

Св. 6

А. П. ГУБАРЕВ

Заслуженный профессор Государственного Московского Университета,
Доктор наук honoris causa Дублинского Университета (Sc. D. h. c. T. C. D. J.)

**ДИАГНОСТИКА
ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

ЕЕ

**УБЕДИТЕЛЬНОСТЬ,
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ
и ДОСТОВЕРНОСТЬ**

КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА 1923 ПЕТРОГРАД

А. П. ГУБАРЕВ.

Заслуженный профессор Государственного Московского Университета, доктор наук honoris causa Дублинского Университета (*Sc. D. h. c. T. C. D. J.*).

ДИАГНОСТИКА
ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ЕЕ

УБЕДИТЕЛЬНОСТЬ,
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ
и ДОСТОВЕРНОСТЬ

КЛИНИЧЕСКИЙ ОЧЕРК.



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКВА □ □ □ 1923 □ □ □ ПЕТРОГРАД

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Врачебная диагностика и частный ее случай, диагностика гинекологическая, имеет существенное значение. Иметь с нею дело, размышлять о ней и даже предпринимать по поводу нее какие-нибудь действия приходится каждому. Это—неизбежная особенность самой жизни.

Подробности этого дела, сопоставление фактов и явлений, иллюстрирующие примеры, выводы и заключения изо всего этого— вот задачи этого сочинения.

Основаниями для него служат научные данные и наблюдения, личные переживания, впечатления и размышления в течение многолетней практической и клинической деятельности.

Это излагается здесь в форме клинического очерка, что дает свободу располагать материал, вводить разные подробности и соображения, позволяет сохранять субъективное отношение к тому, что остается сомнительным.

При всякой практической деятельности основания ее всегда сохраняют отпечаток субъективности. На этом основываются все достижения каждого в отдельности и для дела это вовсе не плохо, потому что побуждает каждого к личной инициативе.

Общие замечания о диагностике, ее убедительности, целесообразности и достоверности; практическое значение расспроса, особенностей его применения, оснований для проверки выводов и заключений из него; синоптическая сводка симптомов и болезней, от которых они могут зависеть, и подробностей, добываемых из расспроса; значение неотложных показаний, вытекающих из диагностики,— вот, в общем, содержание этого очерка.

Кроме того, он дополняет некоторые подробности, излагаемые в других моих сочинениях ¹⁾, и может служить общим автором с его читателями.

А. ГУБАРЕВ.

Малая Кисловка, 2.
1922 г. Окт. 8.

¹⁾ Медицинская гинекология. СПб. 1917. Оперативная гинекология. М. 1915.

„ULTRA POSSE, NEMO TENETUR“

akusherlib.ru

I.

О диагностике вообще, ее задачах, целях и назначении.

Индивидуализация диагностики по отношению к больному и к врачу. Особенности диагностики: от чего зависят ее убедительность, целесообразность и достоверность. Как и чем все это достигается и может быть достигнуто. Как практически осуществляется в действительности. Значение здравого смысла, соображения; примеры: замечания общего характера.

Диагностика болезни имеет несомненно первенствующее значение при всяком отдельном случае, с которым врачу приходится иметь дело. Всякая целесообразность лечения, которое он может предложить, всецело зависит от правильности и точности диагностики, на которой оно должно основываться. Это так просто и так элементарно, что понятно каждому. Практически и больные, и их родственники, и все заинтересованные в судьбе больного издавна это заметили и придают этому огромное значение.

На умении поставить разумную диагностику основывается весь успех практической деятельности врача и то доверие, на которое ему дает право его опытность, то уважение, которое он снискивает своею профессиональною работою, та польза, которую он приносит своею медицинскою деятельностью.

Однако, как, впрочем, и всегда бывает в делах человеческих, всякая точность и определительность врачебной диагностики заключает в себе некоторую условность и на математическую точность претендовать не может.

Между тем, и практически это имеет очень существенное значение, и больные, и даже врачи, мало, а иногда и вовсе не останавливаются на значении и оценке этого условия и даже не замечают его влияния во многих случаях.

Если болезнь проходит и симптомы ее исчезают, то вполне естественно, что больной считает себя исцеленным или вылечившимся, и у него от диагностики, которую сопровождалось его заболевание, ничего, кроме его названия, и не остается. Да ему и нет никакого основания думать или сомневаться в точности определения или наименования такой болезни, от которой он уже избавился. Ведь дело уже сделано и все обошлось благополучно,—какой может быть для него смысл еще раз это передумывать и пережевывать сначала!

Занятый своею текущею работою врач, при непрерывающейся смене переживаний и впечатлений, не успевает останавливаться на возникающих у него сомнениях в действительной точности той диагностики, которую ему удается поставить, а когда назначенное им лечение достигает своей цели или когда больной выздоравливает, несмотря на это лечение, он тоже получает уверенность в уместности и целесообразности своей диагностики и охотно забывает о возникавших у него сомнениях при ее постановке.

Встречая уже готовую диагностику, сделанную лицом компетентным, пользующимся доверием и даже авторитетом, врач тоже не может удержаться от более высокой оценки достоверности такой диагностики. Она неизбежно привлекает его внимание, и он столь же неизбежно сокращает часть своей настойчивости при своем собственном изучении подробностей случая. Если при этом ему скоро удастся натолкнуться на что-либо, подтверждающее такую готовую диагностику, он столь же неизбежно заканчивает свое исследование скорее, чем привык это делать в случаях, ему совершенно не известных.

Торопливость и суета, обусловливаемые особенностями современной жизни, спешность всего, что приходится делать, очень благоприятствуют всему этому. Сохранить полную объективность суждений при таких условиях очень трудно. Сейчас ежедневно приходится видеть больных, которые являются к врачу с уже готовою диагностикою и с полной уверенностью, что, зная название болезни, каждый врач, а тем более—сведущий и опытный, может прямо назначить лечение и ему нет никакой надобности расспрашивать больного, изучать развитие симптомов его болезни или делать обстоятельное и подробное исследование совершенно неизвестного ему случая.

Доходит до того, что люди, вполне интеллигентные на вид, совершенно искренно добиваются получить заглазный врачебный совет на основании одного названия болезни, и удивляются, встречая отказ в этом. В последнее время это стало явлением довольно обычным. Значение самого названия болезни здесь переоценивается: ему приписывается такая достоверность, которой оно не имеет и иметь не может.

Такое легкомысленное отношение к этому делу встречалось и раньше, в начале прошлого и в конце позапрошлого столетия. Оно является прямым следствием упрощенного представления о науке, о значении методов, которыми она пользуется, и о том, чего она достигает или успела в действительности достигнуть. Это—одна из слабых сторон влияния энциклопедистов, одно из последствий упрощенной популяризации знаний, довольствования конечными выводами и заключениями, не углубляясь в значение оснований, на которых они сделаны.

Все это—побочные, привходящие подробности, мешающие объективности при постановке диагностики; оградиться от их

влияния не всегда так просто, а считаться с ними, по крайней мере сейчас, необходимо больше, чем в нормальное время.

Многообразные особенности и подробности условий, которыми всегда сопровождается разумная и целесообразная диагностика, давно останавливали на себе внимание наиболее опытных представителей нашего искусства. Они находили выход из затруднений помощью индивидуализации каждого отдельного случая. Что именно следует под этим разуметь, остается неясным и не всегда понятным. В устах многих это остается выражением довольно неопределенным. Профессор *Захарьин*, да и многие другие крупные клиницисты, в особенности французские, близко подходили к определению этого понятия, говоря, что „надо лечить не болезнь, а больного“.

По отношению к каждому отдельному больному, который подвергается исследованию и изучению, необходимость такой индивидуализации сомнений возбуждать не может. Но не менее существенной представляется индивидуализация и по отношению к врачу, ставящему диагностику, и это уже не так просто и понятно.

В самом деле, личные дарования, знания, умение и опытность врача и даже его находчивость здесь должны играть значительную роль. Кроме того, даже помимо всего этого, — а для дела это еще важнее, — способность сосредоточивать свое внимание и сохранение впечатлительности имеют очень существенное значение.

Особенность умственной работы современных специально образованных людей состоит, между прочим, в их способности хронически утомляться и утрачивать восприимчивость своей впечатлительности.

Недавно престарелый *Эдиссон* обратил внимание на существенный дефект, вытекающий из особенностей получаемого нами подготовительного и даже законченного образования. Он составил анкету из нескольких вопросов по географии, истории, физике и другим наукам и стал предлагать желающим поступить на службу в заведываемых им предприятиях заполнять эту анкету. Ответы получились совершенно неожиданные и странные. Оказалось, что компас изобрел лорд *Кельвин*; города-близнецы, *twin cities*, отделенные только рекой, находятся на расстоянии 200—240 миль; *Камил Демцлен* был знаменитым живописцем или скульптором; *Чингис Хан* возглавлял Венгерский Совет; египетский царь, который построил большую пирамиду, был *Архимед* и т. п. Очевидно, то, чему нас выучивают в школах, не укладывается и не закрепляется в памяти и многое забывается, даже наиболее преуспевающими. Это видно по их дипломам; недипломированные и неимеющие никаких степеней оказываются все-таки еще слабее и ответы их еще сумасброднее. Очевидно, все-таки, что и в школе что-то не ладно и может быть, надо что-нибудь изменить, чтобы сделать знания более

реальными и прочными и сохранить восприимчивость и способность фиксировать памятью получаемые впечатления. Обилие фактов, которые теперь приходится заучивать, может быть сокращено и заменено умением пользоваться справочниками, вроде того, как инженеры носят в кармане календари с нужными им формулами или словарями, таблицами логарифмов и т. п.

Этим могла бы разгрузиться память и сохранялась бы ее впечатлительность и восприимчивость. Обилие фактических знаний, которые приходится заучивать, и впечатлений, которые теперь ложатся в основание образования, загромождает деятельность клеток серого вещества мозга и притупляет их способность фиксировать и даже воспринимать с необходимою для этого отчетливостью новые впечатления, которые продолжают нарастать в течение всей жизни. Многие впечатления перестают запоминаться, вырабатывается привычка не делать тех усилий работы центральной нервной системы, которые необходимы для закрепления памятью новых впечатлений.

В зависимости от индивидуальных способностей, влияние утомления вследствие перегрузки центральной нервной системы и загромождения памяти начинает проявляться от 11 до 14, 16 лет. С этого возраста начинает вырабатываться способность не замечать отдельных фактов и явлений и скоро о них забывать. Появляется привычка видеть и не запоминать то, что видел, слушать и не понимать, что выслушал иногда с полным вниманием, забывать то, что прочел и, казалось, понял во всех подробностях и т. п.

Все это известно каждому образованному человеку по собственному опыту, свойственно и каждому врачу и не может не отражаться на его профессиональной деятельности.

При расспросе и при изучении фактических данных об отдельном больном очень трудно всегда с одинаковым вниманием вдумываться в мелкие и частные подробности, из которых складывается яркая и наглядная картина болезни. Подробности эти неизбежно должны повторяться, надо делать усилия, чтобы их запоминать, впечатлительность утомляется и начинает вырабатываться привычка выслушивать эти обильные и довольно однородные подробности совершенно машинально и думать о чем-нибудь другом. В результате многое остается незамеченным, недостаточно оцененным. Общая картина получается бледная, подробности и их последовательность ускользают. Когда начинают делать выводы и заключения, приходится справляться в том, что было записано, делать дополнительные и повторные вопросы.

Когда приходится сравнивать несколько однородных случаев, то это оказывается еще сложнее. Сохранить яркое представление о каждом из них и запомнить все это — еще труднее. Приходится постоянно справляться и перечитывать истории отдельных наблюдений и делать это не один раз. Работа полу-

чается однообразная, очень трудно при ней заставлять себя сосредоточивать внимание и сохранять необходимую впечатлительность. Все это лишает бодрости, утомляет ум, мешает точности выводов и заключений.

Практически из этих затруднений можно выйти, составивши таблицу и расположивши наиболее существенные подробности в отдельные графы. При научной разработке клинического материала этим обыкновенно охотно пользуются и это очень упрощает это дело. Но составление таких таблиц — долгая и кропотливая работа, характера довольно механического. Поучительные подробности, которые во-время не отмечаются, выводы и новые заключения, которые при этом напрашиваются, обыкновенно скоро забываются, потому что записывается только то, что имеет прямое отношение к данной работе. Многое при этом надо думать, не только скоро забывается, но и утрачивается навсегда. Ведь закончивши такую работу, каждый принимается за другое дело и ему обыкновенно нет надобности возвращаться к тем подробностям, которые могли возбуждать его любознательность или любопытство во время ее выполнения, если для этого не будет каких-либо особо важных побуждений.

Чтобы обходиться без таблиц и делать обоснованные сопоставления и сравнения нескольких, хотя бы однородных, клинических случаев, необходимо добиться того, чтобы каждый из них ярко и образно вырисовывался в сознании до мельчайших своих подробностей, прочно зафиксированных памятью и находящихся всегда под рукою так, что ими сразу можно пользоваться по мере надобности.

Все это требует большого напряжения внимания и умения сосредоточивать свое мышление на конкретных случаях и вопросах, доводить изучение их подробностей до полной законченности. Это — трудное дело и не каждый может заставить себя выполнять его так, как это нужно. Не каждый имеет в своем распоряжении достаточно времени для этого и не каждый умеет сохранять для этого необходимую бодрость духа.

Наилучшие клинические лекторы, которых мне случалось слышать, — *Захарьин*, *Снегирев*, *Volkmann* — умели и сами запомнить подробности, на которых основывали свои выводы и строили свою диагностику, умели и ярко запечатлевать в представлении слушателей жизненную картину развития и хода болезни на основании простых, банальных, даже скучных, пока их читают, описаний симптомов и последовательности их появления.

Логичность и последовательность выводов и заключений, отличающая лучшие из клинических лекций, которые мне приходилось читать, лекции покойного профессора *Murphy* всегда основываются на той же живой восприимчивости и на умении увлечь и пробудить внимание слушателей к таким подробностям, над которыми они не привыкли задумываться, на умении останавливаться на таких выводах и размышлениях, которые

обыкновенно не приходят в голову, несмотря на свою простоту и естественность.

В этом отношении пример этих великих учителей всегда полезно вспоминать. Он указывает приемы и способы, которые могут усиливать способность сосредоточивать внимание на отдельных случаях и их подробностях, намечает пути для искания новых достижений в этом направлении, пробуждает инициативу и т. д.

С этой точки зрения индивидуализация по отношению к врачу может быть, повидимому, сведена к умению пользоваться всеми своими органами чувств и интенсивной работой центральной нервной системы, тою восприимчивостью впечатлительности и способностью врезывать в память отдельные факты, которую можно в себе выработать.

Объективное исследование и все методы, которыми оно пользуется, нет никакого основания выделять при этом в отдельную группу и считать, что его можно противопоставлять методу клинического субъективного исследования, т.-е. методическому расспросу и изучению истории болезни, последовательности развития ее симптомов, особенностей и ощущений, которыми сопровождается отдельное заболевание.

В сущности, нет никакой надобности ставить какую-то грань между этими приемами, помощью коих мы собираем данные для нашей диагностики. Для дела оба они необходимы и по крайней мере равноценны. Ведь и применяя методы чисто-физического исследования, можно внести много субъективности. Так, простое ощупывание можно сопровождать такими механическими тонкостями и подробностями, которым надо долго учиться и которым не каждого можно выучить. Но и при таких исключительных условиях все равно вопрос решается все-таки работою головного мозга, здравым смыслом — единственным мерилом, позволяющим судить и оценивать значение того, что можно добыть при исследовании, независимо от того, какими приемами это может быть выполнено.

Недавно мне пришлось прочесть воспоминания о покойном профессоре *Образцове*. Ученики его отметили особенно высокое значение, которое он придавал умелому пользованию ощупыванием и выслушиванием различных тонкостей, которые ему удавалось находить, вследствие особого изощрения органов осязания и слуха. Непосредственные его ученики заверяют, что он стремился и почти достиг возможности обходиться помощью одного объективного исследования и видел в этом идеал, к которому должна стремиться всякая диагностика. Подобно тому, как часовщику достаточно осмотреть в лупу механизм карманных часов и увидеть, что попорчено или неисправно, врач должен своим внутренним глазом помощью методического ощупывания и применения других органов чувств видеть, что изменено или попорчено внутри человеческого организма. Надо ду-

• мать, что этим сравнением покойный киевский профессор хотел просто отметить практическое значение тех приемов и методов, которыми он так много занимался и в которых достиг такого всеми признанного искусства. Я не сомневаюсь, что и он, как и все другие, свою диагностику ставил на основании здравого смысла, т.-е. деятельностью клеток коркового вещества мозга, а для этого одними физическими методами исследования он ограничиваться, конечно, не мог. Это доказывается всей его плодотворной деятельностью и тем доверием, которое она ему снискала у его больных.

В одном из новых учебников самого последнего времени можно найти сравнение школы *Захарьина* со школой *Боткина*; последнему приписывается особое предпочтение методов объективного исследования при постановке диагностики перед применением клинического изучения случаев расспроса, оценки симптомов и анализа. Из тех лекций обоих этих крупных клиницистов, на которых мне пришлось присутствовать, я такого впечатления не вынес. У обоих диагностика создавалась на основании логических выводов и сопоставления всех добытых исследованием фактических данных. Механическим изменениям в клапанах сердца и их следствиям *Боткин* отдавал больше внимания, а *Захарьин* более углублялся в симптоматическое влияние этих изменений. Оба они добивались той же конечной цели: объяснить факты и явления, которые им удавалось подметить, оценить их значение для диагностики, назначения лечения и того, что можно помощью их достигнуть. И это удавалось им обоим. У обоих отдельные случаи сопровождалось различными подробностями. Разница в их достижениях имела скорее эпизодический характер. По существу выполнения ими своих целей и заданий мне не удалось подметить у них принципиальных отличий в ведении клинического дела и его преподавания.

Покойный профессор *В. Ф. Снегирев* в конце своей деятельности нередко обращал внимание на практическое следствие той опытности, которую он приобрел своею прилежной и многолетней работой. Мы не раз слышали от него, что свою диагностику и в простых и в наиболее запутанных случаях ему стало удаваться ставить почти всегда еще до объективного исследования, которое является очень часто только подтверждением того, что успело уже выясниться из расспроса, анализа и всего изучения подробностей случая. Достигалось это, повидимому, свойственным ему умением сосредоточивать внимание и сохранять живой интерес к тому, что ему удавалось добывать помощью расспроса. В несвязных, бестолковых ответах малоинтеллигентных больных он умел улавливать яркие и красочные черты, терпеливо отыскивать указания на фактические данные, сопоставлять все это и широко пользоваться при окончательных выводах и заключениях.

При умении наблюдать нет никакого основания считать факты, добытые путем расспроса, менее достоверными тех, которые нам удастся обнаружить помощью объективного исследования. Ведь в обоих случаях мы добиваемся и достигаем одного и того же — собираем факты и проверяем их достоверность; разница только в подробностях и умении ими пользоваться. Однако, все-таки есть целая группа бесспорно точных приемов объективного исследования — методы лабораторные и микроскопические. Группу эту, строго говоря, к методам чисто-клинического исследования относить нельзя.

Сюда прежде всего относятся: нахождение спирилл возвратного тифа, реакция *Widal*'я, иногда реакция *Wassermann*'а или *Aberhalden*'а и даже реакция туберкулиновая. Все это может давать такую точность, что значительная часть работы клинического исследования сразу выпадает и делается излишней. Сюда же следует отнести и методы бактериологические. Своим непрерывающимся совершенствованием они постоянно изменяют наши представления о многих болезненных формах и их диагностике.

Очень близко ко всему этому стоит учение об иммунитете, сыворотках, вакцинах, воздействие на все это внутренней секреции органов и парэнтеральное введение белковых и иных веществ.

Все это — приобретения новейшего времени. Изучение их далеко еще не закончено и о достоверности многого здесь судить пока преждевременно. Это, собственно, — отдельные страницы медицины будущего.

Пока мы можем только угадывать и предвидеть некоторые из ее перспектив. Они кажутся нам очень обширными и заманчивыми, но практическое их значение еще только начинает выясняться. Руководиться всем этим при нашей диагностике и назначениях мы должны с большой осторожностью. Да и проводить их в жизнь мы можем далеко не всегда.

Собственно, для целесообразности и практически важной диагностики самым существенным из всего этого представляется бактериологическая сторона дела.

Не подлежит сомнению, что люди умирают — да и болеют — больше всего от инфекции; а особенности проявления инфекций так же, как и предсказание при них, много зависят от разновидности микроорганизмов, которые их вызывают.

В случаях хирургических, а в том числе, конечно, и гинекологических, это — самый существенный вопрос, возникающий при постановке всякой диагностики. От его разрешения зависит всякая разумная и целесообразная диагностика.

При отсутствии возможности применять лабораторные исследования выяснение подробностей и видов микроорганизмов, от которых все это может зависеть, представляется очень трудным. О достоверности думать не приходится и остается довольствоваться одними предположениями. Это много труднее и много

менее разработано, чем выяснение других подробностей и особенностей болезней помощью расспроса, изучения, анамнеза и других чисто-клинических приемов, которыми мы пользуемся.

Таким путем удастся и без бактериологического исследования находить указания на воздействие гонококка, bacillus coli, стрептококка, туберкулезной палочки и даже иногда bacillus aerogenes capsulatus.

В случае гонококковой инфекции, а в особенности влияния ее последствий, клинические заключения и выводы могут оказаться точнее бактериологических исследований. Отрицательные результаты повторного искания гонококка не считаются достаточными для клинического объяснения случая, когда в истории болезни имеются ясные указания на эту инфекцию.

Многие клинические особенности туберкулеза могут в этом отношении конкурировать с данными бактериологическими и в достоверности им почти не уступают.

В конце концов индивидуализация по отношению к врачу, ставящему диагностику, должна сводиться к той убедительности, которой он в ней достигает. Это находится в полной зависимости от его впечатлительности, от умения руководить своим вниманием и сосредоточивать его, охватывать и подмечать все подробности, ставить каждую из них на свое место.

Достоверность всякой диагностики всегда увеличивается после подробного объективного исследования, но вполне точно она может быть проверена только тогда, когда все находится на виду, как при некоторых наружных заболеваниях. Доказательность всякой достоверности диагностики может получаться только после аутопсии, иногда после операции, иногда после полного исцеления от болезни, когда исчезают всякие изменения, которыми она сопровождалась.

Таким образом, уже по самому существу дела всякая клиническая диагностика всегда должна заключать в себе основания для сомнений.

При таких условиях чем же может руководиться в своей деятельности врач, работающий при современных условиях жизни?

Естественно, что большую часть лабораторных исследований он по необходимости должен отнести к числу украшающих современную диагностику подробностей, потому что возможность применить и воспользоваться ими ему должна представляться только в редких случаях. В своей ежедневной работе ему приходится довольствоваться тем, что у него всегда имеется под руками и что ему всегда доступно. В действительности, кроме некоторого запаса знаний и опытности, в его распоряжении всегда имеется один только здравый смысл.

Практически всякие данные и факты ему все-таки больше всего приходится черпать из расспроса и из того, что ему

удается обнаружить имеющимися всегда под руками обычными клиническими методами исследования.

Выводы и заключения, как и основания для всяких назначений, он должен делать на тех же основаниях, как это делала медицина гиппократическая, на основании внимания, размышления, наблюдательности, а более всего — на основании здравого смысла.

akusher-lib.ru

II

Общие основания диагностики гинекологических заболеваний.

Симптомы, которыми они сопровождаются, от чего это зависит и как объясняется. Боли, бели, кровотечения, лихорадки и проявления инфекции.

Для того, чтобы признать случай гинекологическим, необходимо иметь какие-нибудь данные, указывающие на заболевание тазовых органов или, как говорится, половой сферы женщины. В действительности это может оказаться вовсе не так просто, как кажется на первый взгляд.

Заболевания кишечного тракта могут быть приняты за заболевания тазовых органов женщины. Воспаленный червеобразный отросток, аппендицит, приросший к придаткам матки, может быть принят за сальпингит или оофорит, потому что болезненные ощущения могут быть обнаружены на месте трубы или яичника. Схваткообразные боли в толстых кишках при колите были принимаемы за схватки матки и т. п.

Когда все ограничивается одной правой половиной таза, это всегда заключает условия для сомнений. Люди наиболее опытные, которым приходилось оперировать много таких случаев, всегда отмечали, что точная диагностика при этом получается только после операции. На основании собственного опыта они всегда ставят очень осторожную диагностику таких случаев.

Приросший червеобразный отросток, как я это встречал десятки раз, может передавать инфекцию на придатки: в них или около них могут оказаться гнойные скопления, гной может оказаться зловонным и в нем могут быть обнаружены кишечные палочки. Совершенно то же самое может быть обусловлено приросшим меккелевым дивертикулом, как это я видел два раза.

Воспаленные придатки в таких случаях, очевидно, должны быть инфицированы, а инфекция этих органов должна давать обычные для нее симптомы гинекологического характера. Это может выражаться изменениями в функции регул, болями при них, меноррагиями и даже кровотечениями, болями при половых сношениях, нарушением действия кишечника или отправления пузыря.

Более редкостные болезни, вовсе не имеющие никакого отношения к гинекологии, тоже могут давать симптомы, имеющие отношение к отправлениям половых органов. Мне случилось

оперировать 18-ти-летнюю девицу, которая была направлена ко мне покойным профессором *Березовским*, потому что у нее прощупывались в животе опухоли, вроде картофеля, которые припухали и делались болезненными во время регул. Оказался множественный эхинококк. Удалить или проколоть все отдельные пузыри в сальнике и брыжжейках не оказалось возможным. Через некоторое время мелкие пузыри стали увеличиваться и операция помощи не оказала. Эта очень крепкая и хорошо упитанная больная погибла, может быть, даже в связи с последствиями операции.

Простые (не множественные) эхинококки тазовой клетчатки около матки обыкновенно принимаются за интралигаментарные опухоли, исходящие из матки или из ее придатков. По твердости и по положению, которое они занимают, их принимают даже за дермоидные кисты. Истинная натура заболевания обнаруживается только при операции. Это описано и в литературе, и это было в случае, оперированном при мне покойным профессором *В. Ф. Снегиревым*.

Случай был довольно экзвизитный. Диагностирована была опухоль около матки, чувствительная и бугристая, твердая и мало подвижная. Истинная натура ее оставалась неясною. Никаких указаний на злокачественное перерождение не было. Ясно было также, что это заболевание хирургическое и что лечить его нужно оперативным пособием. При операции присутствовал профессор *Сзерту* из Heidelberg'a. Мы все были удивлены, когда вскрыли удаленный препарат и нашли эхинококк, развившийся в клетчатке таза. Случай этот приводится в „Маточных кровотечениях“ и там же имеется сделанный мною тогда же рисунок ¹⁾.

Новообразования кишечника, в особенности рак *S. Romani*, мало отражаются на отправлениях половых органов. Это зависит и от возраста, в котором он встречается. Однако, если функция регул еще не закончилась, могут быть и боли во время их, и усиленное выделение крови. Кроме отпавлений кишечника, при этой болезни нередко отмечаются изменения мочеиспускания, учащенный позыв: болезненность при испускании мочи и трудное ее выделение.

Более чем в половине тех случаев, которые мне приходилось оперировать, это новообразование было распознаваемо уже во время операции, потому что все симптомы, которые оно вызывало, находили объяснение в различных малоподвижных опухолях придатков, главным образом, кистомы яичников, и их пришлось оперировать еще до проявления признаков сужения или непроходимости самой кишки. В случаях этих, строго говоря, главное и самое существенное заболевание к чисто-ги-

¹⁾ В. Ф. Снегирев. Маточные кровотечения. Изд. 4-е. Москва, 1907 г., стр. 220.

некологическим заболеваниям относить нельзя: это были просто случаи хирургического заболевания брюшной полости, что и являлось показанием к оперативным пособиям при них.

Некоторые формы туберкулеза мочевых органов могут давать довольно резкие гинекологические симптомы: *amnenorrhea*; *dysmenorrhea*, *menorrhagia*, еще до возникновения заметных туберкулезных изменений в придатках. То же самое наблюдается и при некоторых формах туберкулезного перитонита, которые были принимаемы за опухоли тазовых органов, например, за фибромы матки, а во время операции были находимы только остатки заживающего туберкулезного процесса в брюшной полости.

Уже из только что перечисленных примеров ясно, что условий для неточности при решении вопроса о том, отнести ли данный случай к гинекологии, поводов имеется довольно много. После самого тщательного исследования и субъективного, и объективного, могут, а иногда и должны, оставаться сомнения.

В таких случаях вопрос приходится решать на основании соображений статистических. В медицинских делах применение этого принципа на точность выводов и заключений рассчитывать не может. На эту особенность статистики, по отношению к наукам биологическим, обращал внимание еще *Claude Bernard*, когда говорил, что „статистика, даже наиболее совершенная, не есть еще наука — это только обобщенный эмпиризм“.

Мне всегда казалось, что статистика в применении к диагностике болезней может являться существенной помехой. Об этом мне приходилось и говорить, и писать, и не один раз: ее выводы всегда должны отвлекать внимание. Она очень упрощает решение вопросов, которые при более тщательном изучении подробностей могли бы получить совсем другой ответ.

Во всяком случае, приходится мириться, что полной точности при отнесении отдельного случая к гинекологии мы можем достигнуть далеко не всегда.

Другой не менее существенный вопрос, с которым приходится иметь дело при каждом отдельном случае, который нам встречается, есть вопрос о том, острое это или хроническое заболевание; решается он тоже только приблизительно. Однако, значение практического решения этого вопроса столь же важно по своим последствиям и заслуживает такого же внимания, как и только что рассмотренный нами вопрос. Ведь вся оценка значения отдельных симптомов находится в большой зависимости от правильного его разрешения.

При остром заболевании мы можем иметь дело с человеком, который до этого был совершенно здоров, остатки предшествующих заболеваний будут отсутствовать; а при хроническом необходимо выяснить связь с теми проявлениями болезни, которые у него уже наблюдались раньше.

Для предсказания это тоже имеет значение. После острого заболевания может довольно скоро получиться выздоровление,

при хроническом — на это рассчитывать, конечно, нельзя, и о возможной продолжительности болезни необходимо высказываться очень осмотрительно.

С другой стороны, при обострении хронического заболевания предсказание может быть значительно лучше, чем при прямо остром. При всяком раздражении брюшины это имеет существенное значение, потому что опасность для жизни при обострении старого процесса всегда бывает меньше, чем при внезапном возникновении тяжелых перитонеальных явлений у совершенно здорового до этого человека. Во многих случаях хроническое заболевание допускает выжидательное отношение, в случаях острых оно должно быть более активное и потери времени не допускает.

Наиболее крупными симптомами, на основании которых мы ставим нашу диагностику при женских болезнях, являются следующие пять: 1) боли, 2) всякие выделения, 3) кровотечения, 4) лихорадка, 5) всякие признаки инфекции.

Все они имеют совершенно различное значение, когда случай острый и когда он хронический.

І. Боли.

Боли, с которыми нам приходится иметь дело, можно разделить на пять групп, в зависимости от причин, которые их обуславливают, от явлений, которыми они сопровождаются, от объяснений, которыми мы при этом довольствуемся.

Это будут: 1) боли спазмодические, зависящие от механических моментов; 3) воспалительные; 4) от влияния новообразований и 5) нервные.

Боли спазмодические (1), зависящие от сокращения мышц, наблюдаются тогда, когда этими сокращениями приходится преодолевать какое-нибудь препятствие или проталкивать что-нибудь из просвета какого-либо полого органа или вдоль его канала.

Типическим примером таких болей являются маточные сокращения во время родов. Сила и интенсивность этих болей находится в прямой зависимости от тех усилий, которые должна делать маточная мышца, чтобы проталкивать плод через родовые пути.

Прохождение камня по желчному протоку или по мочеточнику сопровождается жестокою болью, которая объясняется совершенно также. Проталкивание комка твердого кала, продвижение содержимого кишечной трубки, газа или жидкости всегда вызывает боли, если этому перемещению встречается какое-нибудь препятствие. Болезненные тенезмы мочевого пузыря вызываются такою же причиной. Это особенно бросается в глаза, когда в пузыре образуются сгустки крови или когда в него попадает воздух. Выдавливание всего этого через мочеиспускательный канал требует от мочевого пузыря больших усилий. Потребные для этого сокращения его мышечной оболочки сопровождаются значительною болью.

Спазм привратника, pylorus, блокирующий выходное отверстие желудка, сопровождается нестерпимыми болями, потому что сокращениями стенок этого органа не удается проталкивать пищу через это препятствие.

При сужениях и при перегибах шейки матки, как и всегда, когда шейный канал не достаточно растянут, а в полости матки имеется что-нибудь, напр., кровяные сгустки, остатки оболочек и даже менструальная кровь, имеются все условия для болезненных сокращений. Боль эта продолжается до тех пор, пока

полость матки не опорожнится от своего содержимого или пока препятствие к такому опорожнению не исчезнет, т.-е. пока шейка матки и ее канал не раскроются в достаточной степени.

Когда из матки выделяется сгустки, когда содержимое желудка продвинется в двенадцатиперстную кишку, или кишечное содержимое пройдет через сужение, служившее препятствием, боли моментально исчезнут. Они исчезают столь же моментально, когда продвигающийся по мочеточнику или по желчному протоку камень останавливается в своем движении. В это время моча или желчь будут проходить мимо камня и мышечной стенке протока не будет надобности делать такие усилия, какие нужны, чтобы проталкивать камень дальше и растягивать перед ним канал, по которому он перемещается. В уже успешней растянутой части мочеточника камень может находиться довольно долго, несколько недель и даже месяцев, и боли никакой не будет до тех пор, пока не начнется снова проталкивание его через еще не растянутую часть протока. Это одинаково относится и к желчным камням и к камням в кишечнике: боль всегда появляется и усиливается только во время передвижения камня. Когда он останавливается, всякая боль прекращается сразу.

При внематочной беременности, когда лопнувшая труба стремится выдавить свое содержимое, боль происходит не от повреждения ее стенки, а от сокращений мышечных волокон этой стенки. При трубном аборте боль обуславливается теми же сокращениями, которые выдавливают плодное яйцо через отверстие трубы. В обоих случаях происхождение боли объясняется одинаково: труба выдавливает свое содержимое, в одном случае через разрыв своей стенки, а в другом — через свое абдоминальное отверстие. Как только яйцо выделится из трубы, спазмодические боли в ней сразу прекращаются.

Для спазмодических болей характерны внезапность их появления и почти столь же внезапное их прекращение, отсутствие признаков инфекции, лихорадочных движений или быстрого нарастания лейкоцитоза.

По своей интенсивности они превосходят почти все другие боли, которые нам известны. Колика печеночная и почечная здесь занимают одно из первых мест. Они, по крайней мере, равняются болям родовым, но несомненно гораздо мучительнее и более удручают больных и их нервную систему.

Все они, более или менее, скоро уступают наркотическим средствам и могут быть ими остановлены, когда применяются достаточные дозы.

Отраженные явления, рвота, похолодание конечностей, обильный пот, заканчивающий отдельные припадки болей, тоже довольно типичны для этой группы, так же, как и дурнота, затемнение сознания и даже обмороки.

Боли, которые мы объясняем причинами механическими (2): сдавливанием тканей, в особенности нервных стволов и их разветвлений и окончаний, переполнением кровью, застойной гиперемией, явлениями полнокровия, плеторой, местной и общей.

Всякая опухоль или новообразование, очевидно, может быть расположена так, что будет сдавливать нервы и даже их сплетения. Это дальнейших объяснений не требует. Фиброма, раковый узел и даже вросшая в основание широкой связки опухоль, измененных воспалением придатков матки, какая-нибудь дермоидная киста и т. п., очевидно, могут надавливать на крестцовое сплетение и даже сдавливать его. А когда все это приращено и притягивается рубцовой тканью или даже инфильтратом, такое сдавление делается неизбежным. Примеры такого давления на *plexus sacralis* вовсе не относятся к редкостям.

