



НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМ. Н. И. ПИРОГОВА



Издание международного
историко-литературного
журнала «Странникъ»

Н. И. ПИРОГОВ СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ В ДЕСЯТИ ТОМАХ

ТОМ II



Н. И. ПИРОГОВ



СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ
В ДЕСЯТИ ТОМАХ

ТОМ II



НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
им. Н. И. ПИРОГОВА

Н. И. ПИРОГОВ

**СОБРАНИЕ СОЧИНЕНИЙ
В ДЕСЯТИ ТОМАХ**

ТОМ II

Издание историко-литературного журнала «Странник»



Москва
2022

ББК 74.03(2)

ПЗЗ

*Полное собрание сочинений Н. И. Пирогова в 10 томах
издано по инициативе, заботами и попечением
основателя и президента НМХЦ им. Н. И. Пирогова, академика РАН,
Юрия Леонидовича Шевченко*

Пирогов Н. И.

ПЗЗ Собрание сочинений в десяти томах. Том II. Труды по клинической хирургии (1837–1839). – Москва: Историко-литературный журнал «Странникъ», 2022. – 548 с., ил.

ISBN 978-5-907315-05-1

ISBN 978-5-907315-18-1

ББК 74.03(2)

Публикуются труды Н. И. Пирогова по клинической хирургии (1837–1839), а именно «Анналы хирургического отделения клиники имп. Дерптского университета» в двух частях в переводе с немецкого Г. А. Рейнберга.

ISBN 978-5-907315-05-1

ISBN 978-5-907315-18-1

© Историко-литературный журнал «Странникъ», 2022

© Шевченко Ю. Л., Забелин К. В., 2022



**ТРУДЫ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ
(1837–1839)**





**АННАЛЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
КЛИНИКИ
ИМПЕРАТОРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ДЕРПТЕ**

ИЗДАЛ
НИКОЛАЙ ПИРОГОВ

Доктор медицины, надворный советник, ординарный
профессор хирургии и директор хирургической клиники
Императорского университета в Дерпте

ГОД ИЗДАНИЯ I
с 1 апреля 1836 г. по 1 апреля 1837 г.

ДЕРПТ, 1837
ИЗДАТЕЛЬСТВО К. А. КЛУГЕ

Перевод с немецкого Г. А. Рейнберга
под редакцией Д. Н. Лубоцкого



ANNALEN

DER

CHIRURGISCHEN ABTHEILUNG

DES

CLINICUMS

DER KAISERLICHEN UNIVERSITÄT DORPAT,

HERAUSGEGEBEN

VON

NICOLAUS PIROGOFF,

Dr. med., Hofrath, ordentlichem Professor der Chirurgie und Director des
chirurgischen Clinicum an der Kaiserlichen Universität Dorpat.

I. JAHRGANG,

vom 1. April 1836 bis zum 1. April 1837.

DORPAT, 1837.

VERLAG VON C. A. KLUGE.



Печатание разрешено при том условии, что по окончании его законное количество экземпляров будет передано Цензурному комитету.

Дерпт, 18 августа 1837 г.
Цензор М. Энгельгардт

Предисловие

Que la trompette du jugement dernier sonne quand elle voudra, je viendrai ce livre à la main me présenter devant le Souverain juge. Je dirai hautement: Voilà ce que j'ai fait, ce que j'ai pensé, ce que je fus¹.

Руссо

Горациево «*nonum prematur in annum*»² не выполнено издателем этих «Анналов». Только один год занимает он должность директора хирургической клиники в Дерпте и уже осмеливается поделиться с врачебной публикой событиями, происходившими в этом учреждении. Следовательно, этот труд будет незрелым, несолидным; он будет, пожалуй, изобиловать ошибками начинающего практического врача; более того, в нем, может быть, будут развиты некоторые положения, от осуществления которых молодой врач должен воздержаться. Возможно, данный труд будет обучать не тому, как в том или ином случае нужно поступать, но именно тому, как не нужно; кто возьмет в руки книгу с таким убеждением, тот, наверно, не очень ошибется. Но несмотря на это я считал себя вправе издать подобный труд потому, что нам как раз и недостает еще таких книг, которые должны содержать исповедь практического врача, а также потому, что отрицательные примеры в труде по такой дисциплине, как хирургия, для молодого хирурга зачастую имеют большую ценность, чем положительные. Я считал даже своим священным долгом откровенно рассказать читателям

¹ Пусть труба страшного суда зазвучит когда ей угодно, — я предстану перед высшим судьей с этой книгой в руках. Я громко скажу: «Вот что я делал, что думал, чем был!» (перевод с французского).

² Должно быть отложено до девятого года (лат.).



о своей врачебной деятельности и ее результатах, так как каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих. Этот принцип, который прежде всего руководил мною при составлении настоящего труда, может быть, несколько своеобразен, но от этого, с моей точки зрения, не менее правилен.

Я, собственно говоря, не придерживаюсь того мнения, что начинающие врачи должны читать только выдающиеся практические труды матадоров нашего искусства. Даже если бы они основательно изучили эти произведения, они все же не будут в состоянии подражать приемам и действиям искусственных мастеров, потому что эти действия и приемы являются безусловно только результатом опыта, упражнения, практики; всем этим нельзя овладеть только путем чтения и изучения. Картины Рафаэля не годятся начинающему для подражания; он должен сперва пережить повседневное, обыденное с его плохими и хорошими сторонами; он должен ошибаться и еще раз ошибаться, прежде чем достигнет полезного результата, прежде чем сможет подражать прекрасным творениям знаменитых мастеров искусства и поступать в точном соответствии с их принципами. Поэтому для начинающего практического врача действия другого такого же начинающего врача, если только они точно и добросовестно описаны, должны быть гораздо более полезны и поучительны, так как в его собственных действиях они находят родственный отзвук. Если здравый смысл нас учит «избегать ошибок», если упрямый опыт, напротив, подтверждает, что «ошибки неизбежны», то бесхитростный, беспристрастный пересказ фактов из уст человека, только впервые вступившего на необъятное поле врачебной практики, – причем он сам раскрывает механизм возникновения своих ошибок, – может и будет нам прямо показывать, как и каким образом можно избежать ошибок и где ошибка неизбежна.

Прав я или неправ, все же хочу рассказать врачебной публике, что я сделал в течение года и как я поступал; если не все сочтут книгу полезной и ее издание «показанным», то все по крайней мере могут быть уверены в том, что в ней нет места ни для лжи, ни для самовосхваления.

Не могу при этом не выразить своей искренней благодарности господину ассистенту хирургической клиники доктору Китеру и тем господам практикантам, которые оказали мне значительную помощь при изучении описанных здесь случаев пунктуальным ведением историй болезней.

Дерпт, март 1837 г.

Пирогов



I. Наружные повреждения

1. Повреждения головы

I. Раны головы. При лечении ран мягких покровов головы наш основной принцип гласит – добиться *prima intentio* как можно скорее. Я не могу себе представить, как некоторым хирургам могла прийти мысль лечить раны кожи головы *per granulationem*, при этом они ссылались: 1) на пониженную склонность ран головы к первичному натяжению и 2) на частые осложнения этих ран заболеваниями внутренних образований черепа (при этом рана должна, по-видимому, служить лучшей защитой против развития патологического состояния мозговых оболочек). По моему мнению, пожалуй, во всем организме нет другой области, которая так благоприятствовала бы первичному натяжению, как голова. Твердая подстилка, незначительная подвижность кожи, ее плотность и богатство сосудами – все эти особенности строения головы необычайно способствуют быстрому сращению; даже частота рожи на коже головы и лица, по моему мнению, подтверждает это. Зашивание я считаю излишним при ранениях кожи головы, даже если они являются лоскутными: твердая костная подстилка действительно позволяет обойтись без шва. Я нередко наблюдал, как простые резаные раны длиной в несколько дюймов, нанесенные на подозрительных местах скальпелем, затем совершенно гладко заживали первичным натяжением под холодными компрессами, без малейшего применения перевязочного материала (см. ниже случай сотрясения мозга). Это, очевидно, объясняется тем, что подобные раны очень мало зияют. Следовательно, когда ко мне попадает на лечение больной, имеющий рану на голове без других осложнений со стороны мозга, то я заставляю тут же обрить всю голову, и если не замечаю никаких инородных тел в самой ране, то отнюдь не прибегаю в дальнейшем к зондированию раны. Я оставляю совершенно открытым вопрос, является ли рана проникающей или непроникающей, отделена ли надкостница или она не повреждена; но даю ране свободно кровоточить и перевязываю ее затем по методу Гамá, т. е. беру несколько узких полос пластыря, которые должны быть такой длины, чтобы охватить голову два раза, удаляю кровяной сгусток, накладываю среднюю часть каждой пластырной полоски на лежащие против раны участки головы и таким образом тщательно стягиваю края раны, не оставляя ни одного непокрытого промежутка между полосками пластыря. После этого я покрываю всю голову ледяными компрессами. Важнейшие преимущества этого метода состоят в нежном давлении и в длительном применении холода, при котором не происходит, однако, отмачивания длинных полосок пластыря. На третий день, а если больной начинает жаловаться на боли или возникают другие более важные явления, то еще до третьего дня



я снимаю повязку и если нахожу, что моя надежда на первичное заживление не оправдалась, что началось нагноение, то, разумеется, стараюсь отвести гной наружу наложением противоотверстий и т. п. и лечу затем эту рану *per granulationem*. Я еще ни разу не видел надобности в применении пиявок по методу Гамá при простых ранах головы.

Против преимуществ лечения ран головы *per granulationem* можно возразить следующее. 1) Если на месте ранения образуется скопление гноя на твердой мозговой оболочке или какое-либо другое поражение последней, то обычно и наружная рана не заживает первичным натяжением, как бы ее ни лечить. 2) Лечение ран головы *per granulationem* является слишком раздражающим; при нем совершенно напрасно обнажается надкостница, оно способствует некрозу и затягивает выздоровление. 3) Если возникают явления поражения мозга или твердой мозговой оболочки, то ничто не может нам помешать снова вскрыть ножом уже зажившую *per primam* рану. Таким образом, лечение *per granulationem* не дает и в этом отношении никаких преимуществ.

Случай 1. Рана кожи головы. Перевязка по методу Гамá. Заживление первичным натяжением.

Лаврентий Николаевич, русский, поденный рабочий, 21 года, 4 апреля 1836 г. во время драки получил удар в спину глиняным горшком и, когда он обернулся, получил второй удар в голову, от которого упал без сознания; на голове оказалась сильно кровоточащая рана. Через короткое время больной полностью пришел в себя и около шести часов вечера был доставлен в клинику. Здесь у него была обнаружена значительная кожная рана на левой стороне головы, близко к черепу; при более тщательном исследовании на этом месте была обнаружена также трещина кости. Больной был в полном сознании, разговаривал разумно, не жаловался на головную боль, а указывал только на некоторую боль в ране. Дыхание было свободно, пульс 60, чуть напряжен, зрачки реагируют на свет, рвоты нет. Больному было сделано кровопускание (300 г), голова была обрита, рана плотно стянута длинными узкими полосками липкого пластыря, которые были покрыты ледяными компрессами; внутрь больной получил рвотное, которое, однако, не подействовало, как, впрочем, и другое, более сильное рвотное, принятое на другой день. На следующий день, 5 апреля, больной чувствовал себя отлично; лихорадки не было, не было ни одного тревожного симптома. То же было 6 апреля, когда он получил в качестве слабительного сернокислую магнезию. До 10 апреля, т. е. до шестого дня после ранения, ничего не изменилось. Липкий пластырь был снят, и рана оказалась зажившей первичным натяжением. Она снова была закрыта липким пластырем, и через три дня больной был выписан домой здоровым.

Случай 2. Рваная лоскутная рана кожи головы. Повязка по Гамá. Заживление первичным натяжением.

Иоганн Весси, эстонец, мельник, 29 лет, 29 апреля 1836 г. получил удар в голову вращающимся крылом ветряной мельницы и упал без сознания, но вскоре пришел в себя, когда приглашенный врач соединил рану головы кровавыми швами и сделал кровопускание (360 г). Однако больной предпочел, чтобы его в тот же вечер доставили в клинику. На левой стороне передней части головы



имелась кожная рана длиной 10 см, с разможенными краями, и, немного отступя, подобная же рана, но меньших размеров. Обе раны были соединены посредством разреза. Ни кость, ни надкостница не были повреждены. То же самое было обнаружено при обследовании двух других мелких ран головы, расположенных более кзади; края этих ран были менее помяты. Большая рана была лоскутообразной. Вокруг раны, особенно в сторону левого глаза, имелись кровоподтеки. Левое верхнее веко сильно распухло, сине-багрового цвета, завернуто внутрь, на соединительной оболочке левого глаза мелкие кровоизлияния. Впрочем больной чувствовал себя вполне удовлетворительно, жаловался только на боль в ранах, но не в голове; лицо было бледное, зрачки слегка расширены, дыхание нормальное, пульс 70, полный и твердый; сознание сохранено полностью. Больному сделано вторичное кровопускание (360 г); голова обрита, раны тщательно соединены посредством длинных липкопластырных полос; сверху положен ледяной компресс, и больной получил рвотное, которое вскоре действовало. Ночью он спал хорошо. На другой день, 30 апреля, он чувствовал себя вполне хорошо; голова не болит; пульс полный; был стул. Больной получил *Pulv. temperans*, а 1 мая для усиления кишечной секреции – слабительное в виде глауберовой соли. 2 мая рана была перевязана; кровоподтеки в области левого глаза несколько уменьшились. 3 мая после снятия повязки рана оказалась почти целиком зажившей первичным натяжением. Для рассасывания кровоизлияний на левом глазу были назначены теплые примочки из *Infus. Arnic*. 6 мая раны зажили окончательно; кровоизлияние в области глаза значительно уменьшилось; больной покинул клинику.

Случай 3. Рваная рана кожи головы. Сотрясение мозга. Заживление первичным натяжением.

Григорий Ефимович, 16-летний подмастерье, маляр, занятый 6 июня 1836 г. окраской водосточных труб на крыше, свалился с лесов высотой в 6 м на землю, покрытую мелким камнем, где и остался на месте в бессознательном состоянии. После того как его окатили ведром колодезной воды, он открыл глаза и пробормотал несколько непонятных слов, затем его вырвало. Вскоре он был доставлен в клинику. Во время обследования он находился в состоянии сильного изнеможения, голова падала на грудь, туловище клонилось кпереди, конечности вяло свисали; лицо было бледное, зрачки расширены, взгляд неподвижный, пульс малый и частый, 102, руки холодные, дыхание свободно. На обращенные к нему вопросы больной отвечает невнятно, заплетающимся языком. На левой стороне передней части головы имелась дугообразная рана длиной 3,75 см, с разможенными краями. В глубине ее исследующий палец не нащупывал никаких неровностей. На внутренней поверхности правой голени имелась кожная ссадина величиной с ладонь. Других повреждений обнаружено не было.

Больному было сделано кровопускание, во время которого, однако, ни сознание не прояснилось, ни пульс не изменился. Голова была обрита, рана стянута узкими полосами липкого пластыря; на голову надет ледяной колпак и внутрь дано рвотное, которое вскоре действовало. В течение дня сознание постепенно прояснялось, больной временами понемногу дремал, жаловался на слабость и головную боль. Вечером пульс был мягкий, 78. Ночью больной обильно потел

и спал до 5 часов утра не просыпаясь. После пробуждения сознание совершенно ясное, головная боль исчезла, зрачки реагируют на свет, пульс мягкий, 80, осталась одна лишь слабость. 8 июня состояние больного было отличным. 9 июня после снятия повязки рана оказалась зажившей первичным натяжением. Была наложена новая повязка. По настоятельным требованиям родственников больной отпущен домой.

Случай 4. Лоскутная рана кожи головы. Нагноение. Противо-отверстие.

Генрих Кельнер, гимназист, 16 лет, утром 18 марта 1837 г. получил сильный удар в голову щеколдой от ворот, которые были захлопнуты ветром; юноша упал без сознания. Однако вскоре он пришел в себя, встал на ноги и в течение часа тщетно пытался остановить обильно струящуюся кровь. В таком состоянии он прибыл в клинику. Он был в полном сознании, но несколько вял и жаловался на головную боль. Голова была обрита, и в теменной области обнаружена поперечно расположенная дугообразная лоскутная рана 12,5 см длины и 5 см ширины, в которой била струей кровь из двух мелких артерий; надкостница и череп оказались невредимы.

Рана стянута липкопластырными полосками, больному сделано кровопускание (360 г); он получил рвотное, которое вскоре подействовало. После этого у больного был непродолжительный озноб. В дальнейшем не наступило никаких тревожных явлений. На другой день больной принимал еще *Tart. emet.* в дробных дозах, а затем в течение 3 дней – слабительные соли.

На 3-й день после ранения повязка снята, верхний угол раны зажил первичным натяжением на протяжении 2,5 см, а нижний угол – на протяжении примерно 4 см, середина же раны осталась открытой; при давлении на основание лоскута из раны выделялся густой гной. Для предотвращения гнойных затеков весь лоскут был рассечен посредине на протяжении 7,5 см и под него заложена корпия. Рана зажила вторичным натяжением.

Случай 5. Ушибленная рана кожи головы. Кровотечение. Заживление почти первичным натяжением.

Грета Шрепфер, 42 лет, жена каретника из Дерпта, 25 июня 1836 г. была избита своим мужем. Напоследок получила удар в голову камнем, который разорвал у нее кожу на затылке на протяжении примерно 4 см. Приглашенный немедленно городской лекарь остановил кровотечение давящей повязкой и в таком состоянии отправил больную в клинику. После того как повязка была снята и волосы сбриты для того, чтобы можно было удостовериться в характере повреждения, внезапно забила кровь из четырех мелких артерий, которые были тут же перевязаны. Рана стянута липким пластырем, поверх него положены холодные компрессы, и больной сделано кровопускание. 27 июня: рана частично зажила; нет никаких неприятных явлений. Больная просит отпустить ее домой. 29 июня: рана совершенно зажила, покрыта тонким струпом. Повязка с помощью липкопластырных полосок возобновляется ежедневно. Холодные компрессы отменяются. 30 июня по собственной просьбе больная выписана.

2. *Сотрясение мозга и кровоизлияние.* Я думаю, что при современном состоянии хирургии можно принять за правило, что не существует положительных признаков для отличия сотрясения от кровоизлияния. Однако, по моему мнению,



существуют некоторые явления, которые свойственны только кровоизлиянию и никогда не наблюдаются при чистом сотрясении мозга; однако и при чистом кровоизлиянии они, к несчастью, не всегда имеются налицо. В тех случаях, когда они существуют, можно, пожалуй, судить о наличии кровоизлияния, но не наоборот. Сюда я отношу: 1) апоплектическое дыхание, 2) своеобразную судорожную ригидность мышц, подчас переходящую в подергивания, и, может быть, 3) неподвижный взгляд, сопряженный с расширением зрачка. Если эти явления имеются налицо, то, по-моему, не приходится сомневаться в наличии кровоизлияния; они придают больному такой своеобразный вид, что врач, хоть раз увидев такого больного, несомненно запомнит эту картину на всю жизнь. Э. Купер, по-видимому, также придает дыханию и внешнему виду особенное значение при отличительном распознавании сотрясения и кровоизлияния. Он говорит: «Если подойти к кровати больного, страдающего сотрясением мозга, то можно найти его в состоянии сна, который кажется тихим и спокойным; дыхание его спокойное,... так и хочется сказать: не тревожьте больного, дайте ему еще спать». Но, к несчастью, как уже сказано, при кровоизлиянии апоплексические явления не всегда имеются налицо; в таком случае уже нет возможности обоснованно разграничить кровоизлияние и сотрясение мозга. Во всех описанных мной здесь случаях кровоизлияния имели место указанные явления. Я думаю, кто терпеливо прочтет первые три истории болезни, тот, пожалуй, извлечет из них некоторые практические указания.

Первая история болезни несомненно научит тому, что наличие остатков сознания или еще не полностью наступившее оглушение вскоре после очень тяжелых повреждений заставляют нас, пожалуй, больше думать о наступившем или угрожающем кровоизлиянии, чем о сотрясении мозга.

Третья история болезни также подтверждает, что слишком быстрое и полное восстановление сознания при очень тяжелом повреждении тоже является признаком, более характерным для кровоизлияния. Однако мне кажется невероятным, чтобы в обоих указанных случаях кровоизлияние наступило сразу же после повреждения; нет никакого сомнения в том, что причиной того, что оба раненых остались в бессознательном состоянии тут же на месте повреждения, являлось не кровоизлияние, а сотрясение мозга. В самом деле, почему же действие кровоизлияния должно было так быстро прекратиться? Я имею основание предполагать, что даже позднее, при разворачивании всех признаков кровоизлияния, одно только давление излившейся крови само по себе не в состоянии обусловить все эти угрожающие симптомы и что все это происходит только по причине одновременно существующего паретического состояния мозга.

В этом случае я опираюсь на следующие факты. 1) Иногда очень сильно вдавленные костные осколки все же не в состоянии вызвать явления сдавливания мозга. 2) Из случаев, при которых наблюдалось одно только кровоизлияние, мне известны такие, когда опасные явления сдавления мозга (потеря сознания, апоплектическое дыхание) наступали лишь позднее, через несколько месяцев, в результате случайного осложнения. Так, я приведу ниже случай, когда у одной пожилой женщины все эти явления наступили лишь через несколько месяцев вследствие приема опия; вскрытие обнаружило в середине мозгового



полушария кровоизлияние величиной с серебряный рубль (талер), с уже изменившейся окраской, окруженное чем-то вроде сумки из пластической лимфы. 3) Расширение зрачка, а следовательно, паралитическое состояние глаза вовсе не является надежным симптомом наличия кровоизлияния на противоположной стороне; это явствует как из седьмой, так равно из восьмой истории болезни. По чрезмерному расширению правого зрачка в восьмом случае, при наличии всех других угрожающих явлений, я нисколько не сомневался, что встречу кровоизлияние на левой стороне, между тем вскрытие обнаружило его только на правой стороне. 4) Трещина в черепе и связанное с нею припухание кожи головы не указывают непосредственно на место кровоизлияния; в седьмом случае кровяной желвак находился слева между височной и затылочной областями; я сделал разрез в этом месте, нашел значительную трещину, наложил два отверстия трепаном и все же не обнаружил кровоизлияния. Вскрытие показало кровоизлияние как раз на противоположном месте, в передней части головы справа (следовательно, возникшее от противоудара). Этот случай убедительно говорит против так называемой профилактической трепанации, когда больной даже при полном сознании подвергается трепанации во всех случаях обнаружения трещин или переломов. Но отслоена ли твердая мозговая оболочка при переломе черепа от его внутренней поверхности или нет, я не могу себе представить, как можно надеяться на то, что одним просверливанием черепа удастся предотвратить воспаление этой оболочки или нагноение. При этом мне кажется чрезвычайно странным, что во многих руководствах показания к трепанации при повреждениях головы указаны столь категорически.

Что касается меня, то я видал, как многие опытные практические врачи в этом отношении ошибались, и сам я так часто ошибался, что теперь полностью разделяю мнение Геннена, выраженное следующими словами: «Молодой хирург, который впервые встречается с рядом повреждений головы, на каждом шагу будет заблуждаться и будет входить в больничные палаты с основательно поколебленной гордостью за свою науку». Впрочем, в мои намерения совсем не входит распространяться здесь о преимуществах и недостатках профилактической трепанации; я хочу здесь только отметить, что либо основания для этого являются чисто теоретическими, либо в качестве основания приводится опыт, а именно в большинстве случаев опыт Потта (так недавно поступил и Вельпо).

Против теоретических обоснований можно привести, очевидно, много доказательств; это уже сделано некоторыми авторами (например, Лангенбеком); каждый беспристрастный врач, проследивший за всем этим обсуждением, должен будет признать, что теоретические возражения против этого метода значительно более убедительны. Что же касается опыта, то либо спор разрешался здесь подсчетом, т. е. при оценке результатов операции исходили из одинакового количества случаев, где трепанация производилась и где она была отвергнута, либо оценка операции производилась после тщательного разбора отдельных случаев, где она выполнялась и где была отвергнута. Согласно указаниям в словаре Руста, Блазиус «определил статистическим методом, что трепанация оказывалась чаще полезной, чем вредной». Но даже в том случае, если бы статистика действительно показала (что далеко еще не доказано), что



после профилактической трепанации было излечено значительно большее количество больных, чем в тех случаях, когда эта операция не производилась, то это, по моему мнению, свидетельствует лишь о том, что трепанация черепа без повреждения твердой мозговой оболочки не является опасной для жизни операцией, но отнюдь не о том, что она действительно показана при трещинах и переломах черепа без поражения мозга.

От чего умирает большинство больных с такими повреждениями черепа? 1) От кровоизлияния в мозг и сотрясения мозга (которые встречаются очень часто, но не всегда, в связи с трещинами и переломами черепа). 2) От воспаления мозга и мозговых оболочек. 3) От нагноения (и то и другое возникает в дальнейшем вследствие ушиба и сотрясения мозга и его оболочек). Чем во всех этих трех случаях может помочь отверстие, ведущее в полость черепа? Разве оно делается для удаления излившейся крови? Однако: 1) Если явления сдавления отсутствуют, то мы не можем знать, имеется ли налицо кровоизлияние. 2) Трещина и перелом не являются надежным указателем места кровоизлияния. Разве трепанация может предотвратить воспаление и нагноение? Может ли предпринятый перед развитием абсцесса разрез предохранить от воспаления и образования гноя? Разве разможенная твердая мозговая оболочка легче может быть приведена в свое естественное состояние тем, что подвергнется действию воздуха?

Случай 6. Перелом черепа. Повреждение средней артерии твердой мозговой оболочки. Кровоизлияние. Трепанация. Смерть.

Яков, крепкий крестьянин, 30 лет, утром 16 сентября 1836 г. работал в колодце глубиной около 13 м, когда сверху свалилась ему на голову тяжелая доска. Через полчаса пострадавший был извлечен из колодца в бессознательном состоянии с кровотечением из носа и рта. После кровопускания (360 г) больной доставлен в клинику, куда он был принят в 10 часов утра в следующем состоянии: если его не тревожить, его клонит ко сну, в противном случае он неспокоен, кричит и стонет, непрерывно двигает руками и ногами; на вопросы о его состоянии отвечает коротко и невнятно. На обритой тут же голове не обнаружено ни каких следов наружного повреждения, никакой припухлости, и только на левом верхнем веке и на конъюнктиве этого же глаза можно было заметить незначительное кровоизлияние. Зрачки реагировали на свет, цвет лица не изменен. Дыхание спокойное, пульс 54 удара в минуту, неполный и нетвердый; рвоты не было; конечности холодные.

Так как больному было уже сделано полное кровопускание, то ему только был надет на голову ледяной колпак, причем имелось в виду дожидаться дальнейших изменений, которые стали отчетливо заметны уже через три часа. Больной лежал с полной потерей сознания, дыхание было учащенное, глубокое и хрипящее; конечности находились в постоянном судорожном движении, глаза были неподвижны, зрачки не реагировали, пульс 52, полнее и тверже, чем раньше. Тотчас выпущено 540 г крови из височных артерий, больному сделано холодное обливание, во время которого он несколько раз вздрагивал и издавал какие-то звуки; ноги были облиты кипятком, при этом больной на одно мгновение встрепенулся из забытья; после клизмы из уксуса был жидкий стул. В целом состояние оставалось прежним с той лишь разницей, что дыхание сопровождалось менее

сильным хрипением. Однако в течение ближайшего часа хрипение резко усилилось. Начались подергивания конечностей, зрачки оставались неподвижными, пульс 86 ударов в минуту, уже не столь твердый и полный.

В 4 часа пополудни было сделано кровопускание из яремной вены, из которой, однако, выделялась не столько кровь, сколько пузыри воздуха. Поэтому из вены правой руки было выпущено добавочно еще 720 г крови. Кроме того, больной получил 0,36 г каломеля. Несмотря на это, экхимоз на левом верхнем веке и соединительной оболочке глаза увеличился. Так как это заставляло думать о трещине в глазнице, то был сделан разрез длиной около 4 см над левой бровью. Однако кость здесь оказалась неповрежденной. Тот же результат был получен после разреза в области затылка. Но при более тщательном исследовании была обнаружена отечность левой и передней половины головы. Так как это позволяло думать о повреждении черепа, то кожа была рассечена и в ране была обнаружена трещина кости, проходившая через всю длину раны. На этом месте немедленно посредством трепанации был удален кусок кости длиной 6 см и шириной 4 см. Под костью был обнаружен значительный сгусток крови, часть которого весом около 150 г была удалена. Источником этого кровотечения оказалась поврежденная артерия твердой мозговой оболочки, концы которой были подвергнуты каутеризации с помощью раскаленной проволоки.

Непосредственно после этого больному было сделано несколько холодных обливаний, на голову были наложены ледяные компрессы, а в рану черепа – маленькие кусочки льда. Однако, несмотря на все эти героические меры, состояние больного совершенно не изменилось, только пульс стал значительно слабее и дошел до 140 ударов в минуту. Сопорозное состояние становилось все глубже, дыхание делалось все более хриплым, пока в 9 часов 30 минут вечера оно не прекратилось совсем.

При вскрытии трупа было обнаружено следующее. 1) Трещина черепа шла от чешуйчатой части височной кости через всю теменную кость; на основании черепа трещина шла вдоль глазницы через большое крыло клиновидной кости до скалистой части височной кости, а впереди – через продырявленную пластинку решетчатой кости в разных направлениях. 2) На верхней стенке глазницы и на решетчатой кости имелась свернувшаяся кровь. 3) Сосуды мозга – в состоянии сильного кровенаполнения, однако самое вещество мозга нигде не поражено. 4) Легкие на всем протяжении сращены с плеврой, к тому же переполнены пенистой кровью. 5) Сердце наполнено кровяными сгустками. 6) В других внутренних органах не обнаружено ничего ненормального.

Случай 7. Кровоизлияние под твердую мозговую оболочку вследствие противоудара. Трепанация в области трещины. Смерть.

9 ноября 1836 г. в 11 часов 30 минут утра в клинику был доставлен мужчина в немецкой одежде, подобранный на улице в бессознательном состоянии. Больной находился в глубоком оцепенении; глаза были закрыты; он дышал с трудом, в груди у него kloкотало; пульс 54 удара в минуту, малый. При тщательном обследовании больного у него были обнаружены: на левом колене две полосовидные ссадины и на левой стороне затылка небольшой кровоподтек. Других наружных повреждений нельзя было отметить. Пока больному производили кровопускание



из вен на обеих руках и из левой височной артерии (из вен кровь вытекала лишь в очень скудном количестве, а в общей сложности удалось все же извлечь до 720 г крови), голова была обрита, и на месте кровоподтека был произведен разрез мягких тканей до черепа, в котором на этом самом месте была обнаружена трещина. Немедленно была произведена трепанация. Однако когда были удалены обе пластинки кости и под ними рассечена твердая мозговая оболочка, то найти проникающие в мозг костные осколки или обнаружить кровоизлияние не удалось. При этом состояние больного несколько не улучшилось. Напротив, пульс, несколько поднявшийся после извлечения крови, становился все более слабым и менее ощутимым, пока он не исчез совсем; в это время дыхание становилось все более kloчочущим, пока оно вовсе не прекратилось. Больной умер еще на операционном столе спустя полтора часа после принятия его в клинику.

Вскрытие трупа, предпринятое через 20 часов, обнаружило следующее. 1) На черепе тянулась длинная трещина, начиная с чешуи левой височной кости, на расстоянии 5 см от темени; отсюда трещина тянулась через всю затылочную кость и остановилась у границ каменистой части височной кости. 2) На правой стороне под твердой мозговой оболочкой имелся весьма значительный кровяной сгусток, покрывавший все правое полушарие; в области правого виска он был столь обширным, что оказывал сильное давление на мозг. Помимо того, в полостях мозга было обнаружено несколько повышенное количество жидкости, похожей на кровяную сыворотку. В двух других главных полостях тела не было обнаружено никаких отклонений от нормы.

Что касается причины этого значительного повреждения, то дерптский судья впоследствии выяснил следующее: медник Фойгт из Феллина, путешествовавший пешком, подвергся неожиданному нападению сзади со стороны нескольких пьяных крестьян, которые ударили его по затылку оглоблей, отчего он тут же свалился и остался на месте без чувств.

Случай 8. Кровоизлияние под твердую мозговую оболочку. Смерть.

Г. П., студент юридического факультета, 23 лет, нежного сложения, упал 2 февраля 1837 г. с высоты 4,5 м головой вперед на ледяную поверхность. Несчастному тут же была оказана помощь. Он лежал в бессознательном состоянии, с закрытыми глазами, дыхание было глубокое, но без хрипения, пульс малый и чуть ускоренный. Под наружным углом левого глаза имелась небольшая кожная ссадина, а сбоку на левой лобной кости зияла кожная рана длиной 2,5 см. Пока ему брили голову и обкладывали ее льдом, из вен обеих рук было выпущено всего 540 г крови, причем больной несколько раз глубоко вздохнул. Сразу после этого наступила обильная рвота. Когда ему после этого облили ноги кипятком, он несколько раз вскрикнул от боли, а когда его окатили ледяной водой, он несколько раз глубоко вздохнул. Еще будучи в бессознательном состоянии, он был доставлен в клинику. Здесь кожная рана на голове была расширена, кость же под ней оказалась неповрежденной. На темени был обнаружен желвак, который был рассечен крестообразным разрезом; однако лежащая под ним кость также оказалась целой. Во время проведения этих разрезов больной громко вскрикивал. Казалось, что он теперь – не в полном бессознательном состоянии, так как проглатывал, когда ему предлагали, влитое в рот питье. Таким образом удавалось

вводить ему каждый час по 0,06 г рвотного камня; к икрам были приложены горчичники, и после этого была поставлена уксусная клизма, которая отошла через час, не вызвав стула. В полночь два раза повторилась рвота. К 3 часам утра постепенно вернулось сознание, больной начал разговаривать и выражал всякие пожелания.

Среда 3 февраля, утром. Больной отвечает на все вопросы, очень беспокоен, порывается встать с кровати, требует икры и пива. Цвет лица бледный, язык чистый, пульс малый, 96; зрачки равномерно сужены и реагируют на свет. Имеется позыв к мочеиспусканию, но больной не может его осуществить. Жалуется на боль во лбу и левом подреберье. Больной продолжал получать каждые два часа по 0,015 г рвотного камня, тщательно сменялись ледяные компрессы на голове и была поставлена уксусная клизма, после которой отошел твердый кал. Вечером: голова болит сильнее, пульс мал, тошнота. Так как обильное кровопускание казалось непоказанным, то позади обоих ушей было поставлено 15 пиявок, рвотный камень был отменен и больной стал получать ежедневно по 0,18 г каломеля.

Четверг 4 февраля, утром. Ночью больной несколько раз спокойно засыпал на четверть часа, а в промежутках разговаривал сам с собой, часто жаловался на тошноту; утром два раза был кашицеобразный стул в небольшом количестве. Сознание совершенно сохранено, больной много разговаривает, но измененным голосом и отрывисто. Он чувствует себя усталым и все же хочет встать. О своем падении он ничего не может вспомнить. Боль во лбу усилилась, пульс ПО, малый. Больной по-прежнему получал каломель, и его действие поддерживалось кислым питьем в обильном количестве; позади обоих ушей поставлено 10 пиявок. За обедом больной съел несколько ложек компота. К вечеру головная боль немного стихла, пульс 96, малый. Временами больной заговаривается. Экхимоз распространился на весь левый глаз, все же конъюнктива бледна и оба зрачка равномерно сужены. Больному сделана клизма из 60 г сернокислой магнезии, растворенной в воде. На всю голову поставлен везикатор, поверх которого продолжали класть ледяные компрессы.

Пятница 5 февраля, утром. Больной был очень беспокоен всю ночь, разбрасывал руки, часто стонал, скрежетал зубами и всхлипывал. Многократно повторялись ложные позывы на мочеиспускание и испражнение; все же утром после клизмы с 90 г сернокислой магнезии последовал зеленоватый кашицеобразный стул. Пульс мал, 124. Щеки несколько порозовели; часто икает. Каломель, которого он в общей сложности получил 4 г, отменяется, и вместо него назначается: *Rp. Inf. flor. Arnic. (ex 5,5) 210,0, Tart. emet. 0,15. DS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа. Вечером: аналогичное состояние, икота и стоны продолжают. Утром два раза был жидкий стул в небольшом количестве. Пульс 136, малый и пустой. Зрачок правого глаза кажется несколько шире и более вялым, чем слева. Назначено: *Rp. Tart. emet. 0,24, Natr. sulf. 75,0, Aq. destill. 180,0. DS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа и клизма с 60 г *Soda sulf.*

Суббота 6 февраля, утром. После клизмы отошло всего лишь несколько слизистых хлопьев, поэтому рано утром поставлена уксусная клизма, после которой два раза были обильные зеленоватые жидкие испражнения. Ночью больной



был очень нетерпелив, много болтал, хотел развлекаться. Утром сознание было совершенно ясное, больной упорно хотел встать, требовал икры и портера. Щеки были слегка румяны, кровоизлияние вокруг левого глаза несколько уменьшилось, оба зрачка совершенно одинаковы, язык чуть обложен белым налетом, тошнота и икота прекратились, как и головная боль. Пульс 132, несколько поднялся. За обедом больной поел немного компоту. Вечером он был менее возбужден. За короткий срок было четыре водянистых зеленоватых скудных испражнения. Пульс 134, чуть полнее. Везикатор вызвал отделение надкожицы почти на всей голове, так что прикосновение было болезненно; поэтому на всю голову наложен новый везикатор, густо посыпанный камфорой, поверх него продолжали применять ледяные обертывания; внутрь – увеличенная доза рвотного камня: Rp. Tart. emet. 0,36, Magnes. sulf. 45,0, Aq. destill. 180,0, Sirup. Ribium 30,0. MDS. Через 2 часа по 1 столовой ложке.

Воскресенье 7 февраля. Больной ночью временами немного спал, иногда разговаривал. Дважды был жидкий стул. В 8 часов утра появились легкие подергивания в пальцах правой руки; больной был в полном сознании, отвечал на вопросы; пульс 128 в минуту, чуть слабее, чем накануне. В 8 часов 30 минут больной впал в состояние, похожее на крепкий сон, с глубокими вдохами. Пульс быстро падал, сделался неравномерным и едва ощутимым. Правый зрачок был крайне расширен и неподвижен, а левый – сужен. Это внезапное изменение наступило без какой-либо видимой внешней причины. Дыхание вскоре стало хрипящим; пульс опять несколько поднялся, но в течение коротких промежутков претерпевал всевозможные изменения. Клокочущее, хрипящее дыхание постепенно замедлялось. Теперь и левый зрачок оказался неподвижным и расширенным. Вскоре дыхание начало выпадать, пока окончательно не прекратилось.

На вскрытии было обнаружено следующее. 1) Венечный шов черепа справа слегка разошелся, санториниев эмиссарий в этом месте разорван. 2) На твердой мозговой оболочке соответственно венечному шву справа лежал плоский кровяной сгусток шириной более поперечника пальца. 3) Под твердой мозговой оболочкой справа, на передней и средней доле мозга, обнаружено много скользкой свернувшейся крови, которая, по-видимому, была более позднего происхождения, чем сгусток на твердой мозговой оболочке. Это кровоизлияние распространялось преимущественно в сторону основания черепа, где оно растекалось главным образом под средней долей; общее количество излившейся здесь крови составляло 150–180 г. 4) На наружной поверхности правой средней доли обнаружено повреждение самого мозгового вещества, которое на участке размером с куриное яйцо представляло собой кашицу, смешанную с кровью. 5) Через левое большое крыло клиновидной кости тянулась тонкая, как волос, трещина длиной около 4 см. 6) Легкие и сердце без изменений; легкие не очень полнокровны. 7) На правой стороне селезенки имелся разрыв длиной 5 см и глубиной 2,5 см. Остальные брюшные внутренности были в хорошем состоянии.

Замечания к случаю 8. Возникло ли в этом случае кровоизлияние сразу же при падении или лишь впоследствии, быть может, из размягченного участка мозга, который был обнаружен в правом полушарии? Единственное явление, которое некоторым образом говорило в пользу кровоизлияния сразу же после

повреждения и на протяжении трех дней, это небольшое расширение правого зрачка, не потерявшего, однако, своей способности к сужению. Но это, как очевидно для всякого, представляет слишком неопределенное проявление кровоизлияния. Поэтому мне кажется более вероятным, что главное страдание больного с самого момента повреждения и до рокового исхода (в воскресенье 7 февраля) состояло в сотрясении мозга, ушибе этого органа и в небольшом кровоизлиянии между черепом и твердой мозговой оболочкой. Внезапное возникновение всех явлений кровоизлияния объясняется ли бо отторжением кровяного сгустка, который образовался сразу же после ушиба мозга, ли бо разрывом сосудов, происшедшим в результате воспалительного размягчения разможенного мозга.

В этом случае нашего особого внимания заслуживает также душевное состояние больного: уже на другой день после повреждения больной оправился от оглушения, был в полном сознании, отвечал на все вопросы. Однако меня особенно удивила та поразительная неосведомленность о своем страдании, которая была так ярко отражена в чертах его лица, в столах и вздохах. Например, он во что бы то ни стало хотел поест икры с пивом, стремился встать, сидеть и ходить. Он смеялся, шутил, хотя и с болезненной аффектацией. Я уже тогда догадывался, что все это закончится плохо. Однако что я мог против этого предпринять? Какие средства были в моем распоряжении, чтобы предотвратить эту ужасную катастрофу? А когда она уже наступила, то, естественно, нельзя было сделать ничего иного, как признать больного потерянному, — настолько тяжелы были явления кровоизлияния, пульс падал под пальцами, зрачки были амавротически расширены, сначала на правом глазу, а через несколько минут и на левом, дыхание стало стерторозным и постепенно прекращалось.

Хотя вскрытие обнаружило все явления мозгового кровоизлияния, все же лицо больного было поразительно бледным. При хрипящем дыхании я всегда находил легкие, как в описанных выше случаях, наполненными пенистой жидкостью, но никогда они не были чрезмерно полнокровны, как, собственно, и следовало ожидать при подобном расстройстве дыхания.

Случай 9. Сотрясение мозга. Воспалительное напряжение височной фасции. Разрез. Выздоровление.

Иоганн, 16-летний крестьянин, 6 августа 1836 г. свалился с лесов высотой 2,75 м на твердый грунт и остался лежать в бессознательном состоянии. В таком виде он вскоре был доставлен в клинику. На затылке имелся довольно большой желвак, болезненный при пальпации. После вскрытия последнего обнаружилось, что череп не поврежден. Других наружных повреждений не было. Больной находился непрерывно в бессознательном состоянии, под влиянием болезненных прикосновений вздрагивал, вскрикивал, отмахивался руками и ногами. Глаза были закрыты, но зрачки реагировали на свет; дыхание было тихое, свободное; пульс существенно не изменен, только чуть твердоват; черты лица больного мало изменены. Все состояние больного свидетельствовало как о ступоре, так в то же время и о раздражении мозга, что проявлялось во вздрагивании и крике при каждом прикосновении. Для противодействия этим явлениям больному было сделано кровопускание (360 г) и через каждые два часа он получал по 0,12 г каломеля. Так это продолжалось в течение четырех дней (пока количество



принятого каломеля не достигло 3,5 г); лишь на третий день появился понос. При одновременном применении ледяных компрессов на голову к больному уже на следующий день вернулось сознание, однако еще 8 и 9 августа он вел себя очень робко и несознательно; в то же время он жаловался на сильные головные боли, особенно в области левого виска, который был очень болезнен при пальпации.

10 августа больной получил для более сильного отвлечения глауберову соль, а вечером для смягчения очень сильной головной боли – три дозы доверова порошка, по 0,3 г каждая. 11 августа продолжалось то же лечение, сильная головная боль не проходила; 12 августа состояние то же. Болезненное место на левом виске припухло; железы, расположенные поблизости и на шее, увеличены и чувствительны. Больному назначено втирание серой ртутной мази в то место, где отмечалась припухлость, а внутрь каломель, 4 раза в день по 0,12 г.

13 августа боль в левом виске стала очень интенсивной. Для утоления ее было решено рассечь на этом месте височную фасцию, которая, по-видимому, очень напряжена. Это было сделано, и тотчас после того как больной перестал ощущать боль от самого разреза, у него уже ничего не осталось от прежней столь мучительной головной боли. С этого момента вся болезнь значительно упростилась. Разрез впоследствии зажил вторичным натяжением. Больной же, который все еще вел себя немного заторможенно, получал в ближайшие дни легкий настой из *Flor. Arnicae* с небольшим количеством *Liq. anodyn.* 12 сентября рана на виске почти полностью зажила и, поправившись, больной по собственному желанию был выписан.

Замечания к случаю 9. В этом случае обращало на себя особенное внимание воспалительное опухание клетчатки под височной фасцией и лимфатических желез всей этой области. Припухлость в области виска была слегка отеочной и весьма чувствительной, что могло очень затруднить распознавание. Должен признаться, что при первом исследовании я был озадачен: больной только что оправился от оглушения и сразу же стал жаловаться на сильные головные боли. Я заподозрил более глубокое повреждение кости и надкостницы, которое уже перешло в нагноение, однако, с другой стороны, на этом месте не было никаких следов внешнего повреждения, что резко снижало вероятность подобного предположения. Я сделал поперечный разрез в области припухлости и старался прежде всего рассечь фасцию, перерезал две веточки височной артерии, обнажил волокна мышцы. Рана тотчас же стала широко зиять, и боль, как по волшебству, мгновенно исчезла. Само собой разумеется, что рану пришлось лечить *per granulationem*.

Случай 10. Падение с большой высоты без значительного сотрясения мозга. Выздоровление.

Мартин Улла, 19-летний помощник трубочиста, 26 июня 1836 г. упал с крыши двухэтажного дома на каменную мостовую. Сразу же после падения врач вступил с ним в разговор и получил совершенно разумные ответы. Больной тут же был доставлен в клинику. Здесь его состояние было изучено более обстоятельно, причем обнаружено следующее: на голове имелось совсем незначительное повреждение, которое, очевидно, не могло быть вызвано падением на голову с такой высоты, а, скорее всего, было нанесено камнем, свалившимся вслед за падающим.

На всем остальном теле не оказалось никаких следов повреждения. Однако больной жаловался на резкие боли в области левого крестцово-подвздошного сочленения, нижней части крестцовой кости и в копчике. Эти отделы очень болезненны при давлении и на взгляд кажутся опухшими. На левой ягодице, недалеко от ягодичной складки, на небольшом протяжении содран эпидермис. Больному сделано основательное кровопускание, затем холодное обертывание головы и крестцовой области и внутрь назначено: *Rp. Tart. stib. 0,06, Magn. sulf. 60,0, Kali nitr. 7,5, Aq. font. 180,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

27 июня. Больной жаловался не на боли в голове, а на боли только в области крестца. Пульс спокойный, лихорадки не было. Мочеиспускание происходит с затруднением, причем больной испытывает некоторую боль; все же он выделил более 1 л мочи.

28 июня. У больного трижды был жидкий стул. Боли в области крестца не утихли и не усилились. Мочеиспускание было возможно только одновременно с дефекацией и при сильном натуживании. После обеда началась сильная лихорадка. Пульс достиг 120 ударов, сделался твердоватым и полным. Больной получает ту же микстуру.

29 июня. Два раза был жидкий стул. Моча темная и прозрачная, теперь уже не мутная, как в предшествующие дни. После обеда появилась лихорадка, как накануне. Больному выпущено 360 г крови из вены левой руки, после чего он почувствовал сильную усталость, но вскоре затем облегчение.

30 июня. Боли в крестце немного стихли, понос продолжается, мочеиспускание стало несколько свободнее, лихорадка совсем незначительная, пульс 94. Микстура остается та же.

1 июля. Три раза был жидкий стул. Лихорадка совершенно прекратилась.

2 июля. Больной уже пытается немного ходить.

3 июля. Боли в крестце остаются еще единственной жалобой. Ледяные обертывания продолжаются.

4 и 5 июля. Состояние почти такое же.

С 6 по 10 июля. Состояние больного мало изменилось. 8 июля он жаловался на боль в груди, особенно при вдохе. Так как год назад он перенес воспаление органов грудной полости, то, естественно, не мог безнаказанно перенести сотрясение легких при падении. Поэтому из вены левой руки у него было выпущено 360 г крови.

11 июля. Сегодня больной жалуется на усиление боли в крестце; ему поставлено на крестец 15 пиявок.

13 июля. После пиявок больной почувствовал значительное облегчение и сегодня выписывается для амбулаторного лечения.

14 июля. Больной уже два раза перенес в предобеденные часы в одно и то же время приступы перемежающейся лихорадки; поэтому он получает: *Rp. Chinini sulf. 0,18, Pulv. Cinnam., Sacch. alb. aa 0,3. M. f. pulv., D. t. d. № 8. S. По 1 порошку 4 раза в день.*

15 июля. Сегодня утром приступ перемежающейся лихорадки не наступил. После этого больной уже более не показывался и, следовательно, по-видимому, поправился совсем.



Случай 11. Падение со значительной высоты. Сотрясение мозга. Выздоровление через 9 дней.

Иван, 40 лет, в полдень 26 сентября 1836 г. свалился с высоты, составлявшей, как говорят, 15 м, и был найден в бессознательном состоянии. В таком состоянии он оставался до тех пор, пока в 5 часов пополудни не был принят в хирургическое отделение клиники. Здесь при исследовании найдено следующее. Сознание больного не потеряно полностью, так как он, по-видимому, прислушивался к поставленным вопросам, хотя и не мог на них ответить. Лицо больного было бледным. У внутреннего угла левого глаза – довольно сильный экхимоз. Больной держал глаза закрытыми, но открывал их после каждого обращенного к нему вопроса; зрачки казались чуть-чуть суженными. Дыхание было свободное, не ускоренное и без хрипения. Пульс 56 ударов в минуту, без отклонения от нормы. На левом виске обнаружен экхимоз и неясное вдавление. Был произведен разрез кожи головы на этом месте, однако надкостница и череп оказались неповрежденными. На правой верхней конечности имелось несколько ссадин. В области квадратной мышцы поясницы левой стороны была обнаружена припухлость, распространявшаяся вверх через нижние ребра и связанная с экхимозом. При надавливании на задние концы нижних ребер отчетливо определялась крепитация. Рвоты не было. Больному выпущено 540 г крови. На голову положены ледяные компрессы, внутрь дано рвотное, которое вскоре подействовало, а после этого — 12 порошков каломеля по 0,12 г, по 1 порошок через каждые 2 часа.

27 сентября. Больной проснулся с ясным сознанием и жалуется только на головокружение и боль в области левого паха. На это место поставлено 15 банок и, сверх того, сделаны холодные обкладывания с *Aq. Goulardi*.

28, 29, 30 сентября никаких существенных изменений не произошло.

1 октября. Больной ощущает еще некоторую слабость и головокружение. Боли в левом паху уменьшились. Больной получает легкий *Infusum Arnicae* с небольшим количеством *Liq. anodyn*.

Указанное лекарство больной принимал еще три дня, после чего был выписан выздоровевшим.

Случай 12. Падение со значительной высоты. Сотрясение головного и спинного мозга.

Алена, русская, 30 лет, поденщица, утром 15 октября 1836 г. во время работы упала на землю с высоты 8,5 м. При этом она потеряла сознание; однако примерно через полчаса сознание почти возвратилось, и с помощью двух рабочих она смогла пешком дойти до клиники. Из опроса больной выяснилось, что она упала на спину, но одновременно ушибла левый висок о стоявшее рядом бревно; это место на виске опухло, но не особенно болезненно при надавливании.

Теперь больная была в полном сознании. Пульс был мал и подавлен. Каждое изменение положения причиняло пострадавшей очень сильные боли и не могло быть выполнено без посторонней помощи. Исследование позвоночника показало на уровне примерно от V до IX грудного позвонка значительную мягкую на ощупь припухлость, которая не обнаруживала никакого зыбления, но мешала ощупыванию остистых отростков. Надавливание на это место значительно усиливало боль. Остальные грудные позвонки оказались неизменными, и давление

на них больная выносила без жалоб. Кроме того, больная жаловалась на легкое опоясывающее сдавление в нижней половине грудной клетки, с нарушением дыхания, равно как повторяющийся время от времени кашель, который вызывал боли в нижней половине груди и колотье в поврежденной части позвоночника. Далее больная испытывала чувство разбитости во всем теле, но головной боли не было. Может быть, здесь следовало бы отметить, что у больной как раз в это время была менструация.

Сперва было сделано кровопускание (540 г), причем пульс немного улучшился. На поврежденные места были положены ледяные компрессы, а внутрь для предотвращения возможных выпотов было назначено по 0,18 г каломеля через каждые 2 часа.

16 октября. Состояние больной мало изменилось, боль в спине еще продолжалась, но не распространялась дальше. Назначения остались те же, но к ним было прибавлено кислое питье.

17 октября. Боль в спине усилилась и теперь распространялась до самого крестца, при этом пульс опять стал более полным и ускоренным. Поэтому вновь было сделано кровопускание, и на спину поставлено 15 банок. Ввиду частых испражнений прием каломеля на один день прекращен.

18 октября. Все явления в значительной степени смягчились. Боль стала незначительной, а движения более свободными. Больная опять стала принимать порошки каломеля.

19 октября. Больная начала ходить, боль в позвоночнике почти полностью исчезла. Началось небольшое слюнотечение, против чего был назначен настой ромашки для полоскания. В таком состоянии больная по собственному желанию была отпущена домой. В дальнейшем она показывалась еще несколько раз, чтобы излечить поражение полости рта, что вскоре было достигнуто.

Трепанация

Основные правила, которые я установил для трепанации, являются отчасти плодом наблюдения ряда чужих и собственных случаев (я наблюдал около 30 таких случаев, где трепанация либо была выполнена, либо была только показана, но не выполнена), отчасти результатом изучения важнейших практических трудов, относящихся к данному вопросу.

Первое правило. Профилактическую трепанацию я (по вышеуказанным причинам) считаю показанной только в двух случаях: 1) При наличии инородного тела в костях черепа; здесь операция имеет целью удаление инородного тела, чтобы таким образом предотвратить воспаление, нагноение и секвестрацию кости, а также связанные с этим сочувственные процессы в мозгу. 2) При показании, установленном Э. Купером, т. е. в том случае, когда перелом черепа осложнен вдавлением костного осколка в мозг при одновременном наличии кожной раны, даже если больной находится в полном сознании. Здесь путем трепанации удаляется вдавленный отломок кости, чтобы предотвратить воспаление мозга.

Второе правило. При наличии явлений сдавления мозга, хотя они и не всегда могут быть дифференцированы от явлений сотрясения, каждое подозрительное



место на черепае дает нам право наложить коронку трепана. Преимущества трепанации, благодаря которой открывается местоположение очага, во всех отношениях более значительны, чем ущерб от напрасно выполненной операции. Достаточно вспомнить об описанном С. Купером случае перелома внутренней пластинки черепной кости, чтобы получить ясное представление о преимуществах трепанации в подобном случае.

Третье правило. Насколько хватает моих собственных наблюдений, вдавление костного отломка может надежнее всего привести нас к месту сдавления мозга; простые трещины и переломы черепа часто являются слишком обманчивыми. Если, следовательно, при наличии бессознательного состояния больного обнаружено действительное вдавление в черепае, то только несправедливое предубеждение против трепанации может удержать врача от применения трепана в данном случае. Примеры удачного излечения больных в подобных случаях без трепанации свидетельствуют только о том, что хирургические принципы, как в любой неточной науке, подвержены случайным исключениям, которые имеют такое же ничтожное значение, как осложненный оскольчатый перелом, окончившийся счастливо без ампутации.

Четвертое правило. Столь превосходно описанные Поттом явления нагноения ушибленной твердой мозговой оболочки, характеризующиеся измененным видом наружной кожной раны, также представляют не менее твердое показание к трепанации, чем вдавленные костные отломки. Как только я замечаю, что наружная рана сделалась сухой и грязной, а края ее при этом бледны, и что у больного начинаются головные боли, рвота и он впадает в спячку, я немедленно принимаю решение трепанировать. В этих случаях, которые некоторыми врачами были приняты даже за холеру, вскрытие всегда обнаруживает скопление гноя между черепом и твердой мозговой оболочкой.

Пятое правило. Наконец, что касается самого инструментария для производства трепанации, то для меня трезин и дуга трепана не представляют большой разницы. И тем и другим можно оперировать одинаково легко и хорошо. Если предварительно слегка отодвинуть черенком скальпеля надкостницу от кости, то наложение коронки всегда более надежно; она не так легко соскользнет с поверхности черепа. Я должен здесь еще отметить, что приведенные некоторыми авторами-хирургами указания относительно того, по каким признакам распознавать диплоэ, по-видимому, ошибочны. Наружная пластинка кости так сильно кровоточит при просверливании, что опилки диплоэ, окрашенные в красный цвет (и столь хорошо заметные на трупах), на живом совершенно не могут быть распознаны.

2. Повреждения позвоночника

Случай 13. Перелом грудного позвонка. Сотрясение спинного мозга. Смерть.

Петерсон, купец, 38 лет, в пятницу 7 августа 1836 г. имел несчастье во время езды в коляске упасть назад через спинку последней. Он был найден лежащим в бессознательном состоянии, а когда сознание вскоре вернулось, то ноги

оказались нечувствительными и неподвижными; на верхних конечностях чувствительность также отсутствовала, в то время как способность к движениям была в незначительной степени сохранена. Живот до подложечной области также был нечувствителен. Половой член был в состоянии эрекции.

Было решено отвезти больного домой, но так как в коляске его нельзя было везти из-за болей, то домой его понесли. Тотчас же была предпринята венесекция; но так как пульс был очень вялый и во время кровопускания сделался очень малым, то было выпущено только 300 г крови. Больной получил рвотное (*Tart. emet. 0,18*), и так как оно не подействовало, то было повторено, но снова без результата. На спине между лопатками была обнаружена поперечная складка и в стороне от нее выпячивание. Окружающая кожа была покрасневшей; давление на шею или движение шеи вызывали острую боль. На описанное место был положен ледяной компресс; затем была сделана уксусная клизма, не вызвавшая, однако, опорожнения кишечника.

Всю ночь больной не спал, временами жаловался на преходящие стеснения в груди; в субботу утром, после повторной уксусной клизмы, дважды был стул, причем одновременно произошло непроизвольное мочеиспускание. Так как пульс снова поднялся, то было назначено кровопускание (450 г) путем венесекции, местно – 25 кровососных банок на затылок, затем порошки каломеля из расчета 0,18 г через каждые 2 часа; на бедрах сделано втирание жидкой мази из *Tinct. Canthar.* и *Linim. volat. aa.* Это втирание не вызвало никаких ощущений. Дефекация происходила только непроизвольно; имелась задержка мочи, так что приходилось опорожнять пузырь с помощью катетера. Пульс временами был лихорадочный, наблюдалась сильная жажда, аппетит полностью отсутствовал. Иногда больной выпивал чашку чая. Сознание все время было ясное, глотание беспрепятственное.

12 августа больной был принят в хирургическую клинику. Состояние его было без изменений с той лишь разницей, что иногда появлялось чувство тяжести в ногах, которого раньше не бывало. Чувство стеснения в груди появлялось чаще, глотание уже несколько затруднено, пульс поднялся; на головке члена, равно как на мошонке, обнаружены начальные признаки гангрены.

Среда 12 августа. Ночью больной спал мало. Ощущает жажду, однако не такую сильную, как раньше. Утром 2 раза было непроизвольное отхождение жидкого кала, моча была выпущена при помощи катетера. После обеда опять был непроизвольный жидкий стул, моча снова выпущена катетером. Больной жаловался на преходящее стеснение в груди, тяжесть в ногах и нарастающее затруднение глотания. За обедом больной поел немного супа с размягченными сухарями, утром пил чай. Каломель был отменен, так как началось поражение десен.

Четверг 13 августа. Больной немного спал, утром выпил чаю с сухарями; несколько раз был жидкий стул. Во время обхода у больного был озноб. Снова был применен катетер. Вечером стула больше не было: озноб продолжался три часа; моча выпущена катетером.

14 августа. Ночью спал мало. Утром выпил чашку чая с сухарями. Жалуются на боль и затрудненное глотание и более частые стеснения в груди. В 10



часов был озноб. Все лекарства давались по-прежнему, и был назначен еще хинин: *Rp. Chinin. sulf. 0,12, Calom. 0,06, Op. pur. 0,015. M. f. pulv., D. t. d. № 8. S.* По 1 порошку через каждые 2 часа. После обеда наступило kloкочущее дыхание и стеснения в груди усилились. Больной жаловался на недостаток воздуха. Был стул. Катетер не выводил мочи, живот был вздут, как барабан; пульс в 10 часов вечера малый. Озноб вечером продолжался почти 3 часа. Был назначен везикатор на грудь и два доверова порошка внутрь. В час ночи больной скончался.

Протокол вскрытия. Вскрытие произведено на другой день. Грудная полость: легкие нормального цвета и обычной плотности, нижние доли окрашены несколько темнее; из поверхности разреза всюду вытекает пенная кровь, в нижних долях – более темная. Сердце содержало, особенно в правой своей половине, очень плотные сгустки желтого, салоподобного цвета. Брюшная полость: кишечник весь тимпанически вздут, печень не изменена, мочевой пузырь сжат. Полость черепа не была вскрыта. На спине долотом выбиты нижние шейные и верхние грудные позвонки. Здесь обнаружен перелом, проходивший горизонтально через тело II грудного позвонка и через суставные отростки того же позвонка. Таким образом, произошло смещение плоскостей перелома, причем верхний отломок был отеснен немного вперед. Было ли это причиной сдавления спинного мозга, осталось невыясненным.

З а м е ч а н и е. В этом случае, как и при всех страданиях спинного мозга, заслуживает внимания следующее. 1) Полное сознание; поражения спинного мозга оказывают в значительно меньшей степени влияние на головной мозг, чем заболевание последнего – на спинной мозг; при этом самые обычные проявления поражения головного мозга – это параличи и судороги. 2) Если меня спросят, почему в данном случае паралич нижних конечностей наступил мгновенно, тотчас же после повреждения, то я отвечу: от сотрясения спинного мозга, а не от давления сломанной кости, так как, во-первых, в этом случае подобное давление вообще не могло быть подтверждено, и, во-вторых, даже в тех случаях, когда сдавление спинного мозга костью, очевидно, имело место, все же, как правило, необходимо считать ближайшей причиной паралича сотрясение. Болезнь Потта показывает, в какой степени спинной мозг может выдерживать сдавление. Очень жаль, что мне не разрешили после смерти больного вскрыть позвоночный канал на всем его протяжении. 3) Примечательно в данном случае также столь быстрое наступление гангрены крайней плоти и мошонки; не произошло ли это вследствие частого соприкосновения с мочой? Правильного объяснения этого обстоятельства, равно как эрекции члена после повреждений спинного мозга, мы ждем еще от физиологов.

3. Ранения шеи

Случай 14. Ранение шеи между подъязычной костью и щитовидным хрящом. Шов. Заживление per granulationem.

Иоганн Расманн, местный дамский портной, 62 лет, крепкого сложения, уже раньше предавался пьянству. 21 мая 1836 г. вечером больной в состоянии



опьянения совершил попытку перерезать себе горло. При осмотре обнаружилось следующее. Разрез был длиной около 10 см, тянулся поперек шеи между подъязычной костью и щитовидным хрящом, и таким образом были рассечены следующие образования: кожа, лежащий под нею жировой слой, мышцы (подкожная мышца шеи, грудино-подъязычная, лопаточно-подъязычная мышца), средняя подъязычно-щитовидная связка, запирательная перепонка, верхний край щитовидного хряща и слизистая оболочка гортани. Через зияющую рану воздух проходил туда и обратно; рана довольно обильно кровоточила вследствие повреждения нескольких веточек верхней щитовидной артерии. Больной мог говорить, но речь была хрипящая, время от времени при возникавшем от раздражения кашле в рану выбрасывалась кровь, перемешанная со слюью. Кровоточащие ветви артерии не могли быть перевязаны вследствие их ретракции. Рана гортани была закрыта на квартире пострадавшего весьма несовершенным образом посредством кровавых швов. Швы проводились не только через кожу, но и через щитовидный хрящ; затем была наложена повязка, посредством которой голова удерживалась согнутой вперед; больному сделано кровопускание (360 г). В таком виде больной был доставлен в клинику.

22 мая. Больной плохо спал и чувствует себя усталым. Наложена шапка Кёлера, на нижнюю часть шеи поставлено 30 пиявок.

В ближайшие дни все объективные явления улучшились: хрипящий звук при дыхании уменьшился, кашель и мокрота пошли на убыль. Однако душевное состояние больного было все время мрачное и подавленное, у него были кошмарные сны, он мало и беспокойно спал, но при этом лихорадки не было. Против этих нервных нарушений больной получил опий внутрь в виде эмульсии и вечером в клизме. 26 мая рана довольно сильно гноилась и имела вялый вид; ее ежедневно перевязывали с раздражающей мазью и стягивали липким пластырем. Таким образом, вид ее постепенно улучшался, а 7 июня оба угла ее уже зарубцевались. С этих пор заживление раны постепенно продвигалось вперед и в дальнейшем стимулировалось прижиганием ляписом. 1 июля рама уже имела совсем небольшой размер и в ней было видно несколько грануляционных разрастаний. 6 июля она полностью закрылась, рубец со всех сторон заворачивался внутрь, в сторону гортани, так что здесь возникла поперечная ямка длиной около 4 см.

З а м е ч а н и е . Удивительно, что раны гортани и дыхательного горла, нанесенные рукой самоубийцы, заживают сравнительно хорошо и без особых опасных явлений. Гнойные затеки присоединяются к этим ранам гораздо чаще, чем воспаление гортани и дыхательного горла. Опасное кровотечение при этом бывает еще реже.

Может ли подобная рана зажить первичным натяжением или нет? По-видимому, во всем организме нет другого такого места, где бы сосредоточилось столько моментов, препятствующих первичному натяжению, как именно здесь. Раздражения гортани и дыхательного горла при кашле, глотании и прохождении воздуха, повышенная секреция слизи, невозможность удержать края раны в точном соприкосновении, склонность наружных, кожных краев раны заворачиваться внутрь, наконец неровная поверхность этой области и невозможность



тщательно приладить полоски липкого пластыря – все эти многочисленные обстоятельства делают здесь первичное натяжение невозможным. Наружная кожная рана обыкновенно не располагается параллельно внутренней, и если заживление полностью предоставить силам природы, как, например, в животном мире, то наружный край раны накладывается на внутренний край и с ним срастается. Это происходит уже через несколько дней после ранения. В дальнейшем образуется также рубец между внутренними краями раны.

Как, однако, лечить подобные повреждения? Следует ли накладывать швы или, может быть, липкопластырные полоски? Или же следует поддерживать края раны в необходимом соприкосновении посредством соответствующего положения головы (шапка Кёлера и т. д.)? Почему опыт разных хирургов в этом вопросе различен? Шов здесь, очевидно, имеет то преимущество, что он предупреждает заворачивание внутрь рыхлых, подвижных краев наружной раны, но как он это осуществляет? Конечно, чисто механически и то лишь на некоторое время. Но может ли шов предотвратить нагноение и гранулирование раны? Если нет, то края кожи при развитии гранулирующей поверхности все равно будут заворачиваться внутрь. Кроме того, легко может случиться, что края кожи склеятся раньше, чем внутренняя рана успеет срастись; в таком случае неизбежно образование эмфиземы. Поэтому, по моему мнению, следует совершенно отвергнуть одно лишь зашивание наружной кожной раны. Следовательно, если зашивание раны вообще когда-либо показано при ранениях гортани и дыхательного горла, то оно должно, как мне кажется, соединять не одни только наружные покровы, но и края перерезанных хрящей. Хотя я приводил ряд причин, по которым первичное натяжение здесь всегда является сомнительным, я не вижу никаких противопоказаний к тому, чтобы попытаться зашить здесь рану, в особенности когда характер повреждения, индивидуальность больного и т. д. позволяют в известной мере рассчитывать на первичное натяжение.

