III, 1861, стр. 127) уже указываетъ на частоту этой формы пазухъ и рисуетъ патологическую сторону ихъ краткими, но ясными и вполне вѣрными штрихами (основываясь на одномъ новомъ, особенно характеристическомъ, вскрытомъ имъ случаѣ, *ibid.*, стр. 38). Благодаря его указаніямъ, съ тѣхъ поръ въ клиническихъ и патолого-анатомическихъ руководствахъ и учебникахъ влеченіе сморщивающихся бронхиальныхъ железъ приводится какъ одна изъ причинъ образованія пазухъ пищевода. Но это дѣлается обыкновенно въ такой формѣ, которая ясно показываетъ, что сами авторы никогда не видали этихъ пазухъ и считаютъ ихъ за весьма рѣдкое явленіе. Еще недавно *Клебъ* (Handb. d. path. Anat., вып. 1, 1868, стр. 163) изложилъ ученіе о пазухахъ въ такомъ видѣ, точно дѣло идетъ о придуманной за письменнымъ столомъ теоріи, съ которою можно соглашаться и не соглашаться. И, очевидно, подъ вліяніемъ этого изложенія, одинъ изъ новѣйшихъ клиническихъ учебниковъ буквально говоритъ: „подобныя выпячиванія, какъ утверждаютъ, могутъ произойти отъ влеченія извнѣ“. Такое сомнѣвающееся отношеніе къ вѣрности относящихся сюда наблюденій лишено всякаго основанія. Казуистическій матеріалъ еще крайне скуденъ; мы имѣемъ всего два случая, вѣрнѣе упоминаемые *В. Мюллеромъ* (Jen. Zeitschr. f. Med. u. Naturw., т. IV, 1868, стр. 164), и одинъ препаратъ изъ гисенской коллекціи, описанный и срисованный *Фридбергомъ* въ его диссертациі (Giessen, 1867). Мы сами тоже обнаружили два изъ нашихъ случаевъ въ эрлангенскомъ патолого-анатом. институтѣ (Deutsch. Arch. f. klin. Med., V, стр. 18 и 255). — Такимъ образомъ, со времени тѣхъ первыхъ сообщеній ученіе о пазухахъ не особенно подвигалось впередъ и вообще не добилося того признанія, котораго заслуживаетъ. Мы надѣемся доставить ему такое признаніе нашимъ изложеніемъ. Въ теченіи многихъ лѣтъ мы посвящали вниманіе этому предмету и можемъ основывать наше изложеніе болѣе чѣмъ на 60 нами (*Ценкеръ*) видѣнныхъ и изслѣдованныхъ случаяхъ, изъ которыхъ 54 занесены въ наши протоколы. Этими случаями указанія *Рокитанскаго* вполне подтверждаются и въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ еще болѣе расширяются. Другіе 15 случаевъ обнаружены недавно въ упомянутой выше кильской диссертациі *Тидемана*. Она сдѣлана подъ руководствомъ профессора *Гемлера*, который былъ раньше ассистентомъ въ эрлангенскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ и хорошо знакомъ съ предметомъ. Поэтому упомянутые случаи непосредственно примыкаютъ къ нашимъ.

Выволкнутыя пазухи сидятъ исключительно на пищеводѣ, тогда какъ на глоткѣ онѣ до сихъ поръ не наблюдались ни разу. Онѣ всегда занимаютъ переднюю стѣнку, притомъ преимущественно мѣсто, соответствующее раздвоенію дыхательнаго горла, или очень близко къ этому мѣсту, сверху или снизу, то по срединной линіи, то болѣе въ сторону того или другого бронха. Впрочемъ, онѣ попадаютъ и болѣе внизъ или наверху, хотя довольно рѣдко.

Въ большинствѣ случаевъ существуетъ только одна пазуха. Но не особенно рѣдки и такіе случаи, гдѣ имѣются двѣ или даже три пазухи, сидяція близко или далеко другъ отъ друга.

Изъ 54 случаевъ 40 разъ найдена 1, 11 разъ 2 и 3 раза 3 пазухи.

Форма пазухъ—за рѣдкими исключеніями—напоминаетъ форму узкой или широкой воронки, сравнительно небольшой глубины. Чаше всего я находилъ ихъ въ 2—8 миллим.; но въ отдѣльныхъ случаяхъ онѣ достигали глубины 9—12 миллим. Болѣе значительная глубина составляетъ, во всякомъ случаѣ, большую рѣдкость ¹⁾. Отверстіе ихъ то узкое, то широкое, съ поперечникомъ до 6—8 миллим. Верхушка воронки направлена то прямо впередъ или въ сторону, то вверхъ или внизъ, и прикрѣплена въ соответственномъ мѣстѣ, обыкновенно на мѣстѣ раздвоенія дыхательнаго горла или къ какому нибудь бронху, рѣже къ воротамъ легкихъ, посредствомъ мозолистой ткани, или же безъ замѣтныхъ границъ заложена въ подобной ткани. Въ исключительныхъ случаяхъ пазуха имѣетъ форму плоской или глубокой ямки, плоское дно которой прикрѣплено на значительномъ протяженіи къ лежащей по близости мозоли, или же форму полулуннаго кармана съ щелевиднымъ входомъ. Последнюю форму я видѣлъ въ верхней части пищевода, и въ одномъ изъ такихъ случаевъ слѣпой конецъ пазухи былъ связанъ только посредствомъ тонкой, но плотной, соединительно-тканной нити съ отдаленной сморщившейся бронхіальной железой, такъ что при подергиваніи за железу вытягивалась и пазуха.

Стѣнка пазухи состоитъ или изъ одной только слизистой оболочки, или также изъ выдернутой вмѣстѣ съ нею мышечной оболочки. Слизистая оболочка часто вдается въ углубленіе складками, но вообще совершенно нормальна. Только въ нѣкоторыхъ случаяхъ она показываетъ ясную рубцеватость, особенно въ глубинѣ пазухи, и тогда имѣетъ изрѣдка черную окраску. Не особенно рѣдко также въ самой пазухѣ или возлѣ ея отверстія замѣчается маленькій мостикъ изъ слизистой оболочки, который долженъ быть разсматриваемъ, какъ остатокъ зарубцовавшейся язвы слизистой оболочки съ подрытыми краями. Мышечная оболочка представляетъ весьма разнообразныя отноше-

¹⁾ Описанная Фридбергомъ выволкнутая пазуха изъ тисенской колекціи имѣла будто-бы 1½ дюйма длины.

нія къ пазухѣ. Въ иныхъ случаяхъ отношеніе ея вполне таково, какъ его описываетъ *Рокитанскій*: выступившая между раздвинутыхъ мышечныхъ волоконъ слизистая оболочка вовсе не покрыта мышечными волокнами. Одинъ разъ мы нашли слизистую оболочку, которая была выпячена на подобіе грыжи между разступившимися продольными мышечными волокнами, еще покрытою нѣсколькими тонкими круговыми волокнами.

Фиг. 5.

Фиг. 6.



Выводокнутая пазуха пищевада, разсматриваемая сбоку. Верхушка ея прирѣплена на мѣстѣ раздвоенія дыхательнаго горла къ сморщившимся бронхіальнымъ железамъ. Фотографическій снимокъ.

Внутренній видъ другой выволокнутой пазухи пищевада съ пѣлюю показать ея отверстіе.

Въ другихъ же, и, какъ кажется, въ большинствѣ случаевъ, мышечный слой, по справедливому замѣчанію *Тидемана*, выдергивается наружу вмѣстѣ со слизистой оболочкой. При этомъ ясно можно замѣтить, какъ продольныя мышечныя волокна заворачиваютъ подъ дугой на стѣнку пазухи и либо теряются у верхушки въ мозолистой ткани, къ кото-

рой прикрѣплена пазуха, либо, перегнувшись подь острымъ угломъ, снова переходять на пищеводъ. Но и тутъ случается иногда, что на верхушкѣ пазухи слизистая оболочка свободно проходитъ черезъ промежутокъ въ мышечномъ слоѣ. Эти уклоненія легко объясняются легкими измѣненіями болѣзненнаго процесса, различіями въ способѣ сращенія сморщивающейся мозоли со стѣнкой пищевода. И было бы совершенно неправильно изъ этихъ пазухъ построить, на чисто анатомическомъ основаніи, два вида — пазухи съ мышечнымъ слоемъ и безъ мышечнаго слоя — такъ какъ въ генетическомъ отношеніи тѣ и другія вполнѣ однородны.

Для уразумѣнія описываемыхъ пазухъ громадное значеніе имѣетъ состояніе примыкающихъ къ нимъ снаружн частей. Въ этомъ отношеніи почти всегда самымъ явственнымъ образомъ находятъ, что плотная, сморщившаяся мозоль или непосредственно прилегаетъ къ верхушкѣ пазухи, срастаясь съ нею болѣе или менѣе крѣпко и даже охватывая ее всю цѣликомъ, или же переходитъ на нее своими лучистыми отростками. Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ дѣло идетъ объ ограниченныхъ твердыхъ черныхъ узлахъ, которые, прилегая къ бронхамъ или къ дыхательному горлу, чаще всего на мѣстѣ раздвоенія послѣдняго, своимъ положеніемъ, формою и окраской сряду же изобличаютъ сморщенные бронхіальныя железы и нерѣдко содержатъ известковые сrostки или рыхлую черную массу. Окружающая кѣлѣчатка обыкновенно переходитъ на нихъ въ видѣ лучей. Иногда эти узлы съеживаются въ такіе ничтожныя комочки, что только по черному цвѣту можно узнать въ нихъ остатки бронхіальныхъ железъ. Съ другой стороны, сморщившаяся железа посредствомъ мозолистой кѣлѣчатки можетъ слиться съ сосѣдними железами, отчасти тоже сморщенными, отчасти набухшими, въ сплошную громадную мозоль.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ на бронхіальныхъ железахъ вовсе не замѣчается процесса сморщиванія. Вмѣсто этого находятъ лучисто-рубцовыя прожилки соединительной ткани, пространственное отношеніе которыхъ къ пазухѣ тоже совершенно ясно и которыя должны быть рассматриваемы, какъ остатокъ нѣкогда существовавшаго хроническаго медиастинита. Наконецъ, намъ попадались и такіе, правда, крайне рѣдкіе, случаи, въ которыхъ нельзя было съ достовѣрностью найти съежившуюся ткань на наружной поверхности пазухи, между тѣмъ какъ весь остальной характеръ пазухи, а именно его положеніе, форма и т. д., заставлялъ признавать ее за выволоннутую пазуху. Нельзя отрицать, что тотъ или другой изъ этихъ случаевъ имѣетъ иное значеніе и неправильно занесенъ сюда. Но такъ какъ мы знаемъ, что весьма значительныя рубцы съ теченіемъ времени могутъ изгладиться до неузнаваемости, и такъ какъ, съ другой стороны, многія пазухи навѣрно существовали уже многіе десятки лѣтъ, прежде чѣмъ попали на секціонный столъ, то упомя-

нутые сейчасъ случаи можно истолковать въ томъ смыслѣ, что имѣвшійся, слабо выраженный, рубецъ совершенно изгладился ¹⁾.

Патогенезъ выволокнутыхъ пазухъ самъ собою вытекаетъ изъ описанныхъ анатомическихъ отношеній. Исходной точкой ихъ служатъ процессы воспалительнаго набуханія въ примыкающихъ къ пищеводу частяхъ, ведущіе къ сращенію этихъ воспалительныхъ гнѣздъ съ ограниченнымъ мѣстомъ пищеводной стѣнки. Если послѣдуетъ рубцовое уплотнѣніе или сморщиваніе воспалительныхъ гнѣздъ, то послѣднія, будучи сращены еще съ другими, менѣе податливыми частями (особенно со стѣнкой бронховъ), неизбежно должны вытянуть наружу упомянутое мѣсто пищевода. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ этотъ способъ происхожденія до того ясно отпечатлѣвается въ анатомической картинѣ, что, имѣя передъ глазами подобные препараты, невозможно и спорить объ этомъ. Опытъ показываетъ, что чаще всего эти измѣненія обуславливаются железами бронховъ и дыхательнаго горла, особенно на мѣстѣ раздвоенія послѣдняго. И такое привилегированное положеніе пазухъ въ этомъ мѣстѣ объясняется исключительно чрезвычайной скученностью железъ въ мѣстѣ раздвоенія дыхательнаго горла. Причинами, обуславливающими развитіе пазухъ, являются то простыя воспалительныя набуханія, то нагноенія, то отвороженіе железъ съ послѣдовательнымъ размягченіемъ, которыя, при посредствѣ вызываемаго ими періаденита, ведутъ къ склейкѣ съ пищеводомъ и затѣмъ, переходя въ рубцовое сморщиваніе, влекутъ къ образованію пазухи. На вполнѣ развитшемся рубцѣ часто невозможно съ точностью опредѣлить первоначальнаго характера болѣзни.

Способъ сращенія железъ со стѣнкой пищевода можетъ быть различный, и соотвѣтственно этому бываетъ различно и строеніе стѣнки пазухи. Железа можетъ склеиваться только съ наружной поверхностью мышечнаго слоя, или же періаденитическое уплотнѣніе распространяется и на мышечный слой, и тогда при сморщиваніи прежде всего выдерживается мышечная оболочка, а слизистая только слѣдуетъ за ней. Съ другой стороны, уплотнѣніе можетъ проникнуть сквозь мышечный слой до слизистой оболочки, и тогда обѣ оболочки вытягиваются наружу одновременно. Во всѣхъ этихъ случаяхъ пазуха состоитъ изъ слизистой оболочки и мышечнаго слоя. Наконецъ, железа можетъ склеиваться чрезъ промежутокъ въ мышечномъ слоѣ непосредственно со слизистой оболочкой; самымъ правильнымъ объясненіемъ этого будетъ то, что нагноеніемъ околожелезистой влѣтчатки была разрушена небольшая часть мышечнаго слоя, послѣ чего нагноеніе проникло до слизистой оболочки.

¹⁾ Это толкованіе кажется мнѣ наиболѣе правдоподобнымъ и для наблюдавшейся Клебсомъ и признанной имъ за прирожденную маленькой шатровидной пазухи, которая была связана плотной нитью съ мѣстомъ раздвоенія дыхательнаго горла и рядомъ съ которой не замѣчалось никакихъ сморщенныхъ железъ.

Навѣрно можно сказать, что въ иныхъ изъ этихъ случаевъ свѣжій гноевикъ вскрывается въ пищеводѣ, и если послѣ выдѣленія гноя послѣдуетъ быстрое сморщиваніе уцѣлѣвшей еще ткани железы, то прободное отверстіе пищевода снова закроется и слизистая оболочка будетъ выдерживаться наружу черезъ мышечный промежутокъ. Мы получимъ тогда обнаженную отъ мышцъ воронку слизистой оболочки, которая, вытягиваясь еще болѣе наружу подъ вліяніемъ продолжающагося сморщиванія, можетъ сдернуть и сосѣднія мышечныя волокна ¹⁾. Этимъ всего легче объясняются тѣ пазухи, слизистая оболочка которыхъ зарубцована особенно въ глубинѣ и кажется черной отъ непосредственно склеенной съ нею черной железистой ткани.

Подобнымъ же образомъ, въ гораздо болѣе рѣдкихъ случаяхъ, причиной образованія пазухъ оказываются рубцовыя пучки межлегочной клѣтчатки, склеенныя на ограниченныхъ мѣстахъ со стѣнкой пищевода. Конечно, въ большинствѣ случаевъ этотъ хроническій медиастинитъ бываетъ соединенъ съ пораженіемъ железъ, но онъ встрѣчается также и независимо отъ такого пораженія, напр. при плевритѣ или костоѣдѣ позвонковъ ²⁾, и потому заслуживаетъ отдѣльнаго упоминанія.

Болѣе отдаленныя причины основныхъ болѣзней въ большинствѣ случаевъ не могутъ быть указаны. Что иной разъ дѣло идетъ о золотушныхъ страданіяхъ, это вѣроятно а priori, въ виду преобладающаго участія лимфатическихъ железъ, и дѣйствительно доказано относительно нѣсколькихъ случаевъ.

Сюда относится препарат № IV *Тидемана* и одинъ случай изъ нашего наблюденія у 1½-лѣтняго ребенка, умершаго отъ творожистой пневмоніи.

Въ связи съ этимъ находится, вѣроятно, тотъ фактъ, что между взрослыми сравнительно большое число пазухъ найдено нами у умершихъ отъ чахотки и у одержимыхъ костоѣдой.

Другую причину, которая, какъ кажется, не особенно рѣдко влечетъ за собой образованіе выволокнутой пазухи, мы имѣемъ во вдыханіи песочной пыли (chalicosis). Мы сами, равно какъ и *Гелеръ*, неоднократно находили пазухи въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ легкія представляли характеристическія измѣненія халикоза. Самый изящный и чистый случай этого рода опубликованъ *Иммерманомъ* ³⁾ изъ эрлангенской поликлиники. Въ этомъ случаѣ, рядомъ съ другими измѣненіями, обусловленными процессами сморщиванія у легочныхъ воротъ и въ межлегочномъ пространствѣ (суженіе вѣтвей легочной артеріи, выволокнутая пазуха праваго бронха), мы нашли и отчетливую выволокнутую пазуху пищевода, при чемъ

¹⁾ Препаратъ № IV въ диссертациі *Тидемана* представляетъ подобный случай въ періодъ развитія пазухи.

²⁾ 1 разъ вытянутая пазуха найдена при костоѣдѣ грудныхъ позвонковъ, 2 раза при костоѣдѣ поясничныхъ позвонковъ и гноевикѣ поясничной мышцы.

³⁾ Deutsch. Archiv f. klin. Med., т. V, 1869, стр. 235.

Руков. къ частн. патол. и терап. Т. VII. 1. *Прибавленіе.*

химическое изслѣдованіе легкихъ вполне подтвердило предположенный уже на вскрытіи песочный характеръ болѣзни.

Что касается періода развитія выволокнутыхъ пазухъ, то, въ виду частости страданій бронхіальныхъ железъ въ дѣтскомъ возрастѣ, уже заранѣе можно было предположить, что онѣ нерѣдко появляются уже въ эти годы. Наблюденія подтвердили это предположеніе, такъ какъ и мы, равно какъ и *Геллеръ (Тидеманъ)*, находили пазухи въ дѣтскомъ возрастѣ.

Мы наблюдали ихъ у дѣтей 1½, 6 и 11 лѣтъ, а *Геллеръ* у дѣтей 3 и 8 лѣтъ.

Послѣ періода возмужалости до 30 лѣтъ мы находили ихъ въ 6 случаяхъ. Всѣ же остальные случаи (числомъ 43) приходятся на возрастъ отъ 30 до 86 лѣтъ, что, конечно, ничего не говоритъ о періодѣ собственно возникновенія пазухъ, а показываетъ только, что въ большинствѣ случаевъ существованіе ихъ не вредитъ здоровью и жизни.

Что полъ не долженъ оказывать никакого вліянія на развитіе этихъ пазухъ, можно было предвидѣть уже по способу ихъ происхожденія, и въ самомъ дѣлѣ изъ 54 случаевъ мы нашли ихъ 29 разъ у мужчинъ и 25 разъ у женщинъ.

Что касается дальнѣйшей судьбы этихъ пазухъ и обусловливаемого этимъ патологическаго значенія ихъ, то по завершеніи рубцового сморщиванія на сосѣдней ткани и окончательнаго образованія пазухи, послѣдняя большею частью остается въ одномъ и томъ же положеніи. Глубина ея опредѣляется исключительно степенью сморщиванія сосѣднихъ частей. Наклонности къ увеличенію, которая такъ рѣшительно опредѣляетъ собой дальнѣйшую исторію выпертыхъ пазухъ, выволокнутыя пазухи не обнаруживаютъ. Ничтожныя количества пищи и напитковъ, которыя попадаютъ въ нихъ при актѣ глотанія, не въ состояніи произвести своею тяжестью увеличенія кармана, тѣмъ болѣе, что послѣдній чаще бываетъ обращенъ вверхъ или горизонтально, и притомъ болѣе впередъ, чѣмъ прямо внизъ. Нерѣдкое внѣдреніе пазухи въ мозолистую ткань и плотность ея стѣнки, по скольку въ ней участвуетъ мышечный слой, тоже не особенно способствуютъ дальнѣйшему растяженію. Такимъ образомъ, наши пазухи никогда не образуютъ большихъ мѣшковъ, которые своей величиной производили бы давленіе на пищеводъ и этимъ вызывали бы дальнѣйшія расстройствa ¹⁾. Но, и помимо этого, на нихъ обыкновенно не замѣчается никакихъ явленій, которыя бы указывали на послѣдовательныя измѣненія.

И такъ какъ, вдобавокъ, онѣ не способны производить и, какъ показываетъ опытъ, дѣйствительно не производятъ никакихъ затрудненій глотанія, то можно было бы подумать, что эти неважныя образованія,

¹⁾ Слова *Рокитанскаго*, что эти пазухи, „значительно увеличиваясь въ объемѣ, могутъ внѣдриться въ легкое“, мы понимаемъ, на основаніи нашихъ наблюденій, только въ томъ смыслѣ, что если сморщиваніе очень сильно и вслѣдствіе этого пазухи достигаютъ чрезвычайной, т. е. относительно большой величины, то онѣ могутъ дойти до легкихъ или даже до бронхіальныхъ железъ легочныхъ воротъ.

представляя собою безвредные рубцы, вообще не имѣютъ сколько нибудь серьезнаго патологическаго значенія. Къ сожалѣнію, имъ присуща одна опасность, которая, заключаая въ себѣ цѣлый рядъ другихъ опасностей, дѣлаетъ ихъ предметомъ самаго серьезнаго вниманія со стороны патологовъ: это именно, какъ замѣчено вначалѣ, наступающее нерѣдко прободеніе верхушки пазухи. Что собственно обуславливаетъ это прободеніе—большею частью трудно опредѣлить прямымъ наблюденіемъ. А ригорі можно предположить, что прободеніе происходитъ изнутри наружу или въ обратномъ порядкѣ. Въ дѣйствительности встрѣчается, вѣроятно, и то и другое; но первый способъ прободенія, надо полагать, является чаще. По крайней мѣрѣ, трудно придумать, что бы такое могло вызвать язвенное разрушеніе или омертвѣніе лежащихъ снаружи мозолистыхъ тканевыхъ массъ, навѣрное очень мало предрасположенныхъ къ воспаленіямъ, если не раздраженіе, дѣйствующее на слизистую оболочку изнутри. И что послѣдняго рода вліяніе дѣйствительно можетъ вести къ разрушенію, а слѣдовательно, и къ прободенію пазухи, это не только ясно а ригорі, но и доказано эмпирически случаемъ *Рокитанскаго* ¹⁾, который первый выставилъ на видъ роковыя послѣдствія описываемыхъ пазухъ. Въ этомъ случаѣ въ отверстіи пазухи найденъ торчащій кусокъ кости съ острыми гранями, который и повелъ къ прободенію съ обширнѣйшимъ гнилостнымъ распаденіемъ ²⁾. Въ нашихъ случаяхъ, съ подобнымъ же исходомъ, мы не находили постороннихъ тѣлъ. Кромѣ кусочковъ костей, точно такое же дѣйствіе могутъ производить защемившіяся въ тѣсной пазухѣ плодовые зернышки или другія твердыя тѣла, которыя потомъ выпадаютъ при гнилосномъ разрушеніи пазухи и легко ускользаютъ отъ наблюденія. Наконецъ, и мягкія части пищи, оставаясь въ пазухѣ и подвергаясь гніенію, тоже могутъ дѣйствовать въ качествѣ воспалительнаго раздраженія и производить изъязвленіе.

Когда возбужденное такимъ образомъ воспаленіе поведетъ къ язвенному разрушенію верхушки пазухи, то вслѣдъ за этимъ разрушеніе переходитъ на приклеенную мозоль, т. е. въ большинствѣ случаевъ на сморщенную бронхіальную железу. При этомъ, какъ мы наблюдали много разъ, черезъ верхушку пазухи можно проникнуть тонкимъ зондомъ въ лежащую еще въ области бронхіальной железы, а слѣдовательно, окруженную сумкою полость, наполненную черной, крошковатой и ка-

¹⁾ Lehrb. d. patholog. Anat., т. 3, 1861, стр. 38.

²⁾ Сюда, быть можетъ, относится также и сообщенный *Кестеромъ* (Berl. klin. Wochenschr., 1870, № 43) случай прободенія пищевода и полوی вены кускомъ кости, такъ какъ авт. говорить, что „кусокъ кости защемился въ пазухообразномъ выпячиваніи слизистой оболочки пищевода“. Болѣе же опредѣленное мнѣніе объ этомъ случаѣ составить себѣ трудно, потому что пазуха подробно не описана. Можетъ быть, авторъ разумѣлъ подъ этимъ выпячиваніе, произведенное самимъ кускомъ кости: судя по необыкновенно низкому положенію пазухи (въ разстояніи $\frac{1}{2}$ дюйма надъ діафрагмой), послѣднее предположеніе даже болѣе вѣроятно.

пищеобразной массой (которая при давленіи затекаетъ въ пазуху). Но описанное сейчасъ явленіе найдено нами случайно на вскрытіяхъ при другихъ смертельныхъ болѣзняхъ и ничѣмъ не давало знать о себѣ при жизни, такъ что и этотъ періодъ, повидимому, можетъ протекать совершенно скрытно. Но раньше или позже содержимое полости, въ которую постоянно попадаетъ изъ пищевода воздухъ вмѣстѣ съ разлагающимися частями пищи, подвергается гнилоственному распаденію, и тогда разрушеніе переходитъ изъ области железы въ межлегочную клетчатку, при чемъ образуется неправильная ихорозная полость со множествомъ бухтъ, которая, растягиваясь по всей ширинѣ межлегочнаго пространства, можетъ достигнуть значительнаго объема. Кромѣ гнилостной жижи, эта полость содержитъ тамъ и сямъ свободныя или еще пристающія къ стѣнкѣ черныя крошки (омертвѣлые остатки бронхиальныхъ железъ) или выслоившіеся изъ послѣднихъ известковые сrostки. Въ теченіи нѣкотораго времени даже такая ихорозная полость можетъ не вызывать никакихъ замѣтныхъ явленій. Но бѣда въ томъ, что она граничитъ со всѣхъ сторонъ съ важнѣйшими для жизни органами: бронхами, плеврой, легкими, сердечной сорочкой, легочной артеріей, аортой, на которые можетъ перейти или прорвать ихъ въ любое время. И вотъ совершенно неожиданно и, повидимому, безъ всякой причины обнаруживаются самыя разнообразныя тяжелыя страданія, которыя то медленно, то скорѣе, иногда даже съ быстротою молніи, оканчиваются смертью и находятъ себѣ объясненіе только при тщательномъ вскрытіи, — а то такъ и остаются неразъясненными, если вскрывающій врачъ сочтетъ за лишнее потревожить пищеводъ.

Такими послѣдовательными страданіями, большею частью со смертельнымъ исходомъ, являются по нашимъ наблюденіямъ слѣдующія. Чаше всего случается прободеніе въ одинъ или—такъ какъ гнилостная полость лежитъ обыкновенно въ мѣстѣ раздвоенія дыхательнаго горла — въ оба бронха. При вскрытіи послѣднихъ, стѣнка ихъ вблизи раздвоенія оказывается пробитой одной или нѣсколькими, величиною съ булавочную головку, а не то и болѣе крупными, дырками, изъ которыхъ, при давленіи на область раздвоенія, въ просвѣтъ бронха просачивается черноватая жижа. Такимъ образомъ, при посредствѣ ихорозной полости, между пищеводомъ и бронхомъ образовалось свищевое сообщеніе, которое, однакоже, вслѣдствіе неправильной формы полости, не всегда можетъ быть легко найдено зондомъ. Вокругъ прободнаго отверстія и отсюда дальше внизъ слизистая оболочка бронха представляется ярко-красной и разрыхленной, и никогда не случалось намъ наблюдать такой отчетливой зернистости, какъ на подобныхъ мѣстахъ (гранулѣзный бронхитъ). Дѣло можетъ ограничиться однимъ бронхитомъ, не затрогивая легкаго. И нельзя отрицать, что въ подобномъ случаѣ возможно излеченіе. Отверстія въ бронхиальной стѣнкѣ, закрытыя

рубцомъ, наблюдаются часто; только надо замѣтить, что въ подобнаго рода случаяхъ дѣло идетъ о непосредственномъ прободеніи со стороны размягченныхъ гнѣздъ бронхіальныхъ железъ, безъ сообщенія съ пищеводомъ, которое именно и усиливаетъ въ высшей степени опасность.

Но проникающая въ бронхъ гнилостная жижа можетъ присосаться легкимъ, и тогда, вслѣдствіе соприкосновенія съ жижей, въ соотвѣтствующей бронху части легкаго наступаетъ гангрена со смертельнымъ исходомъ.

Старуха 66 лѣтъ (Эрлангенъ, октябрь 1864) умерла отъ очень неопредѣленной болѣзни, которая такъ и осталась не діагностированной. На вскрытіи найдена очень обширная двусторонняя гангренозная пневмонія вмѣстѣ съ незначительнымъ гнилостнымъ плевритомъ правой стороны. Въ правомъ бронхѣ оказалось множество прободныхъ отверстій, произведенныхъ гнилостнымъ гнѣздомъ межлегочнаго пространства, а въ это гнѣздо, съ своей стороны, открывалась воронкообразная пазуха пищевода, сидѣвшая на уровнѣ раздвоенія.

Далѣе, если въ легкихъ уже существуютъ пещеры, то вскрывшаяся пазуха можетъ вступить въ свищевое сообщеніе съ послѣдними, при чемъ проникающія въ нихъ изъ пищевода частички пищи, подвергаясь гнилостному разложенію, могутъ вызвать омертвѣніе.

Весьма замѣчательный случай этого рода наблюдалъ *Геллеръ* (случай XIII въ диссертациі *Тидеманна*). 70-лѣтній старикъ имѣлъ въ обѣихъ верхушкахъ легкихъ бронхоэктатическія пещеры, которыя сообщались съ прорвавшейся выволокнутой пазухой пищевода, одна прямо чрезъ свищевой ходъ, а другая косвенно, при посредствѣ гнилостнаго гнѣзда въ околопищеводной кѣтчаткѣ. Въ одной изъ пещеръ, равно какъ и въ гнилостной полости найдено, кромѣ жирныхъ кристалловъ, бактерій и т. д., еще поперечно-полосатія мышечныя волокна, какъ признакъ проникшихъ туда пищевыхъ частей, а стѣнка пещеры показывала сильное гангренозное распаденіе.

Наконецъ, смерть можетъ послѣдовать отъ гнойно-гнилостнаго плеврита, который развивается отъ напирającego на плевру или прорывающагося въ нее гнилостнаго гнѣзда межлегочнаго пространства, а, быть можетъ, также отъ присасывающейся въ легочную ткань гнилостной жижи (прежде чѣмъ сама легочная ткань омертвѣетъ).

Въ первомъ смыслѣ нужно истолковать уже приведенный нами случай *Рокитанскаго*, гдѣ коническая пазуха пищевода, прорванная острограннымъ кускомъ кости, плавала въ обнажившемъ нѣсколько реберъ гнилостномъ выпотѣ и гдѣ въ то же время замѣчалось гнилостное распаденіе плевры на нижней долѣ лѣваго легкаго.

Послѣднее толкованіе основывается на слѣдующемъ случаѣ. Железно-дорожный рабочій, 55 лѣтъ, первоначально лечился въ хирургическомъ отдѣленіи отъ хроническаго воспаленія плечевого сустава, но затѣмъ, вслѣдствіе показавшихся у него признаковъ цинги, былъ перенесенъ въ терапевтическое отдѣленіе, гдѣ онъ заболѣлъ плевритомъ правой стороны вмѣстѣ съ бронхіальнымъ катарромъ и умеръ (Дрезденъ, мартъ 1860). На вскрытіи оказался значительный гнойно-гнилостный выпотъ въ правой плеврѣ съ прижатіемъ легкаго на большемъ протяженіи. Сдавленная легочная ткань имѣла очень грязный видъ и издавала гангренозный запахъ. Въ бронхахъ правой стороны замѣчается грязновато-сѣрое содержимое. Въ главномъ правомъ бронхѣ отчетливый гранулезный бронхитъ, начинавшійся отъ прободнаго отверстия, величиною съ горошину, ведущаго въ выемчатую гнилостную полость, величиною съ вишню, въ межлегочномъ пространствѣ на мѣстѣ раздвоенія. Въ этомъ же мѣстѣ пищеводъ показываетъ 2 не-

большія воронкообразныя пазухи, вскрывшіяся въ гнилостную полость. Кромѣ того, найдено полное и, повидимому, совершенно еще свѣжее сращеніе обоихъ листковъ сердечной сорочки.

Подобнымъ же образомъ напирющее гнойное гнѣздо можетъ вызвать и перикардитъ, то безъ прободенія, то съ прободеніемъ сердечной сорочки, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ воздухъ проникаетъ въ полость сорочки (pneumopericardium). Какъ кажется, перикардитъ развивается чаще, чѣмъ плевритъ, что легко объясняется большею близостью сердечной сорочки къ области раздвоенія дыхательнаго горла. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ перикардитъ оканчивался смертью, тогда какъ въ другихъ онъ переходитъ, повидимому, въ выздоровленіе. По крайней мѣрѣ, довольно часто находили, одновременно съ выволокнутыми пазухами пищевода, сращенія листковъ сердечной сумки (изъ 54 случаевъ 9 разъ, въ томъ числѣ 8 разъ полное и одинъ разъ частное сращеніе), при чемъ, по результатамъ вскрытія, въ большинствѣ случаевъ нельзя было указать иной причины перикардита.

Въ сообщенномъ сейчасъ случаѣ совершенно свѣжій характеръ сращенія („по всѣмъ видимостямъ, совершенно свѣжая, нѣжная, студенисто инфильтрованная соединительная ткань“) указывалъ на причинное отношеніе перикардита къ окончившейся смертью болѣзни. Въ другихъ случаяхъ, въ которыхъ свойства сращеній не могутъ служить для опредѣленія ихъ возраста, только частое совпаденіе этихъ сращеній съ пазухами и невозможность иного объясненія перикардита дѣлаетъ вѣроятной причинную зависимость между тѣмъ и другими. Не надо, однакоже, полагать, будто существующій перикардитъ обуславливается исключительно прободеніемъ пазухи; напротивъ того, онъ можетъ быть вызванъ и свѣжимъ пораженіемъ бронхіальныхъ железъ, рубцованіемъ которыхъ была выдернута и сама пазуха.—Но что прободеніе пазухи дѣйствительно можетъ вести къ перикардиту и тѣмъ убить больного, видно изъ случая Г. Меркеля въ Нюренбергѣ, на вскрытіи котораго мы присутствовали. Здѣсь причиной болѣзни оказался, кромѣ пазухи пищевода, вскрывшейся въ межгочное пространство, еще обширный фибринозно-геморрагическій (и вмѣстѣ съ тѣмъ туберкулезный) перикардитъ. Прободенія сердечной сумки не замѣчалось.

Я приведу здѣсь только-что обнаруженный *Форсайтомъ Майсомъ* случай (Amer. Journ. of med. sc., 1875. См. Centralbl. f. d. med. Wiss., 1875, № 34), какъ примѣръ нахожденія воздуха въ сердечной сумкѣ, вслѣдствіе прободенія пищевода. Юноша 18 лѣтъ промочилъ ноги и схватилъ двухсторонній плевритъ. Черезъ 4 недѣли область сердца даетъ тимпаническій звукъ постукиванія и громкій журчащій шумъ. Черезъ 2 дня больной умеръ. На вскрытіи сердечная сумка оказалась растянutoй газомъ, содержащей красноватобурую жидкость и кровяные свертки, утолщенной и ворсистой. На пищеводѣ, въ $\frac{1}{4}$ дюйма подъ мѣстомъ раздвоенія дыхательнаго горла, найдена дыра съ поперечникомъ въ $\frac{1}{2}$ дюйма и неправильно раздѣленными краями, которая вела прямо въ сердечную сорочку.—Авторъ полагаетъ, что тутъ прободеніе послѣдовао отъ сердечной сорочки въ пищеводъ; но гораздо вѣроятнѣе, что дѣло шло въ обратномъ порядкѣ. Изъ описанія, конечно, не видно, чтобы здѣсь имѣлась вскрывшаяся пазуха; но весьма возможно, что она осталась просто незамѣченной, такъ какъ обширныя разрушенія дѣйствительно могутъ сдѣлать пазуху неясной.

Наконецъ, еще одна опасность для жизни обуславливается непосредственнымъ сосѣдствомъ крупныхъ сосудовъ. Вслѣдствіе разрыва подры-

тыхъ и надгрызанныхъ гниlostнымъ гнѣздомъ артеріальныхъ стволовъ (легочной артеріи или аорты), больной, долѣ казавшійся совершенно здоровымъ, можетъ умереть, точно сраженный молніей.

Мы можемъ привести случай, доказывающій возможность вскрытія аорты и легочной артеріи при существованіи пазухи. Прободеніе аорты вмѣстѣ съ бронхомъ наблюдалъ Г. Меркель (устное сообщеніе). Внезапную смерть отъ прободенія легочной артеріи мы сами наблюдали въ 1 случаѣ, весьма интересномъ во многихъ отношеніяхъ (Эрлангенъ, мартъ 1871). 70-лѣтній поденщикъ, который еще наканунѣ работалъ на вокзалѣ, но уже нѣсколько дней слегка харкалъ кровью, упалъ безъ чувствъ отъ сильнаго кровотеченія изъ горла и, хотя пришелъ въ себя, но въ часъ ночи умеръ. Я нашелъ прорвавшуюся выволкнутую пазуху пищевода, которая вела въ межлегочную гниlostную полость. Послѣдняя подрыла и надгрызла на большомъ протяженіи лѣвую вѣтвь легочной артеріи, которая вскрылась щелью въ 1½ сантим. въ гниlostную полость. Обѣ вѣтви легочной артеріи были сжаты въ легочныхъ воротахъ. Желудокъ весь выполненъ громаднымъ сверткомъ крови. И въ этомъ случаѣ оказалось полное закрытіе сердечной сорочки.

Мы видимъ такимъ образомъ, что надъ здоровьемъ и жизнью людей, одержимыхъ этими, на видъ неважными, образованіями, тяготѣтъ цѣлый рядъ самыхъ тяжелыхъ опасностей. Производящія причины, вызывающія эти опасности, тоже ничтожны на видъ. Поэтому стоитъ пытаться этихъ коварныхъ, скрывающихся въ незамѣтномъ мѣстѣ, враговъ сдѣлать доступными распознаванію при жизни! Къ сожалѣнію, до сихъ поръ у насъ мало надежды на успѣхъ подобной попытки. По своему большей частью низкому положенію, эти образованія едва ли будутъ доступны даже усовершенствованнымъ способамъ эзофагоскопіи. Скорѣе всего можно будетъ добиться какихъ нибудь результатовъ съ помощью зондовъ, особенно тонкихъ, но бѣда въ томъ, что именно при описываемыхъ пазухахъ нужна величайшая осторожность при зондированіи. Въ отдѣльныхъ случаяхъ этимъ путемъ можно будетъ добиться даже довольно вѣрнаго распознаванія, но опять таки только тамъ, гдѣ полость пазухи направлена внизъ. При горизонтальныхъ же пазухахъ или обращенныхъ вверхъ, зондъ безпрепятственно проскользнетъ мимо.

Отъ непрямыхъ припадковъ тоже нельзя ожидать многого въ интересахъ распознаванія. Затрудненія глотанія, которыя обусловливались бы однимъ только присутствіемъ пазухи, до сихъ поръ не наблюдались. Ни въ одномъ изъ нашихъ случаевъ мы ничего подобнаго не замѣчали. Да такіа затрудненія и невѣроятны, потому что пазуха не можетъ мѣшать прохожденію пищи и питья и даже едва ли причиняетъ боль при этомъ. Одни развѣ крупныя и твердыя комки, куски мяса и т. п. могутъ еще случайно заѣлпиться за пазуху. Но и тутъ они очень скоро будутъ препровождены дальше. Единственная опасность грозитъ со стороны проглоченныхъ твердыхъ тѣлъ, которыя могутъ защемились или вонзаться въ пазуху. Во всякомъ случаѣ, весьма возможно, что при усиленномъ вниманіи, разъ практическіе врачи почувствуютъ интересъ къ предмету, удастся уловить нѣкоторые, хотя бы въ отдѣльности неважные,

симптомы, которыми можно будетъ воспользоваться для распознаванія. Частая остановка кусковъ на опредѣленномъ мѣстѣ, особенно внизу, если при этомъ можно исключить суженіе, главнымъ же образомъ, легкое застрѣваніе зернистой пищи, напр. крупы, риса (на что указываетъ *Тидеманъ*), не лишены значенія, хотя подобные признаки допускаютъ разнообразныя толкованія.

При наступленіи описанныхъ выше послѣдовательныхъ страданій (на приступахъ и распознаваніи которыхъ намъ незачѣмъ останавливаться здѣсь), безъ всякихъ видимыхъ причинъ, внимательный и мыслящій врачъ, знакомый съ изложенными нами фактами, приметъ въ расчетъ и возможность существованія пазухи, хотя вѣрный діагнозъ едва ли когда либо удастся сдѣлать, и если ему вздумается съ помощью вскрытія выяснить себѣ болѣзнь, при жизни оставшуюся для него темной, то не упуститъ и самаго, быть можетъ, главнаго въ данномъ случаѣ мѣста. Что касается прободенія гнилостной полости въ бронхъ, которое, какъ мы видѣли, нерѣдко сопровождаетъ, а иногда и открываетъ собою болѣе тяжкія явленія, то нѣсколько неожиданное появленіе окрашенной въ густой черный цвѣтъ мокроты составляетъ въ этомъ отношеніи весьма важный признакъ, такъ какъ гнилостная жижка окрашивается красящимъ веществомъ омертвѣлыхъ бронхиальныхъ железъ всегда въ густой черный цвѣтъ.

Что касается, наконецъ, леченія, то понятно, что, хотя бы даже и удалось доказать существованіе выволкнутой пазухи, все таки объ устраненіи послѣдней, о закрытіи ея полости не могло бы быть и рѣчи. Безцѣльная попытка вызвать закрытіе полости съ помощью прижигающихъ веществъ, какъ это было предложено для выпертыхъ пазухъ (*Денди*), могла бы только ускорить прободеніе и вести за собой самыя роковыя послѣдствія. Рѣчь можетъ идти здѣсь только о томъ, чтобы предотвратить появленіе упомянутыхъ опасностей, поставивъ больному на видъ необходимость величайшей осторожности при ѣдѣ и питьѣ, необходимость строжайшимъ образомъ избѣгать проглатыванія твердыхъ тѣлъ и принимать по возможности только мягкія или жидкія вещества. Не бесполезно будетъ совѣтовать больному выпивать что нибудь послѣ каждой ѣды съ цѣлью, если въ пазухѣ останутся какія нибудь мелкія части пищи, тотчасъ же снова вымывать ихъ.

При наступленіи послѣдовательныхъ болѣзней, леченіе едва ли можетъ быть иное, чѣмъ показано вообще при подобныхъ страданіяхъ; одно развѣ, что, можетъ быть, удастся во-время, прежде чѣмъ гнилостная полость достигнетъ значительнаго объема, ввести въ нее чрезъ пищеводъ противогнилостныя вещества, — что само по себѣ не невозможно. Но все это одни лишь намеки, хотя и не лишніе. Быть можетъ, слѣдуя имъ, удастся хоть на время задержать роковой исходъ болѣзни.

Припадки, распознаваніе и исходы.

а. Простыя разлитыя расширенія, безъ суженія пищевода, будутъ ли они хронически-воспалительнаго, травматическаго или невропаралитическаго происхожденія, создаютъ всегда такое серьезное препятствіе къ правильному проведенію пищи внизъ, что, какъ показываютъ приведенныя выше наблюденія, они неминуемо должны повлечь за собою самыя тяжелыя затрудненія глотанія, рвоту, отрыганіе значительной части принятой пищи, боль, стѣсненіе въ груди и затрудненное дыханіе. Само собою разумѣется, что напряженіе и постоянство этихъ явленій будутъ зависѣть отъ степени и размѣровъ расширенія, равно какъ отъ состоянія мышечной оболочки пищевода.

Слабыя степени частныхъ расширеній пищевода, съ хорошо сохранившейся мускулатурой, довольно часто вовсе не узнаются при жизни, или обусловливаютъ лишь ничтожныя, легко исправляемыя запиваніемъ жидкостями, затрудненія при ѣдѣ, которыя не сознаются больнымъ и остаются неизвѣстными его окружающимъ и врачу. При среднихъ степеняхъ расширенія, вслѣдствіе незначительности вызываемыхъ ими расстройствъ, распознаваніе не выходитъ изъ области предположеній или вѣроятностей. Даже болѣе тяжелыя расстройства, свойственныя значительнымъ расширеніямъ, и тѣ едва ли допускаютъ точный діагнозъ: послѣдній едва ли можетъ идти дальше добытаго путемъ исключеній правдоподобнаго діагноза. Болѣе всего въ пользу простаго разлитого расширенія будетъ говорить доказанное отсутствіе суженія или какаго либо другаго препятствія въ пищеводѣ, но опять-таки только при томъ условіи, когда при часто повторяемыхъ изслѣдованіяхъ зондомъ это отсутствіе оказывается постояннымъ, такъ какъ и при пазахъ зондъ тоже можетъ случайно проскользнуть мимо отверстія мѣшка, не встрѣчая никакихъ препятствій. Впрочемъ, при изслѣдованіи зондомъ нѣкоторое значеніе имѣетъ и чрезвычайная легкость, съ которою верхушка его скользитъ внизъ и двигается взадъ и впередъ въ расширенномъ мѣстѣ.

Относительно результатовъ выслушиванія и примѣненія ихъ для цѣлей распознаванія приходится еще ожидать дальнѣйшихъ наблюденій. А priori не лишено вѣроятія, что измѣненію просвѣта пищевода должны соотвѣтствовать и измѣненія акустическихъ явленій при актѣ глотанія, но указанія *Гамбургера* не такого рода, чтобы они могли возбудить довѣріе къ правильности его наблюденій.

„Уже умѣренные степени расслабленія“, говоритъ *Гамбургеръ* (I. с., стр. 182), „сказываются тѣмъ, что при выслушиваніи получается впечатлѣніе не сгиванія, а расширенія комка на нижнемъ его концѣ, такъ что, вмѣсто формы опрокинутаго яйца, комокъ получаетъ воронкообразную форму. Если вялость волоконъ значительно увеличивается, то комокъ утрачиваетъ и послѣднюю форму и производитъ такое впечатлѣніе, какъ-будто по пищеводу пробѣгаетъ длинная тягучая нить. Толщина этой нити за-

виситъ отъ состоянія верхней трети пищевода. Если послѣдняя здорова, тогда чрезъ пораженную нижнюю часть пробѣгаетъ еще довольно толстая струя съ довольно значительной скоростью. Если же мышечная энергія ослаблена и въ этой верхней трети, то получается впечатлѣніе плохо сочащейся нитевидной струйки. При ограниченныхъ, особенно кольцеобразныхъ выпячиваніяхъ, ясно слышно, какъ достигнувшій до этого мѣста комокъ, вслѣдствіе подорваннаго противодѣйствія мышечной оболочки, расплещивается по всему расширенному пространству, точно дождь, гонимый вѣтромъ, благодаря чему мы въ состояніи опредѣлить ухомъ, какъ глубину, такъ и ширину расширенія.

Тотъ фактъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ разлитого расширенія припадки расширенія могутъ совсѣмъ исчезнуть на долгое время и затѣмъ возвратиться съ прежней и еще большей силой, можетъ быть объясненъ только предположеніемъ, что энергія мышечной оболочки пищевода, пострадавшая отъ того или другого изъ приведенныхъ выше вредныхъ вліяній, напр. отъ остраго или хроническаго воспаленія, можетъ на время снова восстановиться. Но раньше или позже, подъ вліяніемъ старыхъ или новыхъ вредностей, появляются возвраты, которые окончательно уничтожаютъ дѣятельность мышечной оболочки пищевода. Эти процессы могутъ быть уподоблены столь часто наблюдаемымъ колебаніямъ функціональных расстройствъ мускулатуры сердца, кишокъ и мочевого пузыря.

Громадное расширеніе пищевода, которое Дэви наблюдалъ у 38-лѣтняго фермера и которое произошло, повидимому, отъ поднятія тяжелой ноши, окончилось смертью лишь 10 лѣтъ спустя. Вначалѣ чувствовалась боль вдоль пищевода, являлась рвота пищевыми веществами и слизью, но затѣмъ наступило улучшеніе и больной цѣлыхъ 5 лѣтъ былъ свободенъ отъ всякихъ страданій. Но послѣ этого послѣднія возвратились съ прежнею силой, больной умеръ отъ голода вслѣдствіе затрудненной доставки пищи. Въ пищеводѣ, кромѣ громаднаго расширенія (9-и дюймовъ въ окружности надъ входомъ въ желудокъ и 6-и дюймовъ выше), найдены многочисленныя бѣлыя пятна на слизистой оболочкѣ, признанныя за язвенные рубцы. Входъ въ желудокъ пропускалъ 2 пальца, а желудокъ тоже былъ расширенъ.

б) Частныя расширенія или пазухи, если онѣ развиты слабо, тоже могутъ совершенно ускользнуть отъ распознаванія; причины этому мы подробно изложили на стр. 71. Другое дѣло, когда пазухи достигаютъ такой величины, что въ нихъ могутъ попадать и останавливаться пища или постороннія тѣла. Въ этомъ случаѣ припадки, хотя бы они вначалѣ были очень незначительны, въ скоромъ времени дѣлаются весьма интенсивными, и очень часто, вслѣдствіе затрудняемой пазухой доставки пищи, дѣло оканчивается смертью. Припадки бываютъ различны, смотря по положенію и величинѣ расширенія, равно какъ по состоянію слизистой оболочки. Главнымъ признакомъ нужно считать задерживаніе пищи на опредѣленномъ мѣстѣ, съ раньше или позже наступающимъ возвращеніемъ ея назадъ, при чемъ въ другое время не замѣчается никакого или, по крайней мѣрѣ, значительнаго затрудненія глотанія. Зондъ въ одно время наталкивается въ извѣстномъ мѣстѣ на неопределимое препятствіе, не пропускающее даже самыхъ тонкихъ бу-

жей, а въ другое время (особенно послѣ совершеннаго опорожненія мѣшка) чрезъ то же мѣсто проходятъ самыя толстыя зонды. Последнее явленіе случается тѣмъ чаще, чѣмъ мельче пазуха, чѣмъ тѣснѣе ея входное отверстіе и чѣмъ меньше, соотвѣтственно этому, въ мѣшкѣ содержится пищи; тогда какъ первое, т. е. зацѣпленіе зонда, повторяется тѣмъ постоянно, чѣмъ больше размѣры мѣшка, чѣмъ шире его входное отверстіе, чѣмъ больше онъ набитъ пищей. Большія и наполненныя пазухи устанавливаются по вертикальной оси пищевода, оттѣсняя нормальныя стѣнки канала. Понятно, что при подобныхъ условіяхъ зондъ изъ 10 случаевъ въ 9 долженъ попадать въ мѣшокъ, и только при полномъ опорожненіи послѣдняго—что на большихъ пазухахъ случается, конечно, весьма рѣдко—когда, спавшись, онъ снова отступаетъ отъ вертикальной оси, зондъ можетъ проникнуть въ часть пищевода, лежащую подъ отверстіемъ пазухи. Приложенные схематическіе рисунки показываютъ ходъ зонда при большихъ пазухахъ въ состояніи ихъ наполненія и опорожненія.

Эта-то разница въ результатахъ зондирования у одного и того же субъекта, вмѣстѣ съ постояннымъ отсутствіемъ признаковъ суженія пищевода, и составляетъ самый главный моментъ для распознаванія пазухъ.

Второе мѣсто занимаютъ слѣдующіе важные признаки, а именно прежде всего существованіе, появляющейся во время ѣды и опадающей или совершенно исчезающей отъ рвоты и душенія, опухоли, которая выступаетъ на одной или съ обѣихъ сторонъ дыхательнаго горла, оттѣсняя послѣднее впередъ.

Нажимая на опухоль, больные въ состояніи отчасти или вполнѣ опорожнить ее, при чемъ ясно слышится хлябающій шумъ.

Точно также, прижавъ мягкія части шеи на мѣстѣ, гдѣ находится •отверстіе пазухи, больнымъ удастся иногда предотвратить наполненіе мѣшка во время ѣды.

Въ наблюденіи *Беца* ¹⁾ (суженіе пищевода и пазуха между послѣднимъ и шейными позвонками, 6 сантим. глубины и почти такой же ширины) при надавливаніи на дыхательное горло въ яремной ямкѣ слышалось раздававшееся по всей комнатѣ хлябанье. Въ болѣе слабой степени этотъ шумъ можно было вызвать и актомъ глотанія.

Если мѣшокъ большой и туго набитъ, то, прижимая окружающія части, напр. шейные нервы (блуждающіе нервы съ ихъ возвратными вѣтвями, нервы грудобрюшной преграды и т. д.), а также сосуды, особенно вены, и, наконецъ, само дыхательное горло, онъ можетъ вести за собой важныя расстройства иннерваціи, кровообращенія и ды-

Фиг. 7.



Зондированіе при наполненной пазухѣ.

Фиг. 8.



Зондированіе при опорожненной пазухѣ.

¹⁾ Ein Beitrag zu den oesophagealen Geräuschen. Memorabilien, 1872, № 10.

ханія. Эти явленія замѣчаются и при пазухахъ, свѣшивающихся въ грудную полость, но здѣсь, благодаря податливости окружающихъ органовъ, они бываютъ рѣже. Извѣстны случаи прижатія безъимянныхъ, полыхъ или легочныхъ венъ, предсердій, дыхательнаго горла, бронховъ.