Раковый метастаз в кости по мере своего разрастания тоже может причинять сильные боли вследствие значительного сдавления его неподатливой костной тканью. Если это сдавление почему-нибудь прекращается или устраняется, боль может сразу уменьшиться и даже исчезнуть. Так бывает при патологических переломах на длинных костях на месте метастаза, новообразования, так бывает и тогда, когда оно распадается или, осложнившись инфекцией, нагнаивается и выделяется наружу или в полость образовавшегося абсцесса, как это было в случае поэта *Некрасова*, у которого раковый метастаз был около крестцово-подвздошного сочленения и распадающаяся масса излилась в полость абсцесса на кости. Но, и при продолжающемся росте новообразования, боль, вызываемая метастазом после перелома кости, всегда уменьшается, потому что устраняется сдавление, от которого она зависит.

Метастатические отложения около суставов тоже сопровождают значительную болью, как это я видел недавно в случае очень упорной кокцигодинии вследствие переноса новообразования из поджелудочной железы. Опухание и чувствительность сустава в таких случаях очень затрудняет диагностику, в особенности, если имеются лихорадочные явления и указания на возможность инфекции.

Простое излитие крови в ткань яичника при *apoplexia ovarii* причиняет страшные боли, потому что излившаяся кровь оказывается под большим давлением вследствие плохой растяжимости неподатливой оболочки яичника *tunica albuginea*. Впрочем, всякие кровоизлияния апоплектического характера, надо думать, нередко являются причиной очень резких болей, которым дают какое-нибудь другое объяснение и настоящая причина которых может ускользать от выяснения.

Помню случай такого кровоизлияния в толщу мышц передней поверхности голени в глубине между *musculus tibialis*

anticus и extensor digitorum communis. Боль появилась совершенно внезапно. Она была очень мучительная и соответствовала положению nervi tibialis antici. Она потребовала инъекций морфия и держалась несколько недель, а потом исчезла. Боль эта была диагностирована, как особая редкая форма невралгии: таково было мнение двух видных специалистов. Однако, недели через полторы на конечности появились подкожные синяки, а когда излившаяся кровь всосалась, невралгия конечности исчезла сама. Через полгода у этого больного получился апоплектический инсульт с гемиплегией, а еще через некоторое время он погиб от повторения мозгового кровоизлияния.

У этого больного и у других больных, впоследствии погибших от мозгового кровоизлияния, задолго до этого приходилось наблюдать внезапное появление очень болезненных ощущений на передней поверхности верхних конечностей, на ладонях или на пальцах. Это появлялось после разных усилий, перекладывания тяжелого чемодана, после повертывания очень тугого дверного ключа и т. п. Чувствительные места немного припухали и до них нельзя было дотронуться, через несколько часов, а иногда и суток, обнаруживались синяки и боль исчезала.

Внезапные очень интенсивные боли в пояснице, появляющиеся тоже после резких движений и усилий, проходят обыкновенно под неопределенным названием lumbago, иногда Drachenschuss, а в действительности нередко относятся тоже к кровоизлияниям в спинные мышцы около прикрепления их к костям таза, хотя мы охотно приписываем их влиянию подагрического диатеза.

Во всяком случае, излившаяся в ткани кровь может причинять значительную боль, если окружающие ткани почему-либо плохо растягиваются и если кровоизлияние происходит около нервов или их разветвлений.

Менее понятным, хотя и довольно общепринятым, объяснением болей представляется сдавление нервных элементов инфильтратами, напр., воспалительными, когда, без участия влияния инфекции, дело едва ли когда-нибудь может обходиться. Однако, развитие соединительной ткани и превращение ее в ткань рубцовую, конечно, должно вести и к сдавлению, и к стягиванию нервов и их разветвлений.

Боли плеторические и те, которые зависят от растяжения переполненных кровью вен и их сплетений, приходится относить тоже к болям механического происхождения, потому что они не должны сопровождаться признаками инфекции и могут быть устраняемы мерами механическими, в том числе и кровопусканием.

Примерами таких чисто-застойных болей могут служить боли геморроидальные, не только в самих узлах, или шишках,

но и в тазовой и поясничной области, — словом, там, где они наблюдаются у обоих полов.

К застойным болям следует отнести и упорные боли в крестце, на которые больные так часто жалуются при многих гинекологических заболеваниях и в особенности при тех из них, которые сопровождаются смещениями и перегибами матки кзади. Такие боли значительно облегчаются и даже исчезают, если удастся исправить положение матки и добиться того, чтобы она стояла выше, т.-е. уменьшить или устранить механическую причину застойных явлений.

Хроническое, тоже застойное, переполнение сосудов и в частности вен объясняется отчасти перекручиванием широких связок при западании матки кзади. Но это — только одна из подробностей такого застойного переполнения кровью. Оно нередко сопровождается хроническим застоем во всей нижней половине живота. Это — то, что покойный профессор *В. Ф. Снегирев* назвал абдоминальной и тазовой плеторой.

Наблюдающаяся при этом состоянии чувствительность серезного покрова брюшины в области promontorium и у корня брыжжейки указывает на удручение симпатической системы и ее разветвлений, исходящих из plexus solaris, под влиянием хронического переполнения венозной кровью и застоя в капиллярах. Брюшина в указанном месте представляется чувствительной с явными признаками раздражения. Все это имеет много общего с воспалением, но указаний на другие признаки такого ее состояния не обнаруживается, и все это исчезает довольно скоро, когда удастся устранить застой и переполнение кровью.

Простое растяжение кровью венозных сплетений около придатков матки является довольно эпизодически. Оно может принимать форму плотной опухоли, иногда очень болезненной, т.-е. проявляется совершенно так же, как это бывает при varicocele у мужчин.

Боль при этом приходится объяснять давлением растянутых вен на окружающие их нервные разветвления, тем более тогда, когда нет никаких данных, указывающих на инфекцию, и когда все это проходит от покойного положения и тотчас, как исчезнет растяжение вен и та опухоль, которую они образуют.

На третьем месте надо поставить боли воспалительные (3). Они, конечно, зависят от инфекции или ее последствий, потому что без инфекции, — о каком собственно воспалении здесь могла бы быть речь.

Наиболее вероятное объяснение таких болей сводится к всасыванию токсинов, вырабатываемых микробами, или, может быть, также и тканями самого организма под влиянием раздражения от нарушения питания и даже от затрудняющегося, вследствие кровяного застоя, местного обмена.

Всякие токсины несомненно обладают способностью удручать нервную систему и, в частности, ее разветвления. Влияние токсинов проявляется самыми разнообразными болезненными ощущениями вплоть до нестерпимых болей.

Ведь общие инфекции всего организма, типа тифозного, сопровождаются болями не только в нервах, но и в костях и мышцах. Это объясняется влиянием токсинов на весь организм и все его ткани.

Повидимому, нервная ткань периферических нервов является наиболее чувствительной к этому влиянию. Всасывание их проявляется не только местно, около очага инфекции, откуда они должны переноситься на окружающие ткани путем лимфатическим, но и на более отдаленные нервы, в тех случаях, когда отравляющее действие токсинов начинает распространяться на весь организм.

Влияние отравления нервных стволов, находящихся даже далеко от того места, где ощущается боль, может давать явления более сложного характера. Чувствительность и болезненность нервов может оказывать свое влияние и на нервы, не являющиеся прямым продолжением того ствола, который подвергся действию токсинов. Анастомозы такого нерва с другими стволами, или с разветвлениями симпатической системы, могут передавать раздражающее действие на такие разветвления, повышать их чувствительность, проявляться значительною болью от незначительных местных причин или раздражений.

Кроме того, изменения воспалительные и даже их остатки всегда являются *locus minoris resistentiae* для имеющих здесь разветвлений нервов. Вследствие этого такие нервы, которые в здоровом состоянии не обладают чувствительностью к болевым ощущениям, напр., нервы висцерального листка брюшины, приобретают такую чувствительность и начинают передавать ощущение боли. Это всего больше относится к разветвлениям симпатической системы. Они воспринимают боль и передают это ощущение спинному мозгу через анастомозы с спинномозговыми нервами; но это бывает только тогда, когда окончания их, назначенные для регулирования отправлений брюшных органов, приобретают повышенную чувствительность вследствие воспаления окружающих их тканей.

К такому толкованию приходится прибегать для объяснения многих болей в серозных полостях.

В самом деле, в здоровом состоянии болевые ощущения воспринимаются только париетальным листком; листок висцеральный, покрывающий полостные органы, боли не воспринимает. Когда приходится оперировать без всякого наркоза, нетрудно убедиться, что брюшину, покрывающую кишечные петли, матку, трубу или яичник, можно щипать пинцетом, жечь огнем и боли никакой не будет. Боль будет только в той части серозной оболочки, которая входит в состав стенки брюшной

полости. Это всего более заметно, когда ее приходится шить: на кишках при этом боль вовсе незаметна и только натягивание брыжжейки сопровождается болью; то же самое бывает при натяжении разных складок брюшины, так называемых связок, разных органов.

Таким образом, наиболее интенсивные боли, исходящие от поверхности серозного листка, всегда относятся к париетальному листку. Они обнаруживаются при всяких механических его раздражениях, в особенности, когда он воспален. Малейшее передвижение прикасающейся в это время к его поверхности какой-нибудь внутренности, движения брюшной стенки или диафрагмы может вызывать такие боли, что это отражается на дыхательных движениях. Брюшное дыхание даже прекращается и брюшная стенка может оставаться совершенно неподвижной. Этим организм оберегается от боли и старается ее уменьшить.

Всякие боли, зависящие от серозного листка брюшины, увеличиваются не только при перемещениях заинтересованного участка, но и при давлении на него пальцами во время ощупывания. Боль делается особенно заметною при внезапном прекращении такого давления.

Иммобилизация брюшных стенок и подвергшихся раздражению частей брюшины достигается сокращением мышц. Этим организм сам добивается достигнуть уменьшения болевых ощущений. Достигается это не только произвольными сокращениями, но и путем рефлекторным, вроде того, что наблюдается и на суставах. Нервы, идущие от серозной поверхности, вызывают, не доходящее до сознания, воздействие на нервы, идущие к мышцам, окружающим сустав, они сокращаются и получается полная его неподвижность. Такое же точно стойкое бессознательное сокращение мышц брюшной стенки и отдельных ее участков проявляется в защитительном сопротивлении (*resistance peritoneale* или *défence musculaire*), которое наблюдается при всяких местных заболеваниях брюшины.

Воспалительные изменения и их остатки в виде инфильтратов, сращений, уплотнения тканей и т. п. могут затруднять отправления различных органов, нарушая необходимую для них подвижность. Это особенно заметно на таких подвижных органах, как матка и кишки, и может вызывать в них сильные боли.

В конце концов, самую существенную особенность более воспалительных остается причинная связь их с всасыванием токсинов и влиянием инфекции.

Очень близко к воспалительным болям стоят боли, зависящие от новообразований (4), главным образом, конечно, злокачественных. Только возможность исключать при них влияние инфекции заставляет выделить их в отдельную группу.

Узлы новообразования, как первичные, так и вторичные, развившиеся путем метастатическим, могут давать очень упор-

ные и интенсивные боли, характера постоянного, непрерывного. Продолжаясь целыми сутками, они являются очень тяжелым симптомом: больные лишаются сна и, не находя никакого покоя, мечутся целый день. Уход за такими больными сложен, лечение затруднительно, а результаты его мало заметны.

Когда нет распада новообразования и нет указаний на возможность его инфекции, приходится допускать, что само новообразование должно вырабатывать какие-то токсины, отравляющие нервные окончания, совершенно так же, как мы видим при инфекции. Ведь одним присутствием гетерогенных клеток, свойственных ткани новообразования, объяснять эти боли, очевидно, нельзя, надо думать, что они как-нибудь влияют на окружающие их ткани, изменяя их жизнедеятельность и иннервацию, нарушая их питание и обмен и т. п., а всего проще, — отравляя их какими-либо продуктами собственного обмена и жизнедеятельности.

Боли чисто-нервные (5). Они должны находить объяснение в изменениях самой нервной системы или отдельных нервных стволов.

Собственно, всякая боль, которую мы ощущаем, может передаваться сознанию только помощью нервов. Это условие отсутствовать не может. Когда не удастся найти настоящую причину боли, ее всегда можно назвать нервной, потому что без участия нервов это явление не может проявляться. Однако, к диагностике такое наименование отношения почти не имеет, потому что ничего не объясняет и никакой точности не вносит.

Чисто-нервные заболевания с типическим циклом, сопровождающих их симптомов, боли табетические, *crises gastriques* и т. п., боли невралгические, имеющие отношение к центральной нервной системе, сомнений возбуждать не могут. Все это может давать боли, которые иначе, как нервными, мы объяснить не можем. Впрочем, гинекологу со всем этим приходится иметь дело не так уж часто.

Помню случай, сопровождавшийся припадками очень мучительных болей под ложечкой, напоминавших симптомы язвы двенадцатиперстной кишки, болезни, которою я и сам страдал многие годы и от которой недавно исцелился операцией. Эту больную я положил тоже для оперативного лечения, но при дальнейшем изучении и наблюдении этого случая оказалось, что от этого пришлось отказаться, потому что у нее была просто типическая форма *crises gastriques*, и только последовательность припадков боли, появляющихся правильно два раза в сутки, через несколько часов после еды, ввела меня в заблуждение.

Из невралгий больше всего приходится иметь дело с *ischias*, болезнью, которая проходила и от ванн, и от покойного положения, и от фарадизации сильным током.

Случаи эти не оставили во мне большой уверенности в точности той диагностики болезни, от которой их приходилось лечить и даже удавалось вылечить. Случаев такого *ischias*, который зависит от расширения сосудов в толще самого *nervi ischiadici*, которые так наглядно описаны и изображены в лекциях проф. *Murphy*, мне оперировать не случилось; но наиболее упорные случаи этой болезни, с которыми мне пришлось иметь дело, сопровождались явлениями венозного застоя и расширением вен нижней конечности. Покойное положение с приподнятой конечностью, методическое бинтование и местное кровоизвлечение всегда облегчали страдания у этих больных.

Очень близко к невралгическим болям стоят болезненные точки проф. *В. Ф. Снегирева*, на местах выхода нервных веток поясничного сплетения из отверстий в сухожилиях брюшных мышц по краю костей таза при *endometritis dolorosa*. Происхождение этих болей объясняется рефлексом со стороны слизистой оболочки дна матки.

Повышенную чувствительность нерва, сопровождающего круглую связку в паховом канале, и болезненную точку у наружного его отверстия приходилось нередко ставить в связь с воспалением придатков заинтересованной стороны, а один раз даже с инфекцией паховой железы. Случай этот, кроме того, представлял упорные симптомы вагинизма. Исчезновение всех болезненных явлений после удаления железы, в которой найден маленький очаг остатков старого нагноения, совершенно изолированного омололелыми стенками, сопровождалось исчезновением и вагинизма и тех явлений повышенной чувствительности и боли, которая носила характер невралгический. Боли эти пришлось отнести тоже к явлениям отраженным и нет основания ставить их в какую-нибудь зависимость от изменения в самих нервных стволах или веточках, на которых они обнаруживались. Характер невралгический, который они напоминали, продолжался многие месяцы, но он имеет здесь значение простой подробности, потому что все здесь зависело от осумкованного нагноения в паховой железе.

Всякие сильные боли вообще более свойственны заболеваниям острым или обострению уже имеющегося хронического, чем хроническим болезням. Только при злокачественных новообразованиях мы имеем исключение из этого, точно так же, как и при некоторых чисто-нервных заболеваниях, о которых мы упоминали выше.

Влияние болей на деятельность сердца наблюдается главным образом при болях спазмодических и вообще при тех, которые проявляются отдельными припадками.

Всякие боли, кроме того, удручают нервную систему, утомляют и ослабляют организм. Последствия их довольно удачно сравнивают с кровотечением, при котором теряется не кровь, а нервная сила и энергия.

II. Бели и всякие выделения.

Влажное состояние слизистой оболочки полового канала женщины есть явление физиологическое. Когда количество необходимой для этого секрети увеличивается и она, вытекая из половой щели, оставляет пятна на белье, это называется белями.

Для целей диагностических самый существенный вопрос, что это — выделения физиологические или патологические.

У совершенно здоровой женщины выделения могут увеличиваться от разных причин, не имеющих прямого отношения к патологии, и даже физиологических. Так, густые сливкообразные, иногда счень обильные бели считаются одним из признаков нормальной беременности. Такая гиперсекреция более заметна в конце беременности, когда родовые пути, подготовляясь к акту родов, разрыхляются. Ткань их при этом пропитывается кругло-клеточными элементами, назначенными для защиты от ожидаемых во время родов ушибов, повреждений или их последствий. Это сопровождается обновлением кровообращения и местного обмена с усилением физиологической секрети во влагалище и в шейном канале матки.

Различные возбуждения организма и его нервной системы тоже должны отражаться на функции выделения секрети половых органов. Так, половое возбуждение, сладострастие, похотливость, частые сношения являются такими производящими моментами. Половое возбуждение, не сопровождающееся удовлетворением, отражается на этом еще заметнее. То же самое замечается при онанизме, при *coitus interruptus* и при других проявлениях полового непотребства.

Сильные психические впечатления, религиозный экстаз, слишком серьезная музыка на многих людей с повышенной нервной чувствительностью отражаются рефлексом на половые органы и могут вызвать выделения из них. Известны и описаны случаи, когда после сильных впечатлений от выслушанной музыкальной пьесы или симфонии из половых органов у некоторых женщин всегда выделяется не только слизь, но несколько капель крови, иногда, кроме того, при этом непроизвольно вытекает немного мочи.

Выделения патологические, в большинстве случаев, обнаруживают признаки инфекции. Когда имеются бели, явно гнойные,

или с запахом, это замечается тотчас. Выделения разъедающие.. тоже стерильными обыкновенно не бывают, а наличие гноя является уже наглядным признаком инфекции.

Гнилостный запах и зловоние указывают на присутствие сапрофитов, а, следовательно, на наличие мертвых тканей или их клеток, без чего сапрофиты не находят для себя пригодной питательной среды и жить не могут. Микробы гноеобразные и септические пахучих выделений не дают, кроме некоторых кишечных видов (*b. coli*).

Изменения химического состава выделений, присутствие в них сахара при диабете, ацетона при *acidosis*, особого медового, вроде сена, запаха при уремии, — сопровождаются изменением микробной флоры выделяемого. Симптоматически это может выражаться зудом, жжением и иными ощущениями. Едкие аммиачные примеси могут обуславливать значительное раздражение и чувствительность слизистой. От них зависит резкий мочевои запах от примеси мочи при привычном ее затекании во влагалище, совершенно так же, как это бывает при мочевых свищах. Примеси кишечного содержимого дают характерный запах; в случае тонких кишек — с оттенком сероводорода, а толстых — сернистого аммония и прямо калового, иногда очень зловонного, гнилостного.

Примеси кишечных выделений, содержимого дермоидной кисты или другой опухоли, при свищевом сообщении их с половым трактом, могут быть довольно разнообразны, в особенности, когда они комбинируются и перемещиваются. Значение их определяется целым рядом болезненных форм, от которых они могут зависеть.

При обилии гнойного выделения из половой щели существенным представляется выяснить, откуда именно оно исходит: из слизистой оболочки полового канала или откуда-нибудь по соседству с ним.

Большие количества гноя могут выделяться из растянутой полости матки, *pyometra* или из растянутой трубы, *pyosalpinx*. Все, что бывает, кроме этого, должно исходить из полости, находящейся по соседству и сообщающейся с половым каналом, маткою, влагалищем или с его ответвлениями, фаллопиевыми трубами.

Периодическое опорожнение растянутой гноем трубы наблюдается при *salpingitis purulenta profluens*. Наибольшее количество выделяющегося каждый раз гноя при этом заболевании, которое мне приходилось видеть, определялось несколькими столовыми ложками. При *hydrosalpinx* оно достигало в таких случаях до 5 ложек мутноватой серозной жидкости. При *pyometra* я раз наблюдал истечение целого стакана гноя, задержавшегося в матке вследствие ракового заболевания ее шейного канала. В случаях периодического зловонного выделения из трубы более одной столовой ложки буро-

ватой жидкости мне встречать не приходилось. Зловонные выделения из полости матки, при распадающемся в ней новообразовании, достигали до полутора, двух стаканов в сутки. Это я видел два раза.

При всяких инфицированных выделениях точное определение заболевания зависит от того, какими микробами оно вызвано. Без бактериологического исследования вопрос этот разрешается только предположительно. Однако, знакомство с условиями, необходимыми для жизни отдельных разновидностей микробов, с воздействием их на слизистую оболочку полового канала, с особенностями и свойствами выделений, физическими, химическими и даже их видом дадут возможность подмечать и обнаруживать ценные данные и в этом направлении.

Условия для жизни микроорганизмов в различных отделах половых органов совершенно различны. В трубе, в полости матки и ее шейном канале секреция щелочная, а эпителий, ограничивающий поверхность и выстилающий этот отдел половых органов, цилиндрический, следовательно, сочный и влажный. Он состоит из одного слоя, под которым находится ткань, богатая сосудами. В полости матки и ее шейном канале, кроме того, имеются железы, выделяющие серозную белковую жидкость в полости матки и густую слизь в шейном канале. Ни в трубе, ни во влагалище никаких желез нет и вся секреция в них выделяется прямо самую слизистой. В трубе выделяется такая же белковая серозная жидкость, как в полости матки. Слизистая влагалища, хотя и выстлана многослойным плоским эпителием, но выделяет такую же серозную жидкость, как слизистая матки или трубы. Секреция эта имеет кислую реакцию и это объясняется влиянием особых бактерий, вырабатывающих молочную кислоту из того гликогена, который был найден в клетках, выстилающих слизистую влагалища.

Кислая среда является непригодною для всяких бактерий. Разные кокки и большинство гноеродных и патогенных микробов в ней погибают. Присутствие молочной кислоты во влагалище может служить одной из серьезных причин для объяснения способности организма освободиться от попадающих сюда бактерий. Большая их часть исчезает уже через 48 часов после того, как они попадут во влагалище или будут введены в него. Для того, чтобы этот процесс самоочищения не произошел, необходимо, чтобы кислотность влагалищного секрета была осредослена щелочным выделением из шейного канала.

Вывод из этого можно сделать такой: 1, щелочная реакция выделяемого из влагалища допускает и даже указывает на возможность присутствия в нем разных патогенных микробов, в том числе, и стрептококков, и стафилококков, и *bacillus coli communitis*; 2, при кислой реакции выделяемого эти разновидности и многие другие можно со значительною вероятностью исключить, но возбудитель бленнореи, гонококк, вовсе не исклю-

чается. Кислая реакция при явно гнойном выделении не исключает и туберкулезной палочки.

Щелочная реакция, кроме того, указывает на преобладание выделения из матки над выделением из влагалища.

При всяких инфицированных выделениях из половых органов необходимо выяснить, где именно находится первичный очаг или исходная точка такой инфекции, почему она могла возникнуть и почему организм не может справиться с нею и обезвредить собственными усилиями или даже с помощью врачебного искусства.

Для этого надо съуметь вдуматься во все подробности того, что удалось узнать из расспроса, анамнеза и всяких других источников, которыми можно воспользоваться и проверить достоверность добытых данных. Необходимо живо и жизненно представить себе всю картину болезни с самого начала ее возникновения, может быть, за несколько месяцев или лет тому назад; заставить себя пережить впечатления от симптомов, которые больная испытала за все это время; отметить время, когда могла проникнуть инфекция или повторного ее проникновения; представить себе ясную и наглядную картину патологических изменений как макроскопических, так и микроскопических, которыми все это могло сопровождаться в каждый отдельный момент болезни, всей последовательности этих изменений и что ото всего этого теперь осталось.

Отчетливо выполнить все это трудно и достигается только при достаточной настойчивости, постоянным упражнением воображения, отчетливым воспоминанием о том, что пришлось видеть в сходных случаях при аутопсиях, подметить или разглядеть во время операций и т. п. Если иметь время и любовь к этому делу, то нетрудно приучить себя думать и размышлять о каждом только что встретившемся случае, как только для этого представится возможность: во время всяких переездов, пешеходных переходов, прогулок, когда внимание не отвлекается суетой личной жизни или постоянным торможением его, связанным с особенностями и условиями профессиональной работы.

С действительно стерильными обильными выделениями встречаться приходится не так часто. Как уже было упомянуто, без участия инфекции или ее последствий дело обыкновенно не обходится. В таких случаях, когда мы считаем выделения стерильными, за достоверность такого объяснения ручаться не приходится.

Однако, и функциональные, физиологические причины усиления выделений, которые мы уже приводили, и такие патологические изменения, как подслизистая фиброма с обильным выделением белковой жидкости, тождественной с обыкновенной лимфой, допускают, главным образом, конечно, теоретически, возможность исключить влияние инфекции на возникновение таких выделений из половых органов. Ведь в таких случаях обиль-

ное истечение лимфы можно рассматривать, как белое кровотечение из лимфатических сосудов и объяснять его происхождение, как следствие травмы при повреждении этих сосудов; излитие их содержимого может происходить и без инфекции. Ведь она необходима только для гиперсекреции слизистой оболочки, а не для лимфорреи из разорванных лимфатических сосудов.

Выделения из половых органов имеют отношение и являются больше всего следствием хронических заболеваний. Присутствие их при острых заболеваниях не менее характерно. Только при септических заболеваниях после родов или после выкидыша всякие выделения из половых органов имеют или приобретают решающее диагностическое значение. На основании их количества и видимых особенностей мы судим о предсказании при этих опасных, острых заболеваниях. При тяжелых послеродовых инфекциях всякие выделения могут отсутствовать. Это бывает при жестоком сепсисе как и при чуме и других острых смертельных болезнях.

III. Кровотечения.

Физиологическое выделение крови из половых органов женщины наблюдается во время регул. Оно должно совершаться правильно, через определенные промежутки времени и продолжается определенное число дней. Количество теряемой каждый раз крови должно быть приблизительно одинаковое. Явление это не должно сопровождаться болью, кровь должна оставаться жидкой и в ней не должно быть сгустков. Все это принимается за норму; когда что-либо из этого изменяется, начинается патология.

Месячные крови, приходящие раньше срока, затягивающиеся на несколько дней дольше, сопровождающиеся более обильным выделением крови, содержащей сгустки, называются меноррагиями, пока они сохраняют свою периодичность. Когда кровь начинает выделяться, независимо от срока регул, в промежутках между ними, это будет метроррагия, т.-е. просто кровотечение из матки. Когда промежутки между регулами сокращаются до нескольких дней, или исчезают совершенно, можно и не догадаться, как это называть. Ведь это будет уже просто кровотечение, и к меноррагиям его относить едва ли возможно; разница между обоими этими наименованиями исчезает.

Оно и понятно. Ведь источником всякого кровотечения и всякой крови, вытекающей из половых органов, почти всегда является только матка и выстилающая ее полость слизистая.

Кровотечения из наружных половых органов относятся к чисто-хирургическим заболеваниям, совершенно так же, как и везде на поверхности тела, и зависят от поранений и повреждений. Все это находится на виду и, строго говоря, к рассматриваемой здесь диагностике прямого отношения не имеет. Кровотечения из влагалища, его слизистой и его стенок относятся тоже, главным образом, к следствиям травматических повреждений и по большей части к гинекологическим заболеваниям, в точном смысле, едва ли могут быть отнесены.

Наиболее сильные кровотечения из маточной ткани наблюдаются при ее повреждениях, в связи с родовым актом или с беременностью. Разрывы шейки матки дают смертельные артериальные кровотечения. Неправильно отделяющаяся placenta является хорошим примером кровотечения венозного.

Близко ко всему этому стоит одна из форм смещения матки, ее выворот. Образовавшись тотчас после родов, он дает опасные, даже угрожающие кровотечения.

То же самое наблюдается и при выкидышах, когда выделение плодного яйца задерживается и сокращения матки не могут закрыть просвет растянутых сосудов, целость которых нарушена незакончившимся отделением яйца или оболочек.

Все это, конечно, находит объяснение в изменениях тканей, зависящих от беременности. и увеличивающегося за это время калибра кровеносных сосудов.

Но и независимо от беременности матка является источником проливных кровотечений, обескровливающих организм женщины. Это бывает при разных новообразованиях доброкачественных — фибромы и злокачественных — рак, саркома.

Покойный профессор *В. Ф. Снегирев*, желая выяснить, по поводу какого симптома больше всего обращаются за помощью в гинекологическую клинику и какими причинами они вызываются, убедился, что для кровотечений на первом месте надо поставить злокачественные новообразования, а из них прежде всего — рак. Это наглядно изображено им на таблице, приложенной еще к первому изданию „Маточных кровотечений“. Затем идут фибромы, выкидыши и остатки оболочек, воспалительные заболевания и смещения и т. д.

Из злокачественных новообразований наиболее сильные и упорные кровотечения мне приходилось наблюдать при *decidua*. Оно и вполне понятно. Ведь это — самая злокачественная форма из всех новообразований, встречающихся в человеческом организме. Клетки его врастают в просвет вен, совершенно так же, как ворсинки *chorion*, откуда и другое название этой саркомы — *chorion-epithelioma*. Метастазы этого новообразования через кровь появляются раньше, чем при всяких других новообразованиях. Они могут давать довольно обильные кровотечения через легкие, кишки и даже прямо в серьезные полости.

Иногда кровянистая или ржавая мокрота является первым симптомом заболевания. Вполне естественно, что это истолковывают, как признак пневмонии, типа катаррального, затянувшейся и ползучей, а происхождение ее объясняют простудой, инфлюэнцей, испанскою болезнью и т. п. Истинная натура болезни выясняется значительно позднее, когда появятся симптомы, связанные с половыми органами.

Метастатические узлы новообразования могут быть обнаружены задолго до появления признаков или указаний на кровотечения, свойственные этой болезни. Они могут оставаться незамеченными или получать объяснение, не имеющее ничего общего с ним.

Мне случилось оперировать больную по поводу опухоли матки, развившейся через несколько месяцев после родов и

сопровождавшейся кровотечениями, не имевшими ничего угрожающего или тревожного. Во влагалище у этой больной была, кроме того, простая киста, величиною с голубиное яйцо, исходившая из его стенки, которой не было придано никакого значения. Опухоль матки была принята за фиброму, а усиленный ее рост объяснялся недавно бывшею беременностью. На злокачественное перерождение указаний никаких не было.

Во время операции оказалось, что это была *decidua* и что она уже дала метастазы в яичники и брюшные органы. В одном месте новообразование уже успело прорасти стенку матки и узел его был покрыт одною брюшиной. Матка с ее придатками была удалена, потому что никаких узлов в печени не было найдено, а подозрительные изменения на тонких кишках не были признаны узлами новообразования и им было дано другое объяснение.

Однако, в конце операции, когда брюшная рана была уже зашита и я стал удалять через влагалище кисту, которую мы считали банальною подробностью, не остановившей нашего внимания, оказалось, что она наполнена чистою кровью, а в ее стенке найдены элементы новообразования. Другие метастазы, найденные во время операции, не успели обнаружить своего присутствия никакими явлениями. Случай этот изображен на цветной таблице в моей «Оперативной гинекологии» ¹⁾.

Болезнь эта обыкновенно развивается после родов или в связи с ними. Роды протекают довольно правильно, разве, может быть, послед немного задерживается и выделение места замедляется. Иногда тотчас, иногда через несколько дней после родов показывается немного крови и начинают выделяться кровяные сгустки. Это сопровождается болями вследствие усиленных сокращений матки, старающейся выдавить их из своей полости. Такие послеродовые боли продолжаются с перерывами и заметным кровотечением. Матка плохо уменьшается, и дно ее прощупывается над симфизою. Кровотечение объясняют задержавшимися остатками оболочек, а для удаления их делают выскабливания тупой, иногда даже острой ложкой. Все явления проходят и никаких лихорадочных явлений может не быть вовсе. Больную считают выздоровевшей и может быть, остается только некоторое удивление, что пришлось наскрести тупой кюреткой так много тканей и оболочек.

Недели через две, а то и раньше, может быть, с ничтожными колебаниями температуры, кровотечения возобновляются и больная возвращается назад по поводу довольно значительных кровотечений, которые появляются без всякой видимой причины. После схваткообразных сокращений, плохо уменьшающейся матки, выделяются сгустки и чистая кровь, которая, вытекая, свертывается и скоро краснеет от действия кислорода воздуха.

¹⁾ Издание 2-е, Москва, 1915, том II pag. 689.

Выскабливание повторяется для остановки кровотечения. Шейный канал находят раскрытым, пропускающим указательный палец, а кюретка проникает легко, безо всякого предварительного расширения и вытаскивает большие обрывки оболочек и ткани с кровяными сгустками.

Все явления опять стихают, но возвращаются снова, уже не через неделю или полторы, как было при первом выскабливании, но значительно скорее. Удаленные массы рассматриваются, но ничего определенного высказать оснований не находят. Видны только комки свернувшейся крови и вплетенные в них обрывки каких-то тканей. Под микроскопом находят какие-то крупные эпителиоидные клетки и обрывки непонятной ткани с многочисленными ядрами, хорошо воспринимающими окраску, но без всяких границ между клетками, которым эти ядра могли бы соответствовать. Более опытные и привычные усматривают в этой ткани остатки синцития, а крупные клетки признают за Лангхансовские и ставят диагностику децидуомы или *chorion epithelioma*.

Если, основываясь на всем этом, решаются тотчас удалить матку, то получают иногда полное исцеление и рецидива может и не быть.

Менее привычные и решительные предпочитают наблюдать дальнейшее течение и применяют симптоматическое лечение. Кровотечение возобновляется, может быть, не такое сильное, но больная начинает лихорадить и бледнеть, состояние ее заметно ухудшается. По этому поводу ее иногда тотчас оперируют или препровождают к более опытному товарищу для операции. После удаления матки и теперь все может еще закончиться благополучно, если еще не успели появиться где-нибудь метастазы.

Таковыми представляются в фотографической передаче впечатления, остающиеся от тех случаев этого заболевания, в которых диагностика болезни пошла на пользу, как говорится, и помощь оказалась своевременной. Но это бывает все-таки довольно редко.

Повторные проливные кровотечения при этой болезни, быстро нарастающая кахексия, бледность покровов, резкая анемия и непрерывающиеся лихорадочные явления, даже при отсутствии метастатических проявлений, делают предсказания почти совершенно безнадежными.

При всяких кровотечениях, зависящих от новообразований, может быть отмечена одна особенность, на которую впервые обратил внимани *Sir Bland Sutton*. Кровотечение при новообразованиях может долгое время отсутствовать, а потом, появившись сразу, продолжается неопределенное время и увеличивается в связи с разрастанием опухоли или процессом ее распада. Эта особенность отмечается мною давно и при фибромах, и при злокачественных новообразованиях, при раках и саркомах матки.

Есть полное основание думать, что это имеет большое отношение к возможной при всяком новообразовании инфекции, хотя бы выраженной очень слабо.

При фибромах, интерстициальных и подслизистых, кровотечение является преобладающим симптомом и даже служит главным основанием для показаний к оперативному лечению этих разновидностей. Однако, каждому из нас встречаются случаи, когда только по удалении препарата или только во время операции обнаруживается, что полость матки растянута значительной опухолью, подслизистой или интерстициальной, вдавившей значительную часть слизистой в эту полость, а между тем, большая никогда кровотечениями не страдала и даже не жаловалась на значительное усиление регул. Если не было никаких специальных показаний, то она, конечно, зондированию не должна была подвергнуться, а величина и форма полости матки могла быть обнаружена только во время операции или при изучении препарата.

Все это вполне естественно и не относится к редкостям, но наблюдается только у девственниц, действительно никогда не имевших никаких половых сношений или попыток к ним и не подвергавшихся внутреннему исследованию или введению каких-либо инструментов. У женщин замужних это встречается очень редко, а у рожавших, повидимому, не наблюдается и вовсе.

Таких случаев интерстициальных фибром, при которых с полною уверенностью можно было исключить всякую возможность введения чего бы то ни было в полость матки и у которых никакого кровотечения эти опухоли не вызывали, мною подробно прослежено было несколько. Три из этих больных были инокини, возраста преклонного, строгой жизни, с твердыми нравственными устоями и у меня получилась полная уверенность, что они не скрывали чего-либо при расспросе и не имели основания для этого. Девственная плева у всех была совершенно цела и отверстие ее не было растянуто. Помню случай очень интеллигентной 50-летней женщины, тоже с большой интерстициальной фибромой, у которой никогда кровотечений не было и которая никогда внутреннему или инструментальному исследованию тоже не подвергалась.