Если принято решение вести рану *per primam*, то необходимо наложить кровавые швы как на рану хряща, так и на кожную рану. Против этого приема было сделано много возражений, но я думаю, что все они упираются в старый предрассудок, относящийся к повреждению хрящей. Если проводить швы крепкой иглой только через хрящ, не повреждая слизистой оболочки гортани и дыхательного горла, то шов этот может быть лишен каких-либо недостатков. Описанный здесь случай также подтверждает это, тем более что здесь несколько раз предпринималась попытка наложения шва, причем в весьма нецелесообразном виде. Хотя в данном случае первичное натяжение не удалось, как этого, впрочем, и следовало ожидать, но больной не жаловался ни на какие особые неудобства. После наложения шва я стягиваю еще края раны несколькими полосками липкого пластыря и придаю больному соответствующее положение с помощью шапки Кёлера.

Я видел больного впоследствии еще несколько раз; он стал также предметом другого хирургического наблюдения. Дело в том, что он был алкоголик и артритик и спустя несколько месяцев начал страдать воспалением стекловидного тела глаза (подагрического характера). Кроме того, он жаловался на затруднения при глотании, которые заставляли опасаться образования сужения пищевода.

4. Повреждения коленного сустава

Повреждения, как, впрочем, и все остальные заболевания коленного сустава, отличаются рядом особенностей, благодаря которым они существенно отличаются от поражений других суставов. В самом деле, повреждения других тканей, сходных между собой, например плевры и брюшины, также отличаются в некоторых отношениях между собой; однако причина этих различий здесь совершенно очевидна; эту разницу следует искать в строении и функции органов, окутанных этими серозными оболочками. Отсюда – вхождение воздуха в грудную полость при проникающих ранах груди и, наоборот, выпадение внутренностей при проникающих ранениях живота. Причина подобных осложнений указанных ранений может быть легко объяснена, если ознакомиться с механическими условиями, существующими в грудной клетке и в брюшной полости. Вот я и спрашиваю, почему так часто даже ничтожные повреждения коленного сустава связаны с явлениями, угрожающими самой жизни, так часто не поддаются самому рациональному лечению и так часто являются показанием для усеечения конечности. Почему голеностопный и лучезапястный суставы и даже плечевой сустав значительно лучше переносят повреждения, чем коленный сустав? Не вдаваясь подробнее в общеизвестное объяснение этого факта сложным строением коленного сустава, обширными размерами синовиальной оболочки и, наконец, ригидностью и неподатливостью фиброзной сумки и связок сустава, я хочу обратить внимание моих читателей только на одно обстоятельство, которое, как мне кажется, осталось менее замеченным авторами. Я имею в виду *распространение воспаления синовиальной оболочки по клетчатке, залегающей глубоко между мышцами бедра и голени*. Это воспаление составляет, в сущности, самое страшное во всем повреждении коленного сустава. Оно не только не уступает самому энергичному антифлогистическому лечению, но даже ампутацию делает невыполнимой.

При описании этих важных явлений я хочу предварительно отметить, сколь существенно травматическое воспаление отличается от других специфических воспалений; пусть же врачи, которые не признают никакой специфичности воспаления, которые не усматривают во флогозе никаких других особенностей, кроме его степени, подумают только о травматическом и ревматическом воспалении коленного сустава. Как ни тяжело ревматическое воспаление коленного сустава, оно никогда не распространится на межмышечную клетчатку бедра и голени. Здесь нельзя отметить ничего другого, кроме скопления в суставной сумке серозной синовиальной жидкости, которая иногда принимает гноеподобный вид. Углубления с обеих сторон от надколенника исчезают, верхняя граница синовиальной оболочки под разгибателями отчетливо выражена. Кожа над суставом напряжена и лоснится, движения болезненны; колено находится в согнутом положении. Иногда при специфическом лечении этой водянки сустава рвотным камнем, сначала большими дозами, а затем дробными, и пластырями из шпанских мушек на весь сустав воспаление почти бесследно исчезает в несколько дней.

Напротив, травматическое воспаление, которое возникает при тех же явлениях гидрартроза, или, вернее, пиартроза (так как скопившаяся в суставе



жидкость представляется серозно-гнойной), одновременно охватывает также клетчатку, которая расположена в промежутках между *m. rectus* и *m. crureus*, между широкими мышцами, между *m. crureus* и надкостницей, или рассеяна на голени под икроножной мышцей; даже клетчатку между отдельными мышечными пучками не щадит это ужасное воспаление. Вследствие этого бедро и голень чрезмерно опухают, причем это опухание также отличается некоторыми особенностями и поэтому заслуживает нашего более пристального внимания. От псевдорожистого опухания оно отличается тем, что: 1) оно не всегда окрашено в темно-красный цвет, в одном случае я даже видел сохранение естественного цвета кожи; 2) оно не обнаруживает никакого зыбления или только неотчетливую, обманчивую флюктуацию; 3) оно не сопряжено с омертвением клетчатки, расположенной под фасцией. Обыкновенно бывает действительно чудовищное опухание всей конечности, которая местами на ощупь очень тверда и напряжена, местами обнаруживает ложную флюктуацию и, наконец, повсюду резко отечна, так что давящий палец оставляет после себя глубокую ямку. При этом больной жалуется на безумные боли не столько при обследовании опухоли, сколько при малейшем движении. От этих неистовых болей общее состояние больного тяжело страдает уже в течение ближайших четырех-пяти дней: его пульс мал, еле прощупывается и очень учащен, черты лица резко меняются и принимают настоящий гиппократов вид, на одной щеке или на обеих играет гектический румянец, язык густо обложен, об аппетите, разумеется, не может быть и речи; к этому, наконец, присоединяется легкий бред с бормотанием, и вся эта сцена завершается известным концом.

Об одном подобном случае сообщается ниже; я применял антифлогистическое лечение сразу же после повреждения и проводил его методически до *pess plus ultra*¹: два кровопускания до обморока, свыше 200 пиявок и почти 5 г каломеля внутрь были применены на протяжении трех дней. И все это вместе не оказало ни малейшего влияния на ход болезни. Другой больной, о котором скоро будет речь, в течение 6–7 дней после повреждения был совершенно предоставлен естественному ходу вещей, или подвергся во всяком случае безразличному лечению, а результаты были те же. Когда я был приглашен к нему, то нашел все описанные явления. Бедро распухло до самого паха, оно было почти вдвое толще здорового бедра. Рана, образовавшаяся вследствие падения на косу, находилась на внутренней стороне коленного сустава и имела своеобразный, грязный вид (французы называют это *blafard*²), свойственный всем ранам суставов. Таковы те явления, которые делают раны коленного сустава, по моему суждению, столь опасными. Следовательно, не воспаление суставной сумки само по себе, а распространяющееся поражение клетчатки придает этой ране столь важное значение.

Авторы говорят о гнойных затеках после ранений коленного сустава. Как же объяснить их возникновение и механизм? Я полагаю, что, применяя это название, смешивают два или три различных болезненных процесса. 1) В некоторых случаях, каковых очень мало, эти гнойные затеки возникают вследствие разрыва

¹ *Nec plus ultra* (лат.) – до крайних пределов.

² *Blafard* (франц.) – бледный, тусклый.



синовиальной оболочки, чрезмерно растянутой гноем (например, при колотых ранах, как в случае, описанном в книге Дюпюитрена о ранах); в этих случаях гной через разрыв в сумке образует затеки менаду мышцами бедра. 2) Гной образуется не только внутри сумки, но и вне ее, вблизи сустава, а отсюда он распространяется вверх или вниз между мышцами. Такое положение конечности, которое больной находит для себя сносным, в значительной степени благоприятствует развитию подобных гнойных затеков. К данной категории принадлежит случай 16. Мальчик мог лежать не иначе, как только с приподнятым коленом, он не жаловался на особенно сильные боли в бедре, и свищевые ходы между мышцами являлись здесь, очевидно, результатом механического затекания. 3) Наконец, и, пожалуй, чаще всего эти гнойные затеки являются продуктом описанного мной воспаления межмышечной клетчатки. В этом случае гной не затекает, а образуется между мышцами; более того, иногда даже не возникает никаких скоплений гноя, как в случае 16, а имеется истинная гнойная инфильтрация. Это имело место в том случае, который я приводил выше. Здесь я обнаружил при исследовании ампутированной конечности, что клетчатка между боковыми широкими мышцами бедра и промежуточной широкой была пропитана гноем насквозь, как губка. Даже часть широкой промежуточной мышцы была превращена в эту гнойную массу. Кроме того, более густой гной располагался между отдельными пучками *m. scireus*, так что на поперечном разрезе эта мышца имела вид мрамора (красноватого и желтоватого цвета). Этим объясняется отсутствие флюктуации, огромная отечность и безумные боли, столь характерные для этого глубокого страдания. В этом случае мышцы, перерезанные во время ампутации, казались очень красными и хорошо развитыми. При первом взгляде на больную конечность я уже был убежден, что здесь должны быть глубокие скопления гноя; однако признаюсь, я ожидал более значительного скопления гноя между мышцами. Поэтому меня поразили их слишком здоровый вид, и, как теперь я догадываюсь, они, вероятно, тоже были воспалены. Странно только, что я нашел коленный сустав менее пораженным, чем предполагал. Если не считать проникающей раны непосредственно у верхней границы сумки и скопления серозно-гнойной жидкости, суставные концы костей и полулунные хрящи имели совершенно нормальный вид.

Как при этих условиях обстоит дело с лечением? Для себя самого я на будущее время установил следующие правила. 1) Применять строго антифлогистический метод только в том случае, если воспаление ограничилось одной лишь синовиальной оболочкой коленного сустава. 2) Как только бедро или голень на второй-третий день после ранения коленного сустава обнаруживает своеобразное опухание или если больной жалуется на сильные боли во всей конечности, я прекращаю антифлогистическое лечение. Здесь уже нельзя больше предотвратить роковой исход в нагноение. Если же продолжать антифлогоз, то больной очень истощится и, несомненно, погибнет от профузного нагноения, которое требует значительного расхода сил. 3) Я буду исследовать конечность по нескольку раз в день, и где я только не почувствую флюктуацию, хотя бы и ложную, даже если она расположена в самом коленном суставе, я буду производить глубокие разрезы и окутывать всю конечность теплыми припарками. 4) Если,



наконец, при такого рода лечении развитие вышеописанных явлений не будет предотвращено, а конечность будет опухать от отека, причинять невыносимые боли и давать ощущение ложной флюктуации, то я без промедления, возможно скорее, произведу ампутацию конечности.

В самом деле, что еще остается здесь делать? Разве ограничиться разрезами, как я это практиковал в двух случаях (см. случаи 16 и 17)? Но, во-первых, на какую глубину? Во-вторых, сколько разрезов? В-третьих, обеспечат ли они инфильтрирующему гною выход наружу? В самом деле, достаточно было поверхностного осмотра ампутированной конечности в вышеупомянутом случае, чтобы убедиться, что здесь разрезы длиной 30 см и глубиной 30 см все же не были бы в состоянии удалить эту настоящую гнойную губку. И что же получается после разреза? Глубокая, огромная, прилегающая непосредственно к кости гнойная полость, для гранулирования и заживления которой не хватило бы сил самого здорового человека. Я действительно сожалел, что больного, описанного в случае 16, я таким образом буквально погубил. Вместо того чтобы делать эти ненадежные многодюймовые разрезы и протягивать заволоки, я должен был быть менее тщеславным, и если я уже однажды совершил ошибку, решившись на операцию, то мог хотя бы спасти больному жизнь ценою жертвы конечности. Я думал, правда, в этом случае об ампутации, но *proh dolor*¹ слишком поздно.

Хотя в подтверждение установленных мной терапевтических принципов я не могу привести ни одного счастливого случая, но кто пережил подобные случаи, тот, безусловно, в будущем будет думать и поступать не иначе, чем я. Убеденный в справедливости этих принципов, я уже однажды предпринял ампутацию бедра (в вышеописанном случае), однако исход был неутешительный. Больной умер тотчас же после того, как были перевязаны сосуды ампутированного бедра. Причину смерти я не могу указать с полной определенностью; вероятно, здесь речь шла о том загадочном виде смерти, который с легкостью обозначается ничего не выражающим названием «нервный удар». В тот самый момент, когда я закончил перевязку сосудов (кровопотеря была довольно значительная, так как турникет не мог быть тщательно наложен вследствие огромной припухлости бедра), у больного начался приступ судорог в ногах. Когда я заглянул ему в лицо, оно было иссиня-бледного цвета, и он находился в состоянии, близком к обмороку. После опрыскивания водой больной пришел на мгновение в себя и вскрикнул голосом человека, умирающего от удушья: «*Нечем дышать, я умираю*». При этом он производил разные движения, которые выражали смертельный страх, затем лицо еще более посинело, зрачки страшно расширились, пульс еле ощущался, и, таким образом, он в течение нескольких минут скончался на моих руках, причем я тщетно пытался оживить его опрыскиванием водой головы, нашатырным спиртом, растиранием груди щеткой.

Несомненно в данном случае вина падает не на ошибочное показание к ампутации. У меня были такие случаи, когда мне удавалось произвести ампутацию с удачным исходом у значительно более истощенных больных. Нельзя считать причиной смерти то обстоятельство, что я производил операцию в пределах тканей,

¹ Proh dolor (лат.) – увы, к сожалению.



уже охваченных воспалением, – я это сделал потому, что мне не хотелось предоставить больного его судьбе. Правда, от этого тоже можно было ожидать дурных последствий, однако не так внезапно наступающих и не такого рода. Вхождения воздуха в вены в разбираемом случае нельзя было услышать. Может быть, правильное всего считать здесь причиной смерти паралич легких. При этом следует особенно отметить, что больной обнаруживал до и во время операции нарочитое и показное мужество, а именно такое мужество мне всегда неприятно. Я уже видел много случаев, когда реакция после операции, проходившей при таком бравадном настроении больного, была слишком сильной и стоила больному жизни.

Случай 15. Запущенная рана коленного сустава. Гектическое состояние больного. Ампутация. Выздоровление.

Индрик, эстонский крестьянин, 23 лет, в декабре 1835 г. ударил себя топором по колену. Рана была небольшая, чуть более 2,5 см в длину и 1,25 см в глубину. Существенного кровотечения не было. Не было и особых жалоб, так что больной мог сам заниматься своими делами. Для ускорения заживления раны больному посоветовали сделать окутывание из льняного семени. Однако после этого начались сильные боли, коленный сустав стал неподвижным и сильно распух, при этом больной сильно ослабел. Тепловатые припарки, рекомендованные тогда одним врачом, не дали никакого облегчения. Наконец, в разных местах ноги открылись язвы; только теперь, в состоянии предельной слабости, больной дал согласие доставить его в клинику, куда и был принят 5 мая 1836 г.

Было обнаружено следующее. 1) Правое бедро, которое и было местом заболевания, казалось в два-три раза толще левого, нога от середины голени до стопы отекала, кожа стопы напряжена, в отдельных местах покрыта чешуйками и рубцами – следами от уже заживших язв. 2) У больного были сильные боли в тазобедренном и коленном суставах, в средней части бедренной кости и вдоль медиальной поверхности большеберцовой кости. Напротив, передний гребень большеберцовой кости был безболезненным. 3) Температура всей конечности была повышена, а на отекающих местах понижена. 4) Сгибание конечности затруднено отчасти вследствие тугоподвижности суставов, отчасти из-за боли. 5) Направление конечности изменено: пальцы стопы и надколенник направлены кнутри, пятка – кнаружи. 6) Мышцы и другие мягкие ткани очень тверды и компактны, между тем как в остальных отделах конечности отмечаются лишь дряблость и исхудание. 7) На бедре нет никаких язв, за исключением его середины, где на боковой стороне имеются две небольших язвочки, покрытые белыми струпами. 8) Язвы на нижней половине конечности: а) на передней поверхности колена, куда пришелся удар, – рубец от язвы, б) на медиальной поверхности колена округлая язва с валикообразными мягкими краями, бледная, с неровным и глубоким дном, с неровными бледными разрастаниями, между которыми можно проникнуть зондом до обнаженной крошащейся кости, в) подобная же язва на медиальной лодыжке, но без обнажения кости, г) на медиальной поверхности большеберцовой кости посередине две мелкие язвы, покрытые белыми струпами. Все язвы содержали зловонный вязкий светлый распад, окрашенный кровью. 9) На протяжении от VI грудного позвонка до крестца имелся пролежень с шестью язвами, кругловатыми или продолговатыми, с плоскими



краями и бледными разрастаниями на дне; прощупывание остистых отростков в этих местах причиняло больному боль; на левой стороне крестца имелся более крупный пролежень грязноватого, красновато-синеватого цвета, с разрастающимися грануляциями и со зловонным зеленоватым распадом.

Общее состояние. Больной жалуется на непрерывное познабливание, сильную слабость, резкие боли в пораженных частях. Кожа горячая на ощупь и сухая, язык сухой, аппетит отсутствует, моча скудная, пульс мал, свыше 100; ежедневно бывает стул, живот безболезненный. Сразу же после поступления в клинику больному сделана смягчающая наркотическая припарка на все правое бедро, а на пролежень наложена повязка с танниновой мазью.

6 мая произведена ампутация бедра по Дюпюитрену; она прошла без всяких затруднений и чрезвычайно быстро. Кровотечение не было чрезмерным, пришлось перевязать только три артерии. После остановки кровотечения была наложена повязка: с помощью полосок липкого пластыря ампутационная рана плотно стянута до размера продольной щели, в которой кожные края соприкасаются между собой; на рану положено несколько плюмассо со смягчающей мазью; поверх этого наложен мальтийский крест – две перекрещивающиеся лонгеты, удерживаемые на месте круговым бинтом. Больной был перенесен на кровать, под культю подложена небольшая подушка. Он хорошо перенес операцию, реакция была незначительной, пульс 120–130. После наложения повязки больной ощущал легкие подергивания в ране. Через три часа пульс стал медленнее, боли – слабее, повязка слегка промокла кровью, вследствие чего сделано ледяное обертывание культи.

7 мая. Больной жалуется на приступ жара, пульс ниже 120, преходящие колотья в культе. Повязка оставляется нетронутой. Пролежень же, наоборот, перевязывается два раза в день следующим образом. Самые язвы и окружающая кожа промываются линиментом следующего состава: *Rp. Album, ovi 30,0, Spir. vin. 60,0, F. agitando linim.*; затем накладывается танниновая мазь (*Rp. Plumb, tannin. 7,5, Op. pur. 0,6, Camphor. 3,75, Axung. pore. 30,0*), а сверх того положен еще мыльный пластырь. Вечером незначительное обострение: общий жар, пульс 128, более сильные колотья в культе.

8 мая. Больной спокойнее, пульс реже, утром более резкие боли в культе, против чего снова применены ледяные обертывания. Два раза был кашицеобразный стул. Пролежни, помимо указанной обработки, подвергнуты прижиганию ляписом.

9 мая. Ночью был проливной пот; больной чувствует себя лучше. Внутрь назначено: *Rp. Aq. oxymuriat. 7,5. Decoct. Alth. 180,0, Sirup. s.¹. 30,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

10 мая. Пульс 104; кожа эластична; был стул. Первая смена повязки, на краях раны имеются темные грязные пятна. Из раны выделяется белесая ихорозная жидкость, смешанная с кровью. Назначено внутрь: *Rp. Extr. Chin, frigide par. 11,25, Aq. Cinnam. 180,0, Acid, phosphor, dilul. 7,5, Sirup. s. 30,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

¹ S. – simplicis.



11 мая. Общее самочувствие хорошее, пульс 102; болей нет. Отныне рана перевязывается ежедневно, края раны не спаялись, поверхность разреза очень грязная, покрыта зловонным распадом. При каждой перевязке рана промывается отваром-настоем из хинной корки и аира и покрывается *Ung. Elemi* (на каждые 30 г этой мази прибавлено 3,75 г *T-rae Myrrh.*), после чего стягивается указанным выше путем.

С 12 по 15 мая. Общее состояние хорошее. Вечерние обострения прекратились. Пульс 96. Больному разрешается питательная мясная пища, пиво и вино. Внутрь Decoct. Chin, (из 30,0 Cort. Chin.) с 7,5 Acid, *phosphor*, dilut. Лигатуры отошли; рана вялая.

С 16 по 18 мая. По вечерам дается порошок из *Chinin. sulf.* 0,18, *Camph.* и *Opii aa* 0,03 с сахаром.

19 мая. Рана, которая в одном месте носит эретический характер, перевязывается здесь со свинцовой мазью, к которой добавлен цинк, а на всем остальном протяжении – с красной преципитатной мазью.

20 мая. Рана еще более раздражена и кровоточит только вследствие контакта с воздухом; на нее накладывается повязка с египетской мазью. Из вечерних порошков изымаются опий и камфора.

С 21 по 25 мая. Рана имеет более свежий вид.

С 26 по 28 мая. В ране показываются хорошие грануляции, перевязка с цинковой мазью.

29 мая. Рана вялая, накладывается повязка с мазью, содержащей *Ung. de Styrac.* 30\$, *T-rae Myrrh.* 11,25 и *Camph.* 1,25.

30–31 мая. В хорошую погоду больного выносят на полчаса на воздух.

С 1 по 6 июня. Больной чувствует себя очень хорошо; пролежень начинает заживать.

С 7 по 12 июня. Ампутиционная рана уменьшается, края ее прижигаются ляписом, а поверхность смазывается раствором ляписа (0,12 г на 150 мл воды), после чего накладывается повязка с базиликонной мазью, к 30 г которой добавлено 3,75 г настойки мирры.

С 13 по 17 июня. Состояние больного очень хорошее.

С 18 по 20 июня. Начался понос, вследствие чего больной лишается пива и ему назначается настойка опия в слизистом растворителе.

21 июня. Понос прекратился.

С 22 июня по 3 июля. Постепенно уменьшающаяся рана перевязывается каждый третий день. Обнаружено несколько каллезных участков, которые подвергаются разрушению с помощью ляписа.

С 6 по 16 июля. Больной быстро прибавляет в весе, что видно даже по состоянию культи. Он каждый день прогуливается с помощью костылей.

С 17 по 20 июля. В середине культи остался еще небольшой открытый участок, покрытый хорошими грануляциями, длиной около 4 см. Больной по собственному желанию выписан.

2 августа больной показался вновь. В ране у него остался открытым лишь небольшой участок, который подвергнут прижиганию ляписом. Больной свободно ходит на костылях.



Анатомическое исследование ампутированной конечности.

1) Клетчатка голени утолщена и отечна. 2) Кожа в области коленного сустава перерождена, в отдельных местах подобна хрящу, спаяна с надколенником. 3) Изъязвленный участок ведет непосредственно в полость коленного сустава, причем зонд натывается на обнаженную шероховатую суставную поверхность бедренной кости. 4) Хрящ бедренной кости и мениски большей частью в различных местах рассосались. 5) После распила кости не замечено никакого кариеса в губчатом веществе ее. В полости сустава скопления гноя нет.

З а м е ч а н и е . Одного взгляда на положение конечности в данном случае было совершенно достаточно, чтобы убедиться в том, что коленный сустав поражен. Повернутая внутрь голень, обращенный наружу или тоже внутрь носок стопы, несоответствие между объемом голени и бедра с несомненностью свидетельствовали о том, что связки и хрящи коленного сустава должны быть разрушены. При таком состоянии сустава больной, испытывая неописуемый страх, всегда почти старался избегать малейших движений конечности и самых осторожных прикосновений к ней.

Случай 16. Вторичный сифилис. Гигрома подколенной ямки. Иссечение. Образование свища. Смерть.

Иоганн, крестьянский юноша из Камби, 17 лет, скрофулезного вида, поступил в хирургическую клинику 22 октября 1836 г.

Н а р у ж н ы й о с м о т р . 1) Почти все тело, но преимущественно грудь и обе голени были покрыты сыпью, локализовавшейся в собственно коже, при ничтожных воспалительных явлениях в окружающих тканях. Сыпь состояла из пятен, покрытых коричневато-красными корочками. Поперечник этих высыпаний составлял большей частью 2,5 мм, за исключением отдельных мест (одно на внутренней поверхности коленного сустава, другое на внутренней поверхности голеностопного сустава), где эти пятна имели в поперечнике 10 мм. Из них 5 мм приходятся на совершенно круглые, не покрытые коркой красные, мокнущие центральные поверхности, которые концентрически окружены такой же ширины синевато-красным несекретирующим ободком; наружная периферия его слегка прикрыта каемкой омертвевшего окружающего эпидермиса. 2) На лбу имелись *tophi*. 3) Нижняя часть носа распухла, ноздри заложены отчасти корками, отчасти скопившейся слизью и гноем, речь гнусавая. 4) В полости рта и зева никаких язв не видно, на половых органах – никаких следов каких-либо прежних поражений. 5) Давление в паховой области болезненно, некоторые паховые железы слегка увеличены. 6) Помимо того, в правой подколенной ямке имеется напряженная, нефлюктуирующая опухоль с неизменной кожей над ней, занимающая всю подколенную впадину; эта опухоль мешает больному производить движения в коленном суставе.

Об очередности в возникновении указанных явлений и связи между ними больной рассказал следующее. Три года назад больной совершал продолжительную работу, стоя по колени в воде, после чего возникла опухоль в подколенной ямке. Приблизительно год назад он почувствовал боль в горле, причем одновременно возникло тяжелое лихорадочное состояние, озноб продолжался с утра до вечера и сопровождался обильным слюнотечением. После этого установился

жар, а по ночам проливные поты и боли в костях лишали его сна. Боли в горле и в конечностях постепенно усиливались, затем к ним присоединились язвы в горле. Выяснилось, что больной был заражен своим братом-сифилитиком. Сначала он обратился за помощью в местную городскую больницу. Лихорадка и слюнотечение вскоре прекратились под влиянием лечения каломелем и древесным напитком, голодной диеты и содержания в тепле. Через три месяца язвы в горле совершенно исчезли и больной выписался. Боли же в костях продолжали мучить больного. К этому еще присоединилось поражение носа, а через некоторое время после этого появилась кожная сыпь.

Лечение шло по двум направлениям: 1) против общего страдания, представлявшего, без всякого сомнения, очень упорный и застарелый сифилис, и 2) против местного заболевания, т. е. против опухоли правой подколенной впадины, которая предварительно распознана как кистовидная опухоль.

1) Против сифилиса был предпринят курс втираний. С 24 октября по 13 ноября втиралось через день, поочередно в верхние и нижние конечности, а также в спину по 7,5 г серой ртутной мази. Этот вид лечения, выполняемый одновременно с голодным режимом, так мало подействовал на больного, что не наступило даже слюнотечения, а ночные боли в конечностях и костях не прекращались, несмотря на то что в совокупности было израсходовано 75 г серой ртутной мази. Поэтому уже 7 ноября был начат курс лечения сулемой по Дзонди: в первый день – 0,012 г, а в каждый последующий день прибавлялось по 0,006 г. При этом ежедневно втиралось в лоб около 2 г серой ртутной мази вместе с 0,5 г очищенного опия и три раза в день больной получал по 4 капли настойки опия для утоления болей. В нос впрыскивался раствор хлорной извести. Однако даже теперь лишь очень медленно происходили изменения: узлы на лбу постепенно уплощались, и сыпь начала бледнеть, изъязвления же в носу упорно продолжали существовать. Поэтому 19 ноября курс лечения сулемой был поддержан декоктом из *Spec. Lignor.* (30,0 на 540,0 колатуры). Однако повторные резкие боли в животе и поносы заставили 21 ноября отказаться от лечения сулемой, которая в последнее время давалась вместе с опиумом, причем суммарная доза сулемы составила 0,4 г. С 24 ноября пришлось отменить также декокт. С этих пор больному производили ежедневно только втирание в лоб, впрыскивание в нос, а вечером давали доверов порошок против ночных болей в костях. В это время однажды был приступ сильных болей в груди, а в другой раз – мучительные боли в животе, которые исчезли после применения везикаторов.

3 декабря, после того как больной тайком съел две селедки, у него наступило сильное расстройство пищеварения, которое прошло через несколько дней благодаря смягчающим клизмам из *Decoct. amygd.*, с *T-ga theb.*, горчичникам на живот и эмульсии с 0,12 *Extr. Hyosc.* через каждые 2 часа.

Когда состояние пищеварительного аппарата таким путем было основательно восстановлено, можно было с 9 декабря вновь начать применение древесного декокта. Для впрыскивания в нос было назначено: *Rp. Infus. h-b. Cicut. (ex 30,0) 300,0, Merc. subl. corros. 0,48.* Это привело, наконец, к остановке разрушительного процесса в носу, так что уже 26 декабря все язвы здесь зажили. Больной только жаловался на незначительную боль в носу, и поэтому ему было сделано



втирание серой ртутной мази в нос. Лечение декоктом продолжалось. Наконец, 30 декабря все объективные и субъективные признаки сифилиса исчезли и всякое лекарственное лечение было прекращено. Однако 5 января 1837 г. больной все же жаловался на ночные боли в большеберцовой кости, которые бесследно исчезли после лечения сулемой (общее количество ее – 0,24 г), так что 12 января больного можно было считать совершенно излеченным от сифилиса. Сифилис у этого больного был достаточно упорным, ибо для его подавления пришлось применить: голодный режим, ртутную мазь, втертую в количестве 161,25 г, сулему внутрь в количестве около 0,7 г; кроме того, был применен еще курс лечения декоктами. Только теперь можно было подумать о том, чтобы взяться за лечение опухоли.

2) Лечение опухоли правой подколенной ямки. 18 января была предпринята экстирпация этой опухоли. Кожный разрез длиной около 15 см проведен по продольной оси подколенной ямки, после чего разрез углублен послойно. По рассечении подкожной клетчатки разрезается фасция. В щели фасции тут же показывается кистовидная опухоль. Киста величиной с гусиное яйцо осторожно освобождается, в ране видны обнаженные подколенная артерия и большеберцовый нерв. Оба эти образования оттягиваются в наружную сторону. Опухоль у своего основания на протяжении 5 см срослась с сухожилием полусухожильной мышцы. Когда эти сращения были рассечены, ножом одновременно была вскрыта и киста, из которой излилась прозрачная вязкая жидкость. Вся киста была удалена. Таким образом, это была увеличенная слизистая сумка, т. е. гигрома.

Кровотечение во время операции было ничтожное, ни из одной артерии кровь не била струей. Рана была закрыта с помощью четырех кровавых швов и липкопластырных полосок. На закрытую рану положены ледяные компрессы. После обеда начались боли в голени, а вечером – в коленном суставе. Полоски пластыря были разрезаны.

19 января. Больной ночью спал мало. Были сильные боли в колене и голени; колено не покраснело и лишь несколько распухло. Высокая лихорадка. Пульс 120, твердоват. Сделано кровопускание (240 г), а на колено поставлено 50 пиявок. Внутрь через каждые 2 часа давалась 1 чайная ложка *Pulv. temperans*. Вечером боли в колене усилились. Пульс 124, твердый. Было сделано кровопускание (180 г), поставлена размягчающая клизма, которая вызвала обильный стул, а вечером даны два доверова порошка по 0,3 г.

20 января. Боли и опухоль в коленном суставе еще несколько усилились. Швы удалены; поверхностная рана почти совсем закрылась; из верхнего угла раны можно выжать кровянистую жидкость. Назначения: внутренние средства, как накануне, вечером клизма. На рану – простая мазь. Вокруг колена 40 пиявок, после этого ледяные обертывания.

21 января. Ночью больной спал несколько часов. Колотье в коленном суставе. Колено распухло, белое, лоснится. В рану выделяется студенистая прозрачная жидкость; края раны раздвинуты, чтобы секрет имел свободный отток. Пульс немного мягче, 125; язык сухой. Назначение: внутрь, как накануне; 80 пиявок вокруг раны и колена. Вечером: на весь коленный сустав накладывается



большой везикатор, посыпанный камфорой, чтобы вызвать сильное отвлечение наружу и таким образом предотвратить образование гноя в полости сустава.

22 января. Больной ночью спал хорошо. Боли в колене уменьшились. Слабость. Пульс 134, малый. Язык сухой. Наркотическая припарка на коленный сустав.

23 января. С вечера крепко спал 10 часов, вероятно, благодаря приему опиума. Сильные боли в колене. Пульс 120, мал. Везикатор очень сильно натянул; пузыри все вскрыты, па них наложена повязка с простой мазью. Коленный сустав на ощупь упруг. Рана суха и покрыта бледными разрастающимися грануляциями, на рану наложена повязка с *Cerat. 30,0, Camph. 11,25*; вокруг колена втирание: *Ung. mercur. 3,75, Op. pur. 1,25, Camph. 0,6*. Поставлена клизма. Внутрь через каждые два часа дается столовая ложка эмульсии с камфорой, так как у больного были затруднения при мочеиспускании, вызванные везикатором.

24 января. Больной спал, чувствует себя немного освеженным. В ране все еще не видно жидких выделений. Больной получал каждые 2 часа 0,12 г каломеля, а вечером было сделано кровопускание (240 г), после которого пульс стал мягче, 120. Кровь показала *crusta inflammatoria*.

25 января. Больной довольно хорошо спал, от каломеля его три раза прослабило. Поверхностные слои в области коленного сустава нагнаиваются, рана все еще безжизненная. Прием каломеля продолжается, а в бедро и голень втирается *Ung. mercur. 30,0, Op. pur. 11,25*. На сустав кладется повязка с теплой гулярдовой водой.

26 января. Больного все время клонит ко сну. Пульс 120, жестковатый, края раны широко зияют и имеют серовато-грязный вид. На рану накладывается повязка с *Ung. basiliconi*, а на колено – с *Ung. Sabin*.

27 января. Больной хорошо спал; его дважды слабило. Десны очень разрыхлены, поэтому порошки каломеля отменяются. Рана сегодня немного влажнее. Боли в ноге и колене, перевязка и все остальное как накануне. В бедро и голень втирается чистая ртутная мазь.

С 28 по 30 января. Боли утихли, в ране показался ихорозный гной. Наложена повязка с красной преципитатной мазью. Внутрь каломель, 4 раза в день по 0,12 г.

31 января. Из раны вылилось очень много гноя. При исследовании зондом в глубине обнаружен свищевой ход, идущий от подколенной ямки вдоль всей длины бедренной кости, не доходя немного до седалищного бугра. В коленном суставе отмечена флюктуация. При надрезе ланцетом выделилось много гноя, и на передней поверхности бедра обнаружен свищевой ход длиной 15 см. После наложения четырех противоотверстий через эти свищевые ходы были проведены заволоки, а вдоль их – градуированные компрессы, укрепленные экспульсивной повязкой. Внутрь дается *Dec. Chin. (ex 15,0)* с *Elix. acid. Halleri 3,75*. Пульс 124; язык сухой.

1 февраля. Из свищевых ходов выделяется много гноя и распада, особенно при надавливании. Свищевые ходы промываются настоем из ромашки и аира.

2 февраля. Сегодня обнаружено еще три новых свищевых хода, из которых два располагались поперек выпуклости коленного сустава и один, продольный,



отходил от выпуклости коленного сустава вверх по бедру, не доходя на ширину ладони до пупартовой связки. Наложены противоотверстия, протянуты заволоки и наложена давящая повязка. Сильная слабость. Пульс 128, малый. Внутрь: *Dec. Chin. (ex. 15,0) 180,0* с настойкой из *Rad. Valerian. 11,25* и в добавление к этому *Liq. anodyn. 3,75*.

С 3 по 9 февраля. Повязка меняется два раза в день, при этом сменяются и заволоки. Все свищевые отверстия имеют грязный вид и широко зияют. Из них ежедневно самопроизвольно и при давлении вытекает обильное количество зловонного грязно-серого густого гноя. Подвижность в коленном суставе отсутствует, чувствительность его чрезвычайно велика. Силы больного падают с каждым днем. Применение хины и при наступившем поносе *Columbo, Lichen island, и Laudan* не в состоянии поднять жизнеспособность больного. Пульс 110–120, малый. Язык сухой.

10 февраля. Вчера и сегодня вечером были сильные приступы спазматических болей в груди, которые продолжались полчаса и прекратились только после большой дозы опия. Больной сегодня чрезвычайно слаб, дыхание затруднено, пульс 140, нитевидный, язык сухой. Больной получает 4 раза в день по 0,18 г мускуса. Из свищевых ходов удалены все заволоки, давящая повязка снимается, и накладывается легкая повязка с самой простой мазью.

11 февраля истощение достигло высшей степени, и в 3 часа 15 минут пополудни больной скончался.

Вскрытие произведено через 30 часов после смерти. Труп крайне истощенного человека. Правая бедренная кость от коленного сустава до малого вертела окружена зловонным зеленоватым гноем, так что кость осталась покрытой одной лишь надкостницей, которая легко от нее отделялась. Самая кость не была поражена. В глубине, посреди мышц, в двух местах на середине бедра оказались гнойные очаги, не сообщавшиеся с общим крупным гнойным ходом вокруг кости. Суставная капсула была уже неразличима, крестовидные связки сохранились, мениски были поражены, а суставные хрящи на мышцелках бедра, в особенности на наружном, частично рассосались. Суставная поверхность большеберцовой кости была нетронута. На голень гной не распространялся. Ни в тазобедренном суставе, ни в крупных венах, равно как в бедренной и подколенной артериях, гноя также не оказалось. В подколенной артерии был кровяной сгусток.

Сердце было дряблое, полости его наполнены лимфатическими сгустками. Правое легкое отечно, а средняя и нижняя доли его (преимущественно) гепатизированы. Ткань его не хрустела при рассечении, а из поверхности разреза вытекала белая жидкость. Левое легкое сплошь было спаяно с реберной плеврой, а ткань его нормальна. Печень резко увеличена, дряблая, бледная; селезенка очень хрупкая, темная, прочно спаяна с желудком и большим сальником. Желудочно-кишечный тракт и почки были нормального строения.

После более тщательного исследования опухоли оказалось следующее. 1) Мы имели дело с кистой синовиальной оболочки сустава величиной с небольшое куриное яйцо. 2) Наружный слой кисты имел отчетливое, фиброзное строение. 3) Внутренняя же поверхность, напротив, была скользкая, серозная; такое строение ее, напоминающее строение синовиальной оболочки, особенно отчетливо

сказывалось в одном истонченном участке, где отсутствовала фиброзная оболочка. На внутренней поверхности в отдельных местах видны хлопья белковоподобного вещества. Та часть кисты, которая спаяна была с сухожилием полусухожильной мышцы, имела величину около 2,5 см.

З а м е ч а н и е . Признаюсь, что не ожидал в этом случае встретиться с водяной слизистой сумки полусухожильной мышцы. Сильное напряжение слишком затрудняло более отчетливое ощущение зыбления; то обстоятельство, что при сгибании колена опухоль почти полностью исчезала, свидетельствовало лишь об очень глубоком положении кисты. Пожалуй, наиболее крупная моя ошибка состояла в том, что я не применил прокола кисты для подтверждения диагноза. Впрочем, прокол тоже не мог бы установить больше того, что опухоль является гигромой. Иссечение же гигром и ганглиев не только предлагалось, но и выполнялось. Но эта гигрома была в сущности не такой природы, как обыкновенная гигрома надколенника или локтевого отростка и, вероятнее всего, сообщалась с синовиальной оболочкой коленного сустава. При анатомическом исследовании этой оболочки я несколько раз обнаруживал путем раздувания воздухом, что она образует несколько мешковидных дивертикулов, которые выпячиваются между сухожилиями полусухожильной и полуперепончатой мышцы; обыкновенно она сообщается также со слизистой сумкой, лежащей под прикреплением икроножной мышцы. В нашем случае, по-видимому, имелось расширение одного из этих мешковидных дивертикулов суставной капсулы, которое образовало кисту, наполненную синовиальной жидкостью. Этим и объясняется тесное спяние кисты с сухожилием полусухожильной мышцы, из-за чего я не мог отделить кисту от сухожилий. Что касается способа происхождения заболевания, то мне неизвестно, находится ли оно в данном случае в причинной связи с сифилисом или нет. Ртутное лечение не оказало на эту кисту никакого действия. В другом случае больной лечился при клинике амбулаторным путем, и совершенно такая же опухоль коленного сустава почти полностью исчезла при наружном и внутреннем употреблении йода, который я применил в данном случае против скрофулезного периостита.

Я очень обрадовался, когда прочитал в Dict. nouv. de médecine et de chirurgie pratique в статье Сансона под названием *Ostéïte*, что рассасывание суставных хрящей в случае скопления гноя в полости сустава и обнажение вследствие этого шероховатых костных поверхностей еще не означает кариеса. Этот факт, насколько мне известно, нигде до сих пор так отчетливо не высказан. По Русту, это следует называть *caries periphaerica*. В таком случае, однако, следовало бы назвать кариозной каждую кость, обнаженную от надкостницы или от хряща. Если же подобную кость распилить и тщательно исследовать, то нельзя найти ни единого анатомического признака, характеризующего костоеду позвонков при *spondylarthrocace* или кариес костей плюсны при *pcdarthrocace*, например, коричневатый оттенок, хрупкую, крошковатую консистенцию и т. д. Напротив, поперечный разрез такой кости имеет совершенно нормальный вид. Против этого нельзя возразить тем, что разница здесь заключается только в степени поражения; в нашем случае нижний конец бедренной кости находился уже несколько недель в соприкосновении с гноем, и тем не менее здесь ничего нельзя было



отметить, кроме рассасывания суставного хряща и некоторой шероховатости обнаженной костной поверхности.

На вскрытии я рассчитывал встретить гной в венах, так как наступившие незадолго до смерти явления напоминали приступы пернигиозной перемежающейся лихорадки, а, как известно, эти приступы очень часто совпадают со скоплениями гноя (см. наблюдения Фрике). Я припоминаю случай, где наблюдал подобные явления после ампутации голени, а на вскрытии я нашел, что не только ветви, но и основной ствол *v. saphena* был переполнен гноем. В нашем случае вскрытие не обнаружило никаких анатомических изменений внутренних органов, которые с некоторой долей достоверности могли бы объяснить предсмертные спазмы у больного. Может быть, это было отражение предшествовавшего ртутного лечения? Во всяком случае, спастический характер поражения нельзя отвергнуть. Оно всякий раз уступало применению нервных и наркотических средств.

Случай 17. Проникающее ранение коленного сустава. Нагноение. Смерть.

Маддис, из Револьда, 32 лет, 19 января 1837 г. работал на рубке леса; при этом другой рабочий ударил его топором в левое бедро; от боли и испуга он свалился. Рана не кровоточила и после того, как пострадавший поехал домой и разделся. Даже на одежде почти не было никаких следов крови. После применения ледяных компрессов больной чувствовал себя хорошо и не ощущал никакой боли. В таком состоянии больной был принят 20 января в хирургическое отделение клиники.

Status praesens. Приблизительно на один палец выше основания надколенника, ближе к наружному верхнему углу последнего, начинается рана мягких тканей, которая тянется, поднимаясь несколько косо вверх, почти горизонтально по направлению к боковой поверхности бедра, протяжением 7,5 см; в середине раны расхождение ее краев достигает примерно 4 см. Края раны чистые, как бы резаные; поверхность разрезов покрыта прозрачной слизеподобной жидкостью. При надавливании на края раны в сторону надколенника в рану вытекает суставная жидкость в умеренном количестве. Это обстоятельство, местоположение раны и исследование пальцем обнаружили повреждение капсулы коленного сустава. Углубления между надколенником и мышечками бедренной кости с обеих сторон исчезли. Мягкие ткани, покрывающие надколенник, распухли. Кожа в области всего коленного сустава умеренно покраснела и горяча на ощупь. На бедре мягкие ткани чуть отечны только непосредственно вблизи раны. Однако кожа здесь не изменена ни в отношении окраски, ни в отношении температуры. Больной держит свою голень неподвижно и поддерживает ее при ходьбе руками, хотя он в состоянии слегка сгибать голень, не поддерживая ее. Впрочем, общее состояние больного хорошее. Пульс спокойный; в состоянии покоя и в горизонтальном положении больной совсем не чувствует раны.

Лечение. Среда 20 января. Была сделана попытка быстрого соединения краев раны посредством четырех обвивных и трех кровавых швов; для укрепления швов наложен пластырь. С целью подавления воспаления на колено поставлено 50 пиявок, затем ледяная повязка, покой, горизонтальное положение и кислое питье внутрь.

21 января. Так как рана не обнаруживала склонности к первичному натяжению, швы удалены. На внутренней поверхности колена имеется белая

лоснящаяся опухоль. Ночью больной не спал вследствие резких болей в колене. Пульс полный и твердый. Язык в середине сухой. Швы удалены. Сделано кровопускание (360 г), которое вечером пришлось повторить. На колено поставлено 60 пиявок, внутрь дается *Pulv. temperans*.

22 января. Ночью больной спал, так как боли почти прекратились; утром же они опять обострились. Пульс 120, мягкий. Назначения: внутрь каломель (по 0,3 г через каждые 3 часа), на колено 60 пиявок, затем припарки. Вечером 0,3 г доверова порошка, на область колена – везикатор и сверх него наркотическая припарка.

23 января. Везикатор мешал больному спать; после обеда он был снят, так как хорошо натянул. Пульс 132, жестковат. Язык влажный. Каломель внутрь через каждые 2 часа по 0,3 г.

24 января. Больной довольно долго спал, так как боли были терпимы, но сегодня утром они опять обострились. Пульс 130, язык влажный. На поверхности коленного сустава нагноение продолжается. Лечение остается по-прежнему.

25 января. Больной хорошо спал; 3 раза был жидкий стул. Пульс 96. Боли в коленном сгибе и в ране. На область колена поставлено 80 пиявок; теплые обертывания колена с гулярдовой водой; остальное – без изменений.

26 января. Боли не давали больному уснуть. До вечера был 12 раз стул от каломеля. Последний отменен. Поставлена клизма с настойкой опия (12 капель). Пульс 100, ослабленный. Самая рана выполнена беловато-серой клетчаткой, часть которой срезана ножницами; на рану наложена повязка с *Ung. basilicon*.

27 и 28 января. Сильные боли в колене и голени. Последняя слегка покраснела и сильно отекала, особенно в области голеностопного сустава. В верхнем углу раны белая, губчатого вида омертвевшая клетчатка, которая отсекается ножницами. Пульс 96, мягкий, язык суховат. В бедро и в голень втирается 7,5 г ртутной мази, на голень наложена припарка.

29 января. Рана все время имеет грязный вид, сегодня наполнена гнилостным распадом. Отечность на голени напряжена, вследствие чего сделано три продольных разреза через фасцию, которые заполняются корпией. Все это покрывается припаркой. Внутрь опять назначен каломель (4 раза в день по 0,18 г) и клизма с 20 каплями настойки опия.

30 января. Вид у больного жалкий, пульс мал. Ночью почти совсем не спал из-за болей. В верхнем отделе голени в одном месте определяется зыбление. Был сделан глубокий разрез, и в рану выделился густой гнилостный гной. Вчерашние раны, равно как и первая рана от топора, расширены; кроме того, производится два новых разреза голени и крестообразный разрез на внутренней поверхности коленного сустава. Отовсюду, где сделаны разрезы, выделяется теперь гнилостный гной. Раны туго заполняются корпией. Больной крайне истощен, получает вино с *Liq.* и *T-ga theb*. Сделана клизма с 20 каплями настойки опия.

31 января. Из всех разрезов обильно вытекает гнилостная жидкость. Отек голени уменьшился. Мышечное вещество икроножных мышц, которые можно видеть через эти разрезы, хрупкое, дряблое, синевато-серого цвета, пропитано гнилостным распадом. Во время обследования в одной ране начала бить артерия, она была перевязана. В ране колена началось паренхиматозное кровотечение,



которое было остановлено с помощью агарика. Все раны промыты раздражающим раствором, на них наложены повязки с красной преципитатной мазью. Поверх всего наложена припарка. Ночью больной спал несколько часов; очень слаб. Пульс 132, пустой; язык сухой; лицо покрыто холодным потом. Больной получил внутрь *Dec. Chin*, с *Naphtha*, а вечером – *Naphtha* с *T-ga theb*.

1 февраля. перевязка два раза в день. Сегодня выделение гнилостного гноя из ран уменьшилось, отеочность голени стала меньше. На всю левую ногу наложена экспульсивная повязка с градуированными компрессами и поверх повязки – припарка из *Spec. emollient.*, *Semin. Lini*, *Flor. Chamom.*, *Rad. Calam. aa*. Внутрь – *Infus. Valer.* с *Naphtha*. Вечером 0,6 г *Pulv. Doveri*.

2 февраля. Сильная слабость. Пульс 116, малый. Язык сухой. Из разрезов выделяется очень мало гноя. Лечение то же.

3 февраля. Полное изнеможение. Гиппократово лицо. Пульс 96, нитевидный. Конечности и нос холодны. В состоянии крайней душевной тревоги больной просит отпустить его домой. Просьба удовлетворена. Через два дня пришло известие о его смерти.

З а м е ч а н и е . Распознавание свежих ранений суставов не очень легкая задача. Известно, сколь обманчиво истечение синовиальной жидкости. Даже исследование пальцем или зондом (оно, по моему мнению, должно быть предпринято только в том случае, когда можно заподозрить осложнение инородными телами) не всегда может помочь нам установить, является ли рана проникающей или нет. Совсем другое дело, когда рана уже перешла в нагноение. Тогда она действительно принимает своеобразный вид: она грязная, имеет утолщенные края, покрыта желтоватым, студенистым веществом, которое легко может быть снято; тогда обыкновенно выявляется бледная, вяло гранулирующая поверхность раны. Так по крайней мере обстояло дело во всех наблюдавшихся мною проникающих ранениях коленных суставов.

Я должен добавить еще одно замечание относительно положения конечности. В руководствах нас поучают, что во избежание гнойных затеков необходимо во что бы то ни стало придать конечности подходящее, возвышенное, положение. Это правило несомненно разумно и чрезвычайно важно там, где оно выполнимо, что, однако, по моему мнению, возможно лишь в редких случаях. Оно совсем невыполнимо при гнойных затеках после поражения суставов. С целью защитить себя от безумных болей больной стремится в этом случае инстинктивно придать всей конечности полусогнутое положение (иногда также совершенно вытянутое). При этом он обыкновенно старается придать колену как очагу воспаления более возвышенное положение, которое, однако, как раз благоприятствует распространению затеков в сторону бедра, причем он действительно совсем не может изменить это положение. С каждым изменением положения боли становятся невыносимыми.

5. Осложненные переломы

В двух случаях из четырех, которые здесь будут описаны, переломы были на нижней конечности и осложнились гангреной. В одном случае гангрена была





последствием самого травматического повреждения, а в другом она развилась, вероятно, вследствие нецелесообразного лечения уже после того, как перелом зажил. Первый случай – речь идет о 16-летнем юноше – был для меня крайне поучительным. Больной был доставлен к нам на десятый день после повреждения. Значительная часть кожи голени превратилась в гангренозный струп. Демаркационная линия уже определилась. Нагноение было крайне обильным. Молодого больного лихорадило; впрочем, не было еще никаких признаков гектического состояния. Я считал своей первой обязанностью возможно скорее избавить больного от этого очага нагноения. Гангрена меня совсем не пугала, так как она была поверхностной и строго отграниченной. Бедро было совершенно здоровое, а сам больной ни в какой степени не был дискразичен. Лихорадочное состояние могло бы, пожалуй, служить некоторым противопоказанием к ампутации. Но как можно было ожидать прекращения этой лихорадки? Она была, очевидно, отражением местного страдания, и пока это заболевание существовало, больного неизбежно должно было лихорадить. Поэтому, по моему мнению, имелись настойчивые показания к ампутации, которая могла быть выполнена при самых благоприятных предсказаниях. Сама операция продолжалась не более одной минуты и была выполнена по конусо-круговому способу, о чем подробно будет сказано ниже. Мышцы и клетчатку я во время операции нашел вполне здоровыми. Однако, несмотря на все это, оперированный больной скончался. И именно вследствие гангрены, развившейся на ампутационной культе.

Совершенно аналогичный случай я наблюдал ранее, когда учился в Дерпте, в клинике, руководимой тогдашним профессором хирургии Мойером: у одного крестьянина мельничный жернов совершенно раздробил предплечье. На четвертый или пятый день после повреждения больной был доставлен в клинику. Гангрена охватила уже почти все предплечье, но местами была отграничена. Ампутация произведена на плече. И этот больной умер на четвертый или пятый день после ампутации от гангрены ампутационной культи. Что в этих обоих случаях служило причиной гангрены, возникшей после ампутации? В моем случае травматическая гангрена была не только поверхностной, но и полностью отграниченной. В клетчатке не было обнаружено ни малейших следов болезненного поражения. Перед ампутацией больной был свободен от общеизвестных явлений, сопровождающих местную гангрену. Таким образом, где искать причину? Говорят об инфицировании конечности гангренозным веществом. Об этом я читал в трудах Ларрея. Однако то, что он говорил, это, очевидно, только гипотеза. Факт налицо, но я спрашиваю, что это за закон, существование которого мы не можем проверить нашими органами чувств? Где же он скрыт? Может быть, в венах или в лимфатических сосудах? Почему он не проявляется уже раньше, до операции? Наконец, в моем случае, где уже образовалась демаркационная линия, как могла бы рассосаться уже отделившаяся часть, когда ткани по соседству с демаркационной бороздой должны стать уже непроницаемыми и плотными вследствие отложения пластической лимфы? В глубже лежащих образованиях поврежденной голени, находившихся под гангренозным струпом, при исследовании усеченной конечности не обнаружено никаких следов гангренозного поражения.



Почему именно при травматической гангрене, а иногда и после гангрены, развившейся вследствие отморожения (что я и сам несколько раз наблюдал), чаще всего возникает *гангрена ампуционной культи*? После ампутации конечности, в которой гангрена развилась метастатическим путем, после удаления пораженного сустава посредством ампутации и т. д. гангрена культи является небывалым событием, хотя при этом подчас вся раневая поверхность покрывается грязным распадом, кость выпирает в рану. Однако гангрена как таковая присоединяется здесь разве только во время случайно распространившейся эпидемии. Ввиду того что здесь может быть приведено одно только гипотетическое объяснение, для меня наиболее вероятной представляется следующая гипотеза. Известно, что травматическая гангрена, распространяющаяся на обширные поверхности, развивается вскоре после случившегося повреждения. Поэтому в большинстве случаев причину этой гангрены следует искать в вызванном травматическим сотрясением подавлении и погашении жизнедеятельности поврежденной конечности. Это *сотрясение*, главнейшими результатами которого являются нарушения функции сосудов и нервов конечности, естественно, не ограничивается органической поверхностью, непосредственно подвергшейся внешнему насилию, но распространяется и дальше на всю конечность, находящуюся в связи с этой поверхностью. Именно это глубокое сотрясение всей органической ткани, сопровождающее травматическую гангрену, по моему убеждению, является причиной того, что после нового оперативного вмешательства не наступает реакция раневой поверхности, столь необходимая для заживления раны; вместо этого почва, так глубоко нарушенная в ее внутреннем строении, способствует очень быстрому проявлению разрушительного процесса.

Механизм развития гангрены после ампутации такой конечности может быть представлен примерно следующим образом. 1) Конечность, находящуюся в состоянии сотрясения и подвергшуюся операции, лучше всего можно сравнить с парализованной конечностью, с той лишь разницей, что в ней должна быть поражена не одна только нервная система, но также кровообращение и питание; очевидными подтверждениями этого положения являются разрывы мелких сосудов, кровоизлияния, отек, слабость движений и, наконец, настоящий паралич после сдавления. 2) Однако ничто не может быть столь благоприятным для развития гангрены, сколь именно это паретическое состояние тканей. История болезни купца Петерсона, приведенная мною выше (см. Повреждения позвоночника), с очевидностью подтверждает это. Уже на третий день после повреждения у него началось развитие гангрены на половом члене и на мошонке при полном параличе нижних конечностей и мочевого пузыря. 3) Новое травматическое или оперативное вмешательство на пораженных таким путем органических образованиях еще более благоприятствует быстрому развитию гангрены, так как реакция раневых поверхностей принимает не пластическое, а другое, разрушительное, направление. В случае Петерсона одного раздражения мочой было достаточно, чтобы вызвать гангрену в парализованных образованиях.

Я знаю, что против этих объяснений мне могут возразить следующее. 1) В нашем распоряжении не всегда имеются воспринимаемые органами чувств явления, которые свидетельствовали бы вне всякого сомнения о таком паретическом

состоянии конечности после травматического воздействия. 2) Гангрена развивается не всегда после травматического вмешательства в пораженных параличом образованиях. 3) Общеизвестно, что ампутация в большинстве случаев протекает удачно там, где она производилась тотчас после очень серьезного повреждения, а следовательно, при сильном сотрясении, когда хирург не дожидался развития гангрены, как, например, на поле битвы после раздробления картечью, пулями и т. д.

Мой ответ на эти возражения таков. 1) При предполагаемом многими хирургами инфицировании того или иного образования гангренозным гноем мы в большинстве случаев не имели никаких воспринимаемых органами чувств явлений, которые могли бы объяснить это заражение; между тем при предполагаемом мною сотрясении конечности, равно как и в состоянии паралича, этих объективных явлений даже не требуется: совершенно достаточно более или менее значительного понижения чувствительности и подвижности, остановки кровообращения в капиллярных сосудах и чувства ползания мурашек в такой конечности, чтобы убедить нас в наличии сотрясения. 2) Как и при параличе, гангрена ведь не всегда развивается после оперативных вмешательств на подвергшихся сотрясению образованиях; но имеем ли мы право на этом основании заключить, что ни паралич, ни сотрясение не способствуют развитию гангрены? При наших объяснениях механизма развития какой-нибудь болезни уже достаточно указать на предрасполагающие или случайные причины ее; однако истинный механизм развития патологического процесса в результате взаимодействия этих двоякого рода причин останется скрытым от нас до тех пор, пока сущность жизненной силы останется скрытой от наших глаз посредством непроницаемой завесы. Так, мы знаем, что для возникновения сифилитической язвы безусловно необходим контакт заразительного вещества с кожей, но знаем ли мы, сколько сотен других условий оказывают важнейшее влияние на результаты этого контакта? Почему в одном случае возникает язва, а в другом нет?

Поэтому, я думаю, мы будем удовлетворены, если будет доказано, что для возникновения гангрены в нашем случае существенное значение имеет, с одной стороны, *сотрясение*, а с другой – *новое травматическое вмешательство*. Почему в некоторых случаях кажущегося взаимодействия этих двух моментов недостаточно, чтобы вызвать гангрену, естественно, остается невыясненным в моей гипотезе, как и в сотне других случаев. 3) Третье возражение, наиболее серьезное из всех, может быть опровергнуто тем, что мы подчеркиваем, – в нашем объяснении имелось в виду не столько самое механическое сотрясение, сколько его динамические последствия (слабость, паралич), которые могут проявиться только с началом общей реакции после травматического вмешательства. Поэтому ампутация заканчивается неудачей именно в тех случаях, когда реакция после повреждения уже проявлялась, т. е. когда последствия сотрясения вызывались только этой реакцией.

Я и сам признаю, что все эти мои объяснения не могут иметь серьезного значения для выбора метода лечения; они не показывают главного, т. е. как распознать тот случай, где можно с успехом предпринять ампутацию, несмотря на сотрясение, на реакцию, невзирая на то что травматическая гангрена еще



не отграничилась. Подлинные образцы этого рода мы находим у Ларрея, Ассалини, С. Купера. Вышеприведенные объяснения нам не показывают, как отличить таких раненых, баловней судьбы, от сотни подобных. С другой стороны, моя гипотеза (я называю ее моей, так как нигде об этом не читал; если же она где-либо уже опубликована, то я с удовольствием уступаю ее другому), если когда-нибудь окажется правильной, может дать полезные указания. Она нас научит тому, что *«при травматической гангрене ампутация может иметь показания в первые дни после повреждения только в неотложных случаях* (когда гангрена быстро прогрессирует или когда она подходит слишком близко к туловищу, так что впоследствии всякая хирургическая помощь будет невозможной)». Напротив, во всех других случаях надо спокойно выжидать, пока эти последствия сотрясения не пройдут окончательно; следовательно, чем позднее предпринимаются такие ампутации, тем счастливее должен быть их исход.

Таким образом, после того как в упомянутых здесь случаях я видел столь несчастливые результаты ампутации, я взял себе за правило следующее. 1) Когда ко мне поступает на лечение больной с осложненным переломом и после повреждения уже прошло от 2 до 14 дней, когда травматическая гангрена уже наступила, отграниченная или неотграниченная, когда, наконец, гангренозный очаг находится в некотором отдалении от туловища и процесс не распространяется быстро, то я каждый раз выжидаю с ампутацией. 2) Несколько сечениями ножа я удаляю омертвевшую ткань, если демаркационная линия уже образовалась; затем я стараюсь остановить гангренозный процесс ароматическими, спиртовыми повязками, с использованием растворов, содержащих углекислоту и хлор, внутрь же я даю хину, минеральные кислоты, опий и пр.; после этого я действую так же, как при отграниченной гангрене. 3) Отторгшиеся костные отломки и обнаженные в ране кости я удаляю при помощи пинцета, пилы или костных ножниц, рассекаю более мелкие свищевые ходы, проделываю противоотверстия при более крупных ходах, промываю гнойные полости ароматическими настоями, укладываю всю конечность в гамак или шину для перелома, устраняю желудочные осложнения рвотным средством, за которым следуют легкие разрешающие средства, поддерживаю силы больного питательной и нераздражающей диетой, а также систематическим применением хины; успокаиваю раздраженное состояние нервной системы осторожным применением опия и при этом поддерживаю действие кишечника ежедневным применением клизмы, устраняю тягостные поносы клизмами с крахмалом и опиумом, а в резко выраженной гектической стадии я сочетаю применение хины с минеральными кислотами. 4) Если гнойные затеки, образование свищей и т. п., а также быстрое падение сил больного меня не заставляют поторопиться с операцией, то я жду до тех пор, пока постепенно не разовьется гектическое состояние. Я не пугаюсь особенно этого гектического состояния; напротив, я считаю его здесь желательным, для меня оно является свидетельством того, что реакция после нового оперативного вмешательства будет совсем незначительной. Во всяком случае, я наблюдал значительно больше таких случаев, когда больной, подвергшийся ампутации в резко выраженном гектическом состоянии, счастливо отделялся, чем таких, когда больные в этом состоянии погибали. В самих этих «анналах»

читатель найдет много интересных случаев, которые самым убедительным образом подтверждают указанное положение.

При этом необходимо заметить, что гектическое состояние, возникшее по двум другим причинам, необходимо принципиально отличать от того состояния, которое я здесь описываю: это, во-первых, гектическое состояние на почве органического заболевания кости или сустава и на почве вторичных продуктов, во-вторых, гектическое состояние, быстро развившееся в результате серьезного повреждения, например после ранения суставов. Этих двух видов я очень опасюсь; первый обуславливает после ампутации метастазы, второй же иногда в течение нескольких дней настолько ухудшает общее состояние больного, что ампутация, не сделанная в течение этих нескольких дней, в дальнейшем не может спасти положение.

5) Как только гнойные затеки начинают преобладать в картине осложненного перелома, как только глубокие свищевые ходы начинают угрожать переходом на соседний участок конечности, как только необходимое положение конечности становится для больного невыносимым, а его чрезмерная чувствительность не допускает наложения противоотверстий, – хирург действительно попадает в очень затруднительное положение. Здесь он поставлен между двумя крайностями (во всяком случае, я считаю, что я поставлен между такими двумя крайностями): с одной стороны, гангрена, которая после ампутации очень легко может перекинуться на культю, с другой стороны, гнойные затеки, которые при каждой перевязке распространяются на глазах, с каждым днем. В этом случае мешкать и дальше с ампутацией – значит взять на себя большой грех. Не гангренозное разрушение, а гнойные затеки заставляют нас здесь торопиться с отсечением конечности. 6) Наконец, принцип Ларрея – при травматической гангрене взяться за ампутацию, не дожидаясь демаркационной линии, – я считаю правильным только в том случае, когда гангрена быстро прогрессирует, приближается к туловищу, когда силы больного падают, и, наконец, на поле битвы (как относительное показание). Ведь все случаи, приводимые Ларреем, Ассалини и С. Купером, представляют собой, очевидно, не что иное, как счастливые исключения, как свидетельство того, что практически талант не признает никаких правил без исключений. Однако эти случаи никоим образом не могут опровергнуть сотен наблюдений прежних и современных хирургов (Потт, Буайе, Руст).

Случай 18. Осложненный перелом голени. Гангрена поверхностных тканей. Ампутация на десятый день после повреждения. Гангрена культи. Смерть.

Карл, эстонский крестьянин из Койке, 16 лет, за две недели до поступления в клинику имел несчастье попасть левым бедром между мельничными колесами. У него хватило присутствия духа с большим усилием вырвать ногу из-под колеса, после чего он тут же свалился. В верхней части голени вся кожа была содрана, и, по словам больного, повреждения распространялись далеко вглубь; нога изменила свое направление, и кончик большого пальца глядел кнутри. При этом больной потерял около 700 г крови. Он был уложен на каменный пол в плохо защищенном месте, доступном сквозняку, а поврежденные покровы смазаны маслом. На третий день больной начал лихорадить, причем жар продолжался восемь дней; за это время все поврежденные места нагноились, что больному



причиняло сильную боль. Это состояние продолжалось без особых изменений до момента поступления больного в клинику.

При поступлении можно было видеть, что вся верхняя часть голени лишена кожи и превратилась в сильно гноящуюся, грязную, зловонную язвенную поверхность. На наружной стороне можно было видеть на довольно большом протяжении обнаженную фасцию, грязную и тусклую. На задней поверхности, на три поперечных пальца ниже подколенной ямки, имелось отверстие, через которое можно было прощупать пальцем раздробленную большеберцовую кость. Приблизительно на два поперечных пальца выше надколенника образовалась демаркационная полоса вокруг всего бедра; она была довольно ровная и на всем протяжении перерезала всю толщу кожи, но ни на одном участке кость не была обнажена. Поверхность ее была серая и грязная, заполненная серым зловонным гнилостным гноем. Кожный край пограничной линии был красный. Бедро не было ни распухшим, ни горячим. Кожа нижней части голени и стопы была грязного цвета: эти отделы конечности были отечны и холодны на ощупь; носок ступни был повернут кнутри, но пассивно перемещался и в других направлениях, причем эти движения причиняли больному резкие боли. Лицо больного страдальческое и бледное, но не похудевшее; язык влажный, с небольшим белым налетом; пульс чуть ускоренный, мягкий.

Лечение. 19 ноября. Произведена ампутация бедра по конусо-круговому методу; после перевязки сосудов и наложения повязки вся культя обложена теплыми припарками. Пульс малый и частый. Для питья больной получал *Dec. Hord. cum Aq. oxymuriatica*.

20 ноября. Пульс еще сильнее участился, ночью были боли в культе, но больной все же немного спал. Прикладывание припарок продолжается.

21 ноября. Пульс частый и полный, кожа очень горячая. Больной жаловался на не очень резкие боли в культе, которые уступали лечению вновь наложенными катаплазмами. Были назначены порошки с *Crem.tart.* и *Nitrum*. Культя распухла до самого туловища. К вечеру боли усилились, вследствие чего несколько полосок пластыря было снято. Опухоль увеличивалась, поэтому повязка вокруг культы наложена свободнее. Обкладывание припарками продолжается.

22 ноября. К утру больной немного поспал, пульс был частый и менее полный, чем накануне. Опухание бедра увеличивалось, что усугубляло жалобы больного. Повязка наложена совершенно свободно. Вместо припарок – сухая ароматическая травяная подушечка. Через разрез на культе выделилась густая, грязная и зловонная жидкость.