Всѣмъ крупнымъ мѣшковиднымъ расширениямъ свойственно отрыганіе поцавшей въ мѣшокъ пищи. Последняя, смотря по продолжительности своего пребыванія въ мѣшкѣ, бываетъ болѣе или менѣе измѣнена и кажется больному сладковатой, приторной или тухлой. Превращеніе ослюненныхъ крахмалистыхъ веществъ въ виноградный сахаръ совершается въ мѣшкѣ весьма быстро, тогда какъ гніеніе бѣлковыхъ тѣлъ требуетъ болѣе продолжительнаго времени и вслѣдствіе этого наступаетъ только тогда, когда мѣшокъ отличается крупными размѣрами и расположенъ такимъ образомъ, что отдаетъ свое содержимое назадъ лишь долгое время спустя послѣ наполненія. Въ подобныхъ случаяхъ въ содержимомъ мѣшка развиваются сѣроводородный и другіе зловонные газы, сообщающіе дыханію больного вонючій запахъ.

Исходъ высшихъ степеней расширенія пищевода всегда неблагоприятенъ, хотя смерть часто наступаетъ лишь послѣ многолѣтняго страданія.

Опасности, причиняемыя описываемымъ страданіемъ при дальнѣйшемъ своемъ теченіи, заключаются главнѣе всего въ ограниченной доставкѣ пищи, которая вслѣдствіе того, что отъ постоянно повторяющагося наполненія мѣшка пищей и перерожденія его стѣнокъ, мѣшокъ все болѣе и болѣе увеличивается, можетъ повести къ совершенному голоду, особенно если не удастся болѣе вводить зондъ въ желудокъ и съ помощью его кормить больного. При подобныхъ условіяхъ страданія положительно ужасны и очень легко могутъ довести больного до самоубійства.

Въ рѣдкихъ случаяхъ смерть можетъ наступить внезапно, вслѣдствіе прижатія важныхъ для жизни органовъ внутри грудной полости.

Предсказаніе и леченіе.

Согласно сказанному, предсказаніе всегда бываетъ очень печальнымъ, если имѣется обширное разлитое или частное расширеніе.

При леченіи главное вниманіе, разумѣется, должно быть обращено на питаніе больного, и на сей конецъ показано исключительное питаніе жидкостями, равно какъ введеніе жидкихъ пищевыхъ веществъ съ помощью желудочнаго зонда, на сколько введеніе послѣдняго возможно. Въ отчаянныхъ случаяхъ волей-неволей приходится по цѣлымъ днямъ оставлять мягкіе зонды въ пищеводѣ, если разъ удалось благополучно провести ихъ въ желудокъ, хотя при долгомъ пребываніи эти зонды, съ своей стороны, могутъ причинить опасность изъязвленія. Къ искусствен-

ному питанію чрезъ прямую кишку тоже приходится прибѣгать очень рано.

При разлитыхъ расширеніяхъ, можно рекомендовать съ цѣлью прямого леченія электрическое раздраженіе мускулатуры пищевода съ помощью пищеводныхъ электродовъ, обѣщающее хорошіе результаты при параличѣ мышечныхъ элементовъ (см. ниже главу: невроты пищевода). Даже при пазухахъ можно испытать, на основаніи благоприятныхъ результатовъ, полученныхъ *Вальденбургомъ* въ его случаѣ (1. с.), чрез-кожное или прямое примѣненіе электрическихъ токовъ.

Радикальное излеченіе пазухъ оперативными приѣмами извнѣ все еще относится къ области благочестивыхъ желаній, но надо надѣяться, что съ помощью листеровыхъ предосторожностей и эта операція сдѣлается со временемъ безопасной. Отъ попытокъ вызвать запустѣніе пазухи посредствомъ вяжущихъ или раздражающихъ лекарствъ, вводимыхъ черезъ глотку, нельзя ожидать никакой пользы, на основаніи сдѣланныхъ до сихъ поръ наблюденій и въ томъ соображеніи, что ни прижатіе, ни какой либо другой приѣмъ, имѣющій цѣлью хотя бы на короткое время помѣшать прониканію въ пазуху пищевыхъ веществъ, слюны и слизи, ни подъ коимъ видомъ не могутъ быть допущены.

НАРУШЕНІЯ ЦѢЛОСТИ ПИЩЕВОДА. РАЗРЫВЫ И ПРОБОДЕНІЯ.

Патологія и этиологія.

При нарушеніяхъ цѣлости стѣнки пищевода во всю ея толщу (только о такихъ нарушеніяхъ и идетъ здѣсь рѣчь) различаютъ: 1. разрывы (о травматическихъ нарушеніяхъ цѣлости, огнестрѣльныхъ и колотыхъ ранахъ мы говорить здѣсь не будемъ), т. е. насильственные и внезапныя разъединенія до-того совершенно здороваго пищевода, вслѣдствіе внутреннихъ причинъ; и 2. прободенія, т. е. болѣе постепенно совершающіяся продыравленія стѣнки разрушительными болѣзненными процессами.

Продыравленія, производимыя проглоченными посторонними тѣлами, при чемъ постороннее тѣло непосредственно производитъ рану, а не вызываетъ прободающаго процесса въ качествѣ воспалительнаго раздраженія или давленіемъ, лучше отдѣлить отъ прободеній, подъ именемъ внутреннихъ пораненій. Но и объ этихъ ранахъ мы здѣсь говорить не будемъ, такъ какъ онѣ относятся преимущественно къ области хирургіи и находятъ себѣ мѣсто въ соответственныхъ учебникахъ. См. въ особенности *Кенігъ*, 1. с., стр. 51.

1. Разрывы (включая сюда и размягченія).

Разрывы пищевода, совершенно неожиданно и при самыхъ страшныхъ явленіяхъ убивающіе человѣка, до этого момента казавшагося вполнѣ или почти вполнѣ здоровымъ, хотя и составляютъ крайне рѣдкое явленіе, но въ настоящее время подтверждены цѣлымъ рядомъ вполнѣ достовѣрныхъ наблюденій.

Число случаевъ, сдѣлавшихся извѣстными въ прежнее время, т. е. такихъ случаевъ, въ которыхъ, какъ прижизненныя явленія, такъ и результаты вскрытія единогласно указываютъ на то, что найденный на вскрытіи разрывъ пищевода существовалъ уже при жизни и долженъ быть признанъ за единственную причину смерти, равняется 9. Случаи эти слѣдующіе: Boerhaave, *Atrocis nec descripti prius morbi historia*. Lugd.

Batav. 1724 (Opuscula omnia, 1738, № X, стр. 98). Dryden, Med. Commentaries. Edinburgh, 1788, т. III, стр. 308. Oppolzer, Wiener med. Wochenschr, 1851, стр. 65. Habershon, Patholog. and pract. observ. on diseases of the alimentary canal. London, 1857 (Schmidt's Jahrb., т. 100, стр. 259). (Тотъ же случай сообщили уже раньше King и Comley, Guy's Hospital Reports, апр. 1843. Schmidt's Jahrb., 4-й дополнительный т., стр. 275). Jos. Meyer (случай изъ клиники Schönlein'a), Pr. Ver. Zeitung, н. с., I, 39—41, 1858 (Schmidt's Jahrb., т. 101, стр. 182). Gramatzki (случай изъ клиники Leyden'a), Königsberger Inaugur.-Dissert. 1867. Griffin, Lancet, 4 сент. 1869, т. II, стр. 337. Charles, Dublin Quarterly Journ. of med. Science, 1870, т. I, стр. 311. Fitz, Americ. Journ. of the Med. Sciences, янв. 1877, стр. 17. (Archives génér., апр. и май 1877). Последняя работа, кромѣ весьма точнаго описанія собственнаго случая, заключаетъ почти полный сводъ литературы съ хорошей, но отчасти слишкомъ придирчивой критикой, на основаніи которой авторъ считаетъ только 2 или 3 изъ перечисленныхъ выше случаевъ заслуживающими быть затченными сюда. Наше мнѣніе, не совсѣмъ согласное съ мнѣніемъ автора, мы постараемся изложить на слѣдующихъ страницахъ. Случай *Опольера* описанъ, къ сожалѣнію, слишкомъ афористично, такъ что мы причисляемъ его къ несомнѣнно установленнымъ случаямъ только изъ вниманія къ высокой авторитетности наблюдателя. Другіе случаи, тоже приводимые, какъ примѣры разрыва пищевода, смѣло могутъ быть исключены отсюда, такъ какъ въ нихъ смерть несомнѣнно произошла отъ другихъ причинъ: ни одно изъ прижизненныхъ явленій не указываетъ на то, что разрывъ произошелъ при жизни больного, а найденный на вскрытіи разрывъ долженъ быть признанъ за побочное явленіе, обусловленное размягченіемъ пищевода. Сюда относятся случаи: Thilow, Baldinger's neues Magazin f. Aerzte, т. 12, 1790, стр. 114. Kade, De morbis ventriculi. Halae, 1798, стр. 17. Guersent, Bulletin de la Faculté de Médecine de Paris, 1812, т. 1, стр. 73. Bouillaud, Archives génér., т. I, 1823, стр. 531.

Случай *Боернаве*, какъ самъ по себѣ, такъ и по выпавшей на его долю тщательности наблюденія и описанія, на столько многозначителенъ, что мы считаемъ нужнымъ передать его здѣсь съ нѣкоторою подробностью, какъ клиническій образчикъ интересующей насъ рѣдкой формы болѣзни. И это тѣмъ болѣе, что онъ, хотя часто цитируется, но, повидимому, мало кому знакомъ, и что *Финцъ*, знающій его только по очень неполнымъ выдержкамъ, подвергаетъ сильному сомнѣнію правильность его толкованія. Тяжелый трудъ чтенія записки *Боернаве*, написанной тяжеловѣсною латынью и съ утомительной обстоятельностью, неупускающей изъ вниманія никакихъ, даже самыхъ пустыхъ побочныхъ обстоятельствъ, вознаграждается возможностью заглянуть въ способъ мышленія и дѣятельности этого великаго врача въ одномъ изъ тѣхъ случаевъ, который своей необычайностью поразилъ даже такого многолѣтняго дѣятеля, какъ *Боернаве*. Мы видимъ его напрасно напрягающимъ всю силу своего ума, чтобы прозрѣть при жизни натуру съ такой ужасающей быстротой обнаружившейся болѣзни, и слѣдуемъ шагъ за шагомъ за вскрытіемъ, которое онъ производитъ самъ съ образцовою тщательностью и съ напряженнымъ вниманіемъ, пока ему не удалось таки раскрыть основного, никогда раньше имъ не виданнаго, страданія, обусловливавшего собою загадочную причину болѣзни.

Случай этотъ относится къ человѣку подъ 50 лѣтъ, одинаково замѣчательному, какъ по своимъ тѣлеснымъ качествамъ, такъ и по уму, члену высшаго круга голландскаго общества, генераль-адмиралу, барону Вассенейеру. Последній пользовался вообще очень хорошимъ здоровьемъ, только по зимамъ страдалъ нерѣдко припадками подагры и часто, особенно послѣ роскошныхъ пировъ, отъ которыхъ онъ, вообще очень воздержный, не могъ отказываться по своимъ общественнымъ связямъ, у него появлялось тягостное ощущеніе въ области желудочнаго входа. Это ощущеніе легче всего проходило у него отъ приема рвотнаго, такъ что онъ приобрѣлъ привычку къ нимъ

и, не слушаясь своихъ врачей, часто прибѣгалъ къ рвотнымъ безъ всякой нужды. Въ тотъ самый день, когда у него обнаружилась тяжкая болѣзнь, онъ чувствовалъ себя совершенно здоровымъ и съѣлъ добрый, хотя не особенно обильный, обѣдъ (меню котораго приложено къ описанію). Въ послѣобѣденное время онъ ничего не ѣлъ и, чувствуя себя какъ нельзя лучше, сдѣлалъ прогулку верхомъ съ своимъ сыномъ. Но такъ какъ онъ чувствовалъ тяжелое ощущеніе у желудочнаго входа, то вечеромъ въ половинѣ десятаго выпилъ 3 чашки теплаго чая, чтобы вызвать рвоту; но на этотъ разъ рвота показалась не особенно скоро и была незначительна. Послѣ этого онъ выпилъ еще 4 чашки, но рвота болѣе не показывалась. Въ то время, какъ онъ спокойно сидѣлъ, стараясь вызвать у себя рвоту, онъ внезапно издалъ страшный крикъ. Быстро прибѣжавшимъ на этотъ крикъ людямъ онъ заявилъ, что у него въ верхней части желудка что-то лопнуло и что страданія его такъ невыразимы, что онъ навѣрно умретъ, что едва ли доживетъ до прихода врачей, а потому не зачѣмъ посылать за ними. Холодный потъ выступилъ по всему тѣлу, и лицо покрылось смертельной блѣдностью. Его перенесли на постель и начали растирать нагрѣтыми суконками. Черезъ $\frac{1}{2}$ часа онъ выпилъ 4 унціи оливковаго масла, послѣ чего его слегка вырвало. Отъ слѣдующихъ 2 унцій масла его уже больше не рвало, даже не появилось позыва къ рвотѣ, между тѣмъ какъ боль все болѣе и болѣе усиливалась. $\frac{1}{2}$ часа спустя онъ выпилъ около 6 унцій нагрѣтаго пива, которое не вышло наружу, какъ и все то, что онъ принималъ послѣ этого. Позванный врачъ прописалъ слизистое питье и припарки. Вскорѣ явился *Boerhaave*. При осмотрѣ полости рта и зѣва, равно какъ и при ощупываніи области желудка, не оказалось ничего ненормальнаго. Тошноты никакой, а лишь легкая отрыжка. Питье проглатывалось легко и безъ боли. Икоты не замѣчалось во все время болѣзни. Извергнутое рвотою состояло исключительно изъ пищевыхъ веществъ. Температура была теперь нормальная, пульсъ нѣсколько слабый, но правильный. Дыханіе легко и равномерно. Сознаніе нѣсколько не потемнѣло. Больной жалуется единственно на чрезвычайно сильную, не унимающуюся боль, которую онъ самымъ опредѣленнымъ образомъ относитъ къ области надъ желудочнымъ входомъ, нѣсколько выше діафрагмы, и на совершенно ясное ощущеніе, что вѣчто измѣнилось въ положеніи органовъ внутри груди. Позднѣе боль распространилась по обѣимъ сторонамъ спины. Больной постоянно увѣрялъ, что эта боль ни отчего такъ не усиливается, какъ отъ отрыжки и затѣмъ отъ движеній спинныхъ позвонковъ.—Тщательно взвѣсивъ эти явленія, казалось невозможнымъ отнести ихъ къ какой нибудь извѣстной формѣ болѣзни, тѣмъ болѣе, что объ отравленіи не могло быть и рѣчи. Поэтому, оставаясь въ совершенной неизвѣстности относительно діагноза, рѣшено, на основаніи общихъ показаній, чтобы по возможности облегчить боли, сдѣлать кровопусканіе, прикладывать припарки, дать легкое питье и т. д., по все это безъ малѣйшаго успѣха. Утромъ въ 9 часовъ, послѣ клистира, вызвавшаго нормальный стулъ, сдѣлано второе кровопусканіе и тоже безъ пользы. Не смотря на огромное количество принятаго питья, больной выпустилъ только нѣсколько капель мочи. Послѣ 3 часовъ по полудни появились затрудненія дыханія, конечности похолодѣли. Въ томъ разсчетѣ, что громадное количество питья накопилось въ желудкѣ и задерживается въ немъ защемленіемъ обонхъ его отверстій, всѣ надежды возложены на рвоту. Больному дали выпить 2 унціи миндальнаго масла, затѣмъ 7 унцій теплой воды и раздражали зѣвъ перышкомъ, послѣ чего выдѣлилось небольшое количество жидкости безъ масла. Кожа похолодѣла и покрылась блѣдностью, показавшись холодный потъ и около 5 часовъ вечера (т. е. черезъ 19 часовъ послѣ внезапнаго появленія боли) больной скончался. Черезъ 24 часа послѣ смерти, *Boerhaave* произвелъ вскрытіе. Прежде всего оказалась чрезвычайная эмфизема кожи. Животъ вздутъ, напряженъ, при самомъ осторожномъ надрѣзываніи до крайности напряженной брюшины выдѣляется громадное количество воздуха. Сама брюшина вполне нормальна, также нормальны и всѣ брюшные органы, если не считать сильнаго растяженія газа-

ми желудка и кишекъ. Мочевой пузырь пустой. Діафрагма и брыжейки нисколько неизмѣнены. Желудокъ содержитъ, кромѣ газа, лишь немного красновато-желтой жидкости, но ни крови, ни желчи и почти никакихъ пищевыхъ остатковъ. Изъ полости груди тоже выдѣлилось большое количество воздуха, не смотря на самое осторожное вскрытіе. Оба легкія оказались въ высшей степени спавшимися, но въ остальномъ совершенно здоровыми. Сердце тоже вполне нормально. При вскрытіи груди тотчасъ же сталъ замѣтнъ особенный запахъ, въ которомъ изощренное въ кулинарномъ отношеніи обоняніе *Бюертаве* сразу узнало запахъ жареной утки, съѣденной больнымъ за послѣднимъ обѣдомъ. Въ обоихъ плевральныхъ мѣшкахъ найдено большое количество (въ общемъ 104 унціи) красновато-желтой жидкости, цвѣтъ которой напоминалъ выпитое больнымъ пиво, разведенное водою, и поверхъ которой плавало принятое масло. Но вмѣстѣ съ тѣмъ въ жидкости не найдено ни единой капли крови. Когда приподняли лѣвое легкое, то въ 2 дюймахъ надъ діафрагмой на отдѣвающей пищеводъ плеврѣ найдено дряблѣе, черноватое, вздутое, кругловатое мѣсто, около 3 дюймовъ въ поперечникъ, въ центрѣ котораго замѣчалась, длиною въ 1½ дюйма и шириною около 3 линій, трещина, изъ которой при давленіи на окружающихъ частяхъ просачивалась жидкость, похожая на найденную въ плеврахъ и пропитывавшая кругомъ рыхлую подсыороточную кѣтчатку. Палецъ, осторожно введенный въ трещину, проникалъ чрезъ мягкую ткань до правой плевральной полости, не натѣкаясь при этомъ на пищеводъ. Только извлекая его нѣсколько назадъ, удавалось попасть имъ въ разорванный, отступившій кверху и книзу пищеводъ. На основаніи этихъ данныхъ *Бюертаве* вывелъ то заключеніе, что болѣзнь не была вызвана ни однимъ изъ яствъ, принятыхъ за послѣднимъ обѣдомъ, что никакого отравленія тутъ не было, что прободеніе пищевода не было вызвано какимъ нибудь раньше существовавшимъ язвеннымъ процессомъ и что, слѣдовательно, не остается ничего другого, какъ принять, что тутъ произошелъ свѣжій разрывъ до того времени здоровой стѣнки пищевода. Вслѣдствіе сильнаго наполненія желудка, а еще болѣе вслѣдствіе неудачныхъ попытокъ вызвать рвоту, пищеводъ былъ оттянутъ книзу, и въ то же время, вслѣдствіе введенія пальца въ глотку, его оттянуло кверху. Такимъ образомъ, вначалѣ произошелъ несквозной разрывъ, но онъ превратился въ сквозной, благодаря продолжавшемуся напряженію и дерганію пищевода яверхъ и внизъ.

Какъ въ этомъ случаѣ, такъ и во всѣхъ другихъ, катастрофа разразилась такъ неожиданно и съ такой ужасающею силою, что невозможно сомнѣваться въ томъ, что тутъ внезапно происходило какое-то тяжелое внутреннее измѣненіе. Къ тому же, нѣкоторые больные, подобно больному *Бюертаве*, сряду же самымъ опредѣленнымъ образомъ указывали, что у нихъ внутри что-то порвалось, и жаловались на сильную боль въ соотвѣтствующемъ разрыву мѣстѣ. У 2 больныхъ эта боль усиливалась особенно при движеніи позвоночника. У другихъ жестокая боль отличалась менѣе опредѣленной локализацией или мѣняла свое положеніе. Только въ случаѣ *Фица* боль вначалѣ не составляла выдающагося явленія, но все же появилась при дальнѣйшемъ теченіи болѣзни.

Въ 2 случаяхъ катастрофа открылась жесточайшими рвотными движеніями, направленными къ удаленію засѣвшаго въ пищеводъ куска (въ одномъ случаѣ съ успѣхомъ, въ другомъ безъ успѣха), при чемъ показалось нѣсколько капель крови. Въ остальныхъ случаяхъ началу болѣзни предшествовали тошнота и рвота, но не всегда очень сильныя, или только попытки къ рвотѣ, вмѣстѣ съ чѣмъ въ нѣсколькихъ случа-

яхъ выдѣлялось немного крови. Позднѣ рвота болѣе не показывалась, не смотря на старанія вызвать ее и на терапевтическія пособія.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ тотчасъ же обнаруживался величайшій упадокъ силъ (блѣдность лица, холодный потъ, похолодѣвшія конечности).

Весьма важный въ діагностическомъ отношеніи признакъ представляетъ почти всегда ¹⁾ очень быстро развивающаяся эмфизема кожи, которая, появляясь первоначально на шеѣ, надъ ключицами, вскорѣ распространяется на значительныя протяженія и даже по всему тѣлу.

Въ большинствѣ случаевъ появлялись въ послѣдствіи болѣе или менѣе значительныя затрудненія дыханія, усиливавшіяся до степени настоящей одышки, прежде спокойный, ровный пульсъ становился чрезвычайно ускореннымъ и при постоянномъ возрастаніи всѣхъ явленій наступала смерть, большею частью менѣе чѣмъ чрезъ 24 (7—19) часа, но одинъ разъ (*Мейеръ*) чрезъ 50 часовъ и 1 разъ (*Фишъ*) лишь чрезъ 8 дней.

На вскрытіи во всѣхъ случаяхъ находили, длиною въ 5 сант., разрывъ пищевада, проникавшій сквозь всѣ оболочки и начинавшійся всегда въ нижней части, болѣе или менѣе близко отъ желудочнаго входа или заходившій въ слизистую оболочку желудка. Въ случаѣ *Бюргаве* пищевада былъ перерванъ пополамъ, такъ что одинъ конецъ его отступилъ вверхъ, а другой внизъ. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ имѣлись продольные разрывы; въ одномъ случаѣ (*Грамацкій*) на противоположной сторонѣ найдена другая продольная трещина, проникавшая только до подслизистой ткани.

Чрезъ разрывъ обыкновенно попадали прежде всего въ полость, лежащую въ межлегочномъ пространствѣ и наполненную грязноватою жидкостью, остатками пищи, а также небольшимъ количествомъ крови; рыхлая окружность этой полости была пропитана той же жидкостью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полость сообщалась посредствомъ трещины въ плеврѣ съ одной (лѣвой) или обоими плевральными мѣшками. Эти послѣдніе содержали тогда обильныя количества (104 унціи, *Бюргаве*; 3 кваты, *Гриффинъ*) мутной жидкости, которая по всѣмъ своимъ свойствамъ, запаху, виду, въ особенности же по весьма богатому содержанію жира или содержанію непереваренныхъ пищевыхъ веществъ, оказывалась состоящей главнымъ образомъ изъ перелившагося туда содержимаго желудка, вмѣстѣ съ принятымъ больными питьемъ; уже при вскрытіи груди замѣчалось выходеніе большихъ количествъ воздуха. Ни въ одномъ изъ случаевъ не было найдено застарѣлаго измѣненія ткани пищевада, которое можно бы было признать за предрасполагающій моментъ

¹⁾ Изъ 8 случаевъ объ эмфиземѣ не упоминается только въ 1. 9-й же случай (*Ольгера*) мы совершенно оставляемъ безъ вниманія при нашемъ анализѣ припадковъ, по недостатку подробныхъ указаній.

къ разрыву (изъязвленіе, ракъ), такъ что приходилось допустить, что разрывъ произошелъ на совершенно здоровомъ органѣ¹⁾.

Въ виду того, что эта анатомическая картина очень хорошо покрывается описанными выше прижизненными явленіями, тогда какъ послѣднія остаются совершенно необъяснимыми, если признать разрывъ пищевода исключительно за слѣдствіе посмертнаго размягченія, мы, признавая вполнѣ справедливость широкаго скептицизма по отношенію къ такимъ необычнымъ явленіямъ, считаемъ тѣмъ не менѣе несправедливымъ совершенно отвергнуть прижизненное происхожденіе разрывовъ пищевода до тѣхъ поръ, покуда есть хоть малѣйшая возможность объяснить это явленіе. Нужно, однакоже, сознаться, что разрывъ сохранившаго свою нормальную плотность пищевода, единственно въ силу его собственныхъ сокращеній или влеченія со стороны сосѣднихъ частей (діафрагмы, желудка), не совѣмъ вѣроятенъ,—невѣроятенъ даже относительно такихъ случаевъ (*Мейеръ, Фишъ*), въ которыхъ сильныя сокращенія пищевода вызываются зацемившимся въ немъ комкомъ, потому что послѣдній ни вѣсть же какъ можетъ быть великъ. Ибо если мы даже допустимъ, что при подобныхъ условіяхъ и возможенъ разрывъ туго натянутой мышечной оболочки, то, все таки, какъ объяснить разрывъ тоже очень плотной слизистой оболочки, которая отъ сокращенія мышцъ можетъ вѣдь только еще болѣе ослабнуть? Всего же менѣе этимъ путемъ можно бы было объяснить надрывъ плевры, лишь рыхло связанной съ пищеводомъ. Вдобавокъ, въ большинствѣ случаевъ такихъ сильныхъ сокращеній вовсе не замѣчалось, тѣмъ болѣе, что при рвотѣ пищеводъ всегда расслабляется.

Чтобы сколько нибудь уяснить себѣ, какая сила нужна для того, чтобы произвести разрывъ здороваго пищевода, мы произвели слѣдующій опытъ: мы взяли совершенно здоровый пищеводъ отъ сильнаго 55-лѣтняго мужчины, внезапно умершаго отъ несчастія на желѣзной дорогѣ, и привѣсили его за верхній конецъ посредствомъ неподвижнаго ремня, а къ нижнему концу укрѣпили на такомъ же ремнѣ тяжесть. Оказалось, что этотъ пищеводъ можетъ выдержать тяжесть менѣе 5 килограммъ, не давая разрыва,

¹⁾ Въ случаѣ *Грамацкаго*, при клиническомъ разборѣ, было принято, что обѣ трещины пищеводной стѣнки, найденныя на вскрытіи, должны быть сведены къ вѣроятному пораненію пищевода угловатымъ тѣломъ (кускомъ кости?), которое больной проглотилъ за 6 недѣль передъ смертію, послѣ чего нѣкоторое время чувствовалъ боль въ желудкѣ, и что смертельный разрывъ, происшедшій въ области большой трещины, былъ такимъ образомъ подготовленъ прежнимъ поврежденіемъ. Если бы это мнѣніе было правильно, то этотъ случай слѣдовало бы исключить изъ разсматриваемой здѣсь категоріи, въ которой разрывъ поражаетъ до самой послѣдней минуты нормальный пищеводъ. Но дѣло въ томъ, что постороннее тѣло, о которомъ здѣсь говорится, не было найдено при вскрытіи, а анамнезъ даетъ лишь смутное указаніе объ этомъ событіи. И такъ какъ не совѣмъ вѣроятно, чтобы больной, одержимый такимъ тяжкимъ незалеченнымъ внутреннимъ поврежденіемъ, могъ „въ полномъ здравіи“ совершить морское путешествіе въ качествѣ машиниста на пароходѣ, что онъ, однакоже, сдѣлалъ, то мы считаемъ сказанное мнѣніе лишеннымъ основанія и полагаемъ, что и этотъ случай долженъ быть поставленъ въ одинъ рядъ съ остальными.

при чемъ часть, лежавшая между обоими ремнями, вытянулась съ 17 сантим. на 24. При отягощеніи же 5 килограм., мышечная оболочка надорвалась кругомъ, приблизительно черезъ минуту, вмѣстѣ съ тонкой клѣтчаткой, немного выше нижняго ремня, и соскользнула съ совершенно уцѣлѣвшей слизистой оболочки. Послѣ этого нижній ремень былъ укрѣпленъ только на сохранившейся внизу слизистой оболочкѣ. При отягощеніи 12½ килограм. надорвалась кругомъ опять таки одна мышечная оболочка близко отъ верхняго ремня. Теперь мы завязали и верхній ремень на одной только слизистой оболочкѣ. Послѣдняя вынесла тяжесть въ 5 килограм. въ теченіи продолжительнаго времени и только при отягощеніи 10 килограм. она чрезъ нѣсколько секундъ надорвалась кругомъ зубчатымъ разрывомъ приблизительно по серединѣ своей длины.

Спрашивается, мыслимо ли, чтобы сокращенія самого пищевода или растяженіе и влеченіе его со стороны сосѣднихъ органовъ, хотя бы отдаленнѣйшимъ образомъ могли быть уподоблены дѣйствию подобной силы?

Такимъ образомъ, за главную причину описываемаго процесса мы вынуждены признать такое измѣненіе, въ силу котораго значительно уменьшается плотность тканей пищевода. И такая причина дѣйствительно доказана относительно двухъ случаевъ, а для остальныхъ можетъ быть допущена съ большею или меньшею вѣроятностью. *Фицъ* справедливо выставляетъ на видъ, что въ 2 случаяхъ (*Габершонъ*, *Чарльзъ*), по собственнымъ словамъ авторовъ, кромѣ разрыва, существовали явленія, свидѣтельствовавшія о размягченіи пищевода (въ случаѣ *Габершона* дно желудка было въ высшей степени размягчено), и что въ большинствѣ случаевъ, въ которыхъ авторы умалчиваютъ объ этомъ пунктѣ — во времена *Бюергаве* это состояніе вообще еще не было извѣстно — описаніе анатомическихъ измѣненій въ окрестности разрыва очень хорошо согласуется съ предположеніемъ о размягченіи, а въ виду разрыва плевры даже дѣлаетъ обязательнымъ подобное предположеніе. Мы вполне присоединяемся къ этимъ словамъ, но должны прибавить, что не дѣлаемъ исключенія и для тѣхъ двухъ случаевъ, въ которыхъ *Фицъ* обходитъ эту возможность (*Мейеръ*, *Фицъ*), особенно въ виду того, что отмѣченное въ обоихъ случаяхъ состояніе, т. е. отсутствіе эпителія подъ мѣстомъ разрыва, вполне соотвѣтствуетъ тому состоянію, которое *Кинъ* съ такой вѣрностью описываетъ, какъ начало размягченія пищевода.

Но если для *Фица* этихъ указаній достаточно, чтобы совершенно отвергнуть соотвѣтственные случаи, какъ невѣроятные, то мы смотримъ на дѣло иначе. Скептицизмъ, заходяшій такъ далеко, могъ находить себѣ оправданіе только до тѣхъ поръ, пока возможность прижизненнаго разрыва желудка вслѣдствіе размягченія не была строго доказана. Но теперь, когда такое доказательство доставлено, и, по нашему мнѣнію, доставлено со всей научной строгостью, случаемъ изъ нашей практики ¹⁾, сообщеннымъ *В. Майеромъ*, нельзя отвергать возможности того же явленія и въ пищеводахъ. Поэтому, вмѣсто того, чтобы совершенно

¹⁾ Deutsches Archiv f. klin. Med., т. IX, стр. 105, 1871, и этого руков. т. VII, ч. II, стр. 136.

оставить въ сторонѣ эти случаи, какъ невѣроятные, мы считаемъ себя, напротивъ, въправѣ высказать предположеніе, что всѣ эти случаи такъ назыв. самостоятельнаго разрыва пищевода должны быть сведены къ предшествовавшему *три жизни* — и притомъ въ здоровомъ состояніи — размягченію пищевода, развившемуся весьма быстро въ силу особыхъ условій.

Если мы такимъ образомъ кладемъ размягченіе пищевода въ основаніе объясненія разрывовъ этого органа, то въ видѣ оправдательнаго документа считаемъ необходимымъ включить сюда все, что извѣстно о процессѣ размягченія, тѣмъ болѣе, что послѣдній пріобрѣтаетъ дѣйствительный патологическій интересъ только своимъ отношеніемъ къ разрывамъ.

Размягченіе пищевода, oesophago-malacia,

встрѣчается въ той же формѣ и совершенно при тѣхъ же условіяхъ, какъ и размягченіе желудка, и если гораздо рѣже, чѣмъ послѣднее, то все таки не особенно рѣдко; чаще всего оно наблюдается въ сочетаніи съ размягченіемъ желудка, но иногда совершенно независимо отъ послѣдняго. Оно всегда начинается близко отъ желудочнаго входа и занимаетъ нижнюю половину пищевода на различномъ протяженіи. При легкихъ степеняхъ происходитъ только отслойка эпителія на значительномъ пространствѣ, или же эпителий отчасти еще сохраняется, въ видѣ островковъ или параллельныхъ продольныхъ полосъ, соотвѣтствующихъ долинамъ, образуемымъ складками сокращающагося пищевода. Слизистая оболочка, обнаженная отъ эпителія, представляется гладкой, водянисто блестящей, сѣровой или желтоватой, пронизана отдѣльными черноватыми сосудистыми полосками, но не особенно сильно измѣнена въ своей консистенціи. Мышечная оболочка совершенно цѣла. На высшихъ степеняхъ слизистая оболочка, а вмѣстѣ съ ней и мышечный слой, чрезвычайно мягка, большею частью студенисто прозрачна (напоминая положенный въ уксусъ кусокъ ткани), рѣже черновата, дуплиста. Стоитъ только слегка потянуть за стѣнку, и она вся разрывается или же, не смотря на самое осторожное обращеніе съ нею, уже съ самаго начала даетъ одну или нѣсколько продольныхъ трещинъ. Въ послѣднемъ случаѣ прилегающая клѣтчатка задняго межлегочнаго пространства представляется на большомъ протяженіи обезцвѣченной, макотно-размягченной, и вмѣстѣ съ тѣмъ плевра тоже бываетъ въ этомъ мѣстѣ надорвана въ одну или обѣ стороны. При этомъ въ соотвѣтственномъ плевральномъ пространствѣ находятъ болѣе или менѣе обильную, грязновато-бурую или сѣровато-красную, смѣшанную на видъ съ кровью, массу (она-то первая и обращаетъ вниманіе вскрывающаго на описанное измѣненіе), въ которой несомнѣнно можно узнать содержимое желудка и размягчающее дѣйствіе которой на соприкасающіяся

съ нею части ясно до очевидности. Особенно сильно бываетъ вымочена легочная плевра нижней доли, представляющаяся иногда мѣстами совершенно растворенной, тогда какъ на уцѣлѣвшихъ частяхъ ея находятъ нерѣдко крупные багровые подтеки, рѣзко отличающіеся отъ остальныхъ грязноватыхъ мѣстъ. Такіе же подтеки мы находили и на другихъ частяхъ въ области размягченія, напр. въ межлегочномъ пространствѣ и въ наружной оболочкѣ аорты. Болѣе или менѣе обширная подплевральная эмфизема тоже составляетъ обыкновенное явленіе въ подобныхъ случаяхъ. Что касается остальной, верхней, части пищевода, то обыкновенно она въ главномъ совершенно нормальна. Однакоже, въ одномъ случаѣ мы нашли чрезвычайно сильную налитость слизистой оболочки кверху отъ размягченнаго и прорваннаго мѣста, а въ другомъ случаѣ она была пронизана на протяженіи 3 сантим. свѣжими кровоподтеками. За то мы ни разу не наблюдали значительныхъ геморрагическихъ инфильтрацій слизистой оболочки пищевода, найденныхъ *К. Е. Е. Гофманомъ* ¹⁾ въ двухъ случаяхъ.

Что касается сущности и патологическаго значенія размягченія пищевода, то прежде всего не подлежитъ сомнѣнію, что это состояніе совершенно тождественно съ одноименнымъ измѣненіемъ желудка. Поэтому къ нему можетъ быть примѣнено все то, что извѣстно о послѣднемъ процессѣ. И такъ какъ относящіеся сюда интересные спорные вопросы подробно разобраны *Лейбе* ²⁾ въ настоящемъ руководствѣ при болѣзняхъ желудка, то мы отсылаемъ читателя къ соотвѣтственному отдѣлу, тѣмъ болѣе, что взгляды упомянутаго автора совершенно согласны съ нашими. Вмѣстѣ съ *Лейбе* мы твердо придерживаемся того воззрѣнія, установленнаго особенно *Гентеромъ* и *Эмзессеромъ*, а относительно пищевода защищаемаго преимущественно *Кинномъ* (1. с.), что въ громадномъ большинствѣ случаевъ размягченіе представляетъ смертный процессъ, происходящій въ томъ случаѣ, когда содержащее пепсинъ и въ то же время достаточно кислое содержимое желудка остается, при достаточно хорошо-сохранившейся теплотѣ тѣла, долгое время въ соприкосновеніи съ тканями, которыя, вслѣдствіе прекратившагося въ нихъ движенія крови, не могутъ оказывать сопротивленія растворяющему дѣйствію этого содержимаго. Понятно, что для осуществленія подобныхъ условій въ пищеводѣ необходимо еще, чтобы передъ смертью въ него возвратилось содержимое желудка и чтобы послѣднее, вслѣдствіе ослабленной сократительности пищевода, оставалось въ немъ продолжительное время.

Точно также мы убѣждены вмѣстѣ съ *Лейбе*, что размягченіе вовсе не всегда происходитъ лишь послѣ такъ называемой полной смерти,

¹⁾ Virchow's Archiv, 44, стр. 352, т. 46, стр. 124.

²⁾ Настоящаго руков. т. VII, ч. 2, стр. 183. Тамъ же смотри и подлежащую литературу.

какъ чисто трупное явленіе, а что, напротивъ, въ другихъ и, какъ намъ кажется, даже частыхъ случаяхъ оно можетъ начинаться еще при жизни, во время агоніи, которая часто продолжается очень долго, и уже въ это время дойти до высшихъ степеней, до прободенія, такъ что оно представляетъ собственно не посмертный, а скорѣе сопровождающій смерть процессъ (*intramortaler Vorgang*). Такое предположеніе, если даже строго держаться указаннаго выше генеза, не представляетъ ничего невѣроятнаго. Ибо чрезвычайное ослабленіе кровообращенія, несомнѣнно существующее во многихъ случаяхъ агоніи (особенно послѣ тѣхъ ослабляющихъ болѣзней, при которыхъ размягченіе встрѣчается всего чаще), можетъ считаться вполне достаточнымъ для того, чтобы уничтожить, обусловливаемое нормальнымъ движеніемъ крови, препятствіе „къ самоперевариванію“. Но, чтобы во всѣхъ или, по крайней мѣрѣ, въ большинствѣ случаевъ причину размягченія составляла геморрагическая инфильтрація слизистой оболочки пищевода,—этого мы, на основаніи нашихъ собственныхъ наблюденій, принять не можемъ. Найденныя *Гофманомъ* въ 2 случаяхъ геморрагіи, какъ увидимъ сейчасъ, могутъ по меньшей мѣрѣ такъ же удобно считаться за слѣдствіе размягченія, какъ и за причину его.

Доказательство тому, что въ извѣстномъ числѣ случаевъ размягченіе и прободеніе происходятъ еще до окончательнаго угасанія жизни, мы находимъ прежде всего въ описанныхъ выше анатомическихъ данныхъ. Такъ напр., упомянутые подтеки въ различныхъ тканяхъ, подверженныхъ растворяющему дѣйствию желудочнаго содержимаго (которые мы нерѣдко наблюдали, какъ при размягченіяхъ пищевода, такъ и при размягченіяхъ желудка), остаются совершенно необъяснимыми при предположеніи о чисто трупномъ происхожденіи размягченія, тогда какъ они отлично объясняются, если мы примемъ, что размягченіе ткани, а вмѣстѣ съ этимъ и стѣнокъ сосудовъ, наступило въ такой моментъ, когда кровообращеніе, хотя и очень слабо, но все же существовало. Мы поэтому вполне присоединяемся къ словамъ *Гофмана*, который видитъ въ этихъ подтекахъ чрезвычайно важный доводъ въ пользу прижизненнаго происхожденія размягченія.

Вдобавокъ, извѣстны случаи, гдѣ еще при жизни наблюдалась кровавая рвота, существованіе которой *Эльзессеръ*¹⁾ не безъ основанія дѣлаетъ обязательнымъ для защитниковъ прижизненнаго размягченія.

Примѣромъ этого можетъ служить слѣдующій случай. У мальчика 9 лѣтъ, умершаго отъ паренхиматознаго воспаленія обѣихъ почекъ, за нѣсколько часовъ до смерти, по словамъ пользовавшаго его врача, выдѣлилось вмѣстѣ съ рвотой довольно

¹⁾ Die Magenerweichung der Sauglinge. Stuttgart и Tübingen, 1846, стр. 8. „Если студенистое размягченіе происходитъ уже при жизни, то странно, почему же это ни у одного изъ дѣтей, страдавшихъ размягченіемъ желудка, не замѣчалось кровавой рвоты, почему въ желудкѣ не найдено крови“.

большое количество кровянистой жидкости. **Вскрытіе** (1 іюля 1875, чрезъ 28 часовъ послѣ смерти) показало, кромѣ пораженія почекъ, *студенистое размягчение и прободеніе пищевода съ выдѣленіемъ содержимаго желудка въ лѣвый плевральный мѣшокъ и съ подплевральной эмфиземой*. Протоколъ вскрытія гласитъ: въ полости лѣвой плевры большое количество грязновато темнобурой, мутной жидкости. Слѣва надъ діафрагмой, соответственно заднему межлегочному пространству, плевра разорвана на протяженіи около 4 сантим., а пищеводъ тоже вскрытъ на большомъ протяженіи съ дуплисто размягченнымъ краемъ. Такое же дуплистое размягчение замѣчается и на діафрагмѣ вокругъ мѣста прохожденія пищевода (*hiatus oesophag.*). Легочная плевра лѣвой нижней доли и отчасти соответственная часть легочной плевры густо устѣяны подплевральными пузырьками газа. Въ полости правой плевры найдено нѣсколько столовыхъ ложекъ кровянистой жидкости (газовыхъ пузырьковъ на правой плеврѣ не замѣчается). Пищеводъ на протяженіи 7 сантим. сверху нормаленъ (за исключеніемъ двухъ лежащихъ другъ противъ друга плоскихъ ссадинъ въ самой верхней части). Начиная съ этого мѣста, слизистая оболочка чрезвычайно измѣнена въ цвѣтъ и пронизана буроватыми и черноватыми сосудами; еще далѣе внизъ, почти до самаго желудочнаго входа, вся стѣнка въ высшей степени студенисто размягчена, расплзлась на значительномъ протяженіи и прорвана въ сторону лѣвой плевры. На днѣ умѣренно растапанутаго желудка найдены лишь легкіе слѣды начинающагося размягченія.

Въ другомъ, во многихъ отношеніяхъ замѣчательномъ, случаѣ, хотя при жизни не наблюдалось кровавой рвоты, за то на вскрытіи найдено кровянистое содержимое въ желудкѣ и въ верхнихъ кишечныхъ петляхъ. Случай этотъ относится къ 6-лѣтнему ребенку, который давно уже страдалъ костоѣдой праваго тазобедреннаго сустава и подвздошной кости и умеръ отъ общей бугорчатки. За два дня передъ смертію у него появилась рвота и подложечная область была очень чувствительна къ давленію. На слѣдующій день мальчуганъ впасть въ совершенное безпамятство, не принималъ никакой пищи и его нѣсколько разъ вырвало. Къ вечеру по всей лѣвой половинѣ груди слышался тимпаническій звукъ постукиванія. Въ 3 часа утра онъ скончался.

Вскрытіе 29 ноября 1876 г., черезъ 8 часовъ послѣ смерти. Трупное распознаваніе. *Костоѣда праваго тазобедреннаго сустава и подвздошной кости; отвороженный мѣшокъ на внутренней поверхности правой подвздошной кости. Бугорчатковый менингитъ основанія мозга съ острой водянкой его. Отчасти размягченные бугорчатковые узлы въ вещества мозга. Бугорчатковый менингитъ спинного мозга. Просовидная бугорчатка легкихъ, печени, селезенки, почекъ и брюшины. Выволочнутая пазуха пищевода. Размягченіе пищевода съ прободеніемъ плевры, кровянистое содержимое желудка и верхнихъ кишечныхъ петель. Ascaris lumbric. Trichoceph. dispar. Oxyuris vermic.* Относящаяся до нашего предмета часть протокола гласитъ: въ полости лѣвой плевры немного кровянистой жидкости; лѣвое легкое свободно. При поднятіи его плевра представляется разорванною на протяженіи 5 сантим. надъ аортой и нижней частью пищевода. Обнаженный пищеводъ представляется въ этомъ мѣстѣ буровато-грязнаго цвѣта и показываетъ множество трещинъ. На наружной оболочкѣ обнаженной аорты два багровые подтека, величиною съ чечевицу. По вскрытіи пищевода въ верхней части его на соответствующихъ мѣстахъ задней и передней поверхностей замѣчается по овальному пространству 7 миллим. въ поперечникѣ, обнаженному отъ эпителія (начинающійся пролежень). Впрочемъ, слизистая оболочка на протяженіи 5 сантим. сверху нормальна. На всемъ остальномъ пространствѣ, длиною въ 10 сантим., она обнажена отъ эпителія и отчасти желтаго цвѣта. Въ этой части замѣчаются 3 целевидные продольные разрыва, верхній въ 2 сантим., а оба нижніе въ 5½ сантим. длины. На кра-

ахъ этихъ щелей ткань очень сильно размягчена въ студень и желтоватаго цвѣта; мышечная оболочка, вслѣдствіе студенистаго размягченія промежуточной ткани, представляется какъ бы разсученной, а многія круговыя волокна совершенно раздвинуты. Слизистая оболочка верхней части пищевода очень сильно налита по направленію къ верхней щели, въ остальномъ же совершенно нормальна. На межлегочной клѣтчаткѣ, прилегающей къ одной изъ нижнихъ щелей, замѣчаются крупныя подтеки. Одна изъ нижнихъ щелей оканчивается на разстояніи 1 сантим. отъ желудочнаго входа, гдѣ рѣзко прекращается измѣненіе цвѣта слизистой оболочки. На уровнѣ раздвоенія дыхательнаго горла, между верхней и нижней щелью, сидитъ выволочнутая пазуха, глубиною въ 3 миллим.—Легочная плевра усѣяна на обоихъ легкихъ многочисленными подтеками, въ особенности сзади и внизу. На задней поверхности лѣвой нижней доли замѣчается мелкопузырчатая подплевральная интерстиціальная эмфизема (на правой сторонѣ ея нѣтъ). Желудокъ мало растянутъ, стѣнки его порядочно утолщены, а на днѣ замѣчается умѣренное количество черныхъ, жирныхъ, похожихъ на кофейную гущу, массъ очень кислой реакціи; слизистая оболочка обложена тонкимъ слоемъ слизи, умѣренно налита, но нигдѣ не размягчена. Въ верхнихъ петляхъ тонкой кишки содержится темновато-чернобурая, похожая на деготь, тягучая масса; слизистая оболочка мало налита. Далѣе книзу отчасти зеленоватая пищевая кашка, отчасти блѣдно-желтоватая, жидкія слизистыя массы. Въ содержимомъ желудка, при микроскопическомъ изслѣдованіи, найдено весьма много, отчасти хорошо сохранившихся, отчасти съжившихся, отчасти сильно поблѣднѣвшихъ красныхъ кровяныхъ кружечковъ, которыхъ нельзя было болѣе различить въ дегтеобразныхъ массахъ тонкой кишки. За то въ томъ и другомъ содержимомъ найдено съ помощью геминовой пробы обильное количество крови.

Въ обоихъ приведенныхъ здѣсь случаяхъ, если считать размягченіе пищевода за чисто трупное явленіе, трудно будетъ указать другой источникъ для кровотеченій въ пищеварительномъ каналѣ, отчасти наблюдавшихся при жизни, отчасти найденныхъ на вскрытіи и которыя могли, конечно, произойти очень не задолго до смерти, но, во всякомъ случаѣ, передъ смертью. Темная, строкрасноватая или буроватая окраска содержимаго желудка, изливагося въ полость плевры, точно также говоритъ за предсмертное кровотеченіе, хотя еще нуждается въ дальѣйшихъ наблюденіяхъ.

Если же эти кровотеченія встрѣчаются не постоянно и не въ особенно значительной степени, то это объясняется, съ одной стороны, чрезвычайнымъ ослабленіемъ кровотеченія въ пораженныхъ частяхъ, выставленнымъ нами какъ необходимое условіе размягченія, а съ другой стороны, тѣмъ, что въ нѣкоторой части случаевъ, какъ мы сами же вполне признаемъ, размягченіе имѣетъ чисто посмертное происхожденіе.

Подплевральная эмфизема въ случаяхъ съ прободеніемъ тоже кажется намъ немаловажнымъ указаніемъ въ пользу нашего воззрѣнія, ибо такъ скоро послѣ смерти въ ней никакъ нельзя усматривать продукта гніенія, особенно въ виду противогниlostнаго дѣйствія желудочнаго сока и отсутствія другихъ признаковъ гніенія.

Недостатокъ реакціонныхъ явленій въ окрестности размягченія, съ особеннымъ удареніемъ выдвигаемый *Эмзессеромъ*, не можетъ быть выставленъ противъ защищаемаго здѣсь взгляда, такъ какъ въ теченіи немногихъ часовъ еле теплящейся жизни, которыхъ намъ всего и нужно для развитія всего процесса, такой реакціи и ожидать невозможно.

Однакоже, окончательнаго и неопровержимаго доказательства мы должны ожидать отъ клиническихъ наблюдений, которымъ когда нибудь навѣрное удастся, съ помощью физическаго изслѣдованія во время агоніи, съ несомнѣнною подтвердить внезапное поступленіе жидкостей или воздуха въ полость плевры. Въ этомъ отношеніи наибольшее вниманіе должно быть обращено на агонію у больныхъ, страдающихъ бугорчатковымъ менингитомъ основанія мозга (такъ какъ у нихъ, какъ показываетъ опытъ, размягченіе встрѣчается всего чаще); но понятно, что подобныя изслѣдованія должны быть произведены съ величайшей осторожностью, потому что при существующемъ размягченіи всякое движеніе, особенно усаживаніе больного въ отвѣсномъ положеніи, можетъ вызвать разрывъ пищевода. Всѣ же другія явленія: боль, чувство давленія въ надчревной области и даже описанныя нами кровотеченія, могутъ быть истолкованы и такъ, и иначе, а потому имѣютъ лишь второстепенное значеніе.

Явленія, наблюдавшіяся передъ смертію во второмъ изъ описанныхъ выше случаевъ, заслуживаютъ, конечно, вниманія по интересующему насъ вопросу, но они слишкомъ неполны и слишкомъ доступны разнообразнымъ толкованіямъ, чтобы за ними можно было признать доказательную силу. Всего болѣе жаль то, что тимпаническій звукъ на лѣвой сторонѣ груди, найденный наканунѣ смерти и указывающій на скопленіе въ ней воздуха (pneumothorax), не можетъ быть сочтенъ за несомнѣнное явленіе, такъ какъ на вскрытіи присутствія воздуха въ полости плевры не найдено—можетъ быть, только потому, что никто не думалъ о подобномъ измѣненіи, вслѣдствіе чего на него не было обращено спеціальнаго вниманія.

Если надрывы пищевода не сопровождаются еще болѣе рѣзкой группой припадковъ, которыхъ нельзя было бы не замѣтить (какъ при описанныхъ раньше разрывахъ въ тѣсномъ смыслѣ), то это опять таки очень хорошо объясняется условіями агоніи.

Что касается, наконецъ, совмѣстности или причиннаго отношенія между размягченіемъ желудка и пищевода, съ одной стороны, и болѣзнями мозга, преимущественно бугорчатковаго менингита основанія, съ другой—совмѣстности, указанной еще раньше *Легеромъ* и затѣмъ *Рокитанскимъ*, на основаніи многочисленныхъ наблюдений, и отрицаемой *Эмзесеромъ*—то по нашимъ наблюденіямъ, особенно доказательнымъ относительно пищевода, она не подлежитъ ни малѣйшему сомнѣнію.

Между 2587 вскрытіями, произведенными въ эрлангенскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ отъ 1862—1876 г., 9 разъ найдено очень сильное размягченіе пищевода (въ томъ числѣ 6 разъ съ прободеніемъ въ полость плевры). Въ этихъ 9 случаяхъ желудокъ былъ только 2 раза сильно размягченъ (1 разъ надорванъ), 3 раза слегка и 4 раза вовсе не былъ размягченъ. Только въ одномъ изъ этихъ 9 случаевъ черепъ остался невскрытымъ (смерть отъ разлитого нефрита, 9-лѣтній мальчикъ, см. выше); во всѣхъ же остальныхъ 8 случаяхъ, кромѣ другихъ измѣненій, найдены страданія мозга, а именно: 4 раза менингитъ основанія съ острой водянкой мозга (возрастъ больныхъ 6, 10, 41, 58 лѣтъ), 1 разъ колоссальная прирожденная водянка мозга (у 15-лѣтняго мальчика), 1 разъ рубецъ въ полосатомъ тѣлѣ, вмѣстѣ съ легкой хронической водянкой мозга (у чахоточнаго больного 23 лѣтъ), 1 разъ очень сильная ги-

перемія мозга съ незначительной влугренной водянкой мозга (у 3-мѣсячнаго мальчика), 1 разъ умѣренная гиперемія и отекъ мозга (смерть отъ крупознаго воспаленія легкихъ, 9-лѣтняя дѣвочка).—Эти цифры, при всей ихъ малочисленности, на столько краснорѣчивы, что можно исключить простую случайность подобнаго совпаденія.