Все эти случаи, как и многие другие, которые приводить считаю излишним, были оперированы вовсе не по поводу кровотечений, а по поводу болей, явлений сдавления внутренних органов и т. п. Все они подверглись экстирпации матки помощью чревосечения и на всех препаратах оказались интерстициальные фибромы, типа подслизистого, с растяжением слизистой оболочки и вдавлением ее в полость матки выступами узлов новообразования. Однако, механически это никакого кровотечения не вызывало, хотя, пока эти больные носили регулы, у них бывали довольно болезненные схватки маточной мышцы.

Можно привести много примеров, когда незначительные меноррагии, зависевшие от присутствия фибром, сразу превращались в метроррагии, после того как больные были подвергнуты только однократному зондированию матки.

Профузные кровотечения, резко увеличивающиеся через некоторое время после выскабливания матки по поводу кровотечений, зависящих от фибромы, приходится встречать довольно часто, и я это редкостью не считаю.

Поэтому выскабливания для остановки кровотечения при фиброме надо считать противопоказанным: это может только ускорить необходимость настоящей операции по поводу этого новообразования.

При фибромах, растягивающих слизистую оболочку матки, наблюдается нередко обильное выделение лимфы. Эту лимфоррею сравнивают с кровотечением, потому что обильное выделение белковой жидкости подрывает силы больной и она обескровливается этим «белым кровотечением», как его называют. Оно происходит, повидимому, из расширенных лимфатических сосудов слизистой, что встречается довольно часто при фибромах. Всякое введение инструментов в полость матки и даже каких-либо лекарственных веществ, смазывании, впрыскивании очень нередко и незадолго предшествовало появлению обильного кровотечения у таких больных и это служило показанием к ускорению необходимого оперативного пособия.

Когда было в ходу лечение фибром электричеством по способу *Apostoli*, требовавшему частое введение зонда в полость матки, случаи обострения кровотечения наблюдались настолько часто, что многие стали заменять внутриматочное введение положительного электрода электродом влагалищным, чтобы избежать этого осложнения.

В случае ракового новообразования отмечается то же самое, что мы сейчас сказали о фибромах. Знаю много случаев узловой формы рака шейного канала, в которых больные не жаловались на кровотечение до тех пор, пока не подвергались внутреннему исследованию, а после этого оно начинало тревожить, повторяться и делалось очень обильным.

Одним усилением кровоточивости вследствие распада тканей новообразования всего этого объяснить нельзя. Не подлежит сомнению, что ткань всякого новообразования, в особенности, если она хрупкая, а тем более, если она изъязвилась и начала распадаться, представляет условия для всякого нарушения своей целостности и целостности имеющихся в ней сосудов и тем вызывает кровотечения при малейших повреждениях. Но одного этого недостаточно, чтобы объяснить постоянное увеличение кровотечения, как только начинают обнаруживаться какие-нибудь признаки инфекции при новообразованиях. Самые сильные угрожавшие жизни, кровотечения при раковом заболевании мне случалось наблюдать только в случаях инфицированных.

Я остановился подробнее на этих примерах потому, что считаю все эти подробности довольно доказательными и для дела полезными. Они помогают пониманию значения хронических инфекций, как одного из существенных этиологических моментов для всякого кровотечения, не чисто травматического происхождения.

Влияние всяких септических процессов на происхождение последующих кровотечений из ран известно давно. В случаях тяжелых, запущенных пиэзий, госпитальной нечистоты, длительных, вялых, обширных нагноений последовательное, вторичное кровотечение наблюдается довольно часто. Это было подмечено еще *Н. И. Пироговым* и описано им очень картинно ¹⁾. Но таких жестоких форм сепсиса, которые он встречал в Крыму во время Севастопольской кампании, мы теперь почти не видим вовсе и знакомимся со всем этим только из литературы.

Изъязвление крупных артериальных стволов со смертельным исходом я наблюдал только один раз в Париже. Изъязвилась *carotis* через несколько дней после операции удаления рака языка, сделанной со свойственным ему искусством и изяществом покойным *Doyn'ом* в присутствии тоже покойного проф. *Kocher'a*, *В. Ф. Снегирева* и моем. Нагноение в шейной ране было незначительное, но она несомненно была инфицирована проникавшим в нее из полости рта отделяемым. Лихорадочных явлений почти не было и больной находился в удовлетворительном состоянии. Артериальное кровотечение появилось совершенно внезапно, ночью на шестой день после операции. Оно было тотчас остановлено слабой тампонацией, но уже через сутки оно возобновилось, и больной погиб от общей слабости и анемии на восьмой день после операции, несмотря на все принятые меры. Источником кровотечения оказалось отверстие в левой сонной артерии на уровне нахождения *arteriae thyreoideae superioris* там, где были удалены во время операции железы. Мы объясняли это изъязвление, как последствие ушиба артерии тупым концом куперовских ножниц, которыми эти железы с такою ловкостью и быстротою выковыривались во время операции. Слабое, вследствие ушиба, место на артерии подверглось изъязвлению и вызвало это тяжелое осложнение. Процесс такого изъязвления без влияния инфекции я себе объяснить не могу. Такое впечатление я вынес тогда (в 1900 г.) и такого же объяснения держусь и сейчас.

У раненых воинов, которых мне пришлось лечить в минувшую войну, встретилось несколько последовательных, вторичных кровотечений при открытых переломах с продолжительным нагноением. Потери крови были довольно значительны, они поражали свою внезапностью, но таким трагическим исходом,

¹⁾ *Н. И. Пирогов*. Начала общей военно-полевой хирургии Дрезден. 1865.

как в парижском случае, не сопровождалась. Во всех этих случаях влияние септической инфекции сомнений не вызывало.

Чисто местное влияние даже незначительной инфекции часто проявляется выделением крови из раны или язвы. Кровоточащие грануляции всегда считались и считаются вялыми и нездоровыми. Та же особенность всяких инфицированных повреждений и ран хорошо заметна при неумелом применении отсасывания по *Bier*'у при нагноениях, когда простая гиперемия, для которой оно применяется, превращается в кровотечение и уничтожается весь смысл и значение этого могучего терапевтического приема и после него получается заметное ухудшение.

Всякие слизистые оболочки, в особенности, наиболее сочные из них и покрытые цилиндрическим эпителием, легко начинают кровоточить при малейшей инфекции. Не подлежит сомнению, что всякие кровотечения из эндометрия, которые мы объясняем воспалением этой слизистой. без влияния инфекции или ее последствий не обходятся. Те объяснения, которыми мы при этом довольствуемся, должны терять всякую реальную почву, если не обращать внимания на первоначальную причину и на этиологию того воспаления, которому мы все это приписываем. Ведь для возникновения здесь воспаления, если исключить всякую возможность инфекции, трудно что-нибудь придумать из таких причин воспаления, которые никаких сомнений возбуждать не могут. Кроме инфекции, остаются только три: травматические, термические и химические воздействия. Все это, очевидно, едва ли здесь применимо и едва ли часто или когда-нибудь осуществляется в действительности. В то же время условий для возникновения инфекций здесь слишком много, точно так же, как и случаев для этого. Анатомия этой слизистой с ее богатой сосудистой сетью, обеспечивающей хороший приток питания и для эпителия, и для могущих здесь оказаться микробов, а не менее того — и ее физиология, проявляющаяся циклическими приливами крови, представляют для этого особые преимущества.

Влияние всяких перегибов матки, которыми мы охотно объясняем многие кровотечения, тоже должно отражаться более на условиях, благоприятствующих инфекции, чем на застойных явлениях, которые здесь отмечаются. Ведь во всякой перегнутой матке должен нарушаться естественный дренаж ее полости, а всякое задержание секрета всегда и везде является условием, особенно благоприятным для инфекции.

Объяснение хронического воспаления слизистой матки простым застоем крови представляется столь же мало вероятным, как объяснение этого явления каким-то особым влиянием нервной системы, чем еще недавно находили возможным довольствоваться. или каким-либо особым действием яичника и его внутренней секреции, в которой многие стали искать основания для такого же, столь же теоретического, толкования этих явлений.

Кроме того, при всяких эндометритах мы почти всегда находим круглоклеточную инфильтрацию. Представляется совершенно непонятным, зачем природе могло бы понадобиться применять здесь такую меру, которою она пользуется для защиты от проникновения в ткани всяких инфицирующих начал, микробов и их токсинов, если здесь ничего подобного не имеется и даже никогда не было. Едва ли может случиться, чтобы ей могло понадобиться прибегнуть к такой чисто местной защитительной мере против действия внутренней секреции такого отдаленного, хотя бы и связанного своими отправлениями с этою слизистой, органа, как яичник или надпочечная железа и т. п.

Если обратиться к частным случаям кровотечения, то, в общем, для объяснения их возникновения после всяких изменений, связанных с беременностью и с новообразованиями, главное место приходится отвести влиянию местной инфекции и тех воспалительных изменений, которые она вызывает. Таким образом, всякие смещения и опухоли воспалительного происхождения, от которых может зависеть кровотечение, нужно относить к влиянию инфекции и ее последствий и остатков в виде рубцов, сращений и т. п.

Повышенную кровоточивость при всяком воспалении, кроме гиперемии, приходится объяснять больше всего влиянием токсинов. Особенность воздействия их на стенки сосудов проявляется нарушением их прочности, целостности и непроницаемости. Это наблюдается и при общих инфекциях, когда отравляется весь организм и все его ткани, и при чисто местных ее влияниях, даже минимальных, обнаруживающихся только местным воспалением.

Почему при бактериологических исследованиях часто находили полость матки стерильной и посадки из нее давали отрицательный результат, остается вопросом. Это может зависеть и от несовершенства методов для добывания материала, или от какой-нибудь другой причины. Ведь невозможность обнаружить присутствие гонококка в выделениях из полости матки при повторных поисках, не исключает возможности, в конце концов, иногда его найти. Возможно, что и для других микробов здесь тоже имеются условия, затрудняющие их нахождение. Логические сопоставления, воспалительные изменения слизистой, последствия местного воздействия токсинов, указания истории болезни и на бывшие когда-либо проявления инфекции — все это не дает нам достаточно оснований, чтобы исключить влияние инфекции, как этиологического момента для всего этого. Пока не будут найдены бесспорные доказательства ошибочности этого, с этим мы должны считаться; а такое объяснение считать более, чем вероятным.

Мы перечислили все главные основания, которые применяются для объяснения кровотечений из половых органов женщины. Этот важный для диагностики симптом может, однако,

оявляться и сам по себе — чисто симптоматически и в таких случаях мы никакого объяснения этому явлению дать не можем и должны заменять его разными предположениями.

Фактическая сторона такова. Если в тазу, где-нибудь по соседству с внутренними половыми органами или в них самих происходит какое-нибудь кровоизлияние или кровотечение, то это часто сопровождается наружным кровотечением из половой щели, хотя никакого сообщения между половым каналом и тем местом, куда излилась первоначально кровь, не имеется. Это наблюдается и после операций, напр., после удаления кисты яичника и после простой кастрации, и после *arrestia ovarii* и после всяких травматических повреждений придатков, без поврежденной брюшной стенки или полового канала. Наблюдается это и при трубной беременности, когда произойдет допание трубы и кровь изливается в брюшную полость, так же, как и тогда, когда она изливается в клетчатку широкой связки или околоматочную.

Иногда это пытались объяснять приливом крови, в зависимости от срока регул, при которых многие кровотечения иногда возобновляются или усиливаются. Допускали, что такой же точно прилив крови, какой бывает при регулах, мог бы произойти и просто, как следствие раздражения, получившегося в тазу от случившегося в нем кровоизлияния. Сравнивали это явление и с носовым кровотечением, напр., в связи с геморроем, и придумали даже особое название *metrostaxis*, но все это остается предположительным и мало доказательным. Гораздо проще и ближе к истине просто признать, что настоящую причину этого явления мы пока объяснить еще не можем, но игнорировать возможность такого симптома при постановке диагностики никаких оснований не имеем.

Есть еще одна форма кровотечений, которой мы до сих пор объяснения дать не можем. Это так называемое эссенциальное кровотечение. Оно наблюдается у женщин, близких к климактерию, не останавливается от разного лечения, к которому прибегают. Изменений для объяснения этого не находят и, в конце концов, являются показания к удалению матки, после чего получается прочное выздоровление. Надо думать, что во многих случаях более подробное изучение симптомов и подробностей должно давать возможность делать более точное определение этой болезни, потому что многие уже обходятся без такой неопределенной формулировки диагностики.

Несколько таких случаев мне пришлось оперировать после выпаривания матки, когда, несмотря на это, кровотечение все-таки продолжалось. Интересные препараты таких случаев изображены во 2-м издании моей „Оперативной гинекологии“ (М. 1915, pag. 279, 280 и 281). Даже на этих рисунках хорошо заметны изменения сосудов. Они расширены, стенки их утолщены, а просвет зияет. Зависит это от склероза этих стенок, утративших свою эластичность.

Имея дело с кровотечением, прежде всего приходится определить его интенсивность и влияние на организм больной. Количество вытекающей крови определяется только приблизительно. Об нем обыкновенно судят по тому, что удастся собрать и по пропитанному кровью белью.

Иногда судят по числу окровавленных подкладок или полотенец, вроде того, как это принято в Англии для определения количества регул. Все это остается тоже только приблизительным. Ведь никто этих салфеток не взвешивает ни до, ни после их применения.

Всего произвольнее оказывается суждение о количестве крови, которая была вылита вместе с какою-нибудь жидкостью, с мочей или водой от спринцования. Достаточно полстакана крови, чтобы вода в ведре или большом тазу оказалась ярко красной. Непривычные люди в этом отношении всегда склонны преувеличивать количество крови, которую они видели или которую выносили сами.

Кроме пятен на белье, приходится судить по самому виду крови, вытекающей из половой щели и сгустков, которые из нее выделяются. Быстрота, с которой они образуются, и цвет их имеют значение. Ярко красная кровь, тотчас свертывающаяся и дающая алые сгустки, является признаком артериальной, жидкая, темная — венозной крови.

Однако, и венозная кровь все-таки свертывается, а цвет ее тоже делается ярким, когда она успеет окислиться от пребывания на воздухе. Это хорошо заметно на той крови, которая постоит некоторое время, напр., в тарелке, после кровопускания, или вместе с препаратом, после операции. Соединение кислорода воздуха с гемоглобином обуславливает тот яркий алый цвет, который приобретает всякий препарат, когда он пролежит некоторое время на воздухе. Это даже отражается на изображениях, которые делают красками со свежих препаратов. Искусные художники не принимают этой особенности во внимание, потому что не знают ее значения. Рисунки их всегда оказываются много ярче и краснее, чем были препараты, когда их удаляли во время операции, картина меняется уже через полчаса. При суждении об окраске кровяных сгустков всегда необходимо делать поправку на счет того кислорода, который успеет поглотиться гемоглобином.

Кроме того, когда кровь выделяется из полости матки, т.-е. из ее слизистой, она, очевидно, должна вытекать из капилляров, потому что о настоящих артериях или венах здесь думать не приходится. Всякий капилляр может быть ближе к артериальной или к венозной сети, поэтому и из капилляров может вытекать кровь, более похожая на артериальную, чем на венозную, и наоборот.

Гораздо существеннее отмечать влияние кровотечения на организм больной. На крепкий и сильный организм кровотечение

влияет менее заметно, чем на уже ослабленный. Общие признаки острого малокровия: бледность, учащение пульса, посинение губ, головокружение, похолодание конечностей, обильный повторный пот, тошнота и рвота, поверхностное и частое дыхание, обморочное состояние — в таком порядке нарастает угрожающее жизни значение симптомов от больших, повторяющихся потерь крови. При длительном кровотечении, кроме того, происходит постепенное падение температуры, достигающее до 1-го градуса в час.

Кровотечение может поддерживаться изменениями самой крови, понижением ее свертываемости (coagulation index), различными общими заболеваниями, изменяющими состав крови, ее разжижением, изменениями сердечной деятельности при пороках и неврозах сердца и даже психическими воздействиями.

Со всем этим приходится считаться, когда устранение местных причин, вызывающих кровотечение, оказывается недостаточным.

Для повышения свертываемости крови назначают соли кальция внутрь или подкожно. С явлениями малокровия борются подкожными инъекциями физиологического раствора соли: это тоже увеличивает свертываемость крови. К внутривенному введению того же раствора прибегают только после остановки кровотечения.

акusher.ru

IV. Лихорадка.

Температура тела здорового человека должна равняться около 37°C . Такою она обыкновенно и оказывается, если измерять ее во рту или в прямой кишке. На всех градусниках издавна принято обозначать красной чертой эту признаваемую за норму температуру. Однако, за последнее время многие считают правильнее понизить эту цифру на несколько десятых. Это уже успело передаться и больным, которые стали заявлять, что их беспокоит лихорадка, потому что по вечерам они намеривают у себя $36,5$ и даже $36,7^{\circ}\text{C}$. Это, впрочем, вовсе не указывает, чтобы нормальная температура сделалась ниже, чем она была 10 или 20 лет тому назад.

Повышение температуры есть главный и наиболее легко заметный признак лихорадочного состояния. Это заметно прямо рукой: температуру в 38° легко можно выучиваться узнавать, засунувши руку под сорочку.

Всякое повышение температуры, как и всякая лихорадка, которую оно сопровождает, есть следствие инфекции общей или местной. Этим отмечается первенствующее значение этого симптома при диагностике всякого заболевания, с которым придется встречаться. Повышение температуры, зависящее не от инфекции, а от чего-нибудь другого, практически не встречается никогда, и значение это иметь может только теоретическое. Случаи отравления сулемой, ядом скорпиона или гремучей змеи, последствия термических влияний, отмораживания или обугливания кожи или целых конечностей могут дать примеры безинфекционного повышения температуры, но, во всяком случае, к заболеваниям гинекологическим отношения могут иметь мало и очень редко.

Совершенно так же, как при всяком воспалении, при всяком повышении температуры, или лихорадочных явлениях, всегда надо думать об инфекции и, прежде всего, искать ее и ее локализацию.

Характер кривой, изображающей колебания температуры, и последовательность, с которою они проявляются, дают очень важные указания для диагностики, а нередко имеют даже решающее значение.

На этом основывается определение инфекции всего организма, возможности ее локализации и особенности, а, это здесь

много важнее всего остального, — позволяет судить о присутствии гноя или вообще такого очага инфекции, который может быть обезврежен и требует неотложных мероприятий.

Сплошная высокая температура, не обнаруживающая суточных колебаний, есть признак заболеваний соматических. Она свойственна, главным образом, тифу и другим острым болезням общего заразного характера. Для заболеваний гинекологических это не показательно и наблюдается только при резко выраженном септическом послеродовом заражении или в связи с выкидышем (родильная горячка) или, наконец, с септическим общим поражением брюшины после операции, в связи с генерализацией местного септического очага инфекции. Все это может выражаться сплошной *febris continua* с повышением температуры на градус, на два и всеми сопровождающими такое состояние подробностями. Незначительная, тоже почти сплошная, температура: 37,6; 37,7; 37,8°, может зависеть и от гноя, когда он хорошо отгорожен защитными воспалительными изменениями.

Высокая температура, 39; 40, и более градусов указывает на влияние более вирулентных микробов, как стрептококки или стафилококки. Малые повышения с длительным, затяжным течением могут поддерживаться и *bacillus coli* и его разновидностями, потому что при них может оказаться довольно злобонный гной, и даже в количестве большем, чем можно было ожидать его найти, а отсутствие высокой температуры объясняется прочными заграждениями, построенными организмом для защиты от этого микроба и мешающими всасыванию.

Для присутствия гноя характерна гектическая температура. Она выражается суточными колебаниями в 1 и в 1½ градуса. Утром 36,5; 37°, вечером — 37,5; 38, 39°, или, утром — 36, вечером 37°. Такая же температура только в обратном виде считается признаком туберкулезной инфекции. Однако, я имею основание думать, что такой *typus inversus* имеет более общее с септическими процессами, чем с самим туберкулезом, потому что встречал его при чисто стрептококковой инфекции. Надо думать, что и при туберкулезе такая температура является выражением влияния присоединившейся добавочной инфекции, что при туберкулезе наблюдается вовсе не редко.

Когда гектическая температура сопровождается познаниями и повторными потами, то мы считаем, что имеются налицо все главные логические признаки гноя.

Всякое всасывание инфекционных начал и токсинов выражается зябкостью, познанием, недомоганием. При большем количестве и при большей вирулентности этих токсинов является озноб. Зубы начинают стучать, конечности и все мышцы туловища дрожат так, что это передается постели; дыхание, а еще более пульс учащается и скоро переходит за 100 ударов; губы синют: весь вид больного делается беспомощным и выра-

жает тревогу и страдание. Температура в это время быстро повышается и к концу припадка доходит до 40; 41°. Затем больной согревается, все явления стихают и появляется обильный проливной пот, а температура начинает падать. Все это продолжается минут 20, полчаса, редко 40 минут. Настоящий потрясающий озноб больше этого обыкновенно не продолжается. Когда он затягивается на целый час и более, больные обыкновенно умирают. Часто смешивают предварительное познабливание, предшествующее ознобу, с ознобом, и рассказывают о потрясающих ознобах, продолжавшихся часа полтора и более. Я этого никогда не видел.

Вся картина имеет много общего с припадком перемежающейся лихорадки, за которую так часто принимают и разные септические нагноения, и многие туберкулезные заболевания, в особенности мочевых путей.

Инфекция и ее токсины поступают или через лимфатические пути, или прямо в кровеносную систему. В обоих случаях это может проявляться ознобом, потому что пирогенные начала и токсины через *ductus thoracicus* попадают прямо в кровь, и если их много и они достаточно вирулентны, то получается озноб.

Кривая температуры при проникновении инфекции в клетчатку очень типична.

Дело начинается всегда с озноба или заметного познабливания, температура поднимается сразу и держится довольно высокая два, три дня. В это время заметны утренние ремиссии даже на целый градус, но она остается высокою: утром около 38°, вечером около 39, 40°. Через несколько дней, дня через три, много четыре, когда организм успеет выставить достаточные защитительные ограждения и появится инфильтрат, все сразу улучшается. Температура падает почти до нормы и несколько дней держится низкая, сохраняя, однако, свой гектический характер с разницей между утренней и вечерней на целый градус, напр.: утром 36,9 — 37°, вечером — 38°.

Через несколько дней такого благополучия, когда больная считает себя выздоравливающей, потому что пользуется хорошим самочувствием, защитительные меры, построенные организмом для своего ограждения от распространения инфекции, оказываются несостоятельными, и в него поступает новая порция токсинов. Температура опять делается высокая и держится так снова несколько дней, пока организм не успеет построить новый инфильтрат клетчатки и снова отгородиться от очага инфекции.

Все это повторяется несколько раз, продолжаясь по три, четыре дня. Температура остается все время гектической, потому что всасывание не прекращается, но, так как оно происходит толчками, то кроме суточных ремиссий, получаются ремиссии трех-или четырехсуточные.

Кривая представляется в виде пилы. Зубцы ее соответствуют суточным колебаниям температуры. Через три, четыре зубца концы следующих зубцов оказываются ниже, а затем после такого же промежутка (времени) снова поднимаются на ту же высоту. Сами зубцы остаются одинаковой длины, что соответствует суточным колебаниям в один градус, но располагаются они в два этажа. Зубцы верхнего этажа отмечают обострения, нижнего — ремиссии. И то и другое продолжается по три, четыре дня.

После нескольких таких обострений кривая сглаживается, зубцы ее исчезают и вся она спускается к норме, что уже соответствует выздоровлению.

Такая кривая свойственна всякой флегмоне, — и на конечностях, и в подкожной клетчатке. Когда поражается клетчатка околоматочная, это выражается еще отчетливее и более наглядно. Это настолько характерно для параметрита, что на основании такой кривой температуры сразу можно поставить диагностику и даже восстановить всю картину болезни и ее течения.

При проникновении инфекции в серозную полость появление озноба вовсе не характерно. Даже больше того, на основании обширного материала проф. *Murphy* считает типическим для аппендицита появление сначала боли, а только впоследствии лихорадки или озноба. Этим ставится резкая грань между временем возникновения лихорадки при инфекциях в клетчатке, когда лихорадка и озноб появляются прежде боли, надо думать, о клетчатке. Когда все начинается с боли, возможно начало инфекции брюшины, при которой боль всегда предшествует лихорадке.

Высокие температуры свойственны, главным образом, только острым заболеваниям. В случаях хронических это наблюдается только при обострениях и при каких-нибудь осложнениях.

Повышение температуры иногда с ознобом при появлении метастазов злокачественных новообразований — явление довольно обычное. Зависит ли это от всасывания токсинов самого новообразования, или к этому примешивается какое-нибудь влияние инфекции, остается вопросом, и это может быть выяснено только в редких случаях.

Лихорадка есть указание на всасывание. Она доказывает, что в кровь поступили токсины, и что весь организм с ними борется. Нахождение микробов в крови здесь вовсе не обязательно, потому что их можно и не найти. Для борьбы с инфекционными началами необходимо усиленное окисление или сгорание. Это и выражается повышением температуры. Когда все перегорит, получается выздоровление. Озноб указывает на быстрое поступление большого количества пирогенных начал. Откуда именно они берутся, или проникают, может оставаться невыясненным, но озноб и лихорадка указывают, что они уже поступили в кровь.

V. Инфекция и ее проявления.

Подробности, имеющие отношение к симптомам, вызываемым инфекцией, трудно отделить от того, что только что было приведено по поводу лихорадки; многое пришлось бы повторять, а в этом нет никакой надобности. Здесь нам придется остановиться на некоторых изменениях в тканях и органах, в зависимости от инфекции, на тех подробностях, которыми это сопровождается, симптомах и особенностях, которые можно при этом подметить и приложить к целям диагностики.

Толкования и объяснения, которые здесь должны находить применение, не могут претендовать на точность и несомненность. Многие в них должно отличаться субъективностью, но для практических целей с этим приходится мириться.

Последствия всякой инфекции могут проявляться во всех тканях и органах. В тканях изменяются их свойства: эластичность, растяжимость, консистенция; в органах изменяются механические условия их анатомии и топографических отношений, нарушаются их отправления. Все это имеет значение для объяснений симптомов и особенностей заболевания.

При всяком проникновении в организм инфекции и ее токсинов природа отвечает на это защитительными мерами, которые организм против этого выставляет.

Если инфекция попадает в кровь, то происходит повышение температуры, усиливаются окислительные процессы, токсины перегорают, а бактерии выделяются через почки, обезвреживаются и гибнут в печени, селезенке, может быть, даже и костном мозгу и т. п.

Если инфекция попадает в ткани, главным образом, в клетчатку ее лимфатическими щелями и пространствами, то вокруг нее тотчас образуется инфильтрат, все пропитывается ратью лейкоцитов, поглощающих микробов, отек и уплотнение, окружающие очаг инфекции, не допускают всасывания лимфатическими путями и сосудами.

Так или приблизительно так мы себе это представляем. Все это назначено для обезвреживания инфекции и для предупреждения ее проникновения в организм и для улучшения условий его борьбы с нею и ее последствиями.

Если мы обратимся к подробностям, то всего более нам придется остановиться на кровеносной системе, на сердце и на кровеносных сосудах.

Первое, на чем отражается воздействие всякой инфекции после проникновения ее в организм, — это на сердце и на пульсе.

Он делается чаще, оставаясь мягким и хорошего наполнения. Это может быть замечено за сутки и более до всякого повышения температуры.

Вдумчивые и наблюдательные клиницисты давно отметили эту особенность. Проф. *Depaul* считал ускоренный пульс в первый день после родов явлением очень серьезным. Опыт научил его, что, когда пульс в этих случаях при хорошем самочувствии и без всякого видимого основания доходит до 100 и более ударов в минуту, то всегда можно ожидать возникновения тяжелого послеродового заболевания. Это может случиться и через несколько дней, через неделю и более.

Учащение пульса, как первое, а нередко единственное указание на возникновение инфекции и локализацию ее в кровеносной системе, заслуживает серьезного внимания. Оно показывает, что вся эта система находится в состоянии тревожном, как бы ожидающем каких-либо осложнений или неприятностей, с которыми ей предстоит бороться.

В крови в это время могут циркулировать и микробы, и их токсины. На это тотчас начинает реагировать эндотелий, ограничивающий полость, в которой циркулирует кровь. Раздражение, которое он должен испытывать, вызывает рефлекторное учащение сердечных сокращений. Этим организм пытается освободиться от заразы, очиститься от начавшегося загрязнения крови, обезвредить инфицирующие начала усиленную работою печени и других органов, на которые это возложено природою, удалением и выделением того, что можно, через почки.

Если все это скоро удастся выполнить, то все успокаивается. Тревожная работа сердца, усиленная деятельность печени, почек возвращаются к норме. Исчезают и другие признаки начавшегося общего удручения организма и сопровождающие их тревожные ощущения, получается полное выздоровление.

Но это бывает далеко не всегда. Пока в крови циркулируют микробы, всегда возможны разные осложнения: 1) метастазы, 2) тромбы и их последствия, 3) флебиты и эндокардит.

Метастазы проявляются образованием нового очага инфекции. Она локализуется на местах наименьшего сопротивления, в таких тканях, которые чем-нибудь попорчены и представляют *locus minoris resistentiae*. Это является последствием местных воздействий — ушиба, охлаждения и т. п. Переполненные кровью капилляры, мелкие кровоизлияния из них, изменившийся или поврежденный эндотелий их стенки, не представляющий преграды для попадания микробов из крови в ткань в по-

врежденном месте — все это является условием, благоприятным для имплантации здесь микробов и создания нового очага инфекции.

Интересно и практически важно, что метастазы появляются не во время разгара первоначального очага инфекции и не тогда, когда микробов в крови может циркулировать много, а как раз тогда, когда их стало меньше и когда первоначальное заболевание начинает проходить и заканчиваться.

Обыкновенно дело происходит так: гнойная стрептококковая ангина или осложнившаяся ангиной инфлуэнца, которая уже успела закончиться, и больной почти выздоровел, фурункул или панариций, только что переставший гноиться и уже начинающий заживать, нагноение в десне от больного зуба, при флюсе, уже заканчивается, опухоль опала и все симптомы давно затихли и т. п. — вот то время, когда после ушиба, сильного охлаждения или утомления конечности совершенно неожиданно и внезапно появляется ужасная боль в кости голени или плеча, высокая, как при тифе, температура и развивается типическая форма остеомиелита. Совершенно при таких же условиях и в такое же время может появиться гнойное метастатическое воспаление сустава.

Влияние всякого охлаждения на ревматическое воспаление суставов — явление обычное, а острая форма суставного ревматизма относится к заболеваниям несомненно метастатического происхождения.

Присутствие микробов в крови является условием и причиной образования тромбов. Они могут быть пристеночные и закупоривающие или облитерирующие. И те и другие возникают на поверхности эндотелия в тех местах, где он начинает изменяться или повреждаться от воздействия на него инфекции, циркулирующей в крови. Кровь здесь свертывается и своим сгустком укрывает и укупоривает микробов на внутренней поверхности кровеносных сосудов. Отделенные слоем уплотняющего и непроницаемого фибрина бактерии оказываются совершенно изолированными, как бы припечатанными сургучом и должны погибать от недостатка питания. По миновании в нем надобности природа удаляет этот тромб: он постепенно уменьшается, постепенно рассасывается и исчезает. От него остается только то, что успело организовать и превратиться в соединительную ткань. На поверхности эндотелия после этого остается заметное изменение, исчезает блеск, остается углубление, вроде зажившей язвы. Впоследствии в этой ткани могут отлагаться соли, получаютя обызвествления и бляшки, выдающиеся в просвет сосуда.

Такие же точно пристеночные тромбы отлагаются на поверхности эндокардия, в особенности на клапанах сердца. Под влиянием инфекции или ее токсинов здесь изменяется эндотелий, часть его даже погибает. Получается вроде изъязвления, по-

крывающегося слоем фибрина, который организуется, дает разращения соединительной ткани. Ткань эта превращается в рубцовую и от нее остаются стойкие изменения, нарушающие правильность отправления клапанов. Поверхности их плохо соприкасаются, они не могут вполне закрываться: получается органический дефект. Это имеет существенное значение для объяснения возникновения всяких так называемых пороков сердца и даже для многих других, проявляющихся через многие годы, нарушений деятельности этого органа, которые находят объяснение в сходных с этим изменениях в сосудах и их *intima*, ведущих к образованию бляшек и склеротических отложений.

Этиологическая связь изменений в клапанах сердца с проявлениями острого ревматизма суставов известна давно.

Тянущееся многие годы, хотя бы и более слабое, отравление организма из заглохшего, но почему-либо не исчезающего старого очага инфекции, может производить такие же изменения на внутренней поверхности кровеносных сосудов, аорты, венечных артерий сердца, на полулунных клапанах и т. п.

Случай преждевременной кончины профессора *J. В. Murphy* и предшествовавшие ей явления *anginae pectoris* может служить хорошим примером этого.

Объяснение болезни, которое он дал ей сам, вполне подтвердилось аутопсией и представляется очень поучительным.

Воздействие метастатических процессов, которые он так умел подмечать у больных, так убедительно объяснять и наглядно истолковывать на своих блестящих клинических лекциях, нашло полное подтверждение и в случае его собственной болезни и того объяснения, которое он дал ей сам. Исходною точкою и первоначальным очагом инфекции он считал бывший у него 33 года тому назад инфекционный очаг в правой почке, сопровождавшийся кровотечениями из нее. Остатки сморщенной почки и старого гнойного в ней процесса были найдены при аутопсии. Тогда же нашли полное подтверждение его предположений об изменениях на внутренней поверхности аорты и венечных сосудов, которые он считал для себя неизбежным следствием многолетнего инфицирующего воздействия на сосудистую систему, и тех склеротических изменений, которые в ней должны были оказаться и действительно были найдены при вскрытии ¹⁾. Этими изменениями он с полным основанием пытался объяснить тяжелые симптомы, причинявшие ему значительные страдания и закончившиеся его смертью.

Если пристеночный тромб окружает весь просвет сосуда, то получается сужение. Ток крови замедляется и может по-

¹⁾ См. описание болезни и кончины проф. *Murphy*, с отчетом о его аутопсии в последнем выпуске его клинических лекций. Dec. 1916 г. Philadelphia, 1916. Vol V. № 6.

лучиться тромб облитерирующий, как это и наблюдается в венах.

Замедление и остановка движения крови сопровождается раздражением по тракту всего сосуда; стенка его делается чувствительной и болезненной.

Закупорка больших сосудов при многих тяжелых формах септической инфекции наблюдается в глубоких венах нижних конечностей, получается то, что известно под названием *phlegmasia* или *phlegmatia alba dolens*.

Вся конечность делается бледной и отечной, как бы просвечивающей, подкожные вены на ней ясно выделяются. Малейшее прикосновение по тракту глубоких вен вызывает сильную боль, всякое движение конечности то же. Болезненность этих вен обнаруживается прежде всего на задней поверхности голени, при надавливании на *musculus gastrocnemius*, а еще более в *fossa poplitea*. Выше на бедре она следует по направлению *musculi sartorii* и находящейся под ним бедренной вены, сопровождающей соименную артерию. Такая болезненная чувствительность обнаруживается обыкновенно уж за несколько дней до появления отека, который при этом не замедлит развиться.

Все это объясняется тромбозом *venae iliacaе*, которая инфицируется через соседние тазовые вены, идущие из матки. Большие анастомозы и отсутствие клапанов во многих тазовых венах этому очень благоприятствуют.

В послеоперационном периоде *phlegmatia alba* развивается довольно поздно, на 18-й, даже 22-й день. Около того же времени, наблюдаются и метастазы в околоушной железе. Теперь, впрочем, все это попадает много реже, чем было еще не так давно, когда упущения в мерах антисептики встречались чаще.

В послеродовом периоде эти осложнения появляются несколько раньше. Но во всех случаях предвестником их является изменение пульса, его учащение без видимой причины, иногда повторяющееся не один раз и задолго до возникновения этого тяжелого осложнения, которое само всегда возникает довольно внезапно.

Собственно тромбоз больших вен бедра есть осложнение, свойственное не только инфекциям в тазу и послеродовым заболеваниям, как мы иногда привыкаем думать. Это просто проявление тяжелой септической инфекции вообще и наблюдается довольно часто у чахоточных, незадолго перед концом, когда они умирают от присоединившейся добавочной септической инфекции с пиэмическими явлениями.