23 ноября. Больной очень мало спал; к утру пульс был частый, малый, твердоватый. Жалуется на постоянную тошноту; утром была повторная, но необильная рвота. В 11 часов утра пульс был частый, малый и мягкий, язык сухой, взгляд и выражение лица не изменились. Культя сильно раздулась, ампутиционная рана зияет, так как обильное раневое отделяемое сместило повязку. Поверхность раны гангренозна, кожа кругом коричнево-красная с гангренозными пузырями. Из раны выделяется зловонный распад; при надавливании на культю слышна крепитация. Сделано несколько разрезов через кожу, из которых выделяется лишь немного гноя. В рану насыпан порошок из хлорной извести, *Calam.*

aromat. и *H-ba Chamom.*, на раневую поверхность – шипучая катаплазма, вокруг культи – припарка из кашицы с камфорой. Внутри больной получил вначале легкое рвотное средство, после чего у него несколько раз была незначительная рвота и тошнота прекратилась. После этого он получал через каждые 2 часа порошок из мускуса и камфоры и одновременно с этим настой из валерианы с *Aq. oxymuriatica*, к которому после обеда прибавлено 3,75 г сернокислого эфира, так как состояние больного не улучшилось. Около 5 часов пополудни больной жаловался на стеснение в груди и чувство страха. Сознание не было помрачено. В 5 часов 30 минут больной скончался.

Данные вскрытия. Лигатура на бедренной артерии еще держалась. Внутренняя оболочка крупных вен покрасневшая, особенно в области клапанов. Надкостница совершенно отделена от кости на протяжении 15 см. Одна только раневая поверхность была коричнево-черной, но окраска мышц не была изменена. Все мягкие ткани конечности были наполнены пузырями воздуха и серозной жидкостью. Кишки слегка раздуты воздухом, их окраска и строение – естественные. Мочевой пузырь спастически сокращен. В левом и правом желудочках сердца имелся пластический выпот. В правом предсердии и желудочке, равно как в бедренной вене, непосредственно под пупартовой связкой, и в нижней полой вене под спигелиевой долей печени, содержалась пенистая кровь, окраска которой была более темной, чем в естественном состоянии. В остальном в грудной полости, как и в черепной, ничего ненормального не обнаружено.

При исследовании ампутированной конечности мы обнаружили очень косой перелом большеберцовой кости, непосредственно под коленным суставом. Оба костных отломка омывались гноем. На границе гангренозного струпа имеется хорошо гранулирующая поверхность; наконец, несколько свищевых ходов кругом и два костных осколка, ущемленные между обоими отломками. Удивительным кажется то обстоятельство, что при воздействии такой большой силы малоберцовая кость осталась неповрежденной.

Теперь мне хочется сообщить об одном случае, хотя, строго говоря, он не принадлежит к осложненным переломам. Однако он найдет тут подходящее место, так как гангрена стопы при этом, вероятно, наступила вследствие сдавления, происшедшего во время перелома и впоследствии подвергшегося неправильному лечению, – обе обнаженные кости голени омывались гноем, как и поврежденная кость в приведенной истории болезни. После того как я в этом случае несколькими сечениями ножа отделил совершенно омертвевшую стопу, уже полностью отграниченную демаркационной линией, и после того как я узнал, что здесь также имело место травматическое повреждение, я намеревался ждать с ампутацией до тех пор, пока не закончится чисто лихорадочное состояние и превратится в гектическое, или же пока я не получу полного убеждения в том, что гангрена не склонна распространяться дальше. По этим причинам я стремился только предотвратить затеки и придать конечности подходящее положение. С этой целью я вскрыл гнойную полость, в которую была превращена вся голень, одним разрезом удалил почти полностью обнаженную малоберцовую кость и выжидал два дня. Я хотел использовать рану, нанесенную мной, как бы в качестве показателя, чтобы обеспечить себя от рецидива гангрены. Рана действительно



не обнаруживала никаких следов гангрены и начала нагнаиваться. Но так как в течение двух дней гнойные затеки неудержимо распространялись, то я не хотел больше оттягивать ампутацию.

Случай 19. Перелом большеберцовой кости в области коленного сустава. Гангрена стопы. Ампутация бедра. Выздоровление.

Яков Линдебом, 34 лет, довольно крепкого сложения, корчмарь и лесник в имении Гейлигензее. В одной поездке, которую больной предпринял месяц назад к кому-то из своих ближайших соседей, лошадь понесла. Он хотел ее остановить на бегу, упершись ногой в какой-то близлежащий предмет, и от толчка получил перелом ноги с тяжелым ушибом стопы, попавшей под сани. Так как больной находился довольно близко к цели своей поездки, он был освобожден из этого опасного положения несколькими людьми, поспешившими к нему на помощь; его принесли в дом мельника, жившего рядом, где его лечение взял на себя один крестьянин. Последний постарался тотчас придать голени, на протяжении которой произошел перелом, прямое положение и посоветовал больному сделать горячую ванну, в которой он мог высидеть только 10 минут из-за невыносимой боли. Какой вид имела нога после повреждения, больной никак не может указать; однако после этого утомительного метода лечения по всей ноге распространилась очень большая опухоль, которая все же не перешла на стопу; больной утверждает, что последняя оставалась ледяной на ощупь, но в остальном якобы не отличалась от здоровой ни цветом, ни припухлостью. Спустя три дня стопа начала понемногу синеть и опухать, в то время как на ощупь она все время оставалась холодной.

В среду 27 января больной был доставлен в свою квартиру, где он натирал ногу сначала маслом, а затем уксусом и водой, чтобы, как он указывает, прогнать жар. В четверг 28 января, по совету одного старого крестьянина, вся голень была засыпана сухим горячим семенем травы, однако больной через полчаса должен был отказаться от этого лечения вследствие появления резкой боли. Со времени упомянутой горячей ванны опухоль мало изменилась; она была на ощупь твердой, как доска.

Наконец, через восемь дней решено было обратиться за помощью к врачу; в течение этого времени больной постоянно закапывал свою ногу в холодный песок. Приглашенный врач делал попытки вытянуть ногу, но это ему, по-видимому, не удалось. После этого он окутал место перелома и всю остальную голень несколькими шинами и круговыми бинтами и подвесил ее в гамачке; врач распорядился обливать голень три раза в день холодной водой и два раза в день принимать внутрь какой-то белый порошок; после этого у больного вновь появился стул, отсутствовавший уже долгое время. Через восемь дней, в течение которых повязка оставалась нетронутой, врач заметил после снятия повязки, что опухоль ноги еще держится по-прежнему, а в области голеностопного сустава, на передней и боковой поверхности большеберцовой кости, вытекала гнилостная жидкость вместе с большим количеством червей; незакутанная стопа приняла черноватый вид, была холодна и лишена чувствительности. Нога была перевязана с помощью обыкновенного бинта, а внутрь назначена микстура из хины. После этого врач по болезни отсутствовал, и больной был оставлен на две недели

без особого лечения. Тогда управляющий имением был вынужден направить его в здешнюю хирургическую клинику.

Состояние больного при поступлении в клинику 23 февраля было следующее. Правая голень, начиная от коленного сустава и не доходя на ширину ладони до голеностопного сустава, резко отечна и припухла; на два поперечных пальца ниже коленной чашки, соответственно положению большеберцовой кости, имеется явное углубление, которое, по словам больного, якобы является местом перелома. От этого места вниз можно было отчетливо проследить обе кости, взаиморасположение которых вполне нормально. На ширину ладони выше голеностопного сустава мягкие ткани совершенно разрушены по всей окружности голени; только местами они оставались связанными со стопой посредством отдельных еще не разрушенных сухожилий. На наружной и передней поверхности голени отчетливо видны обнаженные от надкостницы кости, омываемые гнилостной жидкостью; межкостная перепонка также разрушена, вся капсула голеностопного сустава расплавилась. При исследовании пальцем можно продвинуться вверх на несколько дюймов вдоль малоберцовой кости, лишенной надкостницы, и в промежуток между нею и большеберцовой костью. Зонд же уходит на всю свою длину между костями в имеющийся здесь свищевой ход и вниз до обнаженных суставных поверхностей костей предплюсны. На внутренней и задней поверхности большеберцовой кости также обнаруживается полное обнажение этой кости, равно как таранной кости, и повсюду видны лишенные своих влагалищ сухожилия, окруженные омертвевшей клетчаткой. Стопа черновато-синего цвета, холодна, полностью лишена эпидермиса, распространяет сильный гангренозный запах.

Общее состояние больного нарушено не резко. Пульс 100 ударов в минуту, притом полный. Однако язык сильно обложен, аппетит слабый, дурной вкус во рту; очень сильная жажда; действие кишечника вялое. Больной бледен, взгляд довольно тусклый.

При наличии всех описанных явлений было нетрудно распознать гангрену стопы с образованием демаркационной линии выше голеностопного сустава, откуда ихорозный распад и распространяется вверх по голени. Сомнительно, чтобы по углублению ниже надколенника можно было судить о месте перелома, ибо здесь не прощупывается никакой костной мозоли. Причину гангрены здесь легко можно обосновать как первичным ушибом стопы, так и последующим нерациональным лечением.

Лечение. 23 февраля. На гангренозную стопу нанесена хлорная известь, после чего она завернута в морковную кашицу, причем вся голень подвешена в гамачке. Внутрь дается рвотный камень, который скоро подействовал, вследствие чего назначено второе рвотное из ипекакуаны, которое тоже вскоре подействовало.

24 февраля. Стопа удалена путем простой перерезки ножницами сухожилий, на которых она еще держалась. Нижний конец малоберцовой кости, целиком обнаженный, был подвижен. Мягкие ткани, покрывающие ее выше, рассечены одним длинным продольным разрезом, а малоберцовая кость, лежавшая здесь совсем обнаженной, отпилена непосредственно под ее головкой. В разрез вводится



корпия, пропитанная маслом; внутрь дается риверово питье с ароматической водой, а в качестве напитка *Aq. oxymuriat.* в слизистом растворителе. Язык обложен и сух, аппетит отсутствует, сильная жажда; пульс 100, довольно полный.

25 февраля. Язык чище и влажнее; пульс 102, мягче; лицо желтоватое; чувство полноты в области желудка. Язвы грязные, зловонные, но не гангренозные.

26 февраля. Так как общее состояние не улучшается, а, наоборот, желудочное осложнение выступает все явственнее, сегодня по настоянию больного произведена ампутация в середине бедра по конусо-круговому способу. Во время операции больной вел себя очень мужественно и этим самым показал новый пример того, какое большое значение во время операции имеет внутреннее убеждение больного в необходимости ее. Было перевязано пять сосудов, и рана стянута в продольную щель. После операции пульс был довольно малый, 96. Внутрь назначено только кисловатое питье.

С 27 февраля по 2 марта. Общее самочувствие вполне хорошее; на третий день после операции пульс несколько ускорился. Начались перемежающиеся боли в животе, груди и в области селезенки, которые утихли после наложения горчичных пластырей на эти места. Желудочное осложнение постепенно проходило благодаря лечению риверовым питьем (с 28 февраля) и применению клизм.

С 3 по 12 марта. 3 марта впервые снята вся повязка. Рана имела вид грязной торпидной язвы шириной в два поперечных пальца вдоль всей длины культи. С этого дня она перевязывалась ежедневно, сначала с *Ung basilicon.*, затем с сухим красным преципитатом¹ и с преципитатной мазью, после чего рана постепенно принимала лучший вид и покрывалась грануляциями. При этом постепенно восстанавливался аппетит и язык очищался. Внутрь больной продолжал получать риверово питье. Пульс держался между 104 и 110.

С 13 по 18 марта. Опять установилось сильное гастрическое состояние, причиной чего оказался съеденный тайком пирог с мясом, поджаренный на масле. Это неприятное осложнение прошло благодаря приемам риверова питья с рвотным камнем и применению смягчающих клизм. За это время больной очень ослабел. Рана начинает заживать с обоих углов.

С 19 по 22 марта. Для поднятия общего состояния, столь резко нарушенного, был сделан переход к пользованию хиной, причем вначале давался экстракт последней с *T-ra aromatica acida*. Аппетит все еще мал, больной выглядит желтым и истощенным, пульс выше 100. Грануляции имеют вялый и бледный вид, поэтому для их улучшения смазываются раствором ляписа, на рану накладывается повязка с раздражающей и красной преципитатной мазями.

С 23 по 31 марта. Рана с каждым днем уменьшается. Пока оба угла рубцуются, края раны тоже постепенно стягиваются при непрерывном употреблении ляписа и раздражающей мази. Общее состояние очень хорошее, аппетит отличный, больной прибывает в весе, и вид его улучшается. Ежедневно понемногу упражняется в хождении на костылях.

Исследование ампутированной конечности в данном случае было крайне интересно. Задняя часть суставного конца большеберцовой кости была отломана

¹ Имеется в виду *Hydrargyrum praecipitatum rubrum*.



в косом направлении. Задний отломок довольно равномерно сросся, только слегка выдаваясь в подколенную ямку. Развитие мозоли вокруг перелома было весьма незначительно, так как поверхности перелома были очень широки и поэтому находились в довольно точном соприкосновении друг с другом, что затрудняло и самое распознавание перелома в данном месте. Снаружи совсем нельзя было прощупать мозоль, только форма самого коленного сустава была изменена, а именно: коленная чашка более сильно выдавалась вперед и сразу под нею имелось углубление, очевидно, вследствие смещения сломанной большеберцовой кости назад, в сторону подколенной ямки. Огромная гнойная полость, в которой лежала полностью обнаженная от надкостницы средняя часть большеберцовой кости, была видна еще до операции; свищевые ходы распространялись только до границ подколенной ямки. Однако коленный сустав был в нормальном состоянии: хрящи не пострадали, и даже сохранилась подвижность.

Может быть, в данном случае я причинил больному некоторую излишнюю боль при расщеплении свищевых ходов и наложении противоотверстия, а также распилом малоберцовой кости, но зато я по крайней мере убедился в том, что конечность больше не имела склонности к распространению гангрены. Я убедился также в том, что для предотвращения гнойных затеков есть только одно средство: отсечение перерожденной конечности.

Случай 20. Осложненный перелом ногтевой фаланги среднего пальца. Гангрена. Ампутация. Выздоровление.

Теодор Петч, подручный булочника, 11 мая 1836 г. собирался влезть в телегу, но в это время лошади внезапно тронулись с места и он свалился назад, причем хотел удержаться на вытянутых кзади руках. В момент падения он не почувствовал ни боли, ни треска, ни каких-либо повреждений, а поэтому, вставая, был немало удивлен, когда увидел повреждение на кончике среднего пальца правой руки. Это заставило его тотчас же поспешить в клинику, чтобы искать помощи в связи с повреждением, которое ему представлялось весьма значительным. Оказалось, что имеется перелом третьей фаланги пострадавшего пальца, причем периферический отломок своим острым краем проткнул кожу и высунулся непосредственно под ногтем. Таким образом, этот случай зарегистрирован как довольно редкий осложненный перелом третьей фаланги пальца.

Так как повреждение еще было вполне свежее и не было еще никаких признаков воспаления, то репозиция выступившего конца кости удалась без всяких затруднений. Затем была наложена легкая шина с узким бинтом в надежде, что таким образом произойдет заживление без каких-либо дурных последствий. На другой день больной снова явился в клинику. Палец оказался слегка распухшим, была сделана перевязка. 13 мая, т. е. на третий день после повреждения, палец, однако, оказался сильно распухшим, причем воспаление распространилось до кисти, и больной страдал от сильных болей. Поэтому повязка была снята и больной был помещен в клинику. На две другие фаланги пострадавшего пальца было поставлено 10 пиявок, а внутрь назначено антифлогистическое слабительное.

14 мая, однако, несмотря на лечение, поврежденная фаланга оказалась гангренозной, вся рука сильно распухла и воспалена, а боли распространялись



даже на плечо. Было назначено 20 пиявок и после основательного последующего кровотечения – размягчающая катаплазма на всю верхнюю конечность.

15 мая боли чуть успокоились, опухоль же была еще весьма значительной, а на второй фаланге пальца с ладонной стороны образовался гнойник. Последний был вскрыт, после чего продолжалось лечение катаплазмами.

Так как воспаление большого пальца усилилось, то 16 мая повторно было назначено 15 пиявок. В районе вскрытого гнойника второй фаланги начали разрастаться грануляции. Пораженная фаланга почернела, была нечувствительна и распатана в суставе. Ввиду того что общее состояние больного было удовлетворительно, 17 мая была предпринята ампутация омертвевшей фаланги на уровне сустава и тут же отпилена одна треть второй фаланги; последнее сделано с той целью, чтобы конец кости не оставался обнаженным. Так как кожи не хватало, а воспаление пальца и всей руки было очень сильное, то рану можно было заживить только путем гранулирования и нагноения, вследствие чего была наложена повязка с корпией и восковой мазью, а поверх нее – та же *Cataplasma emolliens*. В ближайшие дни припухлость пальца и руки стала постепенно уменьшаться, рана начала очищаться, но еще 22 мая не было обнаружено желательного хорошего нагноения, что, по-видимому, объяснялось кахектическим состоянием больного. Поэтому повязка с нежной мазью заменена другой, с раздражающей *LJng. Elemi*, а катаплазмы отменены.

24 мая уже развились мясные сосочки и нагноение улучшилось. Поэтому 25 мая больной был выписан, так как он с тем же успехом мог теперь лечиться амбулаторным путем.

З а м е ч а н и е . Описанное повреждение несомненно относится к весьма редким, тем более что оно вызвано не прямым ударом или ушибом. При беглом осмотре пальца я думал, что обнаружу только отрыв ногтя. Но я тут же убедился в том, что под ногтем лежала поврежденная последняя фаланга и что вместе с ногтем она выпячивалась в тыльную сторону пальца через складку кожи, в которой заключен корень ногтя. Перелом проходил в непосредственной близости от сустава между двумя последними фалангами, к периферии от него. Вправление перелома оказалось нетрудным, однако результат его, как показывает история болезни, был неблагоприятный. Я не могу решить, приходится ли это приписать самой природе повреждения, для которого несомненно потребовалось огромное насилие, или же явно кахектической конституции больного, или, наконец, нашему недостаточно интенсивному антифлогистическому лечению.

Случай 21. Осложненный перелом четвертого пальца. Вычленение между первой фалангой и пястной костью по овальному методу. Выздоровление.

Юрри Мартзон, 45 лет, подручный рабочий, всегда обладал отличным здоровьем. 3 сентября 1836 г., когда он выполнял работу каменщика, на правую его руку свалился камень. На другой день он обратился за помощью в клинику, где у него обнаружены следующие повреждения. Преимущественно поврежденным оказался четвертый палец, на третьей фаланге был найден оскольчатый перелом, а на второй – косой перелом; на обеих фалангах кожа и мягкие ткани совершенно разрушены. На пятом пальце были выбиты кусочки из третьей фаланги; кожа этой фаланги была разрушена, а в суставе между второй и третьей фалангой

отмечалось растяжение. Ноготь третьего пальца также был поврежден, периферическая его часть была отделена от мягких тканей, воспаление было умеренное.

4 сентября. Четвертый палец ампутирован между пястной костью и основной фалангой лоскутным способом. Артерии были перевязаны, рана соединена кровавыми швами и закрыта липким пластырем и одним плюмассо, на всю руку положено холодное обертывание.

5 сентября. Из-за болей пациент ночью спал мало; был стул. Чувствует себя хорошо. Сделана перевязка. Холодные обертывания продолжают, а на тыльную поверхность руки назначено 20 пиявок.

6 сентября. Пиявки хорошо насосались. Ночью больной не ощущал никакой боли в ране. Общее состояние хорошее. Места перевязок сосудов нагнаиваются. Холодные обертывания отменены, и вместо них назначены теплые свинцовые примочки с добавлением винного спирта.

7 сентября. Из раны удалены лигатурные нити. Рана почти полностью закрылась, тыл кисти немного отечный. Рана перевязана очень просто: несколькими полосками пластыря с одним плюмассо и смягчающей мазью; на мизинец же и на кисть накладывается смягчающая припарка. Примочки с гулярдовой водой отменяются, и вместо них назначаются *смягчающие повязки с Spec. emollient, и Semin. Lini aa.*

8 сентября. Общее состояние хорошее. Назначены дополнительно щелочные ванны с примесью *Spec. aromat.*

9 сентября. На мизинец накладывается повязка из плюмассо с *Ung. basilic.* и *T-ra Myrrhae*. В остальном лечение прежнее.

10 сентября. Самочувствие хорошее; щелочная ванна сегодня отменена.

11 сентября. Щелочная ванна вновь назначена. Поверхность раны имеет несколько вялый вид. Однако края раны очень близко соприкасаются.

15 сентября. Состояние хорошее. Рана на мизинце еще не очистилась, поэтому назначена мазь из *Ung. basilic.* и *Ung. praecipit. rubr. aa.* На рану в месте ампутации наложена повязка с раздражающей мазью; обертывания продолжают.

18 сентября. Рана на мизинце заметно очищается; ампутационная рана гранулирует.

20 сентября. Припухлость руки совершенно исчезла. Рана на мизинце почти зажила, а рана на месте ампутации значительно сократилась.

22 сентября. Больной выписан.

6. Переломы костей и вывихи

1. Наш принцип при лечении простых переломов костей был таков: не особенно торопиться с наложением повязок, сперва лечить перелом антифлогистически и придать конечности расслабленное положение. Хотя этот метод является наиболее целесообразным и признается наилучшим самыми опытными практическими врачами, я все же должен заметить, что применение холодных обертываний в течение первых четырех дней не является совершенно безвредным.



К недостаткам этих обертываний относятся: во-первых, отек поврежденной конечности, во-вторых, катаральные явления, которые у восприимчивых людей и при переломах нижних конечностей могут оказаться не совсем безразличными.

Поэтому в настоящее время я продолжаю лечение холодными обертываниями не дольше двух дней. Что касается расслабленного положения конечности, то я применяю с этой целью при повреждениях нижних конечностей наклонную плоскость Джемса Уайта как наиболее простой и дешевый аппарат (см. труды Э. Купера).

2. В течение этого года мы наблюдали шесть-семь случаев вывиха в плечевом суставе, из них было три застарелых вывиха (от 6 недель до 2-2 1/2 месяцев). Все эти вывихи я вправил по методу Ла Мотта, который с полным правом может считаться самым рациональным и самым простым методом. Однако я не знаю, применялся ли этот метод до сих пор кем-либо при застарелых вывихах. При этих вывихах я сочетал его с вытяжением через блок, что я нашел чрезвычайно эффективным; два застарелых вывиха (давностью в 2-2 1/2 месяца) были довольно легко вправлены таким образом. В одном случае вправление не удалось.

При подобных застарелых вывихах я в течение нескольких дней применяю окутывание сустава тепловатыми припарками. Перед вправлением сажаю больного в горячую ванну. Если больной крепкий и плеторический, то сначала я делаю ему кровопускание, затем даю ему в ванне *Tart. emet. in dosi refracta* или простую водку, чтобы опьянить его, и сразу же после ванны я укладываю его на стол в горизонтальном положении (при этом, разумеется, необходимо заботиться о том, чтобы кольцо, на которое навешивается блоковая тяга, было укреплено к стене на одном уровне со столом). Вывихнутый плечевой сустав лежит на краю стола. Теперь я прежде всего фиксирую лопатку, а именно двумя длинными полотенцами: одно через акромион, другое поперек через тело лопатки, фиксирую таз к столу также посредством полотенца и посредством ручного давления, приложенного к передней верхней подвздошной ости. Теперь я устанавливаю плечо под прямым углом к туловищу, сгибаю предплечье, накладываю петлю выше локтевого сустава и даю своим помощникам тянуть за плечо до тех пор, пока оно не займет положение по Ла Мотту (т. е. пока оно не будет поднято вверх настолько, чтобы стоять параллельно оси тела); только теперь я соединяю оба конца петли с блоковой тягой. После этого производится вытяжение по общеизвестным правилам. Сам же я все время ощущаю головку плеча. Когда вытяжение длится уже 10 минут, то обычно слышен треск, который означает разрыв всех сращений. Теперь вытяжение постепенно усиливается. После этого вывихнутая головка фиксируется большим пальцем или ладонью, плечо освобождается от блоковой тяги и при согнутом предплечье переводится в обычное положение вниз косо через грудь.

Мне кажется, что этот метод заслуживает подражания. В одном случае после вправления в течение нескольких дней оставалось паретическое состояние конечности. Я очень жалею, что не мог проследить за этим больным дольше, ибо когда эти паретические явления прошли, больной больше не показывался (он лечился амбулаторно). Я должен здесь прежде всего заметить, что если хирург считает вправление застарелого вывиха показанным, то он с этим лечением,

по моему убеждению, «не должен шутить» – да простят мне это выражение! Дело в том, что я видел, как многие хирурги объявляли застарелые вывихи неизлечимыми, предприняв с больным только несколько тракций, даже чисто ручных, без всяких подготовительных мероприятий.

Напрасно считают последующее лечение вывихов чем-то несущественным. Напрасно при этом пренебрегают местным антифлогозом, который здесь должен быть значительно более настойчивым, чем при переломе. Мне кажется, следует принять такое полезное правило: после каждого вправления вывиха производить местные кровопускания в области сустава, и если больной жалуется на колющие боли в пораженном суставе, то этот прием следует повторить. После этого не следует также пренебрегать масляными втираниями и теплыми припарками в области сустава. Читатель найдет среди соответствующих историй болезни один случай, когда пренебрежение этими правилами стоило больному жизни.

Переломы

Случай 22. Перелом, нижней части плеча. Большое сходство с вывихом предплечья. Повязка Дюпюитрена.

Крестьянская девочка Анна, 11 лет, слабоватого телосложения, доставлена в клинику 2 мая с больной левой рукой, которая накануне после падения распухла в области локтевого сустава; функция руки была полностью нарушена из-за сильных болей, связанных с движениями. При исследовании больной измерение показало, что расстояние между акромиальным и локтевым отростками на обеих руках было почти одинаково. Левое предплечье, поддерживаемое правой рукой, находилось в полусогнутом положении и в пронации. Мягкие ткани локтевого сустава и прилегающих отделов сильно распухли и горячи на ощупь. На внутренней поверхности плеча, непосредственно над внутренним мыщелком, небольшие участки кровоизлияний. Локтевой отросток сильно оттянут кзади. Каждая попытка согнуть руку в локтевом суставе хоть и вызывала совершенно невыносимые боли в этой области, однако же могла быть выполнена в любом направлении. После того как было применено вытяжение, деформация исчезла; но она тотчас же возвращалась при ослаблении вытяжения. Вместе с тем при такого рода попытках к движению в нижнем конце плеча ощущалась крепитация.

Случайной причиной этой травмы послужило падение с телеги; более подробных обстоятельств больная не знает. Вероятно, она упала на нижнюю часть внутренней поверхности плеча при фиксации конечности в плечевом суставе; об этом свидетельствуют также кровоподтеки.

Лечение. Два первых момента – вправление перелома и удержание отломков во взаимном соприкосновении соответствующей повязкой – в данном случае не могли быть выполнены, так как при значительной опухоли давящая повязка могла бы вызвать омертвление конечности, поэтому требовалось предварительное уменьшение этой опухоли. С этой целью были применены холодные фоменты в области локтевого сустава. Вечером больная получила 0,3 г доверова порошка для улучшения сна.

3 мая. Опухоль немного уменьшилась. Общее состояние хорошее. Обертывания продолжались до 6 мая, когда припухлость уже настолько опала, что



можно было наложить повязку. Она состояла из градуированного компресса вокруг места перелома, давящего бинта, четырех картонных шин и второго бинта, посредством которого была повязана вся рука.

8 мая повязка была уже сменена, чтобы придать предплечью еще более согнутое положение. Общее состояние отличное. Против небольшого кашля был назначен *Spec. pector.*

Перевязки производились 11, 13, 19 и 23 мая. При последней смене повязки уже ясно прощупывалась костная мозоль. Довольно долго производились осторожные движения в локтевом суставе, что происходило с некоторыми затруднениями.

26 мая повязка снята. Для устранения довольно значительной тугоподвижности были назначены теплые припарки и растирания оливковым и беленым маслом.

З а м е ч а н и е . Этот случай показывает нам, насколько правильны наблюдения Э. Купера и Дюпюитрена, говорящие о том, что легко можно смешать перелом нижнего отдела плечевой кости с задним вывихом предплечья. Острый выступ кзади и значительно увеличенный поперечник локтевого сустава – все это было так похоже на вывих, как похожи одна на другую две капли воды. Только вытяжение и крепитация, вызванная движением отломков в противоположных направлениях, выдавали истинную причину деформации. В этом случае крепитация была отчетливой только при определенном движении конечности. Это показывает нам, что здесь нельзя было поставить диагноз раньше, чем были исследованы движения в суставе во всех возможных направлениях.

Случай 23. Перелом шейки плечевой кости.

9 мая в хирургическую клинику обратилась Пелагея Петровна, русская крестьянка, 50 лет, с жалобой на сильные боли в левой руке после падения. При исследовании обнаружено, что на наружной поверхности верхней части плеча имеется значительная припухлость, на ощупь не твердая, а мягкая и упругая. При сильном надавливании на это место больная испытывала резкие боли. Все плечо было слегка изогнуто в направлении кнаружи. На передней и наружной поверхности плеча можно было заметить кровоподтек, который распространялся вниз до передней поверхности локтевого сустава. Предплечье больная постоянно держала в положении сгибания; при малейшем разгибании она испытывала острые боли в плече. Однако пронацию и супинацию она могла выполнять без всяких затруднений. Если фиксировать одной рукой верхнюю часть плеча, а другой рукой производить движения его нижней частью, то в верхней трети плеча можно было отметить противоестественную подвижность, а если проникнуть пальцем непосредственно под сухожилие большой грудной мышцы и направить его глубже, в сторону плечевой кости, то при движениях нижней части плеча можно было совершенно отчетливо определить крепитацию, а также прощупать край нижнего отломка.

Этиология. Причиной перелома служило стремительное падение больной на камень, так что наибольшее насилие пришлось на середину плеча.

Лечение. Что касается первого момента лечения, т. е. вправления перелома, то оно здесь осуществлено таким образом, что вытяжение производилось за предплечье, а противовытяжение – за плечо, одновременно с этим нижний

отломок был смещен кнаружи посредством давления снаружи. Что же касается второго момента лечения, т. е. удержания вправленных отломков в подходящем положении, то сначала вся конечность была обмотана снизу доверху влажным бинтом, а затем окружена четырьмя картонными шинами и таким же количеством компрессов. Для того чтобы предотвратить обратное смещение нижнего отломка кнутри, между грудной клеткой и плечом помещена клиновидная подушка основанием книзу и все плечо прикреплено бинтами к грудной клетке, а полусогнутое предплечье уложено в косынку.

11 мая. Первая смена повязки. Никаких изменений не произошло. Так как больная жаловалась на сильный, мучительный кашель, то ей на ночь назначено два доверова порошка по 0,6 г.

13 мая доверовы порошки повторены, но только по 0,3 г на прием, так как больную накануне после прежних порошков сильно рвало.

15 мая была вторая смена повязки. Состояние больной хорошее. Против кашля она получила *Spec. pector.*

18 мая. Так как кашель опять усилился, больной сделано кровопускание (300 г) и на грудь положен горчичник.

23 мая смена повязки. Образовалась мозоль, но еще мягкая. По собственному желанию больная выписана.

Случай 24. Перелом бедра. Рациональное лечение. Выздоровление без малейшей деформации.

Юрри, 13 лет, из Луни, доставлен и принят в клинику 20 марта. В пользу диагноза перелома бедра говорит следующее.

1) Повернутое кнаружи бедро с согнутым коленным суставом при лежащем положении больного, обусловленное собственной тяжестью конечности.

2) Припухлость, вызванная не воспалительным процессом, а кровоизлиянием.

3) Боли в конечности.

4) Невозможность двигать конечностью.

Для более точного распознавания перелома послужило то обстоятельство, что при пассивном вращении конечности две верхних трети бедра не следовали за нижней третью и что на границе между средней и нижней третью бедра выслушивалась или, вернее, ощущалась крепитация, и в этом именно месте пострадавший фиксировал свои болевые ощущения.

Следовательно, перелом произошел между средней и нижней третью бедра, и по своему характеру это был простой перелом. Далее, перелом был поперечный, что вытекает из следующего: 1) конечность не укорочена, следовательно, плоскости перелома не зашли одна за другую, как это имеет место при косом переломе; однако здесь имеется смещение по периферии кости; 2) у детей переломы обычно бывают поперечными, так как костная система у них не ломкая.

Причина перелома здесь механическая, так как мальчику упало на бедро небольшое бревно.

Лечение. Холодные обертывания продолжались в течение пяти дней, и, после того как опухоль опала, выполнен второй момент посредством видоизмененного бокового положения по Потту на аппарате, предложенном англичанином Джемсом Уайтом.



8 апреля произведена первая смена повязки, а 15 апреля – вторая. Теперь уже можно было прощупать костную мозоль, но еще совсем мягкую.

26 апреля аппарат удален и бедро удерживается в горизонтальном положении с помощью контентивной повязки.

8 мая больной пытался ходить на костылях.

13 мая он был выписан еще на костылях. Костная мозоль развивалась в высшей степени закономерно. Общее самочувствие больного было очень хорошим в течение всего периода лечения.

Случай 25. Перелом нижнего суставного конца большеберцовой кости. Рациональное лечение. Полное восстановление функции и формы конечности без деформации.

Фридрих, слуга из Дерпта, 25 лет, 9 августа упал с повозки, причем таким образом, что коснулся земли сперва левой ногой. Не будучи в состоянии ходить, он был отнесен в клинику, где исследование обнаружило следующее. Вся область голеностопного сустава сильно распухла и болезненна. Выше сустава, на передней поверхности голени, имелся участок с фиолетовой окраской, свидетельствовавший, по-видимому, о кровоизлиянии. Ниже сустава цвет опухоли соответствовал цвету остальной кожи тела. На ощупь опухоль казалась мягкой, тестоватой консистенции; тут и там имеется неясная флюктуация и остается ямка от давления пальцем. Хотя произвольные движения не прекращены полностью, но малейшая попытка к движению вызывает сильнейшую боль. Что касается положения стопы, то она была обращена несколько кнаружи. В середине нижней трети голени видно углубление, а при движениях стопы слышен хруст.

Диагноз. Болезненная бесцветная опухоль может быть принята только за скопление суставной жидкости, образовавшееся после разрыва суставной капсулы, ибо против кровоизлияния говорит бесцветность опухоли (только немного выше сустава имеется, как уже упомянуто, незначительное кровоизлияние); гной же в суставе еще не мог образоваться, ибо прошло слишком мало времени с момента травмы. Что касается повреждения глубже лежащих образований, то при наличии крепитации, углубления, кровоизлияния, неподвижности стопы и, наконец, ее поворота кнаружи перелом голени в нижней трети становится совершенно несомненным. Направление этого перелома мы должны считать косым, так как при поперечном переломе было бы, несомненно, заметно более значительное выпячивание или углубление. Наконец, то обстоятельство, что положение стопы изменено лишь незначительно, позволяет нам прийти к тому заключению, что произошел перелом только одной большеберцовой кости, в то время как малоберцовая кость осталась совсем нетронутой.

Лечение. 1) На место повреждения поставлено 20 пиявок, чтобы предотвратить воспаление сустава. 2) Холодные обертывания. 3) Наклонная плоскость Джемса Уайта. Спустя один месяц и два дня больной был выписан совершенно здоровым и без малейшей деформации ноги.

Случай 26. Двойной перелом ключицы.

Даниэль Иогансон, 16 лет, 10 октября 1836 г. упал на вымощенном дворе с лошади и ударился передненаружной поверхностью правого плеча о камень. Вскоре он почувствовал боль в области правой ключицы и некоторое затруднение

в движении правой руки. Он был доставлен в хирургическую клинику, где внешний осмотр обнаружил следующее. Правое плечо стоит ниже левого и обращено несколько кпереди и кнутри; голову больной держит косо (она обращена вправо); левой рукой он поддерживает правую в подмышечной ямке. При исследовании ощупыванием палец, движущийся от плеча к груди, приблизительно на середине ключицы определяет сперва выпячивание, затем углубление. Выступающая поверхность акромиальной части ключицы смотрит кнутри и книзу и образует покатость, направленную косо сверху вниз и кнутри кнаружи; поверхность грудинного отломка ключицы, ограничивающая углубление, смотрит косо кверху и кнаружи. При попытке вправления этого смещения обнаружен поперечный перелом в самом акромиальном конце, который раньше не мог быть замечен, так как эти отломки удерживались в нормальном положении действием связок, соединяющих здесь ключицу с лопаткой. Признаки воспаления на месте перелома были еще совсем незначительны.

Этиология. Перелом возник здесь вследствие непосредственного воздействия насилия на плечо.

Лечение. Холодное обертывание. Горизонтальное положение. Удержание локтя с помощью косынки. Подушка в подмышечной ямке.

Вывихи

Случай 27. Застарелый вывих плеча. Неудавшееся вправление.

Як, эстонский крестьянин, 28 лет, флегматического темперамента, коренастого сложения, десять недель назад получил удар в правое плечо в направлении снаружи кнутри, причем в момент удара плечо было поднято кверху. Появились сильные боли в суставе, произвольные движения в нем стали совсем невозможны, пассивные движения плеча, производившиеся окружающими лицами, были крайне ограничены. Когда прошло полных десять недель после повреждения (больной надеялся, что заболевание пройдет само собой), он 23 мая 1836 г. обратился за помощью в хирургическую клинику.

Состояние его было следующее. Общее самочувствие было отличное. Явления, обнаруженные в пораженном суставе, таковы. Больная правая рука казалась чуть длиннее, а локтевой сустав этой стороны стоял немного ниже, чем на другой стороне, что подтвердилось также при измерении лентой. Пассивные движения руки были затруднены, но не слишком ограничены; невозможно было только приведение руки к туловищу. Больной не ощущал тех сильных болей, которые всегда имеются при свежих вывихах и насильственных движениях. Локоть на больной стороне был немного отдален от туловища, предплечье согнуто. В целом сустав потерял форму окружности; акромиальный отросток стал отлогим; находящаяся под ним выпуклость, образованная головкой плечевой кости и покрывающими ее мышцами, исчезла, и вместо выпячивания там заметно углубление.

В подмышечной впадине прощупывалось шаровидное выпячивание – суставная головка. Рука была как парализованная, что, вероятно, может быть объяснено давлением суставной головки на плечевое сплетение. Без поддержки левой рукой больной не мог поднимать правую руку.



Этиология. Поводом для возникновения вывиха служил удар, которому подверглось плечо, особенно при том положении руки в момент травмы, которое благоприятствовало вывиху, как указано выше.

Лечение. Первая попытка вправления была предпринята в день поступления больного в клинику. Больной был уложен навзничь на ровный пол. Противовытяжение осуществлялось четырьмя помощниками, а вытяжение за локтевой сустав – также четырьмя помощниками; движениями суставной головки руководил оператор. Сперва плечо вытягивалось вниз в направлении к ногам, затем при непрекращающейся тяге оно постепенно поднималось кверху, пока не образовало прямого угла с туловищем и прямой линии с ключицей; после этого плечо было медленно переведено в прежнее положение. Попытка не удалась, головка не сдвинулась с места.

Больному предоставлен на несколько дней покой; в течение этого времени к вывихнутому плечу прикладывалась теплая размягчающая припарка с целью расслабления мягких тканей. 27 мая была повторена попытка вправления с помощью двойной блоковой тяги по этому же способу. При этом были использованы наиболее сильные расслабляющие средства. Больному было сделано кровопускание из локтевой вены (около 450 г), после этого – теплая ванна, и вслед за тем он получил рвотное средство, которое позднее было повторено в меньшей дозе во время попытки вправления. После этих приготовлений мы приступили к операции. В тот самый момент, когда было важнее всего расслабить мышцы, мы попытались подействовать на больного испугом, объясняя ему, что придется отрезать ему руку, и показывая ему большой плоский ампутационный нож. Тем не менее все оказалось тщетным. Головка как будто немного сместилась из своего прежнего положения, но это было совершенно недостаточно. На тех местах, где при вытяжении и противовытяжении лежали бинты, в подмышечной впадине, в области локтевого сустава, образовались экскориации; против этого применялась *Ung. saturn. zinci* и соответствующая повязка. В предплечье же начались боли, против которых были предприняты втирания серой ртутной мази.

Случай 28. Застарелый вывих плеча. Удавшееся вправление.

Прасковья Осиповна, 35 лет, поденщица, месяц назад упала на левый бок и на левую руку, после чего в левом плече остались боли, опухоль и неподвижность. 10 августа 1836 г. она обратилась за помощью в хирургическую клинику. Левое плечо потеряло свою округлость и образовало острый угол, наружную границу которого составлял акромион; под последним имелась плоская ямка, нижней границей которой служило твердое выпячивание – головка плечевой кости. Подмышечная впадина заполнена прощупываемым твердым телом – соскользнувшей головкой плечевой кости. Если смотреть сзади, то левый локтевой сустав стоит ниже правого и вся рука кажется чуть длиннее. Больная почти вовсе не могла двигать левой рукой, особенно в положении отведения. Нетрудно было распознать вывих месячной давности в левом плечевом суставе. Больной была положена на область плечевого сустава на одни сутки размягчающая катаплазма, и на другой день, 11 августа, удачно выполнено вправление по вышеописанному способу. После этого конечность была удержана в правильном положении с помощью широкого бинта.



12 августа. Суставная головка опять вышла из суставной впадины: это следует из того, что область плечевого сустава опять оказалась угловатой. Вправление осуществлено теперь совсем простой манипуляцией, и на область сустава положено холодное обертывание с *Aq. Goulardi*. Это продолжалось два дня, после чего производились растирания и накладывались повязки на область плечевого сустава с *Spir. camphorat*.

20 августа больная выписана. Она могла уже пользоваться конечностью, и плечевой сустав приобрел опять свою естественную округлость.

Случай 29. Вывих плеча пятинедельной давности у очень мускулистого субъекта. Удавшееся вправление.

Михаил Пантелеев, 45 лет, русский, каменщик, крепкого и мускулистого сложения, прежде чувствовал себя хорошо, если не считать приступов белой горячки, которые наблюдались у него несколько лет назад после чрезмерного употребления водки. Теперь, однако, он от нее отвык. Пять недель назад, когда у него опрокинулись сани, он при падении оперся о правую руку, к тому же на него свалился его спутник. После этого он сразу же почувствовал хруст в плече, ощутил сильную боль в нем, и вся рука стала неподвижной. После кровопускания сильные боли постепенно сошли на нет, но предпринятые попытки вытяжения и вправления ни к чему не привели, и больной, таким образом, был вынужден спустя пять недель, 30 ноября 1836 г., обратиться к нам за помощью.

При исследовании оказалось следующее. На правом плече не было видно выпуклости и округлости, как на левом, плечевой отросток лопатки прощупывался отчетливее. Равным образом в подмышечной впадине отчетливо прощупывалось твердое тело – головка плечевой кости. При этом больной держал локтевой сустав в некотором отдалении от туловища, а руку – в согнутом положении вследствие более сильного напряжения двуглавой мышцы, поскольку вся конечность опустилась; это можно было определить уже при внешнем осмотре по более низкому стоянию левого локтевого сустава в сравнении с правым. Движения плеча вначале почти полностью отсутствовали; больной мог только отвести его в сторону от туловища. После этого боли стихли, напряжение уменьшилось и больной мог производить без особых усилий некоторые легкие движения.

Больному сделали сильное кровопускание, и он был посажен в теплую ванну на несколько часов. Затем он получал время от времени водку, пока он не выпил в совокупности полторы четверти, после чего он оказался совершенно пьяным и расслабленным. В таком состоянии больного было предпринято вправление. Противовытяжение было осуществлено с помощью нескольких полотенец, наложенных на плечо и туловище и натянутых. Вытяжение производилось сначала за плечо в направлении от тела в сторону, пока оно постепенно с помощью блоковых тяг не было доведено доверху. При этом одновременно производились попытки вправления головки в суставную ямку путем непосредственного давления на головку. Когда вытяжение таким путем было доведено до высшей степени, плечо опять было оттянуто сильно вниз и при этом верхняя часть его вместе с головкой была вдвинута в суставную ямку, чем, наконец, было достигнуто вправление. После этого была сделана проверка, действительно ли вправление удалось полностью; с этой целью производились легкие движения плеча во всех



направлениях, что происходило совершенно безболезненно. Во избежание нового смещения на почве чрезмерных и преждевременных движений плечо было прикреплено к туловищу в полусогнутом положении, при соответствующей поддержке локтя. На плечо и сустав наложены холодные компрессы.

1 декабря. Так как больной жаловался на боль в плече, то ему были назначены обертывания с *Aq. Goulardi*, а для втирания во всю конечность вследствие значительного ее повреждения – *T-rae Canthar.* и *Linim. volat. aa.* Применение вышеуказанной повязки продолжается, но больной выписан.

Случай 30. Вывих плеча. Повторное вправление.

Карл Эрвих, 55 лет, 23 июня 1836 г., опуская тяжелую ношу назад, за левую ногу, причинил себе вывих левого плеча. 25 июня он обратился в хирургическую клинику за помощью. При его поступлении было обнаружено, что головка плечевой кости вывихнута кзади и книзу. Несколько попыток вправления закончились неудачно, поэтому больному было сделано кровопускание и дано *Tart. emet.* через каждый час по 0,06 г. Вечером неудачные попытки вправления заставили нас исследовать причину характерного звука, повторявшегося при каждой попытке вправления, как будто вывихнутая кость становится на свое прежнее место, между тем как головка все время остается в положении смещения. При этих попытках выяснилось следующее. Если подвести правую руку под головку плечевой кости, а левой рукой произвести поворот вывихнутого плеча кнутри вокруг его продольной оси, то головка проскальзывает мимо пальцев правой руки в суставную впадину, однако одной тяжести руки при этом достаточно для выпадения головки из впадины. Поэтому вправленное плечо было фиксировано к грудной клетке при помощи повязки Дезо.

28 июня. Повязка Дезо заменяется простым поясом, который отвечает тому же назначению, но не смещается так легко. В подмышечную впадину вводится небольшая клиновидная подушка.

29 июня. Больное плечо еще несколько опухшее, особенно под клювовидным отростком, так что при первом беглом взгляде головка плечевой кости кажется находящейся здесь; однако при более тщательном исследовании удастся прощупать головку в самом суставе, где она все же лежит неукрепленной. Кроме того, по внутренней поверхности плеча, от надплечья до середины плеча, тянется вниз зеленовато-желтая полоса кровоподтека шириной 2,5 см.

1 июля. Больной выписывается, движения пострадавшего плеча стали свободнее, а припухлость сустава значительно уменьшилась. Рука уложена в обыкновенный офицерский шарф.

Случай 31. Вывих плеча в сочетании с сильным ушибом. Скопление гноя в суставе. Вычленение. Смерть.

Иоганн Клаус, эстонец, батрак на мельнице Вассуле, 67 лет, в пятницу 11 декабря 1836 г. чистил мельничный колесный механизм, в это время мельница заработала, и больной имел несчастье попасть в колесо своей правой рукой, которая значительно пострадала; при попытке освободить руку больной причинил себе также вывих плеча. Мельник залил рану руки камфорным спиртом и плотно закутал ее полотном. После этого больной на другой день испытывал сильные боли в руке и особенно в плече. На третий день после ранения, в воскресенье

13 декабря утром, больной был доставлен в клинику. После снятия полотна, намотанного вокруг руки и сильно испачканного кровью, на руке обнаружена рана в форме полулуния, расположенная на тыле пястной области и распространявшаяся вдоль всей локтевой стороны указательного пальца. Рана на тыле кисти проходила только через поверхностные мягкие ткани и составляла нечто среднее между рваной и ушибленной лоскутной раной; в ней же намечалось образование грануляций. На указательном пальце, с внутренней стороны, были сорваны мягкие ткани и ноготь. Кости нигде не были обнажены, равным образом нигде не было заметно переломов. К тому же вся рука до середины предплечья умеренно распухла. Правое плечо потеряло свою округлость и полноту; в подмышечной впадине прощупывалась твердая головка плечевой кости. Правый локтевой сустав стоял ниже левого. Все это и неподвижность руки в плечевом суставе отчетливо говорили о вывихе плеча.

Вечером того же дня плечо было вправлено; противовытяжение производилось за неподвижно укрепленную лопатку, а плечо постепенно отводилось от туловища и поднималось кверху, после чего оно быстрым движением было опущено вниз. При этом был слышен характерный треск и плечо оказалось вправленным. На плечо положены холодные компрессы, и оно подвешено на косынке. На кисть наложены смягчающие припарки, после того как раны были покрыты смягчающей мазью.

14 декабря. Состояние больного хорошее. Существенной реакции не было. На раны руки сегодня наложены повязки с раздражающими мазями; поверх них сделаны те же окутывания.

15 декабря. Обнаружен перелом третьей фаланги указательного пальца. На все рваные раны накладываются повязки с *Ung. basilic*, и *T-ga Myrrh*. Ароматическая припарка продолжается.

16 декабря. перевязка с той же раздражающей мазью и окутывание то же. Больному назначена щелочная ванна, которую он принял 17 декабря. Больной жалуется на боли в ране. Повязка и окутывания те же.

18 декабря. Кисть немного распухла. Больной указывает, что боли уменьшились. Оставлена повязка с раздражающей мазью. Рана все еще имеет грязный вид, покрыта охряно-желтыми пятнами, возникающими вследствие омертвения фасций. Больной опять получает щелочную ванну.

19 декабря. Вторая фаланга указательного пальца обнажена и омертвела, причем на довольно большом протяжении. Поэтому естественный процесс завершается ампутацией. Она производится между первой и второй фалангой. Лоскут выкраивается из ладонной поверхности, слегка натягивается и прикрепляется посредством липкого пластыря, поскольку на первичное натяжение не приходилось рассчитывать из-за осложненного перелома. В остальном повязка как прежде. Возвышение большого пальца, как и сами пальцы, в особенности же большой, сильно распухли, но на боли больной уже не жалуется. На операционную рану накладывается повязка со смягчающей мазью, а на язвенные поверхности – повязка с раздражающей мазью.

20 декабря. Больной не жалуется на боли; все пальцы очень распухли, особенно большой; опухоль распространяется на предплечье. Поэтому назначены



травяные подушечки с *Spec. aromat.* и камфорой; вокруг конечности наложен бинт, но без особенного давления. Кроме того, больной получает местную щелочную ванну. Повязка как раньше.

21 декабря. Опухоль еще держится; повязка сменяется. В остальном никаких изменений.

22 декабря. Повязка как указано выше. Рана не обнаруживает склонности к первичному натяжению, что можно было предвидеть. Так как язвенные поверхности имели вялый вид, была назначена мазь со *Styrax* и *T-ra Myrrh.*

23 декабря. Рана имеет плохой вид, язвенные же поверхности стали немногим чище.

24 декабря. Язвенные поверхности стали чище. Опухоль же на кисти и предплечье еще не рассосалась. Других изменений нет. Больной получил ванну с *Flor. Chamom.*

25 декабря. Опухоль кисти и предплечья увеличилась. Больной, однако, не жалуется на боли. Язвенные поверхности чище, чем раньше. Продолжается наложение повязки с *Ung. de Styrae* и *T-ra Myrrh.*

26 декабря. Опухоль увеличилась и распространяется на предплечье, плечо и плечевой сустав; она туга на ощупь. Поэтому были назначены втирания камфорного спирта с одновременным применением *Spec. resolvent.*, *Flor. Chamom.* и *Calam. arom. gross. pulverat.* в качестве сухой травяной подушки. Одновременно была окутана вся правая верхняя конечность вместе с плечевым суставом. Но на тыл кисти, который тоже распух, были положены влажные припарки из *Spec. aromat.* и *Flor. Chamom.*

27 декабря. Язвенные поверхности имеют довольно хороший вид, но все же остаются еще значительно вялыми. Они кровоточат при малейшем прикосновении, поэтому *Ung. de Styrae* с *T-ra Myrrh.* подкрепляются еще *Praecipit. rubr.*, а именно 3,75 на 30,0. Опухоль на тыле кисти резко уменьшилась, на предплечье, плече и суставе опухоль еще держится, но чуть уменьшилась. Опять назначены втирания камфорного спирта, на кисть накладываются ароматические припарки, а на предплечье, плечо и сустав *Spec. revolv.* с *Flor. Chamom.* и *Rad. Calam. arom.*

29 декабря. Никаких особых изменений. Отек все еще довольно значительный; раны имеют неплохой вид.

30 декабря. Без изменений.

1 января 1837 г. Больной хорошо спал, особых жалоб не предъявляет; однако отечность очень сильна, поэтому производится втирание *Linim. volat.* и оставлена давящая колосовидная повязка.

2 января. Повязка остается прежней. Больной много спит, кишечник действует регулярно, особых жалоб нет.

3 января. Смена повязки. Втирание летучей мази; кроме того, больной получает паровую ванну из *Spec. aromat.* с *Flor. Chamom.*, *Bacc. Junip.*, *Rad. Calam.* После нее была снова наложена давящая повязка. Отек не обнаруживает никакой склонности к уменьшению. Отправление органов брюшной полости регулярное.

4 января. Смена повязки. Рука обтерта камфорным спиртом. Больной опять получил паровую ванну. Снова наложена давящая повязка.



5 января. Никаких дальнейших изменений.

6 января. Смена повязки, продолжение прежних обтираний, равно как давящей повязки.

7 января. Никаких изменений.

8 января. Повязка не сменяется.

9 января. Повязка также не сменяется.

10 января. Смена повязки. Паровую ванну больной теперь получает каждодневно. Давящая повязка оставлена.

18 января. Опухоль конечности немного уменьшилась. Смена повязки на конечности. Паровая ванна. *Ung. ciner. 7,5, Camphor. 3,75. S.* Для втирания в руку.

22 января. На плече отек уменьшился, на локте еще довольно значительный.

26 января. Паровая ванна без смены повязки.

27 и 28 января. Без перемен.

30 января. Вся конечность еще очень отекая и дряблая. Сегодня плечевой сустав подвергся тщательному исследованию; при вращательных движениях в нем был слышен хруст. При сильном надавливании ниже акромиального отростка один участок кости, по-видимому, смещался. Нельзя было установить, был ли это отломок суставной впадины лопатки или лежащая внутри капсулы отломившаяся часть головки плечевой кости. Вечером под акромиальным отростком более отчетливо отмечалась флюктуация. Был сделан прокол ланцетом. Тотчас же стала обильно вытекать коричневатокрасная густая жидкость без запаха, которой постепенно выделилось около 700 г. Если палец ввести в сделанное отверстие, то он вскоре натолкнется на суставную головку плечевой кости, на ощупь шероховатую и бугристую. Прежняя повязка снята, и вместо нее наложена косынка, а в область сустава и плечо втирается средство следующего состава: *Rp. Spir. ammon, caust. 30,0, Ol. terebinth. 15,0, Spir. Menth. 105,0.* Вечером в разрез введена корпия с маслом. Косынка остается.

31 января. Ночью вытекло еще довольно много гноя. Сегодня при давлении больше ничего не выделилось. Состояние больного по-прежнему очень вялое. Вечером пульс немного возбужден. Сегодня из места прокола выделилось лишь небольшое количество гноя, но он сделался зловонным. Назначено: *Rp. Dec. Ch. (ex 11,25) 180,0, Sir. s. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

1 февраля. Экспульсивная повязка на плечо. На место разреза – раздражающая мазь. Косынка.

2 февраля. То же самое и общая теплая ванна.

3 февраля. Перевязка, как накануне. Сегодня из раны выделилось немного гноя.

4 февраля. Из разреза выделилось довольно много гноя. Сегодня были обнаружены два больших свищевых хода: от места разреза вперед и назад в толщу мышц. Это обстоятельство, как и перспектива развития новых свищевых ходов, а также обнаруженная при прощупывании некротическая поверхность головки плечевой кости обусловили решение резецировать эту головку. Разрез проводится от акромиального отростка вниз, длиной примерно 15 см, до самой



кости; от нижнего угла раны проводятся два разреза в стороны длиной около 4 см каждый, перпендикулярно к первому разрезу. Края раны растягиваются; шейка плечевой кости освобождается кругом от мягких тканей; под кость подводится компресс, и кость перепиливается на расстоянии примерно 7 см от суставной поверхности почти во всю толщу; после этого суставная головка вывихивается из сустава и, наконец, отпиливается полностью.

Более тщательное исследование этой резецированной кости показало, что часть суставной поверхности совершенно суха и лишена всех покровов; суставной хрящ исчез, и по всей его прежней периферии обнаружено губчатое вещество суставного конца кости в виде шероховатого валика; еще более кнаружи от этой шероховатой пограничной линии (она обозначает границу будущего отторжения суставной головки) уже имеются пластинчатые и шероховатые костные отложения, предназначенные несомненно для отграничения будущего секвестра. Мягкие ткани и суставная капсула отсутствовали на верхней и наружной частях суставной головки, которая была покрыта ими только с внутренней стороны. На распиле, проведенном через губчатое вещество, внутри самого костного мозга виден довольно крупный участок распавшейся ткани серого цвета. Суставная впадина в нижней ее части шероховата.

Повязка: экспульсивная повязка на всю верхнюю конечность, начиная от пальцев. После того как рана была выполнена корпией, пропитанной маслом, плечо уложили в четыре картонные шины и наложили экспульсивный бинт и *spica humeri*. Во вновь образовавшиеся свищевые ходы проведены две заволоки, из которых одна проходит от верхнего угла раны до нижнего угла лопатки, а другая – от верхнего угла раны до клювовидного отростка. Внутрь дается в качестве напитка: *Rp. Decoci. Hord. 720,0, Aq. oxymur. 7,5, Sirup. s. 30,0.*

5 февраля. Ночью больной спал хорошо. Повязка на плече немного промокла. Повязка не тронута. Внутрь назначено: *Rp. Cort. Chin. 15,0. coq. c. Aq. s. q. s., colaturae 180,0 adde T-rae arom.-acid 3,75, Sirup. s. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

6 февраля. Рана была очень грязная, крайне зловонная, из нее выделилось очень много ихорозного гноя. Новая повязка сильно утомляла больного.

7 февраля. Рана очень грязная, выделения обильные и весьма зловонные. Назначено: *Rp. Cort. Chin. 30,0 ad Dec. 180,0, T-rae arom.-acid. 3,75, Sirup. s. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

8 февраля. На ногах, особенно на правой, имеется отечность; в остальном без изменений. Ароматическая паровая ванна для верхней конечности и новая повязка с *Flor. Chamom. 180,0, Rad. Calam. 210,0, Spec. resolv. 540,0.*

9 февраля. Выделений из раны сегодня немного меньше. Сама рана имеет более благоприятный вид: под грязными налетами просвечивают красноватые мясные сосочки. В подмышечной впадине обнаружен свищевой очаг, который вскрывается. Он был довольно поверхностный. Ароматическая ванна. На рану накладывается сухой преципитат и преципитатная мазь; повязка обычная.

10 февраля. Состояние раны как накануне. На плече как будто намечается образование новых свищевых ходов. Вся конечность упорно остается отечной. Пульс ПО, малый, неравномерный. Язык влажный, слегка обложен беловатым

налетом. Поноса нет. Внутрь назначено: *Rp. Cort. Chin. 30,0, coq. c. Aq. s. q. s., sub fin. cod. adde Rad. Valer. 11,25, colaturae 180,0 adde Aeth. sulf. 3,75, Sirup s. 30,0.* S. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

11 февраля. Общее состояние как вчера. Дыхание – kloкочущее (из-за слизи) и особенно затруднено по вечерам. В ране при небольших выделениях видна желтоватая пленка от преципитата. Свищевой ход в подмышечной впадине дает отчетливое ощущение пульсации подкрыльцовой артерии. Паровая ванна. В рану вводится преципитатная мазь, а поверх нее – компрессы. На обе стороны груди ставится везикатор. Внутрь назначено: *Rp. Cort. Chin. 30,0 ad Dec. 180,0, adde Extr. Seneg. 3,75, Sirup. s. 30,0.* S. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

12 февраля. Сегодня конечность отнята. После предварительной перевязки подкрыльцовой артерии обоюдоострый ампутационный нож Лисфранка проводится во внутреннее свищевое отверстие и выводится наружу; таким образом выкроен верхний лоскут, после этого мягкие ткани таким же способом перерезаны внизу и образован нижний лоскут. Подкрыльцовая артерия, перевязанная и некровоточившая, для большей надежности перевязана дополнительно на месте перерезки. Только в нижнем лоскуте была кровь из пяти мелких артерий, все они перевязаны; в верхнем лоскуте не кровоточил ни один сосуд. После ампутации¹ был виден свищевой ход, который из подмышечной впадины спускался вниз, вдоль грудной клетки, на ширину ладони; другой короткий свищевой ход шел до середины наружного края лопатки. На концах обоих свищевых ходов сделаны противоотверстия.

После операции больной был очень утомлен и потерял аппетит. После обеда началась периодическая икота. Везикаторы плохо тянули, и на их место положена *Ung. irritans c Pulv. Canthar.*

Перевязка: в ампутационную рану вводится плюмассо с простой мазью, затем накладываются полоски пластыря, компрессы и колосовидная повязка на область плечевого сустава. Пролежень в области крестца промыт алкоголем с яичным белком и покрыт танниновой мазью и резиновой пластинкой. Вечером – втирание *Liq. ammon. caust. c T-ra op.* в область сердца. После операции 5 капель *T-rae theb.*

13 февраля. У больного еще временами бывает икота, но меньше. Ночью лежал довольно спокойно; стула не было. Лицо больного бледное, язык сухой, пульс 86, неравномерный. Отечность левой стопы еще не уменьшилась. При исследовании отнятой руки обнаружена только значительная отечность последней, больше ничего. Сменена поверхностная часть повязки. Пролежень перевязывается так же, как вчера. Камфорный спирт для растирания левой стопы и после этого ароматическая подушка из трав с камфорой. Внутрь: *Rp. Extr. Chin. f. 7,5, Aq. Menth. 60,0, Aq. s. 150,0, T-rae arom.-acid. 3,75, Sirup. s. 30,0.*

14 февраля. Ампутационная рана имеет очень грязный вид, из свищевых ходов выделений мало. Общее состояние как накануне. Икота – редко. Пролежень еще велик. Повязка: с сухим преципитатом и с *Ung. basilic.* В остальном –

¹ В данном случае ампутация произведена атипично, поскольку раньше была резецирована головка плечевой кости (см. стр. 71) (*ред.*).



как третьего дня. На груди еще лежат два везикатора. Внутрь: *Rp. Extr. Chin. 11,25, Aq. Menth. 30,0, Aq. s. 150,0, T-rae aromat.-acid. 3,75, Sirup. s. 30,0.*

15 февраля. Рана имеет очень грязный вид. Из свищевых ходов выделяется мало гноя; стула не было; язык сухой. перевязка: рана засыпана порошком из равных частей ромашки и тертого угля и половинной доли красного преципитата. В остальном повязка как накануне. Смягчающая клизма. Внутрь: *Rp. Cort. Chin. 30,0 ad Dec. 180,0, Extr. Chin. 3,75, Elix. acid. Hall. 3,75, Sirup. s. 30,0.*

16 февраля. Рана очень грязная, отделение гноя незначительное. Больной очень слаб. Пульс более регулярный, чем раньше, но очень слабый. После клизмы вчера был стул в незначительном количестве. Язык как пергамент. Пролежень в тех же пределах. На спине в области лопаток имеются два места с начинающимся пролежнем. К вечеру больной значительно ослабел и пульс сильно понижен. перевязка как накануне. Внутрь: *Rp. Cort. Chin. 30,0 ad Decum Inf. Valer. ad colat. 180,0, Extr. Chin. 3,75, Liq. anodyn. 3,75, Sirup. s. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

Вечером: *Rp. Mosch. 0,12, Sacch. alb. 0,6. Dentur tal. dos. № 2.* Вечером повторная перевязка пролежня. *Rp. Cort. Chin. 30,0, coq. c. Vin. alb. q. s, sub fin. coct. adde Rad. Val. 15,0, colaturae 240,0 adde Extr. Chin., Nuphth. acet. aa 5,0, Sirup. Aurant. 30,0. S.* По 1 столовой ложке каждый час. Кроме того, порошок мускуса.

17 февраля. Ночью больной лежал спокойно; дважды был стул: сперва кашицеобразный, потом жидкий. Лицо гиппократово; язык как пергамент; пульс еле ощутим; дыхание затруднено. Повязка и внутренние лекарства остаются теми же. В 3 часа пополудни больной скончался.

Вскрытие произведено через сутки после смерти. При исследовании ампутированной культи¹ обнаружен широкий гнойный ход вдоль подключичной артерии и плечевого сплетения, распространявшийся также поперек шеи и заканчивавшийся слепо ниже области лопаточной ости. В перевязанной подкрыльцовой артерии находился нежный кровяной сгусток длиной 2,5 см, а между обеими лигатурами – серый гной. Легкие были прочно сращены на большом протяжении с пристеночной плеврой, причем, особенно на левом легком, псевдомембранами образованы разнообразные ячейки. В левой плевральной полости было 180 г кровянистой жидкости. В нижнем углу правого легкого найден сращенный с плеврой участок плотной обызвествленной ткани толщиной 5–7,5 см, шириной 2,5 см, длиной 4–5 см. В остальном легкие были отечны, и на разрезе из ткани их вытекала негустая пенная жидкость. В бронхах правого легкого хрящи и бронхиальные железы окостенели. На поверхности сердца имелись остатки пластической лимфы. Правое предсердие увеличено, стенка его истончена и атрофична. Печень бледная. В прямой кишке было несколько экскориаций. В нижнем отделе толстой кишки – несколько язв темно-красного цвета; выше же и особенно в слепой кишке имелись многочисленные разросшиеся выпуклые, округлые, более крупные язвы; к тому же слизистая оболочка толстого кишечника была отечна. В тонких кишках не обнаружено никаких отклонений от нормы. В желудочках мозга было довольно много прозрачной жидкости.

¹ Точнее – при исследовании тканей на месте резекции и ампутации.

Замечание. Этот случай для нас очень поучителен. 1) Он показывает, что при всех вывихах, особенно возникших под влиянием значительного внешнего насилия, местное антифлогистическое лечение должно быть строго показано. В самом деле, образование гнойника в суставе в данном случае я могу объяснить только предшествовавшим воспалением сустава, которое, как это ни странно, протекало почти безболезненно, очевидно, вследствие необычайной вялости больного. Отсутствовали также объективные признаки воспаления. В первые дни опухоль была не больше чем после всякого вывиха; поэтому воспалительный процесс в суставе прошел незамеченным.

2) Скопление гноя в полости сустава в данном случае было не так легко обнаружить. Зыбление было чрезвычайно неясное. Один только отек мог нас навести на мысль, что здесь где-то в глубине имеется скрытое скопление гноя. С другой стороны, однако, развитие отека здесь происходило совсем не так, как при других гнойниках. Вначале отек образовался вдали от места поражения, а именно на кисти, и медленно поднимался вверх. Отек был действительно огромный, но совершенно холодный, безболезненный, легко сжимался. Я не знал, что и думать об этом отеке. Сначала я думал, что это последствие сильного ушиба конечности. Большое насилие, предшествовавшее повреждению, наличие значительной ушибленной раны на кисти, потребовавшей даже ампутации пальца, – все это еще более укрепило меня в моем предположении.

3) Особенно примечательно было изменение формы сустава в то время, когда отек уже существовал несколько недель. Акромиальный отросток опять образовал острый выступ, дельтовидная мышца казалась более напряженной. Было ясно видно, что в суставе наступило какое-то органическое изменение. При тщательном ощупывании мы нашли настоящее углубление под плечевым отростком лопатки. Головка плечевой кости, очевидно, отсутствовала в суставной впадине. Тем не менее можно было двигать конечностью в разных направлениях, даже по кругу, без боли. Во время лечения я производил движения плечом несколько раз, как я думал, с целью предотвращения тугоподвижности сустава, так как сам больной не мог поднимать плечо в достаточной мере, – он никогда не жаловался на боль: столь велика была его вялость. Наконец, в заключительном периоде болезни можно было отчетливо слышать крепитацию от трения двух шероховатых костных поверхностей в суставе. Головку плечевой кости можно было легко приблизить к суставной впадине, поддерживая локоть, но, как только эта опора прекращалась, головка мгновенно удалялась от суставной впадины: тогда опять при прощупывании можно было определить ямку под плечевым отростком. Хотя сустав при этом исследовании тщательно ощупывался, все же напряженная дельтовидная мышца мешала обнаружить зыбление в суставе. Признаюсь, что в то время я думал о нераспознанном переломе анатомической шейки плеча, особенно вследствие такой отчетливой крепитации.