Такимъ образомъ и эти данныя дѣлають, по крайней мѣрѣ, невозможнымъ считать размягченіе за случайное трупное явленіе, не имѣющее никакой ближайшей причинной связи съ обусловливавшей смерть болѣзнию. Напротивъ того, мы вынуждены принять, что болѣзни мозга, особенно водянки его, болѣе, чѣмъ всякія другія болѣзни, способствуютъ развитію тѣхъ условій, которыя необходимы для размягченія желудка и пищевода. Вопросъ же о томъ, производитъ ли разстройство мозга этотъ результатъ своимъ воздѣйствіемъ на отдѣленіе желудка (какъ полагаетъ *Рокитанскій*), или —что намъ кажется болѣе вѣроятнымъ— своимъ вліяніемъ на кровообращеніе въ соотвѣтственныхъ частяхъ, или, наконецъ, еще инымъ неизвѣстнымъ способомъ, — этотъ вопросъ долженъ остаться пока открытымъ.

Очевидно, что защищаемый здѣсь взглядъ не имѣетъ ничего общаго съ совершенно опровергнутой *Эльзессеромъ*, чисто виталистической теоріей, видѣвшей въ размягченіи самостоятельную и продолжительную болѣзнь, отмѣченную специальной группой припадковъ и сама по себѣ уже смертельную. Напротивъ того, наше воззрѣніе принципиально совершенно сходно съ теоріей *Гентеръ-Эльзессера* и уклоняется отъ нея лишь въ томъ отношеніи, что послѣдняя считаетъ размягченіе во всѣхъ случаяхъ за пищеварительное раствореніе мертвой ткани въ трупѣ, тогда какъ мы, вполне признавая непоколебимость этой теоріи для одной части случаевъ, выстѣ съ тѣмъ принимаемъ, что въ другихъ случаяхъ размягченіе, оставаясь процессомъ пищеварительнаго растворенія, происходитъ въ неполнѣ еще омертвѣвшей ткани, въ живомъ, но, вслѣдствіе другихъ болѣзней, уже агонизирующемъ тѣлѣ.

Конечно, практическое значеніе болѣзни, если что и выигрываетъ отъ этого взгляда, то очень немного, такъ какъ во всѣхъ относящихся сюда случаяхъ смертельный исходъ безповоротно предначертанъ основной болѣзнию уже въ то время, когда размягченіе только-что начинается. Но все таки въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступающее прободеніе можетъ ускорить смерть на нѣсколько минутъ или даже часовъ (такъ, вѣроятно, оно и было въ случаѣ *Гофмана*, гдѣ смерть послѣдовала во время приступа кашля). Въ терапевтическомъ отношеніи отсюда вытекаетъ, по крайней мѣрѣ, та задача, чтобы въ случаяхъ, гдѣ можно предположить размягченіе желудка, избѣгать, въ видахъ облегченія предсмертныхъ мукъ, всего того, что можетъ способствовать прободенію (движенія, механической инсультъ).

Но дѣйствительное патологическое значеніе эти рассужденія получаютъ тѣмъ, что ими какъ бы перекидывается мостъ къ высказанному

выше взгляду, что въ очень рѣдкихъ случаяхъ размягченіе пищевада можетъ развиваться чрезвычайно быстро *при жизни* въ совершенно здоровомъ состояніи, вполне независимо отъ какой либо другой серьезной болѣзни, и такимъ образомъ сдѣлаться причиной такъ называемыхъ самобытныхъ разрывовъ пищевада, о которыхъ мы говорили выше. Въ виду этого мы должны еще разъ вернуться къ изложеннымъ тамъ случаямъ, чтобы посмотрѣть, на сколько условія, при которыхъ происходили эти разрывы, могутъ служить опорой высказанному сейчасъ взгляду.

Прежде всего спрашивается: признавая въ принципѣ справедливость развитой теоріи размягченія пищевада, можно ли представить себѣ внезапное развитіе этого процесса при здоровомъ состояніи? На этотъ вопросъ мы должны дать утвердительный отвѣтъ. Въ самомъ дѣлѣ, какія условія необходимы для этого? Необходимы: 1) присутствіе богатаго пепсиномъ кислаго содержиимаго желудка; 2) возвращеніе и 3) продолжительное пребываніе послѣдняго въ пищевадѣ; 4) достаточная теплота тѣла; 5) прекращеніе или чрезвычайное ослабленіе кровообращенія въ пищевадѣ. Но изъ этихъ условій 1 и 4 существуютъ и въ здоровомъ состояніи, во время каждаго нормальнаго акта въ желудкѣ. Условіе же 2 довольно часто является при наполненіи желудка, но можетъ обнаруживать свое дѣйствіе только тогда, когда къ нему присоединится условіе 3, такъ какъ для размягченія безусловно необходимо продолжительное соприкосновеніе стѣнки пищевада съ желудочнымъ сокомъ. Въ совершенно здоровомъ состояніи дѣло до этого не доходитъ, такъ какъ отрыгнутая пища тотчасъ же снова прогоняется сокращеніями пищевада вверхъ или внизъ. Для осуществленія условія 3 необходимо чѣмъ бы то ни было вызванное ослабленіе мышечной энергіи пищевада. Что такое ослабленіе существуетъ при патологическихъ условіяхъ и можетъ быстро развиваться и въ здоровомъ состояніи, вслѣдствіе утомленія пищевада послѣ очень продолжительной и жестокой рвоты, — это не подлежитъ сомнѣнію. Слѣдовательно, остается еще оправдать 5 условіе — ослабленіе кровообращенія. Но едва ли нужно доказывать, что подобное ослабленіе можетъ быть быстро вызвано въ любой ограниченной области сосудовъ весьма разнообразными причинами. Такимъ образомъ, предположеніе, что разбираемый процессъ, составляющій обыкновенно принадлежность агоніи и смерти, можетъ при особенныхъ обстоятельствахъ развиваться со всѣми его свойствами также въ здоровой жизни, не заключаетъ въ себѣ ничего противнаго здравому смыслу, и намъ остается только провѣрить, дѣйствительно ли эти условія существовали въ случаяхъ разрыва пищевада.

И вотъ этиологическія отношенія этихъ случаевъ дѣйствительно могутъ служить весьма вѣской опорой для нашего взгляда.

Всѣ 8 случаевъ, подробности которыхъ намъ извѣстны, относились къ мужчинамъ цвѣтущаго возраста, отъ 24 до 50 лѣтъ ¹⁾. За исключеніемъ больного *Бюерлаве*, который описывается, какъ человѣкъ съ выдающимися качествами тѣла и души и скромныхъ привычекъ, всѣ остальные были, повидимому, привычные пьяницы (о 5 изъ нихъ прямо и говорится, что они отличались неводержностью въ этомъ отношеніи, а относительно 2 другихъ объ этомъ можно догадаться по тому, что объ нихъ сообщено). Впрочемъ, всѣ они были вполне здоровые люди. Замѣчательно, однакоже, что 2 изъ нихъ (*Мейеръ*, *Чарльзъ*) съ самаго дѣтства страдали по временамъ затрудненіями глотанія и у одного изъ нихъ, а именно у того, который обжогъ горло щелокомъ, какъ причина этого затрудненія, оказалось на вскрытіи суженное мѣсто надъ желудочнымъ входомъ, „безъ яснаго рубцованія“.

Во всѣхъ случаяхъ моментъ наступленія катастрофы находился въ несомнѣнной связи съ только-что принятой, болѣе или менѣе обильной, пищей или съ пьянымъ разгуломъ всего за нѣсколько часовъ передъ тѣмъ. Въ 4 случаяхъ она начиналась уже во время трапезы, и притомъ 2 раза (какъ сказано) остановкой куска въ горлѣ (*Мейеръ*, *Финъ*) и 2 раза (*Габершонъ*, *Гриффинъ*) тошнотой, повидимому, отъ невкуснаго блюда (больной *Гриффина* прямо указываетъ на плюмпудингъ, отъ котораго его „по обыкновенію“ стошнило). Въ другихъ 2 случаяхъ (*Бюерлаве*, *Чарльзъ*) она наступила послѣ или во время послѣобѣденной прогулки верхомъ, въ остальныхъ 2 случаяхъ (*Драйденъ*, *Грамацкій*) рано утромъ послѣ справленнаго наканунѣ (и, вѣроятно, продолжавшагося до самой ночи) кутежа.

Выше мы упомянули уже о томъ, что во всѣхъ случаяхъ первые припадки состояли въ тошнотѣ, душеніи, рвотѣ, за которыми болѣе или менѣе быстро слѣдовала внезапная боль и остальные ужасающія явленія.

Отсюда видно, что, какъ прижизненныя явленія и данныя вскрытій, такъ и этиологическія условія представляютъ замѣчательное сходство во всѣхъ этихъ случаяхъ и потому, не смотря на незначительное число послѣднихъ, мы вправѣ дѣлать изъ нихъ опредѣленные выводы.

Что касается предрасположенія къ разрывамъ, то весьма знаменательно, что послѣдніе особенно часто встрѣчаются у привычныхъ пьяницъ, фактъ, приобретающій еще большую силу отъ почти исключительнаго участія въ болѣзни мужчинъ. Но для того, чтобы изъ сложнаго состоянія организма у пьяницъ выдѣлить тотъ моментъ, который порождаетъ предрасположеніе, для этого необходимо сравнить это состояніе съ состояніемъ больного *Бюерлаве* (какъ единственнаго случая разрыва не у пьяницы) и посмотрѣть, въ какомъ именно пунктѣ оба они сходятся между

¹⁾ Только въ случаѣ *Оттолицера* дѣло шло, повидимому, о женщинѣ, такъ какъ разрывъ произошелъ во время глаженія бѣлья.

собой. Изъ этого сравненія мы узнаемъ, что больной *Бюергаве*, очень умѣренный въ своихъ привычкахъ, не могъ, однакоже, по своему общественному положенію, отказываться отъ большихъ обѣдовъ, что именно послѣ подобныхъ излишествъ онъ часто чувствовалъ тяжесть въ области желудочнаго входа, отъ которой обыкновенно избавлялся съ помощью рвотныхъ, вслѣдствіе чего онъ, вопреки предостереженіямъ врачей, сдѣлалъ большую привычку къ этимъ средствамъ. Такъ какъ на вскрытіи какого либо стараго анатомическаго измѣненія во входѣ въ желудокъ не оказалось, то правильнѣе всего будетъ отнести это тягостное ощущеніе на счетъ вызванной или усиленной злоупотребленіемъ рвотными средствами слабости, атоніи мускулатуры пищевода, а особенно входа въ желудокъ, вслѣдствіе чего при обремененіи желудка содержимое послѣдняго легко возвращалось назадъ въ пищеводъ, гдѣ оставалось долгое время и откуда эта причина тягостнаго ощущенія легко могла быть удалена съ помощью рвотныхъ.

Но извѣстно, что отрыжка и рвота, отчасти какъ непосредственныя слѣдствія разгула, отчасти какъ признаки хроническаго катарра желудка, принадлежать у пьяницъ къ самымъ частымъ явленіямъ, а приемы рвотныхъ средствъ къ самымъ обычнымъ процедурамъ. И такъ какъ въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ прямо упоминается о частыхъ и продолжительныхъ катаррахъ желудка (подъ кратковременной болѣзнью съ болью желудка въ случаѣ *Грамацкаго* тоже ничего другого подразумѣвать нельзя), упоминается также и о неоднократномъ употребленіи рвотныхъ, то въ этомъ отношеніи мы замѣчаемъ полнѣйшее сходство случая *Бюергаве* со всѣми остальными. Мы поэтому едва ли ошибемся, если за причину предрасположенія къ разрывамъ будемъ считать обусловленную привычной рвотой вялость мускулатуры пищевода и входа въ желудокъ, равно какъ наклонность къ отдачѣ назадъ содержимаго желудка.

Въ качествѣ же производящихъ причинъ мы во всѣхъ случаяхъ находимъ различнаго рода случайности во время или вскорѣ послѣ порядочнаго обжорства или выпивки, вызвавшія сначала отрыжку, душеніе, рвоту, т. е. возвращеніе въ пищеводъ содержимаго желудка, въ это время навѣрное содержавшаго пепсинъ и кислоту. Весьма замѣчательно въ этомъ отношеніи то обстоятельство, что въ 2 случаяхъ сцена открывалась поѣздкой верхомъ, предпринятой сряду же послѣ обѣда, такъ какъ никакое движеніе такъ не способствуетъ возвращенію пищи, при недостаточномъ притворѣ желудочнаго входа, какъ толчки при верховой ѣздѣ. Еще скорѣе это должно было случиться въ тѣхъ двухъ случаяхъ, въ которыхъ кусокъ застрялъ въ пищеводѣ и, слѣдовательно, заграждалъ путь вверхъ (если это не было прямо у желудочнаго входа), особенно въ случаѣ *Мейера*, гдѣ и проходъ

внизъ былъ затрудненъ лежавшимъ надъ желудочнымъ входомъ служе-ніемъ ¹⁾).

Мы видимъ такимъ образомъ, что всѣ условія, признанныя нами необходимыми для прижизненнаго происхожденія размягченія пищевода, имѣются здѣсь на лицо, за исключеніемъ затрудненнаго кровообращенія. Что послѣднее разстройство тоже имѣло мѣсто, этого нельзя усмотрѣть въ нашихъ случаяхъ ни изъ исторій болѣзней, ни изъ данныхъ вскрытій; но надо вѣдь и то сказать, что оно иногда не сказывается никакими выдающимися признаками, ни при жизни, ни на трупѣ. Слѣдовательно, пока дѣло сводится только къ тому, чтобы узнать, можно ли съ вѣроятностью предположить существованіе затрудненнаго кровообращенія и въ нашихъ случаяхъ. Тутъ прежде всего нужно принять въ соображеніе, что если препятствіе къ „самоперевариванію“ мы полагаемъ въ быстрой нейтрализаціи проникающей кислоты щелочной кровью данной части, то пищеводъ, въ силу меньшаго содержанія крови и обусловливаемого этимъ болѣе слабаго теченія жидкостей, гораздо менѣе огражденъ отъ желудочнаго сока, нежели желудокъ. Да онъ менѣе послѣдняго и нуждается въ такой охранѣ, такъ какъ обыкновенно вовсе не приходитъ въ соприкосновеніе съ желудочнымъ сокомъ. Напротивъ того, въ желудкѣ, полагать надо, эта охрана существуетъ даже въ избыткѣ, такъ что кровообращеніе можетъ быть понижено въ немъ весьма значительно, безъ того, чтобы стѣнка его подверглась самоперевариванію. Иначе ему грозила бы вѣчная опасность. Въ пищеводѣ же такого излишка защиты нѣтъ. И потому здѣсь достаточно гораздо болѣе слабаго пониженія кровообращенія, чтобы вывести его за тотъ рубежъ, по ту сторону котораго прекращается защита отъ самоперевариванія.

Что касается характера этого разстройства кровообращенія, то о геморрагическомъ инфарктѣ, на счетъ котораго *Гофманнъ* относитъ свои предсмертные (intramortale) случаи, здѣсь не можетъ быть рѣчи, такъ какъ въ протоколахъ вскрытій ни о чемъ подобномъ не упоминается. И такъ какъ, съ другой стороны, эмболическій процессъ тоже предположить трудно, то остается пока принять судорожную ишемію. Но это явленіе нельзя считать за случайное, ничего общаго не имѣющее съ остальнымъ процессомъ; напротивъ того, мы должны предположить, что оно находится въ тѣсной, причинной связи со всѣми другими, необходимыми для размягченія и разрыва, условіями, которыя мы признали за несомнѣнно существующія. Приурочиваясь къ геніальному замѣчанію

¹⁾ Такимъ образомъ этотъ случай *Мейера* представляетъ полнѣйшее сходство съ приведеннымъ выше (стр. 84) нашимъ случаемъ разрыва желудка (напечатаннымъ *Мейеромъ*), въ которомъ отступленіе разрушающаго содержимаго желудка въ обѣ стороны было затруднено стриктурами желудочнаго входа и привратника.

Андраля¹⁾, что отъ душевныхъ движеній желудокъ можетъ блѣднѣть и краснѣть не хуже кожи, мы можемъ поставить вопросъ: не распространяется ли также на пищеводъ и желудокъ блѣдность лица и губъ, такъ бросающаяся въ глаза во время рвоты? Эта ишемія, конечно, не достигаетъ обыкновенно такой степени, чтобы предоставить ткань въ жертву желудочному соку, но при чрезмѣрномъ усиленіи ея она легко можетъ повести къ катастрофѣ.

На основаніи всего сказаннаго, мы считаемъ предположеніе, что всѣ случаи самобытнаго разрыва пищевода должны быть сведены къ прижизненному размягченію его, вполне правдоподобнымъ.

2. Прободенія.

Литература.

Oppolzer, Hamburger, II. ss.—Mondière, Arch. génér. de Méd., серія 2, т. III, 1833, стр. 50.—Vigla, Communications accidentelles de l'oesophage avec les poumons et les bronches. Arch. génér. de Méd., серія 4, т. XII, 1846, стр. 129 и 314.—Havershon, Guy's Hospital Reports, серія 3, т. II.—Eras, Die anatom. Canalisationstörungen d. Speiseröhre. Dissert. Leipzig, 1866.—Schneider, Berl. klin. Wochenschr., 1868, № 31, 32 (сообщенія пищевода съ дыхательными путями).—Murchison, Oes.-Krebs, Trachealfistel. Transact. of the patholog. Society, XIX, стр. 224, 1869.—Mackenzie, M., Oes.-Krebs, Trachealfistel. Ibid., XIX, стр. 213, 1869.—Greenhow, ibidem, XXII, стр. 129, 1871.—Bristowe, J. S., Krebsige Trachealfistel, Tod durch Arrosion der Carotis comm. sinistr. Linksseitige Stimmbandlahmung. Ibid., XXII, стр. 134, 1871.—Saussier et Carteron, Obs. de fistule oesophago-trachéale. Bull. de l'Acad. de Méd., XXXV, стр. 841, 1871.—Freudenhammer, G., Oesoph.-Carcinom, communicirt mit Bronchus sinister. Diss. Berlin, 1873.—Kebbel, W., Perfor. in Bronchus. The Lancet, 16 янв. 1875, I.—Chalybaeus, Krebs-Perfor. in Lungencavernen comm. Virchow's Archiv, L, 1, 1870.—Adelmann, Prager Vierteljahrschrift, 1867, IV.—Gaudais, Rétréciss. de l'oesoph. (прободеніе плевры). Thèse de Paris, 1869.—Busch, F., Ueber Perforation d. Oesoph. durch fremde Körper. Arch. f. klin. Chirurgie, 1874, XVI, стр. 68.—Léger, Прободеніе плевры. Bull. de la Société anat., 1876, 4, стр. I, 2, 1876, стр. 411.—Treulich, Pyopneumothorax nach Perf. eines Oes.-Geschwüres. Prager Vierteljahrschr., 129, стр. 132, 1876.—Lürmann, Oes.-Fistel u. sec. Mediastinalabscess. Berl. klin. Wochenschrift, 1876, № 19.—Coghill, J. Ch. S., Свищъ пищевода къ боковой стѣнкѣ груди. Brit. med. Journ., 20 янв. 1877.—Leudet, Gaz. méd. de Paris, 1864, № 25 и 26, и Schmidt's Jahrb., т. 125, стр. 247 (прободенія пищевода аневризмами аорты).—Amodru, Carc. de l'oesoph. Пробод. аорты. Bull. de la Soc. anat., 3, стр. X, 2, стр. 219.—Bradley, Lawr., Инородныя тѣла (монеты). Вскрытіе въ аорту. Med. Times and Gazette, 17 окт. 1868.—Beckers, De Pneumopericardio. Dissert. Greifswald, 1860 (вскрытіе въ сердечную сорочку).—Tütel, Ein Fall von Pneumopericardium. Deutsche Klinik, 1860, стр. 359.—О прободеніи выволокнутыхъ пазухъ см. Rokitansky и Tiedemann, II. supra cc.

¹⁾ Andral, Précis d'Anatomie pathologique, т. I, стр. 76, 1829.

Подъ прободеніями, какъ уже сказано, мы разумѣмъ такія нарушенія цѣлости пищевода, которыя обусловливаются разрушительными патологическими процессами. Послѣдніе процессы могутъ первично поражать самый пищеводъ и затѣмъ—такъ какъ разрушеніе по большей части начинается въ слизистой оболочкѣ, послѣдовательно распространяясь на наружные слои—вести къ прободенію изнутри наружу: такіе случаи мы называемъ первичными прободеніями. Въ отличіе отъ нихъ существуютъ вторичныя прободенія, обусловливаемыя страданіями сосѣднихъ частей, которыя уже послѣдовательно вовлекаютъ въ процессъ пищеводъ, а именно такимъ образомъ, что либо распаденіе переходитъ на стѣнку пищевода, такъ что послѣдняя постепенно прорывается снаружи внутрь, либо стѣнка пищевода, хотя въ сущности не бываетъ разрушена, но разрыхляется на столько (вслѣдствіе атрофіи отъ давленія или образованія струпьевъ), что подъ конецъ даетъ разрывъ отъ самаго незначительнаго повода. Послѣдніе случаи обыкновенно относятъ къ прободеніямъ на томъ основаніи, что при нихъ главную роль играютъ подготовительные болѣзненные процессы, хотя по способу, которымъ происходитъ прободеніе, они примыкаютъ ближе къ разрывамъ, образуя такимъ образомъ переходныя формы къ послѣднимъ¹⁾. Вообще рѣзкой границы между обѣими формами нарушенія цѣлости (разрывомъ и прободеніемъ) провести невозможно.

Первичныя и вторичныя прободенія, какъ кажется, встрѣчаются одинаково часто (съ легкимъ развѣ перевѣсомъ первичныхъ формъ). Наибольшій контингентъ даютъ мужчины, а что касается возраста, то хотя они встрѣчаются въ любые годы жизни, но чаще всего, однакоже, въ пожиломъ возрастѣ.

Изъ 24 случаевъ прободенія пищевода, которые мы наблюдали (*Ценкеръ*), 12 принадлежали несомнѣнно къ первичнымъ формамъ, 9 ко вторичнымъ, а 3 остались подъ сомнѣніемъ.—19 случаевъ относились къ мужчинамъ, 5 къ женщинамъ.—Относительно возраста мы имѣли здѣсь представителей всѣхъ десятилѣтій, начиная съ 1-го и кончая 70 годами; однакоже, на первые 4 десятка приходилось только 8 случаевъ (т. е. $\frac{1}{3}$), тогда какъ на остальные 3—цѣлыхъ 16 (т. е. $\frac{2}{3}$). Наибольшее число (8) приходится на возрастъ отъ 40—50 лѣтъ.

Статистическія данныя *Вилла* не могутъ быть свѣряемы съ нашими, такъ какъ они основаны не на строго опредѣленномъ матеріалѣ, а лишь на заимствованныхъ изъ литературы и потому особенно выдающихся случаяхъ, и, вдобавокъ, относятся исключительно къ прободеніямъ пищевода въ дыхательные пути. По отношенію къ послѣднимъ *Вилла* совершенно правъ, считая (въ противоположность нашему взгляду) первичное прободеніе пищевода за правило, а вторичное за весьма рѣдкое исключеніе. Въ остальномъ же сходство его указаній съ нашими не лишено значенія. Такъ напр., онъ также нашелъ рѣшительный перевѣсъ мужскаго пола (14 мужчинъ, 4 женщины). Точно

¹⁾ Если изложенный выше взглядъ на самобытные разрывы окажется вѣрнымъ, то въ принципѣ вся разница между ними и послѣдняго рода прободеніями сведется къ разницѣ въ способѣ и напряженіи процессовъ разрыхленія стѣнки пищевода.

также между его случаями встрѣчаются представители почти всѣхъ возрастовъ съ обладаніемъ старшихъ (хотя и не въ такой степени, какъ у насъ).—Такой же результатъ мы получили изъ анализа 114 случаевъ самыхъ разнообразныхъ прободеній пищевода (включая сюда наши собственные случаи и собранные *Вилла*). Изъ нихъ 77 приходится на долю мужчинъ, 25 на долю женщинъ (у 12 полъ неизвѣстенъ). 35 случаевъ принадлежатъ возрасту до 40 лѣтъ, 59 возрасту старше 40 лѣтъ (въ 20 возрастъ неизвѣстенъ). И здѣсь наивысшая цифра (19) приходится на возрастъ отъ 40—50 лѣтъ. Если и въ этомъ сводѣ первичныхъ прободеній численно преобладаютъ надъ вторичными (76 первичныхъ на 28 вторичныхъ, 10 сомнительныхъ), то это опять таки объясняется тѣмъ, что сообщенія пищевода съ дыхательными путями, такъ часто ведущія къ смерти при самыхъ тяжелыхъ припадкахъ, публикуются преимущественно передъ другими (изъ 114 случаевъ сюда относятся 71); тогда какъ другія, нерѣдко вторично развивающіяся, прободенія (напр. со стороны железъ межлегочнаго пространства), хотя сами по себѣ часты, но по своему отчасти скрытому, отчасти мало замѣтному теченію обнаруживаются лишь весьма рѣдко. Поэтому, для составленія правильнаго понятія о сравнительной частотѣ обѣихъ формъ прободенія, необходимо держаться строго опредѣленнаго матеріала и при изслѣдованіи его постоянно имѣть въ виду упомянутое условіе. Вотъ почему мы считаемъ себя вынужденными придавать гораздо болѣе вѣсъ нашимъ собственнымъ, хотя и небольшимъ, числамъ.

Самую частую причину первичныхъ прободеній составляютъ, по нашимъ наблюденіямъ, выволокнутыя пазухи, а именно вслѣдствіе того, что стѣнка ихъ, подвергшись воспаленію подъ вліяніемъ проникшихъ маленькихъ постороннихъ тѣлъ и т. д., нерѣдко прорывается язвеннымъ процессомъ. Эти, вначалѣ очень маленькія, прободенія часто снова закрываются рубцомъ, но въ другихъ случаяхъ (см. выше) могутъ вести и къ очень обширнымъ и опаснымъ разрушеніямъ. Второе мѣсто послѣ нихъ занимаютъ по частотѣ раковыя язвы, которыя ведутъ за собою самыя обширныя разрушенія. За ними слѣдуютъ проглоченныя крупныя постороннія тѣла, которыя, если не тотчасъ же производятъ своими острыми и гранями проникающія раны, то при продолжительномъ пребываніи въ пищеводѣ могутъ вести къ изъязвленіямъ и образованію струпуевъ на слизистой оболочкѣ, а вслѣдствіе этого раньше или позже къ прободенію. Въ рѣдкихъ случаяхъ послѣднее происходитъ отъ дѣйствія ѣдкихъ веществъ. Наконецъ, прободеніе вызывается иногда изъязвленіями неопредѣленнаго происхожденія. Иныя изъ этихъ язвъ, вѣроятно, обуславливаются посторонними тѣлами, исчезнувшими ко времени вскрытія. Другія же навѣрно должны быть отнесены на счетъ неузнанныхъ или дѣйствительно неузнаваемыхъ, вслѣдствіе совершеннаго разрушенія ихъ стѣнки, выволокнутыхъ пазухъ. Можно навѣрно сказать, что и раковыя язвы съ незначительной раковой инфильтраціей краевъ кой-гдѣ описывались, какъ простыя язвы. Поэтому нѣтъ никакой надобности принимать еще какую-то специфическую форму язвъ съ склонностью къ прободенію. И нѣтъ сомнѣнія, что высказанное многими авторами предположеніе о существованіи „прободающей язвы пищевода“, сходной съ круглой язвой желудка, основывается именно на наблюденіи подобныхъ,

неопредѣленнаго характера, прободеній. Ибо никто еще до сихъ поръ не наблюдалъ въ пищеводѣ язвъ съ такими же характеристическими анатомическими признаками, какіе свойственны круглой язвѣ желудка (см. ниже главу о язвахъ).

По общему мнѣнію, наиболѣе часто встрѣчаются раковыя прободенія. И оно, въ самомъ дѣлѣ, такъ выходитъ изъ статистическаго сопоставленія заимствованныхъ изъ литературы случаевъ. Изъ 64 случаевъ первичнаго прободенія, взятыхъ изъ литературы, насчитывается не менѣе 38 раковыхъ, тогда какъ всего 11 должны быть отнесены на счетъ постороннихъ тѣлъ, 9 на счетъ язвъ неопредѣленнаго характера и 6 на счетъ выволокнутыхъ паузъ. Но этотъ расчетъ не вѣренъ. Ибо не подлежитъ никакому сомнѣнію, что случаи раковаго прободенія, благодаря обширности разрушенія и жестокости вызываемыхъ ими припадковъ, обнародывались несравненно чаще, чѣмъ гораздо менѣе видныя выволокнутыя паузы, на которыя до сихъ поръ вообще не обращали никакого вниманія и которыя поэтому часто оставались или недосмотрѣнными, или ложно истолкованными. На основаніи же нашего собственнаго матеріала дѣло получаетъ такой видъ, что изъ 12 случаевъ первичнаго прободенія 8 приходится на долю выволокнутыхъ паузъ и всего по 2 на долю раковъ и на долю язвъ сомнительнаго характера. Конечно, при болѣе богатомъ матеріалѣ, эти цифры нѣсколько измѣнятся, но едва ли онѣ когда нибудь получатъ обратный смыслъ.

Процессы, лежащіе въ основаніи вторичныхъ прободеній, отличаются чрезвычайнымъ разнообразіемъ. Чаще всего они состоятъ въ пораженіяхъ лимфатическихъ железъ, бронховъ и дыхательнаго горла, а именно въ гноевикахъ железъ, размягченіяхъ творожисто-перерожденныхъ или набитыхъ углемъ железъ; далѣе, въ обусловливаемыхъ костоѣдой тѣлъ позвонковъ нагноеніяхъ межлегочнаго пространства или запищеводной клѣтчатки на шеѣ. Рѣже причиной ихъ бывають первичныя изъязвленія дыхательнаго горла или гангренозныя гнѣзда легкихъ, которыя, склеиваясь съ пищеводомъ, въ послѣдствіи вскрываются въ него. Мы видѣли случай прободенія со стороны, подвергшейся гнилоственному распаденію, кисты щитовидной железы¹⁾. Наконецъ, стѣнка пищевода можетъ быть вытерта до полнаго прободенія, продолжительнымъ и очень сильнымъ давленіемъ снаружи. Такъ, въ одномъ случаѣ большого подгрудиннаго зоба, сильно сдавливавшаго дыхательное горло и напиравшаго на пищеводъ, мы видѣли, какъ стѣнка послѣдняго была совершенно пробита заднимъ концомъ 5-го хрящевого кольца дыхательнаго горла, такъ что обнаженный хрящъ свободно вдавался въ просвѣтъ пищевода. Совершенно подобный же случай приводитъ *Гамбургеръ* (1. с., стр. 185): здѣсь окостенѣвшая гортань была отгѣснена назадъ значительной опухолью на шеѣ, а передняя и задняя стѣнки пищевода (глотки) были продырявлены напиравшимъ на позвонки перстневиднымъ хрящемъ. Но особенно рѣзко дѣйствіе давленія проявляется при аневризмахъ грудной части нисходящей аорты, прободеніе которыхъ въ пищеводъ (нерѣдко одновременно съ продавливаніемъ позвонковъ) наблюдалось не

¹⁾ Mondière (Arch. génér., XXX, стр. 507) сообщаетъ обратный случай первичнаго (раковаго) прободенія пищевода въ кисту щитовидной железы.

особенно рѣдко (изъ 114 случаевъ прободенія пищевода 9 разъ). Въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ процессъ происходитъ болѣе сложнымъ путемъ, а именно: напиральная на пищеводъ аневризма вызываетъ своимъ давленіемъ образованіе ограниченнаго струпа на слизистой оболочкѣ, по отпаденіи струпа образуется язва (гангренозная язва отъ давленія), прободеніемъ которой и открывается сообщеніе съ аортой. Здѣсь два разрушительныхъ процесса работаютъ другъ другу въ руку, такъ что мы имѣемъ нѣкоторымъ образомъ сочетаніе первичнаго и вторичнаго прободенія.

Этотъ сложный способъ образованія сообщенія между аневризмой аорты и пищеводомъ выставленъ въ надлежащемъ свѣтѣ *Лейдэ* (l. c.), на основаніи многихъ доказательныхъ случаевъ. Мы можемъ прибавить къ нимъ нашъ собственный, тоже вполне убѣдительный случай¹⁾: Аллабахъ, мужчина 69 лѣтъ. Внезапная смерть отъ сильнаго кровоотеченія изъ горла. Вскрытіе (8 марта 1864 г.) показало: аневризма дуги аорты съ продавливаніемъ тѣлъ позвонковъ, ограниченный струпъ на слизистой оболочкѣ пищевода (еще не вскрывшійся) и прободеніе лѣваго бронха. Атрофія возвратныхъ нервовъ (особенно лѣваго) вслѣдствіе давленія. Пищеводъ представлялъ слѣдующія измѣненія: „непосредственно подъ раздвоеніемъ дыхательнаго горла замѣчается ограниченное, выдающееся на подобіе холмика, пространство 12 мм., въ поперечникѣ, со многими темнотами, рѣзко ограниченными омертвѣвшими мѣстами и слегка красной окружностью, но безъ нарушенія непрерывности ткани. Это мѣсто соответствуетъ вылившейся впередъ и чрезвычайно истонченной части аневризматическаго мѣшка. Въ лѣвомъ бронхѣ, непосредственно за раздвоеніемъ, величиною съ чечевицу отверстіе, съ острыми краями, ведущее прямо въ мѣшокъ, но тамъ заплетенное тонкими перепончатыми слоями фибрина“.

По мнѣнію *Гано* (*Arch. génér.*, июль 1876, стр. 22), давленіе аневризмы на идущія къ пищеводу нити блуждающаго нерва (имѣвшее мѣсто и въ нашемъ случаѣ) должно считаться за причину изъязвленія слизистой оболочки. Однакоже, здѣсь вполне достаточно болѣе простаго объясненія прямымъ давленіемъ на стѣнку пищевода. Если же *Лейдэ* считаетъ этотъ сложный способъ прободенія за единственный при аневризмахъ аорты, то это неправильно.

Въ громадномъ большинствѣ случаевъ существуетъ только одно отверстіе, иногда два, рѣдко еще больше. При множественныхъ отверстіяхъ послѣднія, большею частью, сидятъ близко другъ къ другу, такъ какъ обуславливаются прободеніемъ одного и того же болѣзненнаго гнѣзда въ нѣсколькихъ мѣстахъ. Чаще всего это бываетъ при ракѣ пищевода.

Положеніе и величина отверстій бываютъ, конечно, весьма различны, смотря по свойствамъ основнаго страданія. Отверстія встрѣчаются во всѣхъ частяхъ пищевода, однакоже, несравненно чаще на внутригрудномъ отдѣлѣ его, чѣмъ въ шейной части. Любимымъ мѣстомъ является передняя стѣнка въ области раздвоенія дыхательнаго горла, и это—благодаря частому непрямому или прямому соучаствію бронхіальныхъ железъ.

¹⁾ Случай этотъ подробно сообщенъ въ статьѣ *Ziemsseu's*: „*Laryngoskopisches und Laryngotherapeutisches*“. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, т. IV, стр. 378.

Величина прободенія колеблется отъ маленькой дыры, проходимою только для тонкихъ зондовъ, до дефекта стѣнки въ 2, 3 и больше сантим. въ поперечникѣ. Обыкновенно имѣются круглыя отверстія, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ (при прободеніи извнѣ) они принимаютъ форму щели.

Окружающая соединительная ткань показываетъ при первичныхъ прободеніяхъ измѣненія, присущія основному страданію; тогда какъ при вторичныхъ прободеніяхъ она большею частью совершенно нормальна или обращена въ струпъ на значительномъ протяженіи. Въ рѣдкихъ случаяхъ отъ прободного отверстия послѣдовательно распространяются на значительное пространство пищеводной стѣнки простые воспалительные или другіе болѣзненные процессы.

Недавно мы видѣли, почти вслѣдъ одинъ за другимъ, два случая обширнаго вторичнаго прободенія пищевода, вслѣдствіе размягченія отвороженныхъ бронхиальныхъ железъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ найдено, кромѣ того, сильное флегмонозное воспаление пищевода, навѣрно вызванное прободеніемъ и простиравшееся вдоль всего пищевода.—Въ другомъ случаѣ слизистая оболочка вокруг прободного отверстия, на протяженіи 3 сантим., была густо усыяна маленькими круглыми язвочками, доходившими только до подслизистаго слоя.

Что касается измѣненій сосѣднихъ частей, обусловливаемыхъ первичными прободеніями, то во многихъ случаяхъ они вначалѣ ограничиваются то незначительнымъ, то болѣе или менѣе распространеннымъ язвеннымъ разрушеніемъ клѣтчатки межлегочнаго пространства. И такъ какъ, производящій прободеніе, хроническій или, во всякомъ случаѣ (при защемившихся постороннихъ тѣлахъ), довольно продолжительный процессъ, прежде чѣмъ дѣло дойдетъ до прободенія, влечетъ за собой воспалительное уплотнѣніе, нерѣдко даже мозолистое отвердѣніе или раковую инфильтрацію сосѣдней клѣтчатки, то вслѣдствіе этого язвенная полость межлегочнаго пространства съ самаго начала окружается какъ бы сумкой. Этимъ объясняется, почему происходящее въ концѣ концовъ прободеніе не всегда сряду же сопровождается такими же тяжелыми припадками и столь же быстро распространяющимися анатомическими измѣненіями, какіе мы видѣли при самобытныхъ разрывахъ прежде здоровыхъ пищеводовъ. Главнымъ образомъ здѣсь не наблюдается эмфиземы кожи, которая при упомянутыхъ разрывахъ наступаетъ, повидимому, постоянно и быстро распространяется съ межлегочнаго пространства на значительныя протяженія поверхности тѣла. Вотъ почему подобное прободеніе вначалѣ, а иногда и при своемъ дальнѣйшемъ теченіи, можетъ оставаться скрытымъ, даже у такихъ больныхъ, которые находятся подъ самымъ бдительнымъ наблюденіемъ врача. И если основной процессъ не отличается такой склонностью къ дальнѣйшему росту, какъ при рактѣ, то оно можетъ даже зарости рубцомъ, какъ это доказываютъ случайно находимыя на вскрытіяхъ рубцовыя образованія.

Съ другой стороны, разъ начавшееся изъязвленіе часто исподволь, иногда, однакоже, быстро разрастается кругомъ все болѣе и болѣе, ведя къ образованію громаднѣхъ выемчатѣхъ полостей, прорѣзывающихъ межлегочное пространство въ различныхъ направленіяхъ и даже во всю его длину.

До какихъ громаднѣхъ размѣровъ могутъ доходить эти полости и въ то же время какъ мало мы вправѣ считать прободеніе пищевода само по себѣ за неминуемое смертельное страданіе,—показываетъ недавно обнародованный *Дюрманномъ* (I. c.) случай изъ клиникъ *Бартеляса*, который хотя и не былъ подтвержденъ вскрытіемъ, такъ какъ въ моментъ обнародованія больной подавалъ надежду на выздоровленіе, но поставленъ внѣ всякаго сомнѣнія мастерскимъ клиническимъ наблюденіемъ. У 24-лѣтняго больного, вслѣдствіе происшедшаго отъ неизвѣстныхъ причинъ (предполагаютъ защемленіе посторонняго тѣла) прободенія верхней трети пищевода, образовался гнойникъ межлегочнаго пространства, который простирался отъ шеи, гдѣ его вскрыли разрѣзомъ, до грудобрюшной преграды и примыкалъ спереди непосредственно къ сердцу. Эта полость, содержащая первоначально до 2 литровъ жидкости, выпятилась въ наполненномъ состояніи далеко въ лѣвое грудное пространство. Послѣ леченія, продолжавшагося годъ съ четвертью, эта полость значительно уменьшилась, но по прежнему оставалась въ сообщеніи съ пищеводомъ. Предположено было испытать оперативное закрытіе пищеводнаго свища. О дальнѣйшемъ ходѣ этого случая намъ пока ничего неизвѣстно.

Эти полости вступаютъ въ соприкосновеніе со всѣми заложенными въ межлегочномъ пространствѣ и граничащими съ нимъ важными для жизни частями, грозя каждому изъ находящихся тамъ полыхъ органовъ опасностью прободенія. Если полость, какъ это часто бываетъ, доходитъ непосредственно до сердечной сорочки или плевры, то хотя бы эти сывороточныя оболочки и не были продырявлены, все таки развивается перикардитъ ¹⁾ или плевритъ. Прободеніе чаще всего происходитъ въ одинъ изъ обоихъ бронховъ (одинаково часто въ правый и лѣвый) или въ оба за-разъ, нерѣдко также въ дыхательное горло. Послѣ нихъ прободеніе особенно часто происходитъ въ легкія (гораздо чаще въ правое), какъ въ верхнюю, такъ и въ нижнюю долю, большею частью при посредствѣ свищевыхъ ходовъ, которые либо открываются въ уже раньше существовавшую пещеру, либо сами, своимъ проникновениемъ въ вещество легкихъ, вызываютъ въ немъ образованіе язвенной полости. Гораздо рѣже прободенія происходятъ въ плевральныя полости (опять таки преимущественно въ правую) и въ сердечную сорочку и въ такомъ случаѣ (однакоже, какъ кажется, рѣдко) вызываютъ скопленіе воздуха въ груди и въ сердечной сумкѣ. Наконецъ, къ не особенно рѣдкимъ явленіямъ принадлежатъ прободенія въ крупныя артеріи, главнымъ образомъ, въ грудную часть нисходящей аорты. Продырявленными оказывались также легочная артерія (см. выше), одна изъ межреберныхъ, сонная, правая подключичная (послѣдняя при

¹⁾ Dumreicher (Wien med. Presse, VII, 15, 16. 18, 1866) считаетъ перикардитъ послѣ прободенія пищевода посторонними тѣлами „почти постояннымъ“.

своемъ ненормальномъ положеніи между пищеводомъ и позвоночникомъ—*dysphagia lusoria*—разъ острой костью, *Керби*, а въ другой разъ ракомъ) и нижняя щитовидная артеріи. За то прободеніе въ крупныя вены встрѣчается, повидимому, рѣдко. Въ одномъ случаѣ прободеніе проглоченной костью одной изъ венъ, какъ кажется, *hemiazugos*, вызвало смертельное кровотеченіе; въ другомъ случаѣ, по всей вѣроятности, произошло прободеніе полой вены ¹⁾. Одинъ разъ прободеніе послѣдовало даже въ лѣвое предсердіе ²⁾.

Между тѣмъ какъ открывающееся сообщеніе съ крупными кровеносными сосудами (все равно, будутъ ли это первичныя или вторичныя прободенія) всегда ведетъ къ смерти, при явленіяхъ жестокаго кровохарканія или внутренняго истеканія кровью, то моментально, то послѣ возобновленія на время остановившагося-было кровотеченія,—сообщеніе съ другими органами большей частью переносится довольно долго и лишь очень рѣдко ведетъ къ скоростижной смерти. Во всякомъ случаѣ, поступленіе пищи, возбудителей гніенія и газовъ изъ пищевода въ продыравленные части дѣйствуетъ какъ сильное воспалительное раздраженіе и скорѣ вызываетъ гнилостное разложеніе продуктовъ воспаления. Образуется гнилостный плевритъ или перикардитъ, гнойное воспаленіе бронховъ съ бархатистымъ разрыхленіемъ или даже зернистымъ утолщеніемъ слизистой оболочки вокругъ прободного отверстія. Вслѣдствіе присасыванія гнилостнаго содержимаго бронховъ, развиваются гангренозныя гнѣзда легкихъ, которыя, съ своей стороны, опять таки могутъ вызвать гнилостный плевритъ. Изъязвленія, происходящія отъ прободенія самого легкаго, или вскрывшіяся въ пищеводъ пещеры тоже принимаютъ всегда гангренозный характеръ.

Что эти процессы по большей части, хотя иногда лишь по простѣи довольно долгаго промежутка времени, должны вести къ смерти, —это разумѣется само собою. Тѣмъ не менѣе, даже свищевыя сообщенія съ сосѣдними органами, особенно съ бронхами, затягиваются иногда рубцомъ и заживаютъ, какъ показываютъ случайно находимые на вскрытіяхъ рубцы на соотвѣтственныхъ мѣстахъ пищевода и бронховъ, рядомъ съ рубцовыми измѣненіями въ межлегочномъ пространствѣ. Излеченіе достигнуто было (съ помощью разрѣза) даже въ одномъ

¹⁾ См. эти случаи у *Mondière'a*, *Arch. génér.*, т. XXIV, стр. 404, 406 и 407.

²⁾ *Bertrand et Bussard*, *Gaz. hebdomad.*, 1874, стр. 459. Въ этомъ, клинически и анатомически весьма тщательно изслѣдованномъ и описанномъ, случаѣ пазушная полость, лежавшая въ мѣстѣ раздвоенія дыхательнаго горла, вскрылась сначала въ правый бронхъ, а затѣмъ въ лѣвое предсердіе. На передней стѣнкѣ пищевода найденъ слѣдой мѣшокъ, отдѣленный отъ омертвѣлой полости очень тонкимъ слоемъ клетчатки (слѣдовательно, представившій, вѣроятно, выволокнутую пазуху). Въмѣстѣ съ этимъ найденъ свѣжій перикардитъ. 24-лѣтній больной, прохворавъ три недѣли, умеръ отъ частой и жестокой кровавой рвоты.

случаѣ прободенія пищевода въ плевру, произведеннаго остроконечнымъ кускомъ кости и гдѣ развился уже pneumothorax и плевритическій выпотъ (Бушъ, 1. с.). Еще легче, разумѣется, излечиваются мелкія вторичныя прободенія, производимыя гноевиками желѣзъ и т. п. причинами. А что обусловливаемые прободеніями пищевода перикардиты заживаютъ не особенно рѣдко—видно изъ указаннаго уже выше (см. выволокнутыя пазухи) поразительно частаго совпаденія заращеній сердечной сорочки съ выволокнутыми пазухами пищевода. Поэтому сами по себѣ прободенія пищевода (по скольку они не зависятъ отъ рака) вовсе не должны считаться безусловно недоступными терапевтическому вмѣшательству.

Анализъ 120 случаевъ прободенія пищевода (считая вмѣстѣ первичныя и вторичныя формы) даетъ слѣдующія числа относительно частоты сообщенія съ различными со-
сѣдными полыми органами, при чемъ надо замѣтить, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ существовало сообщеніе съ нѣсколькими органами за-разъ. Пищеводъ сообщался съ
пр. брон., лѣв. брон., трахеей, пр. легк., лѣв. легк., прав. плев., лѣв. плев., перикард.,

14 разъ	12	21	17	6	10	1	7
26		23			11		
лѣв. предс.,	аортой,	лег. арт.,	сон. арт.,	подкл. арт.,	н. щит. арт.,	межреб. арт.,	
1	18	1	1	2	1	1	
	полой в.,	vena hemiaz.,	кистой щитов. жел.				
	1?	1	2				

Въ 17 случаяхъ существовало только сообщеніе съ межлегочнымъ пространствомъ или запищеводной клетчаткой на шеѣ.

Припадки и распознаваніе.

Припадки разрыва пищевода, на сколько ихъ можно было набрать изъ скудной казуистики, изложены уже выше (стр. 81). Распознаваніе этого рѣдкаго приключенія съ нѣкоторой вѣроятностью можно будетъ сдѣлать въ тѣхъ случаяхъ, когда, съ одной стороны, даны основныя условія, а именно: сильное наполненіе желудка пищей съ энергической рвотой и душеніемъ, а съ другой, когда посреди попытокъ къ рвотѣ внезапно появляется съ ощущеніемъ внутренняго разрыва жестокая постоянная боль вдоль пищевода, иногда усиливающаяся при движеніяхъ позвоночника; и когда, наконецъ, при быстро возрастающемъ упадкѣ силъ, ускоренномъ пульсѣ и затрудненномъ дыханіи, доходящемъ до одышки, при сильнѣйшей прекардіальной тоскѣ, непрерывающейся рвотѣ съ выдавливаніемъ кровянистой слизи безъ выдѣленія содержимаго желудка, появляется кожная эмфизема, которая, начинаясь надъ ключицами, распространяется отсюда далеко по всему тѣлу. Особенное значеніе должно быть придано именно этому послѣднему явленію, подкожной эмфиземѣ, такъ какъ оно существуетъ, повидимому, во всѣхъ случаяхъ. Гамбургеръ утверждаетъ, будто бы онъ замѣчалъ при выслушиваніи замираніе глотательнаго шума на мѣстѣ трещины,

а иногда также свистящій шумъ. Если при наличности этихъ припадковъ можно исключить прободеніе желудка, скопленіе воздуха въ груди отъ другихъ причинъ и внутреннее кровотеченіе, то остается нѣкоторая вѣроятность, что дѣло идетъ о разрывѣ пищевода.

Припадки и распознаваніе первичнаго прободенія пищевода складываются изъ явленій первичнаго пораженія пищевода (рака, обжиганія ѣдкими веществами, постороннихъ тѣлъ и т. д.) и присоединяющихся къ нимъ признаковъ воспаленія, производящаго прободеніе въ сосѣдній органъ съ его послѣдствіями. Въ виду относительной частоты первичнаго прободенія при постороннихъ тѣлахъ и ракахъ пищевода, мы во всякое время должны ждать этой катастрофы при разрушительныхъ страданіяхъ пищевода, и въ большинствѣ случаевъ наступленіе прободенія съ большой вѣроятностью, если не съ достовѣрностью, можетъ быть узнано по явленіямъ гнилостнаго плеврита, накопленія воздуха и гноя въ груди, гнойнаго воспаленія межлегочнаго пространства или дыхательнаго горла вмѣстѣ съ бронхами, съ отхаркиваніемъ проглоченныхъ пищевыхъ веществъ и т. д.

Моментъ наступленія прободенія сказывается или внезапнымъ явленіемъ жестокихъ воспалительныхъ припадковъ съ ощущеніемъ внутреннего разрыва, быстрого накопленія воздуха въ груди или сердечной сорочкѣ, воспаленіемъ межлегочнаго пространства и т. д. (особенно при прободеніяхъ посторонними тѣлами); или же событіе подготавливается медленно, стѣнка пищевода склеивается съ сосѣднимъ органомъ посредствомъ плотныхъ сращеній и прободеніе совершается незамѣтно или, по крайней мѣрѣ, безъ бурныхъ явленій, такъ что наступившее измѣненіе можетъ быть узнано лишь при самомъ внимательномъ наблюденіи.

Со стороны самого пищевода нерѣдко замѣчаются внезапное облегченіе или прекращеніе затрудненнаго глотанія и кажущаяся доступность его для зонда, котораго раньше никакъ нельзя было вводить въ пищеводъ; дѣло въ томъ, что проглатываемая жидкость, равно какъ и зондъ, попадаютъ теперь чрезъ ложный ходъ въ сосѣдній органъ. Что касается выслушиванія и выстукиванія, то *Рейнке* (*Энгель - Реймерсъ*) въ своемъ случаѣ обусловленнаго ракомъ сообщенія пищевода съ пещерою легкихъ, справлявшей роль пазухи, наблюдалъ слѣдующее:

„При выслушиваніи на спинѣ, справа отъ позвоночника, въ то время, какъ больной пилъ глотками, слышно было, какъ каждый отдѣльный глотокъ скользилъ до стриктуры съ короткимъ звенящимъ шумомъ; но только послѣ каждаго 6—8-го глотка жидкость могла проходить чрезъ самую стриктуру съ протяжнымъ прихлебывающимъ шумомъ, точно внезапно открылась шляза. При дальнѣйшемъ наблюденіи этого явленія вниманіе привлечено было наблюдавшеюся уже раньше тупостью, занимавшею протяженіе въ 2 таллера вплоть съ правой стороны позвоночника на уровнѣ 7 грудного позвонка. При выстукиваніи этого мѣста, въ то время, когда боль-

ной пищѣ, тупость постепенно усиливалась въ напряженіи и немного также въ объемѣ и быстро снова уменьшалась въ тотъ моментъ, когда вслушивавшійся пищеводъ подъ этимъ мѣстомъ отмѣчалъ начало шума. Явленія этого не замѣчалось, когда больной принималъ твердую пищу“.

При наличности условій для прободенія пищевода, особеннаго вниманія заслуживаютъ появленіе сильнаго кашля, особенно послѣ глотанія, и свойства отхаркиваемого. Если въ подобныхъ случаяхъ отхаркивается выпитая жидкость, отличающаяся характеристическими свойствами, напр. молоко, черничныи супъ и т. д., то несомнѣнно существуетъ сообщеніе пищевода съ тканью легкихъ, т. е. бронховъ. Такъ оно было въ слѣдующемъ случаѣ, который мы наблюдали (Цимсенъ).

Г. Б., ремесленникъ, 37 лѣтъ, поступилъ 23 октября 1867 г. въ терапевтическую клинику въ Эрлангенѣ и представлялъ припадки значительно подвинувшагося рака нижней трети пищевода, равно какъ желудка и печени. Больной болѣлъ уже съ годъ, выдѣлялъ съ рвотой и отрыгаетъ назадъ твердыя вещества уже въ теченіи 6 мѣсяцевъ, а жидкую пищу въ теченіи послѣднихъ 10 дней. Зондъ наталкивается, въ разстояніи 45 сантим. отъ рѣзцовъ, на непреодолимое препятствіе и причиняетъ боль позади мечевиднаго отростка. Благодаря послѣдовательному ежедневному зондированію, 24 октября удалось провести чрезъ стриктуру зондъ съ поперечникомъ въ 5 миллим. и, начиная съ 25, больной глотаетъ пищу безъ затрудненія, зондированіе не причиняетъ боли, а начиная съ 10 ноября чрезъ стриктуру легко проходитъ зондъ съ поперечникомъ въ 1 сантим., если дать ему слегка спиральное направленіе, такъ, чтобы верхушка его спускалась внизъ болѣе на лѣвой сторонѣ. 16 ноября больной могъ уже проглотить мелко наръзанное мясо и картофели; и чрезъ 2 дня выписался изъ больницы съ увеличеніемъ вѣса на 12 фунтовъ.