Закупорка наружной подвздошной вены может закончиться полным выздоровлением с восстановлением ее проходимости. Это бывает, надо думать, только тогда, когда закупорка эта бывает неполная и когда нагноения в полости вены не полу-

чается.) Ниже Пупартовой связки находили при вскрытии случаев тромбоза *venae iliacaе* белые фибринозные тромбы, спускавшиеся ниже коленного сустава и, что довольно удивительно, тромбы эти оказывались совершенно стерильными, хотя перед заболеванием и во время него обычная болезненность глубоких венозных стволов, о которой было упомянуто выше, наблюдалась, как всегда.

Полная закупорка просвета вены с прекращением движения по ней крови применяется организмом, главным образом, для отгораживания проникшей в сосуд более интенсивной инфекции, с которой он мог бы и не справиться, если бы она успела разнестись и развиться по всему организму. Получается локализация. Инфекция закупоривается в полости сосуда и здесь образуется абсцесс, совершенно так же, как это бывает во всяком другом месте. Отгороженный при этом участок вены должен запустеть навсегда.

Такие отгороженные участки венозных стволов отличаются своею чувствительностью, а пока в них нагноения еще не случилось—и большою плотностью. В этом отношении характерны заполненные фибринозными массами тяжи, в которые превращается *vena spermatica interna (s. ovarica)*, как это наблюдается после тяжелых послеродовых инфекций. Из этих вен получают толстые, в карандаш, веревки, которые долгое время прощупываются при двойном исследовании. Может ли восстановиться после этого просвет вены, точных указаний не имею и весьма сомневаюсь, чтобы такие плотные массы фибрина могли рассосаться без остатка.

Припухание и болезненность венозных стволов указывает на их воспаление, т.-е. на воздействие на них инфекции. Есть полное основание думать, что и в тех случаях, когда были найдены совершенно стерильные тромбы, первоначально они были тоже пристеночными и возникли тоже, как защитительное построение организма в ответ на инфекцию, от влияния которой стенка сосуда в это время и сделалась чувствительной и болезненной. Через некоторое время отгороженная отовсюду и поставленная в неблагоприятные условия инфекция заглохла и ее возбудители исчезли, а оставшийся в просвете сосуда тромб может оказаться стерильным.

Все это относится к проявлениям локализации инфекции в самой полости вены, к тому, что называется эндотромбозом. При этом в самой стенке сосуда и в клетчатке его адвентиции воспалительные явления могут быть выражены довольно слабо.

В случае перифлебита, может быть, даже точнее, парафлебита, влияние инфекции и зависящее от нее воспаление локализуется вокруг вены, в клетчатке, входящей в состав ее стенки. Она инфильтрируется и пропитывается кровью. Происходит не только утолщение и болезненность венозного ствола, но, как это видно бывает на конечностях, при

этом могут появляться темнофиолетовые полосы, просвечивающие через кожу по тракту венозных стволов. Это наблюдается при инфицированных открытых переломах и при других заболеваниях, сопровождающихся интенсивной инфекцией с воспалением вен.

Для этой формы более характерны изменения в стенке сосуда и вокруг него, чем в его просвете. Несмотря на резко выраженные изменения, на первый взгляд устрашающие и совсем непоправимые, может получиться полное восстановление кровообращения и могут исчезнуть всякие остатки изменения, зависевших от локализации здесь инфекции. Случаи эти, очевидно, могут обходиться без образования облитерирующих тромбов и в просвете сосуда все ограничивается пристеночным отложением фибрина, который потом может рассосаться.

При всякой локализации инфекции очень существенным представляется выяснить, каким путем она могла проникнуть, где именно и когда это могло произойти.

Все это может быть выяснено только на основании тщательного изучения случая и его истории и, когда время еще не упущено, дополнено теми исследованиями, которые еще могут быть сделаны.

Воротами для первоначального проникновения инфекции больше всего является лимфатическая система, ее сосуды, лимфатические щели и пространства, главным образом, клетчатка и ее производные.

Все, что хорошо укрыто эпителием—кожа, слизистые оболочки—представляет преграду для внедрения микробов. Через неповрежденную кожу проникают только чумные бактерии и некоторые другие разновидности микробов, относительно коих полной достоверности еще нет.

Пока эпителий совершенно цел, он является очень серьезной защитительной преградой против проникновения микробов. Этот так называемый закон *Высоковича* можно считать верным по отношению к гноеродным и септическим инфекциям. Через неповрежденную слизистую микробы проникать не могут. Этим объясняется, почему в кишечнике могут находиться, и в таком огромном количестве, такие микробы, как *bacillus coli communis* и все обходится благополучно.

Через лимфатические пути инфекционные начала перебрасываются в лимфатические железы, и если это их не задерживает, то через *ductus thoracicus* прямо в кровь.

Когда это совершается быстро и получается озноб, организм может оказаться отравленным, совершенно так же, как в том случае, когда все это попадает прямо в кровеносные сосуды, минуя лимфатические пути.

Примеры такой быстротечно протекающей инфекции мы имеем в брюшной полости.

При инфекции подбрюшинной клетчатки стрептококком, который просачивается и расползается по ней совершенно так же,

как вода проходит через сито, природа не успевает оградить организм от распространения процесса, и получается быстрое его заражение. Явления острого, септического перитонита, которым это сопровождается, так называемая сухая его форма, *peritonitis sicca*, который в прежнее время попадался довольно часто при послеродовых заболеваниях, является только выражением общего отравления организма. Смертельный исход в таких случаях получается от той же причины, как при всяком септическом перитоните, сопровождающемся разными изменениями в серозном мешке брюшины. Разница только в том, что изменения эти не успевают образоваться, а симптомы в обоих случаях одни и те же и зависят от той же причины, — от тяжелого, смертельного отравления организма септической инфекцией. Заражение подбрюшинной клетчатки приходится относить к перитонитам потому, что клетчатка эта является только наружным слоем того, что мы называем брюшной и она должна участвовать во всех воспалениях этой плевры. При таком быстротечном течении, которое наблюдается при хорошей стрептококковой инфекции, серозный листок, представляющий только один из слоев, которые мы отмечаем в брюшине, еще не успевает подвергнуться тем изменениям, которые мы считаем признаками воспаления брюшины. Все ограничивается только другими слоями, из которых состоит эта серозная плева.

Беспомощность организма по отношению к вирулентным формам стрептококка, когда он попадает в рыхлую клетчатку, не представляется единственным случаем быстрого проникновения инфекции, успевающим отравить и убить организм прежде, чем он успеет выставить какие-нибудь заграждения, которые могли бы задержать ее поступательное движение. То же самое наблюдается и при некоторых других видах инфекции, напр., при чуме. При ней микробы тоже почти вовсе не задерживаются лимфатической системой и тканями. Они тотчас оказываются в крови и скоро отравляют организм. Но, когда к чумной инфекции присоединяется другая, добавочная, обыкновенно септическая, дело может измениться, и организм, не приспособленный, повидимому, к борьбе с чумной инфекцией, теперь начинает строить отгораживающие приспособления против этой новой инфекции и тем задерживает поступательное движение чумной инфекции. Все локализуется, получают бубоны, обширное нагноение с омертвлением тканей, но общего отравления может не получиться и может получиться выздоровление. Пока поступают одни чумные бациллы, организм оказывается бессильным, потому что ткани его не приспособлены к борьбе с ними; надо думать, что бациллы эти не вносят того раздражения тканей, которое необходимо для своевременного возбуждения местного защитительного воспаления и инфильтрации. Добавочная септическая инфекция в этом случае может оказаться спасительной для организма, если он от нее самой выздоровеет.

В случае *bacillus coli communis* можно наблюдать прямо противоположное явление, выраженное столь же наглядно. Местное раздражение клетчатки вызывается этим микробом очень интенсивно. Тотчас получается местное воспаление, отгораживающее инфекцию, и она дальше не распространяется. Это особенно заметно на клетчатке, отделяющей мышечную оболочку кишки от ее слизистой. Если бы этого не было, то малейшее повреждение эпителия кишечника, напр., какими-нибудь твердыми частицами пищевых веществ приводило бы всегда к опасной для жизни инфекции, а этого не наблюдается. Быстрое воспалительное отгораживание инфекции в этой клетчатке спасает положение. Опасность от этого вирулентного микроба, всегда имеющегося в большом количестве в кишечнике, сводится к минимуму защитительной особенностью этой клетчатки и быстротой, с которой она ее применяет.

Вообще, клетчатка и лимфатическая система, с ее щелями и пространствами, является серьезным фильтром, в котором всякая инфекция задерживается, может быть локализована, обезврежена, иногда удалена нагноением, и это оберегает организм от многих опасностей и осложнений.

Если инфекция проникает прямо в кровь, минуя фильтрацию через лимфатическую систему, она может проявиться сразу общими острыми симптомами, но она может выразиться признаками чисто хронического заболевания. В этом случае течение может принять самую необычную форму. Так, известные случаи, когда первичный склероз, развившийся от *spiriocheta pallida*, развивался в таких местах, где непосредственно под слизистой нет никакой соединительной ткани и нет лимфатических сосудов, а есть богатая венозная сеть. Мужская уретра является примером такой анатомической особенности. Возбудители сифилиса здесь могут попадать прямо в вены. Они не проходят через лимфатическую систему, не задерживаются в ней и не обнаруживают своего присутствия обычными проявлениями болезни. Отсутствуют всякие кожные воспаления, увеличение желез и все свойственные сифилису проявления. Инфекция в таких случаях обнаруживается прямо поздними явлениями, обычно наблюдающимися только через многие годы. Поражается нервная система, появляется то, что еще недавно называли третичными явлениями, или парасифилитическими, *tabes*, прогрессивный паралич. Обычный цикл явлений, таким образом, выпадает, потому что лимфатическая система в них не участвует.

Пример этот показывает, что при сифилисе незначительное количество инфицирующих начал может попасть в кровь, а оттуда в ткани организма, не обнаруживая этого никакими заметными явлениями. Они могут оставаться в организме довольно долгое время, не обнаруживая своего присутствия никакими специфическими признаками. Через несколько лет, когда необходимые для этого изменения в центральной нервной системе

успеют образоваться, влияние инфекции сразу обнаруживает себя каким-нибудь прогрессивным параличом или другими поздними проявлениями той же болезни. Такие случаи относятся, конечно, к редкостям, но они показывают, какое разнообразное течение может принимать инфекция и как трудно уловить многие подробности ее возникновения.

Гораздо чаще приходится иметь дело со следствиями проникновения в кровь обычных микробов, стрептококков, стафилококков, гонококков, туберкулезных бацилл. Все это встречается в жизни гораздо чаще, чем мы об этом думаем.

Многие заболевания, этиология которых остается для нас невыясненной и которые диагностируются под разными наименованиями, иногда такими неопределенными, как слабость конституции, худосочие, необычные формы неврастения, скрытой малярии и даже как простое переутомление физическое и моральное, несомненно, и очень нередко, должны зависеть от влияния длительной, многолетней инфекции, настоящий источник коей, ускользает от нашего понимания, а очаг остается неотысканным.

Ведь первоначальный очаг, из которого может исходить такая длительная инфекция, может быть очень маленький и незаметный.

Всякие кариозные процессы в зубах имеют здесь существенное значение. Все они являются прочным и постоянным источником, из которого септические, иногда очень вирулентные, микробы должны попадать в кишечный тракт. Плохое переваривание пищи, которое при этом неизбежно ведет к постоянным, повторным повреждениям слизистой оболочки и тем часто дает микробам случай проникнуть в подслизистую клетчатку. Здесь все это может быть скоро отгорожено и обезврежено, но может превратиться и в новый очаг, который может вызывать новые более острые проявления инфекции или выразиться разными осложнениями.

Гнилые зубы и после пломбирования могут служить очень прочным и длительным очагом инфекции, медленно и постоянно отравляющим организм, угрожающим ему несомненными опасностями.

Дело в том, что когда убивают нерв и удаляют пульпу, всегда может оставаться ничтожное количество микробов в костной стенке дупла и гаверсовых каналах, где никакая дезинфекция до них достигнуть не может. Условия для их существования в обожженной антисептическими средствами костной ткани будут очень скудные. Они могут и должны здесь погибнуть. Это так и бывает, но далеко не всегда.

Недавно *Dr. Talbot* обратил внимание, что в Америке, в связи с улучшением зубной техники и широким распространением пломбирования с надеванием металлических колпачков, очень часто стали попадаться случаи, когда около корня запломбированного зуба образуется маленький абсцесс. Он может

существовать довольно долго и вызывает очень незначительную чувствительность. Припухания лимфатических желез он может и не вызывать вовсе, а обнаружить его существование можно только помощью Рентгеновского снимка. Такой абсцесс может содержать очень вирулентных микробов (стрептококки), но дренироваться он должен через кровь и является постоянным источником поступления в организм микробов и их токсинов. Это может проявляться разными недомоганиями с ничтожными колебаниями температуры, которые объясняются различными случайными, преходящими заболеваниями, но может послужить и причиной разных, даже тяжелых, осложнений.

Такие абсцессы около корня зубов, запломбированных несколько лет тому назад, наблюдаются, конечно, везде. У нас они встречаются тоже, хотя обнаруживают их редко вследствие малой доступности делать необходимые снимки.

Я считаю, что вопрос о влиянии зубов для выяснения источника возникновения многих инфекций заслуживает большего внимания и всегда стараюсь об этом помнить.

Не подлежит сомнению, что если поискать, можно найти много других источников инфекции, которые вовсе не привлекают наше внимание, но могут тоже вызывать обычные для нее последствия. Сюда относятся, напр., прыщи и угри, которые так часто сковыривают ногтем на лице или на поверхности бедер и т. п. Когда их мало или они уже подсохли, на них легко не обратить внимания. А между тем в таких прыщах находили и стрептококков и других вирулентных микробов.

Носовой лабиринт, лобные пазухи, гайморова полость тоже могут служить складом для разных инфекционных начал, а старое гноетечение из уха или его остатки и того более.

Где бы ни находился первоначальный очаг инфекции, он всегда может проявляться: 1) лихорадкой и 2) метастатическими явлениями.

Об особенностях лихорадки мы уже имели случай говорить подробно, не стану останавливаться вторично.

Лихорадку, для которой не удастся найти объяснения, мы охотно причисляем к малярии, а, когда нет типических для этого симптомов, называем скрытой малярией. В таких случаях плазмодия обыкновенно не ищут и довольствуются отдельными симптомами, лихорадочными движениями и перерывами, потами и знобами, увеличением селезенки или печени и т. п. Но ведь все это, как известно, бывает и при пиемии и при многих других септических заболеваниях, бывает и просто при гное.

Всякий хирург видел случаи упорной малярии, которая долго не проходила ни от хинина, ни от мышьяка и которая сразу прекращалась после хорошего разреза с опорожнением литра и более чистого, густого гноя. Чисто септические явления при страданиях желчных путей принимаются иногда за припадки желтой лихорадки, вывезенной из жарких стран.

Гнойные пиелиты, которые дают столь же резко напоминающие припадки типической малярии, еще чаще смешиваются с нею. От той же болезни иногда долго лечатся туберкулезные заболевания почек, пока гематурия и другие изменения мочи не заставят изменить такую диагностику.

Выяснение вопроса *ex juvantibus et nocentibus* часто приводит к продолжительному лечению хинином, иногда салициловыми препаратами.

И то и другое нередко дает значительное облегчение и все запутывается еще более.

Ведь оснований признавать за хинином такое же специфическое действие, как для ртути или иода при сифилисе, довольно мало. Правда, плазмодии малярии и *spirocheta pallida* имеют много общего: они относятся к той же группе, или семейству микроорганизмов; а кроме того, держатся почти так же стойко и продолжительно. Малярийные плазмодии могут оставаться в селезенке, а может быть и еще где-нибудь, годами и проявлять свое существование новыми приступами, совершенно так же, как это бывает при рецидивах проявления сифилитического заболевания. Это приходится допускать, потому что иначе было бы непонятно, почему припадки малярии могут быть наблюдаемы в таких случаях, когда возможность нового заражения этой болезнью исключается с полною достоверностью. Неудивительно, что в обеих этих болезнях помогают те же самые средства. Мышьак и даже ртуть оказываются действительными и при сифилисе, и при малярии, но окончательное выздоровление в обоих случаях наступает нескоро. Многие высказываются даже за то, что малярию надо считать неизлечимой болезнью, или, по крайней мере, столь же упорною и продолжительною, как сифилис.

Специфическое действие хинина при малярии проявляется все-таки, главным образом, только симптоматически, иначе не было бы особой надобности искать других средств для исцеления этой болезни.

Кроме того, хинину нет никакого основания отказывать в благотворном хотя бы только симптоматическом влиянии на септические процессы и инфекции. Иначе трудно было бы объяснить, почему во время войн его потребляют такое огромное количество уже более 100 лет и почему количество это продолжает возрастать.

Самочувствие септических и пиэмических больных от хинина, несомненно, может улучшаться. Зависит это, конечно, не от жаропонижающего его действия, для чего его едва ли кто-нибудь теперь назначает. Но объяснять все увеличивающееся применение этого средства во время войн одним тонизирующим его влиянием при септических заболеваниях или только одним уменьшением страданий больных, их утешением, едва ли можно найти достаточно оснований.

Применение салициловых препаратов при предполагаемой малярийной лихорадке требует допущения существования не только скрытой малярии, но и какой-то комбинации ее с ревматизмом, болезнью гораздо ближе стоящую к сепсису, чем к малярии. Рассеять все сомнения при диагностике малярии средства эти едва ли в состоянии. Они должны бы даже скорее указывать на то, что ее нет, чем подтверждать возможность скрытого ее состояния.

Всякий инфицированный очаг может сделаться источником метастатических явлений, часто совершенно неожиданных, в особенности, когда не было оснований ожидать какого-нибудь скрытого источника или запаса инфекции в организме.

В связи с беременностью, родами и даже просто с приливом крови во время регул имеются в тазу все условия для возникновения *locus minoris resistentiae*, в который путем метастатическим может проникнуть инфекция. Она находит здесь благоприятную почву, крепнет на ней и дает многие осложнения.

Во время родов или после них развивается пуэрперальное заболевание со всеми его последствиями. Случаи такого заболевания, когда всякая возможность занесения инфекции через родовые пути может быть исключена, еще недавно объяснялись самозаражением такими микробами, которые могли находиться в половых органах, в некоторых случаях постоянно и к ним организм мог привыкнуть и приспособиться. Под влиянием родового акта такие микробы могли бы приобрести особую вирулентность, если успеют размножиться. Объяснение это всегда возбуждало сомнения и теперь уже оставлено. Занесение инфекции током крови представляется здесь гораздо (более вероятным, а когда удастся найти источник такого метастатического переноса и проверить это бактериологически, то получается уже такая достоверность, против которой возразить нечего. Участвовавшие в последнее время случаи прерывания беременности дают в этом отношении богатый материал для наблюдений. Инфекции, проявляющиеся в таких случаях после применения компетентной и осторожной хирургической помощи, служат хорошим для этого доказательством. Нет никакого основания думать, чтобы врачи, владеющие разумным умением применять предосторожности антисептики, могли так часто делать в этом отношении какие-нибудь упущения.

Подробный расспрос больных показывает, что начало воспалительных заболеваний внутренних половых органов, вызываемых инфекцией придатков, труб или яичников, последствия такой инфекции, всякие перегибы матки кзади и т. п., приходится относить к воспалительным явлениям, развивающимся после выкидыша, природного или искусственного. Это бывает так часто, что и сами больные стали это отмечать и нередко прямо указывают на совпадение начала их болезни с бывшим у них

прерыванием беременности, совершенно так же, как раньше они указывали на роды, с которых считают начало и возникновение своего заболевания.

Метастатическая инфекция в связи с регулами встречается реже, по крайней мере у здоровой женщины. При уже имеющемся воспалении придатков, зависящем от бленнорройной или туберкулезной инфекции, напротив, это встречается довольно часто.

Всякие травмы, утомление, усиленный coitus, всякое охлаждение туловища или нижних конечностей, простуда и т. п., отражаются болями, выделениями, кровотечением. Это приходится объяснять повторными проявлениями метастатической инфекции, добавочной к уже имеющейся. Регулы у таких больных являются моментом, этому очень благоприятствующим.

Начало стойкого бесплодия тоже очень часто приходится ставить в связь с последствием выкидыша. Двустороннее заболевание придатков, непроходимость обеих труб, чему здесь надо отводить большое значение, развивается, как следствие бленнорройной инфекции. Это может случиться в связи с регулами или с родами, но гораздо чаще встречается в связи с выкидышем. Двусторонность этого заболевания объясняется тем, что гонококки, помещающиеся в клетках эпителия и на его поверхности, распространяются по ней и проникают глубже, в такое время, когда шейный канал матки и ее трубные отверстия почему-либо расширяются. Это бывает и при регулах, и при родах, и при выкидыше. Непосредственный переход слизистой матки в слизистые трубы, которые являются только продолжением полости матки, объясняет, почему гонококки при этом могут одинаково разрастаться на обе стороны и заражать обе трубы. Получается двустороннее заболевание придатков.

Инфекция туберкулезная возникает здесь всегда путем метастатическим, через кровь. Исходной точкой инфекции бывают обыкновенно бронхиальные железы, в которых, как известно, их находили почти у всех, когда искали с достаточным вниманием. Совершенно непонятным представляется, почему инфекция, перенесенная кровью в придатки матки, могла бы поражать обе трубы, тогда как при септической инфекции обыкновенно заболевание здесь бывает одностороннее, а у мужчин туберкулезом поражается всегда только одно яичко, сначала обыкновенно левое.

Ответ на это можно найти в патологии: наблюдения показывают, что при всяком туберкулезном заболевании брюшины придатки матки, а, в частности, трубы всегда бывают захвачены в этот процесс. Это удалось проследить на большом числе вскрытий и операций (*B. Satton*).

Одностороннее туберкулезное заболевание придатков иногда наблюдается при операциях. Мне пришлось с этим встретиться два раза, но исследования здоровой трубы я, конечно, сделать не мог, потому что удалять ее не было надобности.

Сопоставляя обе только что указанные подробности, я прихожу к заключению, что, перебросившись через кровь, туберкулез должен всегда поражать сначала только одну половину, совершенно так же, как это бывает у мужчин. Сначала должна заболеть одна труба, напр., левая. С ее абдоминального отверстия инфекция должна передаваться брюшине, а по ее поверхности она скоро должна дойти до абдоминального отверстия правой трубы и инфицировать и ее. В общем, механизм всего этого будет такой же, как при бленнорройной инфекции, только там она распространялась по слизистой оболочке, а здесь по серозной поверхности брюшины.

Обе эти инфекции, и туберкулезная, и бленнорройная, сами по себе представляют здесь очень удобный *locus minoris resistentiae* для возникновения новой, добавочной, септической инфекции, развивающейся через кровь. Это может повторяться не один раз, вызывая обострение заболевания, иногда с очень бурными проявлениями, значительной лихорадкой и другими осложнениями.

Если вдуматься в подробности, которые были указаны выше по поводу каждого из пяти главных симптомов проявлений болезни, с которыми приходится иметь дело при постановке всякой диагностики еще прежде, чем приступить к объективному исследованию, то оказывается, что уже из того, что больная может сообщить о себе, начинает вырисовываться вся картина ее болезни и последовательность, в которой должны были развиваться те изменения, которыми это сопровождалось.

Это начинает даже находить подтверждение в том, что, продолжая свой расспрос, врач начинает угадывать разные подробности отдельных моментов в развитии болезни, симптомы и ощущения, которые больная в это время должна была испытывать. Ей остается только подтверждать, что это именно так и было.

Когда это случается, доверие больной к врачу и его опытности должны увеличиваться. Но главное значение угадывания таких подробностей, о которых больная могла уже забыть, выражается тем, что это заставляет ее напрягать усилия своей памяти и она сама начинает рассказывать новые подробности, которые без этого напоминания не было бы возможности восстановить. Это может вносить серьезные поправки в формулирующуюся в представлении врача диагностику и этим пренебрегать, очевидно, нельзя.

Во время такого подробного изучения случая сам собою напрашивается вопрос, что это — острое заболевание или хроническое, зависит ли оно от инфекции или от новообразования или еще от чего-нибудь; когда все это могло начаться и как отразилось на общем состоянии, на отправлениях отдельных органов, на питании и самочувствии больной.

Все это представляет уже реальные факты, которые дают осмысленность и целесообразность тем приемам объективного

исследования, которые должны быть использованы и применены.

По отношению к предсказанию и к лечению, которое придется назначить, это тоже начинает давать ценные указания. Изменять их может понадобиться только в подробностях. Главное направление мыслей уже стало определяться, остается только найти подтверждение того, что уже успело выясниться, или убедиться в ошибке или односторонности суждения. Это уже задача объективного исследования. Без этой подготовительной работы мозга оно может оказаться бессильным или тоже привести к ложным и непригодным выводам. Стройность и последовательность заключений здесь зависит от одинакового объективного отношения ко всем подробностям и от оценки их значения на основании знаний и здравого смысла.

При практическом применении всякого искусства, в том числе и медицины, полезно вспомнить соображения, еще высказанные *Леонардо да Винчи*. Общая особенность и значение всякой науки—это отличить то, что не возможно, от того, что возможно. Решение этого помощью воображения приводит только к грезам фантазии и неосуществимым мечтаниям. Наука научает нас отличать то, что не может существовать в действительности и должно отпадать.

III.

Р а с с п р о с.

Значение подробностей, которые при нем обнаруживаются, объяснений и толкований, которые им можно давать. Разница в оценке симптомов больной и врачом. Значение подробностей; возможные из них выводы. Проявления заболеваний мочевых органов; значение гематурии, толкование этого явления. Значение осмотра для проверки данных о всяких выделениях.

Всякий расспрос при изучении отдельного случая должен преследовать вполне определенную цель: выяснить, что больше всего удручает больную, что может здесь быть исправлено или устранено. Все это, очевидно, должно вытекать из тех четырех главных жалоб больных, которые были рассмотрены в предшествующей главе, из тех фактических особенностей и подробностей, которые нам удастся собрать о ней, ее жизни и болезни.

Диагностика есть только краткое наименование и выражение всех выводов и заключений, к которым мы приходим, или, по крайней мере, на которых считаем возможным остановиться.

Продуктивность и целесообразность всякого расспроса всецело должны зависеть от умелой и удачной группировки отдельных вопросов около каждого из четырех главных явлений: боли, бели, кровотечения и инфекции.

Общая особенность всего этого состоит в том, что это только признаки и проявления болезни, а не самая болезнь. Как это ни просто, но на этом считаю необходимым остановиться еще раз, в виду особого практического значения, которое этому необходимо придавать.

Для больной на первом месте стоят боли, на втором — кровотечения и только на третьем месте она ставит бели и всякие проявления инфекции.

С точки зрения врача значение всего этого располагается прямо в обратном порядке. Самое главное место должна занимать инфекция и ее проявления, а когда имеется налицо гной, то значение инфекции становится доминирующим. Во всяком случае, кровотечения врач должен поставить тотчас после инфекции, а боли уже после этого.

Если представить себе, что нам удалось бы устранить все эти явления, то больная могла бы считать себя выздоровевшей и жаловаться ей было бы не на что. Но от этого до выздоро-

вления еще очень далеко. Симптоматически можно устранить боли наркотическими средствами, бели, выделения — антисептическими мерами, кровотечения — тампонацией, а проявления инфекции смягчить фармацевтическими средствами, улучшающими самочувствие и даже смягчающими лихорадочные явления.

Все это нередко и находит применение и даже может обходиться вполне благополучно, потому что природа успевает за это время многое исправить и даже исцелить. По этому поводу я обыкновенно ссылаюсь на пример чумы, от которой почти невозможно выздороветь. Всякие другие болезни, и даже большая их часть, проходят или излечиваются и одною природою.

Когда против воли приходится ограничиваться морфием и другими наркотическими средствами, когда от белей назначают выскабливание матки или впрыскивание в нее чего-нибудь, нет никакого основания думать, чтобы все это было указанием на точность той диагностики, на которой все это было основано. Больная получает облегчение и может иногда выздороветь, диагностика в ее случае оказывается не только убедительной, но и целесообразной, а для достоверности этого все-таки еще мало.

В жизни это встречается, и вовсе не редко. Это может даже украшать и расширять практическую деятельность врача. Ведь в таких случаях он может вполне искренно считать ее очень успешною и довольствоваться своими результатами, но признавать многое из того, чем он пользуется, вполне обоснованным, он едва ли имеет какое-нибудь право. Ведь замена лечения болезни исправлением тех изменений, которые от нее произошли, устранением главных симптомов, может оставаться незамеченной не только больною, но и самим врачом, а это, очевидно, вовсе недопустимо по соображениям этическим. Между тем, удержаться от этого почти невозможно.

Для назначения целесообразного лечения, основанного не на случайном воздействии целительных сил природы, а на действительной возможности устранить влияние и последствия инфекций, необходима такая диагностика, которая могла бы дать вполне отчетливое представление обо всех особенностях инфекции, в данном случае, о ее виде, возникновении и о тех путях, по которым она проникла в организм, надо получить полную уверенность, что проникновение это уже прекратилось и может быть предупреждено в будущем.

Это одинаково относится и ко всем воспалениям матки и ее придатков, и к большинству случаев бесплодия, и ко всяким последствиям воспаления, т.-е. уже закончившейся инфекции: к смещениям матки и симптомам, которые от этого могут зависеть.

Самая неприятная особенность всех этих заболеваний это то, что решить наверное, что от инфекции уже ничего не осталось и что защитительное воспаление уже закончилось, — дело очень трудное, а практически очень важное.

Не подлежит сомнению, что пока есть какие-нибудь остатки инфекции в придатках или около них, всякое исправление положения матки массажем или еще более кольцами может повести только к некоторому облегчению симптомов. Рецидив в таких случаях наверно обеспечен, а во многих случаях возможны всякие обострения и тяжелые осложнения.

Всякая внутриматочная терапия в таких случаях тоже находится в таких же условиях. Можно привести много примеров, где после самого осторожного и умелого впрыскивания в матку иода для устранения или для предупреждения беременности (прием ныне довольно распространенный), получались очень тяжелые осложнения.

Молодая 19-летняя женщина, здоровая и румяная, но с указаниями на наследственность туберкулезную, по случаю задержки кровей на две недели обращается к опытному и привычному врачу, который делает ей впрыскивание иода для устранения возможной беременности. Это было около Рождества. Задержки кровей на неделю и более бывали у нее и ранее, еще в девушках, и обыкновенно заканчивались обильными регулами. После впрыскивания иода тоже пришли несколько затянувшиеся регулы. В конце января инфлюэнца с гнойной ангиной, а через две недели внезапная боль внизу живота, озноб и лихорадочное состояние. Кривая температуры принимает явный гектический тип. Внизу живота защитительное сопротивление брюшной стенки. Инфильтрат клетчатки вокруг матки и полная ее неподвижность. По вечерам знобит, ночью пот. Под влиянием теплового лечения все это мало изменяется. Затем сразу значительное улучшение, и гной в испражнениях. Температура налаживается, появляется аппетит и, повидимому, все идет на поправку. Но лихорадочные движения и пот повторяются с незначительными перерывами. Великим постом с наступлением весеннего времени высокая температура с ознобом и проливной пот, повторяющийся почти ежедневно. В брюшной полости свободная жидкость. Явления раздражения брюшины, отрыжка, изжога, тошнота, а под конец рвота. Резко выраженное защитительное сопротивление брюшной стенки. Матка совершенно неподвижная, задний свод растягивается жидкостью. По временам *typus inversus* температуры: утром она выше, чем вечером. Диафрагма стоит высоко, брюшная стенка почти не участвует в дыхательных движениях.

Диагностика такая: туберкулезный перитонит, значительно обострившийся вследствие весеннего времени и условий жизни больной. Добавочная септическая инфекция через кровь после гнойной ангины, абсцесс, опорожнившийся через кишечник, и быстротечный расцвет туберкулезного процесса в брюшине. К сожалению, не было возможности проверить все это аутопсией и обстоятельным бактериологическим исследованием. Однако, в конце поста больная эта подверглась операции, и я имел слу-

чай узнать о ней некоторые подробности, подтверждающие вышеприведенный диагноз.

Очень опытный хирург, который ее оперировал, сообщил мне, что он выпустил у нее через задний свод небольшое количество кровянистой жидкости и провел сквозной дренаж через брюшную стенку во влагалище. Через брюшной разрез вытекла тоже кровянистая жидкость с клочками фибрина и обрывками казеозных отложений. Вследствие тяжелого состояния больной он не решился обследовать состояние брюшных и тазовых органов. Через несколько часов больная эта скончалась. Вскрытие не могло быть сделано. Она попала к нему *in extremis*, и он нашел нужным оперировать ее по поводу острых явлений перитонеальной инфекции.

Даже незначительные остатки местной инфекции около придатков матки могут давать тяжелые осложнения после всяких оперативных пособий, имеющих отношение к тазовым органам.

У молодой, здоровой на вид, женщины я сделал укорочение круглых связок по поводу резкой *retroversio-flexio uteri*, причинявшей ей значительные боли в крестце. Матка у нее легко выправлялась, в придатках никакой чувствительности и изменений найдено не было, только с левой стороны подвижность была уменьшена и в основании широкой связки здесь чувствовалось какое-то сопротивление: при двойном исследовании, через левый свод, пальцы сводились здесь труднее, чем на правой стороне. Операция (типически по *Alexander*) отличалась простотой, брюшина при ней заинтересована не была. Однако, на третий день больная стала сильно лихорадить, и у нее развились все признаки септической инфекции с ознобом и потом. Через три недели все это закончилось абсцессом, вскрывшимся в левом своде влагалища. Обе раны в пахах к этому времени давно успели зарубцеваться и в них никакого раздражения замечено не было. Очевидно, в этом случае получилось обострение инфекции в остатке ее очага на левой стороне. У этой больной, за три года перед этим, была послеродовая инфекция, сопровождавшаяся сильными болями в области левых придатков. Все обошлось благополучно, но с тех пор она перестала беременеть. Кроме кариозных зубов у нее никаких источников возможности инфекции через кровь отметить не было возможности. Значение зубов для объяснения этиологии таких заболеваний тогда в соображение не принималось, а теперь, более чем через 20 лет, судить об этом, очевидно, невозможно.

Диагностическое значение кровотечений отделять от значения инфекции особенно не приходится. Ведь при нем без ее влияния дело почти не обходится. Значение инфекции для возникновения кровотечения было уже рассмотрено выше и довольно подробно. Но и при ее отсутствии о ней забывать не приходится.

При всяком обильном кровотечении, ослабляющем силы больной, а тем более угрожающем ее жизни, опасность от возникновения инфекции, по крайней мере, равняется опасности от потери крови. Практически она даже гораздо больше ее.

Мы знаем, что и при предлежании детского места, и после атонических кровотечений, и при внутреннем кровотечении от трубной беременности, и даже при остром вывороте матки больные умирают обыкновенно не от самого кровотечения, а от инфекции, которая в этих случаях легко присоединяется, приводит хорошие условия для своего развития и скоро может привести к смертельному отравлению организма. Для всякой диагностики, а в особенности для вытекающей из нее прогностики, это всегда имеет большое практическое значение. Когда кровотечение является доминирующим и угрожающим жизни симптомом, об этом всегда полезно вспомнить.

В других случаях кровотечение и его характер заставляют думать, прежде всего, о влиянии беременности, о выкидыше или его последствиях, о внематочной беременности или о каком-нибудь кровоизлиянии в тазовой полости.

Когда всякая возможность беременности исключается с полною достоверностью, приходится думать о туберкулезе в молодом возрасте, о всяких новообразованиях — в среднем или старческом.

Для всяких новообразований, и доброкачественных, как фибромы, и злокачественных, как рак и саркома, кровотечение представляется симптомом очень показательным.

• Ничтожное окрашивание выделений кровью в пожилом и преклонном возрасте, появление ее отдельными каплями, когда это начинает повторяться и не может быть объяснено случайными повреждениями, всегда рассматривалось, как один из ранних признаков новообразования, большею частью даже злокачественного. При фибромах кровянистые выделения появляются менее эпизодически и разделяются меньшими промежутками времени, а кровотечения дольше сохраняют характер меноррагии. В возрасте около 50 лет сохранение такой периодичности кровотечений встречается редко, а после 55 лет никогда не наблюдается. Метроррагия, таким образом, является в этом возрасте признаком ракового перерождения, меноррагии приходится более приурочивать к фибромам. Впрочем, после 55 лет и при них всякие кровотечения часто заканчиваются. Это может зависеть и от того, что те из этих больных, которые теряют много крови, до этого возраста обыкновенно не доживают, если не прибегают к хирургической помощи.