4) Предшествовало ли в данном случае поражение кости скоплению гноя или наоборот? Поражение кости состояло здесь в рассасывании суставного хряща на головке плечевой кости и в изменении поверхности наружного слоя кости. Суставная капсула была полностью разрушена. Осталось только ее прикрепление к шейке плечевой кости; этим объясняются явления смещения кости в последний



период болезни. Следовательно, поражение головки было здесь следствием скопления гноя и обусловлено давлением и прогрессирующим рассасыванием. Почему же вывих в данном случае принял такой необычный оборот? Было ли это последствием самого внешнего насилия или травматическое повреждение падало здесь на уже патологически измененную почву?

Хотя у больного не было обнаружено явных признаков дискразии, все же вскрытие показало: 1) резко выраженные фунгозные язвы слепой кишки, очень похожие на тифозные; 2) предшествовавшее воспаление грудных органов, связанное со значительным отложением окостеневшей массы. Если сюда прибавить, наконец, преклонный возраст больного, который сам по себе представляет болезнь, и его необычную вялость, то мы, я думаю, вправе заключить, что общее состояние больного здесь немало содействовало неблагоприятному исходу заболевания.

Все дело здесь, по моему мнению, заключается в том, что: 1) значительное внешнее насилие вместе с вывихом вызвали воспаление мягких образований сустава, 2) воспаление, возникшее на столь патологически измененной почве, приняло вялый характер и закончилось разрушением клетчатки, капсулы и мышечных волокон, 3) кость пострадала вследствие давления, и головка плечевой кости, отделенная от всех органических связей, действовала как инородное тело, поэтому 4) развились в разных направлениях свищевые ходы, распространению которых благоприятствовали анатомические особенности самой области, т. е. подмышечной впадины, 5) отек являлся частично последствием скрытого в глубине скопления гноя, частично результатом предшествовавшего сильного ушиба и сдавления, которое оказывала на сосуды головка плечевой кости, смещенная гнойным скоплением, 6) причина смерти заключается, наконец, в истощении сил от длительного нагноения, от непрекращающихся свищей, которые вследствие старости больного, его конституции, вследствие осложнения дыхательными расстройствами и язвами кишечника никак не могли принять пластическое направление.

Я очень жалею, что в этом случае не произвел экзартикуляцию плеча сразу же после обнаружения скопления гноя в суставе. Эксцизия¹ была здесь слишком рискованным средством. Это, несомненно, была самая большая ошибка во всем лечении. Скорее можно было простить то обстоятельство, что в данном случае не было распознано скопление гноя. Я думаю, что каждый мог бы совершить ту же ошибку. Беспристрастный читатель убедится на основании истории болезни в том, сколь обманчивыми здесь были явления артропоза.

¹ Здесь имеется в виду резекция головки плечевой кости, произведенная через $3\frac{1}{2}$ недели с момента травмы.

7. Смешанные повреждения

Здесь я сообщу о двух случаях: в первом весьма значительный ушиб голени, во втором значительная ушибленно-рваная рана той же области.

1) Ушиб голени был, может быть, один из тех, которые некоторые французские хирурги называют *coup de fouet* (удар кнутом): большое напряжение, жар, интенсивный синий цвет и полная невозможность в течение нескольких недель двигать конечностью представляли при этом наиболее заметные явления. Может быть, я здесь поступил неправильно, применяя вместо холодных обертываний влажное тепло на конечности? В этом случае опыт говорит, очевидно, в мою пользу; но и а priori холод показан не при каждом ушибе и не во всякое время его течения. Если напряжение, припухлость и боли очень значительны, если уже протекло некоторое время после ушиба, если, наконец, речь идет об ушибе глубоких образований, то значительно целесообразнее применять влажное и даже ароматическое тепло, ибо, во-первых, оно представляет собой средство, еще более способствующее рассасыванию, чем холод; при этом оно проникает значительно глубже, чем холод; во-вторых, оно уменьшает напряжение и боли, которые гнездятся в фиброзных тканях; в-третьих, наконец, если степень воспаления, возникшего после ушиба, слишком высока и угрожает переходом в процесс гноеобразования, то тепло способствует и этому исходу. Так как сотрясение при ушибе значительно сильнее, чем при переломе, то не следует удивляться, что при этом паретическое состояние наблюдается значительно чаще, чем при переломе.

2) Ушибленно-рваная рана была примечательна уже одними своими размерами. Я пытался достигнуть первичного заживления, но моя попытка не удалась. Лоскут самой раны омертвел, возникли свищевые ходы, которые направлялись в сторону подколенной ямки. Здесь ошибка состояла в том, что я наложил повязку, пожалуй, слишком туго. Больной не жаловался на особое напряжение, что меня и побудило оставить повязку нетронутой. Впрочем, больной от этой попытки потерял немного, ибо омертвел лишь небольшой участок кожи. Свищи же имелись и при поступлении больного, — они были следствием самого повреждения.

Случай 32. Сильный ушиб голени. Неясные симптомы. Успешное лечение теплыми окутываниями.

Михель Вира, портной, 53 лет, флегматического темперамента и крепкого телосложения, 3 апреля вечером, поднимаясь по лестнице, упал с нескольких ступенек. Не может точно указать, в каком положении он падал. Знает только, что получил особенно сильный ушиб колена. Однако он вскоре встал без посторонней помощи, весь вечер еще ходил по комнате и ночью спал совершенно спокойно. Утром при пробуждении он почувствовал очень сильные боли в коленном суставе, сильно распухшем и горячем на ощупь. В течение дня опухоль постепенно распространилась на всю голень до области лодыжек и тыла стопы. Боли, сосредоточенные прежде в области коленного сустава, тоже распространились вниз, становились все сильнее и обострялись в высшей степени при малейшем движении стопы, так что больному был вынужден просить о приеме в хирургическое отделение здешней клиники.



Состояние больного после приема в клинику 4 апреля 1836 г. было следующее. Вся область от нижней трети бедра до тыла стопы сильно распухла. Опухоль была напряженная, блестящая, отечная. У внутреннего края коленной чашки виден кровоподтек, другой подобный же кровоподтек находился на несколько дюймов ниже бугристости большеберцовой кости. Боли были очень резкие и усиливались от глубокого давления пальцем и еще более от попыток слегка приподнять ногу или произвести какое-нибудь движение. При попытке проследить большеберцовую кость пальцем ее удавалось нащупать только в нижней трети голени, а по направлению кверху кость вовсе не прощупывалась из-за большой припухлости. При этом исследовании давящим пальцем больной нигде не ощущал особенно сильной местной боли; на всем протяжении голени она была одинаково интенсивной. Малоберцовая кость не прощупывалась нигде. Положение стопы не изменено.

Распознавание было в данном случае затруднительно, ибо для диагноза перелома обеих костей голени или даже хотя бы одной малоберцовой кости здесь не доставало слишком многих признаков. Особенно говорило против этого то обстоятельство, что больной после падения мог еще довольно хорошо пользоваться ногой и наступать на нее и что направление стопы не изменено. Поэтому было достаточно предположить, что на почве воздействия механического насилия произошло кровоизлияние между ушибленными тканями, вследствие чего и возникла опухоль и распирающая боль. Следовательно, мы здесь имели дело с кровоизлиянием, которое, если судить по сильной боли, произошло в более глубоких мягких тканях и, в частности, в промежутках между мышцами и под их сухожилиями, равно как в коленном суставе. Вероятнее всего, резкая боль в значительной мере зависит от растяжения нервов.

Поэтому лечение должно было разрешить две задачи: 1) способствовать рассасыванию и 2) облегчить напряжение и боли. Ввиду этого 5 апреля были сделаны теплые окутывания припарками всей голени, а внутрь назначено солевое слабительное. Боли продолжались.

10 апреля было назначено втирание камфорного спирта в голень. Так как на другой день определилось явственное зыбление в коленном суставе, то с 11 апреля было назначено втирание *Ung. Neapolit.*, окутывание всего коленного сустава пластырной массой, состоящей из *Gum. ammoniac*, и *Oxymel squillit*. Таким образом, продолжалось лечение смягчающими окутываниями, втираниями камфорного спирта в кожу голени и *Ung. Neapolit.* в область коленного сустава; наконец, еще стали применяться ежедневные ножные ванны с *Kali caust.*

К 17 апреля опухоль коленного сустава совсем исчезла; равным образом в течение этих дней в значительной степени опала припухлость голени. Теперь оставались еще боли, которые по ночам усиливались, нарушали ночной покой больного и очень затрудняли движения ноги. Так как после исчезновения опухоли, которой прежде приписывались боли, они все еще продолжались, то следовало предположить, что они в основном были обусловлены растяжением нервов. Поэтому в область колена и в переднюю поверхность голени производились ежедневные втирания 1,875 г неаполитанской мази, к которой прибавлялось 0,6 г опия, а в остальную часть голени втирались *Linim. volat camphor.*

30.0 и *T-rue opii* 3 75. Кроме того, ежедневно назначали ножную ванну с *H-ba Cicut.*, а ввиду нарушения ночного сна каждый вечер перед сном давали порошок опия (0,03 г) с сахаром. Во время этого лечения боли постепенно уменьшались, а затем исчезли полностью. Больной легко мог уже двигать ногой, а в дальнейшем стал понемногу ходить с помощью костыля и, таким образом, постепенно выздоравливал, пока, наконец, 15 мая он не был выписан.

Случай 33. Значительная ушибленно-рваная рана голени. Неудавшееся prima intentio. Гангрена. Заживление per granulationem.

Иван, подросток 14 лет, цветущего телосложения, конюх, 18 мая 1836 г., управляя тяжело нагруженной телегой, упал с нее, когда она покатила вниз под гору; при этом заднее колесо настолько тяжело повредило ему правую голень, что он остался лежать на месте и его пришлось отправить в Дерпт в хирургическую клинику.

19 мая утром произведено исследование поврежденной конечности. На внутренней поверхности голени, приблизительно на ширину ладони выше внутренней лодыжки, начиналась зияющая рана, простиравшаяся вверх позади большеберцовой кости и параллельно длинной оси конечности. Рана не доходила на три поперечных пальца до внутреннего мыщелка бедра и имела в ширину около 9 см. Края раны слегка волнистой формы были не очень покрасневшие и чуть распухшие; на дне ее виднелись многочисленные спутанные и переплетенные обрывки клетчатки, обнаженная медиальная часть икроножной мышцы, внутренний край камбаловидной мышцы и верхняя часть ахиллова сухожилия. Над верхним углом раны отмечалась припухлость с неизменной кожей над ней, крепитировавшая при надавливании; из верхнего угла раны можно было ввести указательный палец на 5 см вверх под эту припухлость позади сухожилий полуперепончатой, полусухожильной и нежной мышц. Кровотечение в ране уже прекратилось. Общее состояние больного не очень пострадало. Единственными признаками нарушенного общего благополучия были: учащенный (в умеренной степени) пульс, напряженная, чуть горячая кожа и не особенно сильная жажда. Боль в ране была не очень сильной, но она резко усиливалась при ощупывании и попытке выпрямить согнутую голень.

19 мая. После того как рана была промыта и были отсечены некоторые искромсанные мягкие ткани, края раны стянуты липкопластырной повязкой, благодаря которой одновременно осуществлялось также умеренное давление. Поверх повязки был наложен ледяной компресс, а внутрь дан раствор соли. Вечером: боль не усилилась; трижды был жидкий стул.

20 мая. После спокойного сна больной чувствовал себя лучше, чем накануне. Вечером было небольшое повышение температуры, пульс был на несколько ударов чаще, чем утром; больной ощущал жажду. На боли он не жаловался. Назначения те же, что накануне.

21 мая. Как вчера.

22 мая. Во время утреннего обхода замечено, что между полосками пластыря просачивается грязная, зловонная жидкость. Когда повязка была снята, в комнате распространилось едкое зловоние, и ткани вокруг раны, особенно от заднего края раны и не доходя на ширину ладони до икры, оказались



темно-коричнево-красными, лоснящимися и напряженными. Из раневой щели излилось обильное количество желто-коричневой зловонной жидкости, в которой плавали измельченные жировые капельки и более крупные желтые хлопья. В различных местах этой подозрительной припухлости было сделано пять глубоких разрезов длиной около 4 см, которые тут же наполнились указанной жидкостью, просачивавшейся из разрезанной клетчатки, как из губки. Разрезы в этой грязной на вид ткани почти не вызывали боли; температура была пониженной. Рана была основательно промыта и затем покрыта ароматической катаплазмой. Общее состояние больного было хорошее. Вечером не было никакой лихорадки. Пульс был спокойный; язык чистый; аппетит не изменен; боли терпимы.

23 мая. Ночью больной спал хорошо. Вид раны не изменился. Общее состояние – как накануне. Назначен *Pulv. temperans*. Разрезы, произведенные в гангренозном лоскуте раны, равно как самая рана, выполнены корпийными шариками с *Ung. de Styrace cum T-ra Myrrhae*; все это было покрыто сверху ароматической катаплазмой. Вечером вместо этой катаплазмы наложена кашица из тертой *Daucus carota*.

24 мая. Состояние больного хорошее. Ткани вокруг гангренозного лоскута болезненны, в то время как самый лоскут нечувствителен. Большая часть лоскута, окрашенного преимущественно в темный цвет, иссечена, и рана промыта настоем из аира, который впрыснут также в карман, расположенный за внутренним краем подколенной ямки, и под свободно нависающие края раны. Из возникшей раневой поверхности можно было теперь удалить большое количество серых гангренозных остатков клетчатки, а также желтые хлопья и комочки, образовавшиеся из омертвевших фиброзных тканей. Очищенная таким образом рана была покрыта компрессом, смоченным в *Aqua oxychlorinica*. Так как к вечеру ничего не изменилось, то на рану положена *Cataplasma effervescens* (*Rp. Dec. Malt. 1440,0, Farin. aven. q. s. ut fiat cataplasma, Fermenti cerevis., Cret. alb. singul. 60,0. S.* Для припарки).

25 мая. Вид раны несколько изменился в том смысле, что темно-окрашенная кожа переходила в здоровую не постепенно, а была отграничена от нее демаркационной линией, и на этом месте больной ощущал резкую боль. После того как рана снова была освобождена от омертвевших обрывков клетчатки и была промыта настоем аира, она была перевязана с *Ung. de Styrace* и сверху покрыта *Cataplasma effervescens*. Внутри по-прежнему назначен *Pulv. temperans*.

26 мая. Как накануне.

27 мая. Как вчера. Вместо теста, выделяющего углекислоту, сегодня наложена катаплазма из муки льняного семени.

28 мая. Сегодня повсюду между здоровой кожей и остатками омертвевшего лоскута можно видеть явные демаркационные линии. Потребовалось всего лишь несколько коротких сечений ножом для отделения всего омертвевшего; этим самым была обнажена гноящаяся поверхность, которая и образовала упомянутую демаркационную полосу. Раневая поверхность и все слепые карманы, распространявшиеся под здоровую кожу, были промыты, и под свободно нависавшие берега раневой поверхности были задвинуты корпийные шарики с дигестивной мазью. Самая раневая поверхность, которая выделяла весьма

обильное количество жидкого водянистого гноя, была покрыта корпией и свиновой мазью, а вся голень была окутана катаплазмой из муки льняного семени. Общее состояние все время хорошее. Больной продолжал принимать внутрь успокаивающий порошок.

29 мая. Ежедневно предпринимавшиеся исследования краев раны и пазухи в виде кармана, расположенного позади внутреннего края подколенной ямки, привели сегодня к обнаружению гнойного затека. Последний образовался из упомянутой кармановидной пазухи и шел косо черед подколенную ямку (поверх фасции, покрывающей подколенную ямку) до верхней части наружного мыщелка бедренной кости. Этот ход был тут же вскрыт, очищен и заполнен корпией и дигестивной мазью. Повязка как вчера. Общее состояние как прежде.

31 мая. Раневая поверхность все более и более очищается. Ясно определяется равномерно гранулирующая поверхность. Только время от времени появлялись хлопья, которые представляли собой остатки омертвевшей клетчатки и волокнистых образований. Эти хлопья отныне прижигаются каждые два-три дня ляписом. Края и берега также покрылись грануляциями, так что теперь можно было приступить к сближению этих отдаленных краев раны. С этой целью самая раневая поверхность была покрыта корпией и *Ung. basilic.*, а вся голень была обвита полосками липкого пластыря. Подколенная ямка была заполнена толстым комом корпии, так что вся голень находилась под равномерным давлением. Вначале выделение гноя оставалось столь обильным, что при каждой смене повязки утром и вечером голень оказывалась плавающей в небольшом озерце из гнойной жидкости. Вскоре, однако, определился превосходный результат этого метода. Профузное нагноение постепенно уменьшалось, так что стало достаточно сменять повязку один раз в день. Гранулирующая поверхность была равномерно красной, и свободно нависавшие берега стали плотнее прилегать.

3 июня. Так как у больного обнаружилась склонность к запорам, он получил венское питье, а приемы Nitrum с винным камнем отменены. Цветущий вид больного немного поблек, равно как уменьшилась полнота тела. Однако общее состояние оставалось хорошим и аппетит оживился. Повязка на ране оставалась одной и той же до 10 июня.

10 июня покрытие раны смолистой мазью было отменено, и пластырная повязка стала накладываться непосредственно на раневую поверхность. За этот промежуток времени, от 31 мая до 10 июня, произошло повсюду сращение краев кожи с поверхностью раны, и узкая полоска, образованная нежной синевато-белой надкожицей, начала наползать со стороны наружной кожи на раневую поверхность.

11 июня. Вид раневой поверхности был чуть бледнее, чем обычно; при до-трагивании она была менее чувствительной. Отделение гноевидной жидкости было очень значительное. Раневая поверхность смазана раствором адского камня, после чего сделано обматывание более узкими липкопластырными полосками, что предполагалось возобновлять каждые три дня. Общее состояние больного продолжало оставаться хорошим.

14 июня. Ширина раневой поверхности значительно уменьшилась, в то время как полоса вновь образованной кожи все расширяется за счет размеров



раны. Так как вид раны улучшился, то сегодня прижигание ее поверхности посредством *Lapis infern.* отменено.

17 и юня. Состояние больного оставалось все время одинаковым, и рубцевание раны заметно подвигалось вперед. В частности, нижний угол раны совершенно зарубцевался на протяжении около 4 см; наибольшая ширина раны составляла еще около трех поперечных пальцев, и рана имела на всем протяжении хороший вид. В таком состоянии больной мог быть выписан по собственной просьбе, так как он находился на верном пути к выздоровлению.



II. Воспаление и его переходы в другие патологические процессы

Гениальный Гунтер, как известно, первым ввел в нашу науку классификацию воспалений по их исходам. Это деление воспалений на слипчивое, гнойное и язвенное, как оно ни стало тривиальным, все же выражает чистейшую правду и, к сожалению, не всеми врачами в достаточной степени проверяется и оценивается. Соответственно тому, как учат повсюду и во всех руководствах, следует думать и, пожалуй, даже считать доказанным, что всякое воспаление в своем начале протекает одинаково и может переходить то в нагноение, то в изъязвление, то в омертвление; только степень воспаления и свойства ткани, в которой оно гнездится, влияют на исход воспаления либо в сторону сращения, либо в сторону омертвления. Как мне кажется, этот английский естествоиспытатель здесь был неправильно понят. Своей классификацией воспалений он, несомненно, хотел сказать что-то другое, более важное. Это является именно тем, что каждый беспристрастный врач может сам наблюдать в природе.

Слипчивое воспаление отличается от гнойного, а гнойное от язвенного не одной только степенью, не локализацией болезненного процесса в той или другой ткани, но и количественной особенностью, которую оно обнаруживает уже в зародыше, в самом начале его развития. В природе, в действительности, существует гнойное воспаление, которое никакими средствами, никакими усилиями искусства не может быть отведено от своего неотвратимого перехода в нагноительный процесс. Существуют такие воспалительные процессы, которые уже в своем начале носят в себе зародыш неизбежного разрушения: пусть такие воспаления начинаются даже при самых мягких формах внешнего проявления, пусть они гнездятся в той или иной ткани, они все же пойдут вперед по своему пути, predetermined неизвестными внутренними условиями организма животного, индивидуальности и т. д. Достаточно наблюдать и лечить несколько метастатических воспалений, несколько случаев карбункула, чтобы получить полнейшее убеждение в том, что обычно никакие средства не в состоянии приостановить исход воспаления в тот или иной болезненный процесс. Я не могу понять, как врачи могли быть столь односторонними, чтобы объяснять воспалением многочисленные патологические процессы, далекие от воспаления, как небо от земли. Правда, возможность сведения многих явлений, по-видимому, отличающихся друг от друга, к единому обобщающему принципу является для пытливого ума величайшим вознаграждением. Для химиков было бы бесспорно величайшим торжеством, если бы они дошли до того, чтобы быть в состоянии принять одно или два простых тела и, исходя из этого, объяснить способ возникновения тысячи других тел. Однако до сих



пор это не так, и если физик не все еще может объяснить электричеством и полярностью, то и мы должны быть несколько умереннее в наших истолкованиях патологических изменений.

Можно ли объяснить процессы нагноения, изъязвления, омертвения и образования вторичных продуктов одним только воспалением? Разве мы не имеем сотни примеров, доказывающих непредубежденному уму, что все эти процессы могут возникнуть без малейших признаков воспаления? К несчастью для нашей страсти все объяснять, ко всем этим болезненным метаморфозам рано или поздно присоединяется воспаление. В некоторых случаях оно и в самом деле является причиной их возникновения. Но разве это дает нам право признать, что поскольку воспаление часто заканчивается исходом в нагноение, изъязвление и т. д., то и эти столь различные процессы являются следствием одной и той же причины и отличаются друг от друга лишь степенью и локализацией. Если ревматизм, который месяцами может блуждать по фиброзной системе организма, наконец переходит в воспаление, то разве из-за этого ревматизм и воспаление являются одной и той же болезнью? Разве это не является повторением извечного «*post hoc*»? Некоторые авторы пытались объяснить одним только воспалением развитие как созидательного, пластического процесса, так и разрушительного, некротического процесса, даже беременность и зачатие будто бы являются не чем иным, как субинфламаторным процессом! Степень, одна только степень будто бы обуславливает всю разницу!

Что касается меня, то я видел достаточно примеров, когда 1) гной откладывался в суставах, а затем, всосавшись через вены, откладывался в паренхиме разных органов без малейших признаков воспаления; 2) образование кист, явственные отложения пластического вещества в значительном количестве возникали без малейшей жалобы на боль, без жара и красноты. Вообще весь процесс образования вторичных продуктов нам ярче всего показывает, что отложение органического вещества, будь это лимфа, сыворотка или подобие гноя, основано на глубоких изменениях вегетативной или нутритивной деятельности, может быть, также жизненного экзосмоза и эндосмоза, и отнюдь не требует восторженного признания жизненной силы, которая выражается известными явлениями воспаления. Однако скрытое воспаление, которое без жара, красноты и боли должно якобы предшествовать лимфатическим гнойникам, по моему мнению, является химерой. Нужно ли мне приводить примеры изъязвления и омертвения, которые бесконечно часто наблюдаются без малейшего воспаления?

Я знаю, что все эти твердо установленные факты пытаются обесценить одним только термином «специфическое воспаление». У медицинских авторов воспаление очень часто называется специфическим, когда оно уже недостаточно для объяснения бросающихся в глаза феноменов, когда на месте опухоли возникает потеря вещества, когда то, что было красным и горячим, становится холодным и черным, или, другими словами, когда воспаление перестает быть воспалением. Поэтому изъязвление и омертвение якобы является не чем иным, как следствием какого-либо из этих «специфических воспалений». Такие отрадные результаты получаются, следовательно, в том случае, если сбросить в одну кучу многочисленные болезненные формы, которые, как небо от земли, отличаются друг от друга

явлениями, воспринимаемыми органами чувств, отличаются своим течением, методом лечения, и все это для удовлетворения господствующей страсти – объяснить все одним всеобщим принципом. Я надеюсь встретить сочувствие, если сочту установленным существование не одного только воспалительного процесса, но и других. Следовательно, в этой главе я буду говорить не об и с х о д а х воспаления, а только о п е р е х о д а х последнего в другие сами по себе существующие болезненные процессы.

1. Воспаления

Случай 34. Ревматическое воспаление коленного сустава.

Як Герман, слуга, 30 лет, довольно крепкого телосложения. Четыре года уже страдает болями, которые появляются то в разных суставах, то в одном колене, то в обоих одновременно и сочетаются с опуханием последних. Эти поражения постепенно сходили на нет в течение 3–4 недель.

Больной лечился в медицинском отделении клиники.

Последний приступ вышеупомянутого характера имел место примерно за две недели до поступления в клинику. Больной испытывал боль и напряжение в правом колене. Оно вскоре распухло, и движения в нем стали затрудненными.

При поступлении 28 июля 1836 г. имелись следующие явления. Правое колено в значительной степени распухло, болезненно при давлении, но кожа не покраснела. Имеются свежие следы кровососных банок. Опухоль явственнее всего выступает по обеим сторонам коленной чашки, особенно с внутренней, где она мягка и отчетливо флюктуирует. Отмечается значительная подвижность надколенника. Других отклонений от нормы ни в суставе, ни в окружности не было видно. Движения в конечности тормозились болью. Пульс спокойный, остальные функции нормальны. На область колена больному поставлено 20 пиявок, а внутрь больной получал верно действующее рвотное средство.

29 июля. Боль в колене стала значительно слабее, и опухоль колена тоже как будто уменьшилась. На весь коленный сустав накладывается большой везикатор. Рвотное средство сильно подействовало. Внутрь назначен нашатырь: *Rp. Sal. ammon., Succ. Liquirit. aa 7,5, Tart. emet. 0,06. Aq. simpl. 180,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

30 июля. Пластырь из шпанских мушек еще мало натянул.

31 июля. Везикатор на колено накладывается вновь; внутрь по-прежнему микстура с нашатырем.

1 августа. Везикатор сильно натянул. Больной чувствует значительное облегчение в колене; опухоль и зыбление также уменьшились. На колено наложена повязка со смягчающей мазью. Прием нашатыря внутрь продолжается.

2 августа. Все средства остаются те же. В состоянии больного существенных изменений нет.

3 августа. Появилась болезненность по ходу лимфатических сосудов и болезненное опухание паховых лимфатических желез. Больной ощущал боли в животе; с испражнениями выделились куски ленточного глиста. В остальном



состояние без изменений. Нашатырь отменен; назначено втирание ртутной мази в бедро; внутрь назначено питье из *Dec. Hord.*

4 августа. Болезненность в паховых железах исчезла; в одном участке еще имеется зыбление. Боли в подколенной ямке. В остальном состояние без изменений. Втирание ртутной мази производится также в подколенной впадине; внутрь назначено *Spirit. Mind.*, 3 раза в день по 20 капель.

5 августа. Состояние коленного сустава без изменений. Ночью больной немного потел. Стула не было. На раневую поверхность положено 7,5 г *Ung. irritant.* Внутрь было дано: *Rp. Natr. carboh. 5,5, Acet. crud. q. s. ad saturat., Aq. Meliss. 120,0. Spirit. Mind. 7,5. S. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.*

6 августа. Боли в животе совершенно прекратились. Больной спал только часть ночи, так как ему мешал спать пластырь из шпанских мушек. Аппетит отсутствует, зато имеется сильная жажда. Пульс 80. Сегодня больной получил 2 порошка камфоры, по 0,12 г каждый, для улучшения дыхания; на колено насыпается 1,25 г камфоры, а в бедро опять втирается *Ung. Neapolit.*

7 августа. Больной потел мало; ночью спал хорошо. Жалуется только на боли в покровах коленного сустава. На внутренней поверхности его и немного выше еще сохранилась некоторая припухлость, которая покрывается *Ung. Canthar.* Втирание *Ung. Neapolit.* отменяется.

8 августа. Больной хорошо спал; больше не жалуется на боль в коленном суставе, в котором опухоль и зыбление почти совсем исчезли. Весьма незначительные боли в мочеиспускательном канале. На колено накладывается повязка лишь с *Ung. Alth.*

Случай 35. Ревматическое воспаление коленного сустава с поражением надкостницы.

Софи Юргенсон, 32 лет, вдова, 5 лет работает прачкой. Больная крепкой конституции, раньше ничем не болела; только изредка бывает головная боль.

25 июля 1836 г. больная впервые ощутила сильные боли в правом локтевом суставе, где почти одновременно с болями появилась ограниченная опухоль на наружной поверхности. Оба эти явления исчезли через несколько дней, но сразу же после этого появились сильные боли в правом кистевом суставе. Однако и эти боли вскоре полностью исчезли и сменились резкими болями в правом коленном суставе, к которым вскоре присоединилась обширная опухоль. Вечерних обострений больная не замечала, зато сильно потела.

Ее лечили врачи медицинского отделения клиники, местно сначала банками, затем *Empl. Canth.* Внутрь она получала сулему, но больная не переносила ее, так как она вызывала понос.

При поступлении больной в хирургическое отделение клиники 25 августа 1836 г. у нее было найдено следующее. На правом колене следы от кровососных банок и отдельные места, лишенные эпидермиса; последние возникли из-за везикатора, оказавшегося недостаточно эффективным. Больная испытывает боли постоянно, но они чрезвычайно обостряются при малейшей попытке движения конечностью. Сильная боль вызывается каждый раз давлением, особенно же если надавить на коленную чашку или по обе стороны вблизи нее, в частности с наружной стороны. Припухлость сустава не отличается особенно большими

размерами, но все же отчетливо выступает выше надколенника как с внутренней, так и с наружной стороны в виде упругой и отграниченной припухлости. Давление на эти места не особенно чувствительно, а зыбление не слишком отчетливо. На внутренней поверхности сустава припухлость спускается ниже суставной капсулы; она отграничена, продолговата и более мягкая, чем капсула. На наружной поверхности сустава, соответственно наружному мыщелку бедренной кости, определяется более плотная припухлость, болезненная при давлении.

Общий вид больной довольно изнуренный, лицо бледное. Пульс 78, маловат. Кроме склонности к поносам, у больной других отклонений от нормы нет.

25 августа. Больная получает внутрь: *Rp. Tart. emet. 0,24, Liq. Mind. 15,0, Aq. destill. 180,0. S.* По 1 столовой ложке каждый час. В качестве наружных средств больная получила утром 40 пиявок на область коленного сустава, втирание ртутной мази в голень и припарку вокруг коленного сустава.

26 августа. Вследствие сильных болей в суставе больная ночью не могла спокойно спать, хотя болезненность при давлении как будто уменьшилась. Вместо этого, однако, появилась сильная болезненность в мягких тканях икры. Припарка отменена, ибо она усиливала боли. Утром больная получила 40 пиявок на коленный сустав, и так как болезненность в коленном суставе еще не уменьшилась в достаточной степени, она вечером снова получила 30 пиявок, особенно на наружную поверхность сустава. К вышеупомянутой микстуре прибавлено *Pulv. rad. Ipecac. 1,25*, чтобы у больной скорее наступила рвота. К *Ung. mercur. 11,25* прибавлено *Oii pur. 3,75*, чтобы втирать 4 раза в день в голень. Вечером вокруг коленного сустава был наложен *Empl. vesicat.*

27 августа. Несколько раз была рвота. Ночью больная могла спокойно спать. Два раза был полужидкий стул. Болезненность сустава при давлении значительно уменьшилась. Боль в икре также полностью прекратилась. Припухлость сустава как прежде. Пластырь из шпанских мушек оставлен на месте. Микстура давалась и дальше, но без ипекакуаны, равно как продолжались втирания ртутной мази.

28 августа. У больной отмечается некоторая болезненность при надавливании в области желудка, а также позывы к рвоте; поэтому микстура отменяется.

29 августа. У больной частые позывы к рвоте и боли как при потугах, так и при надавливании на область желудка. *Empl. vesic.* снимается и это место перевязывается с *Cerat. simpl.* Внутрь дается масляная эмульсия. Втирание продолжается.

30 августа. Позывы к испражнению прекратились. Боли и позывы к рвоте почти прекратились. Состояние коленного сустава как прежде. В полдень было назначено *Ung. Canthar., Camphor, aa 7.5*, намазать на полотняную тряпку и положить на коленный сустав. Внутрь: *Vin. antim. 30,0, Extr. Aconit. 1,875. S.* По 15 капель 3 раза в день. Так как больная вечером жаловалась на сильные боли, вызванные *Empl. Canth.*, и вновь началась довольно частая рвота, то пластырь и *Vin. antim.* отменяются.

1 сентября. Общее состояние как вчера. Все же позывы к рвоте совершенно прекратились. Внутрь назначено *T-rae Guaj. volat. 30,0, Extr. Acon. 0,9. S.* По 20 капель 3 раза в день. Зыбление в коленном суставе полностью прекратилось, хотя



некоторая припухлость еще держалась. Боли прекратились совершенно, за исключением обнаженных поверхностей. Последние покрываются простым цератом.

3 сентября. Понос продолжается. Внутрь то же лекарство, что накануне. На коленный сустав кладется припарка; втирание отменяется.

6 сентября. Так как и с внутренней, и с наружной стороны сустава имеется заметное припухание, хотя и без зыбления, то на оба эти места кладется *Ung. Canth.* с камфорой. Больная нигде не ощущала боли, аппетит улучшился; потения не было. Было назначено *Extr. Aconit. 1,875, Vin. antim. 30,0. S.* По 20–25 капель 3 раза в день. Коленный сустав все время укутан припаркой.

8 сентября. Больная может слегка сгибать и разгибать коленный сустав без ощущения боли. Назначено втирание в сустав *Ung. mercuriale*.

11 сентября. Больная порядочно потеет, но опять начались жидкие испражнения, хоть и всего лишь два раза. Хотя припухлость сустава и окружающей области заметно уменьшилась, все же у нижнего края надколенника появилась более заметная небольшая флюктуирующая припухлость; в остальном состояние хорошее. Весь коленный сустав обертывается пластырем из: *Rp. Gumm. ammoniac. 90,0, T-rae Canth. 7,5, coq. c. Acet. Squil. q. s. at fiat leg. art. empl.* Внутрь все время *Vin. antim.* и *Extr. Aconit.*

16 сентября. У больной дважды была рвота желчью, язык обложен желтоватым налетом; горький вкус во рту. Область печени несколько чувствительна. Больная до сих пор сильно потеет. Стул регулярно один раз в день, хотя и жидкий. Боли в коленном суставе ощущаются только при движении. *Vin. antim.* отменяется.

17 сентября. Рвота желчью прекратилась; в колене же опять появились резкие боли, которые ночью или вечером не усиливались. Снова появились боли и в голени. Боли в коленном суставе локализовались главным образом у наружного края надколенника и в наружном мышечке большеберцовой кости. Так как места, лишенные эпидермиса вследствие прежнего применения везикатора, снова затянулись кожей, а боли в суставе опять усилились, то на весь коленный сустав наложен пластырь из шпанских мушек; перед этим на наружную поверхность и на особенно болезненные места было поставлено 30 пиявок,

18 сентября. Боли только слегка уменьшились. Втирание *Ung. ciner.* в голень.

19 сентября. Хотя пластырь сильно натянул, все же боли в коленном суставе уменьшились незначительно. Внутрь больная получает: *Rp. T-rae Colch. 11,25, Extr. Aconit. 1,25. S.* По 10 капель 3 раза в день.

21 сентября. Так как боли в суставе не ослабевали, то было вызвано нагноение кожи коленного сустава с помощью *Ung. Canth. 30,0, Camph. 3,75.*

23 сентября. Болезненность в суставе настолько уменьшилась, что ощущается только при движениях или при надавливании.

24 сентября. Опять начался понос. *T-ra Colch.* отменяется.

26 сентября. Болезненность при движении и давлении значительно уменьшилась.

27 сентября. Так как обнаженные места обнаруживали большую склонность к заживлению, но болезненность еще не прекратилась, и все еще имелась



налицо некоторая припухлость, то была наложена повязка с *Ung. Sabin.*, *Ung. irrit. aa.* Вновь назначена *T-ra Colch.*

30 сентября. Болезненность коленного сустава при движениях незначительна, особенно в области надколенника. Поверхность сустава хорошо нагнаивалась и была покрыта простым цератом.

2 октября. Болезненность в коленном суставе полностью прекратилась; ее не было ни при давлении, ни при движении. Больная не могла только выпрямить коленный сустав, так как при этом начинались неприятные тянущие боли на задней поверхности бедра, в которых повинна, вероятно, фасция. Голень довольно сильно похудела, поэтому коленный сустав казался утолщенным. Общее состояние хорошее. Секреты и экскреции нормальны. Дважды был кашицеобразный стул.

4 октября. Так как раневая поверхность на колене опять обнаруживала склонность к заживлению, которое при быстром течении могло вызвать рецидив, то на область колена опять наложена повязка с мазью: *Ung. Canth.*, *Cerat. simpl. aa.*

5 октября. Несколько раз был жидкий стул. *T-ra Colch.* отменяется.

7 октября. Дважды был кашицеобразный стул. Два раза в день дается по 20 капель: *T-rae Colch. 11,25, Extr. Aconit. 1,25.*

8 октября. Раневая поверхность находилась в стадии заживления. Дважды был жидкий стул. На область колена назначена паровая ванна.

9 октября. Трижды был жидкий стул.

10 октября. Для предотвращения дальнейшего распространения органических изменений в более глубоких частях сустава на колено посажены две моксы, по одной на каждый мышцелок, чтобы вызвать более длительно действующее отвличение. Одновременно назначено втирание в колено *Ol. Hyosc. coct.* Трижды был жидкий стул.

11 октября. Вокруг мокс незначительная болезненность. В области желудка при надавливании чувствуется небольшая боль. Пять раз был жидкий стул. *T-ra Colch.* отменяется.

От 14 до 24 октября. В состоянии больной не произошло никаких заметных изменений. Моксы нагнаиваются. Подвижность в коленном суставе ничтожная. Больная выписывается на амбулаторное лечение. Через 3 месяца подвижность в коленном суставе увеличилась, при полной безболезненности. Фонтанели уже зажили.

Случай 36. Ревматический паротит.

Роза, поляка, 43 лет, флегматического темперамента, не помнит о каких-либо перенесенных до сих пор значительных болезнях. Весной этого года она лечилась в хирургическом отделении клиники от выпадения матки. В течение всего лета больная никогда не чувствовала себя совершенно здоровой. То у нее болела голова, то конечности, то поясница. Боли в пояснице были особенно сильными в те дни каждого месяца, когда прежде бывали менструации, отсутствующие уже несколько месяцев. Около 2 недель назад появились сильные колющие боли во всем нижнем ряде зубов, равно как в левой половине нижней челюсти, которые особенно усиливались к вечеру и лишали больную ночного покоя. Вскоре на этой



же стороне показалась опухоль, которая возникла при тупых давящих болях, быстро достигла значительных размеров и не позволяла больной ни открывать рот, ни принимать пищу. Обеспокоенная своим состоянием, она обратилась за помощью в хирургическое отделение клиники 19 октября 1836 г. и в тот же день была принята в наше учреждение для лечения.

Status praesens. Больная крепкого сложения, лимфатической конституции. На левой стороне шеи имеется опухоль величиной с большой кулак, не очень горячая и не очень болезненная, весьма плотная на ощупь. Она начинается позади уха, больше у нижней части его, тянется через восходящую ветвь нижней челюсти к грудино-ключично-сосковой мышце, оттесняя ее немного в сторону и частично ее покрывая, и далее к углу между этой мышцей и двубрюшной мышцей; затем опухоль простирается под нижней челюстью до правого ее угла. Слева, на нижнем полюсе опухоли, отчетливо чувствуется зыбление. Больная едва открывает рот и не в состоянии высунуть язык. При глотании даже жидкостей она испытывает сильнейшую боль. Десны изъязвлены, легко кровоточат от прикосновения. Что касается общего состояния, то больная жалуется на тупую головную боль. Нет никаких жалоб на расстройства органов грудной и брюшной полости. Стула не было уже 8 дней; аппетит совершенно пропал; язык обложен, во рту горечь и дурной вкус; моча горячая и красная, кожа потеет; пульс 90, жесткий и полный. Сознание ясное; чувствительность повышена, причем больная очень обеспокоена своим состоянием.

20 октября. Больной назначено внутрь рвотное, на опухоль – припарки, вокруг опухоли – втирание *Ung. Neapolit.*

21 октября. Зыбление стало еще отчетливее, однако гнойник не вскрыт, так как уплотненные вокруг него ткани еще не расплавились и так как торопиться со вскрытием абсцессов железистых органов не следует, о чем уже упомянуто выше. После приема вчерашнего рвотного больную два раза вырвало; был стул. Больная сильно потела. Аппетита нет, довольно сильная жажда. Пульс 84. Сегодня назначено: № 1. *Rp. Ammon, muriat. 11,25, Tart. emet. 0,18, solve in Aq. Sambuc. 210,0, adde Succ. Liquirit. 7,5.* MDS. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа. № 2. *Rp. Empl. merc. 15,0, Camph. 3,75, Op. pur. 1,25.* MDS. Накладывать на опухоль.

23 октября. Гнойник вскрылся; колющие боли и напряжение уменьшились. Больная может немного раскрывать рот. Сегодня сделаны два разреза ножницами, после чего выделилось около 30 г какой-то массы, которая оказалась омертвевшей клетчаткой. Рана заполнена корпией. Содержание нашатыря в микстуре повышено до 15 г¹. Ночью на опухоль наложен пластырь (пропись № 2).

24 октября. Из раны опять выделилась омертвевшая клетчатка и немного крови; боли почти полностью исчезли. Затвердение вокруг опухоли держится. Аппетит улучшился; рот раскрывается лучше, но язык высовывается очень мало.

25 октября. Больной назначена йодная мазь²: *Rp. Kal. hydrojod. 1, 875, Axung. pore. 15,0. M. f. ung.* DS. Втирать в опухоль. Повторяются прописи № 1 и 2.

¹ По-видимому, эта пропись была обозначена № 3.

² По-видимому, эта пропись была обозначена № 4.



26 октября. Выделилось очень мало гноя. Боль ощущается только при давлении на опухоль. Затверждение вокруг опухоли все еще держится. Общее состояние хорошее, за исключением кишечника, который уже 4 дня не действует, вследствие чего больная жалуется на неприятное ощущение давления в животе. Прописи № 1, 2 и 4 продолжают. Вечером поставлена клизма.

27 октября. Йодная мазь, вызвавшая покраснение кожи, отменяется. Вместо нее производится втирание серой ртутной мази. Общее состояние хорошее. Опухоль почти целиком исчезла. Затверждение начинает рассасываться. Назначено: прописи № 1 и 2.

1 ноября. Рот хорошо раскрывается. Язык высовывается, он несколько обложен. Из разрезов гной больше не выделяется. Разрезы начинают заживать. Вторично назначаются рвотное средство и пропись № 2.

2 ноября. Доза нашатыря вновь повышена до 18,75 г. Пропись № 2 повторяется, как и втирания неаполитанской мази. Припарки, начатые при поступлении больной, продолжают по сей день.

6 ноября. Так как язык снова оказался слегка обложенным и ощущался горький вкус во рту, то рвотное средство повторяется. Пропись № 1 продолжается. Микстура с повышенным до 22,5 г содержанием нашатыря продолжается. Применяется также пропись № 2.

7 ноября. Затверждение вокруг бывшей опухоли исчезает лишь понемногу. Кожа на ощупь суха; поэтому больной назначается следующая пропись: № 5. *Rp. Tart. emet. 0,18, solve in Dec. Alth. 180,0, adde Oxym. simpl. 30,0. MDS. По 1 столовой ложке через два часа. Далее для отвлечения на затылок накладывается Empl. vesic. ord.*

8 и 9 ноября. Затверждение постепенно исчезает. К вечеру появляется боль и напряжение; поэтому больной прописано: № 6. *Rp. 01. Hyosc., Ung. merc.aa 7,5. DS. Для втирания в места затверждений. Пропись № 5 повторяется.*

10 и 11 ноября. Боли уменьшились, кожа стала чуть влажнее. Головокружение; шум в ушах. Назначено: № 7. *Rp. Tart. emet. 0,36, solve in Infus. Sambus. (ex 15,0 parati) 180,0, adde Sirup. simpl. 30,0. MDS. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.*

С 12 по 19 ноября. Эти последние прописи № 6 и 7 больная получала до дня выписки, которая состоялась 19 ноября. Осталось только незначительное затверждение. Общее состояние больной – вполне хорошее. С чувством благодарности больная покинула клинику.

З а м е ч а н и е . Описанные здесь два случая ревматического воспаления суставов имеют для меня большое значение, поскольку они демонстративно показывают качественную разницу между этими воспалениями и травматическим (см. выше Повреждения коленного сустава), которое должно рассматриваться как типичное для этого вида заболевания. Из описания видно, что здесь настоящий антифлогистический способ лечения не оказался столь явно полезным, как отвлекающее лечение. Течение и последствия ревматического воспаления коленного сустава в этих случаях также резко отличаются от течения и последствий травматического воспаления. Воспалительный процесс здесь ограничивался только фиброзной и серозной системой сустава. Ни глубоко лежащая клетчатка, ни кожа не были



поражены. Общая реакция организма также выражалась в других явлениях. Я не думаю, чтобы кто-нибудь мог в качестве возражения против этого привести то обстоятельство, что здесь якобы имеется только различная степень поражения. Боль, жар и прочие явления были одинаково сильно выражены как при ревматическом воспалении, так и при травматическом воспалении. Разве это не может служить нам доказательством того, что, невзирая на взгляды новой антифлогистической школы, лечение ревматического воспаления суставов все же должно быть другим, чем при травматическом воспалении?

Что касается меня, то до сих пор ни при ревматическом склеротите, ни при синдесмите я не видел от чисто антифлогистического лечения столь разительного улучшения, как при травматическом воспалении. Наиболее существенным мне показался отвлекающий метод после предварительного кровопускания. Опираясь на эти факты и в соответствии с опытом, который получен Сансоном в отношении применения пластыря из шпанских мушек при колотых ранах коленного сустава, я сделал попытку применить везикатор при ранениях коленного сустава (описанных мною выше), уже сочетавшихся с выпотом в сустав. Но, к сожалению, как показывают случаи 16 и 17, эта попытка успеха не имела. Напротив! Мне казалось, что воспалительные явления после этого скорее усиливались, чем затихали. Для меня это является лишним подтверждением того взгляда, что всегда необходимо учитывать качество, дискразическую природу процесса.

Что касается ревматического воспаления желез или, вернее, воспаления соединительнотканной оболочки желез, то я имею право считать приемлемым и установленным, что наиболее целесообразным лечением является такое общее лечение, которое способствует рассасыванию и повышает кожное дыхание; здесь на первом месте стоит нашатырь в возрастающих дозах, затем *Tartarus emeticus* сначала в качестве рвотного, а после *in dosi refracta*. Исходя из этого, я привел здесь историю болезни одного случая ревматического паротита, так как явления этой болезни в данном случае были в высшей степени характерны и так как рациональное лечение было применено с большим успехом против уже застарелой формы заболевания.

Ниже я хочу привести одну историю болезни, которая, собственно говоря, не относится к настоящей теме. Но так как этот случай, к несчастью, закончился распространенным внутренним воспалением и так как мне до сих пор не приходилось наблюдать подобный случай, то мне сдается, что рассказ о нем окажется здесь на своем месте.

Случай 37. Чесоточные язвы. Паховая грыжа. Радикальная операция при грыже по видоизмененному методу Бельма. Перитонит. Смерть.

Эрнест из Мариенгофа, 14 лет, флегматического темперамента, уже в раннем детстве имел грыжу в паховой области; причину ее он, разумеется, не может указать, так как был тогда малолетним ребенком. Он не помнит, чтобы грыжа когда-нибудь причиняла ему значительные неприятности. Аппетит, пищеварение, действие кишечника всегда были нормальными, во всяком случае по его указаниям, чему, однако, не следует придавать большого значения, ибо, как известно, простые люди не обращают особого внимания на подобные вещи; в частности и этот больной должен был уже привыкнуть к своим расстройствам,



так как грыжа возникла тогда, когда он уже был в состоянии сам ощущать ее. Однако он все же указывал, что несколько раз ощущал боли в животе и тянущие боли в области желудка. Тошноты и рвоты у него не было.

Перед рождеством подросток заболел чесоткой. Во время праздника у него была корь, которая подавила чесотку. Через некоторое время после выздоровления от кори чесотка возобновилась. Одновременно на передней поверхности левого бедра, на воспаленном участке, появились пустулы; они лопались, покрывались корками, под которыми продолжалось изъязвление, распространявшееся по окружности. Эти корки становились чешуевидными, образовывали трещинки, из которых выделялась нечистая жидкость; последняя в свою очередь при высыхании превращалась в желтоватые чешуйки. Изъязвление все распространялось дальше, пока оно не достигло тех размеров, которые оно занимает сейчас. Пустулы на участках воспаления возникали также в других местах тела. Однако в стадии выгнаивания они не распространялись так сильно кругом, а более ограничивались первоначально пораженным местом; частично они заживали, оставляя после себя синевато-красные рубцы, частично же они еще сохранились, будучи покрыты толстыми темно-коричневыми корками. Чешуйки же на большой язве, как уже было упомянуто, были, напротив, скорее желтоватого цвета, т. е. цвета кожи. При этом высыпание чесоточной экзантемы все продолжалось, что видно и сейчас. Зуд от чесотки, боли, вызванные язвами и усиливавшиеся до невыносимости, особенно по ночам, лишая его ночного покоя, заставили наконец больного искать врачебной помощи. Он обратился в здешнюю хирургическую клинику, куда и был принят 27 апреля 1836 г. для стационарного лечения.

Состояние больного в момент поступления. При первом взгляде сразу же бросалась в глаза большая язва на середине левого бедра, занимавшая больше половины последнего. Язва была покрыта желтой потрескавшейся чешуйчатой коркой; между трещинами можно было отметить выпотевание негустой ихорозной жидкости, которая при высыхании образует данную корку. Язва резко очерчена, имела зубчатый край, воспаленное неширокое основание и чуть приподнята над уровнем кожи. Вокруг этой язвы видны более мелкие язвы такого же строения, т. е. язвы в начале своего развития, а именно: образование псидраических пустул на воспаленной почве, отчасти еще разрозненных, отчасти уже слившихся; на коже имеются также синевато-красные пятна – рубцы заживших язв. Там и сям видны также одиночно разбросанные псидраические пустулы. Кожа всего тела имела такое же строение, как кожа, окружавшая большую язву. На животе и груди видны были почти исключительно только эти синевато-красные рубцы и лишь единичные язвы, еще покрытые корками.

Одновременно сразу же бросалась в глаза грыжа в паховой области. Грыжа распространялась от пахового кольца до основания мошонки, которая была растянута грыжей до уровня середины бедра. Окружность мошонки также была чрезвычайно увеличена. Выпавшие внутренности своим давлением весьма задержали развитие яичка как в правой, так и в левой стороне мошонки, а также полового члена. Поэтому яички были малы и атрофичны и оба находились на левой стороне грыжевого выпячивания. Половой член тоже был очень мал.



Его наружные покровы пошли на увеличение мошонки, так что они целиком слились с последней. Поэтому половой член был совершенно скрыт для глаз и целиком спрятан в верхне-наружной стенке мошонки; и только крайняя плоть, лежавшая в виде пупка на поверхности обширной мошонки, показывала местонахождение члена. Оболочки мошонки казались слегка утолщенными, в остальном же имели нормальное строение и окраску.

Лечение. При лечении следовало в данном случае учесть несколько моментов: 1) излечение чесотки; 2) паллиативное лечение неприятных приступов, вызываемых грыжей, во время лечения чесотки; 3) радикальное лечение грыжи.

26 апреля. В соответствии с приведенными задачами лечения грыжа была вправлена, и вторичное выпадение внутренностей предотвращалось простым суспензорием. Так как при лечении чесотки слабительные средства оказывают весьма благотворное действие, то больному (также с целью сохранения функции кишечника при наличии грыжи) было назначено: *Rp. Rad. Jalap. 1,25, Tart, tarlaris. 15,0¹, Sacck. aib. 0,6. M. f. pulv. DS.* На один прием.

27 апреля. Указанное средство вызвало кашицеобразный стул с резями в животе. Больной получил серную ванну (*Hep. sulf. 60,0* на одну ванну), затем следующее слабительное: *Rp. Tart. tartaris. 15,0, Rad. Jalap. 0,6, Sacch. alb. 0,6. M. f. pulv. DS.* Принимать после ванны в два приема. Было также назначено втирание следующей мази: *Rp. Flor. sulf. 180,0, Sapon. nigr. 540,0, Aq. comm, tepid, q. s. ut fiat linim. DS.* 3 раза в день втирать во все тело.

28 апреля. Был кашицеобразный стул. Почти все корки на язвах отделились. Выпотевание из язв уменьшилось. Было назначено: *Rp. Flor. sulf., Magnes. carbon, aa 90,0. DS.* Использовать в один день. Серная ванна и втирания повторяются.

29 апреля. Вчера вечером был дважды стул. Корки отваливались, выпотевание прекратилось, пустулы засохли, и новых высыпаний не было. Язвенная поверхность напоминала прежде зарубцевавшиеся язвы; она слегка возвышалась над поверхностью кожи, бугриста, синевато-красного цвета. Была назначена серная ванна, втирание указанной выше мази, к которой еще прибавлено *Sal. ammoniac. 30,0*; затем слабительное в виде *Sal. Glaub. 45,0* и на следующий день указанный порошок из *Flor. sulf.* и *Magnes. carbon.*

30 апреля. Прогрессирующее улучшение. Серная ванна и втирания повторяются. Внутрь больной получил порошок, прописанный вчера.

1 мая. Язвы почти полностью зажили, отправление кишечника нормальное. Серные ванны и втирания продолжаются. Внутрь назначено *Sal. Glaub. 45,0*.

2 мая. Серная ванна и втирание продолжаются. Прописан порошок из *Flor. sulf.* и *Magnes. carbon, aa 7,5* на каждый день.

3 мая. Серная ванна, втирания. В качестве слабительного *Sal. Glaub. 45,0*.

4 мая. Серная ванна и порошок из *Flor. sulf. u Magnes. carbon, aa 7,5. S.* Для внутреннего употребления. Три раза в день производится втирание во все тело: *Rp. Flor. sulf. 180,0, Sapon. nigr. 540,0, Sal. ammoniac. 60,0, Vitriol, alb. 11,25, Aq. tepid, q. s. ut f. liniment.*

¹ В оригинале, по-видимому, описка: там показана половина драхмы (т. е. 0,6 г) вместо половины унции (15,0 г).

5 мая. Больной получил вышеуказанное слабительное, серную ванну и втирания приведенной выше мази. Он жаловался на некоторую резь в животе.

6 мая. Серный цвет внутрь, серная ванна и втирания.

7 мая. Слабительное, серная ванна и втирания.

8 мая. Серный цвет внутрь, серная ванна и втирания.

9 мая. Вследствие непрекращающихся резей в животе доза глауберовой соли уменьшается до 30 г. Серная ванна и втирания.

10 мая. Вследствие рези в животе внутреннее применение серного цвета отменяется. Серная ванна и втирания продолжают; последние, однако, назначаются лишь два раза в день.

11 мая. Вследствие резей в животе все внутренние назначения отменяются. Серная ванна продолжается. Два раза в день производится втирание по всему телу: Rp. Flor. sulf. 120,0, Sap. nigr. 360,0, Vitriol, alb. 11,25, Sal. ammoniac. 45,0, Aq. tepid, q. s. ut f. liniment.

12 мая. Больной получил только ванну и втирания. Боли в животе прекратились.

13 мая. Серная ванна отменяется. Назначен внутрь серный цвет и одно втирание в день.

14 мая. Так как кишечник не действовал, больной получил для послабления *Sal. Glaub. 30,0*. Втирания должны производиться по всему телу один раз в день, а на нижних конечностях дважды. Кроме того, больной получил серную ванну, а против грыжи – бандаж. В течение всего этого лечения больной чувствовал себя довольно хорошо, только несколько раз у него были рези в животе. Чесотка исчезла, чесоточные язвы зарубцевались и покрылись здоровой кожей, и места их расположения можно было узнать только по насыщенно красному цвету кожи.

С 15 по 27 мая. За все это время больной получил всего лишь две серные ванны, и так как несколько дней не было стула, он получил два раза слабительное в виде *Sal. Glaub. 45,0*. Больного можно было считать выздоровевшим от чесотки. Операция по поводу грыжи была отложена, так как предварительно имелось в виду проделать несколько опытов на живых животных с золотобойной пленкой.

31 мая. С целью обесцвечивания упомянутых чесоточных рубцов больной сегодня получает воду для обмывания следующего состава: Calcar, chloral. 60,0, Aq. simpl. 240,0.

6 июня. После того как накануне вечером была поставлена простая клизма для выведения всех скопившихся каловых масс, непосредственно вслед за этим были даны 0,12 г опия и сегодня утром снова 0,12 г опия в двух порциях для задержки стула на некоторое время. В 10 часов 30 минут была произведена операция, как будет описано ниже. Больной указывает, что во время операции боль была незначительная. Отверстие в мошонке закрыто с помощью липкого пластыря, и на поврежденные операцией части назначены холодные обертывания. Вечером: легкое лихорадочное состояние, пульс 86, небольшое познабливание и жар. Появились боли, соответствующие области трансплантированного пузыря. 20 пиявок. Ночью: боли в области пупка, усиливающиеся при давлении. 30 пиявок. Пульс участился. Появилась жажда и тошнота.



7 июня. Пульс 132, сильная жажда. Живот раздут газами, напряжен и болезнен. На левой стороне, около подвздошной кости, эмфизематозная припухлость, ощущаемая при надавливании. Правая половина мошонки также припухла и напряжена. Назначения: холодные обертывания делаются также на животе. Кровопускание (300 г); клизма. Обедать не хочет. До 3 часов кишечник не действовал. Постоянная тошнота. Вторая клизма из *Kal. sulf.*, ромашки и масла. Непосредственно после этого отошла вся вода без кала. Вскоре затем двукратная обильная рвота без дурного запаха; желтая рвотная масса напоминает яичный желток и перемешана с кусочками мяса. Постоянные безрезультатные позывы на низ. Значительный тимпанит. Мошонка сильно напряжена и болезненна. Пульс еще больше участился. Моча скудная, кирпично-красная. Учащенное дыхание после второй клизмы выровнялось. После каждой рвоты пульс ненадолго становился мягче.

Вечером: сильная жажда; не может спать; 40 сухих банок на живот, 20 пиявок на мошонку, 15 г касторового масла, 0,12 г каломеля каждые два часа, до появления стула. Сильное отхождение газов.

Перед полуночь: значительное напряжение, вздутие и боли в мошонке заставляют подозревать выпадение внутренностей. Мошонка освобождается от перевязочного материала. Исследование подтверждает подозрение. Соответствующим давлением выпавшие части вправляются. Снаружи отчетливо видно, как они ускользают обратно. Трансплантированный пузырь обнаруживает сращение с окружающими тканями. С помощью липкого пластыря мошонка удерживается в вертикальном положении, под прямым углом к брюшной стенке. Холодный компресс на живот. Клизма из уксуса и воды. Сильное отхождение газов и позывы на низ. Отхождение воды, введенной с клизмой. 0,5 г каломеля; теплая ванна. Припарка на живот. Через полчаса снова 0,5 г каломеля. Повторной рвотой выведено около 1,5 мл грязной беловато-желтоватой жидкости без дурного запаха. Несколько бесплодных потуг на низ, наконец отхождение сформированного кала. До ванны пульс был очень учащен – 160, жестковатый, напряженный, а после опорожнения кишечника, вызвавшего значительное облегчение, пульс был 140, мягче.

Общее состояние остается на хорошем уровне.

После полуночи, 8 июня, временами сон. В 2 часа ночи позыв на рвоту, которая, однако, не произошла. Такие же тщетные позывы на низ.

В 3 часа утра рвота зеленоватой жидкостью. Больной пьет очень часто, почти каждые пять минут. Вскоре после рвоты больной несколько раз икал. В 3 часа 30 минут позыв на рвоту; вскоре после этого он попросил белого хлеба; однако, когда во рту у него еще был кусок хлеба, началась рвота, после чего снова началась икота. Затем больной опять ел булку и пил воду.

В 4 часа 30 минут опять позывы на рвоту. В 5 часов больного внезапно сорвало большим количеством зеленой жидкости. В 6 часов бесплодный позыв на рвоту с последующей икотой. Больной жалуется на сильные боли в животе. В 6 часов 10 минут снова позыв на рвоту; 10 минут спустя опять бесплодные позывы, а еще через 10 минут была рвота зеленой жидкостью в количестве примерно 350 г. В 7 часов 15 минут и 7 часов 20 минут рвота.



Все эти явления в совокупности вызвали подозрение на ущемление кишечной петли; поэтому в 8 часов был сделан небольшой разрез шейки грыжевого мешка. Однако ущемления не обнаружено. Во вскрытый паховый канал введен новый пузырь из золотобойной пленки, после того как старый пузырь был прорван и удален. Рана закрыта четырьмя кровавыми швами. После этого из вен левой руки выпущено 180 г крови; из вен правой руки, равно как из вен ноги, кровь после флеботомии не вытекала. Больной был помещен затем на один час в теплую ванну. На самые болезненные места живота было поставлено 40 пиявок. Однако, пока последние сосали, боли в животе и грыжевом мешке отнюдь не успокаивались. Икота усиливалась, и неоднократно повторялась рвота светло-зеленой водянистой жидкостью. Пульс еле прощупывался, около 140, икота несколько раз переходила в хрипение – верный признак близкой смерти, которая наступила в 11 часов утра.

Вскрытие. Данные наружного исследования. Упитанность тела хорошая. Суставы сгибаются с трудом, особенно на нижних конечностях. Брюшные стенки сильно напряжены, через них прощупываются кишки, наполненные воздухом и жидкостью. Перкуторный звук, особенно в верхней части живота, тимпанический. Внешне не видно никаких кишечных петель. В грудной полости также не определяется тупой тон. В самом грыжевом мешке ощущается эмфизематозная крепитация. Большая часть раны в нижнем отделе грыжевого мешка срослась. При надавливании выходит небольшое количество гноевидной жидкости, перемешанной с воздухом. Верхняя рана, нанесенная за три часа до смерти, осталась без изменений. Часть пузыря, введенного напоследок, торчит из раны наружу. На мошонке – припухлость отечного характера. На стенке живота видны следы от укусов пиявок и от сухих банок.

Брюшная полость. Из прокола, сделанного до брюшины, выделился воздух, который шел, однако, из желудка, так как последний был проколот вместе с брюшной стенкой. Кишечник раздут газами как барабан, главным образом нисходящая ободочная кишка, частично также восходящая. Поверхность ободочной кишки несколько покрасневшая. Петли тонкого кишечника спаяны между собой посредством пластической лимфы; на наружной поверхности их имеется пятнистая краснота. Весь тонкий кишечник сдвинут более влево расширенной ободочной кишкой. Часть брюшины, соответствующая тонкому кишечнику, находится в состоянии воспаления и посредством пластической лимфы спаяна с наружной поверхностью тонких кишок. Секреция гноеподобной пластической лимфы распространяется до области левого подреберья. Равным образом эта жидкость находится между петлями толстого и тонкого кишечника на левой стороне. Выпотевание сыворотки и гноеподобной жидкости имеется также на правой стороне (всего этой жидкости имеется 180 г). Спайки легко разъединяются. В правой паховой области, в пределах прямой мышцы, на брюшине имеется краснота от прилива артериальной крови. Часть двенадцатиперстной кишки и желудка, соответствующая желчному пузырю, пропитана красящим веществом желчи.

Прямая и сигмовидная кишки растянуты тестообразными экскрементами. Серозный покров прямой кишки, дугласова складка и часть брюшины,



покрывающая дно мочевого пузыря, носят явные следы воспаления: пятнистую красноту, выпот и утолщение. Явственнее всего воспаление выражено в левой подвздошной и паховой областях. Вообще воспаление брюшины выражено больше в нижних и задних частях, значительно меньше впереди. На брюшине диафрагмы только в одном месте справа имеется сращение с диафрагмой, в остальном ничего ненормального нет. На наружной поверхности желудка также ничего особенного не отмечается. В области грыжевого мешка на брюшине местами видна пятнистая воспалительная краснота. В самом отверстии грыжевого мешка имеются следы выпотевания пластической лимфы. Отверстие грыжевого мешка имеет в поперечнике 2,5 см. На наружной поверхности толстых кишок местами имеется краснота от прилива артериальной крови. На наружной поверхности тонких кишок местами видна воспалительная краснота с выпотеванием пластической и гноеподобной лимфы. Здесь воспаление выражено значительно резче, чем на брюшине¹, причем преимущественно на тощей кишке и меньше на подвздошной. Весь кишечный канал наполнен отчасти тестообразными экскрементами, отчасти гноевидной жидкостью. Слизистая оболочка толстого кишечника нормальна. То же относится к слизистой тонкого кишечника, но последняя имеет скорее беловатую, чем естественную окраску. Печень более мягкая, чем обычно, совсем не сопротивляется ножу. Желчный пузырь наполнен темной желчью. Внутренняя поверхность мочевого пузыря нормальна. Кожа мошонки рассекается по плоскости грыжевого мешка: *tunica vaginalis*² оказалась не вскрытой, отделенной от брюшной полости. Эта оболочка чрезвычайно утолщена, и образованная ею полость содержит желтую серозную жидкость. В полости грыжевого мешка имеется мягкая, грязная, легко рвущаяся масса. Внутренняя поверхность грыжевого мешка покрыта выпотом, который легко снимается. Под этим выпотом грыжевой мешок местами оказывается воспаленным. Пузырь, введенный за три часа до смерти, в одном месте уже спаялся. Шейка грыжевого мешка местами воспалена и покрыта пластическим выпотом. Самый грыжевой мешок утолщен. Грыжа была обыкновенной паховой.

Грудная полость. Исследование вскрытой грудной полости. Правое легкое сильно сращено с плеврой, но поддается отделению. Совсем незначительный серозно-кровянистый выпот в задних отделах грудной полости достигает примерно 45 г. Правое легкое крепитирует и заполнено кровью и пенистой жидкостью. Ткань его плавает. Нижняя часть [левого] легкого также крепитирует и наполнена кровью. Левый желудочек сердца и правая половина сердца наполнены кровяными сгустками.

Полость черепа. По вскрытии черепа видно резкое переполнение кровью артериальных сосудов. На основании черепа – небольшое количество серозной жидкости. В желудочках мозга совсем незначительное количество этой жидкости. В остальном ничего ненормального.

З а м е ч а н и е . Когда я впервые прочитал у Вельпо в «*Médecine opératoire*» описание радикального оперативного лечения грыжи по Бельмá, оно мне показалось,

¹ Здесь имеется в виду париетальная брюшина.

² Имеется в виду *tunica vaginalis propria testis*.



хотя еще отнюдь не проверенным, все же столь многообещающим, что я тут же принял решение повторить соответствующие опыты на животных и применить операцию у больного при первом же подходящем случае. Я не думаю, чтобы при нынешнем состоянии науки необходимо было распространяться о большом значении радикальной операции при грыже. Каждый, кто имел дело с больными, страдающими грыжей, кто на основании опыта знает все недостатки применяемого при грыжах бандажа, кто, наконец, знаком с непрерывными исканиями в искусстве и с его успехами в этом отношении, тот, несомненно, оправдает и это мое решение. В моих опытах я пересаживал желчный и плавательный пузырь нескольких видов рыб, а также шары из золотобойной пленки в брюшную полость животных. В то время я не мог достать работу Бельма по этому вопросу (*Recherches sur un moyen de déterminer des inflammations adhésives, etc.*), тем поучительнее, однако, как мне кажется, могут быть результаты моих опытов для объективного читателя.

Они таковы. 1) Свойства взятых у животных тканей, пересаженных в брюшную полость подопытных животных, оказывают большое влияние на характер органических изменений. Размеры их также не безразличны для результата. Поэтому я 2) в большинстве случаев наблюдал быстрое сращение с соседними образованиями, а в опытах с золотобойной пленкой – отчетливые изменения в ней самой (поскольку она местами явно пронизывалась пластической лимфой). В некоторых случаях пересаженная ткань – желчный и плавательный пузырь – полностью и бесследно исчезала, т. е. рассасывалась; в других, наконец, она действовала как более сильный раздражитель и вызывала гнойное и даже гнилостное воспаление серозных оболочек, когда пересаживались несколько взятых у животных объектов и более крупных размеров. 3) Пересаженный пузырь всегда был заполнен воздухом (т. е. не так, как в опытах Бельма).