Но уже 23 ноября онъ снова вернулся, потому что въ теченіи 24 часовъ не могъ проглотить черезъ стриктуру даже жидкости. Вѣсъ тѣла снова уменьшился на 11 фунтовъ. Вначалѣ не проходилъ даже зондъ самыхъ тонкихъ нумеровъ, но уже на слѣдующій день зондъ прошелъ успѣшно, а начиная съ 27, проходитъ даже зондъ толщиною въ 1 сантим. Выскочившій на задней части шеи углевикъ разрѣзывается и постепенно заживаетъ. Начиная съ 1 декабря, зондъ снова не проходитъ чрезъ стриктуру и уже въ разстояніи 42 сантим. отъ рѣзцовъ наталкивается на препятствіе, болѣе мягкое, чѣмъ прежде, лежавшее на 3 сантим. ниже. Не смотря, однакоже, на это, жидкая пища и даже мелко наръзанные мясо и хлѣбъ проходили въ желудокъ. 7 декабря онъ попросился на выписку и съ тѣхъ поръ лечился въ амбулаторіи. Зондированіе продолжается правильно.

Съ начала февраля пищеводъ совершенно закрылся, больной страшно исхудалъ, и замѣчавшійся уже прежде на лѣвой долѣ печени опухоль, величиною съ яблоко, прощупывается теперь болѣе явственно. Надчревьѣ и лѣвое подреберье провалились и весь животъ представляетъ форму корыта.

5 февраля больной снова поступилъ въ клинику. Тончайшіе зонды иногда еще попадаютъ въ желудокъ, но въ другое время запутываются какъ бы въ воронку. На правой нижней долѣ легкаго, подлѣ позвоночника, замѣчается слабое приглушеніе звука постукиванія безъ существеннаго измѣненія дыхательнаго шума. Глотательный шумъ обрывается сразу на уровнѣ стриктуры. Больной питается только молокомъ и молочнымъ супомъ. Начиная съ 9 февраля, сильный кашель съ обильной желтовато-бѣлой мокротой, безъ боли въ груди и безъ одышки, но съ учащеннымъ дыханіемъ. Послѣ каждаго приема молока появляется судорожный кашель, которымъ отхар-

живается небольшое количество молока. Это явленіе продолжается до самой смерти, послѣдовавшей 12 февраля.

Вскрытіе (*Денкеръ*) показываетъ въ верхней части пищевода 2 отдѣльных раковыхъ узла, величиною болѣе чѣмъ въ лѣсной орѣхъ. Въ нижней трети каналъ значительно суженъ на протяженіи 3 сантим., такъ что не пропускаетъ и мизинца. Слизистая оболочка въ этомъ мѣстѣ неподвижна, вначалѣ бѣловато-сѣраго, а далѣе внизу аспиднаго цвѣта, не ровна, съ кажушеюся рубцоватостью, и усѣяна отдѣльными бѣло-сѣрыми узелками и одной дольчатой, длиною въ 1½ сантим., опухолью, сидящей на ножкѣ. Непосредственно надъ желудочнымъ входомъ просвѣтъ канала величиною только съ горошину, стѣнки твердыя, а мышечная оболочка чрезвычайно гипертрофирована. Отъ начала стриктуры отходить вправо, величиною съ горошину отверстіемъ, свищевой каналъ, ведущій чрезъ омосолѣвшую ткань межлегочнаго пространства въ нижнюю долю праваго легкаго, гдѣ онъ открывается сзади въ нѣсколько полостей, величиною отъ вишневаго ядрышка до лѣснаго орѣха, съ гладкой внутренней поверхностью и сѣро-краснымъ жидкимъ содержимымъ. Легочная ткань, окружающая эти пещеры, лишена воздуха на значительномъ протяженіи, плотна и свѣтло-сѣраго цвѣта.

Кромѣ того, въ слизистой оболочкѣ желудка, вокругъ желудочнаго входа, найдены разсѣянные раковые узлы, величиною до горошины, изъ которыхъ нѣкоторые были изъязвлены и сообщались посредствомъ свища съ язвенно-гнилостной полостью въ приросшей къ желудку лѣвой долѣ печени. Далѣе, найдены раковыя железы въ верхней трети пищевода, мелкіе, переносные раковые узлы въ печени и почкахъ и почти совершенно неподвижный позвоночникъ, вслѣдствіе экзостозовъ на краяхъ позвонковыхъ тѣлъ.

Такимъ образомъ, въ этомъ случаѣ, между пищеводомъ и вторичной язвенной полостью въ нижней долѣ праваго легкаго образовался свищъ, проходимый для жидкости. Сообщение же между этой полостью и приводящими дыхательными путями образовалось, повидимому, лишь въ послѣднее время, такъ какъ только въ послѣдніе дни молоко, присасывавшееся въ полость изъ пищевода, стало вызывать кашель и отчасти отхаркивалось съ мокротой. Было ли зондированіе причиной незамѣтно наступившаго прободенія, сказать трудно, но, во всякомъ случаѣ, благодаря послѣдовательному примѣненію зонда, жизнь больного была продолжена на нѣсколько мѣсяцевъ.

Въ другихъ случаяхъ прободеніе въ легочную ткань тотчасъ же вызываетъ гангрену легкихъ, тогда какъ при непосредственномъ прободеніи въ дыхательное горло или одинъ изъ главныхъ бронховъ, могутъ появиться припадки гнойнаго трахеита или бронхита съ послѣдовательной гангреной легкаго или множественной пневмоніи, вслѣдствіе присасыванія гнилостныхъ веществъ.

При прободеніи плевры обыкновенно развивается скоротечная эмпіема или *ruor pneumothorax*. Быстрота появленія и количество выпота, равно какъ гнойныя или гнилостныя свойства послѣдняго, опредѣляемыя пробнымъ проколомъ, въ связи съ существовавшимъ уже раньше страданіемъ пищевода, обезпечиваютъ распознаваніе.

При прободеніи въ аорту или въ какой либо другой крупный сосудъ, понятное дѣло, должно произойти смертельное кровотеченіе. Если прободеніе вызывается незамѣтно прокравшимся постороннимъ тѣломъ съ выволокнутой пазухой или безъ нея, то настоящая причина можетъ быть

выяснена только на вскрытіи, такъ какъ до этого нѣтъ никакихъ данныхъ, хотя бы для простой догадки.

Прободеніе въ сердечную сорочку даетъ такую характеристическую совокупность припадковъ, что рѣдко можно затрудниться его распознаваніемъ. Острый гнойный выпоть въ сердечной сорочкѣ съ примѣсью воздуха, *puerperio-pericardium*, происшедшій со стороны пищевода, наблюдался до сихъ поръ всего нѣсколько разъ, а именно: въ случаяхъ *Чамберса* ¹⁾ и *Тютеля* ²⁾ (*Нимейеръ*), гдѣ причиной его была прободная язва пищевода, и въ случаѣ *Томпсона* и *Уолли* ³⁾, гдѣ сердечная сорочка была продырявлена со стороны пищевода остриемъ проглоченнаго ножа ⁴⁾.

Во всѣхъ 3 случаяхъ въ сердечную сорочку попалъ воздухъ, и это можетъ считаться постояннымъ явленіемъ, которое повторится, вѣроятно, и въ будущихъ случаяхъ (если на мѣстѣ прободенія не образуются клапанообразные затворы, которые прекратятъ воздуху доступъ въ сердечную сорочку). Воздухъ, какъ замѣчено выше, попадаетъ въ пищеводъ подъ вліяніемъ отрицательнаго давленія при вдыханіи и отсюда присасывается въ сердечную сорочку въ силу эластическаго влеченія, производимаго на него легкимъ и систолическимъ уменьшеніемъ объема сердца.

Чужеродныя вещества, попадающія вмѣстѣ съ воздухомъ въ сердечную сорочку (кровь, гной, слизь, остатки пищи, частички рака), немедленно вызываютъ гнойный перикардитъ, который быстро даетъ очень объемистый выпоть.

Субъективныя явленія часто лишь слабо обозначены: легкая одышка, стѣсненіе въ груди и боль въ области сердечной сорочки; за то объективныя явленія выражены весьма рѣзко и бросаются въ глаза. Кромѣ признаковъ общаго упадка силъ и слабости сердца, замѣчается выстояніе сердечной области, которая въ положеніи больного на спинѣ даетъ громкій тимпаническій звукъ постукиванія съ металлическимъ звономъ, высота котораго можетъ измѣняться вмѣстѣ съ систолой и діастолой сердца. Въ сидячемъ же или наклоненномъ впередъ положеніи, вмѣсто тимпаническаго звука постукиванія, получается абсолютная тупость вслѣдствіе опускающагося впередъ выпота.

Слухъ уже на значительномъ разстояніи различаетъ металлическія явленія весьма значительной интенсивности. Сердечные тоны звучатъ, какъ металлъ, подобно трезвону колоколовъ, или слышится ритмическій шумъ вибраціи, обусловливаемый эхомъ отъ сотрясенія жидкаго выпота движеніями сердца, металлически звучащій плескъ, *bruit de moulin*, *bruit de roue hydraulique* французовъ. Этотъ шумъ до того громкій, что раздается по всей комнатѣ, а въ случаѣ, который я наблюдалъ и который былъ описанъ *Тютелемъ* изъ клиники *Нимейера* въ Грейфсвальдѣ (октябрь 1859 г.), этотъ шумъ разбудилъ служителя, спавшаго въ сосѣдней комнатѣ. Мы приведемъ здѣсь вкратцѣ этотъ случай, какъ примѣрный.

И. В., 46 лѣтъ, рабочій на шоссе, поступилъ 16 октября 1859 г. въ терапевтическую клинику въ Грейфсвальдѣ. Онъ уже около 3 лѣтъ страдаетъ рвотой послѣ каждаго глотанія, а въ послѣднее время сталъ чувствовать значительную мышечную слабость и значительно исхудалъ. Уже черезъ нѣсколько дней, не смотря на то, что

¹⁾ London med. Journ., июль 1852.

²⁾ Deutsch. Klinik, 1860, № 37. Тотъ же случай заимствованъ и Beckers'омъ для своей диссертациі на степень: „De pneumocardio, Gryphiae, 1860“.

³⁾ Treatise on the diseases of the lungs, heart and the aorta, изд. II. London, 1864, стр. 201 и 627.

⁴⁾ См. также отдѣлъ „Pneumopericardium“ въ т. VI настоящаго руководства.

звонъ не былъ примѣненъ, у него появился внезапно ритмическій плескъ при каждой систолѣ сердца. Толчокъ сердца ослабленъ, но ясно прощупывается на нормальномъ мѣстѣ. Характеръ сердечной тупости не представляетъ существенныхъ измѣненій.

Этотъ плескъ продолжался сплошь всю ночь и былъ до того громокъ, что его слышала служитель чрезъ пріотворенную дверь сосѣдней комнаты. Утромъ больной впалъ въ коматозное состояніе, тупость сердца совершенно исчезла и на мѣсто ея явился полный нетимпаническій звукъ постукиванія. Толчокъ сердца также не прощупывался болѣе. Металлическій звукъ продолжается при каждомъ сокращеніи сердца и слышенъ во всей комнатѣ. Дыханіе чрезвычайно вонючее. Смерть около полудня.

Вскрытіе (проф. *Грое*) показало: сердечная сорочка туго растянута воздухомъ и содержитъ, кромѣ того, около 600 куб. сантим. вонючей жидкости. Позади основанія лѣваго желудочка замѣчается въ чрезвычайно утолщенной здѣсь сорочкѣ щелевидное отверстіе, которое сообщается посредствомъ канала, длиною въ $\frac{3}{4}$ дюйма, съ просвѣтомъ пищевода. Въ послѣднемъ, отступя на $\frac{1}{2}$ дюйма отъ входа въ желудокъ, замѣчается на протяженіи 5 дюймовъ вверхъ раковая язва, въ центрѣ которой на передней стѣнкѣ пищевода замѣчается прободное отверстіе. Обѣ легочныя плевры сращены съ пищеводомъ и отчасти разѣдены, а въ обоихъ легкихъ существуютъ незначительныя инфильтраты.

Прободеніе въ межлегочное пространство и въ запищеводную клѣтчатку на шеѣ, помимо боли въ груди, расстройства движеній позвоночника и лихорадки, сказывается главнымъ образомъ подкожной эмфиземой на шеѣ. Однакоже, эта эмфизема, столь постоянно наблюдавшаяся при разрывахъ пищевода, составляетъ крайне рѣдкое явленіе при прободеніяхъ и, повидимому, происходитъ только отъ поврежденія посторонними тѣлами (см. *Бушъ*, 1. с., и *Адельманъ*, 1. с.). Тамъ же, гдѣ она появляется, это имѣетъ громадное значеніе для распознаванія. При дальнѣйшемъ теченіи могутъ образоваться гноевикъ и свищевыя сообщенія между пищеводомъ и поверхностью шеи, чрезъ которыя выдѣляются наружу проглоченныя жидкости.

Предсказаніе, если только удастся распознать прободеніе, всегда будетъ весьма неблагопріятнымъ, большею частью смертельнымъ, отчасти вслѣдствіе основного страданія, отчасти вслѣдствіе вторичныхъ расстройствъ, вызываемыхъ прободеніемъ въ сосѣднихъ органахъ. Мелкія прободенія, изрѣдка несомнѣнно излечивающіяся, даютъ такіе ничтожные или такіе неясные припадки, что при нихъ не можетъ быть рѣчи ни о распознаваніи, ни о предсказаніи. Относительно наиболѣе благопріятные шансы представляютъ прободенія постороннихъ тѣлъ въ полость плевры, такъ какъ въ нѣкоторыхъ изъ такихъ случаевъ послѣдовало выздоровленіе, благодаря во-время произведенной операціи эмпіемы (*Адельманъ*, *Бушъ*). Самые благопріятные шансы даютъ прободенія иглою, такъ какъ послѣднія могутъ перебираться по сосѣднимъ органамъ шеи и груди на поверхность кожи. Но, какъ справедливо замѣчаетъ *Бушъ*, подобные случаи едва ли можно причислять къ прободеніямъ, потому что острая игла только раздвигаетъ ткани пищевода и окружающихъ частей, а не ранитъ ихъ.

Леченіе.

Леченіе разрыва и прободеній въ большинствѣ случаевъ будетъ чисто припадочнымъ и должно быть главнымъ образомъ направлено противъ вторичныхъ разстройствъ сосѣднихъ органовъ.

Само собою разумѣется, что приемъ пищи и питья долженъ быть совершенно прекращенъ, чтобы предупредить прониканіе ихъ въ прободное отверстіе и тѣмъ, на сколько это въ нашихъ силахъ, способствовать закрытію послѣдняго. Кормленіе больного должно производить черезъ прямую кишку.

КРОВОТЕЧЕНІЯ.

Патологія и этиологія.

Кровотеченія въ тканъ пищевода наблюдаются не особенно часто. Они почти всегда ограничиваются слизистой оболочкой, выступая отчасти въ видѣ болѣе или менѣе многочисленныхъ кровяныхъ пятенъ, какъ напр., при интенсивныхъ гипереміяхъ, особенно при застойныхъ гипереміяхъ, обусловливаемыхъ болѣзнями сердца, при оспенныхъ высыпаніяхъ, размягченіи пищевода подлѣ размягченнаго и надорваннаго мѣста (см. выше), при быстро убивающихъ отравленіяхъ.

Такъ, въ одномъ случаѣ отравленія фѣкимъ амміакомъ (у 66-лѣтняго старика), окончившемся чрезъ 4 часа смертью отъ отека голосовой щели, слизистая оболочка пищевода почти на всемъ своемъ протяженіи была усыяна кровоподтеками, рядомъ съ сѣрымъ помутнѣніемъ, а кое-гдѣ съ отслойкой эпителія. Точно также въ одномъ случаѣ отравленія синеродистымъ калиемъ (у мужчины 54 лѣтъ) слизистая оболочка пищевода и желудка была пронизана кровяными пятнами.

Отчасти же эти кровотечения являются въ видѣ болѣе или менѣе обширныхъ кровоподтековъ, всего чаще при постороннихъ тѣлахъ, а также при размягченіи пищевода (*К. Е. Е. Гофманъ*). Болѣе значительные геморрагическіе инфаркты принадлежатъ крайне рѣдкой геморрагической формѣ воспаленія пищевода.

Гораздо важнѣе, чѣмъ упомянутыя сейчасъ кровотечения, не влекущія за собой никакихъ болѣзненныхъ припадковъ, бываютъ свободныя кровоизліянія въ каналъ пищевода, которыя выступаютъ наружу то сразу же, въ видѣ кровавой рвоты, то позднѣе, въ видѣ кровянистыхъ испражнений, или же, при быстромъ наступленіи смерти, обнаруживаютъ только на вскрытіи въ видѣ кровянистаго содержимаго желудка и кишокъ, и при которыхъ, если имъ не предшествовали признаки страданія пищевода, какъ это нерѣдко и бываетъ, трудно отгадать при жизни источникъ кровотечения.

Самыми же опасными кровоточеніями, убивающими сряду же или послѣ того, какъ первое кровоточеніе, остановившееся было вслѣдствіе закупорки отверстія пробкой, снова возобновилось, при явленіяхъ истеканія кровью, являются тѣ кровоточенія, упомянутыя уже въ предъидущемъ отдѣлѣ, которыя происходятъ отъ внезапно открывшагося сообщенія между пищеводомъ и крупнымъ сосудомъ грудной полости на шеѣ или прямо съ сердцемъ. Наболѣе часто участвующій здѣсь сосудъ, а именно аорта (грудная часть нисходящей аорты), почти одинаково часто прободается со стороны пищевода, какъ, наоборотъ, послѣдній ея; въ послѣднемъ случаѣ прободеніе почти всегда обусловливается разрывомъ аневризмъ и притомъ настоящихъ аневризмъ, отчасти разлитыхъ, отчасти мѣшковидныхъ (которыя не всегда непременно должны имѣть значительные размѣры).

Весьма характеристическій случай наблюдалъ *Ликъ* (Transact. of the Patholog. Soc. London, 1867, стр. 477). Вслѣдствіе изъязвленія аневризмы аорты, лежавшей подъ мѣстомъ отхожденія крупныхъ шейныхъ артерій, произошло кровоточеніе въ стѣнкахъ пищевода, при чемъ кровь проникла между мышечными слоями до желудочнаго входа и отсюда излилась чрезъ разрывъ брюшины въ полость живота. Наоборотъ, *Бристоль* (ibid., X, стр. 88) наблюдалъ случай, гдѣ кровь, излившаяся изъ аневризмы аорты, помѣщавшейся непосредственно надъ стволомъ coeliacae, проникла вверхъ позади пищевода и прижала послѣдній на протяженіи 3 дюймовъ надъ желудочнымъ входомъ.

Остальные сосуды (легочная артерія, межреберная, сонная, правая подключичная, полая вена (?), hemiazygos и лѣвое предсердіе) прободаются только со стороны пищевода. Всѣ формы первичнаго прободенія (см. выше), какъ обусловливаемые посторонними тѣлами, такъ и исходящія отъ выволокнутыхъ пазухъ, равно какъ раковыя и другого рода изъязвленія, могутъ убивать больного подобными кровоточеніями.

Изъ сосудовъ самого пищевода тоже нерѣдко происходятъ весьма значительныя, даже смертельныя кровоточенія, при внутреннихъ пораненіяхъ, разрывахъ, главнымъ же образомъ, при изъязвленіяхъ, особенно раковыхъ.

Нейрейттеръ и *Зальмонъ* наблюдали случай смертельнаго кровоточенія послѣ отпаденія дифтеритическаго струпа пищевода при скарлатинѣ у 6-лѣтней дѣвочки (Oesterr. Jahrb. f. Padiatrik. н. с., VII 1, 1876). — Во второмъ изъ приведенныхъ выше (стр. 101) случаевъ за 8 дней до смерти появились сильно кровянистыя испражненія, для которыхъ на вскрытіи нельзя было подыскать иного источника, какъ прободное изъязвленіе пищевода. Ни жалобы больного, ни какія либо другія явленія не указывали при жизни на страданіе пищевода. — *Э. Вагнеръ* наблюдалъ сильное кровоизліаніе при оспенномъ воспаленіи пищевода (Arch. d. Heilk., т. XIII, стр. 113).

Остается упомянуть еще объ одномъ важномъ источникѣ тяжелыхъ, даже смертельныхъ кровоточеній, на который стали обращать больше вниманія лишь въ послѣднее время, — мы говоримъ о варикозныхъ узлахъ пищевода. Эти узлы, лежащіе въ подслизистой ткани,

сами по себѣ составляютъ довольно обыкновенное явленіе въ пищеводѣ пожилыхъ людей. Они являются или въ одиночку, или разсѣяны въ большемъ или меньшемъ количествѣ по всему протяженію пищевода, чаще въ верхней части, и просвѣчиваютъ сквозь слизистую оболочку въ видѣ рѣзко обозначенныхъ багровыхъ пятенъ, величиною отъ булавочной головки до чечевицы, или слегка выпячиваютъ эту оболочку на подобіе холмиковъ. Содержащаяся въ нихъ жидкая кровь обыкновенно можетъ быть легко выдавлена въ открывающіяся въ нихъ нормальныя или слегка расширенныя вены, такъ что не трудно избѣгнуть смѣшенія съ кровоизліяніями. Сама слизистая оболочка остается при этомъ совершенно нормальной. Изрѣдка, однакоже, эти расширения венъ принимаютъ чрезвычайныя размѣры, особенно въ нижней части, при чемъ извивающіяся и то тутъ, то тамъ варикозно выпяченныя вены достигаютъ толщины гусиного пера и приподымаютъ слизистую оболочку въ видѣ складокъ. Въ подобныхъ случаяхъ, вслѣдствіе вскрытія одного изъ варикозныхъ узловъ или протачиванія такого узла мелкими, образующимися наверхушкѣ его, язвинками (варикозныя язвинки, которыя, однакоже, ничѣмъ существеннымъ не отличаются отъ катарральныхъ язвъ), нерѣдко происходятъ очень значительныя кровотеченія (большею частью кровянистая рвота), которыя хотя и могутъ остановиться, но обыкновенно быстро оканчиваются смертію отъ истеканія кровью. Такіе случаи наблюдались преимущественно — но не исключительно — при циррозѣ печени. Повидимому, и другія формы атрофіи печени точно также предрасполагаютъ къ значительному развитію этихъ варикозныхъ узловъ; сюда относятся: сифилитическое воспаленіе печени (*Клебс*), старческая атрофія и корсетная печень (собственныя наблюденія).

Не подлежитъ сомнѣнію, что въ подобныхъ случаяхъ цирроза печени мы имѣемъ дѣло съ окольнымъ расширеніемъ венъ нижняго отдѣла пищевода, анастомозирующихъ съ вѣнечной веной желудка и при посредствѣ которыхъ застоявшаяся въ воротной венѣ кровь отливаетъ въ непарную вену.

Подобныя кровотеченія наблюдались у обоихъ половъ, въ возрастѣ отъ 39 до 71 года.

Первое сообщеніе о смертельномъ кровотеченіи изъ подобнаго варикознаго узла принадлежитъ *Рокитанскому* (*Medicin. Jahrb. d. österr. Staates*, нов. серія, т. XXI, стр. 230, 1840). Сюда же, вѣроятно, относится и другой случай *Рокитанскаго* (*Lehrb. d. path. Anat.*, т. 3, стр. 126, 1861), въ которомъ въ теченіи 2 лѣтъ замѣчались частые приступы кровавой рвоты; только въ этомъ случаѣ, кромѣ варикозныхъ узловъ въ расширенномъ пищеводѣ, найдены геморрагическія ссадины въ желудкѣ. Еще раньше (1838) *Фовель* наблюдалъ подобный же случай при циррозѣ печени, но обнаружилъ его гораздо позднѣе, вмѣстѣ съ новымъ случаемъ *Ле Дибердера* (*Recueil des trav. de la soc. méd. d'observat.*, вып. III, 1858. *Schmidt's Jahrb.*, CI, 297). Въ этомъ послѣднемъ случаѣ больной уже раньше перенесъ жестокой при-
Руков. къ частн. патол. и терп. Т. VII. 1. *Прибавленіе.*

падокъ кровавой рвоты, возобновившійся лишь чрезъ 15 лѣтъ; даже послѣ этого 71-лѣтній больной сталъ, повидимому, поправляться, но схватилъ воспаленіе легкихъ и умеръ. Циррозъ печени не было ни здѣсь, ни въ случаѣ *Бристова* (Transact. of the path. soc. of London, т. VIII, стр. 175, 1859. Schmidt's Jahrb., CII, 289). За ними слѣдовали случаи *Эбштейна* (Schmidt's Jahrb., CLXIX, 160, 1874), *Фюпа* (Bull. de la soc. anatomique, 1874, стр. 100), *Гано* (ibid., февраль 1875, случай въ отдѣленіи *Эрара*), *Дюссосе* (Thèse, Paris, 1877, № 60, случай изъ отдѣленія *Миллара*): во всѣхъ этихъ случаяхъ существовалъ циррозъ печени; см. также *Клебс*, Handb. d. path. Anat., т. I, стр. 162, 1868. Особенно подробно этотъ предметъ и его отношеніе къ циррозу, разобранные уже *Гюблеромъ* (De la cirrhose. Thèse pour l'aggrégation. Paris, 1853) по поводу случая *Фовелл*, изложены въ упомянутыхъ тезисахъ *Дюссосе*, равно какъ въ тезисахъ *Одиэра* (Paris, 1874, № 146) и *Шотана* (1875). *Шарко* коснулся его въ своихъ лекціяхъ о болѣзняхъ печени (Progrès medic., 1876, № 42, стр. 703). Наконецъ, *Дюрэ* (Progrès medic., 1877, № 16, стр. 306), на основаніи собственныхъ точныхъ изслѣдованій, разобралъ анатомическія условія вѣнъ пищевода и выяснилъ механизмъ происхожденія варикозныхъ узловъ, указавъ на громадное сходство ихъ съ варикозными узлами прямой кишки и заднего прохода.

Всѣми этими наблюденіями, повидимому, вполне подтверждается причинное отношеніе этихъ кровотеченій къ циррозу печени. Тѣмъ не менѣе они составляютъ при немъ крайне рѣдкое явленіе. Въ весьма отчетливомъ случаѣ *Бристова* печень была нормальна, но за то существовали очень сильная брюшная водянка и значительная опухоль селезенки; къ сожалѣнію, воротная вена не была изслѣдована. Въ случаяхъ *Рокитанскаго* и *Ледибердэра* о состояніи печени ничего не упоминается.

Что касается отношенія другихъ формъ атрофіи печени къ варикознымъ узламъ пищевода, то по нашимъ наблюденіямъ (*Ценкера*) совпаденіе ихъ встрѣчается, во всякомъ случаѣ, весьма часто. Изъ 178 случаевъ, въ которыхъ на вскрытіи найдены различныя формы сильной хронической атрофіи печени (особенно старческая атрофія, корсетная печень, обезображеніе рубцами, за исключеніемъ цирроза), въ 43 (=24 проц.) найдены также варикозные узлы пищевода (а изъ 18 случаевъ цирроза всего 1 разъ=5½ проц.). При всемъ томъ, изъ этихъ чиселъ еще нельзя дѣлать заключенія о причинной зависимости варикозныхъ узловъ пищевода отъ атрофіи печени, такъ какъ главный контингентъ для упомянутыхъ случаевъ составляетъ старческая атрофія, а варикозные узлы тоже исключительно принадлежать пожилому возрасту. Поэтому оба состоянія могутъ быть разсматриваемы, какъ совмѣстныя слѣдствія одной и той же причины, старости,—тѣмъ болѣе, что варикозныя расширенія мы находили гораздо чаще въ верхнихъ частяхъ пищевода.

Распознаваніе и предсказаніе.

Распознаваніе кровотеченій изъ пищевода рѣдко идетъ далѣе простой догадки, основанной на существованіи разрушительнаго процесса въ самомъ пищеводѣ или въ его сосѣдствѣ (раковая язва, изъязвленіе посторонними тѣлами). Особенно труднымъ и даже невозможнымъ распознаваніе будетъ при кровотеченіяхъ изъ варикозныхъ расширеній въ подслизистой ткани, особенно тѣхъ, которыя появляются при разстройствахъ кровообращенія въ области воротной вены (циррозъ, сифилисъ, сильная атрофія печени). Такъ какъ при этихъ состояніяхъ чаще всего наблюдаются кровотеченія изъ желудка и такъ какъ до сихъ поръ

у насъ нѣтъ никакихъ данныхъ для различительнаго распознаванія, то при опредѣленіи источника кровотеченій волей-неволей приходится останавливаться на желудкѣ.

Совпаденіе варикозныхъ расширеній глотки съ варикозными расширениями пищевода не отличается постоянствомъ и потому не можетъ быть примѣнено съ цѣлью распознаванія варикозныхъ узловъ пищевода и происходящихъ изъ нихъ кровотеченій. Столь же непостоянны затрудненное глотаніе и желудочная боль, которыя, по *Франку*, совмѣстно съ варикозными узлами глотки и кровотеченіями, будто бы опредѣляютъ собою распознаваніе варикозныхъ расширеній пищевода.

Далѣе, распознаваніе кровотеченія изъ варикозныхъ узловъ затрудняется еще тѣмъ, что вслѣдствіе окольныхъ расширеній венъ въ нижней трети пищевода, какъ показали новѣйшія французскія работы (*Одиберъ*, *Дюссосъ* и *Шарко*), клиническая картина страданія печени значительно видоизмѣняется, вначалѣ даже совсѣмъ ступшевывается, такъ что и безъ того трудное распознаваніе цирроза печени становится чрезвычайно затруднительнымъ и даже невозможнымъ.

Боковое кровообращеніе между корнями воротной вены (вѣнечная вена желудка) и непарной веной, устанавливающееся при посредствѣ расширенныхъ венъ пищевода, въ теченіи долгаго времени ослабляетъ переполненіе области корней воротной вены, такъ что брюшная водянка появляется лишь поздно и остается незначительной, наравнѣ съ отекомъ нижнихъ конечностей, и вмѣстѣ съ тѣмъ не происходитъ окольнаго расширенія венъ брюшной стѣнки. Не смотря, однакоже, на окольное кровообращеніе въ пищеводѣ, опухоль селезенки существуетъ, повидимому, во всѣхъ случаяхъ.

Предсказаніе, при сколько нибудь значительныхъ кровотеченіяхъ, всегда весьма неблагопріятно. Въ большинствѣ случаевъ смерть наступаетъ уже послѣ перваго или втораго кровотеченія, или, по крайней мѣрѣ, эти кровотечения ускоряютъ уже и безъ того предстоящій смертельный исходъ.

Леченіе.

Леченіе должно быть въ общемъ такое же, какъ при кровотеченіяхъ изъ желудка: пузыри со льдомъ на грудину и надчревіе или, при кровотеченіяхъ изъ верхней части, на верхніе грудные позвонки и шею; внутрь куски льда и мороженое. Въ упорныхъ случаяхъ умѣстны кровоостанавливающія средства, преимущественно полторохлористое желѣзо (по 5—10 капель на сахарной водѣ).

Въ первое время нужно совершенно прекратить пріемъ пищи черезъ пищеводъ и, только когда кровотеченіе будетъ остановлено, можно разрѣшить молоко, охлажденное льдомъ, оставаясь при одномъ молокѣ въ теченіи долгаго времени. Нѣкоторые случаи *Дюссосъ* говорятъ въ пользу исключительной молочной діеты, особенно при повторяющихся кровотеченияхъ. Здѣсь молоко выполняетъ два важныя показанія

нія: даетъ больному превосходное питательное вещество и въ то же время производитъ наименьшее механическое раздраженіе слизистой оболочки пищеваго. Въ большинствѣ случаевъ невозможно обойтись безъ кормленія чрезъ прямую кишку, такъ какъ обильныя кровоточенія быстро подрываютъ силы больныхъ.

ВОСПАЛЕНІЯ (OESOPHAGITIS). ЯЗВЫ. ГАНГРЕНА.

Литература.

Mondière, Arch. génér., т. XXIV, стр. 543, 1830, и серия II, т. III, стр. 34, 1833. — Oppolzer, Bamberger, Hamburger, II. ss. — Руководства и учебники патолог. анатоміи Andral'a, Rokitansk'aro, Förster'a, Klebs'a, Birch-Hirschfeld'a. — E. Wagner, Beitr. z. pathol. Anat. d. Oesophagus. Archiv der Heilk., т. VIII, стр. 449. — Steffen, Krankheiten des Oesophagus. Jahrb. f. Kinderheilkunde, н. с., т. 2, стр. 142, 1869.

Патологія и етіологія.

Слизистая оболочка пищевода, очень хорошо защищенная толстым слоем эпителия, весьма мало расположена къ воспалительнымъ страданіямъ. Правда, послѣднія встрѣчаются на ней въ весьма разнообразныхъ видахъ, но всѣ эти виды все таки рѣдки, а нѣкоторые изъ нихъ даже крайне рѣдки. Вдобавокъ, даже изъ этихъ немногихъ случаевъ, находимыхъ на вскрытіяхъ, значительная доля протекаетъ при жизни почти безъ всякихъ припадковъ. То же самое нужно сказать и о другихъ оболочкахъ, если исключить хронически-воспалительныя состоянія наружнаго клѣтчатого влагалища (см. выше), обусловливаемыя прободными процессами.

Что касается причинъ воспаленія пищевода (эзофагита) вообще, то онѣ состоятъ главнымъ образомъ въ механическихъ, тепловыхъ и химическихъ раздраженіяхъ со стороны проходящей по пищеводу пищи, затѣмъ въ раздраженіяхъ, производимыхъ вколачивающимися посторонними тѣлами, и въ разрушительномъ дѣйствіи случайно или умышленно проглоченныхъ ѣдкихъ веществъ. Далѣе, сюда же относятся воспаленія сосѣднихъ частей, переходящія на пищеводъ со стороны ли ихъ слизистыхъ оболочекъ, непрерывно про-

должающихся на слизистую оболочку пищевода, или извнѣ (отъ позвонковъ, клѣтчатки межлегочнаго пространства, лимфатическихъ железъ). Наконецъ, и общія болѣзни иногда локализируются на слизистой оболочкѣ пищевода, правда, всегда при преобладающемъ участіи другихъ органовъ; таковы холера, тифъ, піемія, скоротечныя сыпи (оспа, скарлатина). Что пищеводъ не совсѣмъ застрахованъ отъ сифилиса, это мы видѣли уже при описаніи стриктуръ.

Что касается отдѣльныхъ, анатомически различаемыхъ, формъ воспаленія, то прежде всего мы встрѣчаемъ на пищеводѣ всѣ три главныя формы воспаленія слизистыхъ оболочекъ: катарральную, фибринозную (крупозную) и дифтеритическую; но, кромѣ нихъ, здѣсь наблюдаются еще и нѣкоторыя другія формы, характеристичныя отчасти по своему опредѣленному положенію, отчасти по своей спеціальной причинѣ.

Oesophagitis catarrhalis Случивающій катарръ пищевода.

При установленіи катаррального эзофагита, какъ справедливо указывалъ *Клебсъ*, необходимо совершенно отвлечь мысль отъ заурядной картины катарра на другихъ слизистыхъ оболочкахъ, особенно желудка. Напрасно мы стали бы искать здѣсь гиперемическаго набуханія и бархатистой рыхлости слизистой оболочки, равно какъ обложенія ея слизью. Выдвинутое *Клебсомъ* общее положеніе, что патологическія измѣненія пищевода представляютъ рѣзкія отклоненія отъ измѣненій другихъ слизистыхъ оболочекъ, являя нѣкоторое сходство развѣ съ измѣненіями кожи, особенно справедливо относительно такъ называемаго катарра. Это названіе—вовсе не подходящее для пищевода, такъ какъ стекающаго отдѣленія здѣсь большею частью не бываетъ, и развѣ потому только слѣдовало бы удержать это названіе, получившее право гражданства, что описываемый здѣсь процессъ вызывается тѣми же причинами, которыя на другихъ слизистыхъ оболочкахъ производятъ настоящіе катарры. И въ самомъ дѣлѣ, когда одна и та же причина, дѣйствуя одновременно на двѣ слизистыя оболочки, вызываетъ въ обѣихъ легкія воспалительныя измѣненія, то цѣлесообразно обозначать тѣ и другія однимъ общимъ названіемъ, хотя бы, соотвѣтственно различному субстрату, явленія принимали и различный характеръ.

Случивающій катарръ пищевода встрѣчается въ острой и хронической формахъ. Причинами его являются всѣ категоріи, перечисленныя выше для воспаленія вообще. Между ними особенно нужно упомянуть: проглатываніе отличающихся острымъ вкусомъ или слишкомъ горячихъ яствъ и напитковъ (можетъ ли то же самое произвести непосредственное дѣйствіе холода, напр. студеная вода (*Бейз*) или ледъ (*Гам-*

бурьеръ ¹⁾), это неизвѣстно), постороннія тѣла, а изъ ѣдкихъ веществъ менѣе сильно дѣйствующія, какъ напр., ѣдкій амміакъ. Въ видѣ продолженнаго по смежности катарра, онъ можетъ перейти на пищеводъ съ желудка и глотки. При общихъ болѣзняхъ онъ встрѣчается въ видѣ неспецифическаго страданія, рядомъ съ специфическими измѣненіями или безъ нихъ. Наконецъ, нужно отмѣтить еще застойные катарры при болѣзняхъ сердца. Кратковременное и однократное дѣйствіе этихъ причинъ вызываетъ острый катарръ, продолжительное и часто возобновляющееся—хроническій (чаще всего у пьяницъ). При хроническомъ катаррѣ роль предрасполагающихъ моментовъ играютъ еще разсмотрѣнные въ предыдущихъ главахъ нарушенія проходимости пищевода, по скольку они способствуютъ продолжительному или часто повторяющемуся скопленію пищевыхъ веществъ, слѣдовательно, сбуженія, расширенія, пазухи. Такъ какъ послѣднія состоянія часто длятся многіе годы, то при нихъ-то мы и наблюдаемъ наивышшія степени хроническаго катарра.

Острый катарръ, который навѣрное встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это можно предположить при жизни по ничтожности его явленій, а на вскрытіяхъ по мало выраженной анатомической картинѣ, главнымъ образомъ состоитъ въ обусловливаемыхъ болѣе или менѣе выраженной гипереміей слизистой оболочки утолщеніи, разрыхленіи и значительномъ отслаиваніи эпителія, т. е. носить преимущественно слущивающій характеръ. При этомъ эпителий имѣетъ бѣловато-мутный, матовый видъ, вслѣдствіе чего еще болѣе застилается гиперемическая налитость, часто и безъ того не особенно сильная на трунахъ. Тягучаго слизистаго обложенія слизистой оболочки большею частью вовсе не бываетъ, а если оно и появляется, то нѣкоторымъ образомъ въ видѣ осложнения, не особенно обильнаго, и то только въ томъ случаѣ, когда рѣдкія слизистыя железы пищевода тоже поражены и набухаютъ (см. ниже). Далѣе, въ нѣкоторыхъ случаяхъ разрыхленіе эпителиальнаго покрова ведетъ къ полной отслойкѣ его на небольшихъ мѣстахъ. Правда, обширные дефекты эпителія, находимые нерѣдко на вскрытіяхъ, особенно въ нижней трети, при отливающимъ въ пищеводъ содержимомъ желудка (при чемъ обнаженная слизистая оболочка представляется гладкою, блестящею, подозрительнаго цвѣта и даже пропитанной желчью), принадлежать несомнѣнно къ трупнымъ явленіямъ, точно также какъ и надтреснутый видъ эпителиальнаго покрова, зависящій отъ того, что онъ расплзается въ направленіи продольныхъ волоконъ сократившагося пищевода. Но быстрое обнаруженіе этихъ явленій послѣ смерти все таки заставляетъ предположить, что разрыхленіе ткани началось еще при жизни. И положительно можно сказать, что маленькіе, вели-

¹⁾ См. Hamburger, l. c., стр. 63 и 71.

чиною отъ булавочной головки до чечевицы, кругловатые или вытянутые въ направленіи складокъ дефекты эпителія, лежащіе посреди нетронутаго и лишь слегка разрыхленнаго эпителиальнаго покрова, составляютъ настоящія патологическія явленія. Обнаженные мѣста слизистой оболочки часто растрavляются на поверхности (катарральныя ссадины), и происшедшая такимъ манеромъ потеря вещества можетъ затѣмъ проникнуть нѣсколько глубже въ слизистую оболочку, увеличиваясь въ размѣрахъ, особенно въ продольномъ направленіи. Вотъ почему эти катарральныя язвы, особенно если обуславливающій ихъ катарръ повернулъ назадъ, характеризуются въ сущности только отрицательными признаками, а именно полнымъ отсутствіемъ утолщенія краевъ и гладкимъ, иногда слегка желтовато замазаннымъ, дномъ, лежащимъ еще въ области слизистой оболочки. Въ болѣе глубокіе слои онѣ при обыкновенныхъ условіяхъ не проникаютъ и, слѣдовательно, не ведутъ къ прободенію. Однакоже, эти катарральныя язвы не совсѣмъ легко отличить отъ тѣхъ изъязвленій, тоже характеризующихся отрицательными признаками и все же весьма часто ведущихъ къ прободенію, которыя происходятъ вслѣдствіе защемившихся постороннихъ тѣлъ—язвы отъ постороннихъ тѣлъ—равно какъ отъ тѣхъ изъязвленій, которыя разрушаютъ стѣнку выволокнутой пазухи. Ибо и эти язвы тоже зависятъ отъ катарральнаго воспаленія, только, вслѣдствіе особенныхъ причинъ, ограничившагося опредѣленнымъ мѣстомъ, и если онѣ идутъ въ глубину и влекутъ за собой прободеніе, то въ первомъ случаѣ это зависитъ отъ постоянного и сильнаго раздраженія, производимаго постороннимъ тѣломъ, а во второмъ отъ мѣстнаго предрасположенія, обуславливаемаго мѣстнымъ выпячиваніемъ слизистой оболочки и частнымъ обнаженіемъ ея отъ мышечнаго слоя, при чемъ и здѣсь часто присоединяется раздраженіе со стороны маленькаго посторонняго тѣла.

Особенно часто катарральныя ссадины и язвы замѣчаются при бурчаткѣ легкихъ и чахоткѣ (обыкновенно вмѣстѣ съ язвами гортани), и притомъ преимущественно въ самой верхней части передней стѣнки.

Не подлежитъ сомнѣнію, что простыя катарральныя язвы частенько заживаютъ, и притомъ простыя ссадины заживаютъ безъ видимаго рубца, а болѣе глубокія язвы съ маленькими лучистыми рубцами, въ родѣ тѣхъ, какіе нерѣдко попадаютъ на вскрытіяхъ. Короткіе, свободно натянутые надъ рубцомъ, мостики слизистой оболочки, свидѣтельствующіе всегда о подрывавшемъ послѣднюю изъязвленіи, встрѣчаются преимущественно въ выволокнутыхъ пазухахъ (вотъ почему эти рубцы попадаютъ преимущественно на мѣстѣ, соотвѣтствующемъ раздвоенію дыхательнаго горла). Если же они встрѣчаются безъ таковой пазухи, то должны быть отнесены на счетъ зажившей язвы отъ посторонняго тѣла.

Хроническій катарръ показываетъ въ сущности тѣ же анатомическія свойства. Онъ тоже характеризуется, кромѣ гипереміи, вначалѣ

интенсивной, болѣе венозной (багровой), а затѣмъ все болѣе и болѣе изглаживающей, главнымъ образомъ еще утолщеніемъ эпителія, которое здѣсь достигаетъ болѣе высокихъ степеней. Значительное отдѣленіе слизи слизистыми железами чаще имѣетъ здѣсь мѣсто, чѣмъ при остромъ катаррѣ. Что же касается бурой или аспидной пигментировки слизистой оболочки, которая, по указанію почти всѣхъ патолого-анатомическихъ и клиническихъ руководствъ, составляетъ будто бы характеристическую особенность хроническаго катарра пищевода (наравнѣ съ катарромъ желудка), то мы рѣшительно отвергаемъ это. Слизистая оболочка пищевода безусловно не расположена къ пигментировкамъ. Мы ни разу не находили на ней подобной аспидной окраски (за исключеніемъ маленькихъ черныхъ пятенъ, обусловленныхъ приросшими, наполненными углемъ, железами, и гниlostнаго обезцвѣчиванія, которыя, вѣроятно, кой-кому и подавали поводъ къ мысли о пигментировкѣ). И если въ отдѣльныхъ чрезвычайныхъ случаяхъ, какъ напр., въ случаѣ *Лушки* съ колоссальнымъ разлитымъ расширеніемъ, и упоминается объ „аспиднаго цвѣта полосахъ и пятнахъ“ (о которыхъ, впрочемъ, въ описаніяхъ большинства подобныхъ случаевъ вовсе ничего не упоминается), то нельзя же явленій такихъ исключительныхъ случаевъ навязать, какъ общую картину. Подобное предположеніе могло родиться только отъ перенесенія обычной и совершенно вѣрной картины хроническаго катарра желудка на пищеводъ, который, однакоже, какъ въ этомъ, такъ и въ другихъ отношеніяхъ, представляетъ значительныя отклоненія.†

При долготнѣмъ существованіи катарра, развивается стойкое гипертрофическое утолщеніе слизистой оболочки, а въ нѣкоторыхъ рѣдкихъ случаяхъ (*Крювелье*, *Лушка*) образуются даже полипозныя, ворсистыя или сосочковыя разращенія (все это, слѣдовательно, какъ при хроническомъ катаррѣ желудка). Къ утолщенію слизистой оболочки обыкновенно присоединяется гипертрофія мышечной оболочки, въ большинствѣ случаевъ не очень значительная, но изрѣдка, особенно при осложняющемъ расширеніи, достигающая крупныхъ размѣровъ.

И при хроническомъ катаррѣ, въ концѣ концовъ, дѣло доходитъ до образованія язвъ, которыя въ главномъ сходны съ описанными выше, но иногда, при особенно продолжительномъ и сильномъ раздраженіи—напр. постоянно застаивающаяся пища при разлитыхъ расширеніяхъ—значительно разрастаются въ объемъ и глубинѣ и, пробивая относительно крупныя сосуды, могутъ подавать поводъ къ кровотеченіямъ. Замѣчательно, однакоже, что и эти хронически-катарральныя язвы никогда еще не вели къ прободенію стѣнки пищевода, точно также какъ прободеніе наружу не наблюдалось при выпертыхъ пазухахъ, слизистая оболочка которыхъ обыкновенно тоже страдаетъ сильнымъ катарромъ. Эта устойчивость противъ такихъ продолжительныхъ и сильныхъ раздраженій, вѣроятно, объясняется сильнымъ гипертрофическимъ утол-

щеніемъ и уплотнѣніемъ оболочекъ, въ томъ числѣ и наружной клѣтчатки.

Какъ болѣе отдаленное послѣдствіе тяжелыхъ и продолжительныхъ катарровъ, мы замѣчаемъ тамъ и сямъ расслабленіе всего пищевода, вслѣдствіе чего онъ утрачиваетъ свое прямое направленіе и виситъ подъ легкой дугой въ правомъ грудномъ пространствѣ. Такъ какъ это явленіе указываетъ на ослабленную сократительность, хотя бы и гипертрофированной, мышечной оболочки, то оно придаетъ большую вѣроятность предположенію, что хроническій катарръ можетъ сдѣлаться причиной разлитыхъ расширеній; вполне доказаннымъ, однакоже, этого предположенія считать нельзя, такъ какъ встрѣчающійся при расширеніяхъ катарръ можетъ быть признанъ и за слѣдствіе расширенія.

Что же касается противоположнаго, переползающаго изъ одного учебника въ другой, предположенія, будто бы простой катарръ, въ силу вызываемой имъ послѣдовательной гипертрофіи, особенно мышечной оболочки, можетъ вести къ особой формѣ суженія пищевода—предположенія, опирающагося исключительно на лишенные критики указанія *Амберса*, принятыя безъ всякой оговорки *Ферстеромъ*—то надлежащую оцѣнку ему мы уже сдѣлали выше (см. суженія).

Къ этому катарральному и, какъ мы сейчасъ видѣли, исключительно слушивающему воспаленію пищевода непосредственно примыкаетъ другая форма воспаленія, до сихъ поръ представляемая единственнымъ, только-что обнародованнымъ *Бирхъ-Гиришфельдомъ*¹⁾, случаемъ, въ которомъ отслойка эпителія шла съ такой быстротой и такимъ кореннымъ образомъ, какъ это никогда не бываетъ при катаррѣ.

У истерической, впрочемъ, раньше совершенно здоровой, дамы, у которой безъ малѣйшихъ признаковъ отравленія, появилась лихорадочная болѣзнь съ болью въ шеѣ, съ невозможностью глотать и тошнотой, на 3 день выдѣлилась при рвотныхъ движеніяхъ перепончатая трубка, длиною около 20 сантим. (т. е. почти $\frac{2}{3}$ длины пищевода). При микроскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ *Бирхъ-Гиришфельдомъ*, эта трубка оказалась отторгнутымъ цѣликомъ эпителіальнымъ покровомъ, въ верхнихъ слодахъ совершенно нормальнымъ, а въ нижнихъ густо пронизаннымъ кругловатыми клѣтками. Мало по малу больная совершенно выздоровѣла, слѣдовательно, дѣло шло здѣсь о въ высшей степени остромъ подэпителіальномъ нагноеніи, поведшемъ за собой отслойку эпителіального покрова.

Весьма вѣроятно, что нѣкоторые случаи, отнесенные до сихъ поръ къ истинному крупу пищевода, принадлежать этому ложно-крупозному воспаленію²⁾, которое можетъ быть отличено отъ перваго, конечно, только при помощи микроскопа.

¹⁾ Lebrh. d. pathol. Anatomie, стр. 818, 1877.

²⁾ Это названіе, употребленное *Бирхъ-Гиришфельдомъ*, можетъ быть пока удержано для его единственнаго случая, хотя употребленіе подобныхъ кличекъ съ приставкой „ложно“, обозначающихъ только то, чѣмъ предметъ кажется, а не то, чѣмъ онъ въ дѣйствительности, весьма неудобно и только спутываетъ понятія.

Oesophagitis follicularis (inflammation folliculeuse, Mondière). **Фолликулярный катарръ пищевода.**

Mondière, Arch. génér., сер. II, т. III, стр. 34, 1833.

Расположенные небольшими вереницами гроздевидныя железы пищевода, какъ извѣстно, весьма скудно и неравномѣрно разбросанныя въ слизистой оболочкѣ, оказываются не очень рѣдко, всего чаще въ верхнемъ отдѣлѣ, явственно набухшими, отчасти въ одиночку, отчасти группами. Онѣ образуютъ тогда твердоватые узелки шарообразной или продолговатой формы, смотря по формамъ железъ, приподымающіе слизистую оболочку. Надавливая подобный узелокъ, можно выдавить изъ него каплю тягучей слизи; на слизистой же оболочкѣ такую слизь находятъ только въ незначительномъ количествѣ, соотвѣтственно небольшому числу пораженныхъ железъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи, въ этихъ железахъ, особенно же въ ихъ выводныхъ протокахъ, находятъ массу слизи и клѣтокъ, а окружающая железу клѣтчатка тоже бываетъ иногда инфильтрована продолговатыми клѣтками. Поверхность слизистой оболочки надъ узелкомъ представляется или совершенно нормальной, блѣдной, или показываетъ (въ рѣдкихъ случаяхъ) окружающій узелокъ гиперемическій поясъ, или же, наконецъ, она изъязвлена на протяжении съ булавочную головку и болѣе, такъ что тѣло железы бываетъ обнажено или тоже болѣе или менѣе изъязвлено (фолликулярныя язвы). Могутъ ли эти язвы разрастаться по плоскости или въ глубину, опредѣлить трудно, такъ какъ по разрушеніи тѣла железы ихъ нельзя отличить отъ описанныхъ выше катарральныхъ язвъ и такъ какъ тѣ и другія могутъ существовать другъ подлѣ друга. Въ сомнительныхъ случаяхъ встрѣчающееся иногда распредѣленіе язвинокъ небольшими вереницами (соотвѣтственно распредѣленію железъ) говоритъ въ пользу того, что онѣ принадлежатъ къ фолликулярнымъ язвамъ.