Примесь крови к выделениям в молодом возрасте, когда встретить новообразование ожидать нельзя, обыкновенно находит объяснение или в туберкулезной инфекции, распространившейся на эндометрий, в очень редких случаях даже в изъязвлении влажной части или около наружного отверстия матки; или

зависит от очень бурного течения инфекции гонококковой. Незначительная примесь крови, появляющаяся при так называемых простых эрозиях, всегда бывает кратковременной и наблюдается только после механических повреждений при coitus или после осмотра зеркалом и вытирания тампоном. Кровянистая окраска в таких случаях скоро исчезает и никогда не распределяется равномерно. Пятна, засыхающие на белье, никогда не бывают так равномерно окрашены по всей своей поверхности, как это наблюдается при фибромах или при выделениях раковых.

Одновременное с кровотечением преобладание боли, нераздельная связь этих симптомов свойственны полипам—слизистым и фиброзным, когда они находятся в полости матки или в шейном ее канале. Боли эти должны быть отнесены к спазматическим, потому что обуславливаются сокращениями маточной мышцы. Боли при незакончившемся выделении плодного яйца или его оболочек объясняются совершенно так же. В случае трубной беременности, при разрыве стенки трубы или при трубном аборте наблюдается то же самое, только здесь боль бывает выражена значительно сильнее, а наружное кровотечение бывает ничтожное. Оно может даже отсутствовать, потому что при этом кровь изливается в брюшную полость, а это обнаруживается только признаками, свойственными внутреннему кровотечению.

Если произойдет смерть эктопического плода и беременность закончится, то из матки выделяется decidua, и это сопровождается кровотечением и болью, совершенно так же, как это наблюдается при выделении оболочек после неполного выкидыша. Однако, и боли, и кровотечение при этом бывают выражены слабее.

Типическим для внематочной беременности представляется катастрофическое, внезапное появление нестерпимой боли, доходящее до потери сознания с холодным потом, а совпадающее с этим внутреннее кровотечение заметить много труднее, чем при выкидыше, где обильное кровотечение бросается каждому в глаза и является главным и наглядным симптомом, останавливающим внимание и больной, и врача.

Очень сильные боли, сопровождающие кровотечение, наблюдаются при некоторых видах фибром—подслизистых и интерстициальных. Если это появляется вскоре после преждевременных родов или позднего выкидыша, то это может зависеть от асептического омертвения узлов фибромы. Ткань их принимает буроватую окраску от пропитывания кровянистыми пигментами, на разрезе она представляется безжизненной с восковидным блеском, а по поверхности начинают отлагаться известковые соли, вроде яичной скорлупы. Объясняется это, как известно, нарушением питания опухоли вследствие повреждения питающих ее сосудов в окружающей ее клетчатке во время усиленных сокращений маточной мышцы при выделении плодного яйца. Такие опухоли

могут вызывать очень сильные боли, в особенности, когда они помещаются около внутреннего отверстия матки и имеющих здесь кольцеобразно расположенных мышечных волокон.

Интересно, что наиболее интенсивные боли, зависящие от фибром, наблюдаются вовсе не при крупных опухолях. Здесь большое значение имеет плотность и твердость узлов новообразования и место, где они развиваются.

Те случаи фибром, которые мне приходилось оперировать по поводу нестерпимых повторяющихся болей, были или окаменевшие после беременности или столь плотные сами по себе опухоли, что скрипели под ножом, вроде волокнистого хряща. Они поражали малым числом и малыми размерами: две-три опухоли в лесной, много в грецкий орех, величиной. Несоответствие размеров опухоли с интенсивностью болей, которые они вызывали, бросалось в глаза, клетчатка, окружавшая отдельные узлы новообразования, так называемая капсула содержала тяжи и пластинки плотной рубцовой ткани. Надрезавши такую капсулу, не было возможности выковыривать эти узлы тупым путем, приходилось перестригать ножницами какие-то плотные тяжи. Твердые, как хрящ, узлы располагались группами и между этими узлами не было заметно никакой мешечной ткани. В большей части этих случаев, кроме того, слизистая полости матки оказывалась инфицированной микробами септической группы.

Очень интенсивные боли в этих случаях продолжались месяцами и годами. Кровотечение при этом сохраняло тип меноррагический. Многие больные оказывались морфинистками от возрастающих доз этого средства, к которому они прибегали ежемесячно. По удалении матки все это, конечно, исчезало.

Ночные боли, продолжающиеся без перерыва целыми месяцами, почти вовсе не уступающие теплу и мало наркотическим средствам, мне приходилось видеть только при злокачественных новообразованиях, помещавшихся в тазу, но не имеющих прямой связи с половыми органами. Иногда они исходили из кишки, но встречались и совершенно независимо от нее. В одном случае твердая и бугристая опухоль, величиною в два кулака, помещалась в полости малого таза, не имела никакой заметной связи с маткой и обнаруживала некоторую подвижность. Ее удавалось приподнимать и перемещать в полость большого таза, но она тотчас спускалась назад на прежнее место.

Оказалось, что она развилась экстраперитонеально, была покрыта гладкой париетальной брюшиной и исходила из хряща promontorium, у нижнего края пятого поясничного позвонка, куда прикреплялась ее ножка толщиной в мизинец. Исечение этой опухоли затруднилось близостью бифуркации больших сосудов: угол слияния обеих подвздошных вен (*venae iliacae communes*) сидел верхом на ее ножке. Обильное кровотечение из

срединных крестцовых сосудов (*vasa sacralia media*) доставило много хлопот и очень затруднило эту довольно простую операцию. Пришлось прибегнуть к тампонации для остановки венозного кровотечения. Через сутки или немного более больная скончалась, повидимому, от инфекции. Опухоль оказалась хондро-саркомой с преобладанием саркоматозных элементов. Она росла более года, а последние три месяца вызывала отчаянные ночные боли. В двух других случаях новообразование исходило из хрящей крестца и было расположено по его поверхности. При внутреннем исследовании оно представлялось в виде разлитого плотного инфильтрата, чрезвычайно болезненного при надавливании пальцем. Истинная натура и происхождение опухоли выяснилось в обоих случаях только впоследствии при аутопсии. В одном из этих случаев была распадающаяся масса и распад проник в клетчатку, в другом — была кругло-клеточная саркома, исходившая из межпозвоночного хряща на уровне второй крестцовой дыры.

Особенно врезался мне в память случай невыносимых ночных болей, более двух месяцев с большим упорством и постоянством возобновлявшихся каждую ночь. Утром боль прекращалась и целый день больная пользовалась хорошим самочувствием, занималась своими домашними делами, после обеда спала несколько часов, а ночью опять не находила места от боли. Часов в 6 или 7 утра ей удавалось заснуть, а в 9—10 час. она просыпалась и боли никакой не было. Температура оставалась все время ровная и выше 37° не поднималась. Эта 42-летняя женщина ничем раньше не хворала и считала себя всегда совершенно здоровой. Болезнь началась всего $2\frac{1}{2}$ месяца тому назад тупую болью в левой половине таза и в крестце. Сначала боль эта появлялась только на несколько минут в разное время — днем, иногда ночью, но спать не мешала. Последний месяц она стала появляться регулярно около 11 часов вечера, независимо от принятия пищи, и, увеличиваясь в силе и продолжительности, в последнее время совершенно лишила больную ночного сна. При ходьбе и движениях никакой особенной боли не чувствует, днем чувствует себя совершенно здоровой. Самое разнообразное лечение не оказывало почти никакого действия, болезнь приводила в отчаяние и больную, и окружающих, и врачей. Только морфий и горячие припарки ненадолго давали некоторое облегчение страдальце. Проглаживание крестцовой области горячим утюгом через влажный компресс, к чему она прибегала по собственному почину, иногда унимало боль, но тоже только на короткое время.

Все, что можно было найти при исследовании, ограничивалось каким-то плотным инфильтратом около левого крестцово-подвздошного сочленения и на передней поверхности крестца. Инфильтрат доходил до клетчатки левой широкой связки. Через кишку можно было убедиться, что он делается плотнее

около *synchondrosis sacro-iliaca* и что здесь он очень болезнен. Никакого отношения всего этого к придаткам матки обнаружить не удалось. Только слева и сзади прощупывалось утолщение широкой связки и уплотнение клетчатки, чем и объяснялась чувствительность при двойном исследовании слева от матки: сведение пальцев здесь причиняло боль.

В начале болезни боль иногда появлялась после испражнений или во время них. Однако, никаких признаков сужения или заболевания самой кишки не было, не было и геморроя. Лихорадочных движений, как уже сказано, никогда не отмечалось. Температура мерилась аккуратно (она была сестра врача и жила вместе с ним). В виду отсутствия каких-либо хирургических показаний пришлось ограничиться выжидательным терапевтическим лечением. Месяца через полтора или два начались лихорадочные движения, сначала гектического характера, а потом сплошного с познабливаниями, иногда с потом. Инфильтрат увеличился. Он стал мягче и начал выпячивать стенку влагалища около свода. Затем здесь получилось изъязвление и стал выделяться какой-то распад. После этого боли стали слабее и менее упорные. Выделялась какая-то буроватая масса с незначительной примесью крови. В ней найдено много клеток цилиндрического эпителия, местами сгруппированного вроде трубчатых желез, свойственных слизистой кишечника. Это напоминало и аденому, и адено-карциному в периоде распада. Отсутствие всякой прямой связи этого с кишечником заставляло думать о метастатическом процессе. Больная сильно похудела и продолжала слабеть. Лихорадочные явления усилились, и она скончалась от септической инфекции с пиэемическими явлениями. Вскрытие сделано не было.

Первичная локализация новообразования в этом случае осталась неизвестной. Ее, очевидно, надо искать где-нибудь на протяжении кишечника. Отсутствие каких-либо указаний на это в истории ее болезни этого вовсе не исключает. Знаю несколько случаев метастатического поражения костей таза и их суставов, происхождение коих получило объяснение только после аутопсии. Это наблюдалось при начальных стадиях рака около *pylorus*, в *flexura coli* той или другой стороны, в поджелудочной железе, около *coecum* и т. п. Иногда самый тщательный осмотр слизистой всего кишечного тракта давал отрицательный результат, несмотря на то, что в метастатическом очаге в крестцовой кости или ее сочленениях, или в сочленениях копчика находились клетки новообразования, в которых с полным основанием можно было усматривать клетки эпителия, свойственные кишечному тракту.

Когда нет прямых указаний на инфекцию, всякие упорные длительные боли, в особенности ночные, всегда заставляют думать о возможности новообразования или его метастаза, если этому не противоречит возраст больной. Возможность нахо-

ждения ракового метастаза в кости прежде, чем успеет обнаружиться первичный узел этого новообразования в грудной железе, установлена давно. С этим приходится уже считаться в практике при постановке диагноза патологических переломов.

Для болей воспалительных, исходящих из придатков матки, окружающих их тканей и брюшины, показательно обострение во время регул, после полового возбуждения, иногда после половых сношений, всегда после утомления, ходьбы, танцев и т. п.

Всякое охлаждение туловища и нижних конечностей не только усиливает эти боли, но может вызвать и обострение или сопровождаться кровотечением.

Всякие приливы крови к тазовым органам при этой болезненной форме часто сопровождаются болями. Они появляются не только во время регул, но и от влияния отправлений кишечника, при его вялости или в зависимости от особенностей пищи, острой и пряной, от горячительных напитков, отравления алкоголем, эфиром, кокаином, гашишем и т. п., что стало попадаться в последнее время.

Половое возбуждение, в особенности не получающее естественного удовлетворения, фривольное чтение, возбуждающие чувственность зрелища, оголенное тело, праздное препровождение времени, двусмысленные разговоры о разных подробностях полового непотребства, — все это способно у людей впечатлительных вызывать не только приливы крови к половым органам, но и значительные боли, как следствие такого прилива, в особенности, когда имеется налицо инфекция или ее остатки.

Влияние охлаждения и утомления на возникновение боли и других последствий инфекции, главным образом, конечно, бленнорройной или в комбинации ее с септической, имеет много общего с явлениями ревматическими и объясняется совершенно так же.

Теплое и жаркое время года всегда приносит значительное облегчение. Прогревание солнцем на свежем воздухе имеет здесь существенное значение.

Благотворное влияние теплового лечения, прогревания электрическим светом, теплые ванны, грязевое лечение и т. п. — все это явления того же порядка и должны быть приняты во внимание при постановке диагностики.

Если боли внизу живота и сопровождающие их кровотечения проходят от тепла и покойного положения и возобновляются при всяком утомлении, охлаждении конечностей, влияния сырости и т. п., всегда надо думать о воспалительных изменениях в области придатков, т. е. о воздействии имеющейся здесь инфекции или ее остатков.

Хроническое повторение всего этого, повторяющееся несколько раз в год обострение болей, выделение крови, с общим недомоганием, при наличии бесплодия, всегда служит указанием на инфекцию бленнорройную или на ее последствия. После

более тщательного изучения случая это обыкновенно и подтверждается.

Собственно, отделения и бели сами по себе дают меньше указаний, пригодных для частных диагностических целей. Гнойные, они указывают на интенсивную инфекцию, которая может быть и бленнорройная, и септическая, и комбинированная, последняя попадается, может быть, даже чаще. Зловоние указывает на присутствие сапрофитов, для которых необходима мертвая ткань или мертвые клеточные элементы.

Обильные бели, сопровождающиеся острыми явлениями раздражения, могут иметь своим источником: 1) влагалище, 2) полость матки, 3) полость трубы. Слизистая оболочка влагалища с ее плоским эпителием представляет у взрослой женщины почву, менее благоприятную для жизни гонококка, чем цилиндрический эпителий, выстилающий полость матки или Фаллопиевой трубы. В детском возрасте тот же эпителий влагалища по своей сочности стоит близко к цилиндрическому эпителию.

Поэтому самые острые формы гонококковой инфекции наблюдаются, главным образом, в детском возрасте или в ранней молодости, когда инфекция эта проявляется бурно, сопровождается обильными гнойными выделениями, значительным раздражением и краснотой, распространяющуюся на всю половую щель, которая даже отекает. Ярко красные малые губы покрыты густым желтым гноем, вытекающим как только их разведут. Это сопровождается жжением, болезненной чувствительностью, иногда зудом.

Краснота с внутреннего края больших губ распространяется по их поверхности, иногда на промежность и кожу бедер около половой щели.

Изменения слизистой влагалища во время беременности тоже благоприятствуют развитию острой инфекции этим микробом. В конце беременности, а еще более вскоре после родов наблюдаются такие же острые ее проявления, как и в раннем детстве.

Это вовсе не значит, чтобы острое бленнорройное воспаление влагалища, вне только что указанных условий, не могло бы наблюдаться. Дело в том, что то, что прежде признавалось за острое трипперное воспаление влагалища у взрослой женщины, обыкновенно оказывается инфекцией смешанной. При чистой гонококковой инфекции раздражение здесь бывает выражено все-таки много меньше, чем в раннем детстве или тотчас после родов.

Острое и бурное гнойное воспаление влагалища в детском возрасте обусловливается не только Нейссеровским микробом, но нередко и одной только кишечной палочкой. Течение при этом бывает столь же упорное, и, кроме того, могут развиваться и общие явления пиэмиического характера, угрожающие даже жизни.

При обострении болезненных явлений с явно гнойным выделением в зависимости от бленнорройной инфекции, гной может выделяться не только из влагалища, но и из матки. Это показывает, что при этом поражается и эндометрий. Когда при этом ощущается боль в пахах, это заставляет обратить внимание на трубы. Если при этом налицо имеются признаки раздражения брюшины, перитонизм, то это уже указывает на серьезную опасность, угрожающую больной.

Во время операций, в такое время, можно убедиться, что из незарощенного отверстия припухшей и отечной трубы, когда ее поднимают, показывается капля гноя или отдельные его комки, слепленные фибрином, и мутная серозная жидкость измененной секреции трубы. Это мне приходилось видеть не один раз.

Когда перитониальные явления бывают выражены сильнее, многие считают это за неотложное показание к операции для спасения жизни больной. В случае доктора Fitzgerald'a, опубликованном в Thomas Hospital Records¹⁾, во время операции можно было видеть, как гной вытекал из обоих абдоминальных отверстий воспаленных труб. В полости таза были все признаки гнойного перитонита. Обе трубы были удалены, оставлена только часть одного из яичников. Полость таза очищена и поставлен дренаж. Все обошлось благополучно и получилось выздоровление. Это была молодая женщина, у которой за три дня перед этим начались перитонеальные явления: сильные боли в животе, частый пульс, тяжелое общее состояние. Последние три недели она страдала обильным гнойным выделением из влагалища.

Возможен ли общий смертельный перитонит от одной гонококковой инфекции, в точности еще не доказано, и многие продолжают в этом сомневаться. В самом деле, случаи утолщения трубы встречаются чуть не ежедневно, у многих больных при этом отмечаются и боли, и признаки раздражения брюшины. Однако, у таких больных обыкновенно общего перитонита не наблюдается, и многие из них выздоравливают и даже рожают, наглядно доказывая, что заражения абдоминального отверстия у них не получается. Попадающий из отверстия трубы инфицированный и даже гнойный секрет вызывает слипчивое воспаление, все укрывается сальником и *S. Romanum* с ее брыжжейкою. Общей инфекции всего серозного мешка не получается, а впоследствии, по миновании в них надобности, сращения исчезают и может получиться полное выздоровление.

Случаи, подобные только что описанному, объясняют нам явления, происходящие в начале заболевания, и дают о них достоверные сведения. Пока отверстие трубы еще не успело зарости, а это вовсе не обязательно, даже для гнойного, так называемого катаррального ее воспаления, истечение содержимого трубы значительно затрудняется отеком и припуханием складок

¹⁾ *W. H. Battle. The acute abdomen. London. 1914, pag. 196.*

ее слизистой. Оно может и вовсе не произойти. Так как большинство таких больных обходится без операции, то можно сомневаться в ее необходимости даже при остром начале этого заболевания. Поэтому не подлежит сомнению, что показания эти не должны совпадать по своей настоятельности с показаниями при остром аппендиците, когда от своевременного их выполнения зависит жизнь больного.

Кроме влагалища значительная часть гнойного выделения может вытекать из матки. Это бывает тогда, когда хороший сток из ее полости недостаточно обеспечен и часть секрета задерживается в ней. Здесь проявляется общий закон, наблюдаемый и при гидронефрозах, и при растяжениях желчного пузыря и при объемистых сальпингитах. Значительное скопление жидкостей во всех этих полостях бывает только в связи с затруднением оттока из них. При полном заращении или закупорке значительных скоплений в них никогда не наблюдается, потому что тогда получается непрерывное увеличение давления, уменьшающее секрецию. То же самое бывает и с полостью матки. При полном сдавлении ее канала или при его заращении из нее никогда такого количества не вытекает, как при неполном или прерывистом истечении. При выделении из матки значительного количества гноя это особенно заметно. Только непрерывающееся и полное дренирование всякой гноящейся полости может обеспечить уменьшение образования в ней гноя.

О выделении при *salpingitis profluens* уже сказано было достаточно в предыдущем изложении.

Из полости матки могут вытекать выделения с запахом. Покойный профессор *В. Ф. Снегирев* приурочивал этот симптом к последствиям бленнорройной инфекции, когда он встречается у молодой, в общем, здоровой женщины. Он основывался на истории развития болезни и анамнезе. Бактериологически это остается непроверенным, да и случай для этого найти нелегко. Ведь бактериологическое исследование для этого надо сделать за несколько лет до проявления этого симптома, а когда он встречается, время уже упущено.

Когда такие выделения вытекают только из матки и к ним не присоединяется секреция трубы, задача устранения такой инфекции представляется довольно простою. Повидимому, надо смазать полость матки каким-нибудь хорошим дезинфицирующим средством или впрыснуть достаточное ее количество, и все должно закончиться. Однако, когда это делают, приходится это повторять, и не один раз, все-таки запах возобновляется и заметить это вовсе нетрудно.

Надо думать, что такими приемами мы можем в таких случаях обезвредить или уничтожить только часть тех микробов, от которых это зависит. Часть их может уцелеть, будучи окутана свернувшимися от действия антисептических средств белковыми веществами секрета эндометрия. Антисептические сред-

ства, которыми мы при этом пользуемся, очевидно, не в состоянии пробальзамировать все мертвые или умирающие клетки эпителия, и при благоприятных условиях микробы, в данном случае, конечно, сапрофиты, могут найти в таких клеточных элементах достаточно питания и снова могут обнаружить свое присутствие гнилостным запахом.

Это и подобные соображения, над которыми приходится задумываться при назначении лечения, имеют несомненное значение и для диагностики. Они проливают свет на прогностику и тем самым помогают сделать оценку практически важных подробностей, которые должны из нее вытекать.

Очень значительное количество гноя и других жидкостей из половых органов обыкновенно указывает на опорожняющийся через них абсцесс или сообщающуюся с ними мешетчатую опухоль.

Внешний вид выделений дает много диагностических указаний. Толковое и наглядное описание, которое иногда дают понятливые и наблюдательные больные, тоже заслуживают внимания в этом отношении.

Густые слизистые бели, выделяющиеся комками, вроде вареной харковины, *sputum coctum*, как ее называют, указывают на выделение из шейного канала, так же, как и густая, тянущаяся слизь, которая ему свойственна.

Обильные водянистые на вид бели вроде яичного белка, разбавленного водою, выделяются из полости матки при фибромах. Они оставляют на белье пятна жесткие, как накрахмаленные, резко очерченные, как озеро на географической карте. Водянистые и едучие, вызывающие зуд и раздражение, они заставляют думать о диабете или альбуминурии, недостаточности деятельности почек и т. п.

К выделениям из половой щели могут примешиваться различные жидкости и газы из свищей, сообщающих половой канал с соседними органами, пузырем или кишками. Примеси эти могут быть и при отсутствии всяких свищей. При больших разрывах промежности в половую щель могут попадать испражнения. Моча тоже может затекать сюда и являться основанием для жалоб больной.

Большого внимания заслуживает примесь крови, попадающей сюда из мочеиспускательного канала, или выделяющаяся из пузыря с мочою. Все это иногда принимается за выделение крови из половых органов и может привести к конфузии пока не выяснится, в чем дело.

Мне случилось оперировать больную, у которой только после аутопсии обнаружилось, что источником очень обильного кровотечения у нее было новообразование пузыря.

Это была очень почтенная и богомольная старая дева, бестолковая и глухая. Я знал ее с детства, а в преклонном возрасте, около 75 лет, ее почти умирающую привезли ко мне в

клинику по поводу проливных кровотечений, от которых она очень ослабела. Для остановки кровотечения я сделал ей выскабливание матки, но наскрести пришлось немного, матка была маленькая. Совершенно нерастяннутая девственная плева и отсустствие наркоза очень затруднили это пособие, но кровотечение после него не остановилось. Бледная и исхудалая больная поступила с значительной лихорадкой по вечерам 38—39°. Она была очень слаба и обескровлена, пульс был частый и по временам она теряла сознание. Через неделю она скончалась. При вскрытии у нее найдена *chorion epithelioma* пузыря. Покойный проф. *Девинский*, который производил вскрытие, подтвердил этот диагноз микроскопическим исследованием. Я слышал, что он опубликовал этот случай в „Медицинском Обзоре“, но мне не удалось видеть номер этого журнала, где он описал это наблюдение, не могу достать его и теперь.

Кровоточивые полипы уретры и бородавчатые разращения ее наружного отверстия (*sarunculae uretrales*) могут обуславливать окраску мочи кровью, и когда это замечают в ночной посуде, многие думают, что это следствие бывшего у них кровотечения, которое успело остановиться. Кровавые пятна на белье, когда эти *sarunculae* повреждаются, еще более могут ввести в такое заблуждение и врача, пока он не рассмотрит, в чем дело. Это уж относится к области курьезов казуистики. Но примесь крови из мочевых путей заслуживает особого внимания и требует отдельного рассмотрения.

Классическим признаком кровавой мочи давно считается хорошо заметная красная окраска, когда случится помочиться на снегу. Это очень чувствительная реакция: достаточно ничтожной примеси крови, чтобы окраска получилась яркая, с алым оттенком и не оставляла сомнений. В стеклянной кружке или в фаянсовом горшке такая же примесь крови выражается только мутным, коричневатым оттенком.

Гематурия, исходящая из пузыря, мочеточника или из почки, всегда появляется эпизодически.

Сплошной или постоянной она делается только впоследствии. Этим, может быть, и следует объяснять, почему при появлении крови в половой щели или в горшке о мочевых органах, как о возможном ее источнике, думают обыкновенно после всего.

Простая слабая окраска мочи кровью может не сопровождаться никакими болезненными явлениями. Ощущается только какая-то слабость, зависящая более от впечатления, которое производит этот необычный источник кровотечения, и опасения, которые возникают при таком неожиданном и необычном симптоме, и пугают малодушных. Более резкая кровянистая окраска мочи принимается за чистую кровь, а если часть ее свертывается на дне сосуда, то даже уже и не сомневаются в этом. Кровяные сгустки в форме земляных червей, слепки свернувшейся в моче-

точнике крови тоже производят сильное впечатление и обыкновенно хорошо запоминаются больными.

Боли, сопровождающие выдавливание пузырем образовавшихся в нем кровяных сгустков, бывают столь сильные, что останавливают на себе внимание больше, чем самое кровотечение, от которого они происходят. Боль эта может доводить до потери сознания и сопровождается потом, как всякая спазматическая боль во время ее припадка.

Иногда все может выразиться только этой болью и полным отсутствием мочи, потому что плотный объемистый сгусток, заполняющий пузырь, загораживает отверстие мочеиспускательного канала, который закрывается им вроде клапана, сильные сокращения пузыря только придавливают этот сгусток к отверстию и не в состоянии протолкнуть мимо него мочу в уретру. В таких случаях только катетеризация пузыря может выяснить, в чем дело.

Такие случаи иногда смешивали с трубной беременностью, и, что более удивительно, даже с припадком острого аппендицита.

Кровотечения из мочевых путей вообще часто сопровождаются болями. Когда это зависит от прохождения камня по тракту мочеточника, боли эти бывают особенно сильные. Их тоже смешивают и с аппендицитом, и с трубной беременностью. По интенсивности их следует поставить наравне с печеночной коликой. Болевыми ощущениями в обоих этих случаях конкурировать может разве только трубная беременность.

Наиболее сильные кровотечения из мочевых органов, когда весь пузырь может наполниться кровяными сгустками, обуславливаются новообразованиями в почках или в пузыре.

В почках это будет особый вид саркомы, носящей звучное наименование *hypernephroma*. Она характеризуется тем, что часто бывает двусторонняя. Даже когда, по поводу ее, удаляют одну почку, другая, здоровая, почка очень часто является местом рецидива этого заболевания.

Папиллярные новообразования в пузыре, несмотря на частые рецидивы, после их удаления не считаются злокачественными, потому что метастазов они обыкновенно не дают. По кровотечению они стоят очень близко к гипернефроме. Малейшее их повреждение, даже вследствие сокращения стенок пузыря после выделения мочи, может привести к наполнению этого органа чистой кровью, которая, свернувшись, дает такой же сгусток, как и в случае кровотечения из почки.

Туберкулез почечной ткани, язвы, которыми он здесь сопровождается, надо поставить тотчас после этих новообразований. Язвы слизистой оболочки пузыря — и простые, и туберкулезные — дают значительно меньшее отделение крови в моче.

Гематурия может быть и при других формах нефрита, в особенности острых, или зависящих от отравления, напр., сулемой.

Камни в почечных лоханках, в мочеточниках и в пузыре являются тоже довольно обычным условием для гематурии. Слизистая оболочка повреждается при всяком перемещении камня. Это вызывает и боль, и кровотечение. В пузыре это бывает при ходьбе и всяких усиленных движениях. Поэтому дневная гематурия относится к признакам камня в пузыре. В почке и ее лоханке камни могут долго оставаться совершенно неподвижными и не повреждать слизистой оболочки. Этим объясняется возможность образования огромных, ветвистых отложений, заполняющих лоханку и дающих разветвляющиеся отростки в ее дивертикулы между сосочками почки. Такие огромные отложения образуются не в один год. Они дают повторную гематурию, но не резко выраженную. Камни в мочеточнике дают, как уже было говорено выше, очень сильную боль пока они перемещаются. Это повторяется периодически. Дифференциальная их особенность, боль в пояснице, усиливающаяся при ударе кулаком (по методу Murphy), а вслед за болями, всегда после них, кровь в моче.

Инфаркты в ткань почки тоже дают гематурию, совершенно так же, как инфаркты легкого—кровохаркание. Появляется это у людей с измененными сосудами и обнаруживается после усилий и утомления. Гематурия продолжается несколько дней, неделю, сопровождается большою слабостью, легкою утомляемостью, учащением пульса и даже одышкой после всякого напряжения сил, утомления, иногда после волнения, проявления гнева, негодования и т. п. впечатлений.

В общем, всякие особенности выделений из половых органов отличаются более точно только после их осмотра, лабораторных исследований, дополнительных наблюдений и специальных приемов объективного исследования. Среди данных, получаемых из расспроса, они менее доказательны. Существенным здесь остается отношение выделений к инфекции. Если удалось убедиться в наличии инфекции и найти указания на ее натуру и время ее возникновения, то это уже много, и этим можно вполне удовлетвориться.

IV.

Синоптическая сводка проявлений болезней и изучения их путем расспроса.

Перечень отдельных вопросов, из которых она может слагаться, для выводов и заключений, которые он намечает. Перечень болезней, от которых все это может зависеть.

Если сопоставить многочисленные факты и подробности, которые составляют содержание предшествующих глав, то нетрудно убедиться, что при собирании сведений о них, по поводу отдельного случая, все они и всякие их подробности должны группироваться около трех главных проявлений женских болезней, к которым можно свести все жалобы больных. От них должны отправляться все наши вопросы, в связи с ними начинает вырисовываться все представления о болезни, о причинах и времени ее возникновения, о ее развитии и о том значении, которое она должна иметь для каждого данного отдельного случая.

Эти три группы симптомов и явлений будут: 1) боли, 2) кровотечения, 3) инфекции и их проявления.

Ведь бели и лихорадку, при расспросе, нет никакого основания выделять в отдельные группы, как это мы видели выше, по потребностям изложения. Это только одно из проявлений инфекции, от которой отделять их здесь не видно надобности.

Во время расспроса приходится задавать отдельные вопросы. Содержание их зависит от опытности, находчивости и изобретательности врача, и ему в этом отношении должна быть предоставлена полная инициатива. Однако, практически здесь очень уместно наметить темы для таких вопросов, составить список, который каждый может пополнить по желанию, по мере надобности или на основании собственного опыта.

Вот такой список:

I. Боли. Это симптом, наиболее интересующий больных. О нем они охотнее всего разговаривают, а внимание к ним врача ценят больше всего, как участие его в их горестях.

1. Давно ли. Когда начались в первый раз, давно ли усилились, бывало ли это раньше и когда?

2. Где они локализируются: 1) низ живота, 2) в пахах, 3) в крестце, 4) в пояснице, 5) в промежности, 6) в ногах (правая, левая), 7) во всем животе, 8) под ложечкой, в груди, спине, руках, голове, 9) еще где-нибудь?

3. Когда проявляются и как: 1) сплошные, 2) утром, 3) вечером, 4) ночью, 5) при утомлении, 6) ходьбе, 7) езде, в тряском экипаже, 8) в вагоне, 9) при сношениях, в начале их, после них, 10) при испражнениях, 11) при мочеиспускании, 12) при кашле, 13) в тепле, на холоду, 14) зимой или летом, 15) при голоде, 16) после еды?

4. Какой их характер: 1) схваткообразные, 2) тянущие, 3) ломящие, 4) давящие, 5) колющие, 6) жгучие, 7) ланцинирующие, 8) стреляющие, 9) припадками, 10) со рвотой, с тошнотой, головокружением, холодным потом, еще какие-нибудь, 11) которые из них наиболее удручают больную?

На основании ответов на эти и подобные вопросы, на основании описаний самой больной и ее окружающих выясняется, какие это боли: 1) спазматические, 2) воспалительные, 3) от сдавления, 4) от инфекции, 5) нервные или просто случайные, преходящие.

II. Кровотечения. Они могут быть особенностью регул. могут не иметь к ним никакого отношения, могут исходить и из мочевых путей или кишечника.

1. Давно ли. Когда начались, бывало ли это раньше и когда?

2. В какой последовательности и как проявлялось: 1) первые регулы, когда, 2) как, сразу или путались и сколько времени, с болью вначале или всегда, до замужества, после него, до беременности, после нее, после родов, после выкидыша, 3) сколько дней продолжаются, сильные они или слабые, 4) со сгустками, в начале, все время, в конце, 5) с болью внизу живота или в другом месте, 6) запаздывали ли когда-нибудь, на сколько дней, прерывались ли на сутки, на двое и когда или каждый раз прерываются и давно ли, 7) затягивались ли, на сколько времени и когда, 8) отсутствовали ли, кроме беременности и кормления, когда и на сколько времени, 9) после задержки или отсутствия просто возобновлялись или было кровотечение и какое, сколько времени продолжалось и была ли боль, 10) было ли кровотечение без всякого отношения к регулам, когда в первый раз, сколько раз было, сколько оно продолжается и какое: сплошное или с перерывами и сколько времени тянется сейчас, 11) как появляется, сразу, внезапно, или постепенно, от чего усиливается и уменьшается: холод, тепло, отправления кишечника, запор, понос, впечатления на нервную систему, 12) какое влияние оказывают: слабость, головокружение, обмороки, одышка, уменьшение количества мочи, 13) свойства и особенности крови: темная, алая, со слизью, вроде дегтя, со сгустками, быстро свертывающаяся большими сгустками, какие оставляет пятна на белье: темные или бледные, когда высохнет, 14) была ли когда кровь в моче, когда мочились на снегу или в горшке, когда и сколько раз, была ли перед этим боль, где, какая?

Из ответов на такие вопросы выясняется, что это меноррагия, или метроррагия, или кровотечение из мочевых органов. Определяется связь с беременностью, родами, выкидышем или инфекцией, узнается возможность новообразования.

III. Инфекция. Она проявляется общими явлениями (лихорадкой), отравлением токсинами, общим или местным: выделения, боли, нарушение разных отправлений.

1. Давно ли. Когда она началась и как проникла в организм: прямо или через кровь, начиналась ли с озноба?

2. Есть ли выделения и давно ли: 1) сколько их: много или мало, 2) как проявляются: всегда, утром или вечером, днем или ночью, при ходьбе, усталости, при запорах, перед регулами, после них, 3) какие: жидкие, густые, слизистые, гнойные, бесцветные, молочные, творожистые, желтые, зеленые, с кровью, с запахом, разъедающие?

3. Были ли когда-нибудь гнойные выделения: в детском, отроческом или взрослом возрасте, в девушках, после замужества, через сколько времени после начала половой жизни, было ли при этом учащенное мочеиспускание, с болью, резью. днем, ночью, сколько раз за ночь, сколько времени это продолжалось, повторяется ли теперь и когда, не было ли нарывов половых губ (Bartholinitis)?

4. Не было ли учащенных „императивных“ позывов на мочу, особенно ночных, с лихорадкой, ознобами, потом, вроде малярии, не было ли других проявлений туберкулеза: плевритические экссудаты, легочные явления, заболевания костей или суставов, или кровавой мочи в юном возрасте?

5. Нет ли сейчас где-нибудь нагноения активного или недавно закончившегося: абсцессы, фурункулы, панариций, кариозные запломбированные зубы, нагноение около них, гнойные прыщи на лице, спине, ягодицах, бедрах, флюсы, гноящиеся свищи из лимфатических желез?

6. Не было ли чего-либо из этого раньше и когда? Не было ли: скарлатины, дифтерита, тифа, пневмонии, гнойной ангины, инфлюэнцы, испанской болезни, невыясненных заболеваний, скрытой малярии?