4) Превращения пузыря в хрящевидный узел, как указывает Бельма, я еще не наблюдал ни разу. Впрочем, я не сомневаюсь в возможности этого. Не следует думать, что при этом узел образуется из пузыря; напротив, он представляет собой не что иное, как организовавшуюся кисту, возникшую из пластической лимфы, выпотевшей повсюду вокруг пузыря. Самый пузырь либо рассасывается, либо, если он был слишком велик и толст, действует как инородное тело и вызывает выпотевание гноеподобной жидкости во вновь образовавшейся кисте. У меня имеются сейчас два препарата, которые весьма наглядно показывают этот процесс. Один препарат, вид которого изображен на приложенном мною рисунке, представляет громадную почти хрящевидную кисту, которая образовалась после пересадки плавательного пузыря щуки в брюшную полость собаки, прожившей 22 дня после операции. Киста прочно срослась с сальником и была наполнена жидким гноем (до 75 г). Внутренняя поверхность кисты имеет вид, совершенно схожий с выделяющей поверхностью. Внешняя ее форма полностью соответствовала форме плавательного пузыря, но от самого пузыря не осталось и следа. Сначала я думал, что это и есть видоизмененный плавательный пузырь. Однако после тщательного исследования мы нашли в полости кисты совершенно свободно лежащую петлю лигатуры, посредством которой был перевязан небольшой червеобразный отросток плавательного пузыря. Второй препарат представляет



собой круглую лимфатическую кисту, которая образовалась в брюшной полости через 8 дней после пересадки пузыря из золотобойной пленки. После смерти животного я его инъецировал. Инъекционная масса проникла в самые мелкие сосуды, вновь образовавшиеся между кистой и сросшейся с нею брюшиной. Самый пузырь лежал еще неизменным в кисте, причем был почти спаян с нею и наполнен воздухом.

5) Как скоро может произойти отложение пластической лимфы вокруг пересаженного пузыря, показывает наш несчастливо закончившийся случай. Второй пузырь из золотобойной пленки был введен в грыжевой мешок за неполных три часа до смерти, и уже имелись сращения между ним и серозной оболочкой.

Что касается самого метода, который я применил у своего больного, то он представляет не что иное, как видоизмененный метод Бельмá, насколько я его тогда понял из скудного описания в словаре Руста и «*Médecine opératoire*» Вельпо. Однако, как мне сдается, я поступил проще. После вправления кишечных петель и наложения грыжевого бандажа я сделал разрез длиной 2,5 см в нижней части мошонки. Я послойно обнажил грыжевой мешок, вскрыл его на протяжении нескольких линий и ввел в него свой мизинец, чтобы удостовериться в отсутствии сращений. Затем я ввел закрытый троакар (полуизогнутый и похожий на троакар Флурана), проколол шейку грыжевого мешка изнутри кнаружи, извлек стилет троакара и вместо него ввел конец канюли, связанной с другой канюлей, к которой был приклеен заранее приготовленный пузырь из золотобойной пленки. Теперь я извлек канюлю через прокол, так что пузырь остался в полости грыжевого мешка, надул пузырь через канюлю, крепко завязал его ниткой и удалил канюлю. Нижняя рана была тщательно соединена полосками липкого пластыря. Травматическое вмешательство на самом грыжевом мешке было здесь столь же небольшим и незначительным, как и при методе самого Бельмá. Только пузырь у меня был больше, так как отверстие грыжи было довольно широкое.

Где здесь искать причину смерти? Несомненно, в воспалении брюшины. Однако как это воспаление привело к смерти? Вскрытие не обнаружило никаких следов гангрены. Самое воспаление было распространено не повсюду по брюшине, а только местами. Гноеподобный выпот был весьма незначительным, только между некоторыми петлями кишок. Может быть, неблагоприятному исходу здесь способствовал предшествовавший курс лечения серой? Или пересаженный пузырь был слишком велик? Не следовало ли тотчас же при первых явлениях воспаления попытаться удалить пузырь? Может быть, слишком отрицательно действовали грыжевой бандаж и несколько доз опиума перед операцией? Все это я предоставляю свободному суждению читателя. Сам же я полагаю, что этот метод, несмотря на несчастный исход данного случая, заслуживает того, чтобы его повторяли и испытывали. Впрочем, новейший радикальный метод лечения грыж посредством игл с обвивными швами, кажется, обещает еще больше преимуществ, и, кроме того, он представляется несравненно более безопасным.



2. Ожоги

Случай 38. Ожог кипятком. Лечение хлопчатой бумагой и известковой мазью. Выздоровление.

Каддри, эстонская крестьянка, 25 лет, крепкого телосложения, 17 января 1837 г. в 9 часов утра была случайно ошпарена кипятком, только что почерпнутым из котла. Лишь на следующий день больная была доставлена в хирургическое отделение нашей клиники. За это время у нее 2 раза было обморочное состояние.

Status praesens. Все лицо, передняя и правая боковая поверхность шеи, средняя часть груди с обеими грудными железами и оба предплечья, от кистевого сустава до локтя, отчасти были эритематозно-красными, отчасти покрыты пузырями, в большинстве которых содержалась негустая, прозрачная, желтоватая сыворотка, а в меньшинстве, напротив, жидкость молочного цвета; местами, наконец, попадались желтовато-серые пятна, сами по себе безболезненные, но чувствительные при надавливании пальцем.

Что касается общего состояния, то пульс был частый, твердый и полный, от 120 до 136 ударов в минуту. При этом больная жаловалась на сильную пульсирующую головную боль. Секреции и экскреции были скудные.

Лечение началось 18 января с кровопускания (360 г). Левая рука смазана по Вельпо известковой мазью и обвита липкопластырными полосками; голова покрыта известковой мазью и корпией; правая рука и грудь посыпаны мукой и покрыты хлопчатой бумагой. Вечером пульс был мягче, но еще доходил до 120. Был стул.

19 января. Боли в левой руке. Пузыри от ожога в области левого кистевого сустава вскрываются ланцетом. Содержимое выдавливается, и кожа покрывается известковой мазью и корпией. Внутрь дается слабительное с *Magnes. sulf.*, а ближе к ночи – два доверова порошка по 0,3 г.

20 января. Сон хороший; был стул; пульс мягкий и более медленный. Смена повязки на лице. Вечером сильная головная боль. Кровопускание (180 г); смягчающая клизма.

22 января. Смена повязки на левой руке. Сосочковый слой кожи обнажен. Вечером клизма.

С 23 по 27 января. На лице, которое после опадания опухоли приняло совсем другой вид, образовались светло-коричневые корки. На грудных железах и на левой руке имеются свежие грануляции, правая же рука почти полностью зажила. Повязка возобновляется каждые два-три дня. Каждый вечер ставится клизма, так что действие кишечника происходит два-три раза в сутки.

С 28 февраля по 6 марта. Левая рука тоже зажила полностью, и только на грудных железах имеются открытые глубокие язвы с грязными грануляциями и обильными выделениями; поэтому они ежедневно смазываются ляписом.

До 11 марта. Язвы на груди закрываются мыльным пластырем и смазываются ляписом, но они еще мало склонны к заживлению.

С 12 по 26 марта больная лечилась амбулаторно. С помощью известковой мази и ляписа язвы на грудных железах были постепенно излечены.



Случай 39. Весьма обширные и глубокие ожоги (последней степени). Гектическое состояние. Смерть.

Больная, Анна из Венерсгофа, 56 лет, страдает эпилептическими припадками; в таком припадке она упала в котел с кипящей жидкостью. 3 августа 1836 г., т. е. через 12 дней после происшедшего ожога, больная принята в клинику без какого-либо предшествовавшего лечения. Состояние ее при поступлении было следующее.

На всей правой руке ожог разрушил всю кожу и перешел на подкожную клетчатку; особенно на наружной поверхности этой конечности кожа была черной и твердой; она отторглась самопроизвольно только в отдельных местах, где грязный гной покрывал разрастающиеся грануляции. Пальцы и кисть остались почти целиком неповрежденными, только на тыле последней имелась инфильтрация подкожной клетчатки красноватой жидкостью. Левая кисть до середины предплечья подверглась ожогу равномерно и сильно, на пальцах ткани поражены до костей, так что они оказались почти нечувствительными за исключением одного места, где обожженная ткань отторглась и началось нагноение. Правое плечо было задето лишь частично, так что кожа местами сохранила нормальный вид. На шее струп большей частью уже отделился и поверхность поражения находилась в стадии нагноения. Правая сторона лица и большая половина головы были еще покрыты кожей, превратившейся в твердую черную корку; по рассечении последней выступала кровянистая жидкость.

Гноящиеся поверхности имели скорее вялый, чем воспаленный вид. Губы распухли и гноились, равно как правый глаз, который нельзя было открыть. Правое ухо также было поражено и наполнено гноем; больная вообще тугоухая. Помимо этих объективных явлений, больная особенно жаловалась на боли в поврежденных частях; впрочем, однако, она была при полном сознании. Все остальные функции протекали нормально.

3 августа. Обожженные места покрыты плюмассо с *Linim. calcar.* Вся правая рука обвита липкопластырными полосками. На голову, шею и правую руку положены припарки. В качестве питья дается: *Rp. Aq. oxymuriat. 60,0. Sacch. alb. 60,0, Aq. simpl. 360,0.* На ночь два доверова порошка, причем каждый содержит по 0,015 г опия.

В течение дня больная много спала, при этом она с трудом дышала через ноздри, в которые введены были трубочки из гусяного пера.

4 августа. Больная хорошо спала ночью; кроме более в пораженных частях, никаких других жалоб не предъявляла. Правая рука осталась окутанной, все остальные места вновь смазаны известковой мазью. Припарка смачивается *Solutio calc, muriat.* Вечером снова назначены два доверова порошка. У больной появился небольшой аппетит, а вечером был нормальный стул. Функция неповрежденной кожи остается довольно нормальной.

5 августа. Струп во многих местах отторгся настолько, что его можно было там с помощью ножниц удалить.

6 августа. Места, лишившиеся вчера кожи, сегодня покрыты густым гноем; на правой руке и на голове сегодня опять можно было удалить посредством ножниц несколько лоскутов кожи. Ночью больная спала довольно хорошо



и немного потела, а сегодня просит есть несколько больше. Правая рука сегодня снова обвита полосками липкого пластыря и экспульсивным бинтом. Остальная повязка остается той же, что и вчера.

7 августа. Струпья могут быть отделены почти всюду. Повязка остается той же.

8 августа. Бинт и пластырь на плече снимаются; так как струп на локте еще не отделился, то только предплечье обертывается двумя полосами пластыря, а остальная часть покрывается припаркой. На шее гноящаяся поверхность прижигается посредством *Lapis infern.*; 3 раза в день по 0,3 г доверова порошка.

10 августа. Прошлую ночь больная мало спала, так как ей мешали боли в плече. Повязка и внутренние средства остаются сегодня без изменений. Учитывая плохо проведенную ночь, больной дали сегодня в три приема 0,9 г доверова порошка.

11 августа. Больная хорошо спала. Так как струп на локте еще немного отделился, плечо опять обертывается пластырем и бинтами. Остальные части покрываются корпией и известковой мазью, а сверх этого припарками. Днем больная получила только два доверова порошка (0,03 г опия).

12 августа. На лице повязка сменена и разрастающиеся грануляции прижигаются ляписом. Назначено: *Rp. Cort. Chin., Lich. island. aa 15,0, coque s. q. s. Aq. font. ad col. 180,0, cui adde Acidi phosphor. diluti 3,75; DS. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.*

13 августа. Состояние больной без перемен. На правой руке произведена смена повязки, после того как она подверглась прижиганию ляписом. На лице и шее продолжается применение известковой мази и припарок.

15 августа. На правой руке повязка из пластыря и бинтов возобновляется. Одновременно подобная же повязка накладывается на голову. На левой кисти отторгнутые фаланги большого и двух других пальцев удалены с помощью ножниц. Повсеместно разрастающиеся грануляции прижигаются ляписом. На левом предплечье тоже производится обвивание пластырем.

19 августа. Состояние в общем без перемен. Повязка на голове обновляется, но корпия смачивается *Ung. digest.*, после того как раневая поверхность по-прежнему смазана раствором ляписа.

20 августа. Локтевая кость на правой руке обнажена в области локтевого сустава, но не некротична. На левой руке опять отделились две фаланги и снова накладываются корпия с известковой мазью и полосы липкого пластыря.

22 августа. На левом глазу, которым больная все еще немного видела, вследствие разрыхления конъюнктивы образовался выворот верхнего века. На висок поставлено 10 пиявок.

23 августа. На голове и особенно на шее края раны уже начинают заживать. Смачивание и смазывание раствором ляписа. Глаз менее красный.

24 августа. Утром обильный жидкий стул. Поэтому микстура дается без фосфорной кислоты и назначена клизма с опием. Для левого глаза компресс с жидкостью следующего состава: *Rp. Lap. divin. 0,3, T-rae theb. gtt. VIII, Muc. gum. arab. 7,5, Aq. destill. 240,0.* Смена повязок.



25 августа. На левой кисти удалены отделившиеся фаланги двух пальцев, так что теперь здесь уже не осталось ни одного целого пальца. На этой руке возобновлена повязка с раздражающей мазью. Остальные повязки и назначения остаются прежними.

31 августа. Давящая повязка не приносила никакой явственной пользы; напротив, раневая поверхность на правой руке желтовато-бледная, а грануляции почти полностью исчезли, так что вся язва образовала гладкую поверхность, покрытую блестящей пленкой; поэтому указанная повязка отменяется и на правую руку накладывается повязка только с *Ung. basiliс*, без всякого давления. То же самое на левой руке. Обнаженные места лучевой кости начинают с поверхности омертвевать.

1 сентября. При смене повязки на голове обнаружено значительное количество червей; по удалении последних с помощью скипидара и после смены постели голова перевязывается просто с *Ung. basiliс*. На руке грануляции опять более выпуклые. Обе руки перевязываются просто с *Ung. basiliс*.

4 сентября. Как обе руки, так и лицо покрываются одной лишь чистой корпией. В остальном лечение остается прежним. Только на отечное место правой ладони кладется припарка с ароматической настойкой.

5 сентября. Как вчера; на левой руке опять появились черви, несмотря на ежедневные перевязки; поэтому их появление может быть объяснено только внутренними причинами.

6 сентября. Так как после отмены давящей повязки раневая поверхность сделалась бледнее и вообще более вялой, а отделение гноя усилилось, то на правой руке опять применена повязка с *Ung. basiliс.*, липким пластырем; наложен бинт. Таким же образом перевязано лицо, без бинта. Левая рука частично перевязывается так же, частично же оставляется без покрытия. Силы больной постепенно слабели, аппетит исчез и истощение достигло значительной степени.

7 сентября. Так как наложение и снятие перевязочного материала причиняло больной мучительные боли и особенной пользы от этого заметно не было, то все пораженные части были покрыты одними лишь компрессами, которые часто смачивались теплой водой. На левой руке образовался гнойный затек, который распространился выше середины предплечья и прорвался здесь под кожу. На этом месте произведен разрез кожи.

8 сентября. Так как раневые поверхности сохраняли свой вялый вид и ни раздражающая мазь, ни давящая повязка не вызывали никаких изменений, то отчасти с целью их оживления, отчасти с целью избавления больной от болей во время перевязок при безнадежном ее состоянии все язвы покрывались только теплыми припарками, состоящими из *Sem. Lin.* и *Spec. aromat.*

9 сентября. Утром больная умерла.

На вскрытии 10 сентября было обнаружено следующее. Тело очень истощено. Раневая поверхность на предплечье покрыта пиогенной мембраной, которая рыхло срослась с мышцами. В сердечной сумке имелось немного водянистой жидкости; в правом предсердии – лимфатический сгусток; в остальных отделах сердце пустое и немного бледное. Между правым легким и плеврой было несколько сращений. Левое легкое, более наполненное кровью, обнаруживает



незначительную крепитацию; оно вообще легче рвется, что особенно отмечается в верхней доле. Стенки кишечного канала казались немного тоньше, чем в нормальном состоянии, и цвет их блее. Только в слепой кишке и в тонком кишечнике оказалось несколько мелких покрасневших пятен. Печень была более твердая, чем обычно, и более бескровная. Мочевой пузырь очень растянут, а почки нормальны. На передней доле мозга, особенно на правой стороне, имелись пластические выпоты. На поверхности мозга и в его полостях – немного водянистой жидкости. На обожженной руке я отлично мог демонстрировать наличие пиогенной мембраны и уже начавшийся процесс отторжения (путем образования борозд вокруг кости) обнаженной и омертвевшей плечевой кости.

З а м е ч а н и е . После мастерского описания Дюпюитреном течения различных степеней ожогов хирургам мало что остается дополнить. Несмотря на весьма обширные ожоги, больная в нашем случае перенесла первую реакцию; более того, эта реакция даже не соответствовала степени и распространению поражения. Больная погибла, очевидно, от изнурительного нагноения. Это была смерть в периоде отторжений. Было удивительно наблюдать, как с падением сил в ранах у больной начали зарождаться черви, а сами раны приобрели своеобразную желтоватую бледность, были вялы, грануляции в них исчезли. Теперь можно было отчетливо доказать наличие «*membrane pyogénique*»¹ французов, между тем как вся язва, особенно на плече, представляла собою полированную, гладкую, желтоватую поверхность. После смерти я действительно легко мог отделить от подлежащих тканей почти всю эту перепонку, которая образовала довольно толстый слой. Польза от давящей повязки или от обвивания по Бэйнтону, которое еще недавно было рекомендовано Вельпо, в данном случае не подтвердилась. Автор может привести в пользу этого метода что угодно, я все же не верю, что этот метод найдет всеобщее применение среди врачей при ожогах с образованием струпа (особенно, если поражение охватывает всю толщу собственно кожи), ибо 1) при очень обширных ожогах наложение этой повязки значительно более хлопотливо, чем наложение всех других; 2) эта повязка более болезненна, чем другие, особенно ее снятие; 3) она совсем не способствует отторжению струпа.

Может случиться, что очень вялые язвенные поверхности, остающиеся после отторжения струпа, после бэйнтонова обвивания примут значительно лучший вид (подобно другим торпидным язвам). Однако при образовании обширных корок я впредь буду остерегаться этого метода, пока струны не отделились. Еще одно правило я вывел для себя из изучения этого случая. Оно состоит в том, что впредь я совсем не буду отделять струпа, разве только в том случае, когда он уже потерял всякую связь с подлежащими тканями. Как известно, Дюпюитрен тоже советует оставлять струп на месте возможно дольше. Хотя я в своем случае удалил струп по кускам, все же я от этого не видел никакого ускорения заживления. В самом деле, процесс гранулирования и эпителизации, по-видимому, происходит значительно скорее тогда, когда язвенная поверхность находится под полуорганическим покровом. Для обеспечения оттока гноя, скопившегося

¹ Пиогенной мембраны.



под ожоговым струпом, мне кажется, лучше всего прорезать этот струп в середине крест-накрест.

3. Гнойные воспаления. Абсцессы. Свищи

Случай 40. Ложная рожа нижней конечности после наружного повреждения. Гектическое состояние. Ампутация бедра. Свищ, ведущий в ствол бедренной артерии. Перевязка этой артерии под пунартовой связкой. Выступающая кость. Отторжение. Выздоровление.

Иоганн, 16 лет, подмастерье портного в Дерпте, в начале апреля 1836 г. упал на правое колено, и только спустя две недели в этом суставе начались сильные боли. Больному посоветовали ледяные обертывания, дважды ставили банки на колено и дали ему втирание. Затем он оставался без всякой врачебной помощи. При этом боль и припухлость усиливались, и 30 июля больной был принят в стационар хирургической клиники. Вся правая нога от верхней трети бедра до подошвы была распухшая, красная; она болела и была очень чувствительна к дотрагиванию. Форма ноги была кривая и саблевидная, причем колено было обращено кнутри, а подошва – кнаружи. Выше колена на внутренней поверхности бедра имелось небольшое отверстие, наполненное икорозным гноем. Силы больного были заметно ослаблены; имела место сильная лихорадка. Поставлен диагноз – ложная рожа.

Лечение. С целью устранить напряжение фасции на голени были сделаны четыре длинных разреза и на бедре – два. Хотя больной при этом и упал в обморок, все же он немедленно после разрезов почувствовал значительное ослабление болей; кроме того, краснота исчезла полностью, а припухлость частично. Раны после разрезов были заполнены корпией, пропитанной маслом, вся нога окутана смягчающей катаплазмой и внутрь на одни сутки дано *Potio Riverii 180,0 с Tart. emet. 0,06*.

31 июля. Припухлость и боль уменьшились. Дано рвотное.

1 августа. Отчетливая боль имеется только в коленном суставе. 20 пиявок на область колена. В ногу втирается серая ртутная мазь, затем кладется припарка. Дано *Potio Riverii*.

К 7 августа припухлость уменьшилась. Боль еще имела место при движениях в коленном и тазобедренном суставах. В местах разрезов показался гнилостный гной и омертвевшая клетчатка. Поэтому 7 августа для ускорения отторжения одна рана увеличена с помощью крестообразного разреза. На все раны после разрезов наложены повязки с *Rp. Ung. basilic. 30,0, T-rae Myrrhae 3,75, Merc. praecip. rub. 1,875*. Общее состояние улучшилось, язык стал чистый и влажный, пульс спокойнее, гектическая краснота лица исчезла. Так как больной не переносил *Extr. Chin. frig. par.*, ему прописано: *Rp. Dec. Alth. 180,0, Aq. oxymuriat. 15,0, Sirup. simpl. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

7 августа вечером внезапно начался сильный озноб, который закончился проливным потом, после чего больной очень ослабел и осунулся. Он получил эфир и *T-ra theb.* На область колена ввиду усилившихся болей поставлено 20 пиявок.



Вечером подобный, но более легкий озноб. *Infusum Valerianae cum Aether*. Перед сном 2 доверова порошка по 0,3 г. Наркотическая катаплазма вокруг ноги.

Подобное лихорадочное состояние продолжалось до 12 августа; временами отмечалось небольшое познабливание: пульс держался между ПО и 120, язык был сухой, коричневый. Резкая слабость; резко очерченное красное пятно на щеках; отечность на всей ноге. Раны после разрезов очень грязные, с жидким зловонным гноем.

Было решено устранить быстрым вмешательством постоянно действующую причину, вызывающую подобное состояние. Предложенная ампутация бедра, наконец, была принята и 13 августа выполнена. При круговом разрезе кожи последняя оказалась чрезвычайно отечной; поэтому были сделаны два боковых разреза, чтобы можно было отвернуть кожу. У границы отвернутой кожи мышцы перерезаны двумя сильными сечениями и кость перепилена. Длительность операции – 1 минута 30 секунд. Было наложено шесть лигатур, одна кожная артерия перекручена. В двух местах культи, где артериальная кровь сочилась, как из губки, была выполнена тампонада с агариком. Повязка наложена, как уже упоминалось в другом месте, таким образом, что края раны образуют продольную щель.

Во время операции и наложения повязки больной то и дело впадал в глубокий обморок, который преодолевался холодным опрыскиванием лица и груди, втиранием под носом аммиачной нюхательной соли и небольшими дозами винного напитка. После операции пульс был очень малый, 142, лицо и губы бледные, язык коричневатый, влажный. Больной просил соленого огурца и получил ломтик. Вечером он, по собственному желанию, получил стакан кипяченого молока.

14 августа. Больной ночью немного спал. Сильная жажда, пульс 126, малый. Повязка сильно промокла жидкостью отечной культи, вторичного кровотечения не было. Незначительные боли в культе; поэтому повязка немного ослаблена. В качестве питья дается: *Dec. Alth. 360,0, Aq. oxymuriat. 30,0, Sirup. s. 30,0*. С третьего дня у больного не было стула, поэтому поставлена размягчающая клизма, которая вскоре и подействовала. На крестце показался небольшой пролежень, промытый жидкой мазью из яичного белка и водки. Вечером: пульс 136, сильная жажда. На ночь 0,03 г опия.

15 августа. Больной спал хорошо. Пульс 125. Утром трижды был жидкий стул, поэтому дано 6 капель *T-rae theb.* (принять немедленно) и назначено: *Rp. Dec. Alth. 180,0, Aq. oxymur. 15,0, T-rae aromat. acid. 1,875*. Повязка слегка промокла серозной жидкостью. Вечером: пульс 110. 5 капель *T-rae theb.*

16 августа. Пульс 114. Боль в ране и горле. Левая миндалина распухла, зев покраснел. Рана сегодня обнажена впервые. Вид ее очень вялый, она заполнена омертвевшей клетчаткой. Кость торчит. Повязка с *Ung. basilic, c. T-ra Myrrh.* Большая чувствительность при перевязке. Внутрь: *Rp. Extr. Chin. frig. par. 7,5, T-rae aromat. -acid. 3,75, Aq. Menth. pip. 30,0, Aq. simpl. 150,0, Sirup. Aurant. 30,0. S.* По одной столовой ложке через каждые 2 часа. На пролежень кладется таниновая мазь. Вечером: пульс 130. 0,3 г доверова порошка.

17 августа. Больной спал мало. Дважды был стул (жидкий и густой). Пульс 156. Appetit возвращается. Отныне рана на ампутационной культе



перевязывается ежедневно, а пролежень – 2 раза в день. В области кожного разреза на внутренней стороне показываются небольшие бледно-розовые грануляции. Извлечено несколько лигатурных нитей; при этом больной сильно кричал. Вечером: пульс 138; на ночь клизма с 8 каплями *T-rae theb.*

18 августа. Очень беспокойная ночь. Пульс 138. Повязка с *Rp. Ung. basilic. 30,0, T-rae Myrrh., Merc. praec. rubr. aa 3,75*, и поверх повязки тепловатые припарки из *Spec. aromat.* и *Spec. emollient*, aa. В ране заметно уже больше бледно-розовых грануляций. Внутрь по 0,18 г *Extr. Hyoscyam.* каждые 2 часа. Вечером: пульс 130.

19 августа. Больной спал только два часа. Лицо, здоровая нога и мошонка резко отечны. Пульс 120. Язык влажный и довольно чистый. Со вчерашнего вечера был трижды жидкий стул. Культя промыта с помощью шприца следующим составом: *Rp. Dec. Chin. (ex 60,0) 360,0 T-rae Myrrh. 60,0* и перевязывается рыхло, без давления, после того как на культю был наложен экспульсивный бинт, смоченный камфорным спиртом. К ароматической катаплазме прибавлена камфора. На мошонку – подушка из ароматических трав с камфорой. Все тело обтирается уксусом и камфорным спиртом. Внутрь дается: *Rp. Rad. Columb. 7,5, Cort. Chin. 15,0 coq. c. Aq. font. ad Dec. 180,0, adde T-rae op. crocat. 1,25, Sirup. Aurant. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа. Вечером: пульс 120. Клизма с 10 каплями *T-rae theb.* и внутрь 0,6 г доверова порошка.

20 августа. Больной спал хорошо. Стул был трижды. Со дня раны поднимаются обильные грануляции. Больной получает утром чашку кофе, а к обеду мясной бульон.

21 августа. Сон хороший, пульс 120. Стул оформлен. Язык суховат. В ране отторглась белая слизистая пленка, возникшая под влиянием преципитата, и рана наполнилась обильными, но бледными грануляциями. Отечность уменьшилась. Лечение то же. Вечером всегда даются 2 доверова порошка по 0,3 г.

22 августа. Спит хорошо. Пульс 116. Язык влажный. Стул густой. На рану наложена повязка с сухим *Pulv. praecip. rubr.* и вышеупомянутой мазью (*Ung. basilic, c. T-ra Myrrh, et Praecip. rubr.*). На грудь – 2 небольших везикатора для отвлечения возможных метастазов.

23 августа. Дважды был оформленный стул. Пульс 114. Грануляции в ране бледные. При перевязке края раны были сильно оттянуты кпереди и поверх наложена давящая повязка с двумя градуированными компрессами. Больной ежедневно получает пиво.

24 августа. Пятикратный жидкий стул. Пульс 114. Клизма 10 каплями *T-rae opii*, а в микстуре вместо 1,25 г *Laudan.* – 1,875 г.

25 августа. Пять раз был жидкий стул. Хина отменяется и назначается: *Rp. Lichen, island, aq. fervid, ablut. 15,0, Rad. Columb. 3,75¹, coq. c. Aq. font. q. s. ad colat. 180,0, adde Laudan. liq. 1,875, Sirup. Aurant. 30,0*; кроме того, клизма с 15 каплями *Laudan.* Рана выглядит живее и смазывается слабым раствором ляписа (0,06 на 30,0 *Aq. dest.*). Вечером доверов порошок не был дан.

¹ Здесь, вероятно, описка, ибо ниже говорится об уменьшении этой дозы на 3,75 г.



26 августа. Ночью был пять раз жидкий стул; утром дважды жидковатый стул. Микстура остается та же, клизма с 25 каплями *Laudan.* Вечером 0,6 г доверова порошка. Вечером: еще несколько раз был жидкий стул. Клизма с 25 каплями *Laudan.* Левая миндалина чувствительна, распухла и несколько изъязвлена. Для полоскания горла назначено *Dec. rad. Alth.* и *Dec. Liquir.*; тепловатая припарка вокруг шеи.

27 августа. Понос все еще продолжается. Грануляции в ране стали лучше, пролежень уменьшается. Пульс 104. В микстуре количество *Columbo* уменьшается на 3,75 г. Клизма с 25 каплями *T-rae op. crocat.* повторяется. Места от везикаторов на груди зажили; поэтому везикаторы возобновлены. До вечера был еще три раза стул.

28 августа. Больной спал хорошо, понос прекратился. Рана имеет хороший вид и заполняется скорее. Пульс 100. Вечером 0,6 г доверова порошка. Для изъязвленной миндалины назначено смазывание следующим составом: *Rp. Borac. venet. 3,75, Mel. Ros. 30,0.*

29 августа. Три раза жидковатый стул. Клизма с 1,25 г *Laudan.* Рана посыпается сухим преципитатом; на места от везикаторов на груди – повязка с *Ung. Cantharid. cum Camphora.* В лекарстве для смазывания горла 0,6 г опия. К микстуре прибавляется 7,5 г *Extr. Chin. frig. par.*

С 30 августа по 4 сентября. Понос совсем прекратился. Рана, казавшаяся перераздраженной, разрастающейся и легко кровоточащей, перевязывается только с *Cerat. simpl.*, после чего она приняла более благоприятный вид. Ароматическая катаплазма с 1 сентября отменена.

5 сентября. Замечено болезненное место сбоку от внутреннего кожного разреза; при зондировании не обнаружено никакого твердого тела. Это место было признано концом свищевого хода, который, возможно, находится в связи с омертвевшим участком костной культи.

6 сентября. Обнаруженный вчера ход промывается *Dec. Chin.*

7 сентября. Болезненность в месте, указанном 5 сентября, все еще продолжается и является, по-видимому, симптомом начинающегося периостита. Поэтому для культи делается щелочная ванна с цикуттой. Пульс 100.

8 сентября. При зондировании свищевого хода зонд проник в глубину на 4–10 см. Когда зонд был извлечен, за ним последовала артериальная кровь, выделявшаяся толчками. По-видимому, была проткнута бедренная артерия, в сторону которой зонд был направлен. При немедленно предпринятой перевязке бедренной артерии на 2 пальца ниже пупартовой связки правильность этого предположения подтвердилась. На бедренную артерию наложены две лигатуры на расстоянии 0,6 см одна от другой. Одна кровоточившая кожная ветвь была перевязана, рана стянута липкопластырными полосками, и поверх наложен ледяной компресс. Через 2 часа у больного был резкий озноб, который вскоре прекратился, после того как он напился ромашкового чая. Пульс поднялся до 138. Вечером: болей в операционной ране нет, пульс 120; 0,6 г доверова порошка.

9 сентября. Больной спал хорошо, болей в культе нет. Пульс 116. В костномозговую полость выступающей костной культи вводится турунда, пропитанная



винным спиртом, для ускорения отторжения секвестра. Ампутационная рана перевязывается с раздражающей мазью.

10 сентября. На место перевязки артерии вместо ледяных компрессов накладываются тепловатые обертывания с *Aq. Goulardi cum Spirit. vini*.

11 сентября. Первая смена повязки на месте перевязки сосуда: за исключением нижнего угла, в котором имелось немного гноя, рана зажила первичным натяжением.

12 сентября. Обертывания на месте перевязки отменяются. Пульс около 100.

13 сентября. Смена повязки на месте перевязки артерии. В культю кости вводится турунда с *Acid. sulf. dilut*. Грануляции прижигаются ляписом и покрываются раздражающей мазью (*Ung. basilic, c. T-ra Myrrh.*).

14 сентября. Сегодня отошли лигатуры с бедренной артерии. Пульс 92. Перевязка культи с *Cerat. simpl.*

16 сентября. В костную культю вводится турунда с *Acid. sulfur. fumans*.

До 20 сентября. Повязка сменяется каждые два дня. Кожные края хорошо прилегают, и рана стягивается.

22 сентября. Секвестр в культе уже становится немного подвижным. Общее состояние исключительно хорошее.

28 сентября. Так как кость все еще не отторгается, то ее костномозговая полость прижигается каленым железом; в нее вводится турунда с разведенной серной кислотой.

29 сентября. Сегодня отделился костный секвестр длиной около 5 см, с длинными зазубренными шипами и изборозжденной поверхностью.

1 октября. Рана посыпана красным преципитатом, а поверх положена простая мазь. На каждое плечо накладывается посредством разреза фонтанель.

3 октября. В полость, возникшую после удаления кости, вводится турунда с *T-ra Myrrh*. На раневую поверхность накладывается повязка с сухой корпией.

До 18 октября изменений мало; полость, первоначально промытая настоем ромашки, постепенно выполнялась. Культя перевязывалась в течение прошедших дней обычным способом; с целью раздражения рана прижигалась ляписом в соответствии с характером грануляций.

С 18 октября по 8 ноября больной в силу особых условий должен был находиться вне клиники. Когда он 8 ноября вернулся в клинику, у него была катаральная ангина, а рана оказалась в общем очень мало измененной. Грануляции приняли вид слишком пышных разрастаний. Ангина прошла через несколько дней после применения рвотных средств и тепловатых припарок вокруг шеи. Рана перевязывалась через день, т. е. края ее прижигались ляписом и покрывались свинцовой мазью, а вокруг культи накладывалась паховая колосовидная повязка, чтобы сдвинуть вперед оттянувшиеся кзади мышцы. При таком лечении рана уменьшалась с каждым днем, и когда больной по собственному желанию был отпущен 7 декабря, от всей раны остались незажившими только несколько линий.

Через несколько недель больной показался снова: ампутационная рана зажила полностью, и больной очень ловко ходил на двух костылях.



З а м е ч а н и е . Этот случай, несомненно, дал хороший повод многим практикантам хирургической клиники по достоинству оценить могущество природы и искусства. Я хочу здесь особо подчеркнуть только наиболее примечательное в этом случае.

Во-первых, местный болезненный процесс. Наиболее яркой особенностью последнего была ложная рожа, или, вернее, ложная рожистая краснота. Здесь не так легко было распознать, в какой ткани, собственно, гнездились заболевания. По-видимому, это была клетчатка, лежащая под фасцией. За это говорило большое напряжение и обширное распространение опухоли и красноты. Разрезы на голени, проведенные через фасцию, еще больше подтвердили этот диагноз, поскольку боли и краснота мгновенно прекратились. Однако ряд явлений, разыгравшихся в дальнейшем, показал, что наш диагноз был только частично правильным. Дело в том, что голень действительно была поражена воспалением клетчатки, расположенной под фасцией. Однако это поражение представляло не что иное, как только отражение основного страдания, которое гнездилось выше коленного сустава (т. е., по-видимому, на месте повреждения).

Заболевание состояло в нагноении клетчатки, лежащей между мышцами, и самого мышечного вещества, особенно во внутренней широкой мышце. Это отчетливо доказывалось исследованием отсеченной конечности; мы нашли, что 1) кожа всей нижней передней части бедра была стеатоматозно перерождена, особенно вокруг искусственного отверстия, 2) мышечное вещество и клетчатка, лежащая между мышечными волокнами, были насквозь пропитаны гноем, как губка. Гной был густой, и поверхность разреза мышечного вещества имела мраморный вид. Гной желтоватого цвета был распространен между отдельными мышечными волокнами, сохранившими еще свой красноватый оттенок. Местами можно было видеть также открытые отверстия отдельных сосудов, расположенных в этой массе. Это примечательное патологическое состояние, подробное описание которого я нигде не нахожу, не может быть названо более подходяще, чем г н о й н а я и н ф и л ь т р а ц и я . Мне даже кажется сомнительным, действительно ли при этом происходит настоящее гноеобразование. В самом деле, здесь видна... не густая капающая жидкость, а довольно плотное желтое вещество, которое одним лишь своим цветом похоже на гной и не может быть принято ни за туберкулезное, ни за скрофулезное вещество. Воспалительные явления, очевидно, сопровождают образование этого вещества. 3) В коленном суставе хрящи полностью рассосались и костные поверхности срослись между собой. Место сращения при распиливании кости вырисовывалось как белая компактная полоса. Губчатую костную ткань можно было резать ножом. Подобные изменения оказались также в голеностопном и подтаранном суставах.

Важно отметить, что положение конечности всегда было вытянутое; таким способом природа стремилась держать пораженные разгибательные мышцы в расслабленном состоянии.

Из описанного случая мы, следовательно, видим, что гнойная инфильтрация мышечного вещества характеризуется: 1) прежде всего ложной рожистой краснотой, опуханием и напряжением всей конечности, затем 2) подобно всякому, глубоко расположенному гнойнику – сплошным отеком всей конечности,



3) плохим видом наружной язвы; в нашем случае 40, например, она образовала большую грязную, черноватую, но скорее сухую, чем обильно выделяющую, язвенную полость; к образованию свищей эта гнойная инфильтрация мышечного вещества, как видно, менее склонна, чем нагноение клетчатки, 4) наконец, общими гектическими явлениями с желудочным осложнением.

Изучая этот патологический процесс, мы неизбежно подходим к вопросу: можно ли излечить гнойную инфильтрацию мышечного вещества без отсечения конечности? На этот вопрос я уже ответил выше и, как мне кажется, достаточно полно при обсуждении одного случая ранения сустава. К этому мне остается только заметить, что, по-видимому, не столько местное заболевание, как в гораздо большей степени связанное с ним общее гектическое состояние настоятельно требует отнятия конечности. Так оно было и в нашем случае. Бросалось в глаза явное несоответствие между силами больного и его местным заболеванием. Бледное осунувшееся лицо с игравшим на щеках тактическим румянцем, малый лихорадочный пульс и большая грязная коричневая полость, отек, уподоблявший ногу скорее конечности слона, боли при малейшем движении ногой, – все это, несомненно, представляло разительный контраст, который мог быть устранен только решительным, героическим вмешательством.

Во-вторых, к удивлению многих менее опытных врачей, этот случай показал, что высшее развитие гектического состояния никоим образом не может рассматриваться как противопоказание к усечению конечности. По-видимому, организм сам мобилизует свои силы для того, чтобы выдержать травматическое вмешательство, которое его сразу освободит от очага заболевания. В самом деле, можно ли представить себе более высокое гектическое состояние, чем то, в которое впал этот молодой субъект? Один только вид его толстой, отечной, опухшей ноги у всякого отбил бы охоту притронуться к ней ножом. Я видел, как многие из моих слушателей при этом только пожимали плечами. Я слышал кругом недоуменный шепот, но все это меня мало трогало. Внутреннее убеждение, которое меня до сих пор лишь редко подводило, укрепило во мне положение, приводимое лишь немногими авторами и всегда подтверждавшееся моими наблюдениями в госпитальной практике, а именно: *«истощенные гектические больные куда счастливее переносят ампутацию, чем более крепкие и на вид цветущие»*.

Самая ампутация была одной из тех, при которых правила, приводимые обыкновенно во всех руководствах, оказались несостоятельными. Об оттягивании кожи назад здесь не могло быть и речи, ибо 1) разрез пришлось вести в верхней трети бедра, и одно лишь наложение турникета, очевидно, совершенно неизбежное в данном случае, очень затрудняло моих помощников; 2) отечная кожа сама, даже после проведения разреза, никак не поддавалась оттягиванию назад. Покровы для культи необходимо было здесь выкроить, разумеется, из кожи. Обычный способ отсепарования кожи в этом случае был тоже невыполним. Кожа была слишком изменена и не поддавалась выворачиванию. Поэтому я сделал два боковых разреза. При этой препаровке кожи, которая продолжалась безусловно не более полуминуты, из отечной клетчатки вытекло несколько фунтов воды (сыворотки); и только тогда стало возможно отвернуть оба кожных лоскута. Сам больной оказался не очень чувствительным к этому травматическому



вмешательству; зато после операции наступило несколько обмороков. При этом я должен упомянуть об одном обстоятельстве, которое, несомненно, наблюдалось всеми хирургами. Оно состоит в следующем. После перевязки бедренной артерии и нескольких мышечных ветвей я велел перенести больного возможно скорее с операционного стола на кровать. При этом я не заметил, что ретрагированная глубокая артерия бедра, которая имела почти такой же диаметр, как бедренная артерия, не была перевязана. Как велико было мое изумление, когда я заметил устье этой артерии лишь через полчаса, после того как больной уже лежал спокойно в кровати и я собирался наложить повязку. Что задерживало в течение целого получаса кровотечение из этой артерии? Несомненно, обморочное состояние, ретракция и сокращение сосуда. Все же, когда я это заметил, больной уже пришел в себя, его пульс отчетливо прощупывался. За это время больной был перенесен из одной комнаты в другую и, что еще удивительнее, к этому моменту наступило небольшое паренхиматозное кровотечение из культи, которое мне пришлось остановить тампонадой, – и тем не менее открытая глубокая артерия не кровоточила.

В-третьих. В послеоперационном периоде три обстоятельства также заслуживают нашего внимания.

1) Вид рапы во время первой перевязки после операции. Представляется всеобщим законом для организма тот факт, что все нарушения целостности, возникшие на отечной почве, обычно принимают очень вялый характер; сецернирующая поверхность имеет блеклый и бледный вид и покрыта грязным веществом, не обнаруживая ни малейшего намека на гранулирование. А когда мясные сосочки уже покажутся, они имеют бледный и отечный вид. В нашем случае отчасти отечное состояние культи, отчасти, может быть, наличие у больного скрофулеза придавали всей ране после первой перевязки в высшей степени грязный вид. Ее покрывало тягучее желтовато-белое вещество, которое было связано с отделяющимся грязным распадом. На дне раны немного виднелась кость, едва покрытая и окрашенная в коричневый цвет.

Я уже много раз замечал, что ни одно средство не в состоянии так быстро вызвать поразительную метаморфозу специфически грязной на вид раневой поверхности, как *Hydrarg. oxydat. rubr.* в сухом виде. Это средство можно смело применять уже после первой перевязки (через 5–6 дней после операции), когда раневая поверхность имеет вялый и специфически плохой вид. Так оно было и в данном случае. Если рассыпать преципитат в достаточном количестве по всей ране, особенно на грязные места, то уже при очередной перевязке можно заметить образование нового желтовато-белого слоя, своего рода ложную перепонку. Если удалить последнюю на другой день или через несколько дней с помощью пинцета или путем промывания, то под ней уже видны несколько мясных сосочков. Если затем покрыть эти свежие грануляции смягчающей мазью, то они вскоре принимают вялый и бескровный вид, который может быть устранен только раздражающими средствами, содержащими также преципитат. Это простое наблюдение, которое каждый может подтвердить у постели больного, показывает, сколь несправедливо утверждать в согласии с некоторыми современными хирургами, будто совсем не существует средств, способствующих



развитию грануляций. Почему хотят обесценить и вытравить это старое выражение? Разве оно не обозначает явление правильно? Какое нам дело до слова? Преципитат, в самом деле, может быть причислен к наиболее важным средствам, способствующим развитию грануляций; однако, как я заметил, образования мясных сосочков можно ожидать после его применения лишь в том случае, когда раневая поверхность уже покрылась псевдомембраной.

2) Второе явление, наблюдавшееся в послеоперационном периоде, состояло в необычном свищевом ходе, который вел из верхнего угла раны в просвет артерии. Не требовалось совсем никакого усилия, чтобы проникнуть зондом в этот просвет; он, вероятно, был закрыт очень рыхлым кровавым сгустком. Зонд достигал паховой области. С образованием свищевых ходов в, казалось бы, уже полностью зажившей ампутационной культе я встречался уже раньше, особенно в тех случаях, когда кость была мало прикрыта. Я уже хотел провести через свищевой ход волосяную заволочку, как вдруг из отверстия забила струя артериальной крови. Сдавление подвздошной артерии большим пальцем мгновенно остановило кровотечение; по прекращении давления кровотечение возобновлялось. Что мне оставалось делать? Разве я мог полагаться на одно только сдавление сосуда бинтом и т. п.? Малейшее вторичное кровотечение при подобном состоянии сил могло стоить больному жизни. Кроме того, нельзя было оставить без всякого внимания и свищевой ход. Разыскивать артерию вблизи этого отверстия – это не соответствовало бы современному состоянию науки. Дельпеш и Дюпюитрен в достаточной степени разъяснили нам отрицательные стороны подобного метода. Поэтому я провел разрез соответственно ходу бедренной артерии на несколько поперечных пальцев ниже пупартовой связки. Я преследовал при этом двоякую цель: во-первых, выяснить расположение свищевого хода и создать ему соответствующее противоотверстие и, во-вторых, перевязать в случае надобности бедренную артерию. Артерия была обнажена без всяких затруднений, но как велико было наше изумление, когда я прощупал пуговку зонда в просвете самой артерии! Теперь я отдавал себе ясный отчет, что этот опасный свищевой ход может быть закрыт только путем развития пластического воспаления внутри артерии, т. е. посредством ее перевязки. Дальнейшие события подтвердили это.

3) Наконец, третье обстоятельство – это выступающая кость, так называемая коническая культя. Из сказанного вытекает, что я мог выкроить лишь очень скупой кожный покров для кости; стянуть мышцы почти совсем не удалось – они были истончены и твердоваты вследствие отложения пластического вещества. Если присоединить сюда еще дискразическую конституцию больного, длительное нагноение в культе, всегда связанное с рассасыванием соседних частей, то нам будет нетрудно объяснить указанное явление. Хотя из приведенной истории болезни видно, что я повторно применял здесь концентрированную серную кислоту и каленое железо, чтобы ускорить отторжение кости, все же весь процесс продолжался более 6 недель, и я думаю, что здесь больше всего сделала сама природа. Не следует думать, что подобное отторжение происходит совсем без отложения новой костной массы. В нашем случае секвестр явственно был окружен плотной гранулирующей капсулой, которая, по-видимому,



свидетельствовала об образовании новой кости; и, хотя омертвевший кусок имел в длину 7,5 см, все же ампутационная культя и после отторжения его еще выступала в середине на несколько линий. Я не думаю, чтобы можно было предотвратить образование конической культы лоскутным разрезом кожи или каким-либо другим оперативным методом. Несомненно, главная причина этого явления – длительное нагноение.

Случай 41. Скрофулезный холодный абсцесс на предплечье с перерождением клетчатки и надкостницы.

Эльзе, эстонская крестьянка из Варроля, 16 лет, поступила в клинику 9 июня 1836 г. Около 2 1/2 лет назад больная при купании упала с мостков и ударилась всем левым предплечьем. Рука сразу же распухла, и движения в локтевом суставе стали затрудненными. Ей тогда объяснили, будто она сломала руку, и два раза вдоль всего предплечья ставили кровососные банки. Однако она не испытывала никакого улучшения.

Состояние при поступлении. Левый локтевой сустав распух. В нижней трети предплечья видно искривление в лучевую сторону. На границе между средней и нижней третью, на внутренней (локтевой) стороне, имеется темно-красная опухоль с неотчетливым зыблением. Здесь произведен разрез, через который выделилось много гнилостного гноя. При зондировании кость не определялась. Рана была заполнена корпией, пропитанной маслом, и сверху покрыта припаркой.

10 июня. Сегодня пришлось разрез продлить, так как нагноение распространялось под кожей еще дальше.

12 июня. Рана сегодня перевязана с *Ung. digest.*

С 13 по 22 июня. То же самое. Рана заполняется из глубины грануляциями.

26 июня. Локтевая кость в области локтевого сустава болезненна. В этом месте имеется также неестественное выпячивание. Поставлены 4 пиявки.

28 июня. Болезненность несколько уменьшилась. Сегодня больной назначен отвар сассапарили: *Rp. Rad. Sassap. 30,0, coq. c. Aq. font. 1800,0 ad reman. 720,0, colat. adde Aq. Menth. 30,0. DS.* Принять по половине утром и вечером.

29 июня. Рана имеет довольно чистый вид. Локтевой сустав безболезненный, уже не красный, но еще припухший.

2 июля. *Status idem.* Так как отвар не вызывает действия кишечника, то к нему прибавляется 1,25 г *Fol. Sennae.*

5 июля. Рана уменьшается, причем грануляции остаются вялыми. Повязка без изменений. Стул бывает ежедневно.

С 6 по 9 июля. Рана медленно стягивается, грануляции довольно чистые.

С 10 по 13 июля. 12 июля нижний конец лучевой кости был болезненным; поставлены 3 пиявки. На другой день рука не болела. По настоятельной просьбе больной она могла быть теперь выписана. Состояние ее было таково: оба конца лучевой кости были распухшие, рана хорошо гранулировала и обнаруживала склонность к стягиванию и заживлению.

Случай 42. Гнойное воспаление стопы с поражением надкостницы.

Ева Яниц, крестьянка, 72 лет, по ее словам, прежде никогда тяжело не болела. 10 дней назад при купании подверглась простуде, так как она тотчас после этого пустилась в обратный путь домой босиком. Сразу же на другой день она



почувствовала сильные колющие боли в левой стопе, которая распухла, сделалась горячей и стала неспособной к свободным движениям. Через несколько дней показалась зыблущаяся опухоль, из которой выделилось немного гноя. 3 сентября 1836 г. больная обратилась с просьбой принять ее в клинику, причем состояние ее было следующее.

Она вошла в комнату с помощью костыля, щадя левую стопу. При осмотре стопы вся тыльная поверхность ее оказалась опухшей, сине-багровой, горячей и напряженной. Вверх опухоль распространялась до лодыжек. На внутренней стороне стопы, в области соединения первой фаланги большого пальца с плюсневой костью, имелась припухлость, которая давала явное ощущение зыбления и уже вскрылась наружу. При ощупывании опухоли больная жаловалась на сильные боли. Из образовавшегося отверстия наружу вытекал кровянистый гной. Вокруг припухлости ткани на ощупь отечны. Общее состояние хорошее, жара нет, силы хорошо сохранились, пищеварение не нарушено.

Лечение. В области опухоли сделан разрез длиной 5 см, после чего выдилось несколько унций гноя, который затем сделался кровянистым; поверх раны положены припарки. Уже на следующий день боли полностью исчезли и опухоль сильно опала. В дальнейшем, однако, она уменьшалась значительно медленнее. 9 сентября припарки отменены, и на вялую рану наложена раздражающая повязка, т. е. она посыпана красным преципитатом и покрыта дигестивной мазью. Через несколько дней кожные края уже начали прилегать друг к другу и с этих пор ежедневно прижигались ляписом.

18 сентября у основания большого пальца все еще имелась некоторая припухлость, очевидно, обусловленная поражением надкостницы. Она полностью исчезла в течение 10 дней благодаря применению ванн из калиевой щелочи с *H-ba Cicut*. За это время и рана почти полностью закрылась, так что больная могла быть выписана 29 сентября.

Случай 43. Anthrax. Лечение разрезами. Выздоровление.

Абрам, отставной солдат, 46 лет, довольно крепкого телосложения и флегматического темперамента; несколько недель назад у него начались боли в затылочной области и между лопатками. В этой области появилась припухлость, и больной ощущал значительное напряжение. Молодой врач, к которому он обратился, принял заболевание за ревматическое и прописал ему везикатор на это место, после чего боль, припухлость и напряжение еще усилились; после этого он рекомендовал больному смягчающие припарки для устранения напряжения и утоления боли. Больной выполнял это назначение в течение некоторого времени, однако боль и напряжение не уменьшились, а припухлость еще увеличилась. На последней появились пузырьки, которые лопались, давая выход гнойной жидкости. Невыразимые страдания больного заставили его обратиться в хирургическую клинику с просьбой принять его, что и состоялось 2 июня.

Состояние больного при поступлении в клинику. На спине между лопатками видна припухлость шириной с полторы ладони; в середине ее имелось отверстие, шириной и глубиной около 4 см, – другими словами, язва, дно которой, грязное и пепельно-серое, было заполнено гнилым гноем и кусками омертвевшей клетчатки. Вокруг этого крупного отверстия кожа над опухолью



была продырявлена, как решето, и при надавливании на эту область из мелких отверстий вытекала кровянисто-гнойная жидкость, перемешанная с лохмотьями омертвевшей клетчатки и очень дурно пахнущая. Край этой припухлости был кругом очень твердый, болезненный при надавливании, сильно припухший, покрасневший, а температура его повышенная. Общее состояние: силы больного еще вполне сохранились; пульс мал, не особенно учащен, чуть напряжен; язык обложен белой слизью, во рту испорченный вкус. Appetit отсутствует. Стула нет в течение нескольких дней. Конъюнктивы глаза с желтоватым оттенком, а общий вид больного как при тяжелом заболевании живота.

Лечение. Вся припухлость тотчас же была рассечена накрест двумя параллельными разрезами и одним перпендикулярным к ним разрезом. Содержимое опухоли было окрашено в грязно-серый цвет и состояло из омертвевшей клетчатки и ихорозного гноя. Все, что можно было удалить из погибшей подкожной клетчатки, иссечено. Рана набита корпией, пропитанной маслом, и поверх закрыта большой припаркой. Внутрь дано рвотное.

3 июня. Опухоль уменьшилась, но ее периферия еще сохранила красноту и болезненность при надавливании. Внутренняя поверхность очень грязная. В наиболее напряженных местах проведены еще два разреза длиной 5 см и сделана припарка из *Sent. Lin.*, *H-ba Hyosc.* и *Flor. Chamom. aa.* Ночью больной спал плохо. Пульс малый; язык белесоватый, обложенный. Несколько раз была рвота; стул – дважды. Внутрь назначено: *Rp. Aq. oxymuriat. 7,5, Dec. Alth. 180,0.*

4 июня. Боли уменьшились, опухоль же еще достаточно велика; поэтому проведены еще три пятисантиметровых разреза. Здесь сильно была кровь из трех кожных артерий. Это кровотечение пришлось останавливать с помощью *Agaricus* и *Pulv. styptic.* На наиболее грязную часть раны накладывается повязка с *Ung. digest.*, а на остальную часть – с корпией и маслом. Вследствие колотья в правой половине груди больной плохо спал, и на это место поставлен большой горчичник.

5 июня. Ночью больной почти совсем не спал. Рана немного чище. Назначена хлорная вода в количестве 11,25 г на одни сутки, а вечером 0,6 г доверова порошка с 0,03 г камфоры.

6 июня. Больной хорошо спал. Рана очищается. Так как стула не было, назначена клизма. Внутрь: *Rp. Aq. oxymur. 15,0, Sirup. simpl., Aq. Menth. p. aa 30,0, Dec. Alth. 150,0.*

7 июня. Выделение из раны обильное. Перевязка производится два раза в день.

8 июня. На половину раны накладывается повязка с раздражающей мазью: *Rp. Ung. basilic. 30,0, T-rae Myrrh. 3,75.*

Ввиду профузного гноетечения небольшая катаплазма накладывается только на твердые участки. Количество *Aq. oxymur.* повышается до 18,75 г.

До 15 июня состояние больного мало менялось.

16 июня. В одном участке нижнего края раны кожа оказалась почти полностью отделенной от подлежащей ткани и поэтому рассечена на желобоватом зонде. Одно соседнее очень грязное место весьма основательно прижигается ляписом; рана покрывается корпией, пропитанной *Aq. oxymur.* (с указанием



повторно смачивать корпию этим раствором); припарка отменяется. Внутрь: *Rp. Cort. Chin. 15,0 ad Infus. 180,0, Acid, sulj. dilut. 3,75. S.* По 1 столовой ложке через 2 часа.

До 23 июня в ране никакого существенного улучшения не произошло, и поэтому накладывается повязка с *Ung. Elemi* и поверх нее фоментации из: *Rp. Spec. aromat. 30,0 ad Infus. 360,0, adde Vin. rubr. 360,0.*

Уже 19 июня имел место приступ лихорадки с ознобом, жаром и последующим затем потом. Эти приступы повторялись ежедневно в полдень. 25 июня больной получил до полудня 3 дозы сернокислого хинина по 0,24 г каждая.

26 июня. Вчера лихорадка не наступила. Больной чувствует себя очень хорошо. Рана имеет значительно более чистый вид. Она перевязывается только с *Ung. Elemi*. Фоментации отменяются, а внутрь дается настой хины с 3,75 г *Acid. phosphoric, dilut.*

С этих пор края раны начали прилегать друг к другу, а дно раны, которая сама по себе понемногу заполнялась, сохраняло хороший вид. Раневая поверхность ежедневно смазывалась: *Rp. Lap. infern. 0,48, Aq. dest. 30,0*, а края прижигались ляписом; на них накладывалась повязка с *Ung. basilic*. Таким путем удалось добиться того, что к 20 июля вся рана зарубцевалась.

Случай 44. Anthrax с вялым течением. Лечение разрезом. Появление червей в ране. Выздоровление.

Сергей Максимов, русский, каменщик, 62 лет, городской житель, 6 сентября 1836 г. обратился в клинику с жалобой на твердую припухлость в области правой лопатки. Опухоль причиняет ему сильные боли, и поэтому движения правой руки значительно ограничены. Самая опухоль была очень напряжена; она была величиной с блюдечко, имела грязный вид; в середине ее определялось скопление гноя; все это возникло совсем недавно. Выраженной лихорадки при этом нельзя было отметить. Опухоль была глубоко рассечена крестообразным разрезом. Наложена соответствующая повязка, и больному назначено амбулаторное лечение. Когда больной вновь явился 7 сентября, рана была наполнена многочисленными червями. Больной принят на стационарное лечение. Рана очищена от всех червей, промыта скипидаром, и в рану введено плюмассо с мазью: *Ung. basilic. 30,0, T-rae Myrrh. 3,75*. Поверх всего наложена размягчающая катаплазма из *Sem. Lini* и *Spec. resolvent*.

Вечером больной снова жаловался на сильный зуд в ране. Когда рана была открыта, в ней опять оказались черви, которые были удалены, после чего рана закрыта свежей повязкой. Внутрь больной получил 45 г *Magnes. sulfur*.

8 сентября. Состояние больного хорошее. Рана имеет чистый вид.

10 сентября. Рана все более выполняется. Внутрь: 45 г *Magnes. sulfur*. Повязка та же.

12 сентября. Рана стянута полосками липкого пластыря и покрыта *Cerat. simpl.* Дважды был стул.

15 сентября. Рана почти вся заполнилась.

16 сентября. Отпущен с повязкой.

Случай 45. Гемиплегия с нагноением под ягодичными мышцами. Смерть. Осумкованное кровоизлияние в мозг.



Анна Семеновна, русская, жена поденного рабочего из Дерпта, 40 лет, нежного и слабого сложения, впрочем не дискразического вида, принята в хирургическое отделение клиники 17 сентября 1836 г.

У больной в области левого большого вертела воспалительная опухоль величиной с ладонь, темно-красного или, скорее, синеватого цвета, горячая на ощупь и тестоватая, мало болезненная; на верхушке опухоли отмечается черно-серый тонкий некротический струп, окаймленный красновато-желтой демаркационной полоской. Остальная часть бедра, голень, особенно же стопа холодны на ощупь и сильно отекли; движения конечности затруднены, и сгибатели бедра в состоянии довольно сильного сокращения. В области коленного сустава также имеется несколько некротических корок, окруженных небольшой воспалительной полосой. На левой руке, в области локтевого отростка, отмечается твердая, упругая, красноватая и не очень горячая припухлость; предплечье и кисть также холодны на ощупь и отечны. Паховые и подмышечные железы увеличены и тверды.

Поражает отсутствие у больной мышечной силы. Она не может ни стоять, ни сидеть, а в лежачем положении едва поднимает голову с величайшим усилием. Тем не менее она не обнаруживает особенно большого расстройства общего самочувствия ни подчеркнуто жалостливой речью, ни стонами и вздохами. Пульс лихорадочный, 80–90 ударов в минуту. Кожа на большей части тела горячая; жажда сильная, язык обложен, особенно по краям. Далее, по словам больной, имеется еще незначительная головная боль, а также запоры, ставшие для нее с некоторого времени привычным явлением.

А н а м н е з. Больная утверждает, что раньше не страдала никакой болезнью, достойной упоминания, хотя она испытывала большую нужду и жила в сырых квартирах, особенно в последние годы. Счастливно перенесла девять родов, а теперь уже несколько лет не менструирует. О возникновении опухоли на бедре и на локте она может сказать только, что опухоли появились около месяца тому назад в связи с головными болями и что она до сих пор ничего против них не применяла.

Л е ч е н и е состояло в том, что в опухоли около большого вертела было сделано несколько глубоких разрезов, но при этом не оказалось ни гноя, ни омертвевшей клетчатки, а было лишь устранено напряжение фасции. Вся область была покрыта ароматической припаркой. В кожу, окружающую локтевой сустав, втирается неаполитанская мазь и поверх накладывается припарка. Отечная кисть и стопа часто обтираются камфорным спиртом и покрываются травяными подушками, содержащими камфору. Внутрь: *Rp. Dec. Alth. 180,0, Aquae oxymur. 7,5, Sirup. s. 30.0.*

Хотя припухлость и напряжение в области большого вертела несколько уменьшились, однако раны вскоре приобрели весьма неприглядный вид. Через несколько дней рядом с ними можно было с поразительной отчетливостью ощутить крепитацию; действительно, после проведения разреза вытекала жидкость, содержащая пузырьки воздуха. Вскоре пришлось опять накладывать на раны повязки с раздражающими средствами (*Ung. basilic. 30,0 cum T-ra Myrrh.*). Однако общее состояние больной оставалось, несмотря на валериану и камфору, весьма неважным. Пульс малый, скорый, неравномерный, бессонные ночи,



изнуряющие поносы. Против последних наиболее действительным еще оказывался опий, вводимый внутрь и в клизме. Но 26 сентября больная провела весь день в каком-то дремотном состоянии, которое было приписано снотворным средствам, вследствие чего всякие приемы опия были отменены. Утром 27 сентября больная скончалась. Вскрытие произведено через 36 часов после смерти.

Данные вскрытия. Нижние части бедра и голени (т. е. те части, которые были отечны) темно-синего цвета, уже находятся в стадии полного гниения. В области язвы, около большого вертела, немного ниже его (где за несколько дней до смерти больной была замечена крепитация), под большой ягодичной мышцей обнаружен участок величиной с ладонь, в котором клетчатка была разрушена и превратилась в гноевидную или ихорозную жидкость, которая больше приставала к стенкам, чем находилась в свободном виде в полости. В плечевом и локтевом суставах были обнаружены несколько пленчатых студенистых сгустков выпота. В органах живота не обнаружено никаких патологических изменений. В полости черепа имеется большое количество красноватой сыворотки (примерно 120–180 г); равным образом желудочки наполнены подобной же жидкостью. Самый мозг мягче обычного, не полнокровный. В середине средней доли левого полушария или немного более кпереди имеется около 15 г кашицеобразной кровянистой жидкости, заключенной в красноватую ложную перепонку. В остальных органах не обнаружено ничего примечательного.

Случай 46. Холодный абсцесс клетчатки около коленного сустава. Лечение большим разрезом. Выздоровление.

Крестьянин Лилло Томас, 55 лет, кахектического вида, рассказывает, что в прежнее время всегда был здоров, но около 3 недель назад на передней поверхности нижней трети правого бедра, непосредственно выше коленного сустава, появилась болезненная припухлость. Боли становились сильнее, и это заставило больного 6 ноября 1836 г. искать помощи в клинике. Состояние его следующее. На указанном месте имеется умеренно выраженная опухоль, довольно резкая краснота и отек окружающих тканей. Опухоль на ощупь горячая, в глубине напряженная и явственно флюктуирующая. Общее состояние не было нарушено никакими функциональными расстройствами. Отчетливая флюктуация, определяемое в глубине опухоли напряжение и сильные боли свидетельствуют о наличии здесь субфасциального гноя.

Лечение. 6 ноября. Большим крестообразным разрезом выпущено значительное количество гнилостного гноя. Рана заполнена корпией, пропитанной маслом, и слегка стянута несколькими полосками липкого пластыря. Рвотные средства.

7 ноября. Края раны и окружающие ткани тверды на ощупь. Припарки из льняного семени и цветов ромашки.

9 ноября. Рана вялая, в виде губки. Припарки отменяются. Рана покрывается смолистой мазью и стягивается липкопластырными полосками.

10 ноября. Рана покрывается красной ртутной мазью.

11 и 12 ноября. Рана лечится посредством *Pulv. merc. praecip. rubr.*, *Lapis* и *Ung. hydrarg. rubr.*

13 ноября. Рана хорошо гранулирует. Наложена давящая повязка.



14 ноября. Больной поправился настолько, что его можно было выписать. Наложена новая повязка.

Случай 47. Острый гнойник, поясничной мышцы. Лечение большим разрезом. Образование межмышечного свища. Волосяная заволочка. Выздоровление.

Катерина, русская, 14 $\frac{1}{2}$ лет, уже в течение четырех недель жалуется на сильную боль в левой поясничной области. В последние полторы недели эта боль стала походить на пульсирующую. По словам больной, боли у нее резкие, одинаково интенсивные в течение дня. Только к вечеру они как будто усиливаются и остаются такими в течение всей ночи, что мешает больной спать. 15 октября 1836 г. она принята в хирургическое отделение клиники на стационарное лечение.

Status praesens. Слева от позвоночника, на уровне последнего грудного позвонка, между ним и задней частью гребня подвздошной кости, имеется глубокая флюктуирующая опухоль, твердая на ощупь; поэтому данную флюктуацию хочется назвать глухой. Кожа над ней не изменена. Резких очертаний она не имеет. Ходьба больной сильно затруднена; она возможна только с посторонней помощью. Внешний вид больной хороший, если не считать бледности и некоторой отечности лица, в основе которых лежит более глубокое заболевание. Язык слегка обложен, аппетит отсутствует; жара нет. Боли постоянные и резкие, пульсирующие.

Лечение. Главной задачей является опорожнение гнойника, так как рассасывание гноя, как явствует из анамнеза, более невозможно. Поэтому 17 октября этот гнойник (psoas-абсцесс) был вскрыт разрезом длиной 7,5 см, благодаря чему вытекло около одного штофа гноя. Так как разрез не давал еще достаточного выхода гною, то во избежание ранения почки он продолжен книзу. Рана выполнена корпией, пропитанной маслом, и сверху покрыта компрессом. На другой день были обнаружены два свищевых хода, исходявшие из гнойной полости: один более длинный, на одном уровне с задней стенкой гнойника, тянулся снизу и снутри кверху и кнаружи, имел в длину 6 см, другой – не более 2 см в длину. Чтобы не увеличивать больше рану, достигшую уже благодаря онкотомии длины 7,5 см, в глубоко расположенные свищевые ходы были введены турунды.

19 октября рана промыта, турунды смазаны красной преципитатной мазью, а в самую рану, кроме того, введено еще плюмассо, пропитанное смягчающей мазью. Для промывания был прописан настой из 30,0 *Flor. Chamom.* и 15,0 *Rad. Calam. arom* на 300,0 коллатуры.

20 октября. перевязка, как накануне. Свищевые ходы промываются вышеупомянутым раствором. Давящая повязка немного укрепляется при помощи оборотов, проведенных вокруг живота.