Какъ уже замѣчено выше, фолликулярный катарръ можетъ встрѣчаться въ сочетаніи съ слущивающимъ острымъ или хроническимъ катарромъ. Но, какъ уже правильно замѣтилъ *Мондьеръ*, онъ встрѣчается также самостоятельно, безъ какихъ либо другихъ измѣненій остальной слизистой оболочки, и потому долженъ быть признанъ за особую форму болѣзни. О причинахъ его мы и теперь знаемъ такъ же мало, какъ во времена *Мондиера*. *Редереръ* и *Ванеръ* много разъ наблюдали эту болѣзнь во время извѣстной геттингенской эпидеміи тифа, и *Мондьеръ*, можетъ быть, не безъ основанія предполагаетъ, что сюда же должны быть отнесены язвы пищевода, которыя *Луи* наблюдалъ у тифозныхъ. Однакоже, эти язвы едва ли часто встрѣчаются при тифѣ, такъ какъ новѣйшіе писатели по тифу ничего о нихъ не упоминаютъ; не упоми-

наеть о нихъ и *К. Е. Е. Гофманъ* ¹⁾ въ своемъ тщательномъ анализѣ 250 вскрытій тифозныхъ. Мы видѣли ихъ въ одномъ случаѣ бугорчатковаго менингита основанія мозга у взрослоаго, видѣли ихъ нерѣдко и въ другихъ случаяхъ, но особеннаго отношенія къ опредѣленнымъ формамъ болѣзни мы не замѣчали. *Мондиеръ* упоминаеть еще о нерѣдкомъ существованіи этого измѣненія при крупѣ. *Билмаръ* наблюдалъ его очень сильно развитымъ у новорожденнаго, умершаго въ первый день послѣ появленія на свѣтъ. Существованіе его при собачьемъ бѣшенствѣ, упоминаемое многими старыми авторами, придававшими этому обстоятельству громадное значеніе, повидимому, не подтвердилось въ послѣднее время, такъ какъ о немъ ничего не упоминается ни въ описаніяхъ отдѣльныхъ случаевъ, ни въ новѣйшихъ систематическихъ обработкахъ этой болѣзни (*Вирховъ, Реберъ, Боллингеръ*). Такимъ образомъ разъясненія причинныхъ отношеній описываемой болѣзни должно ожидать отъ будущихъ наблюденій.

Oesophagitis fibrinosa (crouposa) et diphtheritica.

Обѣ эти формы воспаленія, хотя и встрѣчаются въ пищеводѣ, но въ общемъ рѣдко и по большей части на очень незначительномъ протяженіи. Названіе ихъ мы беремъ въ обычномъ анатомическомъ смыслѣ, т. е. подъ крупознымъ воспаленіемъ разумѣемъ форму, характеризующуюся обложеніемъ слизистой оболочки фибринозными ложно-перепонками, а подъ дифтеритическимъ форму, образующуюся плотной инфильтраціей самой ткани слизистой оболочки съ послѣдовательнымъ изъязвленіемъ. Такъ какъ обѣ формы часто сочетаются между собой или какъ бы замѣняютъ другъ друга—рядомъ съ фибринознымъ напластованіемъ на одной слизистой оболочкѣ находятъ дифтеритическій инфильтратъ на другой, такъ что обѣ формы очевидно обуславливаются однѣми и тѣми же причинами—то мы рассмотримъ ихъ сообща.

Фибринозныя ложно-перепонки, равно какъ дифтеритическіе инфильтраты, большею частью встрѣчаются разбросанными по слизистой оболочкѣ въ видѣ то неправильно ограниченныхъ, то продолговатыхъ, смотря по высотѣ складокъ, островковъ, и притомъ наиболѣе часто въ верхнемъ отдѣлѣ. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ они занимаютъ сплошь очень значительныя протяженія, а иногда охватываютъ всю окружность пищевада.

Въ описанныхъ въ литературѣ случаяхъ громадныхъ, встѣлавшихъ пищевада чуть ли не во всю длину его, крупозныхъ перепонокъ, надо полагать, дѣло не разъ шло просто о молочницѣ, которая невооруженнымъ глазомъ не всегда можетъ быть вѣрно отличена отъ мягкихъ крупозныхъ перепонокъ. Новый источникъ подсобныхъ ошибокъ будетъ, вѣроятно, внесенъ описаннымъ выше ложно-крупознымъ воспаленіемъ.

¹⁾ Untersuch. üb. d. path.-anat. Veränderungen der Organe beim Abdominaltyphus. Leipzig, 1869.

Дифтеритическіе инфильтраты бывають иногда растравлены на поверхности или превращаются, вслѣдствіе полного отторженія заструпившагося инфильтрата, въ глубокія неправильныя язвы, характеръ которыхъ узнается по фибринознымъ отложеніямъ или инфильтратамъ, пристающимъ къ краямъ язвы либо находящимся на другихъ мѣстахъ пищевода или глотки (дифтеритическія язвы). Эти язвы могутъ подавать поводъ къ значительнымъ кровотеченіямъ (см. выше, кровотеченія). Слизистая оболочка, лежащая подъ болѣе или менѣе крѣпко пристающими сѣрыми или буровато-сѣрыми отложеніями, представляется то покраснѣвшей, то блѣдной и на видъ совершенно нормальной, рѣдко дифтеритически инфильтрованной.

Описанные Э. Вагнеромъ, подъ именемъ „флегмонознаго воспаленія пищевода“, два случая (Arch. d. Heilk., т. VIII, стр. 464) должны быть признаны за видоизмѣненную кровоизліяніями форму дифтеритическаго воспаленія.

Что касается развитія и причинъ фибринозно-дифтеритическаго воспаленія пищевода, то надо замѣтить, что оно никогда не является первичной болѣзнью, обусловленной непосредственно дѣйствующими на слизистую оболочку вліяніями, а представляетъ вторичное страданіе, отчасти непосредственно переходящее отъ гораздо чаще заболѣвающей той же формой глотки, при чемъ поражается главнымъ образомъ и по большей части исключительно верхній отдѣлъ пищевода, — отчасти независимое отъ страданія глотки, какъ выраженіе острой или хронической общей болѣзни. Между скоротечными общими страданіями оно встрѣчается при тифѣ, холерѣ (въ реакціонномъ періодѣ, иногда же гораздо раньше: мы наблюдали его у 73-лѣтняго старика, умершаго не болѣе, какъ черезъ 24 часа послѣ поступленія его въ больницу), при кори, скарлатинѣ (здѣсь, впрочемъ, дѣло можетъ идти о продолженной дифтеритической формѣ въ болѣе тѣсномъ смыслѣ), оспѣ (Андраль, Бамбергеръ, который именно въ этихъ случаяхъ наблюдалъ самыя громадныя крупозныя наслоенія, Э. Вагнеръ) и при піэміи (Э. Вагнеръ). Между хроническими общими страданіями или принимающими общій характеръ мѣстными болѣзнями мы сами, да и другіе (особенно Э. Вагнеръ и Стеффенъ), наблюдали его при легочной бугорчаткѣ, у одержимаго порокомъ сердца маниака, умершаго отъ крупозной пневмоніи, при брайтовой болѣзни, рактѣ, гнойномъ воспаленіи суставовъ, гнойномъ воспаленіи мочевыхъ путей, при мочевыхъ затекахъ послѣ стриктуры мочеиспускательнаго канала, одновременно съ крупознымъ дифтеритическимъ воспаленіемъ мочевыхъ путей, наконецъ, у одной 6-недѣльной атрофической дѣвочки, умершей отъ заложенія всѣхъ дыхательныхъ путей присосавшимся содержимымъ желудка. Стеффенъ ¹⁾, чрезъ

¹⁾ Стеффенъ (I. c.) приводит отчетъ о 44 вскрытіяхъ у дѣтей, у которыхъ оказывались хотя бы малѣйшія страданія пищевода. Между ними крупозно-дифтеритическое

вычайно часто наблюдавшій описываемую форму у дѣтей, много разъ видѣлъ ее при ограниченныхъ пневмоніяхъ и катаррѣ кишокъ.

Что касается настоящаго дифтерита (въ клиническомъ смыслѣ), то къ нему пищеводъ оказываетъ значительную степень невоспримчивости. Даже въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ процессъ обыкновенно сразу обрывается на нижней границѣ глотки, не трогая пищевода. Особенно бросается въ глаза эта невоспримчивость въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ идущее впередъ страданіе прямо перескакиваетъ черезъ пищеводъ, а именно гдѣ воспаленіе, распространенное по дыхательнымъ путямъ, зѣву и глоткѣ, прямо переходитъ, минуя пищеводъ, на слизистую оболочку желудка, крайне рѣдко поражающуюся дифтеритомъ.

Мы видѣли это въ одномъ изъ самыхъ тяжелыхъ случаевъ дифтерита у взрослыхъ, какой когда либо наблюдали (здоровая 39-лѣтняя женщина, въ теченіи 2 недѣль ходившая за своими 2 дѣтьми, умершими отъ дифтерита, сама заболѣла, на 5 день у нея появилась сильная одышка, вслѣдствіе чего ей сдѣлана была трахеотомія, и черезъ 2 дня послѣ операціи она умерла). Гортань, дыхательное горло, мягкое небо, зѣвъ и глотка были совершенно высланы толстыми ложно-перепонками, рѣзко обрывавшимися въ сторону пищевода; послѣдній, напротивъ, совершенно нормаленъ на всемъ протяженіи, тогда какъ въ желудкѣ, непосредственно у входа его, найдено нѣсколько огчегливыхъ крупозныхъ отложеній, величиною съ чечевицу, на ярко-красной слизистой оболочкѣ. — Совершенно подобный же случай Э. Вагнеръ приводитъ по *Весту* (настоящій томъ, ч. I, стр. 169).

Но эта неприкосновенность далеко не полная. Напротивъ того, въ иныхъ случаяхъ страданіе распространяется съ глотки на верхнюю часть пищевода, или почти до желудочнаго входа [*Вестъ* ¹⁾], или, наконецъ, переходитъ даже на желудокъ [*Андраль* ²⁾] у 12-лѣтней дѣвочки].

Изъ 80 вскрытій надъ умершими отъ дифтерита Э. Вагнеръ (l. c.) только въ двухъ случаяхъ замѣтилъ продолженіе перепонокъ на верхнюю часть пищевода. Мы сами (при значительно меньшемъ числѣ вскрытій) тоже видѣли это 2 раза, а именно въ одномъ случаѣ (у 42-лѣтней женщины) мы нашли сѣрыя перепончатая отложенія въ видѣ островковъ, многочисленныхъ въ верхней части пищевода и одиночныхъ въ нижней, рядомъ съ такими же отложеніями въ глоткѣ, тогда какъ гортань и дыхательное горло были совершенно здоровы. Въ другомъ случаѣ (у 11-лѣтняго мальчика) найдены отчасти мелкія кругловатая, отчасти продолговато-полосатая поверхностныя дифтеритическія отложенія, рядомъ съ такими же язвами въ глоткѣ, покрытыя зарослями бактерій и язвами, вмѣстѣ съ перепончатыми отложеніями въ гортани (кромя того, гнилостное пропитываніе подчелюстной железы и шейной кѣгчатки, воспаленіе почекъ, пневмонія и т. д.).

воспаленіе найдено 15 разъ. Можно ли изъ этого вывести заключеніе о преимущественномъ предрасположеніи дѣтскаго пищевода, это, по недостатку сравнительнаго статистическаго матеріала, сказать трудно.

¹⁾ Pathologie u. Therapie d. Kinderkrankheiten. Deutsch von Wegner. Berlin, 1853, стр. 217.

²⁾ Anatomie pathologique, т. II, Paris, 1829, стр. 161.

Могутъ ли, послѣ заживленія дифтеритическихъ язвъ пищевода, оставаться суживающіе рубцы, какъ это полагаютъ *Лейбе* и *Пенцольдъ* ¹⁾, на основаніи наблюдавшагося ими случая, излеченнаго съ помощью зондовъ, и какъ это весьма вѣроятно по ходу болѣзни,—этотъ вопросъ, по недостатку объективнаго доказательства, остается открытымъ. Во всякомъ случаѣ, ничего невозможнаго тутъ нѣтъ.

Случай этотъ относится до дѣвушки 21 года, которая, впрочемъ, уже въ теченіи 4 лѣтъ страдала затрудненнымъ дыханіемъ. Послѣ какой-то болѣзни, опредѣленной какъ „жаба зѣва“ и за которой слѣдовала тяжелая пневмонія, больная стала замѣчать въ первое время выздоровленія постоянно усиливавшееся затрудненіе глотанія, дозволявшее ей подъ конецъ глотать только жидкую пищу и отъ котораго она сильно исхудала. На мягкомъ небѣ найдены поверхностныя бѣлыя, а въ зѣвѣ болѣе плотныя, сходящіяся рубцовыя жилки. При изслѣдованіи зондомъ найдено очень значительное суженіе, и не одно, а нѣсколько, притомъ также въ нижней части пищевода. Послѣ систематическаго леченія зондами, которое пришлось начать съ самыхъ тонкихъ бу-жей и продолжать около 5 недѣль, больная выздоровѣла и выписалась съ значительно улучшеннымъ питаніемъ.

Oesophagitis variolosa (s. pustolosa), оспа пищевода.

Кромѣ упомянутаго уже выше неспецифическаго участія пищевода въ оспенномъ процессѣ, въ видѣ катарра или крупозно-дифтеритическаго воспаленія, въ немъ не очень рѣдко наблюдается еще специфическое оспенное высыпаніе.

Изъ 170 тщательно изслѣдованныхъ вскрытій оспенныхъ больныхъ Э. *Ваннеръ* (*Arch. d. Heilk.*, т. XIII, стр. 112) 20 разъ нашелъ оспу въ пищеводѣ, притомъ въ очень значительномъ количествѣ. Мы же наблюдали это при небольшомъ числѣ оспенныхъ вскрытій всего 2 раза и оба раза у стариковъ (60 и 68 лѣтъ).

Оспа является въ пищеводѣ въ видѣ разсѣянныхъ по всей слизистой оболочкѣ, а въ верхней части иногда очень тѣсно стоящихъ возвышеній (папулъ), величиною до коноплянаго сѣмени, между которыми слизистая оболочка вполнѣ нормальна. Эти пузырьки состоятъ изъ ограниченныхъ гиперемированныхъ или геморрагически-покраснѣвшихъ, поверхностно инфильтрованныхъ, слегка зернистыхъ на видъ, частей слизистой оболочки, надъ которыми слабо пристающій эпителий утолщенъ, разрыхленъ и мутенъ (но не приподнятъ въ видѣ пузырька). Разрыхленный эпителиальный покровъ легко отпадаетъ, и тогда на мѣстѣ возвышеній получаютъ маленькіе кругловатые дефекты вообще неизмѣннаго эпителия; покраснѣвшія части слизистой оболочки обнажаются и вслѣдствіе растравливанія ихъ образуются маленькія плоскія оспенныя язвинки. Такъ какъ эпителиальный покровъ ни въ одномъ изъ періодовъ болѣзни не приподымается въ видѣ пузырей—потому именно, что выпотъ протискивается между рыхлыхъ слоевъ эпителия—то обо-

¹⁾ *Klinische Berichte von der medicin. Abtheil. des Landkrankenhauses zu Jena. Erlangen, Besold, 1875, стр. 125.*

значеніе этихъ высыпаній именемъ гнойничковъ является весьма неподходящимъ, какъ это давно уже указывалъ *Вирховъ*¹⁾. Однакоже, по существу, они несомнѣнно тождественны съ высыпаніями на кожѣ, такъ что имъ справедливо можно дать названіе оспы пищевода.

Въ случаяхъ излеченія оспы пищевода отъ нея едва ли могутъ остаться какіе нибудь слѣды, такъ какъ подобныя плоскія потери вещества заживаютъ и безъ видимыхъ рубцовъ. Высказанное *Гамбургеромъ* (1. с., стр. 146) предположеніе, что процессъ подобнаго рубцованія можетъ повлечь за собой смертельныя суженія, основывается, какъ мы уже замѣтили выше (см. суженія), на неправильномъ толкованіи одного стараго и очень неполнаго сообщенія *Ланцони*.

По наблюденіямъ *Ракитанскаго*, послѣ большихъ приѣмовъ рвотнаго камня въ нижней трети пищевода встрѣчается очень похожее на оспу, но способное также сливаться „гнойничковое“ высыпаніе.

Oesophagitis phlegmonosa (s. purulenta).

Обозначаемое этими названіями въ современномъ ихъ смыслѣ гнойное воспаленіе подслизистой ткани встрѣчается въ пищеводѣ въ той же формѣ, какъ соименное ему страданіе желудка (см. настоящій томъ), и такъ же крайне рѣдко, по крайней мѣрѣ, на высшихъ степеняхъ, какъ и послѣдняя болѣзнь. Процессъ то ограничивается небольшими, довольно рѣзко обособленными мѣстами, то, напротивъ, распространяется на большія протяженія, даже по всей длинѣ окружности пищевода, при чемъ продолжается иногда черезъ желудочный входъ въ самый желудокъ [*Бельфраге* и *Гедениусъ*²⁾], подобно тому, какъ, наоборотъ, флегмонозное воспаленіе желудка переходитъ послѣдовательно на пищеводъ [*Аккерманъ*³⁾]. Другой разницы между ограниченнымъ и разлитымъ страданіемъ, кромѣ пространственнаго, не замѣчается.

Процессъ начинается гнойной инфильтраціей, производящей сильное утолщеніе подслизистой ткани (до 9 миллим., *Бельфраге* и *Гедениусъ*), которая въ то же время до такой степени заслоняется ею, что на разрѣзѣ представляетъ какъ бы чистый слой гноя, тогда какъ при микроскопическомъ изслѣдованіи соединительно-тканные пучки оказываются совершенно уцѣлѣвшими между гнойными массами. Затѣмъ ткань совершенно расплывается, такъ что на мѣстѣ подслизистаго слоя оказывается наполненная гноемъ щелевидная полость. Вслѣдствіе сильнаго вздуванія подслизистаго слоя, слизистая оболочка при маленькихъ гнѣздахъ выпячивается въ видѣ холмиковъ, а при разлитыхъ инфильтра-

¹⁾ Deutsche Klinik, 1858, № 31, стр. 306.

²⁾ Upsala läkarefören. förhandl. VIII, 3, стр. 245, 1873. Schmidt's Jahrb. т. 160, стр. 33.

³⁾ Virchow's Archiv, т. 45, стр. 39.

тахъ, занимающихъ всю окружность пищевода—выпирается внутрь со всѣхъ сторонъ. Между тѣмъ какъ въ первомъ случаѣ о дѣйствительномъ суженіи не можетъ быть и рѣчи, такъ какъ даже на уровнѣ гнѣзда большая часть окружности пищевода все еще способна растягиваться и потому пропускать пищевой комокъ,—во второмъ случаѣ происходитъ очень сильное суженіе, такъ что даже верхушка мизинца съ трудомъ протискивается чрезъ каналъ.

Слизистая оболочка не принимаетъ существеннаго участія въ процессѣ. Она либо совершенно нормальна, либо обнажена отъ эпителія, а надъ свѣжей разлитой инфильтраціей налита и слегка обложена слизью.

Въ одномъ только случаѣ (у туберкулезнаго) мы нашли слизистую оболочку надъ группой маленькихъ гноевиковъ, въ нижней части пищевода, дифтеритически инфильтрованной на значительномъ протяженіи, что должно быть признано или за случайную комбинацію, или за послѣдовательное присоединеніе гноевиковъ къ дифтериту (а не наоборотъ).

Мышечная оболочка тоже представляется на невооруженный глазъ совершенно нормальной, но подъ микроскопомъ легко замѣтить въ ней небольшія гнойныя скопленія, вѣдряющіяся въ нее изъ подслизистаго слоя.

При продолжительномъ существованіи гнойной инфильтраціи могутъ обнаружиться процессы разложенія съ распаденіемъ гнойныхъ тѣлецъ, разраженія бактерій (которымъ, однакоже, едва ли можно придать здѣсь причинное значеніе) и сгущенія гноя. Съ другой стороны, вслѣдствіе гнойнаго расплавленія ткани, можетъ произойти прободеніе гноя сквозь слизистую оболочку, которое при значительныхъ инфильтраціяхъ обыкновенно совершается на многихъ мѣстахъ, неравномѣрно распредѣленныхъ на поверхности гнѣзда, такъ что, если нѣсколько отверстій лежатъ близко другъ къ другу, слизистая оболочка получаетъ видъ рѣшета (флегмонозная язва).

Въ большинствѣ случаевъ, по выдѣленіи гноя упомянутымъ путемъ, наступаетъ излеченіе. При маленькихъ гноевикахъ заживленіе происходитъ такимъ образомъ, что прободное отверстіе закрывается рубцомъ, а подрытая слизистая оболочка снова прирастаетъ къ мышечному слою, такъ что, кромѣ маленькаго рубца, не остается почти никакихъ замѣтныхъ слѣдовъ (за исключеніемъ развѣ легкаго уплотнѣнія въ области подслизистаго слоя). При обширныхъ же гнойныхъ подкопахъ процессъ заживленія идетъ инымъ путемъ, оставляя весьма странные и характеристическіе слѣды, которые опять-таки чрезвычайно сходны съ остающимися послѣ флегмонознаго воспаленія желудка. Дѣло въ томъ, что щелевидная полость, подрывающая слизистую оболочку на большемъ протяженіи и происшедшая отъ гнойнаго расплыванія подслизистаго слоя, остается въ прежнемъ видѣ, вмѣстѣ съ отверстіями на слизистой оболочкѣ. Внутренняя поверхность этой полости, иногда пронизанной отдѣльными,

на подобіе мостиковъ, пучками, утрачиваетъ свои неровности и, наконецъ, настигается эпителиальнымъ покровомъ, идущимъ отъ слизистой оболочки чрезъ ея отверстія и совершенно похожимъ на эпителий пищевода; на ней, повидимому, появляются даже сосочки. Получивъ такимъ образомъ вполне организованную стѣнку и, при посредствѣ многихъ кругловатыхъ отверстій, величиною отъ булавочной головки до вишневаго ядрышка, сообщаясь съ просвѣтомъ пищевода, эта полость остается въ подобномъ видѣ навсегда и представляетъ собой нѣкоторымъ образомъ внутрестѣнную, многоротую пазуху. Вторичнаго расширенія этихъ полостей (какъ при выпертыхъ пазухахъ), повидимому, не замѣчается. Да и вообще какія либо дурныя послѣдствія (напр. отъ попаданія туда постороннихъ тѣлъ или разложенія пищи), если и встрѣчаются, то не особенно часто. По крайней мѣрѣ, въ 4 случаяхъ, которые наблюдались нами, мы ничего подобнаго подмѣтить не могли.

Обширныхъ гнилостныхъ распаденій, затековъ въ межлегочныя пространства, прободенія плевры и т. д. (*Клебсъ*), такъ часто встрѣчающихся послѣ прободенія пищевода отъ различныхъ причинъ (см. выше), мы при флегмонозномъ воспаленіи не наблюдали и не находили ихъ также въ литературѣ. Да едва ли и возможно предположить что либо подобное, потому что при описываемой болѣзни гной, повидимому, никогда не вскрывается наружу въ межлегочное пространство (за исключеніемъ случаевъ послѣ отравленія сѣрной кислотой, гдѣ дѣло идетъ о болѣе сложныхъ процессахъ). Тамъ же, гдѣ наружные слои продырявлены, это явленіе, какъ мы сейчасъ увидимъ, представляетъ скорѣе первичный моментъ, обуславливающий собою флегмонозное воспаленіе пищевода.

Что касается причинъ флегмонознаго воспаленія пищевода, то здѣсь на первомъ планѣ стоитъ раздраженіе защемившимися посторонними тѣлами, все равно, дѣйствительно ли послѣднія проникаютъ въ подслизистый слой, или они не производятъ никакого пораненія (случай *Бельфраге* и *Гедениуса*: остановка рыбьей косточки, не давшей на вскрытіи никакой раны слизистой оболочки).

Но еще чаще причина, повидимому, заключается въ прорываніи наружныхъ слоевъ пищевода запищеводными гнойными скопленіями (гноевики железъ, перихондритъ перстневиднаго хряща, гноевики позвонковъ, *Клебсъ*) и въ особенности размягченными гнѣздами отвороженныхъ лимфатическихъ железъ. При этихъ прободеніяхъ, подвигающихся слой за слоемъ снаружи внутрь, одна только подслизистая ткань, повидимому, предрасположена къ распространенію гнойнаго процесса по стѣнкѣ пищевода. И это распространеніе происходитъ раньше, чѣмъ прободающій процессъ успѣетъ пробить слизистую оболочку. Наконецъ, когда флегмонозный процессъ совершенно разовьется, вскрывается и слизистая оболочка, но не въ зависимости отъ флегмоны, а исключительно вслѣдствіе движенія впередъ первоначальнаго прободающаго процесса. На вскрытіи обыкновенно находятъ другъ подлѣ друга флегмонозное воспаленіе пищевода и прободеніе слизистой оболочки, но не въ зависимости

одно отъ другого, а оба какъ совмѣстные результаты одного и того же причиннаго процесса (см. 1-й изъ сообщаемыхъ ниже случаевъ).

Легко понять, что эти около-пищеводныя гнойныя и размягчающіяся гнѣзда, вскрываясь въ пищеводъ, въ то же время могутъ пролагать себѣ путь и въ другомъ направленіи, прорываться еще въ другой полный органъ, напр. въ гортань (при перихондритѣ ея) или дыхательное горло (со стороны размягченныхъ железъ). И такимъ-то путемъ образуются косвенныя сообщенія между пищеводомъ, съ одной стороны, и гортанью или дыхательнымъ горломъ, съ другой, которыя, при заживленіи одновременно съ ними развившагося флегмонознаго воспаленія пищевода, могутъ оставаться въ видѣ узкихъ свищевыхъ ходовъ между обоими полыми органами (см. 2-й изъ приводимыхъ ниже случаевъ). И здѣсь свищъ никакъ не представляетъ собой слѣдствія воспаленія пищевода, а дѣло идетъ о совмѣстныхъ результатахъ одной и той же причины.

Далѣе, флегмонозныя воспаленія пищевода встрѣчаются въ видѣ частнаго явленія при разѣдающемъ воспаленіи (см. ниже), особенно при сильныхъ отравленіяхъ сѣрной кислотой. Могутъ ли другія формы воспаленія слизистой оболочки вызвать флегмонозное воспаленіе въ видѣ продолженнаго по смежности процесса—сказать пока трудно. Приведенный выше случай сочетанія дифтеритической инфильтраціи съ маленькими гноевиками допускаетъ, пожалуй, подобное толкованіе; но, какъ уже замѣчено, его можно толковать также, какъ случайное совпаденіе.

Выше мы уже замѣтили, что флегмонозное воспаленіе желудка тоже иногда переходитъ на пищеводъ (*Аккерманъ*).

Наконецъ, въ нѣсколькихъ случаяхъ мы находили на вскрытіяхъ описываемыя здѣсь измѣненія, особенно ограниченные гноевики, безъ видимой мѣстной причины, и нужно замѣтить, что почти всѣ эти случаи наблюдаемы были у чахоточныхъ.

Только въ одномъ единственномъ случаѣ, у 41-лѣтней сифилитички, описанные выше остатки зажившей флегмоны въ нижней части пищевода найдены были одновременно съ специфически-сифилитическими измѣненіями во многихъ другихъ органахъ (рубыя зѣва, гортани и т. д.); возможно, что хроническое воспаленіе задняго межлегочнаго пространства, на которое указывали весьма тонкіе мозолистые пучки, склеивавшіе непарную вену съ правымъ легкимъ, тоже находилось въ связи съ болѣзнью пищевода.

Представленное нами изложеніе флегмонознаго воспаленія пищевода, кромѣ скудныхъ замѣтокъ въ остальной литературѣ, основано на много разъ цитированномъ, анатомически и клинически весьма точно обследованномъ и описанномъ, вполне типичномъ случаѣ *Бельфраге* и *Геденюса* и на 10 нами (*Ценкеръ*) вскрытыхъ случаяхъ, наглядно воспроизводившихъ различныя формы и періоды описываемой болѣзни. Эти 11 случаевъ обнимаютъ лишь въ возрастѣ отъ 24 до 74 лѣтъ, и притомъ съ довольно равномернымъ распредѣленіемъ между всѣми, лежащими въ этихъ предѣлахъ, возрастами. Въ этомъ числѣ было 9 мужчинъ и 2 женщины, такъ что мужчины значительно преобладали надъ женщинами (совершенно такъ же, какъ *Лейбе* нашелъ это относи-

тельно флегмонознаго воспаленія желудка, настоящій томъ, ч. II, стр. 43). 2 изъ нашихъ случаевъ показываютъ разлитую, болѣе или менѣе свѣжую гнойную инфильтрацію (распространившуюся въ одномъ изъ нихъ на весь пищеводъ); 4 случая представляютъ ограниченные гноевики (отъ горошины до длины въ 2 и ширины въ 1 сантим.); наконецъ, 4 случая представляютъ упомянутые выше характеристическіе остатки гнойныхъ подокоповъ.—Что касается причинъ, то 1 случай произошелъ отъ обжога сѣрной кислотой, 1 навѣрное (а 3 вѣроятно) отъ прободенія размягченной отвороженной железы, а остальные безъ видимой причины (у чахоточныхъ и 1 при застарѣломъ сифилисѣ).

Такъ какъ казуистики флегмонознаго воспаленія пищевода почти совершенно еще не существуютъ, то мы позволимъ себѣ привести здѣсь подробно оба главнѣйшихъ изъ нашихъ случаевъ и затѣмъ сдѣлаемъ краткое извлеченіе изъ случая *Бельфраге* и *Геденіуса*.

1 случай. Анна К., дѣвица 30 лѣтъ, уже съ давнихъ поръ страдавшая эпилептическимъ сумасшествіемъ и содержавшаяся въ эрлангенскомъ окружномъ домѣ для умалишенныхъ, съ конца апрѣля 1877 г. стала худѣть, очень много кашляла, а при физическомъ изслѣдованіи, произведенномъ неполно, вслѣдствіе сопротивленія больной, у нея найдено на спинѣ обширное бронхіальное дыханіе. Начиная съ іюня, когда эпилептическіе припадки перестали появляться, больная большую часть времени проводила въ кровати и рѣдко принимала что-нибудь, кромѣ жидкой пищи (вино, бульонъ, много воды), изрѣдка конфекты или чуточку мяса. Незамѣтно было, чтобы глотаніе у нея было затруднено. Отказывалась ли она отъ пищи вслѣдствіе боли при глотаніи, этого тоже нельзя было опредѣлить, такъ какъ, не чувствуя аппетита, она обыкновенно не прикасалась къ пищѣ. Появились обильные поносы, а въ теченіи послѣднихъ 8 дней 2 раза рвота. Изъ рта весьма сильный и вонючій запахъ. Жидкости она принимала еще за день до смерти. Умерла 19 іюля.

На вскрытіи (20 іюля 1877 г., чрезъ 30 часовъ послѣ смерти, *Ценкеръ*) въ пищеводъ и его окружности найдены слѣдующія замѣчательныя измѣненія, подробному сообщенію которыхъ мы предпосылаемъ, для характеристики всего очень сложнаго результата вскрытія, весь **трупный діагнозъ**: *лейкій свѣжій геморрагическій пахименингитъ. Сильная анемія мозга и его оболочекъ. Маленькій рубецъ въ мозговой коркѣ.—Двусторонняя творожистая пневмонія. Лейкій плевритъ лѣвой стороны.—Мелкость сердца и крупныхъ артерій. Аномалія правой подключичной артеріи (dysphagia isogica).—Гнойно-творожистое флегмонозное воспаленіе пищевода. Прободеніе пищевода, дыхательнаго горла и обоихъ бронховъ отвороженными трахеальными и бронхіальными железами. Творожистое набуханіе брыжеечныхъ железъ. Лейкій булорчатковый язвенный процессъ въ тонкой кишкѣ.—Простая атрофія печени и почекъ. Обширная старая пробка нижней полой, подвздошныхъ и бедренныхъ венъ. Отекъ обоихъ коленей.—Trichocephalus dispar.*

Слизистая оболочка глотки мало налита, нормальна. Изъ глотки мизинецъ съ трупомъ проникаетъ въ начало пищевода. Послѣдній сильно суженъ на всемъ протяженіи, нѣсколько убывая книзу. На задней поверхности стѣнка просвѣчиваетъ снаружи черноватымъ цвѣтомъ. По вскрытіи пищевода вся стѣнка его представляется утолщенной, въ верхней части на 7—8 мил., а внизу нѣсколько менѣе, вслѣдствіе грязно желтовато-сѣраго инфильтрата подслизистой ткани, наверху рыхло-творожистаго, ниже болѣе мягкаго и въ самомъ низу чисто гнойнаго. Слизистая оболочка въ верхней части слегка окрашена въ аспидный цвѣтъ, показываетъ отдѣльныя, немного расширенныя вены, но вообще нормальна; тогда какъ въ нижней половинѣ она чрезвычайно густо налита и слегка обложена жидковатой, сѣрой слизью. Въ 5,5 сантим. подъ нижнимъ краемъ перстневиднаго хряща (т. е. прямо противъ перекреста пищевода съ правой

подключичной артерией, отходящей слѣва въ видѣ послѣдней вѣтви дуги аорты) замѣчается на передней стѣнкѣ съ лѣвой стороны прободное отверстіе, длиною въ 1,5 сантим. и шириною около 5 миллим., съ гладкой неутолщенной каймой изъ слизистой оболочки. Это отверстіе ведетъ въ полость, величиною съ вишневое ядрышко, въ которой лежатъ нѣсколько желтовато-творожистыхъ крошекъ, отчасти свободно, отчасти пристающихъ еще къ стѣнкѣ полости. Снаружи къ полости прилегаютъ мозолистая, слегка аспиднаго цвѣта клѣтчатка и пара совершенно отвороженныхъ трахеальныхъ железъ, величиною до вишневаго ядрышка. Начиная съ этой полости, слизистая оболочка отчасти подрыта почти на протяженіи 8 миллим., во безъ сообщенія съ какимъ либо сосѣднимъ органомъ и всего менѣе съ дыхательнымъ горломъ. Прямо подъ прободнымъ отверстіемъ замѣчается еще одно плоское изъязвленіе, длиною въ 6 мил. и шириною въ 3 миллим., края котораго слегка усажены кровоподтеками. При микроскопическомъ изслѣдованіи жидко-гнойнаго инфильтрата подслизистой ткани въ немъ оказывается масса не особенно тѣсно скученныхъ, нѣжныхъ, болѣею частью одноядерныхъ кругловатыхъ клѣтокъ (гнойныя тѣльца); кромѣ того, чрезвычайно большое количество мельчайшихъ молекулъ, болѣею частью обнаруживающихъ сильно подпрыгивающія движенія (распадъ со множествомъ микрококковъ), далѣе, многочисленные крупные шарики, состоящіе изъ звѣздообразно расположенныхъ короткихъ кристаллическихъ иголъ и, наконецъ, въ клѣткахъ — многочисленные кристаллы трехосновныхъ фосфорновислыхъ солей. Въ болѣе сухихъ творожистыхъ частяхъ инфильтрата не найдено почти никакихъ явственныхъ гнойныхъ тѣлецъ, а лишь мелкозернистыя массы (распадъ съ микрококками) и громадное количество закрывавшихъ весь препаратъ, отчасти весьма длинныхъ, крупныхъ иголъ жирныхъ кислотъ, не измѣняющихся отъ прибавленія натра.

Слизистая оболочка гортани весьма блѣдна, нормальна; въ дыхательномъ горлѣ она тоже болѣею частью нормальна и только на задней стѣнкѣ, насупротивъ описаннаго прободенія пищевода, отличается слегка сѣровой окраской. Въ нижней части дыхательнаго горла, прямо надъ мѣстомъ отхожденія праваго бронха, замѣчаются два отверстія, одно величиной въ пуговку зонда, другое въ чечевицу, съ острыми краями, вокругъ которыхъ слизистая оболочка сильно налита и слегка покрыта кровоподтеками. Эти отверстія ведутъ въ узкую щелевидную полость, примыкающую непосредственно къ стѣнкѣ дыхательнаго горла и бронха и ограниченная съ другой стороны узловато-творожистой массой, объемомъ съ вишню. Послѣдняя оказывается окруженной оимозолѣвшей сумкой трахеальной железой, отвороженная паренхима которой снаружи еще вѣрно связана съ сумкой, въ сторону же дыхательнаго горла отдѣлилась отъ сумки, вслѣдствіе того, что ея творожистая масса разсыпалась, и результатомъ всего этого явилась упомянутая щелевидная полость. На срединной стѣнкѣ праваго бронха слизистая оболочка изъязвлена на протяженіи 1,5 сантим. въ длину и 4—7 миллим. въ ширину съ неправильными границами, и дно этой язвы составляетъ рыхлая отвороженная железистая ткань; нѣкоторыя хрящевыя кольца совершенно обнажены, омертвѣли. Подъ мѣстомъ отхожденія бронха правой верхней доли замѣчается, величиною съ горошину, отверстіе съ острыми краями, ведущее въ полость, прилежащую къ бронху и окруженную легочной тканью (размяченная бронхиальная железа); въ этой полости лежатъ свободно 2 бугристыхъ известковыхъ сростка. На лѣвомъ бронхѣ въ сторону раздвоенія замѣчается, величиною съ булавочную головку, отверстіе, изъ котораго выдѣляются творожистыя крошки железистой ткани. Въ бронхахъ содержится много тягучей слизи; слизистая оболочка ихъ сильно налита. Мѣсто раздвоенія дыхательнаго горла набито большими железнатыми пакетами, очень сильно напирющими, съ одной стороны, на сердечную сорочку, а съ другой, на пищеводъ. Остальные железы бронховъ и дыхательнаго горла, особенно съ правой стороны, тоже слились въ крупные пакеты, опухли, болѣею частью отворожены и мѣстами размягчены; покрывающая ихъ плевра отчасти чрезвычайно сильно

пронизана сосудами, на одномъ мѣстѣ прорвана и вокругъ этой дыры устьяна множествомъ кровяныхъ пятенъ. Въ переднемъ межлегочномъ поространствѣ, подъ рукояткой грудины, тоже замѣчается крупный железистый пакетъ, въ большей своей части отворожившійся.

Не подлежитъ сомнѣнью, что въ этомъ случаѣ дѣло первоначально шло о прободеніи размягченными творожистыми бронхіальными железами, съ одной стороны, дыхательнаго горла и бронховъ, а съ другой, пищевода, и что уже потомъ изъ отверстія пищевода развился флегмонозный процессъ, распространившійся отсюда на весь пищеводъ. Что послѣдній существовалъ уже довольно долго, навѣрное въ теченіи многихъ недѣль, показываютъ макроскопическія и микроскопическія свойства гнойнаго инфильтрата.

2 случай. Іоанъ Ф., 54 лѣтъ, учитель, лечился въ эрлангенской терапевтической клиникѣ отъ страданій суставовъ позвонковъ и мѣлита и умеръ 20 іюня 1874 г.

Вскрытіе чрезъ 16 часовъ послѣ смерти, *Ценкеръ*.

Трупный діагнозъ: творожистое воспаление кости, надкостной плевы и костюда 7-го до 9-го грудныхъ позвонковъ. Творожистый наружный пахименингитъ спинного мозга. Размичненіе стинного мозга со смѣщеніемъ его. Умѣренная хроническая водянка мозга. Геморрагическій рубецъ въ лѣвомъ полосатомъ тѣлѣ. Небольшое свѣжее энцефалитическое гнѣздо въ лѣвомъ полушаріи. Просовидные бугорки плевы (соотвѣтствующіе творожистымъ гнѣздамъ надкостницы). Бугорчатка легкихъ. Эмфизема и отекъ легкихъ. Изъязвленія поверхностей легкихъ (начинающаяся съ творожистаго гнѣзда). Прободеніе дыхательнаго горла околотрахеальными гнойными гнѣздами. Просовидные бугорки на слизистой оболочкѣ дыхательнаго горла вокругъ прорваннаго мѣста. Зажившее флегмонозное воспаление пищевода. Умѣренная жирная печень. Опухоль селезенки. Бугорки почек. Катарръ мочевого пузыря. Творожистые узелки на слизистой оболочкѣ тонкой кишки. Набуханіе и отчасти отвороженіе брыжеечныхъ железъ. Зажившій переломъ большого берца.

Пищеводъ представлялъ слѣдующія измѣненія:

Слизистая оболочка глотки блѣдна, нормальна. Пищеводъ слегка расширенъ, особенно въ верхней половинѣ, слизистая оболочка его мало налита и устьяна множествомъ сосочковъ, величиною съ булавочную головку. Въ верхней половинѣ его разбросаны въ неправильномъ порядкѣ 7 кругловатыхъ отверстій слизистой оболочки, величиною отъ булавочной головки до вишневаго ядрышка; начиная отъ этихъ отверстій, послѣдняя подрыта на значительномъ протяженіи, отчасти со всѣхъ сторонъ, отчасти лишь въ нѣсколькихъ направленіяхъ. Самая крупная изъ полостей, образовавшихся отъ этихъ подкоповъ въ подслизистомъ слоѣ, имѣетъ 2 сантим. въ длину и 1 сантим. въ ширину и сообщается 3 отверстіями съ каналомъ пищевода. Края отверстій какъ бы окаймлены кожей, а внутренняя поверхность подслизистыхъ полостей, совершенно гладкая, бѣловатая, покрыта толстымъ слоемъ эпителія, похожимъ на эпителий пищевода (содержитъ хорошо развитыя рифовыя влѣтки), съ которыми находится въ непрерывной связи. Сосочки также обозначены. На двѣ нѣкоторыхъ изъ этихъ подслизистыхъ полостей замѣчается одна или нѣсколько мелкихъ дырочекъ, изъ которыхъ тонкимъ зондомъ можно попасть черезъ узкіе свищевые ходы въ около-пищеводныя полости, окруженныя сухожильисто уплотненной влѣтчаткой. Наболѣе крупная изъ нихъ (2 сантиметр. въ длину и 5 миллиметр. въ ширину) лежитъ между пищеводомъ и щитовидной железой, остальные же ниже, между пищеводомъ и дыхательнымъ горломъ. Одна изъ этихъ послѣднихъ полостей, въ которую вдается обнаженное и окостенѣвшее хрящевое кольцо дыхательнаго горла, отерывается съ другой стороны

через доступное для тонкаго зонда свищевое отверстіе въ дыхательное горло, приблизительно по срединѣ его лѣвой стѣнки, такъ что между послѣднимъ и пищеводомъ существуетъ свищевое сообщеніе. Въ окружности этого свищеваго отверстія, слизистая оболочка дыхательнаго горла густо усыяна на протяженіи 5 миллим. просовидными бугорками, тогда какъ на остальныхъ мѣстахъ она представляетъ лишь убывающую книзу ярко-красную налитость. Железы въ мѣстѣ раздвоенія разрыхлены, усыяны черными и сѣрыми пятнами. На грудномъ позвоночникѣ, начиная приблизительно отъ 4 позвонка до діафрагмы, мягкія части очень сильно вздуты на подобіе опухолей, какъ спереди, такъ и съ обѣихъ боковъ. Плевра усыяна просовидными бугорками. Подплевральная клѣтчатка сильно утолщена. При вскрытіи этого мѣста, попадаютъ, какъ спереди, такъ и съ боковъ позвонковыхъ тѣлъ, въ очень большое, сплошное и густое творожистое гнѣздо, въ глубинѣ котораго замѣчается масса, отчасти свободныхъ, отчасти еще слегка пристающихъ, частичекъ кости, обложенныхъ творожистой массой, и чрезъ которое палецъ проникаетъ въ каріозно разсѣвшееся тѣло позвонка.

На основаніи этихъ данныхъ, ходъ болѣзни нужно представить себѣ такимъ образомъ, что въ теченіи костофды грудныхъ позвонковъ развилось гнойное воспаленіе межлегочнаго пространства, которое вскрылось, съ одной стороны, въ дыхательное горло, а съ другой—въ пищеводъ. Затѣмъ изъ многочисленныхъ прободныхъ отверстій пищевода флегмонозное воспаленіе пищевода разлилось дальше на большемъ протяженіи и, по прободеніи слизистой оболочки и выдѣленіи гноя, зажило съ образованіемъ описанныхъ выше внемчатыхъ полостей.

Случай *Бельфраге* и *Гедениуса* (1. с.). У здоровой, 42-лѣтней женщины, находившейся на 5 мѣсяцѣ беременности, какъ она рассказываетъ, вслѣдствіе остановки въ горлѣ рыбьей косточки, причинившей ей непріятное ощущеніе, появился потрясающій ознобъ вмѣстѣ съ сильной болью въ груди и значительной лихорадкой. Боли распространялись отъ желудка и нижней части груди влѣво до спины и были очень мучительны. Время отъ времени появлялись позывы къ рвотѣ, но настоящимъ образомъ больную ни разу не рвало. Надчревые очень чувствительно. Рыбьей косточки больная больше не чувствовала; она вообще не жаловалась, что ей трудно глотать, и никакого посторонняго тѣла не оказывалось. Употребленные средства не помогали. Боли, принявшія судорожный характеръ, были очень сильны, такъ что больная все время должна была сидѣть изъ страха, что ее задушитъ. На 3 день новое ухудшеніе: непрерывныя боли, ціанозъ, затрудненное дыханіе, частый и малый пульсъ, горячая кожа, довольно много бѣлка въ мочѣ. Вечеромъ выкидышъ съ довольно сильной потерей крови. Смерть на 4 день болѣзни передъ обѣдомъ. На вскрытіи (кромя суженія отверстія аорты и большого количества кровянистой жидкости въ плеврахъ) найдены слѣдующія измѣненія въ пищеводѣ: снаружи ничего особеннаго. Начиная съ разстоянія 6 сантим. подъ перстневиднымъ хрящемъ и до желудочнаго входа, стѣнка значительно утолщена (8—12 миллим.) и притомъ преимущественно утолщенъ подслизистый слой (5—9 миллим.), который представлялся на поверхности разрѣза однороднымъ, сѣро-желтымъ, гладкимъ, блестящимъ и мякотнымъ, а при давленіи выдѣлялъ много сѣро-желтаго, мутнаго гноя. На внутренней поверхности замѣчаются слегка шишковатныя возвышенія. Слизистая оболочка нормальной толщины, гладка и ровна, малокровна, но безъ иныхъ измѣненій, особенно безъ слѣдовъ раздраженія постороннимъ тѣломъ. Гнойная инфильтрація распространилась чрезъ желудочный входъ на малую кривизну на протяженіи 8 сантим. При микроскопическомъ изслѣдованіи, въ пищеводѣ найдены только слабые слѣды эпителия; въ подслизистой тканн соединительно-тканные пучки весьма ясны, но раздвинуты далеко гноемъ; гнойныя тѣльца отчасти сохранились хорошо, отчасти жирно перерождены. Гнойная инфильтрація проникаетъ и между мышечными волокнами.

Oesophagitis corrosiva.

Rokitansky, Lehrb. d. pathol. Anat., т. 3, стр. 158, 1861.

Относящіяся сюда сильно прижигающія жидкости, крѣпкія минеральныя кислоты (особенно сѣрная и азотная), равно какъ калийный и натронный щелоки, приходя въ соприкосновеніе со слизистыми оболочками, въ томъ числѣ, слѣдовательно, со слизистой оболочкой пищевода, въ сущности производятъ не воспаленіе, а омертвѣніе. Но менѣе тѣсно соприкасающаяся съ ними и потому не омертвѣлая часть слизистой оболочки, равно какъ и части, лежащія подъ омертвѣлымъ слоемъ, до такой степени быстро обнаруживаютъ явственные воспалительныя измѣненія, развивающіяся дальше при болѣе продолжительномъ сохраненіи жизни, что весь процессъ, вызываемый дѣйствіемъ прижигающей жидкости, справедливо считается за процессъ воспаленія, только осложненнаго и видоизмѣннаго одновременнымъ омертвѣніемъ нѣкоторой части тканей. Этой-то формѣ воспаленія мы и даемъ названіе разѣдающаго воспаленія.

Дѣйствіе сѣрной кислоты, чаще всего подлежащее наблюденію, послѣ желудка, который вслѣдствіе продолжительнаго соприкосновенія съ кислотой большею частью показываетъ самыя сильныя измѣненія, сильнѣе всего обнаруживается въ пищеводѣ, потому что при узкости канала жидкость приходитъ въ самое тѣсное соприкосновеніе со слизистой оболочкой, не смотря на то, что она быстро проскальзываетъ внизъ; тогда какъ во рту, зѣвѣ и глоткѣ, гдѣ, благодаря большой ширинѣ полостей, соприкосновеніе бываетъ менѣе тѣснымъ, появляются слабыя степени измѣненія. Въ исключительныхъ случаяхъ, когда кислота доходитъ до желудка лишь въ очень маломъ количествѣ, пищеводъ можетъ представлять наиболѣе сильно пораженную часть. Понятно, что измѣненія бываютъ различны по степени и протяженію, смотря по количеству и крѣпости кислоты. Измѣненіе обыкновенно равномерно распространяется по всей длинѣ пищевода, начинаясь рѣзкой границей у нижняго края перстневиднаго хряща и доходя до желудочнаго входа, но не всегда занимаетъ всю окружность канала, а тянется сверху внизъ въ видѣ болѣе или менѣе широкой лентовидной полосы.

При самыхъ легкихъ степеняхъ дѣйствія кислоты умираетъ одинъ только эпителий, превращающійся въ толстый, сѣровато-бѣлый, морщинистый, отчасти отлистовывающійся (довольно похожій на крупозныя перепонки) слой, подъ которымъ слизистая оболочка представляется поблѣднѣвшей.

При высихшихъ степеняхъ вся слизистая оболочка во всю ея толщину превращается въ грязно-сѣрый или сѣро-желтый, мягкій струпъ съ гладкой поверхностью (обнаженный отъ эпителия), пронизанный черными развѣтвленіями сосудовъ, а лежащій подъ нею подслизистый слой

представляется вначалѣ сывороточно, а затѣмъ гнойно инфильтрованнымъ и съ кровоподтеками. Мышечная оболочка тоже сморщена, блѣдна, обезцвѣчена, а вялость ея производить то, что весь пищеводъ, наружная клѣтчатка котораго представляется багровой и пронизанной черновато налитыми сосудами, свѣшивается въ сторону правой плевры въ видѣ вялой перепончатой дуги.

На самыхъ высшихъ степеняхъ слизистая оболочка вмѣстѣ съ подслизистымъ слоемъ обугливается въ черную, дряблую, пропитанную кровью и водою массу, а мышечная оболочка отчасти показываетъ тѣ же измѣненія, отчасти измѣнена лишь въ блѣдную студенистую массу.

Между тѣмъ какъ эти высшія степени почти всегда очень быстро оканчиваются смертью, въ менѣ сильныхъ случаяхъ больной можетъ прожить нѣсколько дней, недѣль и даже больше, а потому въ этихъ случаяхъ мы находимъ дальнѣйшее развитіе воспалительныхъ измѣненій. Прежде всего острूपившаяся часть слизистой оболочки обособляется отъ менѣ пораженныхъ частей, и вслѣдствіе подрывающаго ее гнойнаго (флегмонознаго) растворенія подслизистой ткани, вскорѣ отстаетъ отъ своей подкладки, послѣ чего извергается наружу, обыкновенно въ видѣ отдѣльныхъ клочьевъ, а иногда въ видѣ сплошной трубки, длиною до 1 фута, представляющей весь или почти весь пищеводъ, даже съ нѣкоторой частью слизистой оболочки желудка.

Случай изверженія всей слизистой оболочки пищевода въ видѣ трубки послѣ отравленія сѣрной кислотой сообщены *Триеромъ* въ Копенгагенѣ (Hospitals-Meddelelser, т. V, вып. I. Schmidt's Jahrb., т. 76, стр. 310, 1852), *Мансизромъ* (Des rétrécissements intrinseques de l'oesophage. Thèse de Paris, 1866. Canstatt's Jahresber., 1866, II, стр. 128) и *Лабульеномъ* (Progrès médic., 1876, № 52, стр. 901).

Послѣ того, какъ этимъ путемъ разовьются обширныя потери ткани съ гноящимся дномъ (разъѣденныя язвы), нагноеніе можетъ идти въ глубину, въ видѣ свищевыхъ ходовъ и гнойныхъ гнѣздъ, прободая даже межлегочное пространство и затѣмъ дыхательное горло или одинъ изъ бронховъ, вслѣдствіе чего смерть можетъ наступить даже въ позднѣйшихъ періодахъ. Но въ большинствѣ случаевъ, по удаленіи слизистой оболочки, нагноеніе прекращается и заживленіе происходитъ путемъ образованія рубцовъ, оставляющихъ послѣ себя тѣ громадныя, болѣе или менѣе равномерно занимающія всю длину пищевода, суженія, о которыхъ мы говорили уже выше (см. суженія). Самые сильныя и наиболѣе упорныя суженія образуются въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ погибла вся или большая часть слизистой оболочки. Всего уже бывають стриктуры у начала пищевода (позади перстневиднаго хряща) и у входа въ желудокъ, т. е. на тѣхъ мѣстахъ, которыя уже въ нормальномъ состояніи отличаются наибольшею узостью и потому сильнѣе другихъ подвергаются дѣйствію кислоты.

Другія минеральныя кислоты (азотная, соляная) производятъ точно такое же дѣйствіе, только менѣе сильное. Калійный и натронный щелоки тоже могутъ произвести превращеніе въ струпь и отторженіе слизистой оболочки пищеваго вмѣстѣ съ воспаленіемъ подслизистаго слоя, вслѣдствіе чего образуются совершенно такія же рубцовыя стриктуры. Подобнымъ же образомъ дѣйствуютъ крѣпкіе растворы мѣднаго купороса (см. случай, сообщенный выше при суженіяхъ). За то ѣдкій амміакъ производитъ только крупозное выпотѣніе или гиперемическую налитость съ кровоподтеками и легкимъ помутнѣніемъ и отпаденіемъ эпителія (см. случай, приведенный выше при кровотеченияхъ).

Какъ характеристическій примѣръ разѣдающаго воспаленія пищеваго отъ сѣрной кислоты, мы сообщимъ здѣсь слѣдующій случай. Трактирщикъ, 50 лѣтъ, доставленъ 19 іюня 1862 г. въ дрезденскую городскую больницу въ бѣдой горячекъ и съ признаками отравленія сѣрной кислотой. На слѣдующій день онъ умеръ. Вскрытіе, произведенное 21 іюня (Ценкеръ), дало слѣдующія данныя относительно дѣйствія кислоты.