7. Не было ли лихорадочных заболеваний в связи с родами или выкидышами, произвольными или искусственными, 1) когда именно, 2) сколько продолжалось, 3) чем проявлялось: ознобом, потом, 4) кровянистые очищения, сколько времени, больше или меньше недели, 5) не было ли полного отсутствия очищений или их зловония, 6) не было ли маститов и абсцессов в грудной железе?

8. Было ли нагрубание грудей после родов или не было вовсе? Какими другими признаками тяжелой инфекции это сопровождалось?

9. Нет ли приобретенной дисменорреи: после гнойных белей, после родов или после выкидыша, давно ли?

10. Не было ли аменорреи, когда именно и долго ли продолжалась, не было ли в это время какой-нибудь инфекции, септической или туберкулезной?

11. Не было ли перитонеальных явлений, острых или хронических: боли в брюшной полости, с тошнотой, вздутием, рвотой, чувствительностью брюшной стенки, твердой и неподатливой, с частым пульсом, слабостью и тяжелым состоянием; что появлялось раньше, боль или лихорадочные явления. (Если сначала озноб, а потом боль — заинтересована клетчатка; если сначала боль, а потом озноб — брюшина)?

Наличность инфекции вырисовывается еще раньше, уже во время расспроса о болях и кровотечениях. Вопросы, которые здесь приурочены к инфекции, не исчерпывают того, что можно в этом отношении придумать. Да в этом и нет надобности: того, что здесь перечислено, достаточно, чтобы убедиться в существовании инфекции или ее последствий. Практическое значение этой (III) группы явлений важнее остальных (I и II), но об ней труднее добиться достоверного и толкового ответа от больных.

То, что здесь приведено, достаточно, чтобы убедиться в существовании инфекции, и часто позволяет определить натуру ее и возникновение с очень значительной вероятностью.

Эта сводка многочисленных и разнообразных явлений вовсе не назначена для изучения самих симптомов и диагностического их значения: это дело клиники.

Резюмируя то, что было описано в предыдущих главах, сводка эта наглядно показывает, что и тех указаний, которые могут быть отмечены при умелом, внимательном и терпеливом расспросе, вполне достаточно для многих выводов, очень ценных для выяснения диагностики.

Прежде всего выводы эти с большою определенностью указывают, какими приемами и методами объективного исследования необходимо воспользоваться, на что надо обратить особое внимание, какие лабораторные исследования наиболее желательны и необходимы, наконец, намечается необходимость специальных приемов: осмотр зеркалами, зондирование матки или пузыря, цистоскопия, рентгеновский снимок и т. п.

Далее, выводы эти с полной уверенностью позволяют решить, что это—острое или хроническое заболевание или его обострение.

Наконец, в большинстве случаев они указывают, какие меры необходимо принять сейчас же для уменьшения страданий больной или опасности, ей угрожающей. По отношению к болям они имеют решающее значение для применения наркотических средств и, в особенности, морфия. Это—вопрос чрезвычайно важный, потому что, в случае необходимости неотложной хирургии

ческой помощи, после него возникают сомнения, получается проволочка, и больная может поплатиться за нее своей жизнью.

Приведенный здесь список подробностей, добываемых помощью расспроса, не может служить схемой для регистрации фактов и явлений путем подчеркивания того, что найдено, или вычеркивания того, чего нет в каждом отдельном случае. Для этого она слишком обширна и вовсе не предназначена. Не назначена она и для того, чтобы навязывать кому-нибудь порядок и последовательность вопросных пунктов или быть схемой для записывания того, что удастся узнать по поводу каждого отдельного случая.

Это дело по существу индивидуальное, а во многом субъективное. В таком списке интересно только то, что понятно сразу и не требует объяснений или вытекает из личного опыта и наблюдений.

Всякие, заранее составленные, схемы всегда заполняются машинально, обдумывать значение вопросных пунктов по поводу каждого случая невозможно и утомительно. Никто этого не делает и делать не станет. Индивидуальное записывание каждого случая есть дело личной инициативы каждого, следствие его опыта, привычки, наблюдательности. Надо дать ему общие руководящие основания, чтобы отличать важное и существенное. Все остальное нет никакой надобности заключать в рамки рутины, загроможденные всякими подробностями, не всегда понятными по своему назначению, утомляющими своим обилием и постоянным повторением, удручающими бодрость, восприимчивость, уверенность в собственных знаниях, силах и разумении.

Самые разработанные и предусмотрительные схемы остаются наполовину незаполненными, а наиболее толковые описания случаев пишутся на чистых листах бумаги. Это выходит много короче, понятнее и вразумительнее.

Назначение составленного мною и приведенного здесь перечня всяких подробностей совсем иное, — он должен показать ход мысли, направление ее, задачи, впечатления, останавливающие внимание во время расспроса, и содержит материал для этого.

Тут нельзя и не нужно придумывать что-нибудь или помещать все, что вообще возможно и может когда-нибудь встретиться. Перечень этот должен отражать только то, что дает сама жизнь, останавливаться на том, что попадает ежедневно или основывается на личных переживаниях и впечатлениях. Составленный каждым для самого себя, он является проверкой накопившихся практических сведений, указывает, что требует разъяснения, справки или дальнейшей проверки путем опыта.

Здесь я старался внести в него только то, что попадает и встречается ежедневно или что основывается на личных переживаниях и впечатлениях, подалось мне когда-нибудь, показалось интересным и пригодным для практических целей.

Для того, кто примется за него прямо, он ничего дать не может. Для того, кто успеет вдуматься в содержание предшествующих глав, он многое покажет под другим углом зрения.

Проверивши путем объективного исследования ту первоначальную диагностику, которая определилась во время расспроса, остается еще раз проконтролировать и ее, и свое заключение, перебравши мысленно все те болезненные формы и изменения, которыми объясняются отдельные симптомы и подробности их проявления.

Для такой окончательной, контрольной проверки диагностики полезно взглянуть на следующую синоптическую таблицу, которая для этого и предназначена.

Синоптическая таблица симптомов и болезней, пригодных для их объяснения.

Симптомы проявляются: I. болями, II. кровотечениями, III. явлениями инфекции.

I. Боли. Они бывают: 1) спазматические, 2) воспалительные, 3) от сдавления, 4) от инфекции и токсинов, 5) нервные.

1. Спазматические боли бывают:

1) в матке, 2) в трубе, 3) во влагалище, 4) в пузыре, 5) в кишечнике, 6) в почечной лоханке и мочеточнике, 7) в желчных путях, 8) в поджелудочной железе.

Причиной их бывают:

1. В матке:

1. Инородные тела: обломки *laminariae*, остатки перевязочного материала, обрывки марли, ваты, внутриматочные пессарии и их обломки.
2. Роды и остатки последа.
3. Плодное яйцо, его оболочки и их остатки при выкидыше.
4. Кровяные сгустки.
5. Полипы: плацентарные, слизистые, фиброзные.
6. Выворот матки: острый или хронический.
7. Интерстициальные фибромы, подслизистые фибромы, асептическое омертвление и окаменение фибром.
8. Механическое сдавление шейки матки: рубцы, синехии, опухоли и новообразования матки и соседних органов.
9. Инфекции: эндометриты, перегибы, стриктуры.
10. *Gynatresiae, haematometra*, рудиментарный рог матки.
11. Беременность в двурогой матке или в зачаточном роге.

2. В трубе:

1. Опорожняющийся *sactosalpinx* — *salpyngitis profluens*.
2. Рубцы и сращения, перетягивающие трубу и суживающие ее просвет.
3. Врожденные уродства трубы: извилистость, перехваты, перерывы, отдельные, вроде бухт, полости и т. п.
4. *Salpyngitis nodosa* (часто последствие *blennorrhoeae*).

5. Растяжение при hydrosalpinx.
6. Haematosalpinx при атрезии.
7. Трубная беременность: надрывы, трубный аборт.
8. Полипы и новообразования.

3. Во влагалище:

1. Инородные тела: тампоны, засорение медикаментами (кокосовое масло от болюсов и суппозиториях), кольца, пессарии; случайные: банки, стеариновые свечи, губки, резиновые шпору и т. п., вводимые не для медицинских целей.
2. Кисты влагалища.
3. Трещины и ссадины у входа во влагалище.
4. Вагинизм, penis captivus.

4. В пузыре:

1. Камни.
2. Кровяные сгустки.
3. Воздух.
4. Папилломы и новообразования.
5. Cystitis.
6. Инородные тела.

5. В кишечнике:

1. Спазм pylorus'a вследствие язвы около него, пилорическая блокада.
2. Воспалительные сужения anus при геморрое.
3. Рубцовые сужения кишек: последствия язв (дизентерических, тифозных).
4. Суживающаяся форма рака S. Romanum (развивается медленнее и тянется дольше других).
5. Рак желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы.
6. Рак толстой кишки: caecum, flexura coli: dextra et sinistra, S. Romanum, rectum.
7. Полипы: в тонких кишках, в rectum.
8. Ленточные глисты: taeniae, в особенности botriocephalus; иногда аскариды.
9. Рубцовые тяжи и сращения, сдавливающие просвет кишки.
10. Appendix vermicularis, его сужения и перехваты, с растяжением свободного его конца.
11. Mickel'евский дивертикул, последствия его сращения и рубцовых сужений.
12. Опухоли разных органов, сдавливающие просвет кишки.
13. Всякие причины непроходимости кишек: intussusceptio, volvulus scybala.

6. В почечной лоханке и мочеточнике:

1. Камни в лоханке и мочеточнике.
2. Pyelitis.
3. Сдавление мочеточника опухолями и рубцы около него.
4. Рубцовое сужение мочеточника.
5. Кровяные сгустки в лоханке или мочеточнике.
6. Распад новообразования в лоханке или в мочеточнике, песок там же и т. п.

7. В желчных путях:

1. Перемещение камней по ductus cysticus или cholodochus.
2. Сдавления выходного отверстия в двенадцатиперстной кишке, опухоли и воспаления около заслонки Vateria.
3. Растяжение пузыря от сдавления протока рубцами и опухолями.

8. В поджелудочной железе:

1. Сдавление ее протока рубцами, опухолями, новообразованиями.

2. Воспалительные боли бывают:

1) в матке и ее придатках, 2) в околоматочной клетчатке, 3) в пузыре и во всех брюшных органах.

Причиной их бывают:

1. Острые и хронические инфекции и сопровождающие их изменения в тканях. Они проявляются при движениях и при всяком раздражении, затихают от покоя и тепла, часто обуславливают боли спазматические.

2. Перекручивание опухолей матки и ее придатков.

3. Нарушение отравлений органов и их последствия при отравлениях и интоксикациях.

4. Последствия хронического застоя, нарушение обмена тканей, перерождение стенки сосудов (артерioskлероз), влияние внутренней секреции, эндокринных желез и другие теоретически допускаемые причины.

3. Боли от сдавления.

Они могут быть: 1) в яичнике, 2) в клетчатке таза, 3) в матке, 4) в пузыре, 5) почках и других органах.

Причиной их бывают:

1. Рубцы сращения.

2. Инфильтраты, сдавливаемые неподатливыми тканями.

3. Кровоизлияния.

4. Опухоли и новообразования и их метастазы.

4. Боли от инфекции и токсинов.

Бывают во всех тканях и органах.

Они зависят:

1) От самой инфекции, общей и местной. 2) От новообразований злокачественных. 3) От нарушения обмена и питания в тканях. 4) От отравлений разными ядами.

5. Боли нервные.

Бывают во всех тканях и органах, где есть нервы.

Они зависят:

1) От заболеваний самой нервной ткани, центральной и периферической или угнетения одних ее отделов другими.

2) От разных инфекций и их последствий: сифилиса, малярии, может быть, берга и т. п.

3) От отравления разными ядами: свинцом, сулемой, мышьяком, ядом гремучей змеи, скорпиона, фаланги и т. п.

4) От неврозов и психозов, если при этом не удастся открыть другую причину.

II. Кровотечения: Они бывают 1) артериальные и 2) венозные.

Источником их бывает: 1) матка, иногда придатки ее, редко влагалище, 2) мочевые органы.

I. Матка.

1. Причиной их бывают:

- 1) Травмы.
- 2) Регулы.
- 3) Последствия беременности: роды, выкидыш.
- 4) Инфекции и их последствия: эндометриты, эрозии, смещения и перегибы матки.
- 5) Полипы, слизистые и фиброзные.
- 6) Фибромы подслизистые и интрастициальные.
- 7) Саркомы, рак, аденомы.
- 8) Опухоли придатков, инфекционные — salpingoophoritis, и новообразования.
- 9) Кровозлияния в тазу.
- 10) Трубная беременность.
- 11) Новообразования труб, папиллярные перерождения опухолей яичников.
- 12) Арорехия ovarii.
- 13) Наемophilia, hydraemia, некоторые болезни сердца.
- 14) Эссенциальные кровотечения (обыкновенно климактерические) когда причина остается необъясненной.
- 15) Климактерический период.
- 16) Туберкулез.

II. Мочевые органы.

Кровотечения зависят: 1) от почек, 2) от пузыря, 3) от уретры.

Причинами их бывают:

1. В почках:

- 1) Травма.
 - 2) Острый нефрит.
 - 3) Камни, песок.
 - 4) Туберкулез.
 - 5) Инфильтраты.
 - 6) Нурепнефрома и другие новообразования.
 - 7) Отравления: сулемой и т. п., септическими токсинами (очень редко).
- разными ядами: цикута, кантаридин, животные яды и т. п.

2. В пузыре:

- 1) Камни.
- 2) Язвы: туберкулезные и простые.
- 3) Папилломы и другие новообразования.
- 4) Циститы с септическим омертвлением слизистой, отслаиванием ее.
- 5) Травмы, инородные тела.

3. В уретре:

- 1) Травмы.
- 2) Полипы.
- 3) Новообразования.

III. Проявление инфекции. Они могут быть: 1) общие и 2) местные. Приурочивать подробности этого к отдельным тканям и органам здесь не приходится.

1. Общая инфекция зависит от отравления всего организма и проявляется:

- 1) Пульсом.
- 2) Лихорадкой.
- 3) Угнетением всего организма, внешними явлениями: выражением лица, окраской кожи, высыпаниями и т. п.
- 4) Изменением дыхания: оно учащается и делается поверхностным.
- 5) Нарушением компенсации, отечностью, местными отеками.
- 6) Болями в костях и разных органах.
- 7) Ознобами, потами, цианотическими явлениями.
- 8) Возбужденным состоянием, вроде опьянения или эвфорическим и бодрым, отсутствием сна, беспокойным, тревожным, испуганным состоянием.
- 9) Ярко-красным языком, вроде земляники или помидоров.
- 10) Уменьшением мочи, изменением ее состава и вида.
- 11) Потливостью, похолоданием конечностей, судорожными подергиваниями и сведением пальцев.
- 12) Метастатическими явлениями.
- 13) Кровотечениями.

2. Местная инфекция проявляется:

- 1) Болью.
- 2) Опухолью, инфильтрацией, отечностью.
- 3) Сращениями, рубцами, нарушением подвижности.
- 4) Болезненностью и припуханием сосудов, кровеносных и лимфатических, их желез и окружающей их клетчатки.
- 5) Нагноением и абсцессами.
- 6) Кровотечением.
- 7) Язвенными процессами.
- 8) Всякими выделениями.
- 9) Всякими нарушениями отправления заинтересованных органов.

Все это составляет предмет частного изучения их патологии и зависит от проникновения микроорганизмов: стрептококков, стафилококков, пневмококков, гонококков, *bacillus aerogenes capsulatus*, *spirochaeta pallida*, *plasmodium maculatum* и др.

Если взглянуть в нашу синоптическую таблицу, то нетрудно убедиться, что из симптомов, дающих указания на отдельные формы заболевания, больше всего приходится иметь дело с болями и они занимают почти половину этого перечня. Наибольшее число конкретных форм отдельных болезней приводится в нем по поводу болей, кровотечения тоже дают немало таких указаний, а проявления инфекции — настолько распространенное явление, что, присоединяясь почти при всех заболеваниях, она дает мало определенных указаний на какую-нибудь отдельную форму болезни. Перечислять здесь пришлось бы почти всякие заболевания, которые, вообще, могут когда-нибудь встретиться. Поэтому приходится здесь ограничиваться только общими указаниями на изменения в тканях и органах и на конечные причины их возникновения, на микроорганизмы, которыми это может быть объяснено. Ведь всякая классификация болезней здесь, очевидно, должна исходить от этих конечных причин и определяться бактериологическими данными. Изучение подробностей этого дела и практическое применение выводов, к которым они приводят, далеко еще не закончено. Дать точный список всех микробов, которые могут при этом когда-нибудь попадаться, трудно, а, может быть, даже преждевременно. Я и не пытался это сделать.

Интересно, что боли, с которыми здесь приходится иметь дело, относятся главным образом к группе спазматических, все остальные, в чистом виде, встречаются много реже и дают менее указаний на отдельные болезненные формы. Кроме того, спазматические боли представляют много особенностей, очень пригодных для изучения подробностей отдельного случая путем расспроса и других методов исследования. Почти то же самое можно отметить и по поводу кровотечений. В этой группе на первом месте стоят последствия беременности и новообразования.

Влияние инфекции существенно отражается на всех трех группах основных проявлений болезни, из которых исходит все то, что мы применяем при наших исследованиях и при изучении отдельных случаев, с которыми нам приходится иметь дело.

Степень достоверности тех выводов, на которых мы основываем нашу диагностику, зависит от отчетливости и умения добыть необходимые фактические данные. Многое здесь может зависеть и от удачи. Методы, которыми [приходится пользоваться, основываются на наблюдении отдельных фактов и на проверке и оценке их значения.

Наиболее трудным, а практически наиболее важным, здесь следует признать то, что может быть добыто путем расспроса. Объективные данные знакомят нас только с настоящим положением дела: все прошлое узнается только из того, о чем можно что-нибудь из этого узнать. Без помощи человеческой речи и взаимного понимания выполнить этого нельзя. Обходиться одним объективным исследованием, тем, что удастся непосредственно подметить, немислимо. Это сводило бы врача к положению ветеринара, ставящего диагностику болезни у птицы в клетке, у коровы в стойле, у собаки на цепи, к которым его призвали совершенно внезапно и ничего определенного сообщить не могут.

Целесообразное и продуктивное применение расспроса может затрудняться незнакомством с языком больной и необходимостью пользоваться переводчиком. Из личного опыта знаю, как это утомительно и скучно, сколько надо терпения и настойчивости, чтобы с этим справиться.

Однако, личные особенности больной, ее бестолковость, непонятливость и некультурность являются немалым затруднением в этом деле. Кроме терпения, здесь нужно благодушное и благожелательное и участливое отношение к страданиям ближнего. Но всего больше трудностей представляют при расспросе люди интеллигентные с уже составившимся мнением о своей болезни, самоуверенные, упрямые и сумасбродные. Своими ответами они сбивают с толку, заставляют терять время, утомляют дух, удручают бодрость. Бороться с этим одним терпением и выносливостью недостаточно, здесь нужна особая кротость и незлобивость, которую не каждый может в себе выработать, а когда он очень занят, даже не успевает и пытаться выработать.

Наибольший практический интерес диагностика представляет и для больной, и для ее близких, и для врача в случае хирургических показаний, которые из нее могут вытекать. Когда показания эти имеют жизненное значение, это становится очень тревожным для всех, а для врача, кроме того, и очень ответственным. Особенности и подробности диагностики в таких случаях составят содержание следующих глав.

акusher-lib.ru

V

Практическое значение диагностики определяется показаниями, которые из нее вытекают.

Значение этого при неотложных операциях. Гинекологические заболевания, обуславливающие острое хирургическое заболевание живота. Перитонит, общий и местный. Аппендицит. Прокрастинация!

Когда из диагностики вытекают жизненные показания к оперативному пособию, в особенности неотложному, положение врача становится очень тревожным.

В самом деле, высказавши свое мнение, он тем самым уже берет на себя огромную ответственность перед больною, потому что он обязан обратить внимание ее или близких ей на неизбежную необходимость озаботиться об осуществлении оперативной помощи. Он обязан объяснить, какие опасности должны угрожать больной в случае всякого промедления с этим делом, и должен сделать все это с полной убедительностью и уверенностью. Для этого он должен иметь полную уверенность в том, что он сам не ошибается и не вводит других в заблуждение. Между тем полной уверенности в этом у него, в действительности, быть не может и вот почему.

Каждый хирург отлично знает, что полную уверенность в точности своей диагностики в таких случаях он может получить только во время операции или даже только после нее. Чем больше его опытность и чем больше ему приходится оперировать, тем больше он убеждается в неустранимости этого основного условия всяких операций, которые делаются в брюшной полости.

Установившаяся уже репутация и доверие, которые врач успел заслужить своею работою, являются единственною его защитою от последствий всяких неудач и даже несчастий, которые могут его постигнуть во всякую минуту в этом сложном и трудном деле. Многое из этого он предупредить и даже предусмотреть не может и не в состоянии.

Хирургу, начинающему или приступающему к своей первой операции, еще труднее найти выход из этого положения. Вполне естественно, что он ищет его в более точной диагностике, цепляется за все, что ему удастся подметить, останавливается на мелких подробностях. Они сбивают его с толку и могут превращаться в приметы, имеющие чисто субъективное значение

и т. п. Только впоследствии, с нарастанием опытности, он получает убеждение, что в своих исканиях он добивался недостижимого.

Все это вполне естественно и является прямым следствием условий и особенностей этой работы. Но это имеет и неблагоприятную сторону. Тратится много сил и энергии, получаются тяжелые переживания, страдает самолюбие, получается разочарование в своих силах, познаниях, недоверие к своим выводам и заключениям.

Молодые врачи, которым приходится работать совершенно самостоятельно, жаловались мне, что их более всего затрудняет отсутствие простых и точных данных, которые позволили бы им ставить диагностику внематочной беременности и сходных с нею других заболеваний в брюшной полости. При всяких сомнениях они не знают, где об этом справиться. В систематических руководствах и учебниках они находят множество фактов и подробностей, а еще более всяких оснований для сомнений и источников возможных ошибок. Симптоматология отличается разнообразием, непостоянством и неопределенностью, остается обширное поле для всяких сомнений. Углубление в подробности утомляет внимание и в конце концов не получается уверенности в достоверности того толкования, которое дается отдельному случаю, который собираются оперировать.

Для отзывчивого и впечатлительного человека это является источником многих размышлений и забот. Это знает каждый, кто этим занимается, и это является серьезным импульсом, задерживающим проявление легкомысленной самоуверенности, вызывающим сознание необходимости пополнять свои знания в этой области.

Между тем все это сразу упрощается, если мы перестанем выделять группу гинекологических заболеваний, при которых могут проявляться тяжелые признаки острого заболевания живота, требующие неотложного хирургического лечения.

Диагностика от этого сразу делается и проще, и точнее, но область компетенции хирурга требует значительного расширения: от него при этом требуется не только умение разобратся в изменениях тазовых органов и их анатомии, не только умение остановить кровотечение из разорванной трубы, или удалить какую-нибудь кисту яичника, или даже все половые органы женщины с окружающей их клетчаткою, но и всякие другие операции на кишках, на желчном пузыре и на всех органах брюшной полости.

Так собственно это и было всегда, с самого возникновения гинекологической абдоминальной хирургии. Так это и должно оставаться: разделение хирургии брюшных органов на отдельные специальности совершенно недопустимо. Разница в подробностях ухода за больными здесь иногда находила и находит практическое осуществление и возразить против такой специализации

ничего нельзя. Но разделение хирургов по органам, на которых они работают, совершенно недопустимо. Каждый, который приступает к операции в брюшной полости, обязан уметь делать в ней все, что может понадобиться, с одинаковой отчетливостью и искусством. Без этого он не имеет права за это браться, потому что интересы больного этого допустить не могут.

Пугаться этой особенности нет никакого основания, но сомневаться, что иначе это быть не должно и не может, разумеется, оснований еще меньше.

Практический вывод из этого получается очень серьезный и важный для каждого врача, который занимается применением своего искусства, медицины вообще, или терапией в частности, потому что это налагает на него новую и очень серьезную ответственность. Он, несомненно, обязан знать, как, на основании современных научных знаний, можно и нужно помочь больному при таком проявлении болезни, которое еще недавно считалось возможным лечить выжидательно и разными внутренними средствами и лекарствами. Он должен знать, что скрывать в таких случаях возможность разумной помощи он ни от кого не может. А делать вид, что он лечит, когда он знает, что он не делает того, что необходимо, его никто уполномочивать не станет.

Заставить его выполнить то, чего он делать не умеет, никто не может, но если, сознавая опасности, которые угрожают больному, он решится оказать ему элементарную помощь, напр., сделает простой разрез и вставит дренаж, то никто отказать ему в праве это сделать не может, а больной может и выздороветь после такого пособия, чему имеется много примеров.

Собственно, оказать такую элементарную помощь в неотложном случае и там, где ничего, кроме такой импровизации, сделать нельзя, врач даже обязан. Уметь выполнить такое простое пособие, как разрез с дренажем, конечно, должен каждый врач, хотя бы уже потому, что и наиболее опытные и искусные хирурги нередко только этим одним и ограничиваются, когда ничего больше им сделать не удастся.

Отказавшись от этого, он сразу должен переместиться в ряды эмпирических знахарей или смешаться с толпою родственников и друзей. Деятельность его в этом случае медицинской помощью в научном смысле, очевидно, считаться не может.

Взяться за такое непривычное для него дело он может только в том случае, когда он уверен в своих швах и понимает, как можно оградиться от инфекции. Но ведь с этим он должен быть хорошо знаком и своевременно научиться еще на старших курсах в хирургических клиниках. Без этого условия он не имеет права считать себя врачом и присваивать себе полномочия, которые связаны с этим высоким званием.

От каждого врача нельзя требовать, чтобы он безошибочно мог узнавать внематочную беременность при самом ее начале и

мог с точностью всегда отличить ее от гнойного сальпингита, аппендицита и многих других заболеваний в брюшной полости.

Такие ошибки вовсе не составляют редкости в хирургической деятельности наиболее опытных специалистов: все выясняется во время операции, никто не удивляется и дело от этого не страдает. В этих случаях гораздо существеннее определить явления раздражения брюшины и степень начинающегося в ней воспаления, чем выяснить подробности той причины, от которой это произошло и зависит. Показания к немедленному пособию здесь доминируют над точностью диагностики. Явления, которыми это сопровождается, отличаются разнообразием и непостоянством.

Классическое описание послеоперационного перитонита в известном сочинении проф. В. Ф. Снегирева „Маточные кровотечения“ дает яркую и живую картину болезни, которая врезывается навсегда. Оно хорошо передает общее впечатление, на котором, собственно, и основывается наша диагностика явлений перитонита. Детальное изучение подробностей и изменений, свойственных этому заболеванию, дает меньше практических указаний, чем несколько отдельных штрихов такого талантливого и опытного наблюдателя.

Очень большой знаток этого дела, *Dr. W. H. Battle*, из госпиталя св. Фомы в Лондоне, дает очень хорошее описание главнейших проявлений перитонита в тех случаях, когда нет явных указаний на местную причину его происхождения, а имеются только доказательства, что острое внедрение микробов уже произошло. Как они могли проникнуть в брюшную полость, может оставаться невыясненным. Они могли быть занесены сюда кровью, потому что в самой брюшной полости никаких изменений отыскать не удастся, а после операции большой выздоравливает.

Вот это описание:

„Больной жалуется на боли в животе, главным образом, в пупочной области. Он лихорадит, его познабливает, может быть, даже рвет. Температура поднимается, пульс делается частым. Положение больного, уже слегшего в постель, довольно характерно: он лежит на спине, скрестивши руки над головою, а ноги пригибает к животу, чувствует себя очень больным. При исследовании вскоре после начала заболевания отмечают значительную чувствительность, доходящую до гиперэстезии, если воспаление нарастает и распространяется. Жалобы на боль могут быть менее настоятельными, а на коже живота можно разглядеть красноту и даже волдыри от применявшихся местных средств или тепла. Дыхательные движения брюшной стенки ограничены или незаметны вовсе, по временам рвота. Брюшные мышцы неподатливы. Сначала это заметно в отдельных местах, а затем по всему животу. Лицо покрасневшее, язык обложен, испражнений нет.

Пока нет скопления жидкости, перкуссия дает мало указаний. Жидкость может быть свободною в брюшной полости и перемещаться при перемещениях больного; притупление может быть местное и совершенно неподвижное, при пластическом выпоте оно резко ограничено. Нередко страждущий мечется, вскрикивает или стонет, когда припадок боли усиливается.

Далее, выражение его лица изменяется, он становится невнимательным, под глазами появляются темные круги, Глаза ушли вглубь, щеки ввалившиеся. Губы делаются сухими, а язык не только сухой, но какой-то коричневый, резко обложенный. Дыхание приобретает тяжкий запах. Продолжающаяся рвота происходит без усилий, становится обильнее, извергаемая жидкость делается коричневой, пахнет нехорошо, иногда прямо калом. Обследование живота показывает, что растяжение его заметно увеличивается, а движения его стенок все уменьшаются. Однако, перистальтических движений не заметно, и поверхность его выглядит совершенно гладкой, немного блестящей. Всякое ощупывание причиняет значительную боль. Весь живот напряжен, звонко тимпаничен, только внизу, в пахах, может быть притупление, пересекающее среднюю линию тотчас над лобком. В таком случае можно иногда вызвать толчок, передаваемый жидкостью с одной стороны на другую. Температура повышена, но большое повышение вовсе не обязательно. Она может быть нормальной и даже субнормальной в случае особо тяжелого воспаления с разлитием гноя по всему животу. Такая низкая температура—показательное явление. Испражнения иногда могут быть вызваны клизмой и газы могут выделяться без всякого затруднения, пока не наступит растяжение кишек от паралича их стенки вследствие общего отравления организма.

Прекращение всякой боли и появление икоты при перитоните всегда является плохим признаком. Одновременно с этим может быть повышенная ясность сознания, вводящая в заблуждение друзей и окружающих больного. Но входящий в комнату врач тотчас убеждается, что липкая, влажная его рука, частый, почти неуловимый пульс явно свидетельствуют о действительном состоянии больного, о чем ему уже успела доложить сиделка, которой поручено ведение ухода. Возобновление беспокойного состояния больного, свистящее дыхание—тоже плохие признаки.

Отечное состояние брюшной стенки может указывать на локализацию гнойного скопления около нее или на фекальную экстравазацию в полость брюшины. Есть еще особая форма отека брюшной стенки, не переходящего на бедра. Она наблюдается при очень острых формах общего перитонита и сопровождается воспалением подбрюшинной клетчатки.

Необходимо заметить, что локализованное воспаление брюшины—вовсе неопасное явление. Очень немногие операции, проведенные действительно строго асептически, обходятся без местной ограниченной реакции со стороны брюшины, которая

проявляется ее воспалением. Точно также все случаи аппендицита сопровождаются некоторым перитонитом, который обусловливается отношениями червеобразного отростка к серозной полости брюшины¹⁾.

Это обстоятельное и живое описание главных проявлений раздражения и инфекции брюшной полости с пользою прочтет каждый интересующийся этим делом. Для врача, не занимающегося практической хирургией, оно должно представлять особый интерес.

Сделанное на основании обширного материала такого большого лондонского госпиталя (как St.-Thomas Hospital), оно представляет особую ценность, потому что дает отчетливое представление о том, что является главным основанием для постановки показаний к немедленной операции и чем может довольствоваться в этом отношении такой наблюдательный человек, как *Dr. W. H. Battle*, благодаря своей многолетней опытности и счастливым результатам занимающий в этом деле такое выдающееся место среди лондонских хирургов.

Общее отравление организма, исходящее из брюшной полости, может быть настолько интенсивным, что симптомы перитонита выпадают почти все. Они подавляются признаками общего сепсиса. Температура не поднимается вовсе, а прямо падает ниже нормы. Никакого вздутия и даже брюшного сопротивления не отмечается. В крови оказывается множество микробов (стрептококки). Это то, что называется *septicaemia peritonealis* и обозначает, что инфекция исходит из полости брюшины. Но она уже не в силах реагировать обычными симптомами, потому что и на нее уже успело распространиться влияние общего отравления организма. При ней может даже появиться упорный понос с совершенно жидкими и зловонными испражнениями.

Для установления показаний к неотложной операции такая диагностика, как возникший острый перитонит, более, чем достаточна. Но для того, чтобы решиться ее выполнить, этого еще мало. Для этого каждому, прежде всего, приходится подумать о предсказании, вытекающем из его диагностики, и каких изменений он может достигнуть помощью операции в каждом данном отдельном случае.

Я уже обращал внимание, что на точность своей диагностики в этом отношении он мало имеет оснований здесь рассчитывать. Все, что он в действительности может при этом выяснить, это — место, где ему придется делать разрез брюшной стенки.

Гинекологические заболевания, которые дают повод к таким пособиям, исходят из полости таза; они немногочисленны. Это

¹⁾ Dr. William H. Battle. The abdomen. Second edition. London. 1914, pp. 87—89.

будут: 1) внематочная беременность, 2) воспаления придатков и 3) перекручивание опухоли матки или ее придатков. Все это требует разреза ниже пупка, большею частью просто по средней линии. Перитониты от причин, которые не могут быть выяснены даже во время операции, требуют разреза совершенно такого же. Ведь все назначение такой операции сводится к опорожнению скопления в брюшной полости и к вставлению хорошего дренажа. В таких случаях и наиболее опытные и привычные люди ничего другого сделать не могут. В этом отношении их помощь ничем не отличается от того, что может сделать каждый, кто берется за это в первый раз в жизни. Оба они при этом одинаково должны помнить только о том, что на слабом и измученном больном всегда надо ограничиваться самой минимальной операцией, выздоровление от этого много зависит.

В случае ожидаемой возможности встретить аппендицит, многие предпочитают делать разрез по правому *musculus rectus* и, оттянувши его кнутри, проникать в брюшину через заднюю стенку его влагалища. Делается это тоже ниже пупка.

Таким образом, главные и самые существенные вопросы здесь могут находить разрешение, не вникая в детальные подробности диагностики. Показания к операции настолько настоятельны и понятны, что могут быть установлены всяким врачом, хирургией не занимающимся. Когда он попадает в условия, где кроме него никто такой помощи оказать не может, а безвыходность положения вынуждает его взять на себя ее выполнение, он может в этих показаниях иметь существенную ободряющую его поддержку в этом трудном для него положении. Для специалиста гинеколога это тоже вносит упрощение. Он должен оперировать вовсе не потому, что у больной он определил гнойный сальпингит или трубную беременность, а просто потому, что у его больной имеется острое хирургическое заболевание живота, требующее неотложной помощи, и лечить его иначе никто не может и не должен. Если он во время операции найдет только аппендицит, то огорчаться ему не будет основания и считать это грубой ошибкой в диагностике не придется.

Это вовсе не значит, что ему незачем добиваться более точной постановки диагностики и довольствоваться таким суммарным отношением к ней. Но терять из виду существенное значение возможности такой диагностики, которая самого завязавшего терапевта может, в исключительных случаях, вынудить превратиться в хирурга, он, очевидно, оснований найти тоже не может. При многих сомнениях это может ободрить, и пренебрегать этим не следует. Знаю это по опыту и даже личному.

Все-таки по поводу острого хирургического заболевания живота здесь необходимо остановиться на некоторых подробностях дифференциальной его диагностики, в частности в тех случаях, когда это зависит от гинекологических причин.

Для оценки значения такой диагностики практически самым важным представляется решить, что это — местное гинекологическое заболевание или общее отравление организма. В первом случае можно ожидать, что больную можно еще спасти оперативным пособием, во втором и это помочь уже не может.

В случае признаков общего перитонита все проявления болезни объясняются действием инфекции, а интенсивность симптомов зависит от количества токсинов, которые успевают образоваться в первоначальном очаге инфекции и из него проникать в организм. Когда удается устранить источник этого поступления, вполне понятно, что общие симптомы должны исчезнуть, если организм будет в состоянии справиться и обезвредить или удалить уже циркулирующих в нем микробов и их токсины.

Разница между значением общего и местного заболевания, таким образом, должна сглаживаться потому, что симптомы в обоих случаях остаются те же. Все должно зависеть от сил организма и его сопротивляемости по отношению к инфекции и борьбе с нею. В этом отношении все решается на основании общего впечатления. Однако, есть случаи, в которых простое устранение продуктов инфекции из серозного мешка брюшины является достаточным, чтобы организм мог справиться с постигшим его отравлением, и больной может выздороветь. Это и бывает, как уже было сказано, когда брюшина инфицируется через кровь.