21 октября. На рану накладывается повязка с раздражающей мазью; в свищевые ходы, как раньше, вводятся турунды с раздражающей мазью: *Ung. basilic.* 45,0, *Hydrarg. praecip. rubr.* 3,75. На свищевой ход накладывается градуированный компресс. Общее состояние хорошее, а все секреты и экскреции в нормальном состоянии.

В ближайшие дни до 25 октября не внесено никаких изменений в лечебные приемы, разве только давление постепенно усиливалось.



- 25 октября. Ввиду разрастания *саго luxurians* оно прижигается ляписом.
- 24 октября вечером появился легкий озноб.
- 26 октября. Озноб во время обхода. Перевязка как прежде.
- 27 октября. Озноба нет. Промывание, прижигание ляписом. В свищевые ходы впрыскивается раствор *0,3 Lap. infern* на *240,0 Aq. destill.*
- 28 октября. Озноба нет, но язык обложен, горький вкус во рту. Больная получила от своей матери печенье и объелась им. Назначено: *Pot. Riverii 90,0, Aq. Meliss. 90,0.*
- 30 октября. Аппетит хороший, озноба больше не было, рана хорошо гранулирует. Однако свищевой ход не обнаруживает достаточной склонности к закрытию. Поэтому проделано противоотверстие и протянута заволока, поверх чего наложена давящая повязка.

Заволока обновляется каждый день и вначале смазывалась красной преципитатной мазью, а впоследствии – *Ung. basilic.* Для ускорения ее действия производится еще впрыскивание раствора ляписа (по 0,12 на 60,0 воды). Благодаря этому приему в свищевом ходе развились грануляции, так что заволоку можно было постепенно укорачивать, а 22 ноября окончательно ее извлечь. После этого свищевой ход приведен к окончательному закрытию с помощью градуированного компресса и давящей повязки. Остальная часть раны также начала на глазах уменьшаться и рубцеваться, чему еще в значительной степени способствовало смазывание краев раны ляписом, так что 2 января 1837 г. больная могла быть выписана с совершенно зарубцевавшейся раной.

Свищи

Гнойные затеки и свищевые ходы представляют столь частые осложнения всевозможных наружных повреждений, столь часто в нашем климате, неблагоприятном по самой природе, сводят на нет успех хирургических операций, а лечение их еще столь несовершенно и сопряжено с такими трудностями, что я настоятельно рекомендую каждому начинающему хирургу заняться этой главой хирургии. Этиология этих болезненных форм, которая может быть объяснена только патологической анатомией, заслуживает особенного внимания практических врачей. Именно при лечении свищей подтверждается справедливость старого философско-терапевтического принципа «*causa non sublata, effectus non tollitur*»¹. Чтобы иметь счастье в лечении ран, особенно после серьезных хирургических операций, никогда не следует забывать правила: «значительно легче предотвратить гнойные затеки и свищи, чем их лечить, когда они уже возникли». Я сейчас только отметил, что наш северный климат, особенно холодный и сырой воздух и постоянная смена температуры в нашем крае, значительно менее благоприятен для лечения ран, чем в других краях. Во всяком случае, только климатическими явлениями я могу объяснить, почему, например, в Монпелье первичное натяжение после ампутаций достигает такого совершенства, что уже по снятии первой повязки большая часть раны оказывается совершенно зажившей (по сообщению Сэрра, нынешнего профессора

¹ Если не устранена причина, не исчезает и следствие (лат.).



хирургии в Монпелье). Правда, и в нашем климате я очень часто находил самые большие раны зажившими уже при первой перевязке. Однако это сращение обыкновенно ограничивалось, к сожалению, одной лишь кожей, под которой развивался гной, и кожная рана рано или поздно полностью расходилась. Даже раны у животных лишь редко заживают у нас первичным натяжением, несмотря на тщательное зашивание.

Весьма интересный факт, который недавно установил я совместно с доктором Франкенгейзером в опытах с кишечными ранами на живых животных, состоит в том, что животные, которые зимою (в январе и феврале) после ранения кишечника погибали все без исключения, весною (в марте и апреле) большей частью выживали. Несмотря на то что нагноение представляет у нас столь частые осложнения наружных повреждений, я все же не вижу ничего вредного в том, чтобы всегда добиваться первичного натяжения как после случайных ранений, так и после хирургических операций. В своей работе «*Sur la réunion immédiate*» Сэрр отлично опроверг все возражения против подобного метода; поэтому я отсылаю всех читателей к этому сочинению. После ампутации, например, я всегда тщательно соединяю края раны (см. ниже), и хотя на основании опыта я твердо убежден в том, что первичное натяжение не всегда удается полностью, я также на основании опыта знаю, что 1) часть раны все же заживает благодаря быстро произведенному соединению, что 2) края раны удерживаются благодаря этому на более близком расстоянии друг от друга и что вследствие этого поверхность нагноения значительно уменьшается и что, наконец, 3) таким способом можно предотвратить коническую форму культи.

Если спросим теперь, в чем причина столь частых у нас нагноений после внешних повреждений, то *либо* она заключена в степени и характере самого воспаления, которое уже с самого начала обнаруживает склонность к переходу в гнойный процесс, *либо* почва, на которой возникает повреждение, часто бывает болезненной и дает даже слипчивому воспалению это вредное направление. Я глубоко убежден в том, что наибольшая часть так называемых гнойных затеков является не чем иным, как нагноением в клетчатке, лежащей под фиброзными оболочками, между сухожилиями и мышцами. Несомненно, существуют и такие случаи, когда гной в силу собственной тяжести спускается все дальше и дальше. Все дело сводится к тому, чтобы различать эти две причины возникновения свищей. Насколько хватает моего опыта, мне кажется, что можно установить следующие различия.

В первом случае. 1) Образованию затека предшествуют значительные боли, которые распространяются далеко за пределы раны (особенно по ходу сухожилий). 2) Другие воспалительные явления не всегда обязательны при этом; например, опухание конечности либо незначительно, либо вовсе отсутствует; только при надавливании можно заметить незначительную отечность и больной жалуется на боль. 3) Подчас этому предшествуют всевозможные ложно-рожистые явления. 4) Очень быстрое прогрессирование последних делает и этот механизм развития гнойного затека более чем вероятным. Если нередко уже в течение нескольких дней можно наблюдать обширное и полное развитие свищей между мышцами и сухожилиями, то это можно объяснить только



одновременным распространением воспаления в клетчатке. 5) Наконец, образование свищей в таких местах, которые по своему положению вовсе не благоприятствуют механическому затеканию гнойной жидкости. Я сомневаюсь также в том, является ли при *spondylarthrosis* так называемый конгестивный абсцесс одним лишь последствием затека. Ниже я опишу случай, когда больной, страдавший подобным абсцессом в правой паховой области, приблизительно за две недели до смерти ощутил очень сильные боли в левой поясничной мышце и в области тазобедренного сустава. Вскрытие обнаружило гнойник и в левой поясничной мышце, но далеко не столь выраженный, как на правой стороне, и, следовательно, образовавшийся, вероятно, во время приступа болей. Эти боли и образование кисты, т. е. пиогенной мембраны, являются для меня достаточным основанием для того, чтобы признать наличие воспалительного процесса в толще *m. psoas*.

Во втором случае. Истинные гнойные затеки можно заподозрить в тех случаях, когда возникшему уже гною прегражден путь наружу или когда в ране застряло инородное тело, например, при огнестрельных ранениях. Здесь пуля, застрявшая в ране, является не чем иным, как только чужеродным раздражением для окружающих тканей, и поддерживает постоянное образование гноя. Так как гной не находит выхода, то он, естественно, прокладывает себе путь через рыхлую клетчатку между мышцами. Впрочем, при огнестрельных ранениях в областях, богатых мышцами, где фасции очень хорошо развиты, где воспаление, следовательно, сопряжено со всеми явлениями так называемого воспалительного ущемления, образование свищей также возникает вследствие воспаления.

Возникает ли свищ по первому или второму способу, он всегда сопровождается воспалением той или иной степени, только в первом случае воспаление должно рассматриваться как причина нагноения, а во втором – как следствие его. Поэтому боль, соответствующая местоположению свищевого хода, принадлежит к его характерным особенностям. Очень часто бывает, что эту боль игнорируют или объявляют случайной только потому, что она в данном случае незначительна и ощущается только при надавливании. Поэтому молодые врачи должны с особым вниманием воспринять то правило, что «при подобных исследованиях надо как можно меньше приписывать все случайностям».

Следует признать, что лечение свищей до сих пор еще далеко от совершенства. Если уж лечение поверхностно расположенных кожных свищей нередко представляет трудную задачу, то лечение более глубоких свищей, проходящих между мышцами, должно быть еще труднее. Эти свищевые ходы принадлежат, несомненно, к наиболее опасным и упорным заболеваниям. Давление, раздражающие впрыскивания, заволоки в большинстве случаев оказываются недействительными. Случай 50 показывает, какие трудности приходится хирургу при этом преодолевать. Эти межмышечные свищи обладают, кроме того, очень большой склонностью распространяться все дальше и дальше. Молодой врач, в самом деле, приходит в смущение, когда к нему попадет на лечение такой свищ, как в случае 50. Поэтому я хочу обратить здесь его внимание особенно на патологию подобных свищей.



Межмышечный свищ (*fistula intermuscularis*) существенно отличается от кожных или возникших после абсцесса свищей, а также от свищевых ходов, связанных с полостями или полыми органами. 1) В межмышечном свище редко можно обнаружить так называемую свищевую оболочку; во всяком случае я находил как на вскрытиях, так и у живых внутреннюю стенку свища всегда неровной и покрытой грязным, темно-желтым гноем.

Свищ поясничной мышцы при *spondylarthrosis* представляет исключение в этом отношении. В этом случае процессу, по-видимому, предшествует воспаление и язвенное разрушение мышечного вещества (см. ниже), и гной здесь, очевидно, является истинным продуктом пиогенной мембраны. 2) Межмышечный свищ имеет, следовательно, постоянную склонность к распространению, так как он не отграничивается свищевой оболочкой. 3) При кожных свищах распространение их происходит либо в ширину, – тогда имеет место так называемая синусозная язва, – либо в длину, но обычно в одном направлении. Иногда приходится также наблюдать распространение кожных свищей во всевозможных направлениях, но тогда они находятся во взаимной связи через какую-либо полость или через синусозную язву. Мышечные свищи распространяются во всевозможных направлениях, и именно по ходу клетчаточных промежутков между отдельными мышечными слоями. Это объясняет их быстрое распространение, так как клетчатка, связывающая мышцы, обыкновенно бывает ячеистой и рыхлой и повсюду находится в сообщении одна с другой. 4) Наконец, стенки межмышечного свища подвижны и могут быть удержаны посредством давления лишь в незначительном соприкосновении.

При кожном свище заживлению мешает, собственно говоря, одна только внутренняя, выстилающая его перепонка или в крайнем случае истонченная наружная кожа, лишенная жизнеспособности. Впрочем, если свищевая выстилка уже однажды разрушена, то действие давления оказывается разительным. При распространенных мышечных свищах совершенно невозможно удержать их стенки, состоящие из мышц, во взаимном соприкосновении.

Не следует думать, что чем свежее межмышечный свищ или гнойный затек между мышцами, тем легче они излечиваются. Именно эти свежие гнойные затеки наиболее смущают хирурга. Что ему надлежит делать в таком случае? Наложить противоотверстие? Или вскрыть весь свищевой ход? Но если для этого приходится разрезать всю толщу большой ягодичной мышцы, как например в сообщаемом случае 50, или, если для этого приходится проводить разрез всего лишь на расстоянии нескольких линий от бедренных сосудов, чтобы проделать противоотверстие для свищевого хода, то, как мне кажется, вскрытие свища в таком случае, несомненно, будет отнесено к серьезнейшим операциям. В самом деле, в случае 50 мне стоило немало труда остановить кровотечение из противоотверстия. Кровь била струей из двух значительных ветвей ягодичной артерии, а отверстие было слишком глубоким и слишком узким, чтобы можно было наложить лигатуру. Вскрытие же всего свищевого хода в данном случае действительно невыполнимо. Когда перерезается мышечный слой толщиной в ширину ладони, то возникает значительное кровотечение, повреждаются сотни нервных волокон, и операция по своим последствиям и по своей серьезности



мало чем отличается от ампутации. При этом не следует забывать, что больной из-за подобных гнойных затеков уже более или менее основательно истощен и что он еще нуждается в порядочном запасе сил, чтобы перенести следующее за операцией нагноение.

Правда, заволока имеет в этих случаях меньше недостатков, но 1) применение ее не столь уже просто; обыкновенно одной лишь иглы для заволоки (например, иглы Лангенбека) и троакара недостаточно. Лучше всего пользоваться длинным серебряным гибким зондом, разделенным на части посредством винта и снабженным отверстием, затем желобоватым зондом и ножом. Операция очень болезненная, о чем свидетельствует простодушный рассказ больного (случай 50), в котором он в шутку предал анафеме всевозможные заволоки. 2) Очень легко может случиться, что хирург не попадет в конец свищевого хода. Свищевой ход иногда бывает столь длинным и извитым, что из одного отверстия даже не удастся проследить его зондом. Если в подобном случае протянуть заволоку через главный ход, не достигая его конца, то вся эта операция ни к чему не приведет. Напротив, она может еще ухудшить состояние. После этого травматического вмешательства начнется новое воспаление соседней клетчатки и свищ распространится еще дальше. Более того, если оставить слепой конец свищевого хода длиной только 0,5 см, то, как я это уже неоднократно наблюдал, можно видеть, как этот конец или этот тупик с каждым днем все более и более увеличивается и постепенно превращается в новый свищевой ход. Я считаю обязательным для обнаружения всех изгибов длинного свищевого хода накладывать на его протяжении несколько противоотверстий с помощью желобоватого зонда, чтобы, исходя из них, проследить далее за направлением основного хода; таким образом я подчас открывал совершенно неожиданно многочисленные боковые ходы. 3) Если межмышечный свищ очень широк, то и заволока мало помогает, так как она не приходит в соприкосновение с внутренней стенкой свища. Раздражение недостаточно, и свищ не обнаруживает никакой склонности к закрытию.

Такую склонность свища можно предположить только в том случае, когда становится заметно, что заволока хоть немного ущемляется в свищевом ходе, когда она не так легко перемещается и растягивается, когда при протягивании нитки туда и обратно выступает несколько капель крови, когда, наконец, выделяющийся гной делается густым и доброкачественным; тогда можно быть уверенным, что внутренняя стенка начала гранулировать, тогда уже вскоре можно извлечь заволоку и наложить давящую повязку. Следовательно, при свежих гнойных затеках, возникших между толстыми слоями мышц, хирургу не остается ничего больше, как наложить осторожно несколько противоотверстий и лучше всего послойно (снаружи внутрь) в направлении желобоватого зонда, введенного в свищевой ход. Таким образом стремятся приподнять мышечные слои снизу вверх. Желобоватый зонд передается помощнику, а сам оператор натягивает кожу в том месте, где он прощупывает конец зонда (или где, по его расчетам, должен находиться конец зонда, так как не всегда удастся его прощупать). Он делает достаточно длинный разрез, чтобы можно было легче перевязать поврежденные артериальные ветви. Если он уже попал в свищевой ход, то исследует его сначала пальцем, а затем дальше зондом. Если он определяет слепой мешок или

боковой ход или же полость простирается дальше, то приходится накладывать второе, третье и т. д. отверстия таким же путем. При помощи зонда с ушком протягивают заволоки через свищевые ходы, накладывают умеренно давящую повязку и придают больному соответствующее положение.

Я не думаю, чтобы можно было излечить длинный и широкий межмышечный свищевой ход с помощью волосяной заволоки. Однако такое лечение имеет другое, очень важное преимущество, особенно если сочетать действие заволоки с методическим давлением: оно состоит в истончении всего мышечного слоя и всей порции мышц, лежащих между свищевым ходом и кожей, и в облитерации артериальных ветвей. Все это происходит, разумеется, путем усиленного рассасывания, вызываемого заволокой и давлением. Следовательно, в данном случае можно рассматривать заволоку как подготовку к другой радикальной операции по поводу свища, и это будет разрез. Он здесь показан не столько с той целью, чтобы обеспечить отток гноя, сколько в гораздо большей мере для того, чтобы подвергнуть всю внутреннюю поверхность свища благодетельному воздействию наружного воздуха. В самом деле, нет лучшего средства, способствующего гранулированию и, следовательно, заживлению, чем воздух. Его можно рассматривать как неперемное условие для образования мясных сосочков. Таким путем мне удалось в случае 50 довести свищ, глубина которого равнялась ширине ладони, постепенно до ширины трех поперечных пальцев. После разреза во всю толщу забила, правда, кровь из нескольких артерий, но они отошли назад, что, по-видимому, обыкновенно имеет место, и вторичное кровотечение наступает лишь редко.

К рассказу о свищах и холодных абсцессах мне хочется добавить еще одно замечание. Иногда вскрываешь кожный свищ длиной 12–15 см и удивляешься, что не видно ни капли крови. Кожа кажется настолько перерожденной, как будто все отверстия сосудов совершенно запустели благодаря пластическим отложениям. Однако отнюдь не следует полагаться на подобное, казалось бы, столь невероятное, представление; дело в том, что кровотечение возникает иногда через полчаса, причем в такой сильной степени, что гектический больной может впасть от этого в состояние полного истощения. Подобных случаев я видел достаточно много. У одного ампутированного старика, у которого омертвела большая часть бедренной кости и в культе образовались множественные свищевые ходы, я рассек один из этих кожных свищевых ходов; приблизительно через полчаса началось значительное артериальное кровотечение, так что больной в несколько минут впал в тяжелое обморочное состояние. Лишь с большим трудом мне удалось перевязать отошедший в глубину сосуд.

Случай 48. Холодный абсцесс на голове. Глубокий свищ в затылочной области. Лечение разрезом и заволокой. Выздоровление.

Вильгельм Лут, 42 лет, довольно крепкой конституции и скорее здорового, чем дискразического вида, принят в хирургическое отделение клиники 2 октября 1836 г.

Status praesens. В двух местах позади левого уха, тотчас книзу и кзади от сосцевидного отростка, т. е. в области, не покрытой волосами, видна уплотненная, округлая, величиной с горошину, красная, пропитанная гнилостной



жидкостью, грибовидная масса, под которой кожа воронкообразно втянута. Через это углубление зонд попадает под выростом, расположенным за сосцевидным отростком височной кости, в свищевой ход длиной примерно 7 см, уходящий назад и вниз к затылку. Однако кость оказывается необнаженной. Внешне кожа этой области немного распухла, и при надавливании на нее, особенно в самом отлогом месте, через верхнее отверстие выступает гноевидная жидкость. Второе грибовидное разрастание у нижнего конца сосцевидного отростка, по-видимому, закрывает только небольшое свищевое отверстие, так как под ним обычный тонкий зонд не проникает ни в какой канал. Далее, в теменной области, в том месте, где на черепе сходятся стреловидный шов с ламбдовидным, имеется небольшая припухлость в диаметре около 5 см, в середине которой находится округлое отверстие; из него при надавливании на припухлость также выделяется гноевидная жидкость, которая в различных местах кожи головы между корнями волос образует белые струповидные массы. В припухлости не обнаруживается отчетливого зыбления, на ощупь она скорее содержит рыхлую губчатую ткань. На границе этого выпячивания при исследовании получается такое ощущение, как будто прощупывается свободный костный край. Однако этому ощущению соответствует не щель в кости, а последствия пластических выпотов под надкостницей; в этом можно было убедиться, если при исследовании провести палец под сухожильный шлем, предварительно расширив ранее существовавшее отверстие. С помощью зонда нельзя, исходя отсюда, обнаружить никакой связи с упомянутым свищевым ходом. Общее состояние больного не нарушено; аппетит хороший, действие кишечника регулярное; все же пульс кажется немного учащенным (80 ударов).

А н а м н е з. Настоящее местное заболевание возникло месяц назад, а 9 месяцев назад больной страдал воспалением среднего уха. Сначала появилось свищевое отверстие у нижнего конца сосцевидного отростка, затем припухлость на голове и наконец свищ позади сосцевидного отростка.

2 октября свищевой ход позади уха был рассечен на желобоватом зонде почтовым ножом, а припухлость на темени была вскрыта двумя разрезами. Ни череп, ни его надкостница не были поражены, только полость этой припухлости, содержавшая густой гной, сообщалась с самой отлогой частью свищевого хода. Все разрезы основательно освобождены от гноя, начисто вымыты и выполнены корпией, пропитанной маслом. Все это место на несколько дней покрыто размягчающей припаркой. В первые дни продолжалось еще довольно обильное выделение гноя; затем поверхности разрезов начали нагнаиваться, между тем как окружающие затвердения исчезли. Поэтому с 7 октября припарка отменяется и повязка делается с *Ung. praecip. rubr.*, а с 12 октября – с *Ung. basilicon.* Грануляции стали улучшаться, и кожные края начали рубцеваться; для ускорения этого процесса рана прижигалась ляписом. 3 ноября, в день выписки больного, обе раны почти полностью закрылись.

Случай 49. Паразитарная склонность к образованию свищей. Лечение разрезами. Выздоровление. Тугоподвижность конечности.

Мари Маттисен, прислуга из Дерпта, 20 лет, небольшого роста, но крепкого телосложения, флегматического темперамента, имеет менструации уже в течение 6 лет. 16 февраля 1836 г. у нее началась боль в правом колене, усиливавшаяся при

движении. Через несколько часов после этого начался озноб, продолжавшийся в свою очередь несколько часов и сопровождавшийся жаром и потом. Эти явления еще продолжались, когда больная 18 февраля была принята в терапевтическое отделение здешней клиники. Дело в том, что больная находилась в семье, в которой свирепствовал тиф, и поэтому имелись все основания заподозрить такое же заболевание и у нее. В связи с этим лечение в первые дни являлось скорее выжидательным.

Боль в коленном суставе с момента появления все время резко усиливалась и теперь затрудняла всякое движение в этом суставе. Сустав был горячий на ощупь и умеренно распухший; эта припухлость распространялась сантиметра на 2,5 за пределами сустава. Малейшее давление резко усиливало боль, особенно на наружной стороне, до границы подколенной впадины. Днем боль немного утихала. Лихорадка была высокая, воспалительная, с гастрическим расстройством, болями в голове и в спине. Больная получала легкий настой ипекакуаны, а на болезненные места в колене были поставлены пиявки: 19 февраля – 15 пиявок, 20 и 21 февраля – по 10 пиявок. Ввиду бессонницы больная получала ежедневно на ночь порошок из опия и каломеля *aa 0,06*.

Между тем жар разрешился потом и мочевыми кризами. Одновременно несколько раз был жидкий стул. Однако боли в колене облегчались после пиявок лишь на короткое время и, напротив, распространялись как на коленный сустав, так и до половины бедра, которое также распухло. Боли ощущались преимущественно в глубине; они были рвущими и приступообразными.

25 февраля на наружной поверхности бедра на 3 поперечных пальца выше коленного сустава можно было уже отметить глубокое зыбление. На это место положена припарка. На другой день в этом месте произведен разрез, из которого выделилось большое количество ихорозного гноя и хлопьев омертвевшей клетчатки. Этот обильный раневой секрет продолжал отделяться и в последующие дни; для облегчения его отхождения, начиная с 29 февраля, выше и ниже разреза накладывались экспульсивные повязки. При этом лихорадка почти полностью прекратилась и аппетит начал восстанавливаться. Хотя припухлость коленного сустава и прилегающих частей несколько уменьшилась, все же малейшая попытка произвести движение в суставе вызывала сильнейшие боли. В области надколенника по временам возникали пульсирующие боли.

При более тщательном обследовании полости гнойника 6 марта не было еще заметно даже начала заживления; напротив, в подколенной ямке был обнаружен гнойный мешок, вследствие чего здесь было наложено противоотверстие. 7 марта из этого отверстия можно было продвинуться зондом на 15 см вверх под кожей бедра; поэтому 10 марта на этот свищевой ход были наложены два противоотверстия и были протянуты несколько хлопчатобумажных нитей. Однако уже на следующий день места, где были сделаны свежие разрезы, покрылись грязными грануляциями и из них выделился сероватый водянистый ихорозный гной. Поэтому 12 марта больная получила отвар хины для укрепления сил и 15 марта переведена в хирургическое отделение.

Здесь 19 марта оба кожных моста между противоотверстиями на бедре были рассечены, так что весь свищевой ход длиной 25 см оказался вскрытым. Он был



заполнен корпией, пропитанной маслом, и покрыт сверху большой припаркой. Благодаря питательной диете больная опять поправилась, что позволило отметить отвар хины.

25 марта уже по всему раневому желобу имелись разрастающиеся грануляции, края его широко зияли. Поэтому вся рана была покрыта плюмассо и дигестивной мазью и по всей длине стянута полосками липкого пластыря, а по обоим сторонам еще положены градуированные лонгеты и на всю ногу наложена экспульсивная повязка. Эта повязка ежедневно сменялась. Выделения из раны были незначительные.

27 марта на нижнем конце раневого желоба был замечен слепой ход, направленный к наружной поверхности голени, он немедленно был вскрыт на протяжении 7,5 см; в нем содержалось много густого ихорозного гноя. Повязка менялась ежедневно, а рана либо посыпалась сухим преципитатом и сверху покрывалась красной преципитатной мазью, либо перевязывалась с *Ung. basilic. 30,0 с T-ra Myrrh. 3,75*, либо, наконец, заполнялась сухой корпией. Давящая повязка все время сохранялась. Из глубины раны стали развиваться свежие красные мясные сосочки. Однако из припухлости колена и из подколенной ямки еще ежедневно при давлении выделялся гной, так что 7 апреля снова пришлось вскрыть свищевой ход, простиравшийся в подколенную впадину.

11 апреля были вскрыты два свищевых хода, шедших поперек в области надколенника. Так как при этом кожный лоскут, лежавший между обоими свищевыми ходами, оказался покрытым с внутренней стороны сально-хрящевым слоем, то для ускорения заживления ран весь этот кожный лоскут шириной в два поперечных пальца и длиной 7,5 см был иссечен. После всех этих вмешательств больная очень ослабела и пребывала в непрерывном страхе перед ножом. В общем же она перестала лихорадить, и все функции были нормальны. С этих пор раневые выделения хоть и уменьшились в количестве, но были очень водянисты, а края раны гранулировали; дно раны было безжизненно, а наружный кожный лоскут очень вял.

С целью активирования местного процесса и особенно с целью вызвать рассасывание столь толстого подкожного жирового слоя, чрезвычайно задерживавшего процесс гранулирования, с 13 апреля начал проводиться своего рода ограничительный режим: больная была посажена на $\frac{1}{4}$ своего рациона и каждое утро получала 15 г глауберовой соли, которая каждый раз отменялась на один день, если начиналось слишком сильное ее действие. С 16 апреля больная стала принимать каждые 1–2 дня ванну с солью. При таком лечении подкожный жировой слой становился тоньше, рана начала заполняться из глубины, и края кожи начали срастаться в углах раны. Так как передняя часть стопы стала упорно искривляться кнутри, то с 30 апреля к повязке была приложена длинная шина на всю голень; шина выдавалась над подошвой и удерживалась на некотором расстоянии от нее посредством толстых компрессоров. На колене кожные края также стали прилегать друг к другу, и именно после смазываний их ляписом. Однако, чтобы не допустить на выпуклой стороне колена натяжения за счет плотной рубцовой ткани, колено постепенно переводилось в сгибательное положение с помощью градуированных компрессоров, помещенных в подколенную

впадину и время от времени усиливаемых; затем конечность была уложена на наклонной плоскости Джемса Уайта.

26 мая рана на колене имела еще в ширину 4 см, а рана на наружной поверхности бедра – 2 см. Так как рана на бедре уже совершенно заполнилась, то отныне она стягивалась полосками липкого пластыря. Теперь, наконец, процесс заживления длинной раны кожи стал быстро продвигаться вперед, так что 28 июня рана почти полностью уже закрылась. Однако в этом процессе отмечались также задержки и даже ухудшения. Гранулирующая поверхность принимала тогда явно дискразический, скорбутный вид, а отдельные места, уже покрывшиеся было кожей, снова обнажались. Поэтому больная с 14 июля по 10 августа проделала курс лечения цитманновым декоктом (в количестве 10 фунтов)¹, в то время как раневая поверхность смазывалась раствором ляписа (из 0,5 на 30,0 воды) и покрывалась *Ung. saturnin. c. zinco*, а края раны прижигались сухим ляписом. Грануляции при этом снова приобрели лучшую окраску, и рубцевание распространялось теперь и на колено.

28 июля продольная рана закрылась полностью, а от раны на колене остались только две небольшие заживающие поверхности, которые, наконец, целиком закрылись 2 сентября. Рубцы образовали глубокие борозды между выступающими краями мягких тканей, а коленный сустав только чуть сгибался, и при попытках ходьбы вся конечность становилась сильно отеочной. Больной был назначен камфорный спирт для обмывания ноги и смесь из равных частей беленного и оливкового масла для втирания в рубцы с целью их размягчения. При этом ей было рекомендовано проделывать осторожные и методические упражнения в ходьбе, которая поначалу была возможна только с помощью костылей.

Случай 50 (сообщенный самим больным). Обширные свищевые ходы на задней поверхности бедра после огнестрельного ранения. Заволоки. Разрезы. Выздоровление.

«7 сентября 1836 г. я получил огнестрельное ранение правой ноги. Ощущение при этом можно было сравнить с сильным электрическим ударом, причем все мышцы одновременно непроизвольно сократились и сознание на какое-то мгновение пострадало. Однако это ранение мне не помешало пройти пешком еще более двух верст. При исследовании раны обнаружено, что пуля образовала короткий ход до большого вертела, но, отклонившись отсюда, проложила себе другой путь на внутреннюю сторону бедра. Так как этот ход был тоже короткий, около 5 см, а исследование пальцем не обнаружило никаких следов как самой пули, так и другого отклонения ее, и даже тщательное ощупывание всей окружающей области не обнаружило нигде ни малейшей чувствительности, то это могло свидетельствовать, пожалуй, только об отсутствии пули. Предпринято антифлогистическое лечение. В течение пяти дней производились ледяные обертывания; на шестой день, наконец, наложены припарки. Воспаление при этом было в общем незначительное, и боли были ничтожные, а временами почти полностью отсутствовали.

¹ Т. е. 3600 г.



16 сентября место ранения осмотрел надворный советник профессор д-р Пирогов. Он нашел, что нагноение зашло уже довольно далеко, и объявил, что следует вскрыть канал. Это и было выполнено на следующий день крестообразным разрезом, причем была удалена и пуля, лежавшая на 3 поперечных пальца кнаружи и книзу от большого вертела. При этой операции был обнаружен также довольно значительный затек гноя книзу.

19 сентября были замечены два свищевых хода: один в направлении складки, отделяющей ягодицу от бедра, к двуглавой мышце, здесь наложено противоотверстие *a*; другой ход – в направлении грушевидной мышцы, на ширину 4 поперечных пальцев от большого вертела, где наложено противоотверстие *b* и протянута заволока. Ввиду особого положения таза всегда отмечалась склонность гноя затекать в сторону крестцовой кости, так что 24 сентября пришлось наложить третье противоотверстие (с над *b*) по поводу третьего свищевого хода (параллельно ходу *b*). Все эти три свищевых хода соединялись друг с другом в крестообразном разрезе на большом вертеле; так как все они перекрещивались в стороне от вертела, то, видимо, это обстоятельство и явилось впоследствии причиной злополучной полости в данном месте. В это время происходило сильное и профузное нагноение. Все ходы промывались настоем аира и душистых трав.

Так как господин надворный советник Пирогов считал необходимым двукратную смену повязки в день и постоянное пребывание на свежем воздухе, то 26 сентября я переехал в клинику. Общее состояние сил, пожалуй, немного пострадало. В клинике мое состояние заметно улучшилось. Нагноение уменьшалось; рана промывалась хлорной водой, заволоки посыпались красным преципитатом. Нагноение вскоре стало настолько хорошим и незначительным, что после уменьшения заволок до трех нитей на двенадцатый день, наконец, была удалена наименьшая из них (заволока *c*) и можно было перейти к лечению этого хода давлением. В несколько дней были извлечены и две другие заволоки (сперва *b*, а затем и *a*), так что можно было ограничиться одной крепкой давящей повязкой. Так как из ходов даже при самом сильном давлении больше не показывалось никакого гноя, то я мог оставить клинику 18 октября; оставалось только амбулаторно долечивать рану после разреза.

Так с каждым днем приближался я к полному выздоровлению. Крестообразный разрез, который раньше принял форму очень большой дыры, снова приобрел свою крестовидную форму и зажил настолько, что в нескольких местах должна была образоваться кожа. Отверстие *b* полностью зарубцевалось, а отверстия *a* и *c* уменьшились и покрылись корочками. Только отверстие *a* отличалось необычайной чувствительностью, так что мой лечащий врач проверил рану зондом и наткнулся на небольшой ход, длиной 2,5 см. На другой день, однако, при дальнейшем зондировании был обнаружен ход глубиной 6 см в направлении прежнего хода; этот ход врач собирался вскрыть. Но так как предстояло разрезать довольно толстую стенку и еще возможно было лечение другого рода, то я, конечно, был против разреза. Поэтому были применены впрыскивания растворов ляписа и очень сильное давление; это лечение, по-видимому, было столь успешным, что через 4 дня при повторном зондировании совсем нельзя было найти никакого хода.



Давящая повязка отменена. После беспокойной ночи с 4 на 5 ноября я проснулся в сильном жару, с полным отсутствием аппетита, в состоянии оцепенения и т. д. Это я объяснял себе простудой, так как я часто ради свежего воздуха оставлял дверь открытой. Вечером жар прекратился, и на другое утро я опять чувствовал себя хорошо. Только от повязки странным образом опять запахло старым гноем, чему я не находил объяснения. Однако при более тщательном осмотре я увидел, что повязка сильно промокла; вскоре при этом выяснилось, что в конце наружного, бокового колена крестообразного разреза образовалось небольшое отверстие, которое возникло, пожалуй, от того, что несколько полосок липкого пластыря были особенно сильно натянуты непосредственно над большим вертелом и ночью я особенно сильно двигался. Зонд обнаружил ход между обоими старыми отверстиями *b* и *c* в сторону крестцовой кости, длиною с палец, и при сильном нагнетании раствора вытекала очень тонкая струйка из старого отверстия *c*. Зондом нельзя было найти непосредственное соединение обоих отверстий. Только после введения двух зондов в оба отверстия было обнаружено это соединение ходов почти под прямым углом.

Господин надворный советник Пирогов, приглашенный на консультацию, проделал контрапертуру *d* в конце хода, который был длиннее пальца, так что теперь удалось протянуть заволоку из отверстия в крестовидном разрезе в противоотверстие *d*. Однако в ходе вещей существенных изменений не произошло. Впрыскивания азотнокислого серебра повторялись почти ежедневно. Заволоки смазывались красной преципитатной мазью. Я даже проводил систематические двигательные упражнения, но нагноение ничуть не улучшалось и все время оставалось кровянистым. Сужения ходов совсем не было видно; напротив, произошло расширение хода *c*, ибо из его отверстия жидкость вытекала после впрыскивания все более сильной струей, так что, наконец, стало возможно провести с помощью сильно изогнутого зонда вторую заволоку со стороны отверстия в крестовидном разрезе в противоотверстие *c*. Наконец, даже из хода *d* образовался другой боковой ход в сторону седалищного бугра, через который я не позволил больше протягивать заволоку, так как уже начал догадываться о бесполезности всех этих заволок. Далее, сбоку от большого вертела, в направлении к крестцовой кости, на перекрестке всех трех ходов обнаружилось более сильное, чем обычно, углубление, которое после впрыскивания отчетливо выравнивалось. Врач признал необходимым вскрыть все свищевые ходы, ради чего был приглашен господин надворный советник Пирогов.

5 декабря ход, который вел из отверстия в крестообразном рубце в сторону *c*, был вскрыт. Так как в то же время обнаружилось непосредственное соединение между *c* и *d*, был сделан соединяющий их разрез, затем был сделан поперечный разрез из *c* в сторону седалищного бугра. Из середины образовавшегося крестовидного разреза свободно шел свищевой ход длиной 15 см в направлении бокового края наружной широкой мышцы к колену, где было проделано противоотверстие и проведена заволока. Далее имелся ход, короче одного дюйма, сбоку от большого вертела и позади этой кости, с которым, я думаю, в данный момент нечего было делать. Наконец, в дополнение ко всему образовался еще один свищевой ход из общей полости до середины крестцовой кости, огибавший заднее отверстие



d\ это произошло несмотря на то, что позади отверстий *c* и *d* по ходу крестцовой кости был наложен очень толстый компресс. Здесь, следовательно, тоже было наложено противоотверстие и протянута заволока. Старое отверстие *a* на задней поверхности бедра не обнаруживало никакого хода сообщения как при зондировании, так и при пользовании шприцем. Ходы не достигали кости, хотя раны были довольно глубокие. Кровотечение также в общем было незначительное.

Вся эта операция вместе с наложением повязки продолжалась два часа. Рана была таких размеров, что можно было свободно всунуть в нее кулак, и я устал так, как это, пожалуй, бывает после очень сильного бега или после многочасовой колки дров. Это была настоящая усталость, а не какое-либо чувство слабости или надвигающегося обморока.

По собственному желанию 7 декабря я опять вернулся в клинику. Вместо заволок в оба хода были введены несколько крепких нитей, натертых воском и связанных между собой, вероятно, с той целью, чтобы впоследствии облегчить путь ножу. На длинном свищевом ходе, направленном в сторону коленного сустава, операция производилась в течение нескольких дней, так что можно было свободно провести турунду толщиной с большой палец. У меня был значительный упадок сил, а жар продолжался, пожалуй, в течение 2 недель. В это время у меня наступило какое-то оцепенение, которое иногда только прерывалось на мгновение состоянием возбуждения. Приготовленный холодным путем хинный экстракт, смешанный с фосфорной кислотой и ароматической тинктурой, опять поднял мои силы, в то время как риверо-питье умерило мой жар, а когда последний был устранен, установилось очень хорошее пищеварение и сон. Во время случайного впрыскивания в старое отверстие *a* была, наконец, обнаружена его связь с большой полостью и эластический зонд нащупал место соединения последней с длинным свищевым ходом, направленным в сторону коленного сустава, так что можно было провести заволоку почти под прямым углом через длинный свищевой ход.

Через 2 недели, а именно 19 декабря, когда лихорадка прекратилась, весь длинный свищевой ход был вскрыт господином надворным советником Пироговым одним сечением длинного погтова ножа, специально изготовленного для этого случая по его указаниям. Согласно более позднему измерению, предпринятому еще через две недели, когда рана уже резко уменьшилась в своих размерах, глубина ее все еще составляла 8,5 см. Небольшой ход, сбоку и кзади от большого вертела, уже успел самостоятельно закрыться под влиянием раздражающих впрыскиваний. Так как грануляции в свищевом ходе, направленном в сторону крестцовой кости, не уступали лечению, то 10 января 1837 г. этот ход также был вскрыт, так что теперь обе раны сливались воедино под прямым углом, ниже большого вертела, и каждое колено этой раны имело теперь в длину 15 см.

Хина была отменена. Чтобы положить конец заболеванию, господин надворный советник Пирогов рассек 4 февраля, когда рана, направленная к крестцу, стала более отлогой, еще оставшийся ход, который шел снизу вверх (если представить себе больного лежащим) и впадал почти в место соединения обоих других ходов. Раны, принимавшие каждый раз через несколько дней после разреза очень



хороший вид, отныне стали заметно улучшаться быстрыми шагами, так что 20 февраля я мог оставить клинику.

Нынче, 6 апреля, заживление продвинулось настолько, что вся рана, направленная в сторону крестцовой кости, целиком зарубцевалась, а рана, исходившая из ягодичной складки, зажила почти полностью; только в нескольких местах еще должна образоваться надкожица. Здесь останется постоянная искусственная борозда, причем весьма глубокая. Большая рана, направленная в сторону колена, зарубцевалась с обоих концов, а по обеим сторонам раны кожные края глубоко втянулись. Однако здесь еще остаются небольшие гранулирующие участки. Я достиг теперь такого состояния, что после того, как в марте лишь с трудом передвигался на костылях, я сейчас совершенно от них избавился и свободно хожу, только слегка опираясь на палку.

Я должен еще заметить, что, несмотря на длительную болезнь, на часто повторявшиеся утомительные нервные возбуждения, вызванные перевязками и разрезами, несмотря на длительное нагноение, пищеварение – этот источник питания – оставалось в прекрасном состоянии, равно как и сон; этому обстоятельству я, пожалуй, обязан тем, что весь организм не был вовлечен в более тяжелое страдание.

Наконец, у меня имеется достаточно оснований, чтобы высказаться еще по одному поводу: я хочу выразить свою неугасимую ненависть ко всяким заволокам, которые применяются при свищевых ходах и могут только вызвать гибель человека. Правда, я не медик, а профан. Я один только раз заглянул в медицинскую книгу и больше к ней не возвращался, однако никто не посмеет отказать мне в чувстве, т. е. в чувствительности к боли. Полностью убежденный в бесполезности заволоч, я бы их совсем искоренил. Чего можно добиться с их помощью косвенным путем, действуя на а в о с ь, того можно добиться простым разрезом прямым. Если хочешь надежного излечения, если хочешь быстрого излечения, если хочешь безболезненного излечения, все это обеспечивает разрез. Что очевидно для глаза, то очевидно и для понимания. Лечение с помощью заволоч зиждется только на вероятности и, следовательно, может предприниматься только в порядке опыта. Что касается сравнительно более быстрого выздоровления, то совершенно ясно, что проходит меньше времени, если расходовать его только на зализывание раны после разреза, чем в том случае, когда еще до этого бесплодно возятся в погоне за грануляциями в свищевом входе.

Относительно более безболезненного лечения я выскажу мнение, которое звучит, пожалуй, наиболее парадоксально, – я заявляю, что лечение разрезом действительно является более безболезненным. Уже не говоря о том, что постоянное протягивание заволочи туда и обратно само по себе очень болезненно, чистая рана, уже существующая, напротив, – совершенно безболезненная, так как ее даже не приходится прижигать. Таким образом, разрез, который приходится производить почти при каждом свищевом ходе с целью наложения противоотверстия, значительно более чувствителен, – это мне известно по собственному опыту, – чем расщепление большого свищевого хода, так как в первом случае нож сначала разрезает чувствительную кожу, и, чтобы проникнуть глубже, следует произвести второй разрез. Разрезы, едва достигающие в длину 2,5 см,



нанесенные этим способом, дают такое ощущение, будто разорвались ткани на протяжении по крайней мере 30 см, между тем как расщепление свищевого хода снизу вверх, даже при длине его в 15 см, легко переносится при некоторой выдержке.

Какая помощь была в моем случае от всех этих красных преципитатов, от всех этих впрыскиваний растворов ляписа и *Hydrargyrum nitricum oxydatum*? По- мог разрез!»

Случай 51. Легочный свищ. Лечение расширением, раздражающими впрыскиваниями и пересадкой.

Антон Максимов, русский рабочий, принят в клинику 13 августа 1836 г. Шесть месяцев назад он перенес, если судить по его описанию, плевропневмонию, после чего на левой стороне груди образовалась воспалительная припухлость, которая вскрылась и временами выделяла большое количество гноя. От этого больной чувствовал большое облегчение, так как до того он очень страдал от своеобразного чувства полноты и тяжести в левой половине груди. Отверстие находилось на ширину ладони ниже левого соска. Выделявшийся гной был очень зловонный, густой, беловато-серый и вытекал больше при кашле и при глубоком давлении в левом подреберье, направленном снизу вверх. Зонд проникал до места соединения шестого ребра с его хрящом.

Временами у больного устанавливается на 2–6 дней сильный кашель с отхаркиванием такой же жидкости, какая вытекает из свища, причем последний на это время остается довольно сухим. Когда же кашель затихает, то выделение из свищевого хода тотчас возобновляется в увеличенном количестве. Свищевой ход явственно сообщался с бронхами, так как временами воздух входил и выходил через свищевой ход с особым шумом и в гное образовывались пузырьки. ПеркуSSIONный звук в середине левой половины груди вокруг свищевого отверстия был ясный и тимпанический, а ниже – тупой. В этом месте с помощью стетоскопа дыхательный шум не выслушивался, между тем как в верхней половине левой стороны грудной клетки выслушивались обильные катаральные хрипы. В правой половине грудной клетки – никаких отклонений от нормы. При измерении обеих половин грудной клетки размеры левой половины оказались на несколько линий больше.

Вид больного при поступлении в клинику не был изнуренный; аппетит у него был хороший; язык слегка обложен. Только в процессе лечения больной постепенно истощался, бледнел, худел, сильно потел, особенно по ночам, временами страдал поносами и напоследок настолько обессилел, что мог ходить только с большим напряжением сил. В дальнейшем ноги стали отекавать. Аппетит все же долгое время сохранялся. При этом больной принимал внутрь хину, мох, колумбо и салеп, против сильных приступов кашля – эмульсии с большими дозами *Extr. Hyosc.* (1,875 на 180,0 в течение суток), а против поноса – опий внутрь и в клизме. Против местного заболевания в течение 9 месяцев были испытаны всевозможные средства, но безуспешно.

Сначала свищевое отверстие было немного расширено и производились впрыскивания, чтобы сохранить проходимость канала. Затем он был расширен прессованной губкой и для впрыскивания, с целью раздражения и перестройки



стенки свищевого хода, применялось: *Rp. Lapid. infern. 0,36, T-rae Myrrhae 11,25, Aq. destill. 180,0*. Дозы ляписа и настойки мирры впоследствии все увеличивались до 1,25 г ляписа и 30 г настойки мирры. Для обеспечения оттока гноя в свищевой ход вводилась вначале эластическая, а впоследствии особая свинцовая трубочка с просветом 4–5 мм. Впоследствии, однако, пришлось отменить впрыскивание ляписа, так как он вызывал у больного исключительно сильный кашель и неприятный вкус во рту. Поэтому для впрыскивания стал применяться обыкновенный настой ромашки.

С целью основательной перестройки всего свищевого хода он впоследствии прижигался раскаленным толстым зондом, который по своему калибру точно соответствовал диаметру свища. Однако после отторжения струпа все оставалось по-старому. На основании того факта, что выделения из свища иссыкали, когда начинался кашель с мокротой (это достигалось искусственным путем, причем выделения из свища прекращались в результате того, что в свищевой ход вводился кусок губки, прикрепленный к свинцовой пластинке), – была сделана попытка пересадить на место свищевого отверстия взятый по соседству небольшой лоскут кожи, чтобы таким образом заставить гной пойти другим путем, через легкие. Может быть, благодаря этому стенки гнойного хода перестроились. Но гной просачивался между швами, наложенными на пересаженный кожный лоскут, а самый лоскут омертвел.

Отныне мы стали ограничиваться более паллиативными мероприятиями. Свищ промывался слабым раствором ляписа (0,36 г) в настое ромашки и аира (180 г), а затем покрывался корпией с *Cerat. salurn*. В дальнейшем он еще основательно прижигался ежедневно сухим ляписом. И действительно, свищ при этом как будто постепенно закрывался, так что однажды он оказался плотно замкнутым. Однако он был замазан кусочком засохшего гноя. Вскоре после этого, 6 апреля 1837 г., больной был выписан как неизлечимый. Свищевое отверстие было очень узкое, выделения были ничтожны, но распространяли запах падали; силы больного резко упали, вид его был кахектический.

Случай 52. Свищ прямой кишки. Трудности распознавания. Операция (рассечение). Осложнение общим заболеванием. Выздоровление.

Яков Петров, крестьянин, 45 лет, крепкого телосложения, не помнит, чтобы когда-либо сильно хворал. Все же в течение последних примерно 10 лет он то и дело страдает болями в крестцовой и поясничной области и слабостью нижних конечностей, что делает его неспособным заниматься тяжелым физическим трудом. С тех пор иногда появлялись неполадки в деятельности кишечника. При этом выходили сухие каловые массы, иногда покрытые кровью.

В начале нынешнего года больной заметил в области промежности твердую припухлость, которая в течение двух недель при пульсирующих болях выросла до размеров куриного яйца, заострилась и после применения табачных листьев, жира и меда прорвалась. Вытекло изрядное количество гноя, и боли прекратились. Однако возникшее отверстие с тех пор больше не закрывалось, а осталось местом выделения жидкости гнойного характера. Неудобства, которые больной испытывал при ходьбе и сидении, заставили его искать помощи в клинике. 22 апреля 1836 г. он был принят в хирургическое отделение клиники.



При исследовании в области промежности обнаружена круглая язва диаметром около 7 мм, расположенная между корнем мошонки и задним проходом, ближе к правой ягодице, чем к левой; язва имела валикообразные края и грибовидно выпячивавшуюся середину синевато-багрового цвета. От надавливания в области этой язвы из нее выделялась желтовато-зеленая жидкость, по своей консистенции более текучая, чем гной. Посредством зонда можно было проникнуть под кожей в полость, диаметр которой превосходил наружное отверстие приблизительно в два раза. Отсюда зонд проникал в свищевой ход, который шел параллельно коже, косо пересекал срединную линию промежности и простирался от правой ягодицы вправо¹ вверх и назад в область самого заднего прохода. Под тупым углом к нему, в противоположном направлении, вдоль срединной линии промежности шел вперед и вниз другой свищевой ход, который пропускал зонд под кожей на протяжении 2 см. Палец, введенный в прямую кишку, при первых исследованиях не нащупывал зонда; однако обращала на себя внимание сильная пульсация прямокишечной артерии.

Впрыснутое теплое молоко всегда выливалось обратно из наружного отверстия. Но после повторных исследований зондом все же удалось, наконец, провести конец зонда через отверстие, находившееся в стенке прямой кишки. Таким образом, было ясно, что мы имели здесь дело с *fistula ani completa*. Отверстие в прямой кишке находилось на 1,25 см выше жома заднего прохода. Тем не менее молоко, впрыснутое в наружное свищевое отверстие, не проникало в прямую кишку. Равным образом не было видно выхождения содержимого прямой кишки из наружного свищевого отверстия. Кпереди свищевой ход можно было проследить в направлении к луковице уретры; сама же уретра оставалась неповрежденной.

Лечение. В первые три дня на промежность накладывалась размягчающая катаплазма. 27 апреля свищ прямой кишки подвергся оперативному лечению, после того как больному в результате клизмы имел обильный стул и получил 10 капель *T-rae theb*. Операция выполнена совершенно просто на желобоватом зонде посредством пуговчатого поттова ножа. Сначала, следовательно, был расщеплен свищевой ход, шедший из промежности в прямую кишку. После этого ножницами отдельно отсечен участок слизистой прямой кишки длиной 7,5–10 мм, отделившийся от наружных окружающих тканей. Равным образом вскрыт на желобоватом зонде подкожный свищевой ход, шедший в сторону луковицы мочеиспускательного канала. Все раны выполнены корпией, пропитанной маслом, и повязка закреплена Т-образным бинтом.

29 апреля наступил резкий озноб с головной болью. Пульс очень ускорен. Больному сделано кровопускание (240 г) и внутрь дано *Tart, emet. 0,06, Pot. Riv. 180,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа. На икры поставлены два горчичника.

30 апреля лихорадка немного снизилась. Рана имеет хороший вид. Больному поставлена размягчающая клизма, а на затылок везикатор.

1 мая обнаружен еще один свищевой ход, шедший из середины раны вправо и вверх, длиной 5 см. Этот ход тут же расщеплен.

¹ Здесь, по-видимому, описка: следует читать «влево».



2 мая больной уже был почти свободен от лихорадки. Он получает *Potio Riv.*

3 мая обнаружена припухлость мошонки, а 4 мая – болезненный красный участок на крайней плоти, откуда в ближайшие дни отторгся небольшой омертвевший участок. В задней половине мошонки под действием припарок образовался гнойник, который через 2 недели был вскрыт, причем выпущено было большое количество гноя. Как эта рана, так и язва на крайней плоти заживают медленно. Между тем раны после разрезов становились с каждым днем все более вялыми и сами приобрели каллезные края, так что только после повторного смазывания ляписом и применения красной преципитатной мази удалось постепенно добиться лучшего гранулирования. Одновременно больной получил небольшой курс лечения декоктом; на плечах у него сделаны две фонтанели. Только к середине июня резаные раны начали рубцеваться, и с тех пор сравнительно быстро пошло окончательное заживление. 28 июня больной оставил клинику здоровым и хорошо упитанным.

Случай 53. Образование свищей в поясничной области, вероятно, вследствие запущенного гнойника поясничной мышцы.

Андрес, эстонский крестьянин, 27 лет, поступил в клинику 18 августа 1836 г. В поясничной области слева над гребнем подвздошной кости имелось отверстие диаметром 5–7,5 см с каллезными краями и опухшей красной окружающей кожей. В последней имеется еще два меньших отверстия. Большое отверстие вело в полость, в которую свободно выступал неповрежденный край подвздошной кости, а в глубине – освобожденная от своего влагалища поясничная мышца. Зонд проникал во все стороны легко и глубоко, особенно косо вниз в сторону таза (приблизительно на 9 см). На соответствующем месте справа имелся большой рубец с двумя небольшими свищевыми ходами, из которых более глубокий уходил вглубь на 5 см. На правой ягодице имеется несколько рубцов, возникших, бесспорно, на месте закрывшихся свищевых ходов. При надавливании из всех свищевых ходов выделялся водянистый красновато-желтый ихорозный гной.

Силы больного сравнительно хорошо сохранились, все функции нормальны. 4 месяца назад у больного случился сильный озноб, после чего на 3-й день над гребнем правой подвздошной кости появилась болезненная припухлость, причем приведение бедра стало невозможно. Через 6 недель припухлость прорвалась и, к большому облегчению больного, выделилось много гноя. Однако почти в то же самое время подобная припухлость возникла и на левой стороне. 4 дня назад, когда больной пустился в двадцативерстное путешествие, и эта припухлость прорвалась, положив конец сильным болям.

20 августа все отверстия были сильно расширены и вдобавок на большом отверстии с левой стороны были срезаны рубцовые края. Открытые таким образом полости были заполнены корпией, сверху наложена защитная повязка. Последняя менялась три дня подряд, так как она очень промокала обильными гнойными выделениями. Больной жаловался на сильные боли в ранах, но в остальном чувствовал себя довольно хорошо. Однако, к сожалению, его пришлось отпустить уже 24 августа, ввиду его настоятельной мольбы, так как после расщепления свищевых ходов он стал чересчур бояться ножа.



Случай 54. Метастатический орхит в результате тифа. Исход в гнойник мошонки. Образование свищей. Разрезы. Поразительное сходство язв с фунгузом. Выздоровление.

Шульц, фармацевт, 21 года, в течение очень затянувшегося периода выздоровления после нервной горячки был поражен воспалительной опухолью мошонки. Последняя, однако, под влиянием тепловатых припарок исчезла в течение 2 дней, после чего паховые¹ железы воспалились и перешли в нагноение. Через 2 недели в течение одной ночи возникла болезненная красная припухлость на правом яичке, по поводу чего больной тут же был принят в хирургическую клинику 7 декабря 1836 г.

Силы больного были еще в большом упадке, и вид его был крайне жалкий. Опухоль яичка была твердая, красная и болезненная, так что нельзя было отчетливо различить мошонку, яичко и придаток. Вся опухоль по меньшей мере в два раза превосходила размеры здорового яичка. Два года назад у больного в течение 8 месяцев непрерывно наблюдались остаточные явления после триппера, протекавшего, однако, без всякого поражения яичек.

С 7 до 19 декабря на половые органы накладывались тепловатые припарки, после чего твердость и значительная болезненность совершенно исчезли и опухоль несколько уменьшилась. 12 декабря наступило очень сильное носовое кровотечение (подобное кровотечение приключилось в день кризиса нервной горячки), которое было остановлено с помощью инструмента Беллока.

С 19 декабря больному было назначено с целью сдавления распухшего яичка наложение липкопластырных полосок, пока 25 декабря больной не стал жаловаться на стреляющие боли в яичке и семенном канатике. Опухоль яичка на его задней поверхности была твердая и бугристая, а в середине более мягкая и флюктуирующая. Здесь и была произведена онкотомия, после которой вытекло немного кровянистого гноя и выпятилась белая, хлопьевидная, омертвевшая подкожная клетчатка. После этого разреза, как равно и после второго, предпринятого 28 декабря с целью вскрытия небольшого слепого мешка, в течение ближайших двух часов постепенно развилось очень сильное вторичное кровотечение, которое с большим трудом поддавалось остановке посредством тампонады с *Agaricus* и *Pulv. styptic.*

Больной имел чрезвычайно кахектический вид, был очень слаб, без аппетита, весьма плохо спал, пульс был возбужденный и несколько ускоренный. Он получал декокт хины с *T-ra aromatico-acida*, а на рану очень дурного вида накладывались попеременно повязки с *Ung. basilicon.* и *Ung. praecipit rubr.* и катаплазмы, вместо которых с 30 декабря опять стали применяться стягивающие полоски липкого пластыря. Однако поверхности разреза все время были покрыты грибовидными разрастаниями грязного цвета, которые легко и часто кровоточили. Это фунговое перерождение, казалось, исходило больше из глубины, так что теперь весь внешний вид как местного поражения, так и самого больного, скорее напоминали злокачественный грибок яичка, чем простое нагноение в мошонке. В середине раны была обнажена влажная оболочка яичка, которая

¹ В оригинале – описка: Achseldriisen – подкрыльцовые железы.



выпячивалась на несколько линий наружу. После того как был вскрыт небольшой флюктуирующий участок паренхимы мошонки, наполненный гноем, оказалось, что и влагалищная оболочка яичка разрезана в одном месте и в ране виднелось обнаженное яичко, которое на вид было совсем здоровым и притянутым к паховому кольцу. Клетчатая паренхима мошонки была чрезвычайно утолщена. С этих пор началось применение ароматических припарок.

После того как 10, 11, 13 января 1837 г. были вскрыты отдельные слепые мешки или участки с ложной флюктуацией, причем все обошлось без сильного кровотечения, стреляющие боли в опухоли совершенно прекратились. Сама опухоль начала таять, и под влиянием красной преципитатной мази, наконец, в ране начали развиваться грануляции, после чего началось рубцевание, которое ускорялось благодаря смазываниям ляписом, так что в середине февраля больной мог быть отпущен. Рана зажила совсем, яичко было еще немного увеличено, но нигде не бугристо.

Замечания

К случаю 49. Эта больная показывает пример необычайной склонности к образованию свищей, причем мы не могли убедительно объяснить эту склонность ни местными осложнениями, ни общим заболеванием. Эта женщина, безусловно, была свободна от всяких дискразий, и даже после многомесячного страдания ее вид был скорее цветущий, чем кахектический. Развитию гнойника, очевидно, предшествовали ревматические боли в коленном суставе и во всей конечности. Реакция всего организма также носила ревматическо-гастрический характер, может быть – с некоторой склонностью к нервному состоянию. Но все это довольно быстро прекратилось, и больная перестала жаловаться на какие бы то ни было ревматические или артритические явления. Тем не менее вскрытый гнойник обнаруживал ничтожную склонность к заживлению. Свищевые ходы распространялись все больше в слое подкожной клетчатки вплоть до коленного сустава, несмотря на то что каждый свищ тотчас же расщеплялся при первом же его возникновении. Но даже после того как образование свищей прекратилось, язва гранулировала чрезвычайно медленно; рубец был каллезный и несколько раз вскрывался.

Может быть, здесь было наиболее правдоподобным искать причину этого патологического процесса в самой его локализации. Слой подкожной клетчатки был очень богат жировой тканью, и все тело вообще обнаруживало повышенную упитанность. Между тем известно, что жировая ткань оказывает существенное влияние как на возникновение свищей, так и на их заживление. Достаточно только вспомнить при этом о свищах в седалищно-прямокишечном пространстве. Следовательно, с целью воспрепятствовать образованию жира, вызвать рассасывание жировой ткани в окружности свищевых ходов и предотвратить дальнейшее распространение последних путем развития нагноения я применил здесь ограничительный режим питания в сочетании с методическим употреблением слабительных средств.

Не знаю, должен ли я приписать остановку в процессе образования свищей этому ограничительному режиму или иссечению куска жирно-перерожденной



кожи. Что касается этого иссечения, то оно, собственно говоря, было противопоказано, причем противопоказаниями служили особенности данной области, а именно: я удалил поперечно расположенный кусок кожи на выпуклости коленного сустава. Рубец, который я пытался впоследствии растянуть постепенным сгибанием коленного сустава на наклонной плоскости, естественно, должен был препятствовать движениям в суставе, но как я должен был поступить иначе? Я не видел конца возникновению свищей. Салоподобный кусок кожи лежал наподобие острова между двумя поперечными разрезами; он был почти полностью отделен от сухожильных образований. Мог ли я рассчитывать здесь на его приживление? Я видел, что больная теряет волю к выздоровлению; она потеряла терпение к ежедневным разрезам, поэтому я предпочел ради ускорения лечения удаление этого куска кожи.

Впоследствии, при рассматривании рубца длиной 30 см, нельзя было даже составить себе представление о степени распространения свищей. Я должен, кроме того, заметить, что после выписки больная еще в течение нескольких месяцев страдала отеком всей конечности, что, очевидно, следует приписать стягиванию кожи рубцовой тканью.

К случаю 50. Причину образования свищей в этом случае нетрудно распознать. Инородное тело, пуля, которая оставалась в огнестрельном канале в течение нескольких дней, служила источником раздражения, достаточного для того, чтобы привести соседнюю клетчатку в воспалительное состояние и обусловить гнойную инфильтрацию. Очагом воспаления и нагноения здесь был только огнестрельный канал, все остальные свищевые ходы были, очевидно, только следствием затека гноя. В пользу этого говорят и некоторая болезненность, и отсутствие воспалительного напряжения. Область, состоящая из толстых мышечных слоев, связанных между собой рыхлой клетчаткой, исключительно благоприятствовала инфильтрации гноя.

Всякий, кто прочтет историю болезни, имеет полное право меня спросить, почему я оставил пулю так надолго в ране. На это отвечаю просто: потому, что я ее не нашел ни с помощью зонда, ни с помощью пальцев. Но упрямо настаивать на этом и перерезать слои ягодичных мышц означало бы следовать дурному примеру одного французского хирурга, который ради нахождения пули перерезал большую грудную мышцу и этим самым парализовал всю верхнюю конечность.

В нашем лечении была совершена только одна ошибка, в которой я хочу чистосердечно признаться: недостаточно рано был обеспечен отток гноя. Причина этого, очевидно, состояла в том, что в течение двух дней я не мог навестить больного и доверился докладу одного практиканта, который был обманут полным отсутствием воспалительных явлений и даже думал, что здесь удастся достигнуть первичного натяжения. Однако при моем посещении одно только давление на область раны показало мне вместо первичного натяжения гнойную полость, которая содержала по меньшей мере от 250 до 300 г гноя.

Больной прав, когда он так враждебно выражается по адресу заволок. Они ему мало помогли или, что еще хуже, обманули его надежды кажущимся успехом, что вызвало удлинение всего срока лечения. Причины того, что заволоки принесли в данном случае столь ничтожную пользу, вытекают из уже сказанного:



1) свищевые ходы были слишком широки, так что заволоки не приходили ни в какое соприкосновение с внутренними стенками этих ходов; 2) вследствие значительного гноетечения больной быстро и сильно худел, и вследствие этого гнойные полости становились еще обширнее; 3) наконец, было невозможно обнаружить слепые концы этих свищевых ходов; поэтому во многих местах они оставались нескрытыми и вследствие этого продолжались в новые свищевые ходы. Тем не менее, как я уже раньше показал, заволоки здесь были необходимы, и больной неправ, когда жалуется на раздражение, которое они причиняли.

К случаю 51. В этом случае мы находим нечто примечательное.

Во-первых, упорство свищей. По различной склонности к закрытию можно делить свищи следующим образом: 1) гнойные свищи; 2) каловые свищи; 3) мочевые свищи на промежности; 4) мочевые свищи между луковичной частью мочеиспускательного канала и головкой члена; 5) кровяные свищи и 6) воздушные свищи (самые упорные). Из этого следует, что чем жиже или чем более раздражающим (химически) является секрет или содержимое свища, тем свищи упорнее. Разумеется, большее или меньшее сообщение свищевого хода с полостью или полым органом также способствует тому, что свищ становится менее излечимым. В нашем случае позади свища имелась, по-видимому, значительная полость в легочной ткани, которая вокруг свищевого отверстия, естественно, срослась с пристеночной плеврой. За наличие такой полости говорило большое количество гноя, которое ежедневно выделялось через рану и через бронхи, а также глухой тон при исследовании.

Во-вторых, взаимная связь между истечением гноя из свища и выделениями из бронхов. Как видно из истории болезни, иногда выделения из свища внезапно прекращались и тогда без видимой причины появлялся кашель с выделением гноя, вызывавшего отвращение и весьма зловонного. Если после этого кашель прекращался, то больной обыкновенно оставался несколько дней без выделений из свища и без кашля, немного хрипел, но тогда выделение гноя из наружного отверстия опять усиливалось и т. д. Я вначале думал, что можно использовать это обстоятельство, чтобы придать всей болезненной секреции другое направление, а именно: вверх, по естественному пути, – через бронхи. Я полагал, что если закрыть наружное отверстие каким-либо способом, то весь гной должен постепенно выделиться через бронхи. Привычный катар мог бы значительно меньше вредить больному, еще сохранившему полную силу, чем постоянное истечение гнойных выделений через наружное отверстие, – истечение, лишавшее его всякой трудоспособности. Настойчивое желание больного сводилось к тому, чтобы избавиться от этого тягостного истечения.

В-третьих, хотя механизм происхождения свища был нам известен только по неполноценному рассказу больного, все же, вероятно, дело происходило таким образом, что образованию свища предшествовал абсцесс легкого, сопровождавшийся сращением легкого с плеврой. Больной имел слишком крепкий и чересчур здоровый вид, чтобы можно было предположить меланозное или туберкулезное перерождение легкого.

Следует еще отметить, что больной, сохранивший большую физическую силу, все же не был в состоянии совершать какую-нибудь тяжелую работу; это



объясняется тем, что он не мог сделать глубокий вдох для фиксации грудной клетки; это, как известно, совершенно необходимо при всяких физических напряжениях. То же самое можно наблюдать и при свищах дыхательного горла.

В *случае 52* было примечательно, что крайняя плоть вследствие распространения раздражения отекала и местами подверглась омертвлению. По-видимому, свищи промежности и ягодичной области не сопровождаются этими явлениями. У меня имеется сейчас на лечении один больной со свищом в области седалищной кости, — у него тоже наступил сильный отек мошонки и крайней плоти.



III. Язвы

I. Сифилитические язвы. Сифилис

Вследствие сочетания двух обстоятельств заболевания сифилисом встречаются в нашем городе очень часто; сюда относятся: 1) большое скопление молодых людей, которые находятся в таком возрасте, когда половое влечение достигло своего полного развития; только что покинув школу и родительский дом, они находятся еще в цветущем здоровье; не имея еще достаточного опыта, они стремятся к половому общению, как к влекущей новизне, как к потребности, исходящей от возбужденной чувственности; 2) очень строгий полицейский надзор над общественным приличием и нравственностью в нашем городе. Последнее звучит, пожалуй, несколько парадоксально, но от этого не менее справедливо. И в самом деле! Было бы чрезвычайно несправедливо судить по значительному распространению сифилиса в нашем небольшом городе о том, что нравственность у нас якобы очень упала или здешние нравы более испорчены, чем в других провинциальных городах, где сифилис известен только по слухам или по преданию. У нас мораль так освящена, что даже весьма полезные статистические выкладки становятся неприемлемыми, если они противоречат морали, и именно поэтому мы видим такое страшное распространение сифилиса среди молодых людей.