Слизистая оболочка языка въ передней части нормальна, безъ значительной налитости, далѣе взади обнажена по срединѣ отъ эпителія, бѣловата, а сосочки мѣстами усѣяны красными точками, а еще далѣе взади замѣчаются болѣе сильная налитость и легкіе кровоподтеки. Язычекъ сильно припухъ, съ очень значительной желтовато-гноевой инфильтраціей, и разрыхленъ. Слизистая оболочка небныхъ дужекъ и глотки отчасти очень сильно налита, отчасти обложена, въ видѣ крупныхъ островковъ, толстыми желтыми, довольно плотно пристающими, но гладко отслаивающимися перепонками, подъ которыми она желтовато инфильтрована, отчасти, наконецъ, покрыта небольшимъ количествомъ жидкаго гноя, а подъ нимъ гнойно-инфильтрована, въ высшей степени разрыхлена. Край надгортанника тоже обложенъ толстыми перепонками, а слизистая оболочка подъ ними и на всей остальной поверхности представляетъ насыщенную розово-красную налитость, мѣстами съ кровоподтеками. Остальная слизистая оболочка гортани покрыта нѣсколько жидкой слизью и повсюду сильно налита. Слизистая оболочка трахеае обложена пѣнистой слизью, довольно сильно налита. Пищеводъ чрезвычайно дряблый, образуетъ перевѣшивающуюся въ сторону правой плевры дугу, снаружи слегка подозрительнаго цвѣта, наружная вѣтчатка окрашена въ багровый цвѣтъ, крупныя вены ея наполнены черноватой, неплотно свернувшейся кровью. Слизистая оболочка, начиная непосредственно съ нижняго края перстневиднаго хряща до желудка, представляетъ на передней поверхности наверху узкую, а внизу расширяющуюся до 1½ сантим., рѣзко ограниченную полосу, образуемую слизистой оболочкой, превратившеюся во всю ея толщю въ мягкій, грязновато-сѣро-желтый струпь съ гладкой поверхностью. Этотъ струпь вверху отдѣляется отъ сосѣдней слизистой оболочки довольно глубокой пограничной бороздой. Подъ нимъ замѣчается мѣстами желто-гноевая инфильтрація, толщиной въ 1 миллим. Остальная задняя часть слизистой оболочки вообще нормальна и только налита отчасти слабо, отчасти посильнѣе. Смежная аорта не измѣнена. Въ брюшной полости никакихъ слѣдовъ перитонита. Желудокъ стянутъ на подобіе колбасы, снаружи со слегка темно-сѣрой окраской; стѣнки его довольно тверды; вдоль малой кривизны нѣсколько геморрагическихъ полосъ. При вскрытіи на днѣ его оказывается около унціи жидкаго грязновато-буро-краснаго содержимаго. Вся задняя поверхность его представляется очень неравномѣрно усѣянной бугорками (убывающими по направленію отъ дна къ привратнику), образуемыми густо стоящими, выдающимися на подобіе гребней, высотой въ 1 сантим., возвышеніями съ отчасти грязновато-буро-сѣрой, отчасти темно черно-красной по-

верхностью. На разрывъ тканъ представляется совершенно твердой, багровой, сосуды наполнены черноватой кровью, мышечная оболочка большею частью нормальна. Край подобнымъ образомъ измѣненной поверхности обозначенъ отчасти перепончатыми наслоениями на вообще нормальной слизистой оболочкѣ, отчасти плоскими бороздами. Вблизи привратника слизистая оболочка усѣяна множествомъ раздутыхъ газомъ валиковъ, въ остальныхъ мѣстахъ дрябля, буроватаго цвѣта, съ нѣсколькими кровоподтеками и пронизана содержащими черную кровь сосудами. На передней поверхности слизистая оболочка мало разрыхлена, съ умѣренной пятнистой налитостью. У привратника описанныя измѣненія рѣзко обрываются. Слизистая оболочка двѣнадцатиперстной кишки мало налита, съ отдѣльными, далѣе внизъ нѣсколько болѣе многочисленными кровоподтеками и нѣсколькими нѣжными сѣтевидными отложениями. Въ верхней петлѣ тонкой кишки многочисленныя ворсинки пропитаны кровью. Въ остальномъ тонкая и толстая кишки нормальны. Что касается остальныхъ органовъ, то, кромѣ сильнаго гиперемическаго набуханія почекъ, не обнаружено ничего особеннаго. Въ почкахъ же подъ микроскопомъ найдены въ сосудахъ своеобразные желто-бурные комочки, которые пришлось принять за занесенныя изъ сосудовъ пищевода или желудка частички обугленной крови.

Язвы.

Число встрѣчающихся въ пищеводѣ язвъ, отличныхъ по своей этиологiи и патогенезу, но отчасти, при полномъ своемъ развитiи, анатомически трудно различимыхъ,—весьма велико. Принимая въ основанiе номенклатуры этиолого-патогенетическую точку зрѣнiя (при чемъ большинство язвъ сохраняетъ давно уже присвоенныя имъ названiя), мы будемъ различать слѣдующiя формы язвъ:

1. Язвы отъ постороннихъ тѣлъ (см. выше, стр. 120).
2. Катарральныя язвы (см. выше, стр. 120 и 121).
3. Варикозныя язвы (отличаются отъ № 2 единственно по своему положенiю надъ варикозными узлами, см. выше, стр. 112).
4. Фолликулярныя язвы (см. выше, стр. 123).
5. Дифтеритическiя язвы (см. выше, стр. 125).
6. Оспенныя язвы (см. выше, стр. 127).
7. Флегмонозныя язвы (см. выше, стр. 129).
8. Разѣденныя язвы (см. выше, стр. 153).
9. Гангренозныя язвы отъ давленiя (см. выше, стр. 100).
10. Пролежневныя язвы глотки, *decubitus pharyngis*.
11. Продолженныя гангренозныя язвы.
12. Сифилитическiя язвы.
13. Раковыя язвы
14. Бугорчатковыя язвы

} новообразованныя формы язвъ.

Такъ какъ всѣ формы язвъ, приведенныя подъ № 1—8, рассмотрѣны уже нами въ предъидущихъ отдѣлахъ (въ обозначенныхъ мѣстахъ), а № 13 и 14 найдутъ себѣ мѣсто въ слѣдующей главѣ, при соотвѣтственныхъ новообразованiяхъ, то намъ остается рассмотреть только вкратцѣ формы, приведенныя подъ № 9—12.

Гангренозныя язвы отъ давленія могутъ быть вызваны давленіемъ, производимымъ на стѣнки пищевода изнутри или снаружи и производящимъ сначала омертвѣніе слизистой оболочки, а затѣмъ, можетъ быть, и остальныхъ слоевъ, и, наконецъ, вслѣдствіе отпаденія струпа, потери вещества. Изнутри подобнымъ образомъ дѣйствуютъ иногда защемившіяся твердыя постороннія тѣла, такъ что подъ эту же рубрику могутъ быть подведены и нѣкоторыя язвы отъ постороннихъ тѣлъ. Извнѣ же подобнымъ способомъ производятъ изъязвленія и, посредственно, прободеніе преимущественно аневризмы аорты (стр. 100).

Подъ пролежневыми язвами мы разумѣемъ не особенно рѣдко встрѣчающуюся форму, которая весьма характеристична, какъ по своему положенію, такъ и по остальнымъ своимъ свойствамъ, и тѣмъ и другими весьма опредѣленно указываетъ на свой патогенезъ. Правда, она принадлежитъ не пищеводу въ тѣсномъ смыслѣ, а глоткѣ и, слѣдовательно, строго говоря, выступаетъ за предѣлы настоящей книги. Но мы тѣмъ не менѣе включаемъ ее сюда на томъ основаніи, что она до сихъ поръ не нашла себѣ мѣста при болѣзняхъ глотки.

Описываемая язва обыкновенно занимаетъ мѣсто въ самой нижней части глотки, позади перстневиднаго хряща. Во всѣхъ случаяхъ она поражаетъ одновременно два лежащихъ другъ противъ друга мѣста на передней и задней стѣнкѣ, величиною около 5-пфениговой монеты, такъ что одна язва является какъ бы оттискомъ другой. Слизистая оболочка на этихъ мѣстахъ превращается въ рѣзко ограниченный грязно-сѣрый мягкій струпъ, отчасти съ обрисовавшимися демаркаціонными линіями; или же, послѣ болѣе или менѣе полного отпаденія струпа, на ней замѣчаются кругловатыя, съ плоскими краями, язвы съ грязнымъ дуплистымъ дномъ, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ идетъ такъ далеко въ глубину, что мѣстами обнажаетъ спереди перстневидный хрящъ, а сзади тѣло позвонка. Остальная часть глотки по большей части свободна отъ язвъ.

Эти язвы встрѣчаются исключительно у очень истощенныхъ больныхъ, крайне ослабленныхъ болѣзнью и долгое время остававшихся прикованными къ постели. Патогенетическаго момента этихъ язвъ безспорно надо искать въ томъ, что вслѣдствіе общей мышечной вялости, при положеніи больного на спинѣ, гортань опускается въ силу тяжести назадъ, такъ что пластинка перстневиднаго хряща прижимаетъ обѣ поверхности слизистой оболочки другъ къ другу и къ тѣлу позвонка. При крайне ослабленномъ кровообращеніи, этого давленія достаточно для того, чтобы совершенно остановить движеніе крови въ сдавленныхъ мѣстахъ слизистой оболочки, и такимъ образомъ вызвать омертвѣніе ихъ. Слѣдовательно, мы, дѣйствительно, имѣемъ здѣсь дѣло съ гангреной отъ давленія, вызванной лежаніемъ, чѣмъ и оправдывается избранное нами названіе, имѣющее также въ виду отмѣтить разницу ихъ причины и

положенія отъ другихъ гангренозныхъ язвъ, тоже производимыхъ давленіемъ (№ 9).

Такъ какъ, согласно сказанному, эти язвы образуются всегда въ послѣдніе дни или недѣли передъ смертью, то понятно, что о дальнѣйшемъ развитіи или заживленіи ихъ не можетъ быть и рѣчи.

Очевидно, что въ этомъ же родѣ былъ приведенный выше (стр. 99) случай *Гамбургера*, въ которомъ, однакоже, гортань „была отгѣснена назадъ значительной опухолью на шеѣ“. Къ сожалѣнію, *Гамбургеръ* не указываетъ, откуда онъ заимствовалъ этотъ случай.— Недавно *Ливуиль* сообщилъ въ парижскомъ анатомическомъ обществѣ (12 февраля 1875 г.) случай, несомнѣнно относящійся сюда же, признавъ, однакоже, язвы за бугорчатковыя, такъ какъ больной былъ одержимъ бугорчаткой.

Продолженныя гангренозныя язвы могутъ переходить на пищеводъ со стороны глотки. Такъ, *Клебсъ* наблюдалъ глубокія язвы пищевода съ гангренознымъ характеромъ послѣ гангренознаго воспаленія глотки и миндаликъ при скарлатинѣ, быть можетъ, происшедшія отъ перенесенія дифтеритическаго процесса. *Стеффенъ* (l. c.) нашелъ въ одномъ случаѣ водяного рака на лѣвой щекѣ (у 7-лѣтней дѣвочки) слизистую оболочку рта, гортани, верхней половины дыхательнаго горла, глотки и пищевода до нижней границы перстневиднаго хряща—набухшей, обезцвѣченной, крошившейся, въ состояніи омертвѣнія, хотя еще не изъязвленной.

Что въ пищеводѣ встрѣчаются также сифилитическія язвы, хотя и очень рѣдко, доказано вполне *Вирховымъ*, *Вестомъ* и *Клобомъ*, нашедшими въ немъ рубцовыя суженія несомнѣнно сифилитическаго происхожденія (см. выше: суженія). Но о первоначальныхъ фазахъ этихъ язвъ мы имѣемъ пока лишь одно достовѣрное наблюденіе *Вирхова*, который нашелъ въ одномъ случаѣ, „рядомъ со стягивавшимся рубцомъ, охваченнымъ еще жировымъ перерожденіемъ желтыя гуммозныя мѣста, отъ которыхъ начинался язвенный процессъ“.

Найденная въ другомъ случаѣ „плоская язва съ ожирѣлымъ дномъ“, которую *Вирховъ* предполагаетъ принадлежащей сюда же, не можетъ быть причислена къ сифилитическимъ язвамъ по недостаточности анамнеза. Сообщенный очень недавно *Бриантомъ* (*Lancet*, 7 іюля 1877, стр. 9, изъ отдѣленія *Габершона* въ *Guy's hospital*, 1866) случай „суженія пищевода сифилитическимъ изъязвленіемъ у туберкулезнаго“ возбуждаетъ весьма основательное сомнѣніе въ правильности его толкованія. У больного, умершаго на 48 году отъ чахотки и который только на 20 году страдалъ сифилисомъ, по видимому, безъ продолжительныхъ послѣдствій, найдена „въ нижней части глотки простиравшаяся внизъ овальная, безболѣзненная, занимавшая почти всю окружность канала, язва, длиною въ 2 дюйма, безъ приподнятыхъ краевъ и съ дномъ, образованнымъ изъ измѣненной слизистой оболочки“. Въ гортани найдены „язвы съ характеромъ сифилитической гортани“.

Намъ остается еще разсмотрѣть постоянно возобновляющійся вопросъ о томъ, существуетъ ли прободающая язва пищевода, аналогичная „прободающей язвѣ желудка“. Изъ авторовъ, высказывающихся въ пользу существованія подобной специфической язвы, на основаніи сообщаемыхъ ими и истолковываемыхъ въ этомъ смыслѣ случаевъ прободенія

пищевода, нужно упомянуть въ особенности *Амберса* ¹⁾, *Ривса* ²⁾, *Флоуэра* ³⁾, *Вилла* ⁴⁾ и *Эраса* ⁵⁾. Въ позднѣйшихъ изданіяхъ своей патологической анатоміи *Рокитанскій* тоже признаетъ существованіе этой язвы, какъ крайне рѣдкое явленіе (повидимому, не на основаніи собственныхъ наблюденій). Но всѣ эти данныя не выдерживаютъ строгой критики. Ни въ одномъ изъ упомянутыхъ случаевъ описываемыя измѣненія нисколько не говорятъ въ пользу подобной формы язвы. Въ нѣкоторыхъ изъ нихъ анатомическая картина не имѣетъ ничего похожаго на типическую картину прободающей язвы желудка. И всѣ они безъ натяжки могутъ быть отнесены къ той или другой формѣ прободенія пищевода (см. выше)—къ язвамъ отъ постороннихъ тѣлъ, прорвавшимся выволокнутымъ пазухамъ, раковымъ изъязвленіямъ или прободеніямъ извнѣ. На этомъ основаніи мы вмѣстѣ съ большинствомъ новѣйшихъ авторовъ самымъ опредѣленнымъ образомъ высказываемся противъ существованія этой язвенной формы пищевода.

Встрѣчающіеся въ пищеводѣ процессы омертвѣнія (обращеніе въ струпу, гангрена) затронуты нами уже выше. Въ видѣ самостоятельнаго процесса, омертвѣніе пищевода не встрѣчается. Нѣкоторые изъ описанныхъ выше случаевъ этого рода должны быть отнесены къ размягченію пищевода (см. выше).

Припадки и распознаваніе.

Катарральное воспаленіе слизистой оболочки пищевода въ легкихъ случаяхъ сказывается такими незначительными и допускающими толкованія во всѣ стороны явленіями, что оно остается или совершенно незамѣченнымъ, или возбуждаетъ только догадку о своемъ существованіи.

Легкія степени остраго катарра, все равно, происходятъ ли онѣ отъ химическихъ, тепловыхъ или механическихъ раздраженій, причиняютъ боль въ пищеводѣ, которая чувствуется только при глотаніи и, смотря по положенію и распространенію воспалительнаго раздраженія, либо сосредоточивается на одномъ опредѣленномъ мѣстѣ, либо чувствуется по всему протяженію канала. Глотаніе обыкновенно не бываетъ разстроено. Точно также и боль рѣдко длится болѣе нѣсколькихъ дней.

При высшихъ степеняхъ воспаленія, боль постоянно отличается характеромъ давящей, судорожной боли и значительно усиливается во время глотанія, особенно при глотаніи твердой, сухой пищи, очень

¹⁾ Graefe's u. Walther's Journ. f. Chir. u. Augenheilk., т. 19, и Erläuterungen z. Atlas d. path. Anat., II, стр. 204.

²⁾ Associat. med. Journ., 7 окт. 1853.

³⁾ Med. chir. transact., т. 36, 1854. Schmidt's Jahrb., т. 85, стр. 294.

⁴⁾ L'Union, 1855. Schmidt's Jahrb., т. 88, стр. 46.

⁵⁾ Die anatom. Canalisationsstörungen der Speiseröhre. Leipziger Dissertat., 1866, стр. 21.

горячихъ или очень холодныхъ жидкостей. Она усиливается также отъ механическихъ раздраженій пищевода давленіемъ на шею, поколачиваніемъ грудныхъ позвонковъ, сильнымъ сгибаніемъ, выпрямленіемъ или повертываніемъ позвоночника, особенно же при вставленіи зонда. Вслѣдствіе судороги мышечныхъ слоевъ, рефлекторно вызываемой актомъ глотанія, движеніе пищи внизъ задерживается на время, причиняя больному въ высшей степени мучительное ощущеніе застрявшаго куска, или дѣлаетъ прохожденіе пищи совершенно невозможнымъ, такъ что она немедленно отрыгается назадъ. При тщательномъ изслѣдованіи, выдавленные обратно массы представляются окутанными толстымъ слизистымъ или слизисто-гнойнымъ слоемъ. Кровянистая окраска отрыгнутой пищи, особенно если она замѣчается постоянно, указываетъ вообще на существованіе язвъ.

Зондъ (который, впрочемъ, нужно вводить всегда съ величайшей осторожностью и только по настоятельной необходимости) нигдѣ не наталкивается на препятствіе, если не защемить его рефлекторная судорога, но въ воспаленной области причиняетъ боль, которая можетъ быть очень мучительна и отдаваться долго послѣ удаленія зонда. Само собою разумѣется, что содержимое глазковъ зонда (слизь, гной, кровь) имѣетъ большое значеніе для распознаванія.

Крупозный характеръ воспаленія можетъ быть узнавъ только тогда, когда съ помощью зонда или при самостоятельной рвотѣ выдѣляются клочки ложно-перепонокъ (*Эберкромби*, *Блейландъ*). Впрочемъ, форма воспаленія съ нѣкоторой вѣроятностью узнается въ томъ случаѣ, когда къ крупу глотки присоединяются припадки воспаленія пищевода.

Распознаваніе флегмонознаго воспаленія пищевода едва ли возможно. Выдавливаніе наружу большихъ количествъ гноя или гнилостной жижи послѣ предшествовавшихъ признаковъ воспаленія слизистой оболочки можетъ, конечно, навести на мысль о флегмонозномъ процессѣ, но отъ этого до распознаванія еще далеко, такъ какъ гной можетъ принадлежать запищеводной клѣтчаткѣ или сосѣднимъ органамъ и попасть въ пищеводъ вслѣдствіе прободенія.

Oesophagitis corrosiva большею частью можетъ быть узнаваема съ помощью анамнеза и осмотра въ полости рта и зѣва. Боли вдоль пищевода бываютъ то очень сильны, то очень незначительны, или ихъ вовсе нѣтъ, особенно въ самыхъ злокачественныхъ случаяхъ, гдѣ слизистая оболочка обращена въ струпу.

Теченіе, исходы и предсказаніе.

Теченіе катаррального воспаленія почти всегда благопріятное и быстрое. Черезъ нѣсколько часовъ или дней боли и затрудненнаго дыханія какъ не бывало.

При болѣе тяжелыхъ формахъ воспаленія, развивающихся отъ обжиганія ѣдкими веществами или горячими жидкостями, отъ постороннихъ тѣлъ и т. д., теченіе большею частью бываетъ болѣе медленнымъ, а предсказаніе всегда сомнительнымъ, въ виду возможности исхода въ изъязвленіе, прободеніе, образованіе гноевика, омертвѣніе. При затяжномъ теченіи глубокихъ воспаленій съ изъязвленіями или безъ нихъ, больному грозитъ опасность образованія стриктуръ вслѣдствіе сокращенія язвенныхъ рубцовъ, а при очень продолжительныхъ хроническихъ катаррахъ нужно имѣть въ виду возможность послѣдовательнаго простого расширенія.

Распознаваніе и предсказаніе этихъ послѣдовательныхъ состояній уже рассмотрѣны нами въ специально посвященныхъ послѣднимъ главахъ.

Леченіе.

Причинное леченіе возможно только при тѣхъ воспаленіяхъ, которыя вызваны защемленіемъ или вонзаніемъ посторонняго тѣла, равно какъ при сифилитическихъ язвахъ или обжиганіи ѣдкими веществами. Впрочемъ, въ послѣднемъ случаѣ причинное показаніе едва ли можетъ быть выполнено, такъ какъ для того, чтобы нейтрализующія жидкости могли принести пользу, ихъ необходимо вводить тотчасъ же послѣ отравленія, что положительно невозможно. Постороннія тѣла должны быть удалены какъ можно раньше, съ величайшей осторожностью и терпѣніемъ.

Во всѣхъ же остальныхъ случаяхъ ограничиваются припадочнымъ леченіемъ, а именно прежде всего противовоспалительнымъ: пузыри со льдомъ на грудь, шею или спину, смотря по больному мѣсту, мѣстное кровоизвлеченіе на поверхности тѣла, соотвѣтственно положенію воспаленія, а внутрь кусочки льда, небольшія количества ледяной воды или мороженое. Твердая пища должна быть окончательно запрещена; если же затрудненное глотаніе продолжается, то нужно кормить больного черезъ прямую кишку. Понятно, что кормленіе чрезъ желудочный зондъ тоже не можетъ быть допущено, такъ какъ этимъ усиливается воспаленіе, а при глубокихъ обжиганіяхъ и изъязвленіяхъ можетъ быть вызвана опасность прободенія.

Если воспаленіе затягивается надолго и затрудненное глотаніе продолжается въ большей или меньшей степени по-прежнему, то нужно прибѣгнуть къ сильнымъ отвлеченіямъ на кожу (смазываніе іодомъ, втираніе кротонаваго масла, заволока) и къ внутреннимъ приѣмамъ іодистаго калія и вяжущихъ средствъ, особенно азотно-кислаго серебра. Леченіе остающихся рубцовыхъ суженій, прободенія и т. д. изложены въ соотвѣтственныхъ главахъ.

НОВООБРАЗОВАНІЯ. НАРОСТЫ.

Патологія и етіологія.

Новообразования и наросты, встрѣчающіеся въ пищеводѣ, не отличаются разнообразіемъ и, за исключеніемъ рака, имѣютъ небольшое патологическое значеніе, такъ какъ одни изъ нихъ, наиболѣе частые, не ведутъ за собой никакихъ разстройствъ отправленія, а другіе, хотя и вызываютъ иногда тяжелыя разстройства, но за то такъ рѣдки, что большинство врачей и даже наиболѣе занятые клиницисты ни разу не видѣли ихъ. Переносимыя опухоли, какъ кажется, досихъ поръ еще не наблюдались въ пищеводѣ. Мы имѣемъ здѣсь слѣдующія формы:

Бородавки пищевода, *verrucae oesophagi*. Эти образованія до того схожи по строенію съ обыкновенными бородавками кожи, что вполне могутъ быть обозначены тѣмъ же именемъ и блестящимъ образомъ подтверждаютъ указанную *Клебсомъ* аналогію болѣзней слизистой оболочки пищевода съ болѣзнями кожи. На невооруженный глазъ онѣ представляются въ видѣ слегка приподнятыхъ холмиковъ на поверхности слизистой оболочки, величиною отъ булавочной головки до чечевицы, различающихся отъ окружающихъ частей бѣловато мутью своего явственно-утолщеннаго эпителиальнаго покрова. Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что каждый изъ этихъ холмиковъ образуется путемъ простаго удлиненія соотвѣтствующей величины его группы нормальныхъ сосочковъ слизистой оболочки, вполне сохраняющихъ свое типическое распредѣленіе, съ одновременнымъ утолщеніемъ эпителиальнаго покрова, вслѣдствіе чего они могутъ быть разсматриваемы, подобно простымъ бородавкамъ кожи, какъ ограниченныя гипертрофіи сосочковъ и эпителія.

Эти бородавки встрѣчаются довольно часто, особенно у пожилыхъ особъ, то въ одиночку, то разсѣянными въ большемъ числѣ по всей длинѣ пищевода (упоминаемые *Бирхъ-Гиршфельдомъ* ограниченныя утолщенія

эпителия при хроническомъ катаррѣ относятся, вѣроятно, сюда же). Дальнѣйшихъ измѣненій на нихъ не замѣчается. Когда, вслѣдствіе трупныхъ измѣненій, эпителиальный покровъ отслаивается, то онъ иногда еще крѣпко пристаетъ именно на этихъ бородавкахъ, вслѣдствіе чего послѣднія выступаютъ съ особенной ясностью. Вызывали ли они когда либо какія нибудь прижизненные явленія — намъ приходится на умъ анатомически еще не выясненный эзофагизмъ (нервная боль пищевода) — этого мы узнать не могли. Точно также нельзя установить какого либо отношенія этихъ сосочковыхъ разраженій къ раку пищевода, въ родѣ напр. отношенія сосочковыхъ опухолей губы къ раку губы. Поэтому мы должны ихъ считать пока лишенными всякаго значенія.

Довольно крупные, видимые уже простымъ глазомъ, ворсовидные сосочки *Лушка* наблюдалъ въ одномъ случаѣ общаго расширенія, гдѣ они, вѣроятно, составляли слѣдствіе хроническаго катарра. Къ подобнымъ же, только болѣе грубымъ, образованіямъ принадлежатъ, вѣроятно, мясистые наросты, о которыхъ упоминаетъ *Гамбургеръ* по *Льетоду* и *Паллета*.

У животныхъ подобныя сосочковыя разраженія встрѣчаются гораздо чаще и въ болѣе значительныхъ размѣрахъ. Въ эрлангенскомъ патолого-анатомическомъ музеѣ хранится пищеводъ отъ рогатой скотины, густо устѣянный по всей длинѣ тонко-стебельчатыми, многовѣстными, вяло свѣшивающимися папилломами, длиною въ нѣсколько сантиметровъ.

Далѣе, въ подслизистомъ слоѣ не очень рѣдко встрѣчаются маленькія ретенціонныя кисты слизистыхъ железъ, холмообразно выпирающія слизистую оболочку и величиною не болѣе, какъ въ горошину (иногда, однакоже, онѣ достигаютъ величины лѣсного орѣха, *Клебс*). Онѣ обыкновенно содержатъ прозрачную, безцвѣтную, тинущуюся въ нити жидкость. Въ большинствѣ случаевъ существуетъ одна или двѣ такихъ кисты, преимущественно въ верхней части пищевода, иногда же и больше. Какихъ-либо разстройствъ не вызываютъ даже самыя крупныя изъ нихъ.

Сюда примыкаетъ, недавно описанная *Вейертомъ*¹⁾ и названная имъ adenoma polyposum, опухоль, найденная случайно въ нижней трети пищевода, на передней стѣнкѣ. Это была продолговато-овальная опухоль, длиною въ 3½, шириною въ 2 и вышиною въ 1 сантим., которая книзу переходила въ тонкостебельчатый, грушевидный придатокъ, съ лѣсной орѣхъ, и состояла изъ множества выстланныхъ цилиндрическимъ эпителиемъ полостей, заложенныхъ въ стромѣ изъ соединительной ткани. Надо полагать, что она развилась изъ слизистыхъ железъ.

Далѣе, въ пищеводѣ встрѣчаются изрѣдка фибромы, жировики и міомы, въ видѣ рѣзко ограниченныхъ наростовъ, приподымающихъ слизистую оболочку на подобіе холмиковъ и происходящихъ первые двое

¹⁾ Virchow's Archiv, т. 67, стр. 516.

изъ подслизистой ткани, а послѣднія изъ мышечнаго слоя. Обыкновенно они бываютъ величиною отъ горошины до лѣсного орѣха, но иногда значительно больше. Но даже и эти болѣе крупныя опухоли обыкновенно не причиняютъ никакихъ затрудненій глотанія (за рѣдкими исключениями). Дѣло въ томъ, что здѣсь, какъ и при другихъ страданіяхъ пищевода (напр. прижатіи аневризмами), при которыхъ по анатомическому характеру непременно должна бы была существовать дисфагія, пищевой комокъ легко проскальзываетъ мимо препятствія, покуда значительная часть окружности трубки еще растяжима.

Такъ, Эбертъ (Virchow's Archiv, т. 43, стр. 137) нашелъ у одной меланхолички, у которой при жизни ничего такого и подозрѣвать нельзя было, непосредственно надъ желудочнымъ входомъ, исходящую изъ круговыхъ мышцъ чистую міому, длиною въ 9,1, шириною въ 11,9 и толщиною въ 3,5 сантим., которая охватывала пищеводъ на подобіе полукольца, оставляя переднюю стѣнку свободной. *Фане* (Med. Times and Gazette, 28 нояб. 1874) показывалъ въ лондонскомъ патологическомъ обществѣ міому пищевода, длиною въ 2" и толщиною въ 1", лежавшую подъ раздвоеніемъ дыхательнаго горла и не причинявшую при жизни никакихъ затрудненій глотанія. За то въ случаѣ *Котса* (Glasgow med. Journ., февр. 1872. Virchow-Hirsch, Jahresber. за 1872 г., т. II, стр. 154) міома, длиною въ 4³/₄" и шириною въ 2", лежавшая своимъ верхнимъ краемъ въ 6³/₄" подъ уровнемъ голосовой щели и сидѣвшая на задней стѣнкѣ пищевода только на очень тонкомъ, длиною въ 1³/₄", фиброзномъ стебелькѣ (т. е. по своему наружному виду при-
мыкающая къ описываемымъ ниже полипамъ), довела 61-лѣтняго больного до голодной смерти.

Въ самое послѣднее время *Чапманъ* ¹⁾ сообщилъ случай альвеолярной саркомы во входѣ въ пищеводъ. Многочисленныя, отчасти слившіяся, опухоли, отъ 1/2 до 2" въ поперечникѣ, исходившія, повидимому, изъ подслизистой ткани и разраставшіяся вверхъ и внизъ, занимали нижнюю часть глотки и верхнюю часть пищевода, совершенно закрывъ входъ въ послѣдній, такъ что 45-лѣтняя больная умерла голодной смертію.

Фиброзные полипы пищевода (глотки.)

Voigtel, Handb. d. pathol. Anat., т. 2, 1804, стр. 425 (содержитъ случаи Schmie-der'a, Hofer'a, Vater'a (?) Dallas'a).—Monro, Morbid Anatomy of the human gullet etc. Edinburgh, 1811, стр. 186.—Mondiere, Arch. génér., 2 серія, т. III, 53, 1833 (со случаями de Graef'a, Baillie, Schneider'a, Pringle'a, Monro).—Bell, Ch., Surgical observ., I, стр. 76 (рисунокъ воспроизведенъ въ Frohier's chirurg. Kupfertafeln, табл. 174, фиг. 4).—Rokitansky, Oesterreich. medicin. Jahrb., н. с., т. 21, стр. 225, 1840.—Middeldorpf, De polypis oesophagi. Vratislav., 1857. (Schmidt's Jahrb., т. 99, стр. 130).—Два случая Röser'a, Würtemb. Corr.-Bl., 1859, 21. Schmidt's Jahrb., т. 103, стр. 341.—Warren и Holt, см. Schmidt's Jahrb., т. 139, стр. 131.—Coats, l. c. (міома).—Въ хирургическомъ отношеніи см. въ особенности König, l. c., стр. 37.

¹⁾ American Journ. of the med. sciences, окт. 1877, стр. 433.

Болѣе значительный патологическій интересъ, особенно въ хирургическомъ отношеніи, представляютъ такъ называемые фиброзные полипы пищевода, принадлежащіе послѣднему не столько по своей исходной точкѣ, сколько по своему положенію. Это тонкостебельчатые мягкія колбовидныя или цилиндрическія опухоли, гнѣздящіяся въ подслизистомъ слоѣ на передней стѣнкѣ нижней части глотки (позади гортани¹⁾), достигающія значительной толщины и имѣющія отчасти гладкую, отчасти перерѣзанную плоскими или глубокими бороздами поверхность. Онѣ вдаются болѣе или менѣе глубоко въ пищеводъ, значительно растягивая его, при чемъ послѣдній плотно охватываетъ самую толстую часть опухоли. Одинъ изъ наиболѣе крупныхъ полиповъ (въ случаѣ *Рокитанскаго*) имѣлъ въ длину $7\frac{1}{2}$ " и на своемъ колбовидномъ концѣ, лежавшемъ въ $2\frac{1}{2}$ " надъ желудочнымъ входомъ, былъ толщиною въ $2\frac{1}{2}$ ". По своему строенію онѣ болѣе частью представляютъ собою фибромы, иногда съ болѣе или менѣе обильнымъ скопленіемъ кѣтокъ. Однакоже, ту же форму могутъ принять и міомы (см. выше случай *Комса*). Слизистая оболочка, покрывающая полипъ, отчасти гладка, отчасти усѣяна сосочковыми разращеніями; въ однихъ случаяхъ ее находили сильно налитой, а въ другихъ мѣстами изъязвленной.

Обыкновенно находятъ только одинъ полипъ. Но *Ч. Белль* нашелъ цѣлую группу такихъ опухолей меньшаго объема, изъ которыхъ нѣкоторыя гнѣздились несомнѣнно въ самомъ пищеводѣ.

Мнѣніе *Миддeldорфа*, что причины преимущественнаго развитія этихъ полиповъ въ упомянутомъ узкомъ мѣстѣ глотки нужно искать въ легкомъ образованіи на этомъ мѣстѣ поперечныхъ морщинъ слизистой оболочки при прохожденіи пищевыхъ комковъ,—заключаетъ въ себѣ много вѣроятнаго. Если такая складка однажды образовалась, то она все болѣе и болѣе должна вытягиваться и раздражаться, вслѣдствіе чего можетъ стать исходной точкой опухоли. Обыкновенно эти полипы развиваются въ старшихъ возрастахъ и гораздо чаще у мужчинъ, нежели у женщинъ.

Въ числѣ 11 случаевъ, въ которыхъ указаны полъ и отчасти возрастъ, были 10 мужчинъ отъ 36 до 70 лѣтъ и только 1 женщина 54 лѣтъ.

Не смотря на свою колоссальную величину, эти наросты тоже остаются иногда въ теченіи долгаго времени, не вызывая никакихъ разстройствъ. Больные *Белль* и *Рокитанскаго* почувствовали первое за-

¹⁾ Часто списываемое указаніе, что эти полипы гнѣзятся „большею частью въ надхрящницѣ перстневиднаго хряща“, находится только въ первомъ изданіи учебника *Рокитанскаго*, вмѣстѣ съ описаніемъ его собственного случая. Но въ этомъ описаніи прямо сказано, что полипъ получилъ свое начало въ подслизистой ткани. Въ позднѣйшихъ изданіяхъ своего учебника онъ говоритъ, что описываемые полипы „идутъ именно сверху, напимѣръ, отъ перстневиднаго хряща“, подъ чѣмъ, во всякомъ случаѣ, нужно разумѣть только область послѣдняго хряща. Поэтому слѣдуетъ держаться этого первоначальнаго, само по себѣ болѣе вѣроятнаго, указанія.

трудненіе при глотаніи лишь за нѣсколько мѣсяцевъ до смерти, и то у послѣдняго больного оно вскорѣ прошло. Между тѣмъ эти опухоли достигли значительнаго объема навѣрно гораздо раньше. Въ другихъ случаяхъ, напр. *de Грефа*, *Монро*, равно какъ у больного *Миддeldорпфа*, излеченнаго удачною операціей, затрудненное глотаніе существовало уже многіе годы и къ нему присоединилось даже сильное затрудненіе дыханія. Въ концѣ концовъ, если полипъ не будетъ удаленъ, больные умираютъ отъ истощенія, вслѣдствіе закрытія просвѣта опухолью.

Мы приведемъ здѣсь, какъ весьма типическій примѣръ описываемой болѣзни, первый тщательно наблюдавшійся случай, описанный *Монро* (l. c.). Онъ впервые былъ опубликованъ въ *Edinburgh physical and literary essays*, т. III, стр. 525, гдѣ приложенъ также рисунокъ препарата, хранящагося въ эдинбургскомъ анатомическомъ музеѣ.

Мужчина, 68 лѣтъ, явился въ апрѣлѣ 1763 г. въ королевскую больницу въ Эдинбургѣ съ тѣмъ, чтобы у него удалили изъ глотки полипъ. При изслѣдованіи глотки опухоль обыкновенно не была видна, но при помощи искусственныхъ рвотныхъ движеній, а иногда и кашля она выскакивала въ ротъ до переднихъ зубовъ, имѣла видъ твердаго мясистаго нароста, состоявшаго изъ 4 связанныхъ общимъ корнемъ долекъ. Такъ какъ онъ закрывалъ ходъ въ гортань, то больной могъ удерживать полипъ во рту не болѣе $\frac{1}{2}$ минуты и затѣмъ долженъ былъ немедленно снова проглотить его. Онъ уже много лѣтъ страдалъ значительными затрудненіями глотанія, кашлемъ и къ тому же не могъ такъ свободно дышать и говорить, какъ прежде. Сдѣлана была предварительная трахеотомія (чтобы больной могъ дышать во время операціи), затѣмъ съ помощью наложенной нитяной петли удалили крупную часть опухоли, выдѣлившуюся потомъ съ испраженіями.—Черезъ 2 года (1765) больной снова возвратился въ больницу въ крайне истощенномъ и разслабленномъ состояніи, такъ какъ въ теченіи нѣсколькихъ послѣднихъ мѣсяцевъ онъ могъ глотать только жидкую пищу и то съ большимъ трудомъ. Теперь уже нельзя было выводить полипа наружу. Послѣ смерти, послѣдовавшей вскорѣ за поступленіемъ его въ больницу, пищеводъ былъ чрезвычайно растянутъ громаднымъ мясистымъ полипомъ, отходившимъ простымъ корнемъ отъ передней стѣнки, въ 3" ниже голосовой щели, и въ нижней части раздѣленнымъ на нѣсколько долекъ, изъ которыхъ самая длинная доходила до желудочнаго входа. На нижнемъ концѣ этой дольки найденъ рубецъ отъ прежней операціи.

Ракъ пищевода.

Lebert, *Traité prat. des malad. cancer.*, 1851.—Köhler, *Krebs- und Scheinkrebs-Krankheiten*, 1853. Oppolzer, Bamberger, Hamburger, König, ll. cc.—Rokytansky, Förster, Klebs, Birch-Hirschfeld, ll. cc.—Deininger, *Fall von Epithelkrebs im Oesophagus*. Erlanger Diss., 1860.—Petri, *Krebs der Speiseröhre*. Berlin. Diss., 1868.—Fritsche, *Ueb. d. Krebs d. Speiseröhre*. Berlin. Diss., 1872.

Изъ всѣхъ наростовъ пищевода ракъ является самымъ важнымъ, какъ по сравнительной частотѣ своей, такъ и по тяжелымъ явленіямъ, имъ вызываемымъ. Частою болѣзнію, однакоже, его назвать нельзя. Онъ встрѣчается, какъ въ видѣ первичной опухоли, зарождающейся въ самомъ пищеводѣ, такъ и въ видѣ вторичной опухоли, переходящей на пищеводъ съ сосѣднихъ частей. Патологическій интересъ представляетъ преимущественно первичная форма, которая выѣстъ съ тѣмъ и наибо-

лѣе частая. На этомъ основаніи мы сперва рассмотримъ первичный ракъ, а затѣмъ прибавимъ то небольшое, что можно сказать о вторичномъ ракѣ.

Между нашимъ собственнымъ матеріаломъ, обнимающимъ 5079 вскрытій, мы нашли первичный ракъ пищеваго 13 разъ = 0,25 проц.; кромѣ того, мы видѣли 6 случаевъ вторичнаго рака, распространившагося отъ желудка, что составитъ 0,11 проц.

Первичный ракъ пищеваго, повидимому, является исключительно въ видѣ пластинчато-эпителиальнаго рака (канкроидъ). Онъ показываетъ здѣсь вполне типичную микроскопическую картину этой формы рака, какъ она изучена на ракахъ губы, гдѣ является всего чаще. Какъ тамъ, такъ и здѣсь тѣ же отчетливо видныя, крупныя, разнообразной формы, клѣтки пластинчатого эпителия, то же спланированіе клѣтокъ въ рѣзко обрисованныя, большею частью цилиндрическія или шаровидныя образованія, выполняющія альвеоларныя промежутки соединительно-тканнаго остова и часто выдавливающіяся на поверхности, разрѣза въ видѣ маленькихъ червеобразныхъ стерженьковъ, то же концентрическое наслоеніе клѣточныхъ группъ внутри этихъ цилиндровъ въ видѣ эпителиальныхъ жемчужинъ или клѣточныхъ гнѣздъ. Смотри по болѣе или менѣе мощному развитію и болѣе плотной или болѣе нѣжной организаціи остова, опухоль показываетъ всѣ переходныя формы, отъ самыхъ твердыхъ, сухихъ (скирровъ) и до самыхъ мягкихъ, сочныхъ (мозговидныхъ раковъ), безъ того, однакоже, чтобы на этой разницѣ въ консистенціи можно было построить раздѣленіе на существенно-разнствующія формы рака въ смыслѣ старой патологіи.

Относительно первоначальнаго развитія рака пищеваго *Кармалтъ*¹⁾ произвелъ изслѣдованіе въ 3 случаяхъ, убѣдившее его въ томъ, что раковое разращеніе беретъ свое начало отчасти въ глубокихъ слояхъ эпителия самой слизистой оболочки, отчасти въ эпителии выводныхъ протоковъ слизистыхъ железъ.

До начала 60-ыхъ годовъ нынѣшняго столѣтія описано немного случаевъ эпителиальнаго рака пищеваго, а именно *Брухомъ*, *Лебертомъ*, *Ганноверомъ*, *Шу*, *Ферстеромъ*, *Робеномъ*, *Габершономъ*, *Дейннитеромъ*, *Нейманомъ*. На этомъ основаніи онъ считается за рѣдкую форму сравнительно съ другими раками пищеваго. Но позднѣйшія, гораздо болѣе многочисленныя наблюденія опровергли это мнѣніе. Уже *Ферстеръ* во 2 изданіи своего учебника (1863) указываетъ на чрезвычайное преобладаніе эпителиальнаго рака (изъ 16 случаевъ онъ нашелъ только 3 случая своего „*carcinoma vulgare*“, да и на эти случаи при нынѣшнемъ положеніи ученія о ракахъ онъ, вѣроятно, взглянулъ бы болѣе скептическимъ окомъ). — *Петри*, работавшій подъ руководствомъ *Вирхова*, утверждаетъ, что всѣ 44 случая, собранныя имъ въ берлинскомъ патолого-анатомическомъ институтѣ, принадлежатъ канкроиду. Многіе частные случаи давали тотъ же результатъ. Вотъ почему въ новѣйшихъ патолого-анатомическихъ учебникахъ (*Клебса*, *Бирхъ-Гиршфельда*) упоминается только объ эпителиальномъ ракѣ пищеваго. Мы сами тоже видѣли одну только эту форму рака. Если же, не смотря на то, новѣйшія клиническія руководства (а также новыя изданія учебника патологической анатоміи *Фер-*

¹⁾ Virchow's Archiv, т. 55, стр. 481, 1872.

стера, которыя, какъ въ этомъ, такъ и въ другихъ мѣстахъ, спокойно пробавляются первоначальнымъ текстомъ) все еще приводить, кромѣ эпителиальнаго рака, скиръ и мозговидный ракъ, то это объясняется эклектической мѣшаниной изъ новѣйшей и старой номенклатуры. Если желательно еще и теперь пользоваться старыми выраженіями скира и мозговиднаго рака, которыя и въ первоначальномъ своемъ смыслѣ обозначали только грубо анатомическія разницы, а не различія гистологическаго строенія, то только въ этомъ старомъ ихъ смыслѣ (какъ дѣлаетъ *Кёнигъ*), т. е. обозначая твердыя формы съ богатымъ твердымъ остовомъ какъ скиры, а мягкія со скуднымъ или рыхлымъ остовомъ какъ мозговидные раки, при чемъ гистологическій (и патогенетическій?) характеръ опухолей долженъ быть обозначенъ еще особеннымъ названіемъ изъ новѣйшей номенклатуры. Такимъ названіемъ для рака пищевода является теперь названіе плоско-эпителиальнаго рака.

Что касается мѣстонахожденія рака, то послѣдній можетъ встрѣчаться въ любой части пищевода. Въ крайне рѣдкихъ случаяхъ онъ занимаетъ всю или почти всю длину трубки (случаи *Байлли*, *Риббентрона*, *Петри*, *Ценкера*).

Въ нашемъ случаѣ одно только мѣсто по срединѣ пищевода, въ 4 сантим. длины, было совершенно свободно отъ рака, тогда какъ вся остальная, верхняя и нижняя, часть была цѣликомъ занята имъ, такъ что существовали два раздѣленныхъ между собой раковыхъ гнѣзда. Къ этому, и въ другихъ отношеніяхъ крайне рѣдкостному, случаю мы вернемся еще ниже (стр. 156).

Иногда, но все таки еще довольно рѣдко, онъ занимаетъ около половины пищевода, чаще же всего поражается только небольшое пространство около 3—10 сант. въ длину. Если, съ цѣлью болѣе точнаго опредѣленія мѣстонахожденія этихъ занимающихъ небольшія пространства раковъ, мы раздѣлимъ пищеводъ на 3 одинаковой длины части, то громадное большинство придется на нижнюю треть, значительно меньшая часть на среднюю и самая незначительная на верхнюю треть.

Данныя, существующія въ литературѣ по этому пункту, до крайности противорѣчатъ другъ другу, отчасти въ самомъ дѣлѣ, отчасти только кажущимся образомъ (вслѣдствіе различнаго способа выраженія). Между тѣмъ какъ по *Рокитанскому* чаще всего поражается верхняя половина грудной части и „менѣе часто конецъ ея близъ желудочнаго входа“,—*Келеръ* и позднѣе *Ферстеръ* принимаютъ, что нижній конецъ пищевода поражается всего чаще (по *Ферстеру*, въ $\frac{1}{2}$ случаевъ), а средняя часть рѣже (по *Ферстеру*, въ $\frac{1}{4}$ случаевъ, подобно верхнему концу). Напротивъ того, по *Клебсу* и *Риндфлейшу*, средняя часть, въ частности же мѣсто, соответствующее раздвоенію дыхательнаго горла, служитъ самымъ обычнымъ пребываніемъ рака. Это послѣднее мнѣніе довольно близко къ первой половинѣ положенія *Рокитанскаго*, потому что „средняя часть“ пищевода отчасти совпадаетъ съ „верхней половиной грудной части“ *Рокитанскаго*. Но оба эти мнѣнія идутъ въ разрѣзъ съ числовыми указаніями *Ферстера*, а еще болѣе съ точными данными *Петри*, которому мы обязаны приводимой ниже таблицей, составленной на основаніи его собственныхъ и близкихъ къ нимъ нашихъ вычисленій. Ту же таблицку, но съ неправильной ссылкой на *Ферстера*, приводитъ и *Бирхъ-Гиршфельдъ*. Клиническіе авторы держатся, конечно, указаній патолого-анатомовъ. *Оппольцеръ* и *Бамбергеръ* повторяютъ буквально слова *Рокитанскаго*. Его же, повидному, придерживается и *Нимейеръ* (8 изданіе), но крайне неточно, такъ что говорить: „ракъ чаще всего занимаетъ верхнюю и нижнюю, рѣже среднюю треть“,—чего не сказалъ еще ни одинъ анатомъ. Въ 9 изданіи того же сочиненія *Зейцъ* заставляеть ракъ появляться даже „преимущественно въ отдѣлѣ, противоположащемъ мѣс-

ту раздвоенія дыхательнаго горла“, но „рѣдко въ средней области“ (!). *Кунце* же, слѣдующій здѣсь *Риндфлейшу*, считаетъ среднюю треть за главное мѣсто. Такимъ образомъ въ обоихъ наиболѣе распространенныхъ клиническихъ учебникахъ путаница царствуетъ во всю свою волю! Практическій врачъ можетъ выбрать верхнюю, среднюю, нижнюю треть, какую ему вздумается!

Повятно, что такая путаница можетъ быть устранена только статистикой, такъ какъ простой расчетъ на память, при такой въ сущности рѣдкой формѣ болѣзни, представляетъ рискъ даже для самаго опытнаго. Превосходное начало такой статистики положено *Петри* (подъ руководствомъ *Вирхова*). Мы прибавляемъ къ нему нашъ собственный, хотя и менѣе богатый, матеріалъ (15 случаевъ со включеніемъ 2 препаратовъ, присланныхъ намъ другими), давшій въ болѣе существенныхъ пунктахъ совершенно тѣ же результаты. И такъ какъ по самому главному пункту, относительно громаднаго перевѣса нижней трети, къ тому же результату пришелъ и *Ферстеръ*, то уже это одно даетъ выставленному нами выше положенію довольно прочную почву. Для проверки его мы сообщаемъ здѣсь числа *Петри* и наши собственные.

Какъ помѣщался:

	по <i>Петри</i>	по <i>Ценкеру</i>	по <i>Петри</i> и <i>Ценкеру</i>
въ верхней трети	въ 2 случаяхъ = 4,5%	въ 2 случаяхъ = 13,3%	въ 4 случ. = 6,9%
„ средней „	„ 13 „ = 29,5 „	„ 1 случай = 6,6 „	„ 14 „ = 24,1 „
„ нижней „	„ 18 „ = 40,9 „	„ 6 случаяхъ = 40,0 „	„ 24 „ = 41,3 „
„ верхней и средней трети	„ 1 случай = 2,2 „	„ 2 „ = 13,3 „	„ 3 „ = 5,1 „
„ средней и нижней трети	„ 8 случаяхъ = 18,1 „	„ 3 „ = 20,0 „	„ 11 „ = 18,9 „
во всѣхъ трехъ третяхъ	„ 1 случай = 2,2 „	„ 1 случай = 6,6 „	„ 2 „ = 3,4 „
	43 случая ¹⁾	15 случаевъ	58 случаевъ.

Если вычислить, какъ часто участвовалъ въ этихъ 58 случаяхъ каждый изъ трехъ отдѣловъ въ частности, то получимъ:

верхняя треть участвовала	9 разъ = 15,5 проц.
средняя „	30 „ = 51,7 „
нижняя „	37 „ = 63,8 „

Эти цифры выражены нами въ приведенномъ выше положеніи. Весьма желательно, чтобы этотъ, во всякомъ случаѣ, еще недостаточный матеріалъ былъ дополненъ дальнѣйшими вычислениями по той же схемѣ изъ другихъ, особенно крупныхъ, патолого-анатомическихъ заведеній. Какъ бы то ни было, но и такая, хотя и небольшая, но построенная на однородномъ, такъ сказать, чистомъ матеріалѣ, статистика имѣетъ больше значенія, чѣмъ обширныя статистики, составленныя изъ набранныхъ изъ литературы случаевъ, въ которую извѣстная доля неточности вносится крайнимъ разнообразіемъ мотивовъ публикацій. При всемъ томъ, и подобная статистика можетъ имѣть свою цѣну.

Форма раковаго гнѣзда бываетъ или островная ²⁾, т. е. гнѣздо кругомъ охвачено еще здоровой слизистой оболочкой, или поясная, т. е. занимаетъ всю окружность банала, такъ что граничащая съ нимъ сверху и снизу

¹⁾ Процентныя числа *Петри* выведены изъ 44 случаевъ, изъ коихъ въ одномъ мѣстонахожденіи было неизвѣстно.

²⁾ Иные употребляютъ для этой формы названіе „пристѣнной“, которое мы находимъ неудобнымъ потому, что это выраженіе, употребительное особенно при пробкахъ, имѣетъ своей антитезой не прилагательное „поясное“, а прилагательное „закупоривающее“. Поясная форма тоже пристѣнная.

слизистая оболочка совершенно разъединена раковыми массами (островная и опоясывающая формы). Если больные умираютъ отъ рака пищевода, то обыкновенно на большемъ или меньшемъ протяженіи находятъ опоясывающую форму, при чемъ раковый поясъ вдается въ видѣ полуострова болѣе или менѣе далеко въ здоровую слизистую оболочку. Если же смерть происходитъ отъ другихъ болѣзней, то при анатомическомъ изслѣдованіи находятъ также и чисто островную форму. Надо полагать, что вначалѣ болѣзнь появляется всегда въ видѣ островной формы и только отличается склонностью разливаться въ видѣ пояса, подобно тому какъ это бываетъ и на другихъ мѣстахъ пищеварительнаго канала (привратникъ, прямая кишка). На сколько скоро совершается переходъ въ поясную форму, опредѣлить трудно, такъ какъ маленькіе островные раки обыкновенно не причиняютъ никакихъ страданій. Встрѣчаются, конечно, и переходныя формы; такъ, на ракъ, почти совершенно уже принявшемъ форму пояса, замѣчается узкая, шириною только въ нѣсколько миллим., продольная полоса здоровой слизистой оболочки. По своимъ послѣдствіямъ эти формы вполне схожи съ опоясывающими. Въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ существуетъ только одно раковое гнѣздо. Однакоже, рядомъ съ главнымъ гнѣздомъ, замѣчаются иногда одинъ или два мелкихъ, совершенно отдѣленныхъ отъ него островка, которые вѣрнѣе всего должны быть рассматриваемы, какъ вторичныя гнѣзда, выросшія изъ занесенныхъ съ главнаго гнѣзда сѣмянъ. Если же существуютъ два отдѣльныхъ гнѣзда, довольно одинаковой степени развитія (какъ въ упомянутомъ уже нашемъ случаѣ почти полного пораженія пищевода), то трудно рѣшить, идетъ ли дѣло о необыкновенно ранней и потому достигшей высшаго развитія диссеминаціи или о двухъ съ самаго начала совершенно самостоятельныхъ гнѣздахъ.