Здесь многое зависит от того, какой именно микроб вызвал такую инфекцию. Мне случилось выпустить из брюшной полости несколько литров гноя и, добившись хорошего дренажа, получить довольно быстрое выздоровление. В этом гное найдено было очень незначительное количество *staphylococcus albus*, что обнаружено было посадками. Полной уверенности в точности этого наблюдения все-таки не получилось. Из первой порции гноя посадки не удалось, гной оказался стерильным и только через сутки новые посадки обнаружили присутствие микроба. Это не исключает возможности появления новой инфекции после операции.

Dr. W. H. Battle тоже наблюдал такие случаи: стерильный во время операции гной очень скоро после операции давал положительные результаты при посевах (взятых из дренажа). Описаны случаи, в которых найдены были чистые культуры пневмококка, и больные выздоравливали очень скоро после простого дренажа. В случае стрептококка дело обстоит несколько хуже, при нем может поражаться подбрюшинная клетчатка, которая защищается от него очень слабо. Серозная полость брюшины тоже реагирует на него не так, как на проникновение других микробов. Исследования *Fromme* показали, что при стрептококке защитительное сопротивление брюшной стенки может быть выражено очень слабо, оно может даже и совсем не проявляться. При *bacillus coli communis*, напротив, явление это бывает выражено особенно резко.

Чистой формы гонококковой инфекции брюшной полости мне не пришлось видеть ни разу. Возможность ее допускается многими. Она возникает вследствие истечения гнойной секреции через незакрытое абдоминальное отверстие трубы. Это наблюдали не раз во время операции. Описан случай, где при этом было удалено много гноя из полости малого таза, и больные выздоравливали, потому что общего перитонита, или, точнее, общего отравления организма не получалось. Однако, в таких случаях чисто гонококковой инфекции доказать тоже не удавалось, по крайней мере, таких описаний этого, которые не оставляли бы сомнений, мне не встретилось.

Бактериологическое изучение случая имеет огромное значение и для диагностики, и для предсказания. Оно позволяет воспользоваться сыворотками и вакцинами, а в особенности изготовлением аутовакцины. В благотворном влиянии такой вакцины нет оснований сомневаться. Это доказывается распространением, которое применение этого метода получило у американских хирургов, и те результаты, которые стали получаться и у них, и у английских представителей клинической хирургии. О значении парэнтерального введения разных веществ для борьбы с септическими явлениями распространяться здесь не буду. Введение в вену растворов солей серебра и даже просто дистиллированной воды может служить хорошим примером. Действенности такой борьбы (см. мою „Оперативную Гинекологию“, изд. II, том II, Москва, 1915). Другая форма парэнтерального введения продуктов самого организма, путем образования фиксационных абсцессов (впрыскиванием в клетчатку скипидара) при перитонеальном сепсисе, применения, по видимому, пока еще не находит.

Все это методы лечения, с которыми приходится считаться, хотя они все еще находятся в периоде разработки и изучения. Уверенности в их действительности еще недостаточно, чтобы можно было ими заменить операцию при общем перитоните. Надежда на возможность остановить этот процесс помощью операции все-таки более обоснована.

Отличить общий перитонит от местного в полости таза грубым, суммарным образом нетрудно. Это может основываться на предполагаемом у больной гинекологическом заболевании, которое успело выясниться из расспроса, подтверждается локализацией боли и другими симптомами со стороны тазовых органов (мочеиспускание, дефекация). Высокое стояние диафрагмы при отсутствии вздутия и мягком животе, сопровождающееся учащением пульса, указывает на раздражение брюшины начавшимся в ней где-нибудь воспалением. Все это может зависеть от очень незначительного участка поверхности серозной плевы, участвующего в этом процессе. Распространение воспаления кверху тотчас проявляется защитительным мышечным сопротивлением внизу живота.

Явление это обнаруживается прежде всего на прямых мышцах. Соппротивление нижней половины правой прямой мышцы указывает на возможность заболеваний правых придатков, иногда на начало или последствия аппендицита. Верхняя половина мышцы сохраняет свою податливость при давлении. Соппротивляемость этой верхней половины выше пупка обращает внимание на желчные пути, *pylorus* или двенадцатиперстную кишку. После прямых мышц сопротивление переходит на плоские мышцы, косые и поперечную живота. Они тоже оказываются неподатливыми, на ясно ограниченном пространстве, соответствующем распространяющемуся раздражению брюшины.

Пока брюшное дыхание имеется налицо, говорить об общем перитоните не приходится. Если оно выражено очень слабо, а пульс очень частый, то это может зависеть от сдавления кишки, затруднившейся в своей проходимости, как это бывает при грыжах. Это может зависеть и от перекручивания какой-нибудь опухоли или даже сальника и происходит от сдавления нервов, отражающегося на пульсе, и сопровождается болью, которая и сама по себе может обуславливать учащение пульса. Очень частый пульс, при низкой, субнормальной температуре, всегда считался и считается важным признаком для внутреннего ущемления кишек. Сдавление нервов лигатурой или плотную опухолью ведет к тому же самому. Это особенно заметно на сдавлении *nervus spermaticus*, когда он сам или его ветки захватываются лигатурой при удалении яичка или при операции по поводу *varicocele*. После операции появляется и очень частый пульс, и низкая температура. Когда это наблюдается после грыжи, это вызывает очень тревожные опасения, пока не выяснится, что о возможности внутреннего ущемления думать не приходится. У женщины семенному нерву соответствует *nervus ovaricus*, с его сплетением, разветвления коего могут давать такие же явления, как и *nervus spermaticus*.

Сдавление нервов дает не только боль и учащение пульса, но отражается и на дыхании. Оно делается чаще и поверхностнее, а движения брюшной стенки могут при этом быть мало заметны.

Когда стрептококковая флегмонозная инфекция подмышечной области (левой стороны) перебрасывается по клетчатке и лимфатическим анастомозам на плевру, получается такая боль, что дыхательные движения диафрагмы останавливаются и может появиться даже цианоз. Такие случаи иногда смешивают с перитонитом, перешедшим на диафрагму и вызывающим сильную боль с прекращением брюшного дыхания.

Всё это может иногда сразу улучшиться от действия морфия. Это может даже вызвать послабление, если испражнение прекратилось и задерживается от влияния боли. Но это бывает редко, а применяться должно еще реже, потому что для морфия, до полного выяснения диагностики, слишком много противопо-

казаний, о чем я уже упоминал выше, может быть, даже и не один раз. Самое главное противопоказание, это — прибавление нового отравления к уже имеющемуся септическому.

Гинекологические заболевания, которые могут распространиться на всю брюшную полость и выразиться общим перитонитом, угрожающим жизни больной, отличаются тем, что они обыкновенно сами локализируются в полости таза, и организм успевает хорошо отгородиться от очага инфекции, который здесь возникает.

Многие случаи попадания инфекционных начал в полость малого таза этим и ограничиваются, потому что сверху все это легко отгораживается от общей брюшной полости сальником, S. Romanum и его брыжжейкой. Через обе эти преграды инфекция переходит довольно редко. Гнойное скопление может быть опорожнено снизу из влагалища, или из кишки, или даже опорожниться через нее само, и для брюшной полости ничего угрожающего не получается.

Для попадания инфекционных начал в заднюю Дугласову ямку имеется слишком много условий, чтобы этому можно было удивляться. Многочисленные сращения, иногда в виде паутины, иногда плотные, рубцовые, способные изменять положение матки в полости таза, служат наглядным доказательством, что такое попадание инфекции бывает очень часто, а сращения, являющиеся следствием этого, встречаются ежедневно при операциях.

Заболевание после выкидыша или после родов, постепенно проникающее в глубину заражение триппером, никогда, может быть, не проявлявшееся особенно острыми явлениями, — все это представляется достаточным для объяснения таких сращений и частоты, с которой они встречаются.

Попадание более значительного количества микробов, большая их вирулентность, а может быть, успевающая присоединиться через кровь или из соседней кишки новая, добавочная, инфекция другими микробами проявляется общими перитонеальными симптомами, нередко очень тяжелыми.

Однако, такие случаи мы перитонитом не называем, а придумали особое название *pelveo-peritonitis*. Если признавать, что проявления общего перитонита надо объяснять не самым воспалением серозного листка, а количеством инфекции, которое всасывается огромной серозной поверхностью брюшины и отравляет организм, то в случае ограничения инфекции одною полостью таза последствия должны быть совсем иные. Симптомы могут получиться одинаковые, только здесь они будут преходящие и могут исчезнуть, как только все это успеет хорошо отгородиться от общей брюшной полости. С местным, ограниченным очагом инфекции организм может справиться скорее и он представляет для него меньшую опасность.

Твердых, незыблемых данных для отличия *pelveo-peritonitis* от общего перитонита очень мало.

Это будут: 1) медленное и постепенное нарастание общих симптомов, 2) нерезкое их проявление, 3) значительное улучшение от покоя, холода или тепла на низ живота и т. п.

При общем перитоните симптомы начинаются сразу, нередко внезапно, проявляются очень интенсивно, нарастают быстро и ничему не уступают.

Из признаков, свойственных местному заболеванию, отмечу еще раз высокое стояние диафрагмы; с него начинается всякое местное раздражение брюшины. Это отмечается нередко за несколько дней до его проявления. Далее, участие брюшной стенки в дыхательных движениях сохраняется и может быть хорошо заметно. Рвота прекращается или уменьшается. Ее сменяет отрыжка, с обильным выделением газов, через введенную в пупок трубку начинают выходить газы, и получается облегчение.

Когда дело затягивается на несколько дней, мочи выделяется достаточно, а грозные симптомы делаются эпизодическими явлениями, утихают и начинают исчезать, становится ясным, что об общем перитоните и сопровождающем его отравлении организма думать не приходится. Все понемногу успокаивается, остаются только последствия инфекции в тазовых органах и хроническое их заболевание. Когда известно, что болезнь тянется уже несколько дней, когда из анамнеза видно, что и раньше бывали такие же явления и что все это проходило после постельного лечения с мешком с горячей водой или льдом и т. п., то сразу видно, что это только обострение старого хронического процесса и опасаться его распространения на всю брюшину нет никакого основания, потому что инфекция давно отгорожена старыми сращениями.

Появляющийся вскоре после родов септический перитонит протекает так быстро, что об оперативном вмешательстве при нем обыкновенно не думают и находят его, при хорошей послеродовой инфекции, только во время операции.

Гнойные септические сальпингиты в послеродовом периоде или после выкидыша обнаруживаются значительною местною болью, колебаниями температуры, а перитонеальных явлений дают мало. Возникают они не тотчас после окончания беременности или ее прерывания, а через несколько дней после этого. Инфекция проникает, надо думать, через кровь и является добавочно к уже имевшемуся раньше хроническому воспалению трубы.

Осумкованное вирулентное скопление гноя, обыкновенно в трубе, реже в яичнике, может прорваться или изъязвиться, и получается острый перфоративный перитонит, совершенно так же, как это бывает при перфорации кишки или червеобразного отростка. Опасность для жизни здесь совершенно такая же, как при остром аппендиците, и должна быть устранена столь же быстро и неотложно.

Перекручивание ножки подвижной опухоли, кисты яичника, растянутой трубы, подсерозной фибромы проявляется столь же

острыми признаками воспаления брюшины, как и перекручивание растянутого желчного пузыря или сальника.

По внезапности возникновения и сопровождающим бурным явлениям все это напоминает перфоративный перитонит, перфорацию кишечного тракта, желчного пузыря или двенадцатиперстной кишки. Характерно, что при этом все начинается с боли, а лихорадочные явления развиваются только впоследствии. Более интенсивные проявления инфекции с ознобами, потом и другими особенностями развиваются позднее, когда в перекрутившуюся опухоль успеют проникнуть микробы из приросшей к ней кишки. Омертвевающие участки перекрученной опухоли изъязвляются и представляют удобные условия для всякой инфекции, которая может быть занесена и током крови, и на месте приросшего к ней соседнего органа или сальника.

Это заболевание отличается внезапностью своего возникновения, быстрым развитием симптомов общего воспаления брюшины и необходимостью оперировать тотчас, как сделано его распознавание. Уже через сутки опасность нарастает так быстро, что хирургическая помощь может оказаться бесцельной. Особенно опасными такие случаи бывают, когда они наблюдаются во время родов или тотчас после них. Я потерял такую больную, несмотря на то, что оперировал ее через 18 часов после начала этого осложнения, через трое суток после родов.

Опухоль оказалась совершенно пестрою от многочисленных отложений пластической лимфы на ее поверхности. Они были величиною в копеечную монету и крупнее, были окружены резким темнофиолетовым кольцом от растянутых сосудов серозного покрова кисты и кровоизлияний под ним. Под слоем пластической лимфы, толщиной в $1\frac{1}{2}$ миллиметра, обнажалась лишенная эндотелия поверхность, от которой эту лимфу приходилось отдирать пинцетом. Посадки обнаружили здесь присутствие *bacillus coli*. Содержимое этой огромной кисты, удаленной целиком, было мутное, гноевидное, в нем найден был тот же микроб. Через сутки больная скончалась, и операция не остановила общего отравления организма и резко выраженные перитонеальные симптомы, которыми оно сопровождалось.

Некоторые злокачественные новообразования яичника могут переходить на брюшину и обсеменить ее поверхность разрастаниями. Это сопровождается кровоизлиянием в ткань опухоли или по соседству с нею. Все это может давать острые перитонеальные явления, похожие на то, что наблюдается при перекручивании опухоли. Однако, все эти явления имеют более хроническое течение. Они тянутся несколько дней, неделю и более; кроме того, увеличение объема опухоли, вследствие перекручивания и ее отека, здесь менее заметно и может даже отсутствовать.

Внематочная, или точнее трубная, беременность, потому что другие ее разновидности имеют больше теоретическое значение и интерес, дает очень острые, главным образом, перитонеаль-

ные симптомы, проявляется внезапно и сразу угрожает жизни больной.

Припадок начинается нестерпимой болью внизу живота, головокружением, тошнотой, иногда рвотой, затемнением и потерей сознания. Предшествующие этому данные дают скудные указания для объяснения всего этого.

Все, чем здесь приходится руководствоваться, не отличается постоянством и единообразием, многое и даже наиболее показательное, как задержка или опоздание регул, мажущееся кровотечение и т. п., может отсутствовать; всякие внешние признаки беременности тоже отсутствуют или выражены очень слабо. Окраска слизистой входа, разрыхление влагалища, пигментация половой щели не успевают развиться, а изменения соска и околососкового кружка так же, как и возможность выдавливания серозной жидкости, наблюдаются и при некоторых заболеваниях яичников и при фибромах матки. Запаздывание регул и продолжающееся несколько дней слабое выделение крови может быть и последствием инфекции придатков. При гнойном сальпингите можно найти такую же опухоль трубы, как и при беременности в ней, а сопровождающее это заболевание кровянистое выделение нетрудно смешать с тою кровянистою мазней, которая наблюдается после первого припадка, совпадающего с началом возобновившихся после задержки регул. Даже острая внезапная боль с раздражением брюшины может быть следствием воспалительного заболевания трубы и вся картина болезни будет очень сходная и вводит в заблуждение.

Кровотечение после задержки кровей—явление довольно обычное при туберкулезном заболевании трубы. Его иногда принимают за последствие беременности, потому что получается сходство с выкидышем. Оно может сопровождаться и болью, хотя далеко не такую сильную, как при трубной беременности.

Обычные подробности трубной беременности бывают такие.

Обыкновенно это бывает молодая женщина, раньше у нее бывали роды или выкидыши, а теперь год или более она перестала беременеть. Первая беременность редко оказывается внематочной: я видел это только один раз, слышал еще о двух или трех случаях. Повторные выкидыши, обыкновенно, искусственные, или нормальные роды не сопровождалась серьезной инфекцией, но указания на мелкие ее проявления можно отыскать почти всегда.

Это не является доказательством исключительно бленнорройной этиологии эктопической беременности, но указывает на значение инфекции для этиологии этой болезни. Игнорировать этого нельзя, а думать больше всего приходится о той же гонококковой ее разновидности.

Опоздание кровей выражается несколькими неделями, редко больше трех, часто всего 10—12 дней. Когда в заднем своде

прощупывается скопление, вроде мягкой замазки или плохо свернувшейся крови, а из влагалища выделяется, похожая на деготь, кровянистая мазня, шейка матки разрыхлена и отечна, а больная рассказывает, что у нее перед этим была задержка кровей и характерный припадок при их возобновлении, то диагностика уже готова. Остается проверить ее, сколько возможно, но при операции она обыкновенно подтверждается. Затруднения при мочеиспускании, боли при дефекации, зависящие от кровоизлияния в полости таза, менее характерны для этой болезни.

Покойный *Lawson Tait*, которому никто сначала не хотел верить, что трубная беременность может встречаться так часто, как это выходило из описания его операций, потому что это заболевание считалось тогда большою редкостью, между прочим, писал: „Еще не родился тот человек, который мог бы определить с полной уверенностью эктопическую беременность, пока у больной еще не появилось кровотечение“. Теперь многие научились это делать чуть не ежедневно, но замечание знаменитого бирмингемского хирурга не утратило своего значения.

В случае беременности трубноматочной, в интерстициальной части трубы, об этом очень уместно вспомнить. Возобновление регул в таких случаях происходит гораздо позднее, на четвертом и даже на пятом месяце, и сопровождается таким обильным кровотечением в брюшную полость, что случаи эти не успевают подвергнуться операции и бслные погибают от кровотечения. Это происходит потому, что к этому времени *placenta* уже успевает развиться и дает большое кровотечение, когда разорвется стенка трубы, к которой она прикрепляется. Случаи эти относятся к редкостям, препараты, которые при них получают, украшают музейные коллекции а рисунки с них—специальные работы по этому вопросу.

В обычно встречаемых случаях, когда яйцо прикрепляется на протяжении свободного конца трубы, первичное лопание ее стенки происходит гораздо раньше, от 12 до 14 недель после начала беременности. Оно никогда не сопровождается значительным кровотечением. Последующие разрывы стенки трубы сопровождаются, каждый раз увеличивающимся, внутренним кровотечением. Я ни разу не видел переполнения кровью брюшной полости, того, что французы называют *inondation peritoneale*, развившейся при первом разрыве трубы, и считаю, что второе, а еще более третье, кровоизлияние много опаснее первого.

Если больная не подвергается травматическим влияниям, вторая и даже третья такая внутренняя геморрагия не лишает ее возможности воспользоваться операцией и, несмотря на значительное количество крови в брюшной полости (два и более литра), получается выздоровление. Усердное бимануальное исследование, а иногда *coitus* или другие травматические моменты легко приводят к таким опасным для жизни кровотечениям.

Всего опаснее это проявляется, когда больную подвергают исследованию под наркозом. В таких случаях уже через несколько часов больная может оказаться без пульса, и размеры кровоизлияния могут быть отмечены перкуссией, вроде того, что бывает при асците.

Такие случаи мне пришлось оперировать три раза. Две из этих больных выздоровели, а третья скончалась во время зашивания раны на операционном столе.

Характерным представляется, что при первом разрыве трубы преобладают явления перитонеальные и нервные, при каждом последующем повторении припадков начинают преобладать симптомы потери крови, переходящие в острое малокровие с типическими для этого явлениями. Неотложность хирургической помощи нарастает с каждым разом, требует больших предосторожностей, впрыскивания солевого раствора воды под кожу или в вену, увеличивается опасность наркоза, уменьшаются шансы на спасение жизни больной.

Главными опасностями при внематочной беременности являются два осложнения: 1) кровотечение и 2) инфекция. Оба они исчерпывают показания: они должны быть только оперативные.

Условия, от которых зависит кровотечение (1), мы уже разобрали. При хорошо обставленном уходе, тщательном и умелом наблюдении за больной опасные для жизни проявления этого осложнения могут быть избегнуты.

Предупредить возникновение инфекции (2) много труднее и не находится в нашей власти. Дело в том, что в излившейся в брюшную полость крови очень часто удается обнаружить присутствие микробов. Часто это бывает *staphylococcus albus*, иногда даже *bacillus coli*, и это наблюдалось в 13 из 17 разнообразных случаев ранних операций, с различными источниками кровотечения в брюшную полость: эктопическая беременность, разрывы печени, почки и т. п. На это имеются ясные указания в литературе. Вывод из этого может быть только один: излившаяся в брюшную полость кровь инфицируется очень легко и стерильную остается редко.

В начале заболевания лихорадочные движения при эктопической беременности обыкновенно не наблюдаются, но уже через несколько дней, а еще более через неделю или две они обнаруживаются всегда. Мы объясняем это всасыванием крови, но при полной ее стерильности повышение температуры все-таки остается мало понятным.

Оба только что указанные осложнения являются не только основанием для оперативного лечения, но и заставляют торопиться с его применением.

Они же являются существенными противопоказаниями к применению многих методов исследования, назначенных для усиления точности диагностики. Такими противопоказанными

приемами в этих случаях я считаю: 1) исследование под наркозом; 2) пробное выскабливание и 3) пробные проколы.

Об опасностях исследования под наркозом (1) было уже сказано, дополню еще одну подробность. В случаях, которые я приводил выше и в некоторых других, о которых мне хорошо известны подробности, больные хорошо переносили наркоз и после него общее состояние не только не ухудшалось, но даже пульс казался полнее или менее частым. Угрожающие жизни явления обнаруживались не тотчас, а через два-три часа, но, появившись, нарастали неудержимо и с большой интенсивностью.

Случаи, которые подвергались исследованию под наркозом перед самою операцией, нередко давали заметное падение пульса уже во время такого исследования. На меня произвело впечатление, что после такого падения пульса количество крови, найденной во время операции в брюшной полости, было больше, чем можно было ожидать до начала наркоза, и я стал считать такое предоперационное исследование этих случаев тоже совершенно противопоказанным, хотя опасности для больной оно представлять не может.

• Пробное выскабливание (2) дает возможность устранить всякие сомнения в диагностике, если под микроскопом удастся найти элементы *deciduae*. Это, конечно, очень заманчиво. Но всякие манипуляции с маткой во время расширения шейного канала и даже введение маленькой кюретки без предварительного расширения может вызвать новый разрыв трубы, потому что неизбежная при такой операции травма, во всяком случае, будет не меньше, чем от нормального *coitus'a*. Ведь без хорошего обнажения влажной части зеркалами и фиксирования ее щипцами *Museaux* выполнить ее как следует и избежать внесения инфекции едва ли возможно.

Применение пробного прокола через свод несомненно приемом хирургическим считать нельзя, и я давно принципиально считаю его противопоказанным и везде заменяю разрезом.

Практически, все равно присутствие крови в брюшной полости обнаруживается во время операции еще до вскрытия брюшины. Если бы оставалось в этом сомнение, то брюшную рану можно тотчас зашить и все ограничилось бы простым разрезом, который через несколько дней зарастет; но, конечно, этого никто никогда не делает и едва ли это может когда-нибудь понадобиться.

Когда внутреннее кровотечение остановилось, а из матки выделилась *decidua*, как это бывает при трубном аборте и служит доказательством, что беременность уже закончилась, опасность от кровотечения, очевидно, должна выпадать, и оно показанием к операции уже не является. Но угрожающая или уже обнаружившая свое начало инфекция не изменяет неотложной необходимости операции.

Диагностика заболевания червеобразного отростка стоит близко к заболеваниям тазовых органов. Она ставится очень часто нередко самими больными, которые любят при этом обнаруживать особую уверенность в точности и достоверности такого объяснения разных болезненных ощущений в тазу, которые привлекают их внимание.

Рубец на брюшной стенке, указывающий на операцию в правом паху, встречается довольно часто. Операция удаления червеобразного отростка переносится хорошо и делается очень часто. Когда нет грубых изменений, их отыскивают под микроскопом, а если нет обширных сращений, то операция эта считается простою, чем и объясняется популярность, которую она пользуется.

Физиологическое назначение червеобразного отростка остается неизвестным, а иссечение его на здоровьи заметным образом не отражается. Предлагали даже удалять его профилактически в виду опасностей, которыми угрожают жизни его заболевания. Однако, орган этот имеется и у медведя, и крота, и у льва, и у разных травоядных животных, и притом с большим постоянством, а врожденного его отсутствия или недоразвития не встречается. Очевидно, стало быть, он для чего-нибудь нужен для организма.

Один очень вдумчивый и образованный человек, *D-r Skene Kheit*, сын знаменитого хирурга *Thomas Kheit*, высказал остроумное предположение, что червеобразный отросток, может быть, назначен для сохранения запаса микробов, необходимых для пищеварения в толстой кишке, совершенно так же, как это относится к слепой кишке. Известно, что, когда умирают от голода, все кишки при вскрытии находят порожними, за исключением *соесит*, где всегда оказываются остатки кала и множество бактерий, из которых некоторые необходимы, чтобы можно было использовать для питания неперевавленную растительную клетчатку, превращая ее в крахмалистые вещества. Реакция с иодом становится заметной около *flexura coli sinistra*, а всего резче проявляется в *colon descendens Sygma Romanum*. Это обнаруживает присутствие крахмала в содержимом толстой кишки и постепенное увеличение его количества, потому что в *соесит* эта реакция не дает характерной окраски. Вполне возможно, что разные бактерии, которые всегда находятся в червеобразном отростке, служат запасом закваски, вроде дрожжей, и нужны для поддержания состава микробной флоры в кишках.

Воспаление червеобразного отростка нередко смешивают с заболеваниями других органов, в особенности тех, которые находятся в полости таза.

Червеобразный отросток помещается на краю входа малого таза и конец его часто свешивается в эту полость. Прикрепление его к слепой кишке находится как раз против крест-

цово-подвздошного сочленения и место это проэцируется на передней стенке живота в известной точке *Mac Burney*, где и отыскивается болезненность, зависящая от аппендицита ¹⁾).

Болезнь начинается болью в правом паху, иногда она отдает вниз, в полость таза, иногда вверх по направлению к пупку. Вначале она может ощущаться и в верхнем отделе живота справа, тогда ее первоначально относят к желчному пузырю или к соседним с ним органам. Когда это совпадает с регулами, думают о заболевании придатков и нередко утверждают в таком предположении, потому что с появлением кровей боль может значительно затихать.

Боль типа спазмодического, она зависит от сокращений мышечной стенки отростка и бывает выражена сильнее при сужении отверстия, сообщающего его с кишкой. Но болит не самое отверстие, это наименее подвижное место, а весь отросток и свободный его конец. Этим объясняется разнообразие того места, где ощущается боль, а при ощупывании она локализуется в точке *Mac Burney*. Боли в правом подреберьи объясняются повышенной чувствительностью узловых системы нервов, передающих болевые ощущения по своим анастомозам с спинно-мозговыми нервами.

Иногда это сопровождается рвотой пищей, принятой еще накануне, но это не обязательно. Учащение пульса появляется довольно рано, но лихорадки или озноба по ночам не бывает и наблюдается только к концу суток. Наростание лейкоцитоза обнаруживается уже с самого начала. Когда оно происходит быстро, это очень ценный признак, указывающий на необходимость и неотложность немедленной операции. Увеличение лейкоцитоза обнаруживается с каждым часом. Это доказывает, что инфекция налицо, и она быстро нарастает, а организм усиливается выставить против нее защитительные заграждения и уже мобилизовал для этого рать лейкоцитов.

При операции в это время находят около отростка защитительную пластическую лимфу и гнойвидный выпот. Но пока это—гной стерильный, уже обезвреженный работою фагоцитов. Это то, что называется гноем защитительным и охраняющим (*defensive and protective pus*), еще через сутки он превратится в нападающий и угрожающий. Предсказание сразу ухудшается, дренаж становится неизбежным, а жизнь оказывается в значительной опасности.

На третьи сутки опасность эта еще более увеличивается, а операция уже делается столь опасной, что на четвертый или пятый день ее вовсе не предпринимают. Она дает в это время такой же процент выздоровления, как и в тех случаях, когда ничего не делают (около 95%). В первые сутки достаточно удалить гной (в это время он роста не дает) и зашить все на-

¹⁾ См. мое „Акушерское исследование“. Изд. 4-е. Москва. 1922 г.

глухо. До 48 часов от начала заболевания выздоравливают почти все, около 90%, на четвертые сутки умирают почти все — 97%, а таких операций, которые дают 97% смертности, мы не делаем и едва ли можно считать их обязательными для хирурга.

Такие цифры дает *Проф. Murphy* на основании очень обширного материала.

Внезапное прекращение боли с падением температуры до нормы—явление очень тревожное. Это наблюдается при омертвлении отростка: боль прекращается, потому что мертвая ткань нечувствительна, а лихорадка исчезает потому, что ткань эта ничего всасывать не может. Это опасное осложнение наблюдалось и в конце первых или вторых суток и позднее. После него легко образуются каловые свищи. Удаление отростка тоже представляет трудности при зашивании, иногда приходится ограничиться просто дренажем.

При всяком остром проявлении болезни и вирулентности инфицированного поля около отростка очень важно не разрушать слипчивые сращения вокруг него и щадить пластические отложения лимфы, дабы не открыть путь для инфекции в общую брюшную полость.

Предоставленный естественному течению, острый аппендицит может дать выздоровление, если больной переживет первые дни или неделю. После этого нередко образуется гнойное скопление, которое приходится лечить, как всякий абсцесс. Гной бывает зловонный, остаются каловые свищи, которые, впрочем, заживают и сами. Когда абсцесса не образуется, остаются сращения вокруг отростка. Они смещают и укрепляют его совершенно неподвижно. Такой отросток оказывается иногда очень трудно удалить. Операция получается продолжительная, можно легко ободрать серозный покров кишки, нетрудно даже прорвать насквозь. Приходится лишь остановить кровь и восстановить непрерывность серозного покрова.

Таково, в общем, значение острого аппендицита. Его надо оперировать тотчас, а когда он затягивается до пяти суток, ничего сделать нельзя и надо ждать, чтобы природа справилась сама, если может. Покойный *профессор Murphy*, которому принадлежит заслуга твердого установления показаний необходимости оперировать острый аппендицит в самом начале заболевания, остроумно заметил: „Когда я вижу или слышу об очень трудных, продолжительных операциях аппендицита, при которых находят много гноя или обширные сращения, я вижу только одно, что случаи эти были лечимы плохо и не так, как нужно, а оперировали не тогда, когда было нужно это сделать“.

Судить об остром аппендиците по аналогии с тем, что наблюдается в полости малого таза при острых воспалениях придатков матки, нет никакого основания.

В самом деле, давно было отмечено, что операция в это время представляется и здесь очень трудной и опасной. Предо-

ставленные целительным силам природы заболевания эти затихают, несмотря на грозные явления, с которых они начинаются, больные выживают, и опасность оказывается вовсе не такою, какою она казалась при начале болезни. Впоследствии, когда все успеет затихнуть окончательно, операция оказывается простою и вполне безопасною.

Когда это стали применять к аппендициту, стали называть такое выжидательное к нему отношение оперированием à froid, в отличие от операции à chaud, когда она делается в остром периоде болезни. Всем это показалось убедительным, потому что операции стали давать лучшие результаты.

Однако, при таком решении вопроса остается в стороне одна очень существенная подробность: оперировать приходится только тех, кто может дожить до такого холодного состояния болезни, чтобы можно было оперировать à froid. Самая большая опасность при этой болезни бывает в первые дни, не больше недели. Если за это время не получится смертельного перитонита, то, конечно, больной может дожить и до à froid и то только в том случае, если у него не повторится острый припадок заболевания. Впрочем, повторные проявления аппендицита могут быть менее опасны, чем первый припадок, потому что остаются сращения рубцов и остатки соединительной ткани на месте воспалительных заграждений, которыми организм защищался еще во время первого припадка.

Помню случай у очень молодой и красивой 16-летней девицы, у которой были явления аппендицита и на первый раз все обошлось благополучно при терапевтическом лечении. Это была единственная дочь, и родители в ней души не чаяли. Мой покойный учитель, В. Ф. Снегирев, к которому они обратились по поводу необходимости операции, не найдя никаких изменений и чего-либо указывающего на остатки заболевания, нашел возможным успокоить их, и они уехали на юг. Там с этой девицей на улице сделался новый припадок аппендицита и получился перфоративный перитонит, от которого она погибла через несколько часов, не успев даже подвергнуться операции. Неутешные родители этой чрезвычайно милой и симпатичной девицы постарели сразу на несколько лет, а мать подверглась тяжелому нервному заболеванию. Случай этот отбил у меня всякую охоту откладывать операцию даже в случаях хронических, когда, по видимому, ничто не угрожает.

Аппендицит надо оперировать тотчас как он диагностирован. В остром состоянии его надо оперировать, не откладывая ни минуты: уже через несколько часов может оказаться поздно это делать. В хронических случаях нет никакого основания и надобности ждать нового обострения, и это очень опасно и ответственно.

Так, или приблизительно так, резюмируется значение диагностики аппендицита. В остром состоянии операция столь же

неотложна, как при перфорации. В хроническом состоянии это остается случаем хирургического заболевания живота, требующим не менее неотложной операции.

Всякие колебания, выжидания, консилиумы и назначение морфия крайне опасны и ведут только к прокрастинации, т.-е. к ничем неоправдываемому промедлению, которое в этом деле недопустимо и оправданий найти не может.

Прокрастинация слово греческое и означает оно просто промедление, а применяется в медицине для смягчения впечатления, в тех случаях, когда у врача, вопреки его воле и внутреннему убеждению, получается такая проволочка времени, от которой могут существенно пострадать интересы больного. Так бывает, когда врач колеблется и не решается твердо и настойчиво высказать свое мнение о необходимости тотчас выполнить оперативное пособие и позволяет себя уговорить на выжидательное отношение, потому что начинает пугаться той ответственности, которая при этом будет возложена на него всеми окружающими. Под влиянием вполне естественного волнения он начинает и сам сомневаться в правильности и целесообразности своего заключения, а когда через некоторое время случай заканчивается смертью, у него возникают сомнения, правильно ли он поступил, согласившись себя уговорить.

Такое положение вещей бывает в случаях острых перитонеальных заболеваний, когда, как, напр., при аппендиците все может зависеть от промедления в несколько часов. Так бывает при признаках начинающегося внутреннего ущемления и всякого угрожающего жизни раздражения брюшины, когда ограничиваются впрыскиванием морфия и теряют возможность воспользоваться операцией, потому что успокаиваются обманчивым улучшением и откладывают действительные и решительные меры, которые давно необходимы.

Много надо иметь мужества и веры в свое дело, чтобы избежать прокрастинации.

VI.

Диагностическое значение хронических заболеваний, требующих хирургического лечения.

Новообразования, доброкачественные и злокачественные. Значение их ранних признаков и проявлений: подробности этого. Значение инфекции для диагностики всякого хронического заболевания и его лечения.

Хронические заболевания брюшной полости, служащие показанием к неизбежной и необходимой оперативной помощи, представляют неменьший интерес, чем острые заболевания живота, которые были рассмотрены в предыдущей главе. Диагностика при них налагает такую же ответственность. Показания, которые из нее вытекают, не менее настоятельны, а промедление и проволочка при них не менее опасны для жизни.

Наибольшее значение здесь имеют новообразования, доброкачественные и злокачественные. Разница между ними по отношению к предсказанию не так уж велика. Многие доброкачественные новообразования, как фибромы матки, кисты яичника и т. п., являются серьезной угрозой для организма. Они нарушают его питание, отражаются на деятельности почек, легких и в особенности сердца. Изменения деятельности сердца, изменения в сосудах, в частности, в венах—дело обычное. Это развивается исподволь, в течение многих лет, хотя отмечается и обнаруживается с самого начала. При фибромах это выражается особою хрупкостью сосудов с образованием кровоизлияний в клетчатку. Малейший ушиб оставляет подкожные синяки, даже когда о таком ушибе и не запомнишь или его не заметишь. Они появляются и без всякого ушиба, после всякого волнения, усилий, неожиданных тревожных впечатлений, гнева, радости и т. п. При фибромах это наблюдается часто. Крупные опухоли, кроме того, оказывают особое влияние на самую работу сердечной мышцы. В результате нарушается компенсация, получаются отеки, расстраивается иннервация сердца, появляются отраженные явления, и условия для применения оперативной помощи ухудшаются. Когда к этому присоединяется малокровие от обильных повторных кровотечений, оперативное пособие может сделаться столь опасным, что от него придется отказаться.