Нетрудно понять, что я собираюсь говорить здесь о публичных домах, которые не могут быть оправданы ни нашими законами, ни местными условиями. Если смотреть на это дело с научной стороны, то еще спорно, можно ли предотвратить распространение сифилиса в нашем городе, если учредить такие дома. Даже в больших городах открытие таких домов, если оно не сочетается с другими медико-полицейскими мероприятиями, не в состоянии задержать распространение этой болезни. По моему мнению, эти дома являются таким средством, которое либо действительно вредит, либо приносит действительную пользу, в зависимости от того, какими мероприятиями оно сопровождается. Если бы публичные дома являлись только убежищем, где молодые люди, вынужденные из-за служебных или других обстоятельств проживать в безбрачном состоянии, могли бы без особого нарушения приличия и без опасности для их здоровья удовлетворять естественную потребность, то эти дома, пожалуй, были бы полезными для государства, поскольку они, очевидно, сдерживали бы распространение сифилиса. Однако это только мысль, которая в действительности не осуществляется. Где лежит граница между естественной потребностью и проявлениями болезненно возбужденной чувственности, которая в конце концов превращается в животную похоть? В таком случае средство, которое должно было служить



для предотвращения зла, может превратиться в источник страданий, которые погубят тело, мораль и интеллект.

Мы живем в такой век, когда проявляется много забот о страждущем человечестве. Прилагаются усилия для предотвращения нищеты и голода, изучаются причины необычайной детской смертности и т. д., но почти совершенно не рассматривается вопрос о предупреждении и искоренении сифилиса. Какую нищету и какой голод можно сравнить с мучительнейшим из чувств у человека, сознавшего, что он является носителем такого яда, который, проникнув глубоко в тело, передается из поколения в поколение? Не та нищета, при которой еще может быть счастье, а та нищета, которая связана с болезнью, с развратом, должна быть уничтожена. Поэтому каждому другу человечества приятно будет знать, что медицинское общество Брюсселя уже в 1834 г. поставило перед собой следующий вопрос: *«Какие мероприятия медицинской полиции наиболее способны остановить распространение венерической болезни?»*

Удостоенный премии ответ Ратье на этот вопрос содержит примерно следующие выводы. «1) Необходимо, откинув в сторону всякие другие соображения, непосредственно заняться тем, чтобы остановить распространение сифилиса. 2) Эта цель может быть легко достигнута в том случае, если уменьшить количество источников заражения следующими способами: во-первых, надо умножить средства помощи сифилитическим больным путем открытия специальных больниц и общедоступных консультаций, которые должны быть бесплатными и заниматься распределением лекарств; во-вторых, необходимо распространять в народе наиболее правильные представления о сифилисе и его лечении; в-третьих, необходимо особенно упорно бороться со знахарством; в-четвертых, следует усилить надзор за проститутками и с этой целью организовать более частые посещения публичных домов врачами, чтобы немедленно выделить зараженных женщин; в-пятых, необходимо рекомендовать применение предохраняющих средств, знакомя население со способом их действия; наконец, в-шестых, при лечении следует заботиться о скорейшем устранении наружных проявлений сифилиса, которые больше всего способствуют распространению заразы».

Автор, известный парижский врач, говорит также о тех средствах, которые могут найти применение, по-видимому, только в Париже или другом крупном городе. Открытие публичных домов он считает определенно полезным. Однако при этом не следует забывать, что публичные дома, хоть и в большом городе, только в том случае могут способствовать предотвращению и снижению заболеваний сифилисом, если они будут приемлемы по законам и обычаям страны. Только в этом случае надзор за такими местами может быть по желанию удвоен, только узаконением публичных домов можно уничтожить два других источника заражения: это так называемые «дома свидания» и тот ужасный класс проституток, которые устраивают на улицах больших городов свою омерзительную охоту на неопытных молодых людей. Если же законы страны или другие обстоятельства не допускают узаконения подобных домов, то ничто не может так способствовать распространению сифилиса, как то, что полиция или государство разрешает и терпит негласное существование подобных заведений. Это весьма наглядно доказано опытом. В Париже, где публичные дома узаконены

и находятся под тщательным надзором медицинской полиции, по Марку (1822), из 51 проститутки только одна заражена сифилисом (при этом не следует забывать, что исследование половых органов там производится обыкновенно с помощью зеркала и, следовательно, может дать довольно точные результаты). Напротив, в Стокгольме, где нет публичных домов, имеющих привилегии, и где каждое кафе предоставляет полную возможность удовлетворения половой потребности, сифилис распространен сравнительно много больше, а больницы кишат самыми ужасными формами этой заразной болезни.

К сожалению, мы должны признаться, что даже в столицах нашего отечества еще мало сделано для искоренения класса уличных проституток. Между тем именно в нашем климате, более чем где бы то ни было, необходимо значительно действеннее и упорнее истреблять эту заразу, ибо в прохладном и сыром воздухе и при беспечности народа она действует значительно более разрушительно и пускает более глубокие корни в теле. В крупных городах, следовательно, остается только одно из двух: либо узаконить публичные дома и поставить их при этом под строжайший медико-полицейский надзор, либо их упразднить и строжайше запретить; последнее, однако, возможно только при особом уважении к достоинству женского пола (как, например, на Востоке) или при наличии особого законодательства о браке и о безбрачном состоянии молодых людей.

Совсем другое дело, когда речь идет о небольших городах, например о нашем университетском городе. Было бы одним из скандальнейших нарушений приличия и нравственности, если бы здесь разрешить устройство публичных домов. Если же, с другой стороны, предоставить это дело своему течению, то я, на основании опыта, убежден в том, что дальнейшее распространение этой страшной заразы примет еще большие размеры и приобретет более разрушительный характер. При таком скоплении молодых людей самых различных сословий, самых разнообразных моральных устоев, самого различного воспитания совершенно невозможно предотвратить вспышку чувственности. Едва ли можно считать филантропическим тот взгляд, что заражение сифилисом на почве такой вспышки есть наказание, ниспосланное самим провидением за нарушение нравственности. Совсем недавно еще мы были свидетелями ужасного самоубийства на почве воображаемого заражения сифилисом. Если нельзя предотвратить того, чтобы слабые дети, которые учатся ходить, много раз падали, то следовало бы по крайней мере сделать мягкой ту почву, на которую они падают, чтобы предупредить более тяжелые повреждения.

Если бы мне было позволено свободно и открыто высказать свое мнение, то я сделал бы следующие предложения для предупреждения сифилиса в нашем городе. 1) Установить строгий полицейский надзор над нравственностью уборщиц, горничных и вообще таких женщин, которые легко могут вступить в непозволительные связи с молодыми людьми. При малейшем подозрении в этом отношении со стороны полиции данная особа должна быть строго наказана и даже выслана из города. 2) Такие женщины, которые занимаются или собираются заниматься проституцией, должны непременно и безотлагательно снабжаться полицией особыми билетами, разумеется, с уплатой более крупного налога и с обязательством перенести свое место жительства в отдаленные части



города. 3) Во избежание всех скандальных происшествий и с той целью, чтобы пребывание подобных лиц в городе нанесло возможно меньше ущерба нравственности в нем, такие проститутки с билетами никогда не должны проживать вместе и не собирать у себя компаний. 4) Самое важное, однако, заключается в том, чтобы они находились под строгим медико-полицейским надзором. Они должны по меньшей мере три раза в неделю подвергаться тщательному врачебному осмотру с применением зеркала. Каждый человеколюбивый врач, свободный от предрассудков, несомненно сочтет своим долгом выполнять подобное поручение со всей строгостью и с некоторым деспотизмом. Со своей стороны я по крайней мере всегда готов содействовать и в данном случае уничтожению ужасной заразы¹. 5) При обнаружении первых признаков сифилитического заражения девушка должна быть объявлена больной и подвергнута лечению. 6) Одна из труднейших задач в нашем городе заключается в том, чтобы найти такое место, где можно было бы лечить зараженных. За неимением достаточно большой больницы для этой цели горожане или весь город могли бы участвовать в этом деле ради всеобщего и их собственного благополучия; кроме того, для этой цели можно было бы, пожалуй, использовать налоги с самих проституток. 7) Необходимо распространять среди молодых людей и равнодушного населения общее распоряжение о том, чтобы обращались к врачебной помощи при первом же возникновении болезни. Население должно быть осведомлено о том, что болезнь в самом начале является только местной и легко излечимой, что следует остерегаться прижигающих средств и всяческого знахарства и т. д. 8) Сами проститутки должны быть снабжены предписаниями врачей о тщательном соблюдении чистоты половых органов, о спринцевании после каждого сношения известковой водой, хлорной водой, мочой и т. д.

По моему мнению, подобные мероприятия дают наибольшие преимущества.

1) Они действуют наименее деморализующим образом и значительно менее непристойны, чем публичные дома, что имеет величайшее значение, особенно в условиях небольшого города. 2) Они надежнее всего предотвращают распространение заразы. 3) Семьи могли бы иметь значительно большую уверенность в том, что они имеют в своем кругу только приличных и порядочных прислуг, кормилиц и нянек, что до сих пор остается весьма сомнительным. 4) Таким

¹ В этой связи я не могу удержаться, чтобы не привести слова одного бельгийского врача, который писал на эту тему: «Еще более существенным делом является подходящий выбор врача, которому поручается такое обследование. Необходимо, чтобы этот врач имел совершенно безупречную репутацию во всех отношениях. Врач, который выполняет это поручение, несомненно неприятное, но спасительное, должен быть строгим и в какой-то степени деспотичным, но без жестокости, независимым и особенно ревностным в честном и добросовестном исполнении своих обязанностей. Ничто не должно поколебать или остановить его в выполнении его долга, как бы он ни был неприятен. Раз он узнал, что проститутка заражена, тем более из его участка, она должна лечь в больницу, чтобы радикально излечиться. Мы подчеркиваем это, так как мы часто видели, что в случае уступки в этом отношении он ее лечит в самом пансионе, что, по нашему мнению, предосудительно, так как во время своего отсутствия он не может отвечать ни за эту особу, ни за ее поведение». (Мемуары Петерманса в *Encyclograph. d. scienc. médical.*)



путем можно было бы надежнее всего предотвратить выкидыш, детоубийства и ряд других несчастных случаев.

Именно то обстоятельство, что наш город мал, что наша полиция бдительна, что жители города получают лучшее образование по сравнению с жителями других городов и что, наконец, город обеспечен достаточным количеством врачей, способствует практическому осуществлению этого предложения, его более легкому и исчерпывающему выполнению.

В самом деле, я не представляю себе, как все это закончится, если няньки, кормилицы, горничные и др. месяцами страдают белями, кондиломами, сифилитическими экскориациями и т. п., не получая ни малейшей помощи, так как они к этому не принуждаются и так как болезнь причиняет им лишь незначительную боль. Сколько молодых людей они могут заразить в течение нескольких месяцев!

Кондиломы и бели не мешают им при их беззаботности непрерывно продолжать половую жизнь; кто мне поверит, даже если бы я смог здесь подтвердить, что в нескольких случаях по 10–12 молодых людей были заражены одной такой особой!

1. *Сифилитические язвы*, с которыми больные поступают ежедневно к нам на лечение, имеют крайне разнообразные формы. С января этого года мы ведем список всех амбулаторных больных, которые обращаются к нам за помощью по поводу сифилиса, с краткими заметками о внешней форме язв. Я намерен впоследствии ознакомить врачебные круги с результатами этих наблюдений. По-видимому, чаще всего встречается первичный кондиломатозный бленноройный шанкр и очень обширные сифилитические экскориации. Затем я хочу сообщить об одном очень часто встречающемся при сифилисе осложнении, а именно о *фимозе*.

2. Помимо воспалительного фимоза, который сопровождает триппер и шанкр, я имел здесь возможность наблюдать еще другую форму, которая, насколько мне известно, нигде подробно не описана: сужение крайней плоти с хрящеподобным перерождением внутренней ее пластинки; приведу ниже несколько примеров этой формы, которая в некоторых отношениях заслуживает внимания практических врачей.

Причина этого своеобразного перерождения следующая: больной, который до заболевания мог всегда легко оттянуть крайнюю плоть, после нечистого сношения получает гонорейю или сифилитическую экскориацию, а подчас даже настоящий шанкр, сопровождающийся воспалительным набуханием крайней плоти и бленноройным поражением внутреннего листка последней; эта форма известна под названием гонореи головки полового члена (*gonorrhoe fausse*¹). Оттягивание крайней плоти становится невозможным, если даже она от природы была очень длинной. Слизистые выделения постоянно скопляются под крайней плотью, действуют подобно любому выделению воспаленной слизистой оболочки раздражающим и разъедающим образом на окружающие ткани, еще более усиливают состояние воспаления внутреннего листка и вызывают экскориации

¹ Gonorrhoe fausse (франц.) – ложная гонорейя.



на всей поверхности головки. Моча, истечение которой затруднено из-за распухшей крайней плоти, также приходит в соприкосновение с ее внутренним листком и раздражает его еще больше. Если больной, как это у нас обыкновенно имеет место, к тому же еще беспечен и мало беспокоится о своем здоровье, не стараясь обнажить головку члена, то весь болезненный процесс принимает хроническое течение, и тогда присоединяется частичное или полное перерождение внутреннего листка в хрящеподобную ткань.

По-видимому, моча является важнейшей причиной этого перерождения, так как внутренняя поверхность крайней плоти легче всего становится каллезной и хрящевидной. Мне всегда удавалось распознать этот вид перерождения по следующим явлениям. 1) Если оттянуть крайнюю плоть еще более вперед и сдавить ее слегка между пальцами, то можно совершенно отчетливо прощупать ее хрящеподобное затверждение. В одних случаях это затверждение распределяется равномерно, в других – оно представляет только узловатые выпячивания. 2) При самом нежном надавливании на крайнюю плоть, но и без давления вытекает изрядное количество жидкого гнилостного вещества. 3) После длительного применения теплых обертываний, припарок, спринцеваний и т. д. никогда не удается привести крайнюю плоть обратно в ее нормальное положение. Более того, состояние от этого даже не улучшается, а при оттягивании крайней плоти всегда встречается непреодолимое препятствие.

Эту болезнь можно смешать с обычным фимозом на почве простого триппера или сифилитической язвы под крайней плотью. Помимо легко прощупываемого хрящеподобного затверждения крайней плоти, имеются другие симптомы: выделения при триппере никогда не бывают столь обильны, как здесь, никогда не имеют этого гнилостного вида, боли при мочеиспускании сильнее, между тем как при этом виде фимоза боли либо совсем отсутствуют, либо незначительны, возникают только во время мочеиспускания, и больной ясно указывает их локализацию в крайней плоти. При шанкре порой прощупывается частичное затверждение под крайней плотью, и именно – при застарелой язве. Это затверждение, однако, значительно чувствительнее для больного, и, кроме того, обыкновенно наступает покраснение небольшого участка крайней плоти, соответствующего расположению язвы.

Последствиями этого перерождения являются: общая экскориация головки члена, распространяющаяся все больше и больше в глубину; изъязвление внутреннего листка крайней плоти, в особенности в области наружного отверстия мочеиспускательного канала и уздечки, т. е. повсюду, где крайняя плоть приходит в соприкосновение с мочой. При этом виде фимоза никогда не наблюдается изъязвление крайней плоти и выпадение головки через это отверстие, как это часто имеет место при собственно сифилитическом фимозе, сопровождающемся шанкрами. Хрящеподобное утолщение крайней плоти, которое все более и более нарастает, очевидно, препятствует этому осложнению, – тем более приходится опасаться поражения головки члена и полного ее разрушения. В одном случае я видел превращение всей головки в сплошную язву.

При лечении сифилитического фимоза в распоряжении хирургии имеется два важных средства: 1) влажное тепло; 2) разрез. В случаях обыкновенного





воспалительного фимоза или фимоза, связанного с шанкром, при длительном применении теплых обертываний, припарок, спринцеваний теплой водой под крайнюю плоть, последняя со дня на день все более оттягивается назад, особенно если сочетать эти приемы с мероприятиями, предложенными Фрике. При хрящевидном перерождении фимоза я также всегда начинаю лечение с применения влажного тепла, чтобы вызвать размягчение кожи, смягчить воспаление и сделать выделения менее едкими. Однако это все, что может дать влажное тепло при таком перерождении. Если выжидать еще дольше, то возникает опасность полного разрушения головки. Поэтому я через несколько дней приступаю к операции. Она состоит в обрезании, поскольку я сильно оттягиваю вперед всю перерожденную часть крайней плоти либо по способу Диффенбаха (вернее, по еврейскому способу) и отсекаю ее одним сечением ножа, проведенным впереди головки, либо если крайняя плоть слишком коротка и не может быть оттянута кпереди от головки, то я накладываю на крайнюю плоть два продольных разреза: один на спинке члена, а другой внизу. Оба разреза я произвожу на желобоватом зонде с помощью остроконечного ножа изнутри кнаружи, после чего я отсекаю оба боковых лоскута ножницами.

Операцию по поводу фимоза я производил всевозможными способами. Указанный метод, или еврейское обрезание, дает самые лучшие рубцы: при простом продольном надрезе толстые выпячивания обоих боковых лоскутов и длительное опухание представляют наиболее досадные недостатки операции. Подобно Фрике, я также несколько раз имел возможность наблюдать перетяжку, исходящую из заднего угла разреза. Дело в том, что если кожный разрез был слишком короткий, то уже на другой день после операции можно наблюдать резкую отечность крайней плоти позади головки. Самая рана при этом, естественно, превращается в поперечную борозду, которая скрыта позади припухлости. Если не торопиться с осторожным удлинением разреза назад, т. е. в сторону лонной кости, то придется иметь дело с весьма упорным отеком, который в дальнейшем не удастся устранить ни посредством ароматических обертываний и припарок, ни другими средствами.

Я считаю, что операция, помимо хрящевидного перерождения крайней плоти, показана также при сифилитической язве уздечки. Здесь нельзя обойтись одними лишь манипуляциями. Они чересчур болезненны и подчас вызывают очень сильные артериальные кровотечения, как это имело место, например, в случае 56.

При лечении первичного сифилиса я вообще никогда не применяю ртути. До сих пор я довольно хорошо обходился ограничительным режимом: голодной диетой и слабительными средствами. Правда, у многих из этих больных впоследствии наблюдались рецидивы, но в чем они состояли? В изъязвлениях в горле, в кондиломах и в некоторых сыпях. Эти вторичные проявления сифилиса также в большинстве случаев являлись последствием запущенных, застарелых, весьма распространенных сифилитических язв. Как изъязвления в горле, так и кондиломы и сыпи обыкновенно уступали местному лечению, ограничительному режиму и применению декоктов. При более значительных сифилитических сыпях и сифилитических заболеваниях глаз прекрасно помогал



мне всегда метод Вейнгольда. В дальнейшем я намерен более обстоятельно высказаться о явлениях, связанных с этой заразой, и лечении ее.

Сифилитический фимоз

Случай 55. Фимоз с сифилитическим триппером. Обрезание.

Ринг, подмастерье портного из Пернова, 22 лет, год назад страдал триппером, к которому через 3 недели после его возникновения присоединилось воспаление левой паховой железы; последнее было чрезвычайно болезненно и рассосалось после втираний неаполитанской мази. За две недели до нынешнего поступления в клинику у больного после нечистого сношения появились два шанкра на внутренней поверхности крайней плоти, к чему через 10 дней присоединилась резкая припухлость последней. Эта припухлость нарастала с каждым днем и была особенно болезненной во время мочеиспускания. 14 апреля 1836 г. больной поступил в клинику. Крайняя плоть, целиком покрывавшая всю головку, была багровая, опухшая и болезненная, не поддавалась оттягиванию назад. При надавливании на крайнюю плоть вытекала густая желтая жидкость, в области ее отверстия¹ располагалась небольшая сальная язва с рваными краями.

Вся крайняя плоть до основания головки была тотчас же расщеплена на тыльной стороне члена, и оба боковых лоскута, образованные таким путем, были отсечены до уздечки. Во время операции и в последующие дни больной еще ощущал очень сильные боли во всем сильно распухшем члене, которые только постепенно утихли под действием катаплазм. Больной был посажен на строгую голодную диету и 3 раза в неделю получал 45 г сернокислой магнезии. На четвертый день после операции поверхность разреза находилась в состоянии полного нагноения, однако вскоре она приняла плохой специфический вид: сальное дно легко кровоточило, края были приподняты. Поэтому примененные вначале средства (свинцовая мазь и сменивший ее вследствие повышенной склонности поверхности разреза к кровотечению *Oxym. aerugin.*) были заменены наложенной вначале на поверхность разреза корпией, пропитанной *Aq. phagedaen. nigr.*; иногда посыпался красный преципитат ртути. При таком лечении язва постепенно очищалась. С 18 мая началось постепенное рубцевание благодаря прижиганиям ляписом и повязкам с красной ртутной мазью, процесс рубцевания с 24 мая быстро продвигался вперед, так что 31 мая больной мог быть выписан выздоровевшим.

Случай 56. Фимоз с сифилитическими язвами. Разрез крайней плоти.

Ян Каванд, кучер, 26 лет, поступил в клинику 14 сентября 1836 г. Три недели назад вследствие зуда в крайней плоти, который во время мочеиспускания превращался в боль, стал обращать внимание на небольшую язву на крайней плоти. За несколько дней до этого имел сношение. Через 4 дня после возникновения язвы крайняя плоть распухла и не поддавалась больше оттягиванию. Еще через неделю на левой стороне образовалась небольшая твердая болезненная и бесцветная опухоль, которая через 4 дня покраснела и вызывала пульсирующие боли. В момент поступления больного в клинику надавливание на уздечку, которая

¹ Имеется в виду отверстие препуциального мешка.



раздулась в виде тяжа, было болезненно. Крайняя плоть более не оттягивалась назад. Из ее отверстия выделялась водянистая желтая жидкость. В левом паху имеется синевато-красная припухлость с розоватым затверждением вокруг и синевато-черной серединой, лишенной эпителия и обнаруживающей зыбление.

На этот бубон был наложен пластырь из ртути и цикуты в равных частях в виде окончатого пластыря, а сверх него и на половые органы была наложена большая катаплазма. Ночью припухлость вскрылась, и стала вытекать водянистая ихорозная жидкость. Внутри: ограничительная диета и каждые 2 дня 45 г глауберовой соли. На следующий день была произведена операция по поводу фимоза. С помощью ножниц был сделан разрез крайней плоти на тыльной стороне члена длиной несколько больше половины сантиметра; крайняя плоть оттянута назад и на обнаженный таким образом слизистый ее листок наложено еще несколько разрезов ножницами, пока не была достигнута возможность совершенно свободно оттянуть крайнюю плоть назад. Теперь можно было видеть около уздечки небольшую плоскую язву с несколько приподнятыми краями и красноватым дном. Однако уже на другой день края сделались твердыми и толстыми, а дно – неровным и сальным. При надавливании на мочеиспускательный канал из него выделялась густая желтая жидкость. Только после длительного применения красного преципитата в виде мази и сухой присыпки язва постепенно принимала более благоприятный вид, а когда она вместе с краями разреза стала обнаруживать склонность к заживлению, больной был выписан по собственной просьбе. Бубон почти совсем растаял.

Случай 57. Фимоз с триппером и сифилитическими язвами. Расщепление крайней плоти.

Эллиас, эстонский крестьянин, 36 лет, 3 недели назад, через несколько дней после сношения, почувствовал боли в головке члена, особенно при мочеиспускании, и временами болезненные эрекции; одновременно на передней части головки появилась небольшая язва. Головка и крайняя плоть постепенно распухли; последняя более не оттягивалась назад, из ее отверстия начала выделяться желтоватая жидкость. 18 сентября 1836 г. больной был принят в клинику. Помимо только что упомянутых явлений, можно было отметить в обоих паховых сгибах несколько припухших желез, а на передней поверхности обеих голеней сыпь, которая, по словам больного, держится у него уже 2 года: одиночно расположенные почти сине-багровые пятна, часть которых покрыта темными корками.

Больной получал тепловатые обертывания на половые органы, голодную диету и внутрь своего рода микстуру Дельпеша: Rp. Balsam, copaiv. 60,0, Aq. Menth. p., Aq. simpl. aa 105,0, Gummi. arab. q. s. ut fiat emuls., cui adde Spir. nitr. dulc. 3,75, Sirup. simpl. 30,0 S. По 1 столовой ложке через каждые 2 часа. После употребления этой микстуры боли в мочеиспускательном канале прекратились уже на третий день, так что микстура могла быть отменена и вместо нее каждый третий день давалось 45 г сернокислого натрия. Местно производились спринцевания теплой водой и *Aq. phagedaen. nigr.* Так как, однако, фимоз несколько не уменьшался и почти ежедневно один-два раза из отверстия крайней плоти происходило артериальное кровотечение (240–300 г), то 24 сентября мы перешли к оперативному лечению фимоза; тыльная часть крайней плоти рассечена



скальпелем, последняя оттянута назад, и подлежащий слизистый листок надсечен ножницами. Почти вся правая половина головки была занята плоской сальной язвой с приподнятыми рваными краями. Эта язва разрушила также часть уздечки. Язва покрыта корпией, смоченной *Aq. phagedaen. nigr.*, вместо которой через два дня, когда и поверхность разреза и язва приняли вялый вид, были применены сухой преципитат и красная преципитатная мазь.

2 октября язва уже потеряла свой сифилитический характер. Лечение оставалось без изменений. Так как к 7 октября пульс уже упал до 42 ударов в минуту, то назначена менее строгая голодная диета. Теперь обнаружилась тенденция пораженных тканей к заживлению, которое стимулировалось еще прижиганием ляписом. 11 октября больной жаловался на сильную болезненность десен; зубы приняли грязный вид, так что пришлось отменить слабительные. 19 октября больного можно было выписать.

Случай 58. Фимоз. Первичный и вторичный сифилис. Обрезание. Хрящевидное перерождение внутреннего листка крайней плоти.

Банков, подмастерье горшечника из Дерпта, 22 лет, поступил в клинику 23 сентября 1836 г. Два месяца назад, по его словам, через месяц после последнего сношения, заметил красноту и почувствовал боль в устье мочеиспускательного канала; вначале отмечалось весьма обильное истечение слизи из канала. Через месяц к этому присоединился фимоз, затем в не указанный больным срок припухлость паховых желез, а две недели назад боль при глотании: она вызывалась экскориациями и язвами на твердом небе, на миндалинах и в зеве.

Помимо того, мы обнаружили обилие кондилом в окружности заднего прохода. Последние лечились сперва *Extr. saturn.*, затем посредством *T-ra Thujae* и, наконец, дымящей азотной кислотой. Только после применения последнего средства кондиломы некротизировались, причем впоследствии лечение было дополнено прижиганием ляписом. Внутрь больной получал каждый третий день солевое слабительное в виде 45 г сернокислой магнезии; голодная диета. Половые органы он должен был несколько раз в день опускать в теплую воду на полчаса или целый час и, кроме того, накладывать на них катаплазмы. Однако крайняя плоть упорно не поддавалась в достаточной степени размягчению, и ее не удавалось оттягивать назад. Поэтому пришлось 30 сентября рассечь ее скальпелем на тыльной стороне вдоль и отсесть оба боковых лоскута, которые были утолщены и на своей внутренней поверхности напоминали рубцы. На уздечке сидела незначительная язва. Последняя, как и края разреза, почти полностью зажили в 3 недели. Против язв в горле с успехом применялась жидкость Руста для смазывания: *Rp. Mercur. sublim. corros. C.36, Extr. Con. macul., Extr. Chamom. aa 7,5, Mel. Rosar. 30,0*. 22 октября больной был выписан выздоровевшим. Впоследствии он еще несколько раз показывался в амбулатории; у него были свежие кондиломы вокруг заднего прохода, которые были разрушены дымящей азотной кислотой.

Случай 59. Фимоз с шанкрами. Лечение без операции.

Яков Петров, 25 лет, русский рабочий, поступил в клинику 24 сентября 1836 г. Он страдал фимозом, причем крайняя плоть была сильно опухшая, красного цвета и очень болезненная. Через нее в борозде под головкой можно было прощупать

небольшое затверждение, откуда при надавливании через отверстие крайней плоти выжимался вязкий гной. В этом случае в течение нескольких дней удалось справиться с фимозом посредством одних только теплых окутываний и теплых ванн для половых органов. Обнаженная таким образом язва на внутренней поверхности крайней плоти сначала подверглась лечению *Aq. phagedaen. nigr.*, а затем красным преципитатом и красной преципитатной мазью, после чего она была излечена при содействии ляписа. Одновременно применялась голодная диета, и каждые три дня больной принимал 45 г сернокислой магнезии. 19 октября язва почти полностью зажила, и больной мог быть выписан для амбулаторного лечения.

Случай 60. Фимоз с обширным шанкром головки. Лечение без операции.

Юрри, эстонский крестьянин, 28 лет, поступил в клинику 18 февраля 1837 г. Крайняя плоть была воспалена, отечна и не могла быть оттянута обратно через головку. У своего внутреннего края она была покрыта язвами, которые выделяли густую ихорозную жидкость. На середине нижней поверхности члена находилась плоская язва величиной с ноготь, с зубчатыми краями. В правом паху имелась сине-багровая плоская припухлость длиной 5 см, болезненная при давлении.

Больному сделаны следующие назначения: голодная диета, каждые 2 дня 60 г сернокислой магнезии, тепловатые ванны для половых органов, впрыскивания теплой воды между крайней плотью и головкой, введение корпии с черной водой в устье крайней плоти, тепловатая припарка на бубон и половые части. Уже к 22 февраля фимоз был устранен, и 24 февраля шанкерные язвы уже начали заживать. Однако рубцы окружились плотными кондиломоподобными валиками, которые растаяли под влиянием мази с каломелем (*Rp. Calom. 0,6, Adip. suill. 3,75*).

На бубоне произведено втирание неаполитанской мази, затем он был покрыт ртутным пластырем, сверху наложены градуированные компрессы, и все это закреплено колосовидной повязкой; наконец, сверх всего положен кирпич, завернутый в салфетку, чтобы осуществить методическое давление. При таком лечении бубон к 7 марта уже полностью исчез. Упорнее всего держалась язва на середине боковой поверхности члена. Она вскоре сделалась сальной и не уступала красной преципитатной мази; наконец, когда язва после припудривания сухим красным преципитатом приняла более благоприятный характер и только было начато лечение мазью с каломелем (*Rp. Calom. 1,25, Adip. suill. 3,75*), больной, по собственному желанию, покинул клинику. Язвы на крайней плоти полностью зажили.

Случай 61. Фимоз. Первичный и вторичный сифилис. Частичное хрящевидное перерождение внутренней пластинки крайней плоти. Расщепление крайней плоти.

Умблия, подмастерье столяра из Дерпта, 24 лет, в октябре 1836 г. обратился к врачу по поводу нескольких твердоватых выпячиваний, величиной с горошину, на внутренней поверхности крайней плоти, недалеко от уздечки. После применения какой-то воды для промывания эти образования почти полностью исчезли. Однако 3 недели спустя у больного во время одной поездки образовался фимоз. Еще через 3 недели наступили боли в суставах и в спине; по вечерам бывала лихорадка. В дальнейшем присоединились боли в горле, затруднение



глотания и хрипота, далее тугоухость и припухание паховых желез, боли в костях, особенно в грудине и в черепе. Наконец больной решился обратиться за помощью в клинику, куда он и поступил 28 февраля 1837 г.

На левой теменной кости и на грудине имелись болезненные узлы. Глотание было болезненно, слизистая оболочка зева была красная, обе миндалины, а особенно левая, усеяны язвами с приподнятой изъеденной белой поверхностью. Паховые железы увеличены и твердоваты, кожа над ними покраснела; фимоз не особенно значительный, поскольку отверстие уретры было еще заметно. На уздечке можно прощупать затвердевшие участки. Боли в суставах и костях были незначительными, но глухота была резко выражена. Впрочем, общее состояние хорошее.

В день поступления в клинику больной был посажен на голодный режим, получил 45 г сернокислой магнезии и теплые окутывания на половые органы. 1 марта была сделана операция по поводу фимоза, причем сперва крайняя плоть была полностью рассечена ножом на тыльной стороне; так как на ее внутренней поверхности была обнаружена большая сальная язва на хрящевидно перерожденном основании, то и оба боковых лоскута крайней плоти были отсечены у основания. Поверхность разреза сильно и долго кровоточила, еще в течение ближайших дней она была очень отечна. Внутрь больной получал сулему: *Rp. Merc. subl. corros. 0.18, Succ. Liquir. 3,75, F. pilul. № 30. DS.* Начиная с 2 пилюль в день и прибавляя по 1–2 пилюле каждый день. Язвы в зеве по несколько раз в день смазывались с помощью кисточки смесью Руста. С 4 марта к пилюлям был прибавлен следующий отвар: *Rp. Rad. Sassap. 30,0, Caric. arenar. 60.0. coq. c. Aq. font, ad colat. 1080,0. DS.* На один день, а с 5 по 13 марта ежедневно принимать по 5 пилюль. 13 марта наступило слюнотечение, вследствие чего была отменена сулема, которую больной принял всего в количестве 0,36 г; для полоскания рта больному дана ромашковая вода. Поверхность разреза крайней плоти к тому времени уже приняла довольно хороший вид; она была доведена до заживления с помощью прижигания ляписом; заживление закончилось к 28 марта. Против оставшейся отечности крайней плоти применялось обматывание последней полосками липкого пластыря. 30 марта больной мог быть выписан; узлы исчезли полностью еще неделю назад, а язвы в горле, которые в последнее время еще настойчиво смазывались ляписом, полностью зарубцевались.

Случай 62. Фимоз. Сифилитические язвы головки. Лечение влажным теплом. Некоторые вторичные явления. Выздоровление.

Самюэль Гольдберг, эстонский крестьянин, 25 лет, женатый, поступил в клинику 4 марта 1837 г. Вся наружная поверхность крайней плоти целиком покрыта большой грязной язвой, имеется фимоз; из узкого отверстия крайней плоти, края которого распухли, выделяется желтоватый густой гной. На одном болезненном участке крайней плоти можно определить углубление; на мошонке несколько экскориаций. Слизистая оболочка зева красная. На груди, плечах и бедрах видны рассеянные медно-красные пятна, из которых отдельные покрыты коричневой коркой. Два месяца назад, после внебрачного сношения, у больного на венчике головки члена появилась небольшая язва, к которой через месяц присоединился фимоз.



Назначения: голодный режим, каждые 2 дня 45 г сернокислой магнезии, теплая ванна для половых органов, размягчающая припарка на эти органы. Уже на третий день после поступления в клинику фимоз исчез и на внутренней поверхности крайней плоти можно было видеть большую плоскую язву, частично переходившую на венчик головки. Язва была подвергнута прижиганию ляписом и покрыта мазью с каломелем: *Rp. Calomel. 3,75, Adip. suill. 30,0*. Уже 17 марта язва зажила, а другая язва на наружной поверхности плоти имела чистый вид. Эта язва после прижигания ляписом покрыта цинковой мазью: *Rp. Ung. saturn. 30,0, Flor. zinc. 3,75*. Уже 20 марта и эта язва почти полностью закрылась, но обе миндалины оставались изъязвленными, особенно правая. Они были смазаны ляписом, назначено смазывание жидкостью Руста, и начат курс лечения отваром: *Rp. Caric. arenar. 120,0, coq. c. Aq. font, ad Dec. 1080,0. DS*. На один день.

28 марта язва крайней плоти полностью зажила, однако изъязвления в зеве мало изменились. 1 апреля больной, по собственному желанию, мог быть переведен на амбулаторное лечение; приблизительно через две недели зажили и миндалины. В это время больной однажды был поражен рожистым воспалением члена и мошонки вследствие испуга или нарушения диеты. Эти органы непомерно распухли, отеки и сделались ярко-красными. Когда больной впоследствии как-то опять обратился в клинику, у него вокруг заднего прохода было найдено несколько экскориаций, против которых с успехом был применен *Extr. saturn.*

Необходимо еще отметить, что жена больного одновременно лечилась амбулаторно. На больших срамных губах у нее были такие же плоские грязные язвы, как у ее мужа на наружной поверхности крайней плоти. Когда эти язвы еще не зажили полностью, она разрешилась от бремени здоровым мальчиком, у которого не было обнаружено никаких признаков сифилиса.

Случай 63. Фимоз. Хрящевидное перерождение внутренней пластинки. Обрезание.

Афанасий, русский, слуга, 25 лет. Месяц назад после сношения началось сильное опухание крайней плоти, которое с течением времени все увеличивалось и к которому присоединились еще другие ниже перечисленные явления. Поступил в клинику 20 марта 1837 г. Крайняя плоть сильно распухла, однако сохранила цвет кожи. Отверстие ее узкое, с валикообразными краями; при безболезненном надавливании вытекала густая желтоватая жидкость, а по обеим сторонам от уздечки можно было прощупать значительные уплотнения. Мошонка длинная и дряблая, с несколькими экскориациями. Паховые железы распухли, болезненны, сине-багрового цвета. Все тело покрыто мелкой сыпью. Это были мелкие красные пятна и узелки, которые в тех местах, где сыпь уже отцвела, казались сине-багровыми и только на внутренней поверхности бедер превратились в пузырьки, наполненные желтым гноем.

В последние дни больной страдал также острыми болями в плечах, которые особенно усиливались под утро, от 3 до 4 часов.

Назначения: голодный режим, теплые окутывания на половые органы, каждый третий день 45 г сернокислой магнезии. 24 марта произведена операция по поводу фимоза, причем крайняя плоть, сильно оттянутая кпереди от венчика головки и удерживаемая здесь большим пинцетом, отсечена одним взмахом



ножа, после чего один выступавший край слизистой отсечен еще добавочно ножницами. Внутренняя поверхность крайней плоти была хрящевидно перерождена и сильно утолщена, но не изъязвлена. 27 марта начато методическое сдавление бубона, для чего была наложена колосовидная паховая повязка и сверх нее положен кирпич. На поверхность разреза крайней плоти, вскоре превратившуюся в вялую язву, была наложена повязка с красной преципитатной мазью. Против обильных густых беловатых безболезненных выделений из мочеиспускательного канала 31 марта были назначены промывания ляписом из 6,015 на 3,75 *Aq. dest.*

С 5 апреля поверхность разреза крайней плоти подвергалась прижиганию ляписом и быстрыми темпами начала заживать. 17 апреля она почти совсем зарубцевалась, но вместо того появились мелкие экскориации на левой небной дужке. Против этого больной получил жидкость для полоскания: *Rp. Flores Chamom., Herb. Salv. aa 45,0 ad Inf. 360,0.* Уже 19 апреля крайняя плоть полностью зарубцевалась, бубон рассосался, сыпь побледнела, а боли в плечах прекратились уже много раньше, так что больной мог быть выписан. Небная дужка впоследствии еще несколько раз была смазана ляписом, пока она также не зарубцевалась.

Через 10–12 дней после этого больной появился снова со значительными кондиломами вокруг заднего прохода. Последние были отсечены куперовскими ножницами, после чего тут же применено основательное прижигание поверхности разреза дымящей азотной кислотой. Наконец, во время одного из более поздних посещений больной был признан почти полностью излеченным и от этих последних запоздалых явлений.

Случай 64. Гангренозный фимоз. Гонорея и белая горячка. Отторжение. Выздоровление.

Адо, эстонский крестьянин из деревни, с неопределенного времени страдает триппером; три недели назад после простуды, как он думает, началась сильная лихорадка, и через несколько дней появились опухоль и боль в крайней плоти, а также боль при мочеиспускании. Все эти явления усилились до ишурии, которая прошла после смелого применения кубебы. Однако фимоз обострился. При страшнейших болях на крайней плоти вскоре образовались темные пятна, на которых вскочили пузыри, которые лопались и оставляли после себя быстро увеличивавшиеся язвы.

В ближайшие два дня вся крайняя плоть почернела, пока на третий день она совсем не распалась на отдельные части. Разумеется, все это сопровождалось соответствующим общим недомоганием.

Когда больной 13 октября 1836 г. был принят в клинику, крайняя плоть была разрушена на ее верхней поверхности и свисала под головкой в виде черного зловонного бесформенного комка. Сильно распухшая головка была вся в язвах. *Penis* был багрово-красный, распухший, очень болезненный, особенно вблизи гангренозной крайней плоти, где находилась сильно гноившаяся демаркационная линия. Паховые железы, особенно справа, сильно распухли. Мочеиспускание свободно и безболезненно.

Больной имел довольно истощенный вид, но пульс был не лихорадочный; напротив, нервная система была вовлечена в страдание. Дрожание рук, часто



бессмысленная речь, навязчивые видения, временами сонное состояние с кошмарными сновидениями – все это представляет симптомы хронической белой горячки, ибо больной был пьяницей.

Лечение. Гангренозная крайняя плоть отсечена ножницами, на соседние с половым членом части поставлено 20 пиявок, член окутан размягчающими припарками. Больному дано рвотное, которое подействовало больше вниз, чем вверх, и на третий день было повторено. Каждый вечер больной получал два доверова порошка по 0,3 г. Вследствие этого сознание уже в ближайшие дни (18 октября) совершенно прояснилось. Язвенная поверхность на члене очищалась и 16 октября уже могла быть перевязана с раздражающей мазью, благодаря чему она превратилась в хорошую гранулирующую поверхность, когда больного, по собственному желанию, 21 октября пришлось выписать из клиники. Когда он опять показался через месяц, рана полностью зарубцевалась, но из мочеиспускательного канала выделялось небольшое количество водянистого секрета.

Случай 65. Первичный и вторичный сифилис.

Борманн, шорник, 26 лет, поступил в клинику 6 января 1837 г. На левой стороне венчика головки члена имелась несколько углубленная кругловатая язва с грязным сальным дном, приподнятыми краями и медно-красными окружающими частями. Внутренняя пластинка крайней плоти образовала позади головки перетяжку, так что крайняя плоть не могла быть сдвинута вперед, через головку. На месте перетяжки внутренний листок крайней плоти образовал несколько отечных валиков. На всем теле имеется сыпь, особенно сильно распространенная на туловище: довольно тесно расположенные отграниченные медно-красные плоские пятна.

Назначения: частые теплые ванны, 3 раза в неделю по 45 г сернокислой магнезии и голодный режим. В первые три дня на половые органы накладывались припарки, вначале простые, затем ароматические, а после устранения перетяжки на шанкерную язву накладывалась повязка с красной преципитатной мазью, а иногда с сухим преципитатом. С 9 по 14 января больной получил втирания 5,5 г серой ртутной мази во внутреннюю поверхность бедер. 15 января он получил насыщенный раствор хлорной извести для обмывания охваченных сыпью мест. С 16 января можно было прижигать язву, очень склонную к заживлению, ляписом, а 19 января она зарубцевалась полностью. С 17 января больной получал одну дозу каломеля (0,18 г) вместе с *Rad. lalap. 0.9*, и так как десна начала изъязвляться, дано камфорное масло для смазывания изъязвленных мест. *Inf. h-b. Salv.* для полоскания рта и 20 января *Rp. Kal. hydrojodin. 7.5, Aq. dest. 240,0. MDS.* По 1 столовой ложке каждый час. 21 января опять 30 г сернокислой магнезии. К этому времени десна уже сделалась менее припухшей и чувствительной. Вскоре полностью исчезла также сыпь, и 31 января больной мог выписаться совершенно излеченным.

Случай 66. Первичный сифилис и бубон.

Иван Ефимов, русский купец, 22 лет, эпилептик. В начале ноября 1836 г. после сношения заметил на тыле члена и справа два небольших узелка, которые вскрылись и оставили две язвочки. После этого он должен был совершить путешествие в плохую погоду и при этом ощущал боли в пахах, особенно в правом,



где появилась темно-багровая очень болезненная и напряженная опухоль, которая прорвалась 19 декабря с выделением ихорозной жидкости. Больной поступил в клинику 22 декабря 1836 г. с двумя шанкерными язвами на боковой поверхности члена и вскрывшимся бубоном на правой стороне. Паховые железы на левой стороне были распухшие, но безболезненные.

Больной немедленно был переведен на голодный режим, получал красную ртутную мазь для лечения шанкров, поверх повязки накладывалась припарка, назначена также неаполитанская мазь для втирания в левый бубон; отверстие бубона на правой стороне было еще немного расширено, и в рану вводилась корпия, пропитанная маслом, а поверх нее накладывалась ароматическая каттаплазма из *Flor. Chamom.*, *Spec. resolvent. aa 120,0*.

Начиная с 25 декабря открывшийся бубон перевязывался с красной преципитатной мазью. 29 декабря была замечена пустулезная, похожая на чесотку, сыпь между пальцами, против которой были назначены промывания с растворами хлорной извести и следующая мазь: *Rp. Picis liquid.*, *Kali carbon, aa 90,0*, *Butyr. insuls. 160,0*. Однако эту мазь пришлось вскоре отменить, так как она вызывала воспалительное раздражение покрытых сыпью мест. Поэтому с 1 января 1837 г. лечение было ограничено одними только обмываниями зеленым мылом. Язвы вскоре стали склоняться к заживлению. Левый бубон почти полностью рассосался, а правый был еще несколько припухшим, с незначительными выделениями, когда больной 12 января мог быть выписан по собственному желанию. На правый бубон ему пришлось еще некоторое время накладывать красную преципитатную мазь и ртутный пластырь, к чему впоследствии прибавлялось прижигание ляписом, пока в конце месяца и этот бубон полностью не зажил.

Случай 67. Сифилитическая сыпь. Лечение по Вейнгольду.

У Семена, слуги, 24 лет, в ноябре 1836 г. после сношения появилась на головке члена небольшая шанкерная язва, которая после непродолжительного лечения зарубцевалась. Однако через 2–3 недели на лбу, на конечностях и, наконец, на животе появилась при сильном зуде сыпь: частично это были мелкие пустулы с темно-красной каемкой; частично медно-красные корки, которые вызывали по ночам болезненный зуд.

Больному был назначен голодный режим, 30 г глауберовой соли и ежедневно следующие два декокта: *Rp. Rad. Sassap. 120,0 ad Decoct. 720,0* и *Rp. Spec. Lign. 120,0 ad Decoct. 720,0*.

24 декабря 1836 г.¹ мы собирались прибавить к этому курс лечения по Дзонди, но уже в первый вечер больной, стараясь выполнить все добросовестно, принял сразу 35 пилюль, т. е. 0,1 г сулемы, которые он безнаказанно перенес. 27 декабря он получил раствор хлорной извести для обмывания сыпи и три вейнгольдовых дозы каломеля, каждая по 0,9 г, слабительное действие которых было усилено 29 декабря за счет 0,9 г клубня ялапы. Десны местами изъязвлялись, и имелось умеренное слюнотечение. 30 декабря опять 0,9 г *Rad. Jalap.*, полоскание для рта с квасцами, жидкость для смазывания с йодом: *Rp. Jodin. 0,4, Sirup. s. 30,0*. и внутрь 30 декабря: *Rp. Decoct. Alth. 240,0, T-rae jodin. gutt. XVIII*. По 1 столовой

¹ В оригинале, по-видимому, описка: указано 24 января 1837 г.



ложке 4 раза в день. Из этого лекарства больной к 3 января израсходовал только половину, и вместо этого ему было прописано: *Rp. Kal. hydrojodin. 7,5, Decoct. Alth. 240,0. MDS.* По 1 столовой ложке 4 раза в день. Сыпь с каждым днем бледнела, и даже начали отваливаться мелкие чешуйки. Вместо выше названных декоктов больному с 4 января назначен декокт из корня репейника¹ (из 120,0 на 720,0), с 15 января вместо этого каждый третий день давалось только по 45 г сернокислой магнезии. Сыпь с каждым днем все более бледнела; когда больной был выписан 28 января, следы этой сыпи оставались только в виде бледно-розовых пятнышек.

Парафимоз

Случай 68. Сифилитический парафимоз со сращением обоих листков крайней плоти. Операция в виде разреза для устранения перетяжки.

Карл, эстонский крестьянин, 39 лет, около 8 дней назад заметил в области отверстия крайней плоти желтоватый пузырек, который еще в тот же день лопнул, оставив, таким образом, после себя небольшую язву. Крайняя плоть начала распухать, и когда больной однажды оттянул ее обратно за головку, чтобы ее осмотреть, то это ему причинило такую боль, что он не мог решиться отпустить крайнюю плоть обратно. После этого, однако, припухлость крайней плоти все нарастала, головка тоже начала опухать, и больной несколько ночей не мог сомкнуть глаза от боли. Поэтому 15 декабря 1836 г. он обратился за помощью в клинику.

Головка члена была сильно распухшая, темно-багровая, горячая, болезненная при дотрагивании. Крайняя плоть сильно сдавливала член позади головки, а ее внутренний листок валикообразно выпячивался и образовал по обеим сторонам от уздечки два кармана, темно-багровых, горячих, болезненных, с неравномерно развитыми продолговатыми сального вида экскориациями. Из устья мочеиспускательного канала выступало незначительное количество слизистой влаги.

В первый день больному были назначены припарки на член и голодный режим. На другой день наложен глубокий разрез на образующий перетяжку участок крайней плоти и несколько поверхностных разрезов – в разных местах валикообразного кольца слизистого листка крайней плоти. Так как, однако, перетяжка этими приемами еще не была в достаточной степени устранена, то на следующий день снова было сделано несколько разрезов на кольце крайней плоти. Хотя эти разрезы и устранили перетяжку, но крайнюю плоть все еще не удавалось сместить кпереди через головку. От применения припарок сперва исчезла опухоль головки, а вслед за тем постепенно и отечность крайней плоти. Но экскориации только начинали развиваться, и лишь после длительного применения красной преципитатной мази удалось, наконец, их очистить и добиться их заживления к началу января. Против триппероподобных выделений из мочеиспускательного канала, сопровождавшихся болями, 21 и 22 декабря применялась микстура Дельпеша с копайским бальзамом, которую, однако, больной не переносил (т. е. его после нее рвало). Поэтому пришлось назначить

¹ По-немецки, в оригинале, Bardanadecoct.



масляную эмульсию с лавровишневой водой, которая уже в несколько дней полностью устранила гонорройное поражение. Только теперь, с 27 декабря, больной начал получать методически, каждые три дня, солевые слабительные в виде 45 г сернокислой магнезии, после применения которых вышеупомянутые шанкерные язвы впервые стали принимать более благоприятный вид и наконец зарубцевались, так что 6 января 1837 г. больной мог быть выписан.

В дальнейшем я приведу еще несколько случаев, относящихся к данному особому виду парафимоза. Этот хронический, или язвенный, парафимоз встречается чаще всего. Его проявления, причины, исходы и лечение совершенно иные, чем при обычном остром фимозе, который всюду принимается и описывается как типичный. Значительное выбухание внутреннего листка крайней плоти, отек последней, воспалительное опухание головки члена – вот обычные проявления парафимоза. Главной причиной обычного парафимоза и главным препятствием к репозиции крайней плоти является валикообразное опухание внутреннего листка, которое дало некоторым врачам повод сравнить его с эктропионом (Ф. Вальтер). Исходом последнего является гангрена крайней плоти, реже гангрена головки. Наконец, лечение состоит в репозиции, реже – в разрезе.

Напротив, при том парафимозе, который я здесь собираюсь описать, нельзя встретить какие-нибудь значительные воспалительные явления. Головка, правда, опухает и краснеет, но не лоснится, в крайней плоти можно видеть отек, сделавшийся уже хроническим, который охватывает преимущественно внутреннюю валикообразно вздутую пластинку крайней плоти. Сразу же позади этого валикообразного вздутия, плотноватого на ощупь, видна перетяжка. Если немного оттянуть вперед валикообразную часть крайней плоти, то можно заметить, что перетяжка образована изъязвленной поверхностью; обычно внутренняя пластинка, валикообразно вздутая, сама покрыта язвами.

Если еще обстоятельнее познакомиться с положением вещей, то нетрудно убедиться, что обе пластинки крайней плоти на месте перетяжки уже срослись между собой. Это сращение служит также главной причиной того, что крайней плоти не может быть придано ее нормальное положение, или, другими словами, лишенная складок крайняя плоть удерживается при этом парафимозе позади венчика головки вследствие отложения пластической лимфы. Если предоставить это заболевание своему естественному течению, то здесь никогда не приходится опасаться исхода в гангрену. Изъязвленная перетяжка все более внедряется вглубь, вздувшаяся и изъязвленная крайняя плоть, лежащая впереди этой перетяжки, становится все тверже и толще, язвы не обнаруживают никакой склонности к заживлению, и это состояние может, таким образом, тянуться месяцами. Половой член принимает от этого весьма обезображенный вид, S-образно искривляется, и функция его, естественно, нарушается. При таком парафимозе репозиция совсем невозможна. Сращения между листками крайней плоти, естественно, не могут быть разорваны.

Однако совершенно целесообразно предоставлять такое состояние своей судьбе. Тепловатые припарки, ванны и т. п. приносят только временную пользу. По-видимому, лучше всего помогают небольшие разрезы числом 5–6, наложенные на перетяжку. Эти разрезы необходимо продолжить в сторону тыльной поверхности члена до здоровой кожи. Они уменьшают натяжение в перетягивающем кольце и этим предотвращают увеличение припухлости. Одно то обстоятельство, что каждый из этих продольных разрезов превращается в поперечную рану, уже свидетельствует о том, что они существенно способствуют уменьшению натяжения. Я их применял уже неоднократно с большой пользой. Само собой разумеется, что их действие должно быть поддержано влажными тепловыми процедурами, теплыми припарками и т. д.

Случай 69. Сифилитические язвы, в зеве и на мягком небе с прободением последнего. Лечение декоктами. Неудавшаяся стафилооррафия.

Петрушка, мальчик в мясной лавке, 14 лет, 29 июля 1836 г. обратился в клинику в ужасном состоянии: истощенный, одетый в лохмотья, едва в состоянии произнести ясное слово, так как оно искажалось носовым звуком. Он рассказал, что в начале июня у него появились резкие боли в горле, которые мешали ему говорить и глотать. Глотание вскоре стало совсем невозможным, так как вся пища попадала в нос. Замученный этим и сильными ночными болями, он, обессиленный, слег в кровать. Однако его хозяин, приписывая все это лени мальчика, прогнал его, когда он столь нуждался в помощи. На распухшей, сильно покрасневшей небной занавеске, непосредственно над язычком, прижатом к распухшему корню языка, мы видели язву длиной и шириной около 2 см, с приподнятыми изрытыми краями и желтым салоподобным дном, в середине ее была дыра через всю нёбную занавеску, сквозь которую виднелась задняя изъязвленная стенка глотки. Все дно язвы было покрыто вязкой слизью.

Больной мог принимать только жидкую пищу, но большая часть ее выбрасывалась обратно через нос. Самый нос остался совершенно неповрежденным. Речь носила резко выраженный носовой оттенок. Ввиду явно шанкерного характера язвы мы были очень заинтересованы в том, чтобы тотчас же обследовать половые органы мальчика. Но последние были совершенно не поражены и еще очень неразвиты. Нигде в другом месте тела также нельзя было отметить какого-либо признака сифилиса. И все же язва в зеве была сифилитической, причем первично сифилитической. Дело в том, что больной спал в одной кровати с помощником мясника, ел с ним из одной миски и пил с ним из одной кружки. Этот помощник мясника, однако, как это обнаружило дальнейшее исследование, был поражен совершенно одинаковыми язвами как на головке члена, так и на нёбе.

Было решено подвергнуть больного курсу лечения декоктами и голодом, давать ему через день солевое слабительное, для смазывания язвы – смесь Руста и для полоскания рта – слизистый отвар. При таком лечении воспаление мягкого нёба и языка вскоре исчезло, больной стал лучше есть и пить. Края язвы вскоре приняли более чистый вид и по истечении месяца начали значительно



стягиваться, чему способствовало применение вяжущих жидкостей для полоскания рта, прижигание краев ляписом, а впоследствии настойкой шпанских мушек, так что 26 октября, в день, назначенный для стафилографии, язва имела следующий вид. Язык и мягкое нёбо были полностью свободны от воспаления; в нёбе, чуть выше основания язычка, имелось треугольное отверстие шириной 7,5 мм с совершенно гладкими и чистыми краями.

С целью наложения швов на нёбо этот дефект был превращен с помощью диффенбахова нёбного ножика в чечевицеобразное отверстие, обращенное своими острями вверх и вниз. После этого были наложены два шва по методу Грефе, а для устранения очень значительного натяжения были сделаны два косых боковых разреза мягкого нёба по Диффенбаху. Тем не менее натяжение в некоторой степени еще оставалось. В остальном операция удалась довольно хорошо, она только несколько затянулась потому, что у больного возникали частые позывы и многократная рвота. Больному был предписан строжайший покой. В ближайшие дни не было никакой реакции, но уже на 3-й день после операции верхний шов прорезался, а нижний ослабел и на 5-й день тоже совсем прорезался. Края раны покрылись хорошими грануляциями, и, благодаря применению вяжущих жидкостей для полоскания рта и прижиганию ляписом, они настолько стянулись, что отверстие в нёбе почти полностью закрылось; оно уже не мешало больному принимать пищу; из-за него примешивался только к речи слабый носовой оттенок.

Случай 70. Лепрозный сифилис (или ложный сифилис). Вторичное поражение костей. Лечение втираниями.

Петер, эстонский крестьянин, 57 лет, поступил в клинику 16 января 1837 г. У него отсутствовал наружный нос, и вместо него была только дыра в середине лица. На верхнем крае последней можно было еще видеть небольшую часть костной спинки носа, зато полностью отсутствовал кончик носа, большая часть перегородки носа и большая часть раковин. Внутри общей носовой полости имелось значительное скопление черных корок, состоявших из высохшей слизи. Выделения из носа были незначительны, болей в носу не было, а были только боли в лобной кости, особенно по ночам. На левой голени, в области большеберцовой кости, имелась более крупная язва и кнаружи от нее несколько мелких язв, частично отделенных друг от друга рубцами. Край язвы был скорее плотно прирачен¹, чем каллезен, неправильной формы, не очень возвышался над дном, а последнее – неровное, бледное, сухое, грануляции скорее слизистые, чем мясистые, вялого вида.

Оказалось, что первое возникновение этой язвы голени имело место еще 12 лет назад и проявлялось в виде красных пятен и сильно зудящих корок. Четыре года назад началась тупая боль в носу и истечение зловонной гноеподобной слизи. Против этого больной нюхал много табака, что вело к усилению боли и выделений, а в последние 8–9 месяцев вместе с гноеподобной слизью выделялись кровь и твердые частички. Часто бывали носовые кровотечения. Через три месяца количество выделений уменьшилось, однако свод носа провалился и с

¹ Имеется в виду – к дну язвы.



тех пор больной постоянно замечал, что у него внутри носа имеются язвы со зло-
вонным отделяемым. Как выяснилось, причиной этого было то обстоятельство,
что жена больного страдала белями, а впоследствии кариесом большеберцовой
кости с ужасными болями, возникавшими в полночь. К этому присоединилась
гектическая лихорадка, от которой она и погибла. Сам же больной никогда
не страдал ни шанкром, ни триппером.

Лечение. После того как были даны предварительно несколько слабитель-
ных из каломеля (0,18 г) и порошка ялапы (0,9 г), больной начал видоизменен-
ный курс втираний по Русту; каждый третий день в лоб и в плечи втиралось
5,5 г неаполитанской мази. По израсходовании 45 г мази у больного началось
сильное слюнотечение, наблюдающееся уже в течение нескольких дней, против
чего назначено с 9 февраля ароматическое и вяжущее полоскание для рта (Rp.
Hb. Salv. 30,0, Flor. Chamom. 22,5 ad Infus. 210,0) и камфорное масло в виде
лизунца, а внутрь 45 г сернокислой магнезии для послабления. При этом он
уже с 23 по 31 января провел большой курс лечения цитманновым декоктом,
который был повторен с 17 по 23 февраля, причем с 24 февраля присоединил-
ся еще курс лечения сулемой по Дзонди. До 12 марта, когда опять началось
обильное слюнотечение, он успел принять 0,45 г сулемы. С этих пор он был
оставлен без всякого внутреннего лекарства. На язвы голени вначале накладыва-
лись припарки, а затем раздражающие мази, благодаря чему они к 23 февраля
полностью зажили. Полость носа ежедневно очищалась крепкими ароматиче-
скими настоями (вначале: Rp. Flor. Chamom., Rad. Alth. aa 30,0 ad Infus. 300,0;
затем: Rp. Flor. Chamom., Rad. Calam. arom. aa 30,0 ad Infus. 360,0, adde T-rae
Myrrh, 15,0). При этом внутренняя поверхность носовой полости выполнялась
плюмассо, на которое намазывалась простая или раздражающая мазь, а для
поддержания дыхания временами вводилось гусиное перо. Полость носа по-
степенно очистилась и зажила, однако на левой стороне снаружи можно было
всегда ощущать обнаженную костную поверхность. Так как последняя упорно
держалась, то 2 марта она была подвергнута прижиганию каленым железом,
а 13 марта, наконец, отошел костный гребень, похожий на носовую раковину.
Только теперь и эта часть внутренней стенки носа начала покрываться кожей,
что завершилось 26 марта, когда больной и был выписан из клиники, так как
отверг предложенную ему ринопластику.

2. Язвы нижних конечностей

Многим из моих читателей несомненно покажется странным, что я применяю
еще слишком общее название: язвы нижних конечностей. Но для своего
оправдания я приведу то обстоятельство, что все виды дискразических язв в на-
шей стране имеют свою локализацию на ногах. Влажный холод нашего климата,
широкая возможность подвергаться наружным повреждениям ног, более вялое
кровообращение в ногах, к чему еще присоединяется то обстоятельство, что ноги
наших крестьян постоянно коченеют от грязи, которая вместе с потом образует
своего рода замазку, подавляющую деятельность кожи, столь распространенная



у нас скрофулезная и артритическая дискразия, – все это более чем достаточные моменты для возникновения язв на ногах.

Совершенно непонятно, почему многие из современных авторов все еще рассматривают язвы как исход воспалительного процесса. Я спрашиваю, какая аналогия существует между ненормальной нутритивной деятельностью тканей, которая обнаруживает постоянную тенденцию закончиться разрушением ткани, рассасыванием молекул или потерей вещества, и тем процессом, основная сущность которого состоит в повышенном накоплении сырого пластического вещества в паренхиме органов, в ожождествлении и спаянии самых разнообразных тканей.

Для меня воспаление, которое так легко присоединяется почти к каждой язве, является выражением всегда бодрствующей пластической деятельности организма, стремящегося восстановить потерянное. Я рассматриваю каждую язву как проявление борьбы между разрушительной и восстановительной деятельностью. Первая обыкновенно преобладает, и отсюда это скудное, искаженное отложение пластического вещества, которое рассеяно там и сям в прилегающих тканях, в краях язвы и иногда уже сразу при его возникновении вовлекается разрушительной деятельностью в патологическую сферу изъязвления. Пиогенная перепонка, образование грануляций, рубцевание, – коротко говоря, все проявления восстановительной деятельности, – являются несовершенными, слишком скудными в одних участках язвенной поверхности и слишком обильными в других.

Наиболее часто встречаются у нас язвы нижних конечностей следующих видов: 1) *ревматическо-артритические*, 2) *брюшные*, 3) *скрофулезные*, 4) *лепрозные* и 5) наконец, такие язвы, которые, возникнув в одном месте, поддерживаются в их патологической деятельности патологическим состоянием почвы, нечистоплотностью, сыростью, – коротко говоря, местными вредными влияниями. Диагностические особенности язв, отмеченные Рустом, всегда находили подтверждение и у меня; но мне кажется, что этот отличный немецкий хирург в недостаточной мере обратил наше внимание на различные осложнения и взаимосвязи отдельных язвенных форм. Нормы и типы лишь редко встречаются в проявлениях болезней.

Необходимо упомянуть еще об одном обстоятельстве, которое значительно затрудняет распознавание язв нижних конечностей. Это – осложнение местными изменениями, которые иногда при чисто местных язвах совершенно сходны с дискразическими формами. Каждому начинающему хирургу я советую всегда иметь в виду прежде всего местные изменения язв. Даже при наличии дискразических страданий эти местные изменения служат главным препятствием к заживлению. В отдельных случаях, наконец, дискразическая язва может быть чисто местной, ибо если в этом местном заболевании сосредоточилась какая-либо дискразия, то иногда она может истощаться с образованием этой язвы. Это не должно казаться нам странным, если мы вспомним о том, что и в остальной органической природе встречаются совершенно аналогичные явления. Вегетативная деятельность многих растений и насекомых прекращается навсегда вместе с рождением плода.



Лечение застарелых язв ноги, которое я применяю, состоит в следующем. 1) Ограничительный режим [голодная диета; слабительные (солевые и *Extr. Gratiol.*) даются каждые три дня]. Это лечение, естественно, регулируется в соответствии с возрастом больного и состоянием его сил. 2) Длительное горизонтальное положение. 3) Большая теплая припарка, применяемая непрерывно в течение многих недель. Это средство я применяю в начале курса лечения как при вялых, так и при воспалительных язвах; при первых – иногда в сочетании с ароматическими травами (*Flor. Chamom. cum Farin. semin. Lin.*). Несомненно, нет лучшего средства для стимуляции вялой резорбции и для очищения язвы, чем влажное тепло; кто этого не видел, тот едва ли сможет составить себе представление о том, с какой быстротой улучшается самый вид язвы уже в течение первых суток после применения теплой припарки. 4) Время от времени теплые ванночки из калия, щелочей или цикуты. 5) Давящая повязка в сочетании с влажным теплом, с раздражающими мазями (*Ung. basilic, c. T-ra Myrrh., Ung. praecip. rubr.* и т. д.), растворами ляписа, в соответствии с различным характером язвы. 6) Фонтанели к концу лечения (на плече или голени). 7) Курс лечения декоктами. Этими немногими средствами всегда можно обойтись, особенно если применять их с терпением. Только надо уметь их применять в надлежащее время и в подходящем случае. В этом – главное искусство.

Первое правило при лечении язв нижних конечностей гласит: тщательно изучить все те явления в окружности язвы, которые больше всего мешают ее заживлению. Я повторяю еще раз: как бы глубоко дискразия ни сидела в теле, она может сделать язву неизлечимой только в результате различных материальных изменений той почвы, на которой развилось местное заболевание.

Систематическое изучение самой язвы, сравнение ее с подобными вернее всего ведет здесь к диагнозу. Далее, край и дно язвы являются теми двумя пунктами, из которых исходит как разрушительная, так и восстановительная деятельность. Поэтому ткань, в которой происходит процесс изъязвления, дно язвы и ее край – вот те три вещи, которые должны быть тщательно изучены при всякой язве.

1. Ткань. Главное изменение почвы под язвой в большинстве случаев язв нижних конечностей состоит в жировом или хрящеподобном перерождении клетчатки и кожи. Этим самым создается значительное препятствие дальнейшему продвижению язвенного процесса. Природа использует отложение пластического вещества в качестве преграды против разрушительной язвенной деятельности. Она использует свойство хряща – дольше всего противостоять изъязвлению и рассасыванию, что так явственно выступает при аневризмах. Путем превращения кожи и клетчатки в хрящевую ткань она стремится задержать процесс изъязвления. Если язва ноги не гангренозна или если она не находится в связи с каким-нибудь костным поражением, она обыкновенно не проникает глубже, чем до фасции или, самое большее, до первого мышечного слоя. Разительный пример этого мы видим в случае 74, где язва после ожога существовала 15 лет и все же проникла не глубже, чем до большой ягодичной мышцы. Путем своеобразного превращения мышечного вещества, о котором я скажу ниже, природа и здесь старалась задержать прогрессирование изъязвления. Если мы обнаружим



при язве ноги этот вид перерождения кожи и клетчатого дна ее, то мы можем рассчитывать на полное заживление язвы лишь при условии активной стимуляции интерстициального всасывания. Это составляет одно из важнейших условий при всех застарелых язвах нижних конечностей. Влажное тепло и методическое давление являются двумя средствами в этом отношении. Первое к тому же повышает секрецию язвенной поверхности, снижает чувствительность и очищает. Давление может быть применено, по моему мнению, только в том случае, когда поверхность язвы уже покрылась грануляциями, если вся грязь исчезла со дна язвы и если, наконец, чувствительность уменьшилась. В некоторых случаях я замечал, что давящая повязка, несмотря на все эти условия, не переносится больным, а именно появляется тошнота, обложенный язык, вообще весь ряд желудочных явлений, которые после снятия давящей повязки явно стихают. Подобный случай описан в истории болезни 73.