Вначалѣ раковая опухоль возвышается надъ слизистой оболочкой въ видѣ вала или холма, съ болѣе или менѣе крутыми боками, и то гладкой, то явственно сосочковой или мѣстами даже ворсистой поверхностью. Бѣловато-сѣрая инфильтрованная слизистая оболочка срастается съ подслизистымъ слоемъ и, вслѣдствіе этого, утрачиваетъ свою подвижность и морщиноватость. Обыкновенно мышечная оболочка довольно рано гипертрофируется, какъ на мѣстѣ, гдѣ находится ракъ, такъ и далѣе кверху. Позднѣе раковая инфильтрація проникаетъ въ видѣ неправильныхъ бѣловато-сѣрыхъ полосъ въ этотъ гипертрофированный мышечный слой, все болѣе и болѣе стирая его характеристическій клѣтчатый видъ. Наконецъ, и наружная клѣтчатка тоже инфильтруется, утолщается и плотнѣетъ. Вся стѣнка, въ которой отдѣльные слои различаются весьма неясно или вовсе незамѣтны, достигаетъ при этомъ толщины до 1 сантим. и болѣе и дѣлается весьма неподвижной.

Благодаря этому, въ особенности же твердости и нерастяжимости стѣнки (меньше значенія имѣетъ выстояніе опухоли внутрь, часто очень

умѣренное), какъ только ракъ получить приблизительно или вполне поясную форму, развивается важнѣйшее для картины рака пищевода измѣненіе, а именно стриктура, которая, согласно съ указанной нами относительной частотой появленія рака въ различныхъ отдѣлахъ пищевода, чаще всего встрѣчается въ нижней, рѣже въ средней, а наиболѣе рѣдко въ верхней трети (подробности объ этихъ стриктурахъ см. выше: суженія). При менѣе объемистыхъ островныхъ ракахъ, при которыхъ значительная часть окружности стѣнки остается цѣла и растяжима, о суженіи не можетъ быть рѣчи, чѣмъ собственно и объясняется отсутствіе припадковъ въ подобныхъ случаяхъ.

Какъ при другихъ ракахъ слизистыхъ оболочекъ, подвергающихся различнымъ механическимъ вреднымъ вліяніямъ, такъ и здѣсь довольно рано происходятъ изъязвленія, особенно при поясныхъ ракахъ. Раковая опухоль отчасти или цѣликомъ превращается въ выемчатую, все болѣе и болѣе углубляющуюся язву, первоначально съ нависшимъ, похожимъ на валъ, краемъ. Часто и этотъ край тоже распадается, вслѣдствіе чего просвѣтъ пищевода дѣлается снова болѣе свободнымъ, производя обманчивое улучшеніе въ состояніи больного.

Дно язвы по большей части явственно устлано еще раковыми массами въ видѣ зеренъ или болѣе крупныхъ бугорковъ, отчасти даже въ видѣ ворсинъ; въ краяхъ его тоже замѣчается явственный слой раковой инфильтраціи. Но, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, раковыя массы могутъ быть разрушены и унесены до такой степени, что язва принимаетъ видъ простой гангренозной язвы, и только случайно открываемые ничтожные остатки рака на краяхъ или существованіе вторичныхъ раковыхъ поражений въ сосѣдствѣ указываютъ на раковый характеръ язвы.

См. подобные случаи у *Петри*, № 28 и 34, а также одинъ изъ нашихъ случаевъ (вскрытый д-ромъ *Бостремомъ*): *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, т. XVIII, стр. 500, гдѣ онъ приведенъ съ иной цѣлью.

Рокитанскій (*Lehrb. d. path. Anat.*, т. 1, стр. 278, 1855) принимаетъ, что послѣ такихъ полныхъ разрушеній можетъ произойти радикальное излеченіе съ рубцовымъ суженіемъ пищевода. Къ сожалѣнію, въ пользу этого, конечно, не невозможнаго, процесса у насъ пока нѣтъ никакихъ фактическихъ доказательствъ.

Болѣе глубокія изъязвленія въ концѣ концовъ ведутъ къ прободенію стѣнки на большемъ или меньшемъ протяженіи, отчасти въ прилежащую, обыкновенно воспалительно оплотнѣвшую или раково-инфильтрованную клятчатку, отчасти въ заранѣе приросшіе полые органы. При этомъ прободеніе производится или самой раковой инфильтраціей, переходящей на стѣнку сосѣдняго органа, или же, разрушивъ раковый слой, язвенный процессъ распространяется въ томъ же видѣ на сосѣдній органъ и пробиваетъ его. Эти прободенія происходятъ главнымъ образомъ въ крупные дыхательные пути, дыхательное горло, бронхи, за ними въ легкія, плевру и сердечную сорочку, а при ракѣ надъ желудочнымъ входомъ — въ брюшину (*Петри*, 4-й случай), наконецъ, въ

большіе кровеносные сосуды, аорту и легочную артерію, сонную и подключичную артеріи и т. д. (подробности см. выше: прободеніе).

Въ своихъ 44 случаяхъ *Петри* нашелъ 27 разъ по одному или по нѣскольку прободеній.

Послѣдовательное распространеніе рака пищевода происходитъ, какъ и при другихъ ракахъ, хотя, правда, нѣсколько рѣже, троякимъ путемъ: путемъ непосредственнаго продолженія, разбрасыванія сѣмянъ (диссеминація) и переноса.

Непосредственное продолженіе происходитъ отчасти по непрерывности тканей на желудокъ и глотку. Переходъ на желудокъ встрѣчается не особенно рѣдко при ракахъ, доходящихъ до желудочнаго входа, но обыкновенно имѣетъ мѣсто въ очень незначительной степени, такъ что участіе желудка мало отражается на картинѣ болѣзни. Переходъ на глотку встрѣчается весьма рѣдко, такъ какъ и ракъ рѣдко занимаетъ верхнюю часть пищевода.

Превосходные рисунки *Байли*, A Series of engravings etc. London, 1812, стр. 51 (копіи съ нихъ въ *Frorier's chirurg. Kupfertafeln*, табл. 172, фиг. 1 и 2), показываютъ 2 примѣра этого рѣдкаго перехода на глотку по препаратамъ гентеровскаго музея.

Гораздо важнѣе и разнообразнѣе бываютъ переходы по смежности тканей (*per contiguitatem*). Прежде всего раковое пораженіе переходитъ на заранѣе уже воспалительно оплотнѣвшую клѣтчатку задняго межлегочнаго пространства или шеи, которая вслѣдствіе этого утолщается лишь умѣренно и разлитымъ образомъ, но плотно склеивается со стѣнкой пищевода, увеличивая ея толщину. Но, съ другой стороны, она можетъ вздуться въ очень большія, компактыя опухолевья массы, сдавливающія дыхательное горло или оттѣсняющія его въ сторону. Другія образованія, проходящія по межлегочному пространству, особенно лѣвый блуждающій и возвратный нервы, тоже могутъ быть вовлечены въ раковое перерожденіе или подвергнуты давленію либо изъязвленію (*Петри*, случай 1-й). Въ одномъ случаѣ (*Петри*, случай 21-й), вмѣстѣ съ прободеніемъ задняго межлегочнаго пространства, найденъ канкроидный узелъ на наружной поверхности твердой оболочки спинного мозга, въ области 9 и 10 грудныхъ позвонковъ; такъ какъ позвонки были совершенно цѣлы, то этотъ узелъ, очевидно, пробрался чрезъ отверстія для нервовъ и, прижавъ спинной мозгъ, произвелъ параличъ нижнихъ конечностей.

Далѣе, всѣ части, находящіяся въ соприкосновеніи непосредственно ли съ пищеводомъ или съ межлегочнымъ пространствомъ, могутъ срастаться съ первымъ вслѣдствіе перехода рака на ихъ стѣнки, при чемъ опухоль можетъ даже отчасти врасти въ просвѣтъ ихъ или, распадаясь, произвести въ нихъ прободеніе. Этимъ способомъ ракъ переходитъ на стѣнку дыхательнаго горла и бронховъ и показывается даже на ихъ внутренней поверхности въ видѣ холмистаго возвышенія, занимающаго иногда всю

заднюю стѣнку дыхательнаго горла. Въ области желудочнаго входа опухоль переходитъ на брюшину, въ болѣе высокихъ частяхъ на сердечную сорочку или плевру и распространяется дальше по этимъ оболочкамъ. Она врастаетъ иногда прямо въ легкія, хотя и рѣже. Наружная оболочка аорты подвергается тоже иногда раковой инфильтраціи, тогда какъ остальные оболочки, если и разрываются, то не отъ рака, а вслѣдствіе изъязвленія или обращенія въ струпу.

Раковая опухоль можетъ перейти непосредственно даже на тѣла позвонковъ, къ которымъ пораженный ракомъ пищеводъ нерѣдко прирастаетъ; при этомъ опухоль совершенно разрушаетъ ткань одного или нѣсколькихъ тѣлъ и, вдаваясь въ видѣ холма въ каналъ позвоночника, сдавливая спинной мозгъ и производя смертельную парализацію.

О послѣднемъ интересномъ фактѣ мы имѣемъ пока только одно наблюденіе *Оссана*, Diss. inaug. sur les squirrhes de l'Estomac, Paris, An X, стр. 12 (см. у *Мондиера*, Arch. génér., т. 30, стр. 515).

Мы можемъ прибавить къ нему другой, такой же случай изъ нашихъ (*Ценкеръ*) наблюденій, который приведемъ здѣсь вкратцѣ.

Гольдеръ, Авг., 66 лѣтъ, цыркульный мастеръ въ Дрезденѣ, умеръ 20 января 1852 г. въ дрезденской городской больницѣ, куда онъ поступилъ за 4 недѣли передъ тѣмъ съ параличемъ нижнихъ конечностей и мочевого пузыря. На особенныя затрудненія глотанія онъ видимо не жаловался, такъ какъ въ діагнозѣ это обстоятельство совсѣмъ не принято во вниманіе.

Вскрытіе, 20 января 1852 г. *Трупное распознаваніе: ракъ пищевода, продолженный ракъ дыхательнаго горла и двухъ тѣлъ позвонковъ. Переносные раки въ трахеальныхъ и бронхиальныхъ железахъ, легкихъ, печени и почкахъ. Сывороточныя кисты въ мозжечкѣ съ геморрагической инфильтраціей въ окружности. Гангренозное воспаленіе мочевого пузыря. Водянка лѣваго яичка.*

Очень исхудалый трупъ малаго роста; кожа весьма вялая, землистаго цвѣта; ноги мало отечны. Надъ крестцомъ кожа на протяженіи съ ладонь окрашена въ черно-зеленоватый цвѣтъ, надъжожица слущена. Лѣвая половинка мошонки вздута почти въ кулакъ и показывается збыленіе (водянка яичекъ).

Слизистая оболочка глотки нормальна. У самаго начала пищевода, противъ нижняго края перстневиднаго хряща, замѣчается множество бѣловато-сѣрыхъ, величиною съ булавочную головку, мозговидныхъ узелковъ въ подслизистомъ слоѣ, а на передней стѣнкѣ—значительное выстояніе слизистой оболочки, при надрѣзываніи которой сочтется красновато-сѣрая кашица. На разстояніи 1" ниже начинается язвенная поверхность, длиною въ нѣсколько дюймовъ, занимающая всю окружность трубки; верхній край ея сильно подрывъ, нависаетъ, а дно — очень неровно, со многими глубокими ямками, и покрыто маркой, зеленоватою, зловонною кашицей. Кверху и книзу отъ этой язвы множество круглыхъ язвъ, величиною до горошины, съ утолщенными, раково-инфильтрованными краями. Далѣе книзу слѣдуетъ на протяженіи около 1½" совершенно нормальная ткань. За этимъ снова начинается раковая инфильтрація всей стѣнки пищевода, достигающая надъ желудочнымъ входомъ около ½" въ толщину. Внутренняя поверхность цѣла, за исключеніемъ глубокой язвы у желудочнаго входа и легкой ссадины нѣсколько выше. Въ сторону желудочнаго входа трубка до того сужена, что съ трудомъ пропускаетъ указательный палецъ. Книзу отъ этой стриктуры замѣчаются подъ слизистой оболочкой еще 2 мозговидныхъ узла, величиною отъ горошины до боба.

Дуга аорты плотно саяна съ пищеводомъ посредствомъ раковой инфильтраціи, проникающей въ ея наружную оболочку; точно также и дыхательное горло. Трахеальныя лимфатическія железы показываютъ внутри почернѣвшей ткани болѣе или менѣе распространенную раковую инфильтрацію. Наконецъ, пищеводъ на многихъ мѣстахъ крѣпко пристаеетъ къ позвоночнику. Слизистая оболочка гортани блѣдна, нормальна. Дыхательное горло: отступя на 1" отъ нижняго края перстневиднаго хряща, слизистая оболочка на задней стѣнкѣ раково инфильтрована слегка вздута, а поверхность ея на инфильтрованномъ мѣстѣ неровна, зеленовато-сѣраго цвѣта. Въ окрестности инфильтраціи, сверху и съ боковъ, замѣчаются отдѣльные, кругловатые, бѣловато-сѣрые узелки мозговиднаго рака, величиною съ чечевицу; у входа въ лѣвый бронхъ круглая, величиною съ пфенигъ, раковая язва, на днѣ которой, обложенномъ ворсистыми, бѣловато-сѣрыми, размягченными массами, лежатъ обнаженные хрящевыя кольца. Непосредственно за этой язвой, въ самый бронхъ вдается другая очень глубокая выемчатая язва, величиною въ 10 пфениговъ, съ раково-инфильтрованными краями и дномъ. Обѣ доли щитовидной железы — величиною съ куриное яйцо: въ лѣвой множество кистъ, величиною съ вишню, наполненныхъ отчасти кровянымъ сгусткомъ, отчасти коллоидной массой; правая совершенно обызвѣствѣла, со многими крупными и мелкими полостями. По вскрытіи канала позвоночника, тѣла 2-го и 8-го позвонковъ оказываются размягченными, при чемъ послѣднее изъ нихъ образуетъ вдающуюся въ каналъ мягкую опухоль. По распиливаніи ихъ оба упомянутыя тѣла оказываются совершенно разрушенными и замѣщенными мозговидной массой, за исключеніемъ нѣсколькихъ сохранившихся кусочковъ кости. Остальные позвонки нормальны. Головка 7-го ребра тоже разрушена мозговиднымъ ракомъ. Подъ паутинной оболочкой спинного мозга умѣренное количество жидкости; на задней поверхности ея тонкая молочно-бѣлая хрящевая пластинка 2—3 линій въ поперечникѣ. Мягкая оболочка довольно блѣдна. Вещество спинного мозга въ области тѣла 8 грудного позвонка мягче обыкновеннаго, сочтется на разрѣзѣ, въ остальныхъ же мѣстахъ нормальной консистенціи. — Въ лѣвой долѣ мозжечка посреди бѣлой ткани замѣчается, величиною съ булавочную головку, сыворогочная киста, окруженная геморрагически-инфильтрованной каймой, около $\frac{1}{3}$ линій въ ширину. Головной мозгъ вообще нормаленъ.

Въ полости правой плевры довольно значительное количество сыоротки. Оба легкія приращены только на верхушкахъ; по всѣмъ долямъ ихъ разсѣяно множество матово бѣло-сѣрыхъ узелковъ отчасти въ одиночку, отчасти группами, величиною съ крупяное зерно. Въ нижней части нижнихъ долей маленькіе дольковые пневмоническіе инфильтраты. Въ сердечной сорочкѣ много сыоротки. Сердце мало, мышца его хрупка. Въ аортѣ небольшія атероматозныя мѣста.

Печень довольно мала; на поверхности ея множество круглыхъ бѣло-желтыхъ, слегка выдающихся надъ ея уровнемъ, узелковъ, величиною отъ булавочной головки до боба, изъ которыхъ болѣе крупныя имѣютъ пупковидныя углубленія. На разрѣзѣ они оказываются бѣловато-сѣрыми, круглыми узлами мозговиднаго рака и между ними наиболѣе крупныя снабжены центральной, довольно ясно ограниченной, полостью, величиною до вишневаго ядрышка. Селезенка очень мала, блѣдна. Почка показываютъ на поверхности множество отдѣльных и распределенныхъ кучками сѣрыхъ узелковъ, величиною до просяного зерна, которые на разрѣзѣ оказываются отчасти кругловатыми узелками, отчасти отвѣсными полосатыми инфильтратами, изъ которыхъ нѣкоторые проникаютъ даже въ пирамиды. Слизистая оболочка почечной лоханки обложена рыхлымъ выпотомъ, съ темной налитостью и множествомъ кровоподтековъ. Мочевой пузырь содержитъ большое количество мутной, блѣдно-красноватой, богатой бѣлкомъ, мочи. Стѣнка его очень утолщена, слизистая оболочка темно-краснаго цвѣта съ сѣро-зелеными крапинами, отчасти гангренифицирована, пахнетъ очень дурно. Слизистая оболочка желудка нормальна, включая темную налитость и аспидно-сѣрую окраску въ створѣхъ привратника. Тонкая кешка стянута, нормальна. Толстая кишка тоже узка, сли-

зистая оболочка на заслонкѣ слѣпой кишки изъязвлена, но безъ инфильтраціи въ окрестности.

Распространеніе путемъ разнесенія сѣмянъ, т. е. развитіе самостоятельныхъ, разобщенныхъ съ главнымъ гнѣздомъ, узелковъ въ сосѣдствѣ послѣдняго, встрѣчается не очень рѣдко, какъ въ области слизистой оболочки, такъ и на сывороточныхъ оболочкахъ. Для объясненія ихъ происхожденія нужно принять, что способныя къ размноженію клѣтки, теченіемъ соковъ или собственными движеніями, заносятся отъ главнаго гнѣзда въ сосѣднія части или, относительно сывороточныхъ оболочекъ, что даже цѣлые раковые кусочки увлекаются механически и пересаживаются на другія мѣста. Этимъ способомъ лучше всего объясняется существованіе узелковъ на плеврѣ, иногда на значительно отдаленномъ пространствѣ, которые при отсутствіи переносовъ на другихъ мѣстахъ, едва ли могутъ быть признаны за настоящіе метастазы. Обыкновенно же эти занесенные сѣменами узелки сидятъ въ непосредственной близости отъ главнаго гнѣзда, въ плевральномъ и брюшинномъ покровѣ пищевода, въ кардіальной части желудка и на верхнемъ заворотѣ сердечной сорочки, откуда они распространяются, какъ мы это иногда видѣли, на болѣе отдаленныя мѣста сердечнаго покрова. Въ слизистой оболочкѣ они встрѣчаются въ видѣ узелковъ, величиною съ чечевицу и болѣе, какъ въ области самого пищевода, такъ и въ желудкѣ по ту сторону желудочнаго входа (см. нашъ случай, приведенный выше, стр. 106 и сл.). Сливаясь между собой и съ главнымъ гнѣздомъ, они способствуютъ увеличенію послѣдняго.

Метастатическое распространеніе рака пищевода при посредствѣ кровеносныхъ и лимфатическихъ путей, страннымъ образомъ, признавалось прежними авторами за крайне рѣдкое явленіе сравнительно съ раками другихъ органовъ. Но въ такихъ размѣрахъ это мнѣніе положительно невѣрно. При болѣе тщательномъ исканіи обыкновенно находятъ даже очень значительную раковую инфильтрацію въ лимфатическихъ железахъ, напримѣръ, въ железахъ, прилежащихъ къ самому пищеводу, въ трахеальныхъ и бронхіальныхъ железахъ на мѣстѣ раздвоенія и въ легочныхъ воротахъ, а при ракѣ самой нижней части—въ надчревныхъ железахъ. Если же въ нѣкоторыхъ случаяхъ ея не бываетъ, то это, вѣроятно, можетъ быть объяснено тѣмъ, что при непосредственной близости грудного протока иные лимфатическіе сосуды пищевода могутъ прямо изливаться въ послѣдній, не заходя предварительно въ железы.

Нерѣдко также встрѣчаются переносы и въ другихъ органахъ, чаще всего въ печени, а затѣмъ въ легкихъ. Относительно частоты ихъ въ печени *Петри* справедливо указываетъ на то, что при ракахъ нижней части раковые элементы могутъ быть непосредственно занесены въ печень нижними пищеводными венами, изливающими свою кровь въ во-

ротную вену. Переносы найдены также въ почкахъ, въ одной изъ надпочечныхъ железъ, въ поджелудочной железѣ, въ костяхъ и даже въ мозгу. Во многихъ изъ этихъ органовъ, особенно въ печени, онѣ иногда встрѣчались въ очень значительномъ числѣ и объемѣ.

Петри, которому мы обязаны первыми и точными сообщеніями о переносахъ послѣ рака пищевода, находилъ ихъ на 42 случая 25 разъ (59,5 проц.),—весьма почтенное число, могущее потягаться съ другими раками. Въ нашихъ 15 случаяхъ мы 9 разъ нашли переносы (т. е. почти тѣ же 60 проц., что и у *Петри*), отчасти только въ железахъ, отчасти (6 разъ) также и въ другихъ органахъ (въ печени, легкихъ и почкахъ), и при томъ иногда въ значительныхъ размѣрахъ.

Примѣромъ разнообразнаго послѣдовательнаго развитія рака по всемъ 3 способамъ распространенія можетъ служить слѣдующее вскрытіе:

Карль Г., 48 лѣтъ, ремесленникъ (вскрытіе 4 іюля 1861 г., *Ценкеръ*).

Трунное распознаваніе. Ракъ пищевода. Продолженный ракъ дыхательнаго горла, пограничной клетчатки на щѣ и межлегочнаго пространства. Занесенный съменами ракъ сердечной сорочки. Переносный ракъ легкихъ и печени. Смѣшеніе дыхательнаго горла. Гнойный бронхитъ и бронхо-пневмонія правой нижней доли. Дегенеративная атрофія почекъ. Настоящая пазуха тонкой кишки.

Очень исхудалый трупъ. Кожа вялая, землистаго цвѣта. Бедро и голень слегка рахитически искривлены. На правой голени бурныя рубцовыя пятна. Въ черепной полости ничего особеннаго. Шейныя и щитовидная железы нормальной величины, ткань послѣдней железы блѣдно-бураго цвѣта съ небольшими мягкими зубными узлами. Слизистая оболочка глотки довольно блѣдна, нормальна. Пищеводъ, начиная отъ самой глотки и на протяженіи 11 сантим., въ высшей степени суженъ, проходимъ наверху только для зондовъ, внизу же нѣсколько расширяется. На всемъ этомъ разстояніи стѣнка чрезвычайно утолщена (до 1 сантим.); мышечная оболочка очень гипертрофирована (2—3 миллим.). Слизистая оболочка вмѣстѣ съ подслизистымъ слоемъ превращена въ равномерный, на разрѣзѣ блѣдно-сѣрый и источающій обильный сѣрый сокъ, слой, который, вдаваясь внутрь, представляетъ зернистую, неправильно холмистую поверхность. По срединѣ суженнаго мѣста, на протяженіи 3 сантим., замѣчается углубленіе въ видѣ ямки, довольно гладкое дно котораго образуется отчасти почти вполне обнаженной стѣнкой дыхательнаго горла. Нижняя часть пищевода нормальна. Вѣтвь отъ дыхательнаго горла и пищевода, въ *aditus juguli*, замѣчается охватывающая сосуды, очень компактная продолговатая опухоль, толщиной до 2 1/2 сантим., съ блѣдно-сѣрой, довольно сухой поверхностью разрѣза, на которой выступаютъ изъ маленькихъ отверстій блѣдно-сѣрые, колбасовидные стерженьки. Въ заднемъ межлегочномъ пространствѣ, особенно на правой сторонѣ, точно такая же твердая, скirrosная опухоль, отчасти опоясывающая правый бронхъ.

Грудная полость: въ плевральныхъ мѣшкахъ мало сыворотки; плевры, особенно лѣвая, съ сильнымъ, похожимъ на мыло, обложеніемъ. Легкія, исключая одно приросшее мѣсто на правомъ легкомъ, свободны, по краямъ эмфизематозны и внизу съ низкимъ плевритическимъ налетомъ. Ткань большею частью содержитъ воздухъ, умѣреннно наполнена кровью и на обѣихъ сторонахъ пронизана довольно большимъ числомъ кругловатыхъ, блѣдно-сѣрыхъ, весьма сочныхъ, мозговидныхъ узелковъ, величиною отъ горошины до вишневаго ядрышка и больше, сидящихъ то въ глубинѣ, то на поверхности и въ послѣднемъ случаѣ снабженныхъ пуповиднымъ вдавленіемъ. Правая нижняя доля совсѣмъ лишена воздуха, вялая; на разрѣзѣ ткань грязновато-сѣро-краснаго цвѣта, отчасти съ мелкими сѣрыми крапинками, и источаетъ очень мутный сѣрый сокъ; бронхи слегка зіяютъ, набиты желтымъ гноемъ. Сердечная сорочка содержитъ умѣренное количество сыворотки, на внутренностномъ листѣ ея множество

сухожилистыхъ пятенъ; пристѣнный листокъ устья справа, гдѣ онъ примыкаетъ къ корню легкихъ, твердыми спиррозными узлами. Сердце мало, дрябло; клапаны нѣжны.

Брюшная полость содержитъ всего нѣсколько капель сыворотки. Печень нѣсколько уменьшена, дрябла; на передней поверхности ея справа, величиною съ лѣвой орѣхъ, мягкій, блѣдносѣрый узелъ мозговиднаго рака, а сзади, въ лѣвой и квадратной доляхъ, по одному мозговидному узлу, величиною въ штетинское яблоко, съ матово-сѣрой, изъ-желта блѣдной поверхностью разрыва; остальная ткань малокровна. Желчный пузырь содержитъ зеленовато-бурую гягучую желчь. Селезенка мала, мягка. Почка нѣсколько уменьшена, сумка ихъ отстаетъ съ трудомъ, поверхность весьма неровна, съ глубокими рубцовыми вдавленіями, мелкозернистыми на поверхности; промежуточные мѣста крупнозернисты и со множествомъ мелкихъ известковыхъ вкраплений. Кожный слой на разрывѣ темный, обилуетъ кровью, истонченъ, мѣстами атрофированъ. Пирамиды красно-сѣраго цвѣта, на соскахъ небольшой известковый инфарктъ. Мочевой пузырь пустъ, слизистая оболочка желудка умѣренно налита. Тонкая кишка содержитъ повсюду лишь немного слизи. Слизистая оболочка умѣренно налита, въ верхнемъ отдѣлѣ съ легкой пигментаціей ворсинъ. Въ 96 сантим. надъ заслонкой слѣпой кишки замѣчается, длиною въ 4 сантим., настоящая кишечная пазуха, напоминающая по виду большой палецъ на перчаткѣ и которая отходитъ подъ острымъ угломъ отъ боковой стѣнки кишки, имѣя на своей верхушкѣ множество грыжевидныхъ выступовъ, величиною до горошины. Толстая кишка узка, съ блѣдной слизистой оболочкой.

Причиной смерти при ракахъ пищевода часто оказывается на вскрытіи только сильная инаниція, обусловливаемая суженіемъ; но и разпосбразныя прободенія, особенно въ дыхательные пути, тоже весьма часто раньше или позже влекутъ за собой смерть, вслѣдствіе пневмоническихъ процессовъ, изъязвленія и омертвѣнія легкихъ или вслѣдствіе плеврита и pneumothorax. То же самое и при прободеніяхъ сердечной сорочки: смерть происходитъ отъ воспаления и скопленія воздуха въ послѣдней, тогда какъ при болѣе рѣдкихъ прободеніяхъ крупныхъ сосудовъ больные внезапно умираютъ при кровавистой мокротѣ или признакахъ внутренняго истеканія кровью. Кромѣ того, мы видѣли выше, что даже паралегія съ ея послѣдствіями тоже можетъ положить конецъ жизни больного. Въ сравненіи съ этими случаями смерть лишь очень рѣдко вызывается болѣзнями, косвенно или вовсе не находящимися въ связи съ ракомъ пищевода; это имѣетъ мѣсто въ особенности при мелкихъ островныхъ ракахъ, ничѣмъ не заявляющихъ о себѣ въ клинической картинѣ.

Этіологія рака пищевода, какъ и при другихъ ракахъ, покрыта еще глубокимъ мракомъ. Тѣмъ не менѣе изъ этого мрака многіе этіологическіе моменты уже и теперь вырисовываются весьма отчетливо.

Предрасположеніе опредѣляется, какъ и при другихъ ракахъ, весьма существенно возрастомъ; но вмѣстѣ съ тѣмъ, въ противоположность другимъ ракамъ, она опредѣляется также и поломъ. Въ послѣднемъ отношеніи, по указанію всѣхъ авторовъ, подтверждающемуся статистическими данными, болѣзнь встрѣчается почти преимущественно у мужчинъ, и это тѣмъ болѣе замѣчательно, что при ближайшей въ

пространствѣ формѣ рака, при желудочномъ ракъ, не усматривается никакого различія въ предрасположеніи обоихъ половъ (см. настоящее руководство, т. VII, ч. 2, стр. 114).

Между 44 случаями *Петри* были всего 3 женщины. Въ нашихъ 15 случаяхъ перевѣсъ мужчинъ тоже былъ весьма значителенъ, хотя и не такой подавляющій, какъ тамъ (11 мужчинъ, 4 женщины). Складывая оба ряда чиселъ, мы получимъ 88,1 проц. мужчинъ и 11,8 проц. женщинъ, т. е. въ 7—8 разъ большее предрасположеніе у мужчинъ.

Такъ какъ какой либо разницы въ строеніи между мужскимъ и женскимъ пищеводомъ до сихъ поръ не замѣчено, да едва ли она и вѣроятна, то причины этого рѣзкаго перевѣса мужчинъ нужно искать въ томъ, что женщины гораздо рѣже мужчинъ подвержены тѣмъ вѣроятнымъ производящимъ причинамъ, о которыхъ мы сейчасъ скажемъ. Возраженіе же, что производящія причины, имѣющія силу относительно рака пищевода, должны *mutatis mutandis* играть роль и при ракъ желудка, при которомъ, однакоже, перевѣса мужчинъ не замѣчается, можетъ быть устранено тѣмъ, что болѣе легко ранимая слизистая оболочка желудка можетъ обойтись и болѣе слабыми раздраженіями, вслѣдствіе чего она въ общемъ заболѣваетъ чаще, чѣмъ лучше защищенная и, вдобавокъ, менѣе продолжительно подвергающаяся раздраженіямъ слизистая оболочка пищевода.

Что касается возраста, то всѣми признано, что, какъ при всѣхъ ракахъ, такъ и здѣсь предрасположеніе начинается лишь въ старшихъ возрастахъ, и что раки пищевода весьма рѣдко обнаруживаются ранѣе 40 лѣтъ. Главный контингентъ приходится на возрастъ отъ 41 до 70 лѣтъ (около 80 проц.). Наибольшее число даютъ 50-ые годы.

Случаи *Петри* и наши слѣдующимъ образомъ распредѣляются по различнымъ возрастамъ:

	21—30 л.	31—40 л.	41—50 л.	51—60 л.	61—70 л.	71—80 л.	81—90 л.	
Петри	3	1	7	18	6	3	0	38 случаевъ
Ценкеръ	0	1	5	4	3	1	1	15 „
	3	2	12	22	9	4	1	53 случая.

Причину этого предрасположенія старшихъ возрастовъ мы полагаемъ, согласно остроумной гипотезѣ *Тирша*, въ уменьшенномъ противодѣйствіи старящихся соединительно-тканыхъ частей, при сохраняющейся производительной силѣ эпителія (которая достаточно проявляется въ быстромъ восстановленіи эпителіальныхъ дефектовъ), вслѣдствіе чего, когда подъ вліяніемъ раздраженій возбуждается общая производительность раздраженной части, эпителій беретъ перевѣсъ надъ соединительной тканью. О совершенной пассивности послѣдней, о вполнѣ самостоятельномъ, независимомъ отъ материнской почвы, ростѣ эпителія здѣсь не можетъ быть и рѣчи.

Участвуетъ ли и наслѣдственность въ предрасположеніи къ ракамъ пищевода, подобно тому, какъ это бываетъ при другихъ ракахъ, еще не

вполнѣ доказано, хотя само по себѣ это не лишено вѣроятія. Въ литературѣ имѣется на этотъ счетъ лишь очень немного примѣровъ [напр. случай, приводимый *И. Франкомъ*¹⁾ изъ англійской литературы]; но именно потому-то изъ нихъ нельзя дѣлать никакихъ выводовъ.

Нѣкоторые считаютъ бугорчатку или бугорчатковое тѣлосложеніе за предрасполагающій моментъ къ раку пищевада (*Лебертъ, Гамбургеръ, Фриче*). Но хотя бугорчатка дѣйствительно существуетъ нерѣдко одновременно съ ракомъ пищевада (обѣ эти болѣзни, значить, не исключаютъ другъ друга), тѣмъ не менѣе сочетаніе ихъ не настолько часто (у *Петри* только 4 раза на 44 случая), чтобы можно было изъ этого заключить объ этиологической связи ихъ между собой. Что касается, наконецъ, склероза артерій, тоже привлеченнаго въ качествѣ предрасполагающаго момента, то появленіе его въ тѣхъ возрастахъ, которые главнымъ образомъ заинтересованы здѣсь, представляетъ такъ мало удивительнаго, что частое сочетаніе его съ ракомъ пищевада еще ничего не доказываетъ. У сравнительно болѣе молодыхъ больныхъ (37 лѣтъ, 41 годъ) мы не нашли и слѣдовъ склероза аорты.

Намъ остается еще разсмотрѣть неоднократно подымавшійся вопросъ о томъ, не отличаются ли рубцы пищевада положеніемъ къ раковому пораженію. Постановка вопроса совершенно законна, въ виду несомнѣнныхъ отношеній нѣкоторыхъ раковъ желудка къ зарубцовавшимся круглымъ язвамъ его. И относительно пищевада мы въ самомъ дѣлѣ имѣемъ нѣсколько наблюденій, невольны приводящихъ къ подобному заключенію; сюда въ особенности относится подробно описанный случай *Э. Неймана*²⁾, въ которомъ анатомическія измѣненія не допускали иного толкованія, кромѣ того, что существовавшій раньше простой рубецъ (къ сожалѣнію, этиологической причины его нельзя было узнать изъ анамнеза) подвергся впослѣдствіи раковому перерожденію. Подобный же случай, который мы видѣли (замѣчательно, что это былъ самый младшій, 37-лѣтній больной), тоже допускаетъ это толкованіе, хотя онъ и не особенно доказателенъ. Во всякомъ случаѣ, этотъ вопросъ заслуживаетъ тщательнаго изслѣдованія.

Производящихъ причинъ нужно искать главнымъ образомъ между поражающими слизистую оболочку механическими, тепловыми и химическими раздраженіями, которыя настолько сильны, чтобы возбудить производительные процессы. Вещества, проходящія по пищеводу въ видѣ питья и пищи, доставляютъ иногда подобныя раздраженія въ достаточномъ количествѣ и въ достаточной силѣ, чтобы вызвать такое дѣйствіе въ предрасположенной ткани. И опытъ въ самомъ дѣлѣ даетъ намъ весьма важныя указанія на счетъ того, что въ этихъ веществахъ дѣйствительно заключаются самыя главныя производящія причины. Сюда относится ука-

¹⁾ См. цитату въ Fritsche's Dissertation, стр. 4 и 16.

²⁾ Virchow's Archiv, т. 20, стр. 142.

занное уже многими наблюдение, что ракъ пищевода особенно часто поражаетъ пьяницъ, такъ какъ послѣдніе предъявляютъ къ пищеводу несравненно больше требованій, чѣмъ другіе люди. Если въ этомъ отношеніи взять во вниманіе непосредственное дѣйствіе напитковъ, то послѣднее можетъ быть допущено только со стороны самыхъ крѣпкихъ изъ нихъ, особенно водки, тогда какъ обыкновенные сорта пива и вина едва ли могутъ достаточно сильно раздражать хорошо защищенный пищеводъ, при своемъ быстромъ проскальзываніи чрезъ него. Гораздо больше значенія мы придаемъ соединенному съ пьянствомъ обжорству, обремененіямъ желудка съ ихъ послѣдствіями, отрыжкой и рвотой, слишкомъ торопливой ѣдѣ, въ силу которой часто проглатываются громадные куски горячей пищи, иногда заключающіе въ себѣ твердые постороннія тѣла, равно какъ употребленію сильно приправленной пряностями или острой пищи,—все это подвергаетъ пищеводъ разнообразнѣйшимъ insultамъ ¹⁾. Эти именно причины нужно винить и у тѣхъ больныхъ, которые пользуются роскошнымъ столомъ и относительно которыхъ названіе „пьяницы“ было бы несправедливо. И то обстоятельство, что всѣ перечисленные слабости свойственны преимущественно мужчинамъ, вполне объясняетъ намъ преобладающее предрасположеніе послѣднихъ къ раку пищевода.

И въ самомъ дѣлѣ, извѣстно нѣсколько обстоятельно описанныхъ случаевъ, въ которыхъ больные сами опредѣленнѣйшимъ образомъ приписывали первые начатки своего страданія одному изъ упомянутыхъ выше вредныхъ вліяній. Такъ напр., въ интересномъ случаѣ *Геноха* ²⁾ у здороваго 48-лѣтняго человѣка, при торопливой ѣдѣ, застряла въ горлѣ горячая клѣцка и, начиная съ этого времени, онъ сталъ чувствовать боли при глотаніи, которыя все болѣе и болѣе усиливались. Къ этому присоединились припадки суженія и ровно черезъ годъ послѣ несчастнаго приключенія больной умеръ, какъ оказалось на вскрытіи, отъ рака пищевода. Въ случаѣ *Дейнингера* (см. его диссертацию) 40-лѣтній здоровый крестьянинъ приписывалъ свою болѣзнь конченому мясу, послѣ употребленія котораго онъ тотчасъ же почувствовалъ себя нехорошо. Вскорѣ затѣмъ появились затрудненія глотанія, постепенно усиливавшіяся, и чрезъ 13 мѣсяцевъ больной умеръ отъ эпителиальнаго рака пищевода, подтвержденнаго вскрытіемъ. Особенно убѣдительны случаи *Фриче* (1. с., стр. 74), въ которомъ здоровая 32-лѣтняя дама глотнула разъ очень горячій чай, вызвавшій тотчасъ же сильное жженіе въ шеѣ. 2—3 недѣли спустя появилось давящее ощущеніе въ глоткѣ при глотаніи, къ которому позднѣе присоединились несомнѣн-

¹⁾ Впрочемъ, *Фриче* справедливо замѣчаетъ, что само пьянство тоже можетъ служить предрасполагающимъ моментомъ, такъ какъ оно ослабляетъ способность сопротивленія организма. Благодаря своей страсти, пьяница какъ бы перемѣщаетъ себя въ старшій, болѣе предрасположенный возрастъ.

²⁾ Casper's Wochenschrift f. d. gesammte Heilk., 1847, № 39.

нѣнные признаки суженія. За этимъ послѣдовала вся длинная исторія рака пищевода, узаннаго еще при жизни по раковымъ частичкамъ, выдѣлявшимся со рвотой, и чрезъ 13 мѣсяцевъ подтвержденнаго вскрытіемъ. Доказательность каждаго изъ этихъ случаевъ можно, пожалуй, ослабить тѣмъ соображеніемъ, что ракъ могъ существовать въ скрытомъ состояніи еще раньше и что, благодаря случайному приключенію, онъ только впервые обратилъ на себя вниманіе. Это, конечно, не невозможно, но гдѣ же доказательство тому? Съ другой стороны, ничто не говоритъ противъ болѣе естественнаго предположенія, что такъ ясно восчувствованный больнымъ вредъ дѣйствительно составлялъ причину болѣзни, вслѣдъ за этимъ начавшейся и безостановочно развивавшейся далѣе. Прежде противъ этого предположенія говорилъ господствовавшій предрасудокъ, видѣвшій въ каждомъ ракъ изверженіе уже ранѣ испорченной крови. Но съ тѣхъ поръ, какъ этотъ предрасудокъ благополучно спроваженъ, такой скептицизмъ, въ виду хорошо наблюденныхъ, нелегкомысленно набросанныхъ случаевъ, не имѣетъ почвы подъ ногами. Неосновательность его будетъ выясняться тѣмъ болѣе, чѣмъ больше накопится подобныхъ случаевъ.

Что застрявшія постороннія тѣла могутъ вызвать описываемый процессъ, доказывается извѣстными случаями, въ которыхъ подобныя тѣла, напр. рыбы косточки, ядрышко отъ сливы (*Лебертъ*), найдены на вскрытіи внѣдренными въ раковыя язвы. Правда, здѣсь скорѣе уже дозвоительно усомниться, не попали ли эти тѣла въ готовыя уже язвы.

Какъ болѣе отдаленное доказательство въ пользу теоріи о роли механическихъ раздраженій въ качествѣ производящихъ причинъ, справедливо приводили предпочтеніе, отдаваемое ракомъ опредѣленнымъ мѣстамъ пищевода, а именно, какъ мы видѣли, нижней и затѣмъ средней трети. Моментами, особенно благопріятствующими механическому раздраженію именно этихъ отдѣловъ, служатъ въ нижней трети узкій входъ въ желудокъ, легко задерживающій пищевой комокъ, а въ средней трети твердая стѣнка перекрещивающаго пищевода лѣваго бронха, къ которому стѣнка пищевода придавливается крупными кусками ¹⁾.

Вторичный ракъ пищевода встрѣчается исключительно въ видѣ занесенной сѣменами и продолженной формы; и та и другая идутъ по-

¹⁾ Въ только-что появившейся, весьма дѣльной статьѣ объ отношеніи болѣзней пищевода къ опредѣленнымъ мѣстностямъ послѣдняго Harrison Allen (*The localisation of diseased action in the oesophagus. Philadelphia Medic. Times, 13 окт. 1877*) главнымъ образомъ указываетъ на преимущественное заболѣваніе мѣста перекреста съ лѣвымъ бронхомъ,—обстоятельство, которое, по его мнѣнію, составившемуся на основаніи англійскихъ сочиненій по хирургіи, до сихъ поръ упускалось изъ виду. О нѣмецкихъ авторахъ этого ужъ никакъ нельзя сказать, такъ какъ Klebs, Rindfleisch, König весьма опредѣленно указываютъ на этотъ пунктъ при изложеніи рака пищевода. Мы, съ своей стороны, тоже неоднократно упоминали объ этомъ.

чти исключительно отъ желудка, при ракахъ въ области входа, и только крайне рѣдко отъ глотки, въ которой раки вообще составляютъ большую рѣдкость. Раки, продолженные отъ желудочнаго входа, сами по себѣ не особенно рѣдки (на 13 первичныхъ раковъ мы видѣли 6 продолженныхъ); но обыкновенно они переступаютъ желудочный входъ не очень много, не болѣе нѣсколькихъ сантим. И такъ какъ ракъ желудочнаго входа уже самъ по себѣ производитъ суженіе, а продолженные разраженія, присоединяющіяся обыкновенно довольно поздно, едва ли подвергаются сильному изъязвленію, то этотъ послѣдовательный переходъ на пищеводъ оказываетъ очень мало вліянія на теченіе болѣзни. Вслѣдствіе этого описываемая вторичная форма рака представляетъ очень ничтожный патологическій интересъ.

Рокитанскій принимаетъ, что въ рѣдкихъ случаяхъ раки межлегочнаго пространства тоже переходятъ на пищеводъ.

Существованіе бугорковъ и бугорчатковыхъ язвъ въ пищеводѣ до сихъ поръ еще не вполне доказано. Одинъ только *Оттольцеръ* упоминаетъ о нихъ довольно положительно, но такъ какъ онъ не даетъ никакихъ подробныхъ указаній, то, не смотря на компетентность этого автора, мы не можемъ придавать его мнѣнію руководящаго значенія. Язва, обозначенная *Паутичкимъ* ¹⁾, какъ „можетъ быть, бугорчатковая“, судя по описанію, положительно не была бугорчатковой. Такъ же мало можетъ считаться доказаннымъ бугорчатковый характеръ язвъ, описанныхъ *Хвосткомъ* ²⁾ и *Краусомъ* (приведено у *Бирхъ-Гиршфельда*). При всемъ стараніи съ нашей стороны, мы всего два раза видѣли язвы, которыя мы лично готовы признать за бугорчатковыя; одинъ разъ мы видѣли у одержимаго бугорчаткой ребенка одиночную, маленькую круглую язву съ мелкими точечными узелками въ окружности. Другой разъ это было въ упомянутомъ выше (стр. 101) случаѣ обширнаго прободенія пищевода творожистыми железами. Но въ обоихъ случаяхъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи, не найдено ничего такого, что говорило бы въ пользу принадлежности этихъ язвъ къ бугорчаткѣ. Такимъ образомъ вопросъ остается еще открытымъ. Но, во всякомъ случаѣ, эти отрицательныя данныя показываютъ, что пищеводъ отличается значительной степенью неприкосновенности относительно бугорчатки, въ чемъ опять таки выражается его сходство съ кожей.

Припадки и распознаваніе.

Припадки рака пищевода такіе же, какъ и при медленно растущемъ суженіи; они часто начинаются болью и судорогой пищевода, сопровожда-

¹⁾ Virchow's Archiv, т. 44, стр. 373.

²⁾ Oesterr. Zeitschr. f. pract. Heilk., 1868, XIV, 27, 28. Schmidt's Jahrb., т. 141, стр. 293.

ющимися рано обнаруживающимся исхуданіемъ и ослабленіемъ. Однакоже, затрудненное глотаніе нерѣдко существуетъ въ теченіи многихъ мѣсяцевъ, безъ боли или признаковъ худосочія. Такіе случаи, повидимому, наблюдаются особенно у молодыхъ особъ и могутъ подавать поводъ къ діагностическимъ сомнѣніямъ, хотя бы уже въ виду возраста больного. Однакоже, и здѣсь дѣло рѣшается зондомъ, обнаруживающимъ вначалѣ умѣренное, но затѣмъ постепенно прибывающее суженіе на опредѣленномъ мѣстѣ пищевода, вмѣстѣ съ постоянной болью при прониканіи чрезъ него верхушки зонда. Въ дальнѣйшемъ теченіи боль рѣже отсутствуетъ. Затрудненное глотаніе медленно доходить до высшихъ степеней и соединяется съ отрыганіемъ нѣкоторой части пищи, по крайней мѣрѣ, твердой,—пока, наконецъ, просвѣтъ трубки совершенно не закроется, дѣлаясь недоступнымъ даже для жидкости. Смотря по положенію раковаго суженія въ верхнихъ или нижнихъ частяхъ пищевода, отрыганіе пищи появляется то раньше, то позднѣе. Въ первое время возвращенная назадъ пища бываетъ смѣшана только съ значительными количествами слизи; но позднѣе, когда ракъ подвергнется гнилоственному распаденію, пища возвращается назадъ, покрытая кровянистой слизью или вонючей раковой жижей. Раки, сидящіе въ верхнихъ частяхъ пищевода, подвергаясь гнилоственному распаденію, придаютъ дурной запахъ дыханію и часто уже довольно рано обуславливаютъ, въ слѣдствіе вторичной гиперплазіи окологлоточной кѣтчатки, защемленіе и параличъ нижняго гортаннаго нерва одной стороны, рѣже на обѣихъ сторонахъ (см. выше, стр. 33 и т. IV, 1, стр. 446).

Съ наступленіемъ гнилоснаго распаденія просвѣтъ суженнаго мѣста нерѣдко снова расширяется, такъ что больные довольно хорошо глотаютъ даже твердые куски. Въ этомъ періодѣ удается иногда извлечь небольшія частички рака въ глаза зонда.

Въ одномъ наблюдавшемся нами (Цимсенъ) случаѣ, долгое время остававшемся темнымъ, въ слѣдствіе совпаденія многихъ, затруднявшихъ распознаваніе, моментовъ (молодой возрастъ, прежнее поврежденіе пищевода проглоченной костью, отсутствіе худосочія и т. д.), намъ, наконецъ, удалось опредѣлить характеръ суженія съ помощью извлеченія крошекъ канкроида.

Распознаваніе большею частью не затруднительно. Особенное значеніе нужно придавать пожилому возрасту, мужскому полу, отсутствію травматическаго или какого-либо другаго этиологическаго момента, медленному увеличенію суженія, самобытнымъ болямъ, результатамъ изслѣдованія зондомъ и худосочію.

Преобладаніе мужского пола доказано уже выше числами, которыя, опираясь на анатомическія изслѣдованія, должны считаться непоколебимыми. Замѣтимъ, однакоже, что наши (Цимсенъ) клиническія наблюденія вполнѣ соотвѣтствуютъ этимъ даннымъ. Къ сожалѣнію, не во всѣхъ случаяхъ возможно было произвести вскрытіе, въ слѣдствіе чего наши числа не могутъ претендовать на такую же безусловную достовѣрность, какъ приведенныя выше числа Петри и Ценкера. Между 18 случаями рака пище-

да, которые мы (*Цимсенъ*) наблюдали и пользовали, было 17 мужчинъ и 1 женщина. Изъ этихъ 18 случаевъ принадлежали возрасту:

30—40 л.	41—50 л.	51—60 л.	61—70 л.
2	4	7	5

Въ этомъ числѣ ракъ 13 разъ помѣщался въ нижней трети, что опять таки совпадаетъ съ приведенными выше данными.

Боль, хотя существуетъ не всегда, но тамъ, гдѣ она появляется, составляетъ весьма драгоцѣнный моментъ для распознаванія, особенно если окажется, что она зависитъ не отъ одного только механическаго раздраженія пищевода (введеніе зонда и т. д.), а наступаетъ и самостоятельно, пронизывая грудь и отражаясь въ другихъ чувствительныхъ областяхъ. Особенно ночныя боли, отъ которыхъ больные просыпаются, дѣлають вѣроятнымъ существованіе рака, если имъ не предшествовали механическія раздраженія.

Мѣстопребываніе боли, равно какъ и степень ея распространенія различны, смотря по положенію рака въ верхнихъ или нижнихъ частяхъ, большому или меньшему протяженію его и степени участія сосѣднихъ органовъ (позвонковъ, плевры, сердечной сорочки и т. д.).

Продолжительность рака рѣдко превышаетъ годъ. Встрѣчаются, конечно, случаи 2-лѣтней и еще большей продолжительности, но въ подобныхъ случаяхъ всегда мыслимо, что новообразование выросло на рубцовомъ суженіи. Во многихъ случаяхъ смерть наступаетъ уже чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ.

Исходъ всегда смертельный и обусловливается или прободеніями въ сосѣдніе органы и вызываемыми этимъ воспаленіями и гнойнымъ разложеніемъ, распространеніемъ рака по смежности и переносами, гангреною легкихъ и т. д., или же просто голодомъ, вслѣдствіе затрудненной доставки пищи.

Леченіе.

Леченіе раковыхъ опухолей пищевода почти всегда бываетъ палліативнымъ, чисто припадочнымъ. Только при ракахъ, сидящихъ въ верхнихъ частяхъ и доступныхъ ножу, можно попытаться достигнуть радикальнаго излеченія съ помощью вылущиванія инфильтрованного ракомъ пищевода. Будущее покажетъ, насколько попытки, произведенныя въ этомъ направленіи *Бильротомъ* и др., имѣютъ шансы на успѣхъ.

Важнѣйшій вопросъ палліативнаго леченія заключается въ способѣ питанія больного, т. е. дозволительности механическаго расширенія раковой стриктуры съ помощью зондовъ. Въ этомъ отношеніи въ большинствѣ учебниковъ мы читаемъ предостереженіе противъ употребленія зонда въ позднѣйшихъ періодахъ рака, главнымъ образомъ вслѣдствіе опасности прободенія пищевода верхушкой зонда.

На основаніи же нашихъ наблюденій, мы (*Цимсенъ*) считаемъ себя вправѣ принять, что эти предостереженія опираются скорѣе на теоре-

тическія соображенія, чѣмъ на практическое наблюденіе дурныхъ послѣдствій отъ зондированія. По крайней мѣрѣ, въ нашихъ 17 случаяхъ, пользовавшихся методическимъ зондированіемъ, мы всего только одинъ разъ видѣли прободеніе въ легкое, и то это прободеніе не находилось въ прямой причинной связи съ самимъ зондированіемъ (это случай, сообщенный нами выше, на стр. 106). За то въ нашемъ 18-мъ случаѣ прободеніе послѣдовало въ сердечную сорочку, не смотря на то, что зондъ вовсе не былъ примѣненъ.

Съ другой стороны, послѣдовательное примѣненіе зонда приноситъ такую отличную палліативную помощь, и притомъ именно въ послѣднихъ періодахъ, что мы настоятельно рекомендуемъ это средство (ежедневно или черезъ день). Съ помощью его намъ удавалось въ нѣкоторыхъ случаяхъ продлить жизнь на нѣсколько мѣсяцевъ, хотя до начала леченія зондомъ каналъ былъ уже совершенно закрытъ даже для жидкостей. Не лишено вѣроятія, что механическое давленіе на опухоль можетъ имѣть своимъ результатомъ сморщиваніе послѣдней или даже зарубцовываніе очистившагося отъ раковыхъ массъ дна язвы; по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ (куда относится также приведенный выше, на стр. 107) мы находили послѣ смерти, рядомъ со свѣжими раковыми высыпаніями, рубцовыя свойства и аспидную окраску суженнаго мѣста (что, впрочемъ, допускаетъ еще и другое толкованіе, см. выше, стр. 163). Но, можетъ ли при подобныхъ обстоятельствахъ дѣйствительно наступить настоящее излеченіе путемъ образованія рубца, какъ принимаетъ *Рокитанскій* (см. выше, стр. 154), этотъ вопросъ мы оставляемъ открытымъ.