Сдавление мочеточников плотными узлами опухоли затрудняет секрецию почек. Получается их растяжение, привлекающее к ним прилив крови, появляется белок, гиалиновые цилиндры. Иногда даже зернистые. Почечная лоханка растягивается, моча

в ней застаивается. Создаются условия для инфекции бактериями, фильтрующимися через почку, или для отложения осадков и солей, когда моча бывает насыщена. Все это сопровождается болью, резко усиливающейся при исследовании ударом кулака, по методу *Murphy*. Все эти явления очень похожи на так называемую почку беременных, когда все объясняется последствиями сдавления мочеоточника увеличенной беременной маткой. В обоих случаях все может пройти после устранения этого сдавления: в одном после родов, а в другом—после операции, что нередко и наблюдается.

Удручающее влияние опухолей живота, исходящих из тазовых органов, на сердце и на нервную систему в свое время обратило внимание покойного профессора *В. Ф. Снегирева*, и он умел делать из этого практически важные выводы. Иннервация сердца, воздействие симпатических узлов брюшной полости и всякие рефлексы, которыми это может сопровождаться, могут объяснять многие явления, устанавливать связь между такими болезненными проявлениями, которые, на первый взгляд, ничего общего иметь не должны.

Опухоли подвижные, как кисты яичника, даже самые маленькие, могут проявляться внезапным головокружением и дурнотой, доходящей до обморока при внезапном и быстром своем перемещении в брюшной полости. Это может сопровождаться глухою болью и принимать форму острого припадка, сопровождаемого раздражением брюшины, судорожными подергиваниями, скрежетом зубов и заканчиваться частым дыханием и обильным потом на лице и даже по всему телу. После припадка может оставаться отупение, сонливость и какое-то особое чувство беспричинной тоски и ожидания чего-то страшного, пугающего своею неожиданностью, удручающего своею неизбежностью.

Помню случай молодой 18-летней девушки, которая в течение нескольких лет лечилась у многих специалистов в России и за границей от тяжелой формы периодических припадков, которые начались уже с наступлением периода *pubertatis*, около 14-летнего возраста, и с тех пор постепенно нарастали. В последний год они стали появляться все чаще и чаще, несколько раз в месяц, в особенности при низком барометрическом давлении, сырой и влажной погоде, с дождем или снегом. Она приняла огромное количество брома, подвергалась самому разнообразному лечению в специальных учреждениях, климатических станциях и на морском берегу, и на вершинах гор. Все это давало мало изменений, и припадки продолжали повторяться, в последнее время даже чаще. Крупные невропатологи объясняли ее болезнь какою-то особой формой эпилепсии, иногда гистероэпилепсией и т. п. Единообразия в диагностике не получалось, а она продолжала страдать, приводя в отчаяние своих родителей. Исследование под наркозом обнаружило у нее очень подвижную опухоль, величиною с куриное яйцо, исходившую из

малого таза. По удалении этой кисты, исходившей из левых придатков, после операции получилось полное исцеление этой загадочной болезни. Удивительно, что при такой подвижности опухоли не получилось перекручивания ее довольно длинной ножки. Она была обнаружена только при третьем наркозе, совершенно случайно ее удалось прощупать в заднем Дугласе, откуда она очень легко ускользала из-под пальцев.

После операции припадки не возобновлялись. Больная совершенно выздоровела, вышла замуж и благополучно родила несколько человек детей.

Оперативное удаление фибромы может давать более сложные последствия. Объяснения, которые приходится им давать, на большую достоверность претендовать не могут, но для практических целей, для целесообразности возможной диагностики, несомненно, имеют значение.

Так, после удаления фибромы матки, когда болезнь, повидимому, уже устранена окончательно и надо ожидать полного выздоровления, иногда начинают обнаруживаться новые и тяжелые симптомы. Получаются боли, которых раньше не было, нарушаются отправления брюшных органов и получается страдание, которое приходится лечить кровопроизведениями, т.-е. вызывать то, с чем приходилось бороться всего больше, — потерю крови: она-то и служила главным показанием к опасной для жизни операции.

Оказывается, кроме того, что устранение такого опасного симптома, как кровотечение, к которому организм привык в течение многих лет, начинает отражаться на работе центральной нервной системы и на всех процессах обмена и питания. Получаются неврозы и психозы, общее ожирение, переходящее даже на сердечную мышцу, и т. п.

Все это наблюдения ежедневной практической деятельности, примеров этого можно привести довольно много.

Молодая, бездетная женщина, в расцвете своей половой жизни страдает бесплодием, но в общем представляется здоровой, по крайней мере, со стороны женских половых органов. Около 25-летнего возраста у нее делается острый психоз, которому находят объяснение в наследственности. Развивается идея преследования, появляются галлюцинации, бред, она убегает совершенно голая с распущенными волосами на улицу, где ее с трудом ловят, завертывают в енотовую шубу и водворяют домой и т. п. Через несколько недель все это проходит довольно бесследно, но начинает повторяться почти каждый год, иногда не один раз. Около 28 лет начинает увеличиваться количество регул. Определяют небольшую интерстициальную фиброму в задней стенке матки. К 32 годам крови постепенно заменяются проливными кровотечениями. С этого времени психические неполадки исчезают совершенно. Она делается деятельным членом своей семьи, удивляет всех своим благоразумием.

благоустройством своего хозяйства, толковым и разумным отношением ко всему и ко всем, кто ее знает. Однако, постоянные потери крови очень ослабляют ее организм, питание ее заметно падает, обнаруживаются признаки значительного малокровия, потемнения в глазах, головокружение. В это время опухоль успела dorosti почти до пупка и ясно прощупывается через брюшную стенку. Она подвижна и боли не причиняет. После оперативного удаления опухоли с маткой, но с оставлением, здоровых на вид, яичников,—гладкое выздоровление. После этого больная была здорова, как никогда раньше. Все удивлялись ее цветущему виду. Следы малокровия исчезли, она прибавилась в весе. Но такое благополучие продолжалось недолго. Уже через полтора года ее психическое заболевание возобновилось с большою интенсивностью, скоро пришлось поместить ее в дом умалишенных, где она недавно скончалась более, чем через 20 лет после операции. Случай этот поучителен тем, что возобновление психоза совпало с улучшением питания и устранением малокровия после операции. Было бы натяжкой ставить это в связь с наступлением климактерического возраста. Ведь ей в это время было всего 39 лет. Объяснение возобновления этого психоза устранением привычной геморрагии представляется много вероятнее.

Влияние крупных опухолей на центральную нервную систему иногда наблюдается при долгорастущих кистах и кистамах, когда их приходится оперировать лет через двадцать после их возникновения. Невозможность работать и выполнять обязанности матери и жены отчуждает таких больных от семьи, где они становятся лишними и в тягость. Это удручает их дух, они делаются тупыми, задумчивыми, непонятливыми и безучастными ко всему. После операции к ним возвращается их прежняя живость, они иногда возрождаются и делаются такими же, как были до болезни.

Возобновление всяких истерических явлений по устранении кровотечения и малокровия, которое от него зависело, вовсе не представляет редкости. Делать из этого выводы и обобщения не берусь. В этой области так трудно добиться достоверности точной диагностики, так все это разнообразно и изменчиво.

Случаи, в которых от продолжительного воздействия опухоли, главным образом фибром, дело заканчивалось сердечными ангинозными припадками, встречались мне так часто, что этому осложнению я придаю больше значения, чем малокровию. При выяснении противопоказаний к необходимой операции это много важнее, чем количество определяемого в крови гемоглобина. Можно оперировать при очень значительной анемии, и больные выздоравливают. Мне случилось оперировать один раз при 17% гемоглобина, другой раз при 15%, а один раз, кажется, даже при 12% и все обошлось благополучно. Случаи с *angina pectoris* много опаснее и могут закончиться катастрофой.

Я потерял такую больную на операционном столе. Здоровая на вид, не особенно ослабленная кровотечением, больная эта плохо переносила наркоз. Дыхание ее останавливалось и получился цианоз. Наркоз был эфирный, вел его очень привычный и опытный человек. Приходилось останавливать операцию и делать искусственное дыхание. Она просыпалась, но пульс делался неправильным и исчезал. Это приходилось повторять несколько раз. К концу операции наркоз прекратили, но дыхание продолжало останавливаться и поддерживалось только искусственно. Операция была давно закончена, но мы провозились еще три часа, делая искусственное дыхание. Однако, все наши усилия оказались бесплодными. Когда переставали производить искусственное дыхание, произвольное дыхание тотчас останавливалось, и больная синела. Крови она потеряла очень мало, а эфира затрачено было незначительное количество. Самая операция продолжалась 35—40 минут.

Ангинозные припадки у этой больной существовали более двух лет. Это была не старая (48—50 л.), крепкая женщина, никогда расстройством компенсации не страдавшая. Она очень много курила, но кашля у нее не было, не было его и во время операции и наркоза.

Вполне доброкачественные новообразования яичников могут давать разные осложнения и требовать неотложной и внезапной операции.

Осложнения эти могут зависеть от разрыва кистозной опухоли с излитием ее содержимого в полость брюшины. Если это стерильная серозная жидкость, как в случае паровариальной кисты, то получается раздражение брюшины с слабо выраженными явлениями шока, с частым и слабым пульсом, рвотными движениями и другими симптомами, указывающими на перфорацию в брюшной полости. Все это может стихнуть и довольно скоро, если не произойдет инфекции излившейся жидкости через кровь. Брюшина может справиться своими силами и получается постепенное выздоровление. Жидкость всасывается, образуются сращения между кишками, сальником и тазовыми органами. Все это мало-по-малу рассасывается, а остатки старых сращений могут быть найдены при аутопсии через много лет. Это я видел один раз.

Признаки перфорации у этой больной наблюдались не менее 18—20 лет до ее смерти. По ее рассказам, она болела животом несколько месяцев или около полугода. Все началось сразу, у нее в животе что-то лопнуло, и она сделалась очень больной, ее рвало, делалась дурнота и она слегла в постель и провалялась около 1½ месяца. Когда ей стало полегче, но еще в постели, она заметила, что у нее исчез желвак, который она раньше всегда прощупывала в своем животе. Это была круглая опухоль немного больше гусиного яйца и перемещалась то в правую, то в левую половину живота. Иногда ей даже удавалось

захватить ее руками и определять ее величину. Заболела она после того, как наткнулась животом на ухо у ушата и тут же почувствовала, что у нее что-то лопнуло в животе. После этой болезни она несколько лет страдала вялостью кишек и болями в них. С тех пор она перестала рожать и не беременела. Сопровождалось ли ее заболевание лихорадочными движениями, выяснить не удалось. Она скончалась от крупозной пневмонии. При аутопсии найдены были какие-то плотные тяжи и пластинки ткани, окруженные старыми сращениями, крепко притянувшими все это к правой широкой связке и ко дну Дугласовой ямки. На соседних кишках видны были паутинообразные сращения. Сальник тоже был приращен здесь же. В пластинчатых образованиях можно было усмотреть остаток кисты, надо думать, паровариальной (?). Микроскопического исследования, однако, сделано не было, но никакой прямой связи с яичником тоже найдено не было и придатки матки на обеих сторонах казались здоровыми. Только сращения около них так же, как и на задней поверхности матки, указывали на бывший когда-то воспалительный процесс в тазу.

Такой благополучный исход встречается редко, а еще реже может представиться случай видеть, что остается от такого осложнения в полости брюшины. Достоверность всего, что мы об этом знаем, остается слабою. Внезапное лопание паровариальной кисты вследствие рвоты при начале наркоза перед самой операцией я наблюдал несколько раз. Жидкость тщательно вытиралась, все зашивалось наглухо и никаких последствий заметить не приходилось.

Когда при разрыве такой кисты получается кровотечение из разрыва, то условия для инфекции излившейся жидкости значительно улучшаются, и она инфицируется столь же легко, как при разрыве трубы при эктопической беременности.

Все сказанное целиком относится к случаям кровоизлияния в кистозное новообразование, в особенности, когда при этом нарушается целостность стенки отдельной кисты, переполненной кровью.

То же самое наблюдается при прорастании папиллярных разращений из полости кисты и переходе их на поверхность брюшины, по которой они начинают разрастаться *per continuitatem*. Это всегда сопровождается излитием крови из хрупких папиллярных разращений. Густая слизистая жидкость, которую в этих случаях находят в брюшной полости, бывает окрашена примесью крови. Однако, несмотря на это, жидкость эта инфицируется труднее, чем в только что приведенных случаях, в которых содержимое кисты составляет серозная жидкость. Интересно, что такая густая жидкость, какая встречается при папиллярных разращениях, инфицируется труднее. Надо думать, что это может зависеть от того, что такая жидкость, хотя и с примесью крови, сама по себе представляет бедную пита-

тельную среду для микробов. Жидкость эта всасывается очень плохо и медленно. Поэтому при операциях в таких случаях находят большее или меньшее количество свободной жидкости, которая выделяется разражениями и которая должна была поступать из полости кисты, пока с нею имеется сообщение.

Резких перитонеальных явлений эта жидкость может не давать вовсе, а беспокоить больную она начинает, главным образом, своим количеством и обилием питательного материала, затрачиваемого организмом на образование этой обильной и ненужной ему секреции. Случаи папиллярных опухолей яичника, даже уже перешедших на брюшину, дают сравнительно хорошее предсказание, по крайней мере непосредственно после операций. Больная скоро поправляется, но довольно скоро получается рецидив и операцию приходится повторять и удалять, что можно, а главное накапливающую жидкость. Это оказывается все-таки много лучше, чем это представлялось во время операции, когда приходится иметь дело с обширными разражениями, которые удалить все невозможно. Они ломаются и расползаются, когда их пытаются захватить пальцами, и начинают кровоточить. Все это так напоминает о злокачественности, что, как говорится, руки опускаются. Однако, после операции больная чувствует себя лучше и даже начинает поправляться, пока новые разражения не заставят ее снова обратиться за помощью. Такие больные живут и год, и два, и значительно более, переносят две, три и более операций. Знаю случай, где оперировать пришлось 5 раз, а больная прожила 7 лет после первой операции. Сходство с злокачественным новообразованием здесь чисто-внешнее, поверхностное. Новообразование распространяется только по серозной поверхности брюшины, через сосудистую систему оно не переносится и метастазов не дает.

Случаи, в которых описывали метастазы таких опухолей, относятся к таким же казуистическим редкостям, как метастатический перенос фибром. Мне таких случаев видеть не пришлось и сказать о них ничего не могу.

Присутствие свободной жидкости в брюшной полости при малом объеме опухоли всегда заставляет подумать о злокачественном перерождении или о папиллярных разражениях. Однако, при фибромах величиною с голову ребенка почти всегда во время операции уже находят несколько столовых ложек асцитической жидкости. При кистомах, толстостенных и многокамерных, это еще заметнее. При папиллярных разражениях, еще не перешедших на брюшину, это явление постоянное.

Об осложнениях кист и других опухолей инфекцией уже сказано было достаточно. Это может проявляться в полости кисты при ее нагноении, может зависеть и от перекручивания ее ножки, если она достаточно подвижна.

При перфорации стенки кисты самые тяжелые осложнения дают дермоидные кисты. Случается это очень редко и происхо-

дит от травматических моментов или от повреждений во время операций. Содержимое этих опухолей заключает в себе много жира и кристаллов холестерина. Пока оно теплое, оно легко расплзается по брюшине тазовой полости и вызывает сильное раздражение этой серозной плевы, почему очень благоприятствует инфекции через стенку кишек. Это может вызвать очень быстротечный перитонит, убивающий больную уже через сутки или двое. Инфекция развивается, повидимому, вследствие перехода *bacillus coli* через воспаленную стенку кишек в брюшную полость.

Таким образом, неотложность хирургической помощи при доброкачественном новообразовании касается, главным образом, фибромиом матки. Она менее настоятельна, чем при острых заболеваниях, о которых мы говорили. При других доброкачественных новообразованиях, исходящих из придатков, настоятельность и неотложность операции находится в полной зависимости от осложнений, которые они могут вызывать, но тогда это будет уже не хроническое заболевание. Ведь случаи эти должны автоматически перейти при этом в группу острых проявлений болезни.

Для всякого злокачественного новообразования своевременность диагностики имеет решающее значение. Это во многом напоминает то, что мы видели,—случаи острой инфекции в брюшной полости. Пока заболевание еще местное, его можно лечить и даже вылечить, а когда оно сделается общим и отравляет организм, сделать ничего нельзя и случай надо считать потерянным. Достаточно переждать несколько суток или даже часов—и делать будет уже нечего, потому что помочь мы уже не можем.

То же самое и даже нагляднее мы видим при раке или саркоме. Пока новообразование является чисто-местным заболеванием, оно излечивается очень просто удалением и все этим кончается. Как только начались метастазы, и его клеточные элементы перебросятся по лимфатическим или кровеносным сосудам, где мы за ними угнаться не можем, больной погибает столь же неизбежно, как после смертельного поранения или отравления, когда мы ничего уже сделать не можем.

Эта особенность проникать в ткани и органы и давать новые очаги новообразования есть главный и единственный признак злокачественности и причина того, что мы ничем помочь не можем. Какексия есть только последствие этого. Она не может служить признаком этой болезни, а только доказательством нашего бессилия в борьбе с нею.

Весь вопрос, следовательно, сводится к тому, чтобы решить: 1) начались ли явления метастатические и 2) насколько они успели распространиться. Первая половина этого вопроса много важнее, но практически мы почему-то всегда останавливаем наше внимание на второй.

Объясняется это тем, что больные обращаются к нам слишком поздно, когда метастазы уже имеются налицо. Все, что делается для устранения начавшихся метастазов,—обширные операции, требующие большого искусства, применение лучей Рентгена, как подготовительное, так и закрепляющее радикальность операции, дела не изменяют и изменить не могут, потому что остановить этот процесс или устранить его последствия они не могут.

Только ранняя диагностика и ранняя операция, позволяющая удалить все новообразование без остатка, может давать действительное исцеление этой болезни.

Отсюда два следствия: 1) оперировать надо тотчас, как только поставлена диагностика, и 2) надо иметь точные данные о времени возникновения заболевания и когда именно могут начинаться метастатические явления.

Первое показание может быть довольно легко осуществлено. Для этого надо только признать совершенно неизбежным и несомненным, что всякое промедление в этом деле, чем бы мы ни пытались оправдываться, есть крупное, непростительное упущение, на которое врача никто никогда не уполномочит, если понимает, в чем дело. Второе условие в своих подробностях нам мало известно. Об этом необходимо помнить. Ведь решать в этом отношении что-либо просто, на основании личных впечатлений, очевидно, нельзя. Успокаиваться на этом, как все это делают ежедневно, мы права и основания не имеем.

При опытах на животных, на мышах и на крысах, метастазы начинают появляться от 20 до 40 дня после прививки им новообразования. Когда это начинается у человека после возникновения у него новообразования, мы в точности еще не знаем. Но и теми скудными сведениями, которые об этом имеются, мы пренебрегать не можем и не должны.

Это много важнее, чем все то, что мы определяем о степени распространения новообразования всеми нашими методами объективного исследования.

Для человека считается, что начало метастазов может быть обнаружено не позднее 12 месяцев после начала заболевания. К такому выводу пришел *Rodmann* на основании очень крупных цифр. Но ведь для нас всего важнее знать не последний срок, а только первый, т.-е. раньше чего метастазов наверное еще нет и быть не может. Об этом мы до сих пор ничего не знаем.

О появлении метастазов рака мы судим по воздействию новообразования на лимфатическую систему и, пока ничего в железах не прощупывается или не удастся прощупать, мы считаем, что метастазов еще нет.

Однако, есть формы рака, при которых увеличение лимфатических желез находят только через несколько месяцев после полного удаления новообразования операцией. Особенно бросается это в глаза при раке нижней губы и языка. *Профессор*

Murphy обратил внимание, что в этих случаях новообразование отличается особенным упорством и стойкостью. Когда не удаляют желез на шее в надключичной ямке при раке нижней губы, впоследствии развиваются метастазы во внутренних органах. В течение трех лет эти больные умирают от таких метастазов.

На примере одного моего покойного друга я мог убедиться в справедливости этого по отношению к раку нижней губы.

Новообразование было иссечено очень рано и очень радикально. Разрез проходил везде не ближе $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{4}$ сантиметра от опухоли величиною с чечевиное зерно. Все скоро зажило и остался незаметный линейный рубец. Никаких желез под челюстью и на шее прощупать не удавалось и не было никакого основания их удалять. Было полное основание думать, что все ликвидировано окончательно, а через полгода или немного позднее у больного можно было прощупать небольшое уплотнение желез под челюстью и на шее. Они оставались совершенно подвижными и никакой чувствительности в них не было, а больной чувствовал себя прекрасно.

Еще через несколько месяцев, зимою, у него появилось какое-то странное, центральное воспаление легкого. Притупления почти не было, но в мокроте была кровь и ржавчина, были и лихорадочные движения. Глубокий пробный прокол на месте притупления дал какую-то кровянистую жидкость, в которой никаких необычных клеточных элементов не найдено. Больной мало поправлялся и к весне отправился в Крым. Там ему стало значительно лучше, лихорадочные явления стихли, но силы не возвращались. Еще через полтора года этот очень крепкий по сложению человек, без всяких указаний на возможность туберкулеза, скончался с явлениями метастазов в различных органах. Вскрытия сделано не было, но явления метастазов злокачественного новообразования и кахексии были настолько характерны, что сомнений не возбуждали. Источник этих явлений остался ненайденным, а железы на шее остались плотными и увеличенными и сделались малоподвижными.

Для рака матки принято считать немного менее 8 месяцев до начала перехода его на клетчатку и железы. Для рака из плоского эпителия это, повидимому, имеет много оснований; но для новообразования в шейном канале из эпителия цилиндрического этот срок надо убавить.

Эвертирующий рак влагалищной части, а в особенности, когда он принимает форму цветной капусты и до влагалищного свода не доходит, дольше других не распространяется на клетчатку и не поражает лимфатических желез. В таких случаях может получиться полное и прочное исцеление после простой ампутации влагалищной части. Это доказывается примерами случаев, при которых больные через двадцать и более лет оказывались здоровыми после такой операции.

Я видел случай, в котором после удаления такого новообразования простым отстриганием ножницами его довольно тонкой ножки, прикреплявшейся к влагалищной части, никакого возврата не было через 11 лет после операции. Это был рак плоско-эпителиальный. Он развился в виде папиллярного полипа и сидел на тонкой ножке. Место, где она прикреплялась, было прижжено Пакэленом, а в толще ножки клеток новообразования найдено не было.

Помню случай, который мы оперировали вместе с покойным *В. Ф. Снегиревым*. На ампутированной влагалищной части при микроскопическом исследовании оказалась туберкулезная язва, хотя до операции были найдены все признаки ракового заболевания и только консистенция новообразования оставляла сомнения. Это послужило основанием для тщательного микроскопического исследования препарата.

Наиболее известные случаи выздоровления после простой ампутации шейки при раке матки, прослеженные до 20 и более лет, в том числе и случай *O'Veirne*, на который часто ссылаются, конечно, микроскопически не были исследованы, потому, что тогда этого еще не делали так, как теперь, по крайней мере.

Самое определение возникновения метастазов ощупыванием лимфатических желез заключает в себе источники ошибок. Железы при раке могут быть увеличены и не от рака. Это французы называют *infiltration precancereuse*, при которой в железах клеток новообразования не находят. Они могут быть увеличены от простого воспаления, потому что новообразования так часто и так легко инфицируются.

Все это такие особенности, которые дают поводы затягивать время, и мы привыкли считать срок, когда могут оказаться метастазы в лимфатической системе, значительно длиннее, чем он может быть в действительности. Отсюда очень серьезное следствие. Мы до сих пор продолжаем считать признаками ракового заболевания такие проявления болезни, которые наблюдаются только тогда, когда она уже зашла очень далеко, может быть, даже за пределы операбельности.

Так, явления кахексии указывают вовсе не на то, что мы имеем дело с раком, а только на то, что больная обратилась за помощью слишком поздно. Раковые выделения с запахом вовсе не являются признаком самой болезни, а только доказывают инфекцию и присутствие сапрофитов, которые ее обуславливают. Это бывает всегда, когда новообразование уже изъязвилось и зашло очень далеко в своем развитии, но это может быть и в начале заболевания, после какого-нибудь повреждения слизистой, его покрывающей, напр., после введения инструментов или исследования пальцем.

Бели водянистые, с обрывками распада и окрашенные кровью, как мясные помои, к признакам начинающегося рака

относить тоже не приходится, по крайней мере тогда, когда они бывают обильные и оставляют большие пятна на белье.

Таких надежных признаков самого начала заболевания, которые могли бы оправдать неизбежную необходимость операции, очень мало. Они основываются на подробном изучении истории болезни и ее анамнеза. Только таким путем можно сделать правильную оценку значения отдельных симптомов, на которых придется строить такую серьезную диагностику.

Наиболее наблюдательные люди вырабатывали особые приемы при добывании необходимых для этого данных, помощью расспроса и отыскивания таких особенностей, которые им только и удавалось подмечать. К сожалению, многое из этого остается субъективным и индивидуальным. Остаются собственно только результаты опытности, выводы и обобщения, а как все это вырабатывалось и было достигнуто или надо достигать, передается очень трудно и обыкновенно заканчивается со смертью того, кому в этом отношении удавалось этого достигнуть. Многое из того, что умел отмечать здесь покойный проф. *В. Ф. Снегирев*, утрачено навсегда.

Ранние признаки рака матки точностью не отличаются. Они слагаются из сопоставления общего впечатления с довольно разнообразными симптомами и их последовательностью.

Так как все это проявляется в возрасте климактерическом или близком к нему, то многие из этих симптомов можно понимать только условно.

Кровотечения появляются сначала в форме меноррагий. Это начинается ранее других явлений. Одновременно с этим, а иногда немного раньше, отмечают приливы крови к тазовым органам, проявляющиеся непривычными ощущениями в полости таза. Это сопровождается повышением половой возбудительности, ощущением похотливости, которой раньше не было. Поводом к этому бывают впечатления общего характера, при случайных встречах, разговорах, чтении, воздействии музыки, драматического искусства и т. п., или местного в зависимости от отправления тазовых органов, при мочеиспускании, дефекации.

Одновременно с этим начинает появляться совершенно эпизодически выделение капель крови из половых органов. Это случается довольно редко, обыкновенно в зависимости от волнения, сильного внезапного впечатления или в связи с половым сношением, сопровождающимся повышенным сладострастием, а то и просто после испуга или проявления гнева и недовольства. Вместе с этим временами ощущается какое-то особое покалывание внутри тазовой полости. Ощущение это проявляется внезапно, боль бывает очень острая, но не сильная и очень кратковременная, вроде толчка от электрического тока. Иногда это предшествует выделению капли крови, иногда происходит совершенно самостоятельно, но всегда тревожит и пугает своею неожиданностью и внезапностью. Такое же покалывание отме-

чается и во время внутреннего исследования при прикосновении к влажной части матки. В таком случае это очень напоминает то, что бывает при прикосновении пальцем к *ovulum Nabothi*. Но то же ощущение при раке может быть при надавливании на шейку через задний свод во время двойного исследования или при давлении на старые рубцы около наружного отверстия.

Более обильные кровотечения, доявляющиеся и в промежутках между регулами, после движений, ходьбы или утомления, относятся уже к более поздним проявлениям рака, когда можно найти какие-нибудь изменения.

Выделения типа водянистого, дающие ощущение вроде скрипа, когда их растирают между двумя пальцами, относятся тоже к ранним проявлениям новообразования. Кровянистая их окраска появляется уже позднее.

Если нет фибромы или другой причины для объяснения меноррагии, то выделение такой жидкости из полости матки, когда это не сопровождается болями, указывающими на возможность опораживания задерживающейся в полости матки секрети, является признаком весьма подозрительным.

Довольно быстрое похудание, поблекший цвет лица, утомленный и удрученный, как бы испуганный, вид не следует смешивать с начавшейся уже кахексией, которая наблюдается гораздо позже. Эта, так сказать преанцерозная, кахексия останавливала внимание многих, особенно наблюдательных людей. Проф. В. Ф. Снегирев умел подмечать в этом явлении особые подробности, которые я описать затрудняюсь, потому что сам находить и обнаруживать их могу далеко не всегда и даже не часто. Если остановиться на окраске кожи, то она не имеет такого зеленовато-коричневатого оттенка, который мы считаем землистым. Желтизна, которая тут заметна, стоит близко к цвету лица пожелтевших восковых фигур в окнах парикмахерской или выгоревших от солнца на выставках модных магазинов. Такие фигуры близко к окну не ставят, стараются помещать на заднем плане. Желтизна эта, однако, на печеночную желтуху вовсе не похожа. Восковидное просвечивание ушей, зеленоватый, трупный оттенок полутеней на лице и на шее в углублениях и складках кожи ближе стоят к преанцерозной кахексии, чем к тому, что бывает при злокачественной анемии, с ядрами в красных кровяных клетках. В обоих случаях отмечается что-то указывающее на непрочность, ненадежность жизненных сил, которые скоро могут оборваться. При настоящей кахексии и землистость окраски, и восковидная желтизна более напоминают ту раскраску, которую мы привыкли видеть на свежих трупах. В общем, в первом случае как бы преобладает впечатление непрочности жизненных сил, поддерживающих существование этой жизни, а во втором впечатление неизбежности скорого окончания жизни от непрочности самого организма и его тканей.

Особое ощущение покалывания, о котором было уже говорено, тоже дает подробности, на которых стоит остановить внимание. Так, проявление его во время coitus'a, сопровождающегося необычным повышением похоти и сладострастия, можно считать более показательным, чем проявление его при дефекации или мочеиспускании.

Вообще, психическое и нервное воздействие новообразований свойственно более эпителиальным их разновидностям. Рак и аденома дают больше явлений этого порядка, чем саркома или фиброма. Соединительнотканное новообразование как бы притупляют впечатлительность нервной системы, тогда как эпителиальные ее повышают. Даже в появлениях боли при саркомах преобладает отпечаток тупости, неподвижности, чего-то давящего, грубо-угнетающего.

Анамнестические, биографические подробности здесь тоже могут давать некоторые полезные указания. Всякие тяжелые переживания, действующие на нервную систему, издавна останавливали на себе внимание при раке. Большое горе, катастрофические бедствия, удары судьбы издавна считаются предрасполагающим моментом для возникновения рака. Наследственность не дает в этом отношении ничего положительного или прочно установленного.

Из местных изменений, имеющих преканцерозное значение, приходится остановиться на разрывах маточной шейки, на длительных эрозиях на ней, а в особенности на всяких рубцах около наружного отверстия. Повторные травматические воздействия и всякие местные здесь раздражения давно считаются возможным этиологическим моментом для рака. Это считается столь же обычным, как ушиб перед возникновением саркомы в кости.

У девственниц, у нерожавших и никогда небеременевших женщин на шейке матки раковое перерождение не проявляется. Оно наблюдается у них только в полости матки, около ее дна. Это наблюдается с таким постоянством, что принимается во внимание при постановке дифференциальной диагностики.

Во всех случаях, когда возникают сомнения, решающее значение имеет микроскопическое исследование. Теоретически сомневаться в этом нельзя, но воспользоваться практически вовсе не так просто.

Во-первых, все, что мы получаем для микроскопического исследования помощью коретки, слишком мало, чтобы можно было получить вполне убедительный препарат. Это удастся далеко не всегда. Вырезать хороший кусок ножом, наложить один или два шва, — это уже целая операция: так, на ходу, ее как следует и не сделаешь.

Во-вторых, всякая травма при злокачественном новообразовании, несомненно, противопоказана. Она может открыть ворота для углубления метастазов, не говоря уже об усилении шансов для инфекции, для которой здесь и без того условий довольно много.

Иссечение кусочка подозрительной ткани с наложением шва более надежно, но, очевидно, столь же нежелательно.

При операциях на грудной железе, да и на других органах, принято, что новообразование нельзя захватывать полной рукой и сдавливать или разминать, потому что рискуешь протолкнуть элементы неоплазмы в лимфатические пути.

Все-таки точное определение рака при самом начале его возникновения возможно только микроскопическое, все остальное остается предположительным.

Во всяком случае все, чем можно при этом пользоваться и что для этого пригодно, напр., расспрос и всякие другие приемы, надо изучать, разрабатывать и проверять. Это обширное поле для научной клинической работы.

Практическое значение диагностики всякого хронического заболевания находится в большой зависимости от определения ее отношения к инфекции. Пока влияние этого первостепенного здесь момента не будет устранено врачебно помощью или воздействием самого организма, всякое лечение должно оставаться довольно случайным по своему влиянию.

Пока в клетчатке таза имеются какие-нибудь инфильтраты, даже самые ничтожные, но своею чувствительностью, нарушением подвижности тазовых органов и разными изменениями в их отправлениях указывающие на наличность инфекции или ее остатков, многое может оказаться противопоказанным.

Сюда относятся: всякое механическое лечение смещений матки, исправление ее положения массажем, вставление колец, оперативные пособия, применяемые для той же цели, и т. п. Нет никакого основания отделять от всего этого всякое стягивание матки, для зондирования, расширения, смазывания или впрыскивания в нее чего-либо. Все эти мероприятия могут обходиться и без особых осложнений, но всегда создают *locus minoris resistentiae*, который может проявиться обострением уже имеющейся, но затихшей, инфекции или привлечь к себе другую, добавочную, из крови или соседних тканей и органов. Уберечься от этого можно только тогда, когда мы признаем, что, не исключивши возможность воздействия инфекции или ее остатков, мы предпринимать всего этого не должны и берем на себя большую ответственность, на которую мы едва ли имеем право.

Для предсказания это тоже имеет большое значение. Ведь до полного устранения остатков всякой инфекции в тазовых органах все, что мы можем предсказать больной о ее болезни, должно оставаться предположительным и может угрожать полным разочарованием. Это больше всего относится к бесплодию, возникшему в связи с бленнорреей. Но этот вопрос не выяснен с полною достоверностью, все, что мы можем ответить больной, должно оставаться гадательным.

О Г Л А В Л Е Н И Е.

СТР.

<p>I. О диагностике вообще, ее задачах, целях и назначении. Индивидуализация диагностики по отношению к больному и к врачу. Особенности диагностики, от чего зависит ее убедительность, целесообразность и достоверность. Как и чем все это достигается и может быть достигнуто и как практически осуществляется в действительности. Значение здравого смысла, соображения, примера; замечания общего характера</p>	5 — 14
<p>II. Общие основания диагностики гинекологических заболеваний. Симптомы, которыми они сопровождаются, от чего это зависит и как объясняется</p> <p style="margin-left: 20px;">I. Боли</p> <p style="margin-left: 20px;">II. Бели и всякие выделения</p> <p style="margin-left: 20px;">III. Кровотечения</p> <p style="margin-left: 20px;">IV. Лихорадка</p> <p style="margin-left: 20px;">V. Инфекция и ее проявления</p>	<p>15 — 18</p> <p>19 — 27</p> <p>28 — 32</p> <p>33 — 44</p> <p>45 — 46</p> <p>47 — 64</p>
<p>III. Расспрос. Значение подробностей, которые при нем обнаруживаются, объяснений и толкований, которые им можно давать. Разница в оценке симптомов больною и врачом. Значение подробностей; возможные из них выводы. Проявления заболеваний мочевых органов, значенные гематурии: толкование этого явления. Значение осмотра для проверки данных о всяких выделениях</p>	65 — 81
<p>IV. Синоптическая сводка проявления болезней и изучения их путем расспроса. Перечень отдельных вопросов, из которых он может слагаться для выводов и заключений, которые он намечает. Перечень болезненных изменений, от которых все это может зависеть</p>	82 — 93
<p>V. Практическое значение диагностики определяется показаниями, которые из нее вытекают. Значение этого при внезапных неотложных операциях. Гинекологические заболевания, обуславливающие острое хирургическое заболевание живота. Перитонит, общий и местный. Трубная беременность. Аппендицит. Прокрастинация</p>	94 — 115
<p>VI. Диагностическое значение хирургических заболеваний, требующих хирургического лечения. Новообразования, доброкачественные и злокачественные. Значение их ранних признаков и проявлений; подробности этого. Значение инфекции для диагностики всякого хронического заболевания и его лечения</p>	116 — 130