Улучшеніе глотанія вслѣдствіе проведенія даже тонкихъ зондовъ рѣзко бросается въ глаза и весьма важно для питанія больного. Уже чрезъ 2—3 дня послѣ того, какъ стриктура сдѣлается проходимою, больной снова въ состояніи глотать мясо и съ слѣдующей недѣли вѣсь тѣла увеличивается весьма быстро и въ значительной степени. Къ сожалѣнію, это благопріятное дѣйствіе зонда держится только до тѣхъ поръ, покуда зондированіе продолжается. Если же, какъ это часто случается, больному надобно это механическое леченіе и онъ выписывается изъ заведенія, то обыкновенно не проходитъ и нѣсколькихъ недѣль, какъ онъ снова возвращается назадъ, потому что уже чрезъ нѣсколько дней послѣ выхода ему снова становится невозможнымъ глотать.

Едва ли нужно прибавить, что примѣненіе зонда требуетъ величайшей осторожности и что особенно вначалѣ, покуда стриктура еще непроходима, нужно подвигаться имъ не иначе, какъ шагъ за шагомъ. Леченіе полезно начинать очень тонкими зондами, и тогда оказывается, что можно быстро перейти къ самымъ толстымъ нумерамъ. При раковыхъ суженіяхъ точно такъ же, какъ и при рубцовыхъ, весьма цѣлесообразными оказываются коническіе бужи *Бушара*.

Въ остальномъ искусственное питаніе больного должно быть ведено по общимъ правиламъ. Само собою разумѣется, что безъ наркотическихъ веществъ обойтись нельзя.

Относительно симптоматологіи и леченія остальныхъ формъ новообразованій едва ли можно что-либо прибавить къ сказанному о нихъ выше при патологіи, такъ какъ большинство изъ нихъ протекаетъ безъ всякихъ припадковъ и, слѣдовательно, недоступно ни для распознаванія, ни для леченія. Если, вырастая, они вызываютъ суженіе канала, то приходится распознать это суженіе, но никакъ не лежащую въ основаніи его форму новообразования. Одна развѣ продолжительность теченія можетъ придать нѣкоторую вѣроятность предположенію о доброкачественномъ характерѣ опухоли. Въ тѣхъ крайне рѣдкихъ случаяхъ, когда существуетъ суживающая каналъ саркома (см. случай *Чапмана*, стр. 147), невозможно при жизни отличить опухоли отъ рака. Поэтому, во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, леченіе должно идти по общимъ правиламъ. Относительно леченія полиповъ, которое должно быть чисто хирургическимъ, мы отсылаемъ читателя къ учебникамъ хирургіи (см. особенно *Кенигъ*, 1. с.).

РАСТИТЕЛЬНЫЕ И ЖИВОТНЫЕ ПАРАЗИТЫ.

Узкая, тонкостѣнная, постоянно омываемая жидкостями, трубка пищевода представляетъ не очень удобную почву для поселенія паразитовъ. Вотъ почему мы встрѣчаемъ здѣсь очень мало паразитныхъ болѣзней. Самую частую и важнѣйшую изъ этихъ болѣзней составляетъ молочница, которая развивается здѣсь точно такимъ же способомъ, какъ въ полости рта, откуда она, вѣроятно, и распространяется на пищеводъ ¹⁾. Чаше всего она встрѣчается у дѣтей и затѣмъ, хотя и нѣсколько рѣже, довольно равномерно распредѣляется по остальнымъ возрастамъ безъ различія пола. У дѣтей она встрѣчается вмѣстѣ съ катарромъ кишокъ, преимущественно при скоротечныхъ сыпяхъ (кори, оспѣ) и при чахоткѣ. У взрослыхъ мы встрѣчаемъ ее чаще всего у чахоточныхъ и затѣмъ при затянувшихся сыпяхъ; кромѣ того, она случайно встрѣчается при пиэмии и послѣродовой лихорадкѣ, слѣдовательно, всегда при очень истощающихъ заболѣваніяхъ, отчасти хроническихъ, отчасти, хотя и острыхъ, но затягивающихся надолго.

Соорныя массы пищевода представляются отчасти въ видѣ маленькихъ мягкихъ комочковъ или клочьевъ, слабо приставшихъ къ слизистой оболочкѣ, отчасти и болѣе часто въ видѣ сплошныхъ, весьма мягкихъ перепонокъ, толщиною до 1 миллим. и болѣе, сѣраго, сѣровато-бѣлаго или желтовато-сѣраго цвѣта, иногда же пропитанныхъ различными красками отъ разноцвѣтныхъ напитковъ. Эти перепонки выстилаютъ каналъ часто во всю его длину, иногда же на большемъ или меньшемъ протяженіи, и притомъ обыкновенно пристають къ слизистой оболочкѣ такъ слабо, что отъ сильной струи легко ссылаются; впрочемъ, иногда онѣ сидятъ мѣстами нѣсколько прочнѣе. На внутренней поверхности перепонки обыкновенно замѣчается множество легкихъ продольныхъ трещинъ, соответствующихъ морщинамъ слизистой обо-

¹⁾ Подробности о молочницѣ, равно какъ и о литературѣ ея вообще, см. при болѣзняхъ полости рта, настоящій т., ч. 1, стр. 54).

лочки при сокращеніяхъ пищевода. Эти трещины иногда проникають сквозь всю толщѣ перепонки, разсѣкая ее на множество продольныхъ полосъ. Лежащая надъ ними слизистая оболочка по большей части совершенно нормальна, иногда только сильнѣе налита и лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ усѣяна плоскими (катарральными) язвами.

Микроскопическое изслѣдованіе, съ особенной тщательностію произведенное Э. Вагнеромъ именно надъ сооромъ пищевода, показываетъ, что грибковыя массы, состоящія здѣсь, какъ и во рту, изъ самаго густого сплетенія грибковыхъ нитей съ заложенными между ними многочисленными спорами и обильной мелко-зернистой массой весьма равномѣрнаго зерна, развиваются главнымъ образомъ въ среднихъ слояхъ толстаго эпителиальнаго пласта, тогда какъ самый глубокий слой вмѣстѣ съ тонкимъ поверхностнымъ слоемъ остается въ цѣлости. Далѣе, Вагнеръ нашелъ, что нѣкоторыя грибковыя нити подъ конецъ проникають сквозь глубокіе слои эпителия въ ткань самой слизистой оболочки и даже въ просвѣтъ сосудовъ,—фактъ, подтвержденный А. Фогелемъ въ одномъ случаѣ соора полости рта и имѣющій громадное значеніе при объясненіи соорныхъ переносовъ во внутренніе органы, какъ мы (Ценкеръ) наблюдали это въ весьма отчетливой формѣ въ мозгу ¹⁾.

Въ большинствѣ случаевъ одновременно съ сооромъ пищевода находятъ его въ большей или меньшей степени еще въ глоткѣ, равно какъ и въ полости рта, гдѣ онъ разбросанъ въ видѣ островковъ на языкѣ, щекахъ и губахъ. Иногда же всѣ эти части свободны отъ соора, который можетъ быть удаленъ до изслѣдованія.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ молочница пищевода можетъ перейти и на очень мало предрасположенную къ ней слизистую оболочку желудка, какъ это Клебсъ нашелъ въ громадныхъ размѣрахъ въ общенномъ Пласкудой ²⁾ случаѣ.

¹⁾ Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkunde in Dresden pro 1861—62. Dresden, 1863, стр. 51. Высказанное недавно Лравицемъ на одномъ изъ засѣданій берлинскаго медицинскаго общества (Berliner klin. Wochenschr., 1877, № 41) предположеніе, что въ нашемъ случаѣ дѣло шло, вѣроятно, о соорныхъ массахъ, которыя „врасли въ сосудъ, потомъ оторвались и были перенесены въ мозгъ, гдѣ, однакоже, не дали новыхъ ростковъ“ (это онъ выводитъ изъ того, что при своихъ многочисленныхъ инъекціяхъ онъ не могъ вызвать размноженія соора въ кровеносныхъ путяхъ)—не выдерживаетъ критики. Въ нашемъ случаѣ мы имѣли очень легко видимые простымъ глазомъ (макроскопически) и состоявшіе изъ густой грибковой сѣти узелки, которые obviously далеко превышали даже самыя крупныя сосуды внутри мозговой ткани. И такъ какъ нельзя же было думать о непосредственномъ врастаніи грибковъ въ идущія къ мозгу артеріи, а лишь о впѣдреніи ихъ въ сосуды слизистой оболочки рта, зѣва или пищевода, то очевидно, что перешедшимъ отсюда въ мозгъ грибковымъ массамъ пришлось пройти еще чрезъ волосную сѣть легкихъ. Слѣдовательно, рѣчь можетъ идти только о перенесеніи споръ грибковъ. Большія же сѣти могли образоваться только въ веществѣ мозга.

²⁾ Berlin. klin. Wochenschr., 1864, 52.

Въ гортани тоже встрѣчаются изрѣдка соорныя пластинки, которыя несомнѣнно разраслись такъ, же и довольно крѣпко пристали къ слизистой оболочкѣ; тамъ онѣ встрѣчаются на голосовыхъ связкахъ и надгортанникѣ. Откуда онѣ могутъ даже распространиться на дыхательное горло и бронхи (см. случай *Вирхова*, о которомъ мы сейчасъ скажемъ подробнѣе).

Подобныя отложенія въ гортани, оказавшіяся при микроскопическомъ изслѣдованіи принадлежащими несомнѣнно соору, мы наблюдали 2 раза одновременно съ молочницей пищевода (разъ у 5-недѣльнаго ребенка, умершаго отъ катарра кишекъ, и въ другой разъ у 33-лѣтней женщины, умершей отъ послѣродовой горячки).

Само собою разумѣется, что при жизни небольшія частички соорныхъ массъ нерѣдко извергаются больными наружу. Но *Герардтъ* ¹⁾ наблюдалъ у одного ребенка, послѣ пріема рвотнаго, изверженіе всей соорной массы за-разъ въ видѣ цилиндра, по формѣ соответствовавшего пищеводу.

Съ другой стороны, размноженіе сооръ въ пищеводѣ можетъ дойти до такихъ громаднхъ размѣровъ, что онъ не то-что выстилаетъ, а положительно выполняе ть весь каналъ, окончательно заграждая путь пищѣ. Подобный случай впервые наблюдалъ *Вирховъ* ²⁾ у 7-недѣльнаго ребенка, смерть котораго зависѣла главнымъ образомъ именно отъ этого и у котораго, кромѣ того, найдены обильныя соорныя массы въ гортани, пищеводѣ и бронхахъ. Подобный же смертельный случай сообщенъ недавно *Булемъ* ³⁾. У очень истощенныхъ тифозныхъ больныхъ точно также наблюдалось подобное забиваніе пищевода сооромъ, а именно *Вирховымъ* (1. с., прим.), *Либермейстеромъ* и *Гофманомъ* ⁴⁾.

Недавно *Лецерихъ* ⁵⁾ сообщилъ подъ названіемъ „*mycosis oesophagi*“ случай, который онъ считаетъ за св оеобразное, до сихъ поръ еще не наблюдавшееся, характеристическое, чисто грибковое заболѣваніе: дѣвочка 1½ года заболѣваетъ съ явленіями затрудненнаго глотанія, къ которымъ вскорѣ присоединилось гастрическое расстройство (отрыжка, сильная вздутость и чувствительность въ области желудка). Все, что больная съ трудомъ проглатывала, тотчасъ же извергалось назадъ со рвотой, и такъ какъ это состояніе продолжалось нѣсколько дней, то ребенокъ сильно похудѣлъ. Вмѣстѣ съ рвотой нѣсколько разъ выдѣлялись пронизанныя кровяными полосками слизисто-гнойныя массы, въ которыхъ подъ микроскопомъ найдены, кромѣ пластинчататаго эпителія, гнойныхъ и слизистыхъ тѣлецъ, маленькія и крупныя колоніи микрококковъ. Кромѣ большихъ кругловатыхъ клубковъ, состоявшихъ изъ микрококковъ, повсюду видѣлись „подвижныя одиночныя кокки, палочки и большія количества связанныхъ между собой на подобіе нитки жемчуга кокковъ различной длины, смѣшавшіяся, вмѣстѣ съ большими и мелкими плазматическими шариками“. Характеристиче стику этихъ колоній *Лецерихъ* видитъ именно въ ссучиваніи ихъ въ подобныя длинныя, похожіе на жемчужныя, шнурки, чѣмъ онѣ рѣзко отличаются отъ всѣхъ извѣст-

¹⁾ Deutsche Klinik, 1858, 9.

²⁾ Verhandl. der physik.-med. Ges. in Würzburg, т. III, 1852, стр. 364.

³⁾ Intelligenzblatt der bayer. Aerzte, 1875, № 15, стр. 146.

⁴⁾ Этого руковод. т. II, ч. 1, стр. 140, и С. Е. Е. Hoffmann, Veränd. d. Organe beim Abdominaltyphus. Leipzig, 1869, стр. 170.

⁵⁾ Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie, т. VII, стр. 223, 1877.

ныхъ болѣзнетворныхъ схиномицетовъ. Въ виду несмѣтнаго грибковаго характера болѣзни *Лецерихъ* назначилъ салициловую кислоту, сначала въ растворѣ, потомъ въ субстанціи, послѣ чего больная черезъ нѣсколько дней вѣдоровѣла. Дойскаваясь источника зараженія, *Лецерихъ* замѣтилъ на комнатныхъ обояхъ большія влажныя пятна, а мать показала, что ребенокъ отдиравъ куски отъ этихъ обоевъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи этихъ отвратительно пахнущихъ кусочковъ обоевъ, въ нихъ найдены „немногіе характеристическіе жемчужные шишурочки и множество живо двигающихся палочекъ различной длины“ вмѣстѣ съ высшимъ и плѣсневымъ грибами. Разведя эти элементы въ культурныхъ камерахъ изъ желе, *Лецерихъ* получилъ совершенно тѣ же образованія, какъ и въ рвотѣ больной. „Эт имѣ неопровержимо доказывается, что зараженіе пищевода произошло отъ проглатыванія мелкихъ кусочковъ гнилыхъ обоевъ“. Микрококки проникли между эпителиальными клѣтками пищевода, которыя при дальнѣйшемъ размноженіи ихъ осыпались большими глыбами, и вызвали легкое воспалительное набуханіе слизистой оболочки. Вадутость желудка *Лецерихъ* приписываетъ процессамъ броженія, возбужденнымъ переселившимся изъ пищевода въ желудокъ низшими организмами.

Этотъ случай дѣйствительно имѣетъ громадный интересъ по своему этиологическому обоснованію (предполагая правильность наблюденія и толкованія фактовъ) и заставляетъ желать тщательнаго изслѣдованія аналогичныхъ случаевъ въ томъ же направленіи. Тѣмъ не менѣе мы не сомнѣемся рѣшаемся, на основаніи этого одного случая, признать эту новую грибковую болѣзнь за вполне самостоятельную форму.

Изъ животныхъ паразитовъ одна только трихина свиваетъ себѣ гнѣзда въ пищеводѣ. Такъ какъ мышечная оболочка пищевода въ верхней части состоитъ изъ поперечно-исчерченныхъ волоконъ, которыя, гдѣ бы они ни находились, всегда усѣваются трихинами, при вторженіи послѣднихъ въ тѣло, то эта мышечная оболочка, при сколько-нибудь значительномъ вторженіи трихинъ, всегда поражается ими. Нельзя сомнѣваться въ томъ, что затрудненія глотанія, иногда очень значительныя, часто появляющіяся въ теченіи трихинной болѣзни (см. настоящее руководство, т. III, стр. 330), зависятъ, кромѣ пораженія трихинами мышцъ глотки, также отъ участія пищевода. Пищеводы лицъ, вѣдоровѣвшихъ послѣ тяжелой трихинной болѣзни, представляютъ, вслѣдствіе густо усѣвающихъ ихъ и легко замѣтныхъ простымъ глазомъ сумокъ (особенно когда послѣднія обызвествлены), отличный объектъ для изученія распредѣленія поперечно-исчерченныхъ и гладкихъ мышцъ въ пищеводѣ, такъ какъ послѣднія не затрогиваются трихинами. Само собою разумѣется, что замкнувшаяся въ сумкѣ трихина не причиняетъ и здѣсь сколько нибудь постоянныхъ разстройствъ.

Въ видѣ временныхъ постояльцевъ на вскрытіяхъ нерѣдко находятъ въ пищеводѣ одну или нѣсколько круглыхъ глисть (*ascaris lumbricoides*). Мы разъ нашли 3 экземпляра одинъ возлѣ другого. Очевидно они попали туда изъ желудка незадолго до смерти и потому не представляли бы никакого патологическаго интереса, если бы не та возможность, что онѣ могутъ однимъ концемъ попасть въ гортань и вызвать опасность задушенія, какъ это случилось съ ребенкомъ, о которомъ сообщилъ

Делазіовъ ¹⁾). Ребенокъ находился уже въ коматозномъ состояніи съ припадками суженія гортани и былъ спасенъ, только благодаря быстрому удаленію круглой глисты, сидѣвшей верхомъ на перегородкѣ между пищеводомъ и дыхательнымъ горломъ. Предположеніе же *Лорана* ²⁾), будто бы круглая глιστα, найденная на вскрытіи въ пищеводѣ у одной помѣшанной, была причиной остраго бреда, продолжавшагося 13 дней, кажется болѣе чѣмъ сомнительнымъ.

Остается еще упомянуть, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ пьявки, понавшія въ пищеводъ при глотаніи, вызывали кровотеченіе, но скорѣ умирави ³⁾).

¹⁾ См. Schmidt's Jahrb., т. 144, стр. 77.

²⁾ Тамъ-же.

³⁾ Hager, Die fremden Körper im Menschen, 1844.

НЕВРОЗЫ ПИЩЕВОДА.

Литература.

Hofmann, Friedr., De morbis oesophagi spasmodicis. Opera omnia. Edit. Genev., т. III, стр. 130, и De spasmogulae inferioris. Halae, 1733. — van Swieten'a Commentaria in Boerhaave Aphorismos etc. Lovanii, 1773, т. III, стр. 530 и сл. — Richerand, Nosographie chirurg., изд. II, т. III, стр. 316. — Courant, De nonnullis morbis convulsivis oesophagi. Montpellier, 1778. — Bleuland, De sana et morbosa oesophagi structura. Lugd. Batav., 1780, стр. 56. — Monro, A., De dysphagia. Diss. Edinburgh, 1797, и The morbid Anatomy of the human gullet etc. Edinb., 1811, стр. 223 и сл. — Smyth, Carmichel, у Monro, l. c., стр. 231. — Mondière, Recherches sur l'oesophagisme. Archiv. génér. de Med., серия II, т. 1, 1833. — Oppolzer, Wiener med. Wochenschrift, 1851. — Follin, Des rétrécissements de l'oesophage. Thèse de concours. Paris, 1853. — Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, изд. III, 1853, т. I, стр. 461. — Gendron, Sur la dysphagie, ses variétés et son traitement. Archiv. génér. de Med., 1858. — Brinton, W., On spasmodic stricture of the oesophagus. The Lancet, 1866, I, стр. 2. — Power, H., On a case of spasmodic stricture of the oesophagus terminating fatally. The Lancet, 1866, I, стр. 252. — Broca, Rétrécissement spasmodique de l'oes. Guérison par la dilatation forcée. Gaz. des Hôp., 7 авг. 1869. — Vigla, Rétrécissement spasmod. de l'oes. Gaz. des Hôp., 25 сент. 1869. — Handfield Jones, Studies of functional nervous disorders. London, 1870. — Eaton, Case of spasmodic Stricture of the oesoph. The Lancet, 13 янв. 1872. — Seney, Sur l'Oesophagisme ehronique. Archives génér. de Méd., июль 1873, стр. 95. — Smith, T. Curtis, A. case of spasmodic stricture of the oes. Philad. med. and surg. reporter, XXX, 21 февр. 1874. — Foot, Cases of oesophagismus. Dublin Quart. Journ. of med. Science, апрѣль 1874. — Peter, Rétréc. spasmod. de l'oes. Pronostic fatal à propos d'une pneumonie de mauvaise nature. Gaz. des Hôpit., 85, 1875. — Sommerbrodt, Berl. klin. Wochenschr., 1875, № 24 и 25. — Ganghofner, F., Zur Lehre von der nervösen Dysphagie. Vortrag. Prager med. Wochenschrift, 1876, № 5 и 6. — Mackenzie, M., Spasmod. stricture of the oes. Med. Times and Gazette, 21 окт. 1876. — Paralysis of the oes. Ibidem., 18 ноября 1876. — Jaccoud, S., Traité de Pathologie interne, изд. V, т. II, стр. 118, 1877.

О неврозахъ пищевода мы вообще знаемъ очень немного. Сравнительно лучше всего изучены двигательныя разстройства, а между ними лучше другихъ судорога пищевода. О разстройствахъ чувствительной сферы мы не находимъ въ литературѣ никакихъ указаній. А между тѣмъ такія разстройства существуютъ несомнѣнно; по крайней мѣрѣ, на основа-

ни нашихъ (*Цимсенъ*) наблюдений, мы пришли къ тому заключенію, что при параличѣ, развивающемся послѣ дифтерита, кромѣ анестезіи глотки и гортани, нерѣдко встрѣчаются также и анестезіи пищевода. Что эти анестезіи встрѣчаются и при другихъ расстройствахъ въ области периферическихъ развѣтвленій блуждающихъ нервовъ, равно какъ и въ ихъ центральныхъ частяхъ—это вѣроятно, но не доказано.

Въ тѣхъ случаяхъ дифтеритическаго паралича гортани и глотки, въ которыхъ, вслѣдствіе недостаточнаго замыканія гортани, кормленіе приходилось производить исключительно съ помощью желудочнаго зонда, насъ (*Цимсенъ*) всегда поражали выносливость больныхъ къ введенію зонда и отсутствіе всякой чувствительной реакціи со стороны слизистой оболочки пищевода. Въ виду этого наблюденія и того факта, что въ подобныхъ случаяхъ анестезія слизистой оболочки глотки несомнѣнно простирается до начала пищевода, мы можемъ съ вѣроятностью принять, что то же расстройство существуетъ и въ области распространенія блуждающаго нерва въ пищеводѣ. Точнаго же доказательства можно, конечно, ожидать только отъ непосредственнаго испытанія чувствительности съ помощью пищеводныхъ электродовъ въ благопріятныхъ для этого случаяхъ.

Гиперестезія слизистой оболочки пищевода тоже вѣроятно относительно нѣкоторыхъ случаевъ истерики и гипохондріи, но опять таки не доказана прямыми наблюденіями. Во многихъ случаяхъ первичной судороги пищевода существуетъ, вѣроятно, и гиперестезія слизистой оболочки—или какъ причина судороги, или какъ совмѣстный съ послѣдней результатъ одного и того же вреднаго вліянія. Въ пользу этого говорить, съ одной стороны, аналогичныя явленія гиперестезіи и судороги на слизистой оболочкѣ гортани, а съ другой—благопріятное дѣйствіе бромистаго калия и механическаго леченія зондомъ при эзофагизмѣ. Нѣкоторыя клиническія наблюденія, а именно *Фута*, *Сеней* и *Зоммерброта*, тоже говорятъ въ пользу предположенія, что гиперестезія часто является причиной судороги пищевода.

Изъ двигательныхъ расстройствъ судорога пищевода, хотя тоже составляетъ въ общемъ рѣдкое явленіе, но, повидимому, встрѣчается несравненно чаще, чѣмъ параличъ.

Судорога пищевода, *spasmus oesophagi, oesophagismus*.

Судорога пищевода сдѣлалась предметомъ тщательныхъ изслѣдованій еще въ началѣ 18 столѣтія и съ теченіемъ времени получила разнообразныя названія [*dysphagia spasmodica* (*Ф. Гоффманъ*), *angina convulsiva* (*ванъ Свитенъ*), *oesophagospasmus* (*Фогель*), *oesophagisme* (*Мондьеръ*), *rétrécissement spasmodique* (*Брока*), *stenosis spastica fixa et migrans* (*Гамбургеръ*)].

Разсмотримъ сначала фізіологическіе факты, важные для уясненія патогенеза судороги пищевода.

Актъ глотанія, по скольку онъ касается пищевода, представляетъ въ сущности рефлекторный актъ: возбужденіе чувствительныхъ нервныхъ окончаній слизистой оболочки

вызываетъ, при посредствѣ заложенныхъ въ стѣнкѣ узловъ, сокращеніе соотвѣтственнаго отдѣла, которое, если раздраженіе продолжается, распространяется перистальтически внизъ. Это перистальтическое распространеніе мышечной волны обусловливается или самимъ движеніемъ, вызывающимъ въ качествѣ раздраженія рефлекторное сокращеніе слѣдующей части пищевода [*Вильдъ*¹⁾], или же, какъ это стало вѣроятнымъ послѣ прекрасныхъ изслѣдованій *Гольца*²⁾, возбужденіемъ толстыхъ узловыхъ сплетеній въ стѣнкѣ пищевода, открытых *Мейснеромъ*, *Ауербахомъ* и др. Эти узлы пищевода съ своей стороны находятся въ связи съ продолговатымъ мозгомъ при посредствѣ нервныхъ волоконъ, какъ кажется, исключительно волоконъ блуждающаго нерва.

Между тѣмъ какъ прямое раздраженіе стѣнки пищевода, равно какъ стволу блуждающаго нерва, вызываетъ сокращенія трубки съ перистальтическимъ распространеніемъ,—разрушеніе головного и спинного мозга, а также перерѣзка блуждающихъ нервовъ, по опытамъ *Гольца* надъ лягушками, производятъ неподвижное сокращеніе пищевода и желудка, продолжающееся въ теченіи многихъ часовъ. То же явленіе можетъ быть вызвано сильнымъ раздраженіемъ другихъ центростремительныхъ нервовъ, не имѣющихъ никакой связи съ пищеводомъ и желудкомъ, какъ напр., сѣдалищныхъ нервовъ, нервовъ отдѣльныхъ кишечныхъ петель и т. д. Отсюда, повидимому, слѣдуетъ, что продолговатый мозгъ оказываетъ на мышцы пищевода скорѣе умѣряющее, задерживающее рефлексъ, вліяніе, при отпаденіи котораго возбудимость узловъ пищевода усиливается до такой значительной степени, что уже на самое ничтожное раздраженіе, ускользающее отъ нашего наблюденія, онъ отвѣчаетъ тетаническимъ сокращеніемъ мышечныхъ слоевъ.

Впрочемъ, *Гольцъ*, разсматриваетъ дѣйствіе сильнаго периферическаго раздраженія другихъ центростремительныхъ нервовъ на пищеводъ и желудокъ, не какъ рефлекторное сокращеніе въ обыкновенномъ смыслѣ, а какъ движеніе, вызванное ослабленіемъ жизненной энергіи, чѣмъ-то въ родѣ оглушенія, продолговатаго мозга. Во время этой мнимой смерти своей продолговатый мозгъ остается бездѣятельнымъ, вслѣдствіе чего получается такое же чрезмѣрное усиленіе возбудимости пищеводныхъ узловъ, какъ послѣ вырѣзыванія продолговатаго мозга. Если раздраженіе, вызвавшее оглушеніе продолговатаго мозга,—временное, то и послѣдствія его со стороны пищевода тоже могутъ пройти, чтобы возобновиться при новомъ раздраженіи.

Не нужно, впрочемъ, забывать, что между результатами и *гольцевскихъ* опытовъ надъ лягушками и опытами другихъ авторовъ надъ теплокровными животными (*Шиффъ*, *Шово*) существуютъ еще разныя противорѣчія, а потому было бы желательно видѣть контрольные опыты надъ крупными теплокровными животными.

Эти экспериментальные факты имѣютъ громадное значеніе для клиническаго уясненія вопроса. Они, какъ нельзя лучше, подходятъ къ тому клиническому наблюденію, что продолжительная судорога пищевода можетъ произойти отъ прямого раздраженія стѣнки пищевода, отъ разнообразныхъ иннервационныхъ разстройствъ въ стволахъ и вѣтвяхъ блуждающихъ нервовъ и въ продолговатомъ мозгу, наконецъ, отъ энергическихъ раздраженій, имѣющихъ мѣсто въ другихъ периферическихъ чувствительныхъ областяхъ. Точно также появленіе судороги пищевода при сильныхъ психическихъ аффектахъ и въ теченіи истеріи и психозовъ должно быть сведено, подобно неврозамъ дыхательныхъ органовъ, на измѣненія возбудимости, т. е. жизненной энергіи центровъ въ продолговатомъ мозгу, измѣненія, которыя, по *Гольцу*, должны имѣть угнетающій, похожій на параличъ, характеръ.

¹⁾ Ueber die peristaltischen Bewegungen des Oesophagus и т. д. Henle und Pfeuffer's Zeitschr. f. rat. Med., 1846, т. V, стр. 76.

²⁾ Studien über die Bewegungen der Speiseröhre und des Magens des Frosches. Pfüger's Archiv, 1872, VI, стр. 616 и сл.

Наконецъ, какъ о возможномъ факторѣ усиленной возбудимости, нужно упомянуть о разстройствѣ иннервации сосудо двигательныхъ нервовъ пищевода и обусловливаемой этимъ ишеміи. Впрочемъ, по опытамъ *Гольца*, этотъ факторъ долженъ быть совершенно вычеркнутъ.

Находится ли предпочтительное появленіе судороги въ верхнихъ частяхъ пищевода въ какомъ либо отношеніи къ обилію въ этомъ мѣстѣ поперечно-полосатыхъ мышечныхъ элементовъ посреди гладкихъ мышечныхъ волоконъ—рѣшить трудно, тѣмъ болѣе, что данныя относительно частоты судороги по различнымъ отдѣламъ пищевода пока еще крайне неудовлетворительны.

Установившееся издавна дѣленіе судорогъ пищевода на идиопатическія и припадочныя не можетъ быть выдержано до конца.

Къ припадочнымъ судорогамъ причисляютъ тѣ судороги пищевода, которыя обусловливаются воспаленіемъ, обжиганіемъ, изъязвленіемъ, новообразованіями и посторонними тѣлами въ стѣнкѣ пищевода и глотки; далѣе, судороги, вызываемыя болѣзнями шейныхъ позвонковъ, заглоточными нарывами, страданіями головного и спинного мозга, равно какъ блуждающихъ нервовъ. Наконецъ, сюда же относятъ тѣ судороги, которыя появляются при истерикѣ, падучей, собачьемъ бѣшенствѣ и столбнякѣ.

Такъ называемая идиопатическая (самобытная) судорога обнимаетъ всѣ тѣ случаи, въ которыхъ нельзя найти опредѣленной анатомической причины для судороги. Если на эту идиопатическую судорогу смотрѣть, какъ на настоящій неврозъ пищевода, то къ ней нужно будетъ причислить и тѣ случаи, въ которыхъ этотъ неврозъ развивается рефлекторнымъ путемъ, а именно, какъ отъ раздраженія периферическихъ концевъ блуждающаго нерва внѣ пищевода, такъ и отъ раздраженія другихъ центростремительныхъ нервныхъ путей. Наблюденія показываютъ, что рефлекторная судорога можетъ имѣть своей отправной точкой не только желудокъ и кишки (при ракахъ, глистахъ), но и матку (беременность, воспаленіе матки, перегибы, новообразованія), и съ теченіемъ времени достигнуть извѣстной самостоятельности.

Особенный интересъ представляетъ появленіе судороги отъ психическихъ аффектовъ, гнѣва, испуга, преимущественно же отъ опасенія водобоязни, даже въ случаяхъ, въ которыхъ укушеніе причинено совсѣмъ не подозрительной собакой. Въ подобныхъ случаяхъ дѣло идетъ обыкновенно о сильно предрасположенныхъ личностяхъ: нервныхъ, истеричныхъ, ипохондричныхъ, беременныхъ.

Гамбургеръ причисляетъ такъ называемый *globus hystericus* прямо къ судорогѣ пищевода, не смотря на то, что между признаками этой болѣзни недостаетъ главнѣйшихъ припадковъ судороги пищевода, а именно боли, затрудненнаго глотанія, отрыганія пищи и препятствія при зондированіи. Это зачисленіе глобуса къ первымъ (наиболѣе легкимъ) степенямъ эзофагизма, характеризующимся судорожнымъ сокращеніемъ мышцъ пищевода въ порядкѣ снизу вверхъ, *Гамбургеръ*

оправдывает данными, найденными имъ при выслушиваніи. Въ тотъ моментъ, когда больные жалуются на ощущение подымающагося шара, можно явственно слышать, какъ пищеводъ „въ одной изъ своихъ нижнихъ частей быстро стягивается, образуетъ обращенную вверхъ воронку, быстро устремляющуюся снизу вверхъ“.

Но эти основанія едва ли могутъ доказать судорожный характеръ глобуса, а всего менѣе они даютъ *Гамбургеру* право рѣшать въ положительномъ смыслѣ вопросъ о существованіи антиперистальтическихъ сокращеній пищевода.

Впрочемъ, у сильно предрасположенныхъ особъ, особенно если у нихъ уже разъ была судорога, иногда достаточно простой боязни ея возвращенія, даже простого представленія объ актѣ глотанія, чтобы вызвать припадокъ судороги.

Что касается возраста и пола, то у женщинъ и въ среднемъ возрастѣ судороги встрѣчаются несравненно чаще, чѣмъ у мужчинъ, у дѣтей и въ старости.

Припадки и распознаваніе.

Начало эзофагизма сказывается внезапнымъ появленіемъ болѣе или менѣ затрудненнаго глотанія, обыкновенно вмѣстѣ съ мучительнымъ ощущеніемъ стягиванія и жженія въ шеѣ или груди. Нерѣдко, особенно въ жестокихъ случаяхъ, къ этому присоединяется судорога глотки, гортани, шеи, затылка и груди.

Только въ немногихъ случаяхъ затрудненіе глотанія бываетъ полнымъ. При этомъ чрезъ суженное мѣсто не проходитъ ни одного куса пищи и даже ни одной капли воды. Если судорога занимаетъ верхній отдѣлъ пищевода, то при каждой попыткѣ глотать пища немедленно же выбрасывается назадъ. При болѣе низкомъ положеніи судороги пища отрыгивается обыкновенно много времени спустя, обильно смѣшанная со слизью и газомъ.

Въ большинствѣ же случаевъ существуетъ только затрудненіе глотанія, такъ что пища въ концѣ концовъ, хотя и не безъ долгихъ усилій со стороны больного и частаго возвращенія ея вверхъ, все таки попадаетъ въ желудокъ вся или наибольшей своей долей. Въ большинствѣ подобныхъ случаевъ жидкости проглатываются легче, чѣмъ твердая пища; въ нѣкоторыхъ же случаяхъ замѣчается обратное отношеніе. Одни больные глотаютъ легче теплыя, другіе, напротивъ, холодныя жидкости. Будучи введенъ во время приступа, зондъ наталкивается, въ томъ мѣстѣ, гдѣ находится сродорожное суженіе, на препятствіе. Если производить на это мѣсто нѣкоторое давленіе желудочнымъ зондомъ или оставить тамъ на нѣсколько минутъ верхушку зонда, то мышцы сразу или мало по малу расслабляются и зондъ безъ затруд-

ненія проскальзываетъ въ желудокъ. Иногда достаточно поставить зондъ въ глотку, чтобы тотчасъ же исчезла судорога пищевода.

При выслушиваніи можно различить, какъ поднимаются вверхъ воздушные пузыри; при высшихъ степеняхъ сѣуженія получаются акустическіе признаки отрыганія пищи.

Судорожный приступъ возвращается съизнова послѣ долгаго или короткаго промежутка времени, при чемъ онъ обыкновенно вызывается самымъ актомъ глотанія или какимъ либо психическимъ движеніемъ, напр. досадой, опасеніемъ новаго приступа и т. д.

Продолжительность каждаго отдѣльнаго приступа весьма различна; онъ можетъ длиться минуты, часы и дни; извѣстны даже случаи, въ которыхъ судорога упорно держалась цѣлыми недѣлями и мѣсяцами. Эта „*stenosis spastica fixa continua*“ *Гамбургера* протекаетъ безъ боли и отличается колебаніями въ силѣ судороги, которая, однакоже, никогда вполне не исчезаетъ. Хотя глотаніе при этой рѣдкой формѣ не совсѣмъ уничтожено, однако, доставка пищи чрезвычайно ограничивается, вслѣдствіе чего значительно страдаетъ питаніе больного.

Общая продолжительность перемежающейся формы можетъ въ упорныхъ случаяхъ обнимать многіе годы (*Сеней* наблюдалъ случай 15-лѣтней продолжительности, *Лазеръ* — случай, въ которомъ судорога существовала около 30 лѣтъ, и, наконецъ, *Аирдъ* ¹⁾ приводитъ случай, въ которомъ судорога пищевода оставалась во все теченіе продолжительной жизни больного); въ большинствѣ случаевъ, однакоже, излеченіе наступаетъ гораздо раньше.

Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, которые были изслѣдованы послѣ смерти, не найдено никакихъ анатомическихъ измѣненій.

Одинъ изъ самыхъ старыхъ случаевъ есть приведенное *Монро* наблюденіе д-ра *Рутерфорда*. Это была дѣвушка 20 лѣтъ, которая, вслѣдствіе упорной судороги пищевода, цѣлыхъ 2 года и 8 мѣсяцевъ кормилась съ помощью желудочнаго зонда. По прошествіи этого времени она поправилась настолько, что могла глотать всякую пищу, хотя и не совсѣмъ безъ судорожныхъ припадковъ. Черезъ три года послѣ прекращенія искусственнаго кормленія она умерла отъ воспаленія легкихъ. Не смотря на самое тщательное изслѣдованіе, въ пищеводѣ не найдено никакихъ измѣненій.

Второй случай *Монро*, наблюдавшійся его отцомъ, относится къ 45-лѣтнему мужчине, страдавшему ракомъ желудка и, вслѣдствіе этого, судорожнымъ затрудненіемъ глотанія. Сѣуженіе находилось приблизительно по срединѣ пищевода, по временамъ смыкалось до того плотно, что не пропускало даже тончайшихъ зондовъ, и во все время своего существованія сопровождалось болью подъ грудиной, распространявшейся до ключицъ и значительно обострявшейся при глубокомъ вдыханіи. Это продолжалось съ 10 октября до 26 мая слѣдующаго года, когда больной скончался. На вскрытіи найденъ ракъ желудка, тогда какъ на всемъ протяженіи пищевода не замѣчалось ни малѣйшихъ признаковъ какого-либо измѣненія.

Такіе же отрицательные результаты получены и въ нѣкоторыхъ случаяхъ отраженной судороги пищевода.

¹⁾ Edinb. Med. Essays, т. I, и *Monro, Morbid Anatomy etc.*, стр. 224.

Единственное наблюдение смертельного исхода чистой идиопатической судороги пищевода, постоянно цитируемое в литературѣ, есть случай д-ра *Генри Поуера*, напечатанный в 1866 г. и наблюдавшийся собственно в 1857 г. (см. литературу). Но описание *Поуера*, кроме своей афористической краткости, представляет такъ много пробѣловъ и страдаетъ такой неполнотой изслѣдованія, какъ при жизни, такъ и послѣ смерти, что не выдерживаетъ мало-мальски основательной критики. Рѣшительно непонятно, какимъ образомъ это казуистическое сообщеніе могло в теченіи цѣлаго 10-лѣтія переходить изъ одного учебника в другой и съ одного языка на другой—обыкновенно подъ именемъ какого-то *Помера* или *Помса*—какъ единственное доказательство возможности смертельного исхода идиопатического эзофагизма.

Случай этотъ относится къ землевладѣльцу, 48 лѣтъ, нервнаго тѣлосложенія, но до начала болѣзни здороваго и сильнаго. Болѣзнь началась хрипотою и припадками кашля при разговорѣ. Къ этому прибавилось затрудненіе глотанія, вслѣдствіе появившихся каждый разъ сильныхъ приступовъ кашля. Жидкое тѣло больной могъ принимать только очень маленькими глотками, такъ какъ большіе глотки вызывали кашель. Твердую пищу онъ глоталъ лучше. Зондъ вначалѣ совсѣмъ не проходилъ чрезъ пищеводъ, поздѣе же проходилъ, но не безъ усилія. Больного мучила обильная тягучая слизь и слюна, которыхъ онъ не могъ проглотить. Гноевикъ надъ щитовиднымъ хрящемъ былъ разрѣзанъ *Поуеромъ*. Чрезвычайное истощеніе, охрипелость, попеременно то жаръ, то холодъ. Дыханіе и отпаиванія центральной нервной системы совершенно нормальны. Мышечная сила довольно еще значительна. Рѣчь сдѣлалась подъ конецъ совершенно непонятной, вслѣдствіе недостаточнаго членораздѣльнаго произношенія словъ.

При вскрытіи оказалось вполне нормальное состояніе глотки, гортани, пищевода, блуждающихъ нервовъ и другихъ органовъ—словомъ, результатъ посмертнаго изслѣдованія оказался вполне отрицательнымъ.

Если что возбуждаетъ сомнѣніе въ правильности толкованія этого случая, такъ это припадки недостаточнаго закрытія гортани при глотаніи, являвшіеся преимущественно въ видѣ взрывовъ кашля при актѣ глотанія, такъ что больной обращался за совѣтомъ ко многимъ врачамъ по поводу своего „кашля“. Насколько можно судить, подъ конецъ болѣзни существовалъ также параличъ членораздѣльной рѣчи, и если къ этому прибавить явленіе недостаточнаго смыканія гортани и мучительное скопленіе обильной слизи и т. д., то невольно приходитъ мысль о бульбарномъ параличѣ. Къ сожалѣнію, объ анатомическихъ свойствахъ продолговатаго мозга ничего не сказано.

Распознаваніе представляетъ значительныя затрудненія и возможно только тогда, когда съ помощью продолжительнаго наблюденія, съ одной стороны, выясняется несомнѣнное существованіе наиболѣе важныхъ діагностическихъ моментовъ, а съ другой—могутъ быть исключены всѣ тѣ страданія, которыя послѣдовательно вызываютъ или имитируютъ судорогу. При различительномъ распознаваніи особенное значеніе нужно придавать существующему предрасположенію къ судорогамъ вообще, совпаденію затрудненнаго глотанія съ судорогами гортанной щели, невралгіями, сердцебиеніями и аномаліями настроенія, затѣмъ, преимущественно, перемежаемости дисфагій, появленію ея приступами (обусловливаемыми актомъ глотанія, душевными движеніями), между кото-

рыми замѣчаются продолжительные или короткіе свободные промежутки съ полной или почти полной неприкосновенностью способности глотанія, наконецъ, результатамъ изслѣдованія зондомъ.

Между разстройствами, которыя могутъ быть смѣшаны съ судорогой пищевода и потому должны быть исключаемы, особеннаго упоминанія заслуживаютъ воспалительное суженіе, развитіе новообразованія въ стѣнкѣ пищевода, разлитое и частное расширеніе трубки, присутствіе постороннихъ тѣлъ, объемистые зобы.

Осторожное заключеніе *ex jvantibus* тоже не лишено значенія; такъ, быстрое устраненіе судороги отъ введенія зонда, отъ приѣмовъ противосудорожныхъ средствъ, отъ гальваническаго тока—говорить за судорожный характеръ суженія.

Въ этомъ отношеніи весьма поучительны обнародованные *Гамбофнеромъ* случаи у двухъ женщинъ, одной 39, другой 44 лѣтъ. Въ обоихъ случаяхъ былъ умѣренный зобъ, которому, однакоже, нельзя было приписать существеннаго вліянія на развитіе судороги. У обоихъ больныхъ появлялись судороги голосовой щели, особенно при введеніи желудочнаго зонда, при чемъ, однакоже, ларингоскопомъ нельзя было замѣтить никакихъ анатомическихъ измѣненій въ гортани. Первое время невозможно было провести глоточнаго зонда чрезъ судорожную стриктуру, вслѣдствіе появившихся каждый разъ приступовъ задушенія. Гальванизированіе шеи дало у обоихъ больныхъ поразительно благопріятные результаты, которые, какъ кажется, сдѣлались постоянными послѣ продолжительнаго употребленія тока. Послѣ примѣненія гальваническаго тока зондъ свободно проходилъ въ желудокъ. Въ одномъ случаѣ существовали и ненормальныя ощущенія вдоль ушной вѣтви блуждающаго нерва.

Предсказаніе.

Предсказаніе при чистой невротической формѣ можетъ считаться вполне благопріятнымъ, такъ какъ большинство случаевъ излечивается довольно быстро, а наиболѣе упорные случаи, не смотря на долготѣе существованіе болѣзни и значительное вліяніе ея на общее питаніе тѣла, сами по себѣ тоже не влекутъ за собою смерти. Случай *Поуера*, который до сихъ поръ приводился большинствомъ авторовъ, какъ доказательство возможности смертельнаго исхода судороги, не отличается, какъ мы видѣли, особенной доказательностью. Относительно продолжительности страданія предсказаніе должно быть высказано всегда съ большою осторожностью, такъ какъ имѣющіяся наблюденія показываютъ, что судорога можетъ затянуться на многіе годы при постоянной смѣнѣ послабленій и ожесточеній, даже съ появленіемъ очень большихъ, совершенно свободныхъ промежутковъ.

Предсказаніе припадоочной судороги, понятное дѣло, зависитъ отъ характера основнаго страданія и отъ возможности привести послѣднее къ благопріятному исходу.

Лечение.

Лечение идиопатической, чисто нервной судороги, съ одной стороны, должно быть направлено противъ общаго предрасположенія, нервной раздражительности, истеріи и т. д., а съ другой, должно быть чисто мѣстнымъ. Въ послѣднемъ отношеніи наибольшаго довѣрія заслуживаетъ, какъ кажется, механическое притупленіе рефлекторной возбудимости съ помощью повторнаго вставленія по возможности толстыхъ желудочныхъ зондовъ ¹⁾, поддерживаемое большими приемами бромистаго калия, успокаивающее вліяніе котораго на чувствительность и рефлекторную возбудимость верхнихъ пищеводящихъ путей можетъ считаться вполне доказаннымъ новѣйшими изслѣдованіями *Кроса* и др. ²⁾,—равно какъ примѣненіе гальваническаго тока на шеѣ (*Гамюфнеръ*). Только всѣ эти средства нужно примѣнять въ теченіи продолжительнаго времени и не оставлять ихъ слишкомъ рано.

Внутреннее употребленіе различныхъ нервныхъ и противосудорожныхъ средствъ ненадежно, на что указывалъ уже *Мондьеръ*. За то эндематическое и подкожное примѣненіе лекарствъ можетъ служить поддержаніемъ главнаго способа леченія; въ опасныхъ случаяхъ показаны также сильныя отвлеченія на кожу (каленное желѣзо, помазываніе кожи электрической кисточкой).

Параличъ пищевода. Paralysis oesophagi. Dysphagia paralytica.

Этіологія.

Наши знанія о параличѣ пищевода и его причинахъ крайне ничтожны. Въ значительной степени это зависитъ отъ рѣдкости отдѣльнаго появленія параличей пищевода. Какъ частное явленіе обширныхъ мозговыхъ параличей, параличъ пищевода, наблюдается часто, но обыкновенно только къ концу жизни, напр. при тяжелыхъ апоплексіяхъ, бульбарномъ параличѣ, множественномъ головно-спинномъ склерозѣ, и въ этихъ случаяхъ, составляя явленіе агоніи, не можетъ служить предметомъ наблюденія.

Параличъ одной только стѣнки пищевода, съ участіемъ или безъ участія мышцъ гортани и глотки, встрѣчается, повидимому, при заболѣваніяхъ центральныхъ началъ блуждающаго нерва и самихъ стволовъ его, равно какъ ихъ периферическихъ концовъ, а быть можетъ, также и придаточныхъ нервовъ. Повидимому, дифтеритическій параличъ глоточныхъ и гортанныхъ мышцъ сопровождается въ тяжелыхъ

¹⁾ Въ нѣкоторыхъ случаяхъ для полнаго и прочнаго устраненія судороги оказывалось достаточнымъ одинъ разъ ввести зондъ и оставить его тамъ на нѣкоторое время.

²⁾ Arch. für experim. Pathologie und Pharmakologie, 1876, т. VI.

случаяхъ и параличемъ пищевода. Далѣе, за причину паралича выставляютъ сифилитическія зараженія, хроническія отравленія свинцомъ и спиртомъ, тяжелыя сотрясенія всего тѣла при паденіи съ высоты или засыпаніи землею и, наконецъ, простуду. Атрофія мышечныхъ слоевъ, развивающаяся при высокихъ степеняхъ общаго и частнаго расширенія пищевода, въ концѣ концовъ тоже влечетъ за собою параличъ, правда, чисто мышечнаго происхожденія.

Припадки и распознаваніе.

Параличъ развивается сразу или исподволь. Главнымъ припадкомъ является и здѣсь дисфагія, которая можетъ дойти до полной невозможности глотать твердую пищу. Куски пищи останавливаются въ пищеводѣ выше или ниже и проталкиваются въ желудокъ заживаніемъ обильнымъ количествомъ жидкости и не безъ мучительныхъ ощущеній. Въ другихъ случаяхъ они возвращаются назадъ послѣ продолжительнаго пребыванія въ пищеводѣ, не смотря на самыя мучительныя усилія, въ видѣ насильственныхъ глотательныхъ движеній или проглатыванія новой пищи. Часто крупные куски проходятъ легче, чѣмъ мелкіе. Жидкости вливаются въ желудокъ съ громкимъ, иногда слышимымъ на большое разстояніе, бульканьемъ (*dysphagia sonora* древнихъ). Прямое положеніе, повидимому, больше облегчаетъ глотаніе, чѣмъ положеніе на спинѣ. Зондъ попадаетъ внизъ безъ затрудненія; если онъ достаточно твердъ, то, подвигая его изъ стороны въ сторону, можно убѣдиться въ вялости пищевода.

При выслушиваніи получаютъ вообще тѣ же явленія, какъ при разлитомъ расширеніи пищевода: глотательный шумъ чрезвычайно медленно распространяется внизъ и даже обрывается на половинѣ пути, тамъ, гдѣ засѣлъ пищевой комокъ. Соскальзываніе жидкостей происходитъ съ громкимъ бульканьемъ.

При высшихъ степеняхъ болѣзни, при которыхъ, кромѣ двигательнаго паралича, существуетъ еще анэстезія слизистой оболочки, твердые куски остаются въ пищеводѣ часто въ теченіи многихъ часовъ, не вызывая никакихъ другихъ страданій, кромѣ умѣреннаго стѣсненія дыханія и сердцебиенія, обусловливаемыхъ механическимъ давленіемъ на легкія, плевру и сердце. Если эта пищевая пробка не будетъ спихнута внизъ при послѣдующемъ приѣмѣ пищи, то приходится протолкнуть ее въ желудокъ съ помощью зонда или глоточнаго пестика.

Распознаваніе паралича пищевода всегда очень затруднительно; судя по имѣющемуся матеріалу, его легче всего можно смѣшать съ разлитымъ воспаленіемъ пищевода. Да есть ли вообще возможность

вѣрно отличить оба эти рѣдкія состоянія другъ отъ друга,—остается нерѣшеннымъ. Само собою разумѣется, что внезапное появленіе болѣзни при одновременныхъ параличахъ въ области глоточныхъ и гортанныхъ мышцъ усиленно говоритъ въ пользу паралитическаго характера ея. Если же параличъ развивается медленно безъ явныхъ причинныхъ моментовъ и ограничивается однимъ пищеводомъ, то различительное распознаваніе отъ расширенія встрѣтитъ непреодолимые затрудненія.

Смѣшиванія же съ судорогой пищевода, съ пазухами и съ суженіями почти всегда можно избѣгнуть съ помощью продолжительнаго наблюденія и частаго объективнаго изслѣдованія.

Предсказаніе.

Предсказаніе идиопатическаго паралича, ограничивающагося однимъ пищеводомъ, повидимому, не особенно дурное, хотя, при неясности этиологическихъ моментовъ, въ конкретномъ случаѣ трудно будетъ сказать что нибудь опредѣленное. Какъ бы то ни было, въ литературѣ извѣстны случаи удачнаго излеченія. Какъ въ глоткѣ и гортани, такъ и здѣсь, наиболѣе благоприятнымъ оказывается дифтеритическій и истерическій параличъ. Параличъ, происходящій на сифилитической почвѣ, повидимому, тоже можетъ быть излеченъ противосифилитическими средствами (*Вильсонъ*).

За то параличи, составляющіе частное явленіе болѣзней центральной нервной системы, какъ легко понять, всегда даютъ неблагоприятное предсказаніе.

Леченіе.

Причинное леченіе возможно только въ тѣхъ рѣдкихъ случаяхъ, въ которыхъ причины ясны, да и то за успѣхъ ручаться нельзя. Только при сифилитическомъ, истерическомъ и дифтеритическомъ параличѣ, равно какъ при параличѣ вслѣдствіе отравленій спиртомъ и свинцомъ, причинное показаніе можетъ быть выполнено наравнѣ съ *indicatio morbi*. Относительно послѣдняго показанія наибольшаго довѣрія заслуживаетъ энергическое общее и мѣстное возбуждающее леченіе. На первомъ планѣ стоитъ здѣсь мѣстное примѣненіе электричества въ обоихъ его видахъ при помощи глоточныхъ электродовъ, дѣйствующихъ заодно и какъ механическіе раздражители,—энергическое леченіе водой (холодные обливанія, струйчатая душа на грудь и спину), подкожное впрыскиваніе стрихнина, методическое упражненіе глотательнаго снаряда.

30. —

Отвлекающее леченіе, бывшее въ ходу въ прежнее время (летучіи мушки, заволоки, каленое желѣзо), заслуживаетъ мало довѣрія. Едва ли нужно прибавить, что при сколько нибудь значительномъ разстройствѣ глотанія нельзя обойтись безъ кормленія съ помощью желудочнаго зонда.



См.