2. Дно язвы, представляющее собой патологически сецернирующий орган, отражает порочное состояние окружающей почвы. Его ничтожная склонность к заживлению обуславливается отчасти этим состоянием почвы, отчасти ненормальной и необычайной вегетационной деятельностью, которая характеризуется неровностями – местами слишком обильным, местами недостаточным развитием грануляций.

Я думаю, что в этом отношении необходимо проводить существенную разницу между *собственно язвенной поверхностью* и *гранулирующей поверхностью*. Характерной особенностью первой является разрушение, непрерывная потеря органической массы, связанная с выделением гнилостной жидкости, так называемая гунтеровская экзальцеративная резорбция. Вторая, гранулирующая, поверхность образует собственно пиогенную перепонку, которая имеется на язвенной поверхности лишь в несовершенном виде, местами. На гранулирующей поверхности пластическая, восстановительная, органическая деятельность, очевидно, взяла верх над другой, разрушительной, деятельностью. Образование нового пластического вещества, которое впоследствии превращается в рубцовую ткань, представляет характерную особенность гранулирующей поверхности. Из этого видно, сколь велика разница между язвой и гранулирующей раной.

Главной целью хирурга при лечении язвы является превращение дна язвы в гранулирующую поверхность, – вот единственный путь для достижения заживления и рубцевания язвы. Это, разумеется, может происходить только путем перестройки резорбционной деятельности, связанной с изъязвлением. Однако необходимо учитывать жизнеспособность дна язвы. Состояние дна обнаруживает либо быстрое прогрессирование разрушительной деятельности (эретическая язва) со значительным поражением сосудистой и нервной системы, либо вялое течение последней (торпидная язва); поэтому оно требует различных, а иногда даже совершенно противоположных средств для устранения или улучшения этого состояния. Таким образом, быстрое прогрессирование язвенного процесса всегда сопряжено с воспалением (которое отнюдь не должно рассматриваться как его причина; см. выше). Здесь для смягчения воспаления необходимо применять влажное тепло, орошение тепловатыми наркотическими растворами и даже местное кровопускание. Если же, напротив, слиш



недостаточная вегетативная деятельность дна язвы является причиной прогрессирующего изъязвления, то дальнейшее его развитие мы можем задержать только активной перестройкой этого порочного, вялого восстановления путем искусственного возбуждения воспалительного процесса.

3. Край язвы. Главным условием заживления гранулирующей поверхности является *равномерное участие пластического процесса во всех точках этой поверхности*. Если преследуется цель скорейшего заживления язвы, то экссудация пластического слоя, образование сосудов, пиогенной перепонки и секреция последней должны происходить в равной мере и с одинаковой интенсивностью как со стороны дна, так и с краев грануляционной поверхности. Практический хирург более выразительно характеризует это патологическое явление, когда он говорит: «Дно гноящейся раны должно стоять на одном уровне с краем ее».

Напротив, в каждой язве, где пластический процесс развивается неравномерно и попеременно с разрушительным процессом, его внешние проявления также оказываются необычными. То пластическая деятельность сосредоточивается на краях язвы, то она больше концентрируется на дне и предоставляет края разрушительному действию изъязвления. Каждому известно проникательно установленное Рустом различие между синуозными и каллезными язвами. Это поразительное взаимодействие между краем и дном язвы лучше всего может быть показано на язве, имеющей вид свища; здесь отсутствует дно. Зато деятельность концентрируется в крае и придает ему хрящевидное, каллезное строение. Очень часто поэтому край создает своим необычным строением непреодолимое препятствие к заживлению язвы, и именно при язвах с такими ненормальными краями (как, например, при артритических язвах) природа стремится способствовать заживлению другими путями, что должно быть поддержано и врачом. Это есть так называемое образование островка в язве, – явление, которое имеет место, пожалуй, только в специфических язвах. Очень часто можно наблюдать на большой язвенной поверхности, что покрытие язвы кожей со стороны этого островка идет значительно интенсивнее, чем от края. На обычной гранулирующей поверхности отделение гноя на периферии постепенно прекращается; часть поверхности, ближе всего расположенная к краю, становится сухой и покрывается кожей. Напротив, на специфических, гноящихся поверхностях (язвах), образование островков свидетельствует о том, что отделение гноя прекращается в различных местах язвы, как в середине, так и с края. Наконец, в некоторых язвах восстановительная деятельность, питание дна настолько изменено, что край ее может переродиться до состояния настоящего вторичного продукта.

Главной задачей врача при лечении язв является, таким образом, полное изменение пластической деятельности по краям и равномерное распределение этой деятельности. Поэтому при лечении язв одним из важнейших вопросов является следующий: «Надо ли удалить край или только перестроить его питание, его вегетацию?» Удаление краев обязательно в двух случаях: 1) когда края уже нежизнеспособны, когда питающая кожу ткань, т. е. лежащий под ней слой клетчатки, разрушен язвенной резорбцией (например, при некоторых синуозных язвах), 2) там, где края переродились до образования вторичного продукта (при хрящевидном, стеатоматозном строении его).



Если же, напротив, пытаться возбудить резорбтивную деятельность краев, перестроить их вегетативную силу, то в нашем распоряжении имеются два средства: 1) средства, способствующие нагноению, и прежде всего влажное тепло; 2) давление как одно из наиболее эффективных средств, усиливающих резорбцию. Если язва сухая, с ничтожными выделениями, то нет более надежного средства для усиления резорбции в краях, чем именно припарка. Принцип, лежащий в основе этого лечения, состоит в следующем: «Для образования такого богатого пластическими составными частями секрета, как гной, выделительная деятельность органов нуждается в достаточном запасе материала. Из этого вытекает неизбежное антагонистическое уменьшение пластического вещества в окружающих тканях и, следовательно, в краях язвы».

Случай 71. Очень застарелая ревматическо-подагрическая язва ноги. Ложная рожа с образованием гнойников на голени и бедре. Лечение припарками и бинтовыми обвиваниями.

Адам Иогансон, экипажный мастер, 60 лет, впервые заболел подагрой головы и суставов 3 года назад. Эта болезнь мучила его в течение двух лет, особенно в определенные моменты, и стихла лишь после того, как на правой голени после предварительного высыпания красных пятен постепенно образовалось несколько мелких язв, которые затем слились; это увеличение язвы, равно как периодические приступы жестоких болей в ней, принудили больного 12 октября 1836 г. обратиться за помощью в клинику.

На правой голени в области икры имелась грязная зловонная язва величиной не менее ладони, с неровными каллезными краями; подобные им бугристые валики пересекали всю язву в разных направлениях, так что образовались неправильной формы островки и мостики, между которыми находились углубления, покрытые зеленовато-желтой плотной ихорозной массой. Вся поверхность выделяла гнилостную весьма зловонную жидкость. Окружность язвы – багрово-красная, не горячая, не отекая, лишь едва чувствительная при давлении. Непосредственно над этой язвой расположена подобная же язва величиной с грецкий орех и в верхнем отделе колена несколько более мелких язв. На бедре, в области тазобедренного сустава и на ягодицах имелось несколько синевато-красных рубцов после прежних язв. Вены этой конечности местами немного расширены. Паховые железы сильно распухли и тверды. На левой голени – небольшая овальная язва, покрытая коркой.

Общее самочувствие хорошее, но вид больного изможденный. Язва подвергалась лечению катаплазмой и уже начинала очищаться, когда больной через шесть дней после своего поступления был вынужден покинуть клинику. Только 13 января 1837 г. он мог поступить вновь. Но так как в течение этого времени он применял всевозможные знахарские средства, то язва уже потеряла свой характерный артритический оттенок и представляла собой неровную гранулирующую поверхность с крупными красными грануляциями, с изъеденными краями, местами твердыми, местами мягкими, более бледными на вид и с более похожими на гной выделениями.

Лечение состояло в общем и местном воздействии. В то время как язва на протяжении от 13 до 19 января очищалась посредством катаплазм, больной



периодически получал солевое слабительное, которое до 8 февраля давалось повторно каждый четвертый или пятый день. С 20 по 29 января производились бэйнтоновы обвивания ног, вначале с успехом, а в два последние дня больной стал жаловаться на расстройство со стороны живота, при этом язва приняла плохой вид. С этих пор язва в течение длительного времени (до 24 марта) либо подвергалась лечению простыми катаплазмами, либо покрывалась *Ung. basilic* и теплыми припарками, а временами также смазывалась слабым раствором ляписа. При этом и вид язвы изменялся: она становилась то более чистой, то более грязной. В общем же она постепенно уменьшалась и постепенно покрывалась кожей с краев, которые стали прилегать друг к другу; они прижигались ляписом.

10 февраля присоединилась ложная рожа правой стопы, которую лечили дачей внутрь рвотного и *Potio Riv. с Tart. emet.* (от 0,12 до 0,36 на 180,0). Стопа же была окутана припаркой, а 12 февраля был наложен разрез длиной 5 см и вглубь через напряженную фасцию голени, после чего наступило явное облегчение. 20 февраля пришлось вскрыть два менее значительных гнойника, один на тыле стопы, другой ниже язвы. То же самое пришлось сделать 22 февраля с гнойником, лежавшим выше внутренней лодыжки, и, наконец, 1 марта с более крупным гнойником, расположенным в середине бедра.

Лишь после того как 20 февраля больному были назначены авран с гваяком (*Rp. Extr. Gratiol. 1,875, Gumm. resin. Guajac. 3.75. Succ. Liquir. q. s. ut. f. pilul. pond. 0,18. DS. По 10 пилюль 4 раза в день*), к чему с 1 марта был прибавлен декокт из *Rad. Caric. arenar. и Rad. Chin aa 30.0 ad colat. 720.0*, и только после того как 4 марта были наложены две фонтанели на плечи, язва начала проявлять больше склонности к заживлению. Доза аврана между тем была увеличена (12 марта: *Rp. Extr. Gratiol. 1,25, Aq. Meliss. 150.0, Sirup. cort. Aurant. 30.0. MDS. По 1 столовой ложке 4 раза в день*, а 31 марта: *Rp. Extr. Gratiol. 2.5, Aq. Ment. crisp. 180.0. S. По 1 столовой ложке 4 раза в день*), 26 марта опять были начаты бэйнтоновы пластырные обертывания, поверх которых на всю конечность накладывался фланелевый экспульсивный бинт. Отныне больной стал переносить это местное лечение. Язва, которую стали смазывать раствором ляписа и покрывать *Ung. basilic.*, теперь начала быстрее рубцеваться и к 7 мая закрылась окончательно.

Случай 72. Очень застарелая варикозная и фунгозная язва голени с поверхностным омертвением большеберцовой кости. Лечение теплыми припарками и ножными ваннами. Гастрические явления после наложения давящей повязки.

Гильдебранд, управляющий, 30 лет, поступил в клинику 10 сентября 1836 г. Уже в течение 15 лет страдает он язвой передне-внутренней стороны нижней половины голени. Язва характеризуется следующими объективными данными: она атонична, разрастающаяся, края по своей форме неровные, отчасти приподнятые, отчасти гладкие, по своему строению каллезные, сине-багрового цвета. Дно язвы плоское, занятое крупными дряблыми грануляциями и покрытое довольно густым желтовато-серым гноем, за исключением внутреннего верхнего угла, в котором не видно грануляций и показывается гнилостная жидкость черноватого цвета. На наружном крае язвы справа, около большеберцовой кости, виден выпуклый округлый мясистый валик. Вокруг язвы можно видеть



многочисленные варикозные узлы и интерстициальную припухлость, похожую на слоновость и занимающую всю конечность сверху донизу. На верхненаружной поверхности голени имеются на коже отдельные участки покраснения, округлой нерезко очерченной формы, в середине которых возвышается серый узелок. На подошве заметны сине-багровые пятна. Исследование зондом показало некроз большеберцовой кости, а непосредственно около ее некротической части находится вышеупомянутый участок язвы, выделяющий черноватую гнилостную жидкость.

По словам больного, он в трехлетием возрасте страдал оспой; после выздоровления от этой болезни у него сразу же на всей правой нижней конечности обнаружился варикозные узлы. На четырнадцатом году жизни он отморозил обе голени, после чего на их задней поверхности открылись язвы. Язва на левой икре зажила полностью, и язва на правой тоже зарубцевалась. После этого, однако, открылась язва на передней поверхности правой голени, после заживления которой возник вышеупомянутый мясистый валик, и язва заняла затем то место, на котором она и сейчас расположена. Обильные разрастания дикого мяса временами отторгались, причем во время и после этого отторжения отмечалось истечение темной крови. 6 недель назад больной получил механическое повреждение на месте заболевания, после чего наступил некроз, а в последние 5–6 дней обнаружилось интерстициальное опухание всей нижней конечности. С третьего дня больной жалуется на ознобы, которые появляются после обеда и особенно сильны и длительны по вечерам. Впрочем, общее состояние больного до сих пор было хорошим; все выделения происходили нормально, больной мог свободно двигать конечностью.

Лечение. В течение первых 10–12 дней толстый валик, расположенный кнаружи от большеберцовой кости, ежедневно подвергался очень сильному прижиганию ляписом, после чего он начал уменьшаться и постепенно сравнялся с уровнем остальной язвенной поверхности. Между тем на всю язву накладывалась только припарка; кроме того, ежедневно назначалась щелочная ванна с цикуттой для всей голени, внутрь же каждые 5–6 дней давалось слабительное. 28 сентября началось применение бэйнтоновых окутываний, и эта процедура производилась в течение двух с лишним месяцев. Сначала больной не очень хорошо переносил это лечение, причем у него возникло гастрическое состояние. Однако это состояние уступило повторным приемам рвотного камня и риверова питья, тогда как давящая повязка периодически отменялась и на язву накладывалась повязка с *Ung. basilicon.* или *Mercur. praecip. rub.* Пластырные повязки, поддерживаемые экспульсивным бинтом, наложенным на всю нижнюю конечность, в дальнейшем оказывали весьма благотворное влияние на самую язву. Поверхность язвы сравнялась, покрылась однородными розовыми грануляциями, кожные края спаялись с поверхностью язвы и положили начало процессу заживления язвы, который стимулировался прижиганием ляписом. Чем скорее в дальнейшем заживление продвигалось вперед, тем необходимее становилось наложение фонтанели, которая была сделана 15 ноября под правой икрой. Мы уже раньше собирались наложить больному фонтанель на оба плеча посредством разреза, причем практикант по неосторожности перерезал на левом плече

лучевую подкожную вену, из которой последовало очень обильное кровотечение, остановленное давлением. После этого на плече развилось флегмонозное воспаление, которое рассосалось только после длительного применения припарок и ртутных втираний. 13 декабря больной был выписан выздоровевшим.

Случай 73. Артритическая язва ноги. Лечение бэйнтоновыми обертываниями.

Тина, полунемка из Юрьева, 58 лет, в течение полутора лет страдает язвами, расположенными на голених; одни из них время от времени заживают, после того как появляются другие, новые язвы. Уже с давнего времени больная жалуется на ревматические боли, а также на расстройство со стороны живота, которое, однако, после появления язв не прекратилось. В таком виде она 31 октября 1836 г. была принята в наше лечебное учреждение.

Местоположением язв были обе голени: на правой голени была язва длиной 5 см и шириной 7,5 мм, а на левой голени язва длиной лишь 2,5 см. Вокруг этих язв и вверх по голени до бедра были варикозные узлы вен. Форма обеих язв овальная. По словам больной, вначале было несколько отдельных круглых язв, слившихся, однако, в одну, принявшую продолговатую форму. Края лежат вплотную на дне; хотя они и несколько каллезны, все же не валикообразны, но плоские и острые, как обрезанные; цвет их – грязновато-белый. Дно мясистое, занятое многочисленными грануляциями; цвет – красный. Выделения состоят из жидкого кровянистого гнилостного гноя. Весь вид язвы скорее вялый. Боли в язвах незначительные, перемежающиеся, вообще не отличаются определенным характером, а вызываются скорее внешним прикосновением.

Лечение. Внутрь больная получала сильнодействующее *Vinum Colchici*, а также время от времени небольшие дозы сернокислой магнезии в качестве дигестивного средства, причем четвертую часть дозы.

Самая язва подверглась непрерывному лечению бэйнтоновыми пластырными обертываниями, которые возобновлялись вначале каждые три дня, затем каждые 4–5 дней и, наконец, через 6 дней. При этом язва постепенно теряла свой специфический характер, края стали соединяться друг с другом, и от них начиналось рубцевание, в то время как дно понемногу покрылось грязновато-красными грануляциями, которые, начиная от краев, прогрессивно вовлекались в процесс закрытия язвы кожей. В середине января 1837 г. больная могла быть выписана, так как язва зажила без всяких последствий.

Случай 74. Весьма застарелая язва на почве ожога. Своеобразное перерождение мышечного вещества. Смерть.

Паап, эстонский крестьянин, 31 года. 15 лет назад с ним случилось несчастье: во время сна его одежда загорелась. Проснувшись от боли, он пытался спастись тем, что бросился в соседнее озеро. Тем не менее прошло достаточно времени, чтобы огонь превратил заднюю верхнюю треть правого бедра и правую ягодицу в коричневый твердый струп. Через четыре дня эта корка, возникшая от ожога, отторглась, оставив после себя выделявшую секрет поверхность, которая время от времени опять покрывалась корками и очень медленно уменьшалась, так что год назад размеры язвенной поверхности составляли примерно 6 см². К указанному времени сначала между пальцами и на сгибательной поверхности кистевого сустава появилась зудящая пустулезная кожная сыпь; отдельные



из этих пузырьков достигали значительной величины и переходили в нагноение. Тепло усиливало зуд, вследствие чего последний по ночам был более тягостным.

С появлением этой сыпи язвенная поверхность, до сих пор еще не зарубцевавшаяся, начала снова увеличиваться. Одновременно и здесь начался зуд, особенно тягостный в тепле, при этом язва быстро увеличивалась и выделяла обильный секрет; отчасти вследствие непрерывной и обильной потери соков, отчасти вследствие нарушенного ночного покоя, больной все более и более истощался телом и силами, что и заставило его 14 января 1837 г. просить о приеме в хирургическое отделение нашей клиники. При этом он тут же рассказал, что он уже испытал против язвы все ему известные местные средства: ее травили, посыпая то золой, то жжеными квасцами, то порохом и т. д.

После принятия больного в клинику состояние его было следующее. Больной имел изможденный вид, пульс был учащенный, 90 ударов в минуту. Впрочем, не было никаких явлений, характерных для лихорадки: озноба, жара, жажды и т. д. Больной мог еще ходить, но после малейшего физического напряжения он чувствовал себя очень утомленным. На руках, особенно между пальцами, а также на всем теле, за исключением лица, имелось много пустул, похожих на чесоточные, величиною с небольшую булавочную головку, вперемежку с мелкими коричневатыми корочками; последние возникали в результате высыпания пузырьков. На правой ягодице и верхней задней трети правого бедра имелась язвенная поверхность, покрытая в середине зеленоватыми корками; размеры ее около 25 см в длину и 15 см в ширину. Внутренний ее край, находившийся на расстоянии примерно 2 см от заднепроходного отверстия, был красный и распухший, особенно в области заднепроходного отверстия; при надавливании на него из бесчисленных мелких отверстий выделялся густой желтоватый гной. Это явление свидетельствовало о перешедшем в нагноение воспалении поверхностных слоев подкожной клетчатки. Нижний, наружный и верхний края также немного припухли и покраснели, но не были пропитаны гноем.

После отпадения корок, вызванного размягчающими припарками, обнажилась поверхность, покрытая крупными бледными нечувствительными разрастающимися грануляциями. Все это по форме имело поразительное сходство со слизистой оболочкой, покрытой густо расположенными кондиломами. Во многих местах можно было приподнять грануляции от подлежащих тканей посредством подведенного под грануляции зонда, так как они образовывали тяж, который прирастал только обоими своими концами. С помощью зонда нигде не удавалось обнаружить отверстий, проникающих в глубину, и вся эта язва нигде не проедала широкой фасции бедра. Бедро больной стороны почти не поддавалось сгибанию, что объясняется отчасти обильно развившейся на почве ожога рубцовой тканью на разгибательной стороне сустава, отчасти тугоподвижностью самого сустава, обусловленной длительной неподвижностью поврежденной конечности.

Лечение. Язва с особым упорством противостояла всякой попытке лечения: ни нежные, ни сильные средства не были в состоянии изменить ее столь своеобразный, специфический характер. Она упорно удерживалась в своих пределах, в разрушительный круг действия которых она *вовлекала* все вещества, поддерживающие существование индивидуума, подтачивала его жизненную



силу и наконец подавила самую жизнь. Только кожная сыпь уступила уже в первые две недели применению теплых мыльных ванн, и после предварительной дачи солевых слабительных было присоединено лечение серным цветом (21 января: Rp. Sulf., Sem. Foenic. aa 7,5, Crem. tart. 60,0. MDS. По 1 чайной ложке 2 раза в день. 23 января: Rp. Flor. sulf. 11,25, Magnes. carbon. 5,5, Sem. Foenic. 7,5, Crem. tart. 45,0. MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день).

Местные средства были применены в следующей очередности.

1) С 15 по 20 января язва подвергалась лечению катаплазмами, после чего ее чрезвычайно зловонные выделения значительно усилились.

2) 21 января весь край язвы, длиной 15 см, пропитанный гноем, как губка, и направленный в сторону заднего прохода, был иссечен ножом, причем кровь била струей из нескольких кожных сосудов, которые были затампонированы с помощью агарика. Иссеченный участок состоял из кашицеобразно разрушенной клетчатки и валикообразного твердого кожного края. Вся язва была покрыта алтейной мазью, а сверх нее положена припарка.

3) 25 января были срезаны скальпелем кондиломатозные валики в середине язвы, и тотчас же поверхность среза была подвергнута очень основательному прижиганию ляписом, а кровотечение было остановлено путем применения агарика и градуированных компрессов; затем была наложена давящая колосовидная повязка на таз. Однако больной не переносил этого давления; он начал лихорадить, провел две бессонные ночи, потерял аппетит и жаловался на более резкие боли в язве. Поэтому 27 января повязка была снята: язва распространяла ужасное зловоние и на своей сглаженной середине имела выпячивание кроваво-красного вида.

4) Это место опять основательно прижигается ляписом, покрывается *Ung. basilic. с T-ra Myrrh.* и катаплазмой. После этого вид язвы как будто улучшился и количество ее секрета уменьшилось.

5) 3 февраля край язвы, расположенный вблизи заднего прохода, снова оказался совершенно таким же, как вначале, и поэтому был покрыт сулемовой пастой Грефе (Rp. Merc. sublim. corros. 15,0, Gumm. arab., Aq. dest. aa 5,0. M. f. pasta), которая превратила весь кожный желвак в единый струп. Последний отделился от подлежащей раневой поверхности, хорошо гранулировавшей в этом месте, и завернулся кнаружи. Хотя струп этот с течением времени и отторгся, однако основание его снова образовало валик, который вскоре сделался таким же продырявленным в виде решета и перерожденным, как это было на данном месте вначале. Таким образом, язва в этом месте еще больше расширилась и на одном участке уже соприкасалась с заднепроходным отверстием.

6) Между тем с 12 февраля середина язвы подверглась лечению красной преципитатной мазью (Rp. Mercur. praecip. rubr. 3,75, Adip. suill. 30,0), а с 18 февраля мазью из каломеля (Rp. Calom. 3,75, Adip. suill. 30,0); напротив, периферическая часть язвы покрывалась алтейной мазью или цератом, поверх чего накладывалась припарка. С 13 февраля больной получал также ежедневно местную щелочную ванну. При этом с 8 февраля был назначен следующий декокт: Rp. Rad. Chin. ponderos. 60,0 ad Dec. 720,0. S. На один день. Но можно сказать, что язва при этом приняла более дурной вид, чем раньше, и распространяла



зловоние еще большее, чем когда бы то ни было. К тому же с 18 февраля присоединилась частая рвота, которая чередовалась с поносами или сопровождала их. Начались ночные поты. Больной стал сильно худеть и принял жалкий вид. Так продолжалось в течение всего марта. Поэтому еще с 20 февраля он получал следующее лекарство: *Rp. Cort. Chin. 15,0, coq. s. Aq. s. q. s., colaturae 180,0 adde Extr. Trifol. fibrin., T-rae aromatico-acid. aa 3,75, Sirup. s. 30,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

7) 26 февраля валикообразный край язвы, примыкавший к заднему проходу, опять был покрыт пастой Грефе, и 1 марта там образовался толстый струп, который 4 марта отторгся снова, оставив после себя край, подобный прежнему.

8) 6 марта средняя часть язвы, имевшая наихудший вид, была покрыта английской мазью (*Rp. Acid. nitr. fumant. 3,75, Adip. suill. 30,0*), что было затем повторено 15 и 23 марта; это средство не оставалось совсем индифферентным, ибо покрытая им язвенная поверхность затянулась тонкой коркой, после отторжения которой оставшаяся поверхность имела немного более опрятный вид. Однако при этом возникло ощущение тяжести в области желудка, чувство полноты в груди и участилась рвота.

9) Между тем остальная часть язвенной поверхности с 11 марта покрывалась повязкой по Русту (*Rp. Infus. flor. Chamom. 180,0, Lap. infern. 1,875, T-rae theb. 3,75*).

10) 20 марта снова были снесены ножом вторично развившиеся кондиломатозные разрастания посередине язвенной поверхности: это было мягкое, мякотное серовато-красное вещество.

11) 30 марта часть края язвы, распространившегося на заднюю поверхность бедра, была засыпана мышьяковым порошком Дюпюитрена (*Rp. Calom. 5,64, Arsenic, alb. 0,36*). За три дня образовалась корка, которая затем отторглась, оставив после себя грязную поверхность.

12) Так как силы больного все больше и больше слабели, мы на время полностью отменили сильно прижигающие средства, ограничившись только тем, что покрывали язву то повязкой Руста, то простой мазью и припаркой. Но язва при этом вовсе не изменялась, разве только принимала местами дурную окраску и издавала запах падали.

Напротив, общее лечение все более захватывало наше внимание, но и оно могло иметь только паллиативный характер. Против рвоты еще больше всего помогала синильная кислота, а против поносов с тенезмами лишь в начале оказывали некоторую помощь клизмы с опиумом. Применявшиеся против чувствительности в подреберьях и ощущения тяжести в желудке летучие раздражающие втирания (*Rp. Linim. ammoniato-camphor. 60,0, T-rae Canthar. 1,875*) и наркотические припарки на живот оставались почти безуспешными. Все указанные дурные симптомы сохранялись большей частью в таком виде, если только не ухудшались еще больше: истощение и слабость дошли до своих пределов, пока, наконец, 18 апреля слабый огонек жизни не погас.

Вскрытие. Язва была в общем грязного, красновато-коричневого цвета, и в сравнении с состоянием больного при поступлении в клинику немного увеличилась в сторону гребня подвздошной кости и в сторону заднепроходного

отверстия, так что последнее казалось само вовлеченным в процесс. Однако слизистая оболочка заднепроходного отверстия не была поражена. На многих участках язвы можно было отделить особую пиогенную мембрану, под которой находился коричневатого-желтый слой пластической лимфы толщиной в 1–2 линии, за которым следовали в глубине неповрежденные мышцы. Жировая ткань была сплошь уплотнена и потеряла свое гроздевидное строение. Своеобразным оказалось перерождение большой ягодичной мышцы, ибо в то время как обнаженная поверхность последней составляла большую часть язвенной поверхности, на которой можно было отчетливо различить грубую волокнистость мышцы, вся толща мышцы была превращена в салоподобную массу цвета вареной брюквы. Здесь нельзя было обнаружить никаких следов мышечных волокон. Большой вертел был обнажен, и поверхность его шероховата. В направлении книзу было обнажено также влагалище седалищного нерва, оно было серое и гнилое. Головка и шейка бедренной кости были во всех своих размерах меньше, чем на другой ноге. Все внутренности были нормальные, только в левом легком был небольшой очаг опеченения. В прямой кишке и в нижних отделах подвздошной кишки имелась слабая воспалительная инъеция, а в толстой кишке – отдельные участки утолщения слизистой оболочки.

Случай 75. Менструальная язва на почве наружного повреждения.

Анне, крепкая 19-летняя служанка, поступила в клинику 10 марта 1837 г. Второй палец левой стопы был красный, распухший и более толстый, чем первый палец; на сгибательной его стороне имелись три язвы, две более мелкие и одна покрупнее; последняя имела слегка утолщенные и чуть покрасневшие обрывистые края и углубленное грязное дно, покрытое остатками омертвевшей клетчатки. Подобный вид имели также обе более мелкие язвы, из которых одна, сидевшая на наружной поверхности первой фаланги пальца, пропускала зонд до надкостницы и сообщалась с более крупной язвой посредством свищевого хода. Другая сидела на внутренней стороне второй фаланги. Выделения из всех трех язв были зловонные, желтоватые и густоватые.

Семь недель назад больная загнала себе в стопу, против головки второй плюсневой кости, осколок стекла, после чего второй палец сильно распух, и через неделю гной прорвался на месте теперешних язв, в то время как первоначальная рана зажила. Когда после поступления больной в клинику небольшой свищевой ход был вскрыт и палец в течение двух дней подвергался лечению катаплазмами, характер язвы сделался яснее: резко очерченные края, плоское и углубленное дно, целиком покрытое красными сосочками, похожими на сырое мясо, с желтыми прожилками между ними, – это была менструальная язва, причиной которой являлось ложное рожистое воспаление, обусловленное стеклянным осколком. Было установлено также, что больная еще не имела месячных, но уже ее беспокоили *molimina menstrualia*. Мы сами оказались впоследствии свидетелями этих последних, равно как и истерических припадков, которые лечились повторно банками на область сердца и на спину, горчичниками и ножными ваннами, а внутрь для борьбы с этими припадками давались *Extr. Hyosc.* и *Tart. boraxat.*, пока 11 апреля, с наступлением первых месячных, они не прекратились сами.



Только в это время и местное лечение имело большой успех, ибо до этих пор язва почти совсем не изменилась и упорно оставалась вялой, несмотря на применение раздражающих мазей (*Ung. basilicon. c. T-ga Myrrh., Ung. praecip. rubr., Ung. oxugenat.*) и начатое 17 марта применение давящей липкопластырной повязки. Только к концу марта края язвы спаялись с дном, грануляции очистились, и при непрерывном применении ляписа, *Oxymel aerug.* (29 марта) и пластырных полосок удалось заживить эту небольшую, но столь упорно не поддававшуюся лечению язву.

Больная была выписана 12 апреля. Однако вся стопа была еще сильно опухшей из-за повторных упражнений в ходьбе; поэтому больной было рекомендовано вначале по возможности щадить ногу. Так как она не последовала данному ей совету, то через несколько недель подверглась амбулаторному лечению по поводу другой менструальной язвы, которая образовалась на голени.

3. Костные язвы

Случай 76. Некроз второй и третьей фаланги пятого пальца кисти после наружного повреждения и ознобления. После удаления секвестра удалось приживание оставшегося комка мягких тканей, висевшего только на кожном мостике (своего рода ложный палец). Образование гнояников на предплечье.

Фридрих Ситт поступил в клинику 14 ноября 1836 г. Правое предплечье сильно распухло, и все пальцы правой руки неподвижно согнуты. На пятом пальце отсутствовала третья фаланга, а черная и омертвевшая головка второй фаланги того же пальца торчала наружу. Между первой и второй фалангой располагалась очень вялая язва, которая проникла в глубину настолько, что вторая фаланга лишь едва была связана с первой и ее, помимо воли больного, можно было вертеть во все стороны. Из анамнеза выяснилось, что больной еще 8 июля, расщепляя дерево столовым ножом, порезал себе мизинец между 1 и 11 фалангой до самой кости. После применения припарок, дигестивной мази и прикладывания куска сала образовалась язва, которая частично зажила, а частично осталась открытой и вялой. Когда он впоследствии предпринял при сильном морозе поездку за город, то отморозил себе больной палец, после чего ногтевая фаланга при лечении мазью из стиракса стала гангренозной и отторглась.

Составляя план лечения, мы задались целью по возможности сохранить палец. Ради этого мы подвергли больной палец в течение двух дней лечению катаплазмами, после чего корнцангом удалось извлечь вторую фалангу из ее мясистого чехла. Вместо нее в рану введен фитилек с раздражающей мазью; с целью уменьшения воспалительного напряжения был сделан на пальце разрез, на язвенную поверхность также наложена повязка с раздражающей мазью, а к боковой стороне пальца фиксирована узкая деревянная шинка. На предплечье производилось втирание серной ртутной мази с камфорой и сделана катаплазма из *Spec. resolvent.*

Хотя язва на мизинце все время сохраняла свой вялый вид, все же на ней образовались грануляции, благодаря чему вторая фаланга постепенно приобрела более

прочную связь с первой и стала более плотной внутри. Однако ложнорожистая припухлость предплечья и кисти упорно держалась, и против этого 25 ноября был произведен разрез длиной 2,5 см в области возвышения пятого пальца, 26 ноября – более длинный разрез на ладони, а 29 ноября – значительный разрез на предплечье. Из каждой из этих ран выделилось некоторое количество ихорозного гноя и большое количество омертвевшей клетчатки. Причиной этой ложной рожи, несомненно, являлось поражение надкостницы и сухожильных образований; поэтому больной в течение некоторого времени (с 25 ноября по 5 января) применял ванночки для рук из *Infus. hb. Cicutae c Lap. caust.* и втирания в предплечье *Ung. Neapolit. c Camphor.*

Наконец, оставалось еще устранить искривление пальцев, против чего оказались безуспешными щелочные ванночки. В дополнение к ним каждый палец в отдельности был прикреплен к особой дощечке, вырезанной по форме руки, и постепенно все более и более разгибался. Таким образом удалось ко дню выписки 17 января 1837 г. почти полностью устранить припухлость предплечья и кисти и вернуть подвижность пальцам, которые стали довольно хорошо разгибаться. Пятый палец, который теперь представлял собой не что иное, как кожный цилиндр, набитый рубцовой тканью, мог совершать небольшие движения только первой фалангой и вместе с нею сросшейся второй фалангой, но отнюдь не одной этой фалангой. Таким образом, весь этот палец не был целиком непригоден для захвата и удержания предметов.

Случай 77. Кариозная язва ногтевой фаланги большого пальца кисти на почве панариция. Вычленение.

Лена, 17-летняя крестьянская девушка, эстонка, поступила в клинику 15 мая 1836 г. с заболеванием большого пальца левой руки. Ногтевая фаланга этого пальца, значительно распухшая и твердая, содержала три свищевых хода воронкообразной формы с каллезными краями. При зондировании последних можно было натолкнуться на шероховатую кость. При сгибании большого пальца можно было услышать отчетливую крепитацию между обеими его фалангами. По словам больной, год назад у нее образовалась болезненная красная припухлость (панариций) большого пальца, после вскрытия которой постоянно выделялся гной и постепенно развилась огромная опухоль, по-видимому, происходящая из надкостницы. Показанная здесь экзартикуляция ногтевой фаланги была выполнена 16 мая с образованием нижнего лоскута, и так как головка второй фаланги при этом оказалась тоже кариозной, она была одновременно отпилена. Рана заживала вторичным натяжением, и 1 июня больная уже могла быть выписана.

Случай 78. Частичный некроз большеберцовой кости. Мелкие секвестры всюду были окружены новым, сильно разрыхленным костным веществом. Повторное удаление секвестров посредством трепанации. Выздоровление.

Генрих Тиль, подмастерье столяра, с мая 1835 г. страдает колющими периодически повторяющимися болями в левой голени, сопровождающимися покраснением и опуханием голени. Он сперва лечился у какой-то старухи-знахарки, а потом у врача. По ходу лечения дважды были вскрыты флюктуирующие гнойники, причем зонд натывался на шероховатую большеберцовую кость. Одна рана после



разреза впоследствии зажила, в то время как другая оставалась открытой и к ней еще присоединились три вновь открывшиеся язвы. Временами больной ощущал в пораженной голени резкое колотье, которое особенно усиливалось ночью от тепла в постели. Так больной возился с этим всю зиму, пока не обратился 16 апреля 1836 г. в клинику с просьбой принять его.

Больной был еще в хорошем общем состоянии; во время ходьбы он держал больную ногу ниже, чем здоровую. На передней поверхности левой голени соответственно положению *tibia* видна незначительная выпуклая, твердая, безболезненная при давлении, несмещаемая припухлость, на которой одна под другой располагались четыре язвы. Из них верхняя, возникшая первой, имела форму воронки, диаметром 1 см, с едва выраженным наростом. Проведенный через эту язву зонд натыкался на изъеденную кость, причем зонд можно было продвинуть вниз в направлении оси кости. Под этой язвой находилась вторая, в три раза более крупная язва, на дне которой можно было ясно разглядеть белую кость. Ниже находились еще две подобные язвы, но в них нельзя было так ясно разглядеть кость. Все четыре язвы имели каллезный край толщиной в 2 см, более или менее округлую форму и выделяли зеленовато-грязноватого цвета гной. В трех нижних язвах можно было по цвету кости и по стеклянному звуку при зондировании распознать некроз кости. Все эти язвы, по-видимому, сообщались между собой посредством свищевых ходов в перерожденном костном веществе.

Лечение. Сначала все четыре язвы были соединены между собой одним разрезом, проникавшим до кости, затем голень была окутана припарками и делались ежедневные ножные ванны с *H-ba Cicut.*, а в дальнейшем с калиевой щелочью и *H-ba Sabin*. Уже на другой день можно было удалить изрешеченный костный секвестр в виде пластинки длиной 7,5 см, а через 14 дней после расширения раны подобный же костный секвестр, но меньших размеров. На самую язву при этом накладывались повязки преимущественно с раздражающей мазью, так как в ней развивались большие бледные сосцевидные разрастания; время от времени применялись окутывания конечностей припарками, а когда наступало обострение болей, на края язвы ставили 5—8—10 пиявок. Хотя при этом иногда отходили еще некоторые мелкие костные осколки, все же крупный секвестр, который еще ощущался в ране, сидел прочно и не поддавался извлечению.

Одновременно внутрь с 28 апреля применялись пилюли следующего состава: *Rp. Acid. phosphor. sicc., Rad. Calam. arom., Gumm. resin., Asae foetid., Pulv. rad. Alth. aa 3,75. M. f. pil. pond. 0,12. DS.* По 6 пилюль 3 раза в день. Когда же впоследствии начало устанавливаться гектическое состояние, особенно с ночными потами, то вместо них с 6 мая больной стал получать: *Rp. Cort. Chin. 30,0, Coq. c. Aq. font. q. s., sub. fin. cod. adde Rad. Calam. arom. 30,0, colaturae 240,0 adde Acid. phosphor. dilut. 7,5, Sirup. s. 60,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 3 часа. Когда же 17 мая установилась трехдневная перемежающаяся лихорадка, больной стал получать сперва микстуру с нашатырем вместе с *Tart. emet.*, а затем экстракт хины холодного приготовления и, наконец, хинин, к которому ввиду продолжения поносов наряду с ночными потами и вечерними ознобами был еще прибавлен опий. Перемежающаяся лихорадка

исчезла, в течение июня больной при довольно питательной диете постепенно стал опять набирать силы, но в начале июля ввиду особых обстоятельств он должен был оставить клинику.

Только 15 сентября больной вторично обратился и был принят в клинику. За истекшее время ничто существенно не изменилось, разве только язва имела еще более вялый вид и голень была еще более опухшей. 17 сентября язва во всю ее длину была рассечена до кости, мягкие ткани отпрепарованы в виде двух боковых лоскутов, оттянутых в разные стороны. После этого иссечен частично долотом, частично круговой пилой широкий кусок каллезной толстой костной массы длиной примерно 12 см и шириной 5–7,5 см. По удалении ее обнаружены и извлечены две небольшие продырявленные секвестральные пластинки. Только теперь, под влиянием щелочных ванн с цикуты и раздражающей повязки, язва вскоре стала принимать лучший вид. Хотя отошло еще немало небольших костных осколков, края язвы все же сделались плоскими, язва постепенно заполнялась хорошими грануляциями, из краев постепенно, шаг за шагом, происходило покрытие язвы кожей. Таким образом, в конце октября больной мог перейти на амбулаторное лечение, и в январе 1837 г. язву удалось довести до полного заживления.

4. Spondylarthrocace и coxarthrocace

Случай 79. Болезнь Потта. Скрофулез. Лечение каленым железом. Паретическое состояние конечностей остается мало измененным; однако болезнь не прогрессирует.

Людвиг, эстонский мальчик, 4 $\frac{1}{2}$ лет, со скрофулезной внешностью, был принят в клинику 24 апреля 1836 г. Ребенок мог пройти только несколько шагов и то с большой неуверенностью и страхом, при своеобразной осанке туловища, – коленками, согнутыми вперед, с переваливающейся походкой (причем еще несколько недель назад он наступал сперва на носки), покачивая тазом в стороны, с головой, слегка откинутой назад, и протянутыми вперед обеими руками, с наполовину согнутыми локтевыми суставами и вяло свисающими кистями. Когда его сажают, он плачет, и лишь в горизонтальном положении может находиться подолгу.

Порой ребенок жалуется на боли в ногах и особенно на боли в ягодицах во время сидения. Иногда бывают непроизвольные судороги в ногах как днем, так и ночью. Коленный сустав при сгибании слегка тугоподвижен. Чувствительность в ногах не понижена; ноги не дряблые, но только немного похудели. На спине имеется небольшой горб, в образовании которого участвуют X, XI и XII грудные позвонки, причем XI позвонок выдается больше других. Это место, однако, тоже совсем безболезненно при давлении, и прикосновение к позвоночнику губки, смоченной в кипятке (по Копленду), не вызывает вздрагивания при дотрагивании до этого места. Общее самочувствие хорошее; пищеварение нормальное, мочеиспускание и дефекация тоже; живот вздут и напряжен. Иногда появляется озноб с последующим жаром и потом.



Анамнез. Около года назад появилась слабость в ногах, неуверенная походка, легкая утомляемость, неприятные ощущения в ногах. Через месяц после этого ребенок упал на спину с лошади. С полгода назад родители заметили небольшой горбик на спине, который постепенно начал увеличиваться.

Лечение. Назначены 3 раза в неделю соленые ванны, а внутрь следующее противоскрофулезное средство: *Rp. Calomel., Sulf. antim. aurant. aa 0,015, Extr. Cicut. 0,03, Sacch. alb. 0,6. M. f. pulv., Dentur tal. dos. № 12. S.* По 1 порошку утром и вечером. 25 апреля посредством призматического раскаленного железа по обе стороны от горба проведена полоса длиною 7,5 см. Образовавшийся от этого ожога струп отторгался очень медленно, и только 10 мая можно было в каждый раневой желоб положить по 10 горошин. Мы наблюдали за ребенком с этими фонтанелями до 10 августа, т. е. дня его выписки. К тому времени состояние больного изменилось очень мало, так как без посторонней помощи ребенок мог пройти очень медленно и неуверенно самое большее только 20 шагов. Горб на спине во всяком случае не увеличивался. Отец получил указания поддерживать фонтанели открытыми еще не менее 1 года и изредка доставлять сына опять в клинику. Тем не менее мы его больше не видели.

Случай 80. Spondylarthrocace вследствие отложения скрофулезного вещества в костной ткани. Лечение каленым железом и стрихнином. Смерть.

8-летняя эстонская девочка Элло, по словам ее отца, не перенесла, кроме обычных детских болезней, никаких других заболеваний, пока 6 месяцев назад она не начала жаловаться на некоторую усталость и слабость при ходьбе. Кроме того, вскоре при ходьбе появились какие-то качания и неуверенность, иногда же девочка спотыкалась, хотя на дороге не было никаких препятствий. Она стала избегать всяких движений тела, становилась все более вялой и печальной; это состояние тянулось несколько месяцев, пока, наконец, не установилась полная невозможность пользоваться нижними конечностями. Вскоре после этого родители заметили искривление спины назад. Ребенок и раньше жаловался, если не прямо на боли, то все же на непривычное и неприятное ощущение в этом месте.

24 апреля, после принятия больной в клинику, исследование обнаружило следующее. Нижние конечности поражены параличом, так что в них отсутствует всякая подвижность и чувствительность. Если приподнять ребенка и держать его на весу над полом, то носки его будут обращены вниз, а пятки сильно подтянуты вверх, так что подошва соприкасается с полом под тупым углом. При этом голеностопные и коленные суставы обнаруживают высокую степень тугоподвижности, так что требуется немалое усилие, чтобы согнуть ногу в коленном или голеностопном суставе. На позвоночнике видно выпячивание кзади, особенно сильно выдается остистый отросток X грудного позвонка. Выше и ниже этого места ближайшие позвонки тоже более или менее сильно смещены кзади. При надавливании пальцем на болезненно измененный участок позвоночника девочка не испытывает никакой боли.

Лечение. 28 апреля по обе стороны горба на спине с помощью каленого железа проведена полоса длиною 7,5 см и впоследствии, после отторжения струпов от прижигания, в каждую фонтанель вложено по 10 горошин. При этом внутрь давалось (с 28 апреля по 5 августа): *Rp. Acid. phosphor. sicc., Rad. Calam. arom. aa*

3,75. *Extr. Cicut. 1.875, Extr. Liquir. q. s. ut f. pilul. pond. 0,12. S.* От 6 до 10 пилюль ежедневно 3 раза в день. Два раза в неделю соленые ванны. Втирать в область мочевого пузыря, впоследствии и в конечности: *Rp. Linim. volat. camphor. 30,0, T-rae Canth. 11,25.* При этом постепенно появилась чувствительность в ногах, ребенок мог по своему желанию удерживать кал и мочу, коленные суставы стали сгибаться свободнее, однако голеностопные суставы еще оставались тугоподвижными.

29 мая, 2 и 5 июня в одну из фонтанелей, т. е. внутривенно, насыпали 0,03 г стрихнина и с 29 мая по два раза в день давали 0,015 г стрихнина внутрь. При этом больная стала ощущать вначале легкие подергивания и чаще чувство ползания мурашек в ногах, она могла даже сама неуверенно пройти несколько шагов, однако ее пищеварение начало сильно сдавать, начались поносы с тенезмами, против которых опий, принятый внутрь и в клизмах, помогал только вначале. Больная резко ослабела, фонтанели стали сухие и болезненные и никоим образом не могли быть снова приведены в действие. Поэтому пришлось дать им зажить и 17 июля наложить с помощью *Lap. caust.* две новые фонтанели, которые проникли очень глубоко. Внутрь были назначены колумбо с салепом, исландский мох, хинин и опий, но тенезмы все учащались, а силы все убывали, ноги и лицо стали отечны, и 12 сентября больная скончалась, потеряв незадолго до смерти голос.

Вскрытие произведено через 20 часов после смерти. Общий вид тела обнаруживал все признаки крайнего истощения. Живот вздут, как барабан. На ногах – отеки. В брюшной полости найдено довольно много серозной жидкости. Брыжеечные железы повсюду резко увеличены, особенно в области солнечного сплетения (равным образом и подмышечные железы были резко увеличены). На поперечном разрезе эти увеличенные железы обнаруживали собственно железистую ткань лишь на небольшом участке, между тем как большая часть каждой такой железы представляла собою скопление скрофулезного вещества.

Кишечник: в тонкой кишке, особенно в подвздошной ее части, имелось несколько афтозных язв, возникших из изъязвившихся бугорков; в толстой кишке обнаружено три более крупных язвы. В селезенке, ближе к левому ее краю, была вкраплена более крупная белая масса, состоявшая, несомненно, из вещества, подобного бугорчатому. Печень припаяна к диафрагме посредством ложных перепон. Между этими перепонками находилось туберкулезное вещество немного более насыщенного цвета. Вещество печени представлялось нормальным. Перикард содержал немного больше жидкости, чем обычно. В сердце не обнаружено никаких отклонений. Правое легкое сильно сращено с реберной плеврой. Как и левое легкое, оно содержало в своей ткани много просовидных бугорков. Доля правого легкого, соответствовавшая кариозному очагу позвоночника, спаялась с этим местом позвоночника.

Полость черепа: внешняя форма головы напоминала головную водянку небольшой степени; мозг был большой и тяжелый; полости мозга немного растянуты серозной жидкостью.

Позвоночник искривлен в месте, указанном в истории болезни, причем горб его приходился на область IX и X грудных позвонков. Надкостница V позвонка



была тесно сращена с плеврой, причем в самих спайках имелось туберкулезное вещество. На расположенных ниже позвонках определялась шероховатая поверхность. Между IX и X позвонком со стороны грудной полости имелась полость, занимавшая отчасти тела этих позвонков. Она также была выполнена частично туберкулезным веществом. Твердая мозговая оболочка на месте поражения тоже была утолщена за счет отложений этого вещества, и направление спинного мозга здесь было явственно изменено.

Случай 81. Болезнь Потта с полным параличом нижних конечностей и паретическим состоянием мочевого пузыря. Каленое железо. Стрихнин. Состояние мало изменилось. Болезнь не прогрессирует. Задержанные менструации появились вновь.

Лиза, крестьянка, 27 лет, 2 года назад впервые почувствовала колющие боли в определенном участке позвоночника; одновременно с этим она испытывала тяжесть и тянущие боли в пахах, а также в области мечевидного отростка и по ходу ложных реберных хрящей. Вскоре затем начались и затруднения дыхания. За год до того она упала на правый бок с незначительной высоты, после чего начались сильные боли в позвоночнике и искривление последнего. Она подвергалась лечению пластырями, мазями и втираниями на месте поражения, после чего боли постепенно прекратились. Уже около полугола назад она избавилась от болей, но одновременно начались некоторые затруднения в пользовании нижними конечностями. Одно время она еще могла передвигаться немного при помощи костылей, но ее состояние все более и более ухудшалось. 20 сентября 1836 г. она была принята в хирургическое отделение клиники.

Теперешнее ее состояние таково. На позвоночнике видны выступающие остистые отростки VIII и IX грудных позвонков. Больная не может находиться в сидячем положении, не упираясь руками во что-нибудь. Нижними конечностями она совершенно не в состоянии двигать, коленный и особенно голеностопный сустав тугоподвижны и могут быть согнуты только при применении большой силы. Носки стоп обращены книзу и слегка повернуты кнутри. Чувствительность повсюду сохранена. Моча и кал отходят произвольно; стул бывает редко, кал скудный и твердый. Функции матки до сих пор были нормальны; менструации всегда приходили в срок, и больная произвела на свет трех здоровых детей. Однако вскоре после ее поступления в клинику менструации прекратились.

Лечение. 23 сентября с обеих сторон от искривленного участка позвоночника проведены полосы при помощи каленого железа, и уже на другой день больная могла немного двигать ногами и пальцами стоп. После отторжения струпов от прижигания в каждую фонтанель было вложено по 15 горошин. На животе производились втирания мази, составленной из *Linim. volat. 30,0* с *T-ra Canthar. 7,5*. Против упорной аменореи применялись пилюли с алоэ. За 2 $\frac{1}{2}$ месяца лечения было достигнуто следующее: больная могла удерживать мочу, сидеть ровно, не опираясь, сгибание колен стало свободнее, в то время как суставы стоп оставались неподатливыми. Ходить не могла.

С 8 декабря больная ежедневно получала внутрь от 0,015 до 0,02 г стрихнина в дробной дозировке, после чего довольно часто появлялось чувство ползания мурашек на бедрах. Месячные, отсутствовавшие в течение 2 $\frac{1}{2}$ месяцев,



появились вновь. Однако начались сильные поносы, вследствие чего стрихнин был отменен (12 января 1837 г.). 15 января пониже прежних были наложены посредством *Lap. caust.* две новые фонтанели, в которые впоследствии положен горох, так что во всех четырех фонтанелях находилось 60 горошин. При последующих попытках ходьбы больная, правда, могла немного двигать ногами, все же приходилось почти носить ее на руках, а она лишь едва волочила ноги по полу. В таком состоянии она была выписана 2 марта по собственному желанию, дав обещание поддерживать фонтанели открытыми.

Случай 82. Spondylarthrocace с конгестивным гнойником над пупартовой связкой. Каленое железо. Сильное разрушение поясничных позвонков. Смерть. Анатомическое исследование поясничного гнойника.

Анс, эстонец, батрак, 17 лет, поступил в клинику 21 мая 1836 г. Больной мог передвигаться с трудом, согнув спину и опираясь правой рукой на правое колено. Левая нога была короче и тоньше правой. Таз стоял косо, причем гребень левой подвздошной кости располагался выше гребня правой кости. На позвоночнике за счет нижних грудных и трех верхних поясничных позвонков образовалась дуга, направленная кзади и вправо. В левом паху имеется очень плотная опухоль цвета кожи с очень неопределенной флюктуацией в глубине. Часто бывают резкие колющие боли, распространяющиеся от искривленного участка позвоночника до этой опухоли в левом паху; иногда, но все же реже аналогичные стреляющие боли распространяются от позвоночника в сторону правого паха.

Общее самочувствие еще довольно хорошее; только иногда появляются поносы. Причиной своего заболевания больной считает тяжелую работу в поле и простуду, перенесенную два года назад. В то время начались боли в крестце и пояснице, которые иногда ударяли в обе ноги. Больной быстро уставал при ходьбе, и постепенно образовалось искривление позвоночника. Недавно стреляющие боли в спине стали особенно резкими.

Лечение. 23 мая по обе стороны от искривленной части позвоночника проведены каленым железом полосы длиной от 7,5 до 10 см, а на следующий день начато лечение опухоли в левом паху припарками по Кернддлу. Однако кожа от этого только слегка покраснела; поэтому 31 мая на опухоль был положен везикатор и сверх него припарка, а когда флюктуация стала более отчетливой, то 3 июня был предпринят прокол посредством небольшого троакара, через который было удалено полстакана жидкого красновато-желтого гноя. 5 июня прокол был повторен с подобным же успехом. Наконец, 6 июня небольшой участок над пупартовой связкой, диаметром 2,5 см, был покрыт *Lap. caust.*; после отторжения корки на это место была наложена повязка с *Ung. Sabin.*

Между тем в каждую фонтанель на спине было положено по 20 горошин. Так как больной начал жаловаться на боли и в правом паху, то в этой области было поставлено 15 банок. 18 июня ниже места прижигания в левом паху открылся гнойник, из которого выделилось большое количество жидкого зловонного гноя грязного цвета. Это истечение продолжалось, становилось все обильнее, а 26 июня рядом с первым отверстием открылись еще два более мелких, выделения же издавали зловоние падали. На левом большом вертеле образовался пролежень, несмотря на обмывание свинцовой и хлорной водой и на танниновую



мазь, а на утолщенных из-за отека ногах отдельные места приняли характер пурпурно красной эритемы.

Что касается общего состояния больного, то уже вскоре после принятия в клинику у него начались колликативные поты и поносы, а силы больного заметно падали, несмотря на применение хины, колумбо, мха и фосфорной кислоты. В самом жалком состоянии, в постоянном полузабытьи, во время которого он иногда громко вопил, отравляя атмосферу вокруг себя зловонием, почти всегда плавая в омерзительнейшей жиже несмотря на заботливый уход, этот несчастный прожил еще 3 дня, прежде чем смерть избавила его от страданий.

Вскрытие трупа произведено через 16 часов после наступившей смерти. Внешний вид свидетельствовал о величайшем истощении. Нижние конечности были в согнутом положении, отечно набухли. На левой ноге можно было заметить темно-красные кровоподтеки; в области груди видны небольшие синие пятна. Таз стоял косо; левая передняя верхняя подвздошная ость стояла выше; длину нижних конечностей нельзя было точно сравнить между собою, так как их нельзя было полностью разогнуть. В левой паховой области находится отверстие гнойника, покрытое черной гнилостной массой, похожей на сгусток крови. Это само собой образовавшееся отверстие гнойника имеет в поперечнике 4 см и находится непосредственно над пупартовой связкой. На спине более всего бросается в глаза два крупных струпа фонтанелей по обеим сторонам от выпячивания позвоночника, которое уже описано в истории болезни. На спине, разумеется, заметно также косое стояние таза.

Полость черепа. Непосредственно под твердой мозговой оболочкой и на основании черепа имелось несколько унций серозно-кровянистой жидкости. В остальном как здесь, так и в самом мозгу не было заметно никаких отклонений.

Грудная полость. В сердечной сумке имелась прозрачная водянистая сыворотка. Сердце было почти бескровно и содержало в своих полостях лишь очень мало свернувшейся крови. В легких справа оказались плотные веерообразные сращения плевры с диафрагмой. Легкие плавали в воде. Ткань левого легкого была сплошь изменена: с поверхности его разреза при надавливании выступала пенная жидкость. На опеченевшей воспалительной почве можно было видеть много вкрапленных желтовато-белых точек, так что поверхность разреза имела мраморный вид, напоминающий полевой шпат. Однако это легкое при надавливании крепитировало. Правое легкое также было заполнено пенистой жидкостью. Вещество его имело на ощупь узловатое строение; при более тщательном исследовании оказалось, что эти узелки состояли из уплотненной легочной ткани, в которую были вкраплены желтовато-белые точки.

Брюшная полость. На месте, соответствовавшем отверстию гнойника, брюшина срослась с большим сальником. Печень немного дряблая, в остальном – нормальная. Кишки снаружи белые. Содержимое тонких кишок состоит из белой слизистой жидкости и нескольких аскарид. В толстых кишках – оформленный кал. На слизистой оболочке той части подвздошной кишки, которая ближе всего расположена к толстой кишке, видны несколько поверхностных язв, которые, вероятно, произошли из бугорков. Селезенка и поджелудочная железа не обнаруживали никаких отклонений, как и правая почка. В левой

же почке в нижней ее части имелась полость размером с небольшой грецкий орех, наполненная творожистоподобной массой. В остальном же и эта почка обнаруживает нормальное строение, но только очень бледна.

Исследование самого абсцесса. В левой подвздошной ямке брюшина оказалась сросшейся с подлежащими образованиями. После отделения брюшины можно было видеть толстую, очевидно патологически измененную, туго натянутую оболочку – утолщенную подвздошную фасцию. Большим разрезом в левой паховой области вскрыта вся полость гнойника; она заполнена гнилостной, в высшей степени зловонной, похожей на свернувшуюся кровь и перемешанной с костной крошкой гнойной массой. Вещество поясничной мышцы перерождено, размягчено, коричневатого-черного цвета; наружная ее поверхность разрушена. Гнойная полость прослежена сперва вниз, причем обнаружено, что она открывается выше пупартовой связки и вне брюшины, как уже было сказано выше в истории болезни. Кроме того, эта полость распространялась под пупартовую связку и под глубокую пластинку широкой фасции бедра, а следовательно, позади бедренных сосудов, все время вдоль поясничной мышцы, до места ее прикрепления у малого вертела.

Бедренные сосуды лежали в области таза кнутри от гнойника, а под пупартовой связкой отделялись от гнойника глубокой пластинкой широкой фасции бедра. Большая подкожная вена и ветви бедренной вены, равно как сама эта большая вена, были совершенно закупорены отчасти гнилостной массой, отчасти мягким лимфатическим сгустком. Внутренняя поверхность бедренной и большой подкожной вены имела более темную окраску от имбибиции кровью, но воспаления не было. Артерии этой области были пустые, их внутренняя оболочка нормальная, бедренный нерв лежал в самой гнойной полости, покрытый пластическим экссудатом.

При исследовании болезненно измененных позвонков, непосредственно прилежающих к полости гнойника, оказалось, что II—V поясничные и I крестцовый позвонки, в особенности их тела, были чрезвычайно обезображены. Их губчатая костная ткань была окрашена почти черным гноем и крошилась, тела II и III поясничных позвонков частично рассосались. Вместо них под большими сосудами, т. е. аортой и нижней полую веной, имелась полость, в которой содержалась хрупкая черноватая масса – остаток тел позвонков, а в глубине полости находился вскрытый позвоночный канал и обнаженная твердая мозговая оболочка. Если проследить бедренный нерв со стороны большого гнойника, то можно было легко попасть в указанное пустое пространство. Полость большого гнойника сообщалась с кариозной полостью позвоночника посредством нескольких отверстий, и через одно из них проходила нервная ветвь (n. iliocruralis).

Все пять поясничных позвонков были распилены вдоль спереди; при этом в теле IV поясничного позвонка была обнаружена полость, заполненная костными остатками разрушенного позвонка. Тело III поясничного позвонка оказалось почти полностью разрушенным, и только немногочисленные уцелевшие мелкие костные осколки были совсем рыхло прикреплены к мягким тканям. Губчатое вещество тела V поясничного позвонка и крестца было грязно-серого цвета и разрыхлено. Однако здесь не было никаких следов настоящих бугорков,



за исключением разве вышеупомянутой полости, где в небольшой добавочной полости находилась белая кашицеобразная масса. Межпозвоночные связки еще не были разрушены, за исключением третьей, от которой остался только небольшой след.

Костная ткань остистых отростков последних поясничных позвонков, равно как внутренняя поверхность позвоночного канала, была окрашена в темный цвет, как и твердая мозговая оболочка. Сам спинной мозг был чуть размягчен и окрашен в серый цвет жидким зловонным землистого цвета гноем.

В правой поясничной и паховой области поясничная мышца была также перерождена, однако разрушение здесь далеко не достигло такой степени, в особенности в направлении книзу, где оно простиралось только до пупартовой связки. Кверху же кариозный гной, по-видимому, тоже проложил себе путь от поясничных позвонков вдоль п. iliocruralis в самом веществе поясничной мышцы.

Случай 83. Выпячивание IX—XI грудных позвонков. Гнойник в передней части груди.

Ганс, эстонец, каменщик, 23 лет, принят в клинику 25 мая 1836 г. Приблизительно 4 года назад больной впервые почувствовал боли в спине, особенно в стоячем положении, которые он, однако, приписывал своей тяжелой работе. Последнюю он тем не менее непрерывно выполнял в течение двух лет, пока упадок сил, особенно слабость в спине и боли в ней не стали мешать его работе. В это же время он заметил появление горба на позвоночнике. Тогда стали применять кровопускание и банки на спину, но лишь с временным облегчением. Год назад больной почувствовал острые сверлящие боли в груди, затем показалась опухоль на левой стороне груди, которая постепенно увеличивалась.

Status praesens. Осанка больного совершенно своеобразная. На позвоночнике больного имеется сколиоз, а IX—XI грудные позвонки образуют кифоз. Давление не вызывает боли ни в одном участке позвоночника; однако она возникает иногда самостоятельно ниже кифоза, но не усиливается от давления. Спереди слева от грудины обнаруживается опухоль, которая, собственно, состоит из двух частей: меньшей, округлой, величиной с голубиное яйцо, и большей, выпуклой в середине и покатой по сторонам. Обе дают ощущение флюктуации. Давление, приложенное к одной части опухоли, вызывало увеличение твердости и размеров другой части. При поколачивании по большой опухоли можно было ощущать как бы толчок жидкости в меньшей опухоли, так что обе опухоли безусловно сообщались между собой. Это подтвердилось при операции, ибо после произведенного разреза из обеих частей опухоли выделилось чрезвычайно много гноя, при этом доброкачественного, находившегося под большой грудной мышцей. Введенным в рану зондом можно нащупать грудину и концы ребер, но они не шероховаты.

На правом бедре область большого вертела нередко бывает чувствительной, особенно после сильного напряжения. Кроме того, это бедро скорее утомляется, чем другое. Ночью боли наиболее интенсивны.

В горизонтальном положении больной не может приподняться без помощи рук, так как при попытке встать он испытывает такое чувство, как будто



позвоночник переламывается в области поясничных позвонков, но боли при этом он не ощущает.

Дыхание немного затруднено, но глубокий вдох возможен. Иногда появляется кашель, но без мокроты. Сердечный толчок сильный и разлитой. Внешность больного не обнаруживает ничего болезненного, общее его состояние хорошее. Смены озноба и жара не отмечается. Действие кишечника и выделение мочи нормальны. Аппетит тоже не изменился, только иногда больной ощущает какое-то стеснение в области желудка, сопровождающееся сильным вздутием живота.

Начало лечения было положено вышеупомянутым разрезом с помощью скальпеля. Этот разрез был повторен 28 мая, и вновь выделилось большое количество гноя. Выше этого вскрытого гнойника наложена с помощью *Kali caust.* фонтанель, и две подобных наложены на спине с боков от искривленного участка позвоночника; в каждую из этих фонтанелей после отторжения струпа вложено по 30 горошин.

Уже 1 июня корка с гнойной опухоли на груди отвалилась, вследствие чего полость гнойника была вскрыта и выделилось большое количество гноя. Со стороны полости этого гнойника 8 июня был обнаружен свищевой ход длиной больше 12 см, который направлялся косо наружу и книзу в сторону ребер и был полон гноя; на слепом конце его 16 июня было сделано противоотверстие для облегчения стока гноя. Последний вскоре сделался очень обильным, особенно при дыхании и кашле. Однако повсюду в груди и, в частности, в левой ее половине стетоскоп обнаружил отчетливые дыхательные шумы. Но гной вскоре принял дурной характер, стал гнилостным и зловонным.

Силы больного начали постепенно падать, вследствие чего ему уже с 1 июля был назначен декокт из хины и мха. Наконец выделений стало меньше, и с целью резкой перестройки стенок всего гнойника 16 июля в него был налит кипяток, а через свищевой ход протянута заволока, пропитанная красной преципитатной мазью. К сожалению, мы не могли видеть результата этого лечения, ибо совсем упавший духом больной 19 июля был выписан по настоятельной его просьбе.

Случай 84. Резко выраженное spondylarthrosis без паралича нижних конечностей. Конгестивный гнойник с обеих сторон. Смерть. Анатомическое исследование гнойника.

Т..., фабрикант сигар, 10 февраля 1837 г. обратился за помощью в хирургическое отделение клиники по поводу опухоли в паховом сгибе. Больному больше 18 лет; он низкого роста; его конституция свидетельствует о слабости и болезненности, внешний его вид носит печать эретического скрофулеза. Он страдает столь значительным искривлением позвоночника кзади, что остистые отростки верхних поясничных и нижних грудных позвонков образуют между собой острый угол. В то же время весь позвоночник несколько выпячен вправо.

Больной указывает, что в детстве он был здоров; с 10–11 лет, однако, он сильно страдал большими язвами, располагавшимися на наружной поверхности голеностопного сустава левой ноги. Следami этих язв являются глубокие рубцы, спаянные с костями, что дает нам право думать о кариозной природе язв. Через некоторое время после их заживления начал искривляться позвоночник, сначала в незначительной степени, а впоследствии все более и более сильно,



причем это сопровождалось резкими колющими болями по обеим сторонам от больного места. Когда это искривление достигло значительных размеров, боли постепенно прекратились, теперь же они появляются только временами, причем чаще всего после простуды, при переменах погоды и т. д. Одновременно с этим пораженное место позвоночника стало очень чувствительным к прикосновению. Со времени появления искривления больной страдал затруднением дыхания, именно стесненным дыханием. Органы же брюшной полости всегда функционировали правильно. Ходьба также затруднительна, после короткого пути всегда наступала усталость.

Врачебное лечение заболевания позвоночника вначале состояло в более длительном лежании на ровном полу, и именно навзничь, отчасти в подвешивании больного за подмышки. В дальнейшем по обе стороны от участка искривления больному втирали какую-то мазь, которая вызывала боли и образование пузырей. Так как все это не задерживало дальнейшего развития заболевания спины, а последнее в дальнейшем как будто самопроизвольно остановилось, то больной оставил всякое лечение и при осторожной диете вел сносную жизнь.

11 дней назад, однако, появились тянущие боли, которые распространялись от лонных костей с обеих сторон косо кнаружи и кверху и прямо вверх. Никакой причины, вызвавшей эти боли, больной указать не может, ни наружных повреждений, ни простуды, ни чего-либо другого. Одновременно с этим образовалась отечность голеней. Больной пролежал в постели три дня, после чего боли исчезли. Вместо этого под внутренней частью пупартовой связки правого бедра оказалась опухоль величиной с куриное яйцо, которая не вызывала ни боли, ни жара, ни красноты. Она была упругой на ощупь и в первые дни под давлением уходила вглубь, особенно когда больной лежал на спине; однако после прекращения давления она тут же вновь выскакивала вперед.

При обследовании опухоли оказалось следующее. Границы ее резко очерчены, форма овальная, она лежит своим длинником, равным 10 см, поперек бедра, на палец ниже пупартовой связки, следуя ее направлению; поперечник, или ширина ее, составляет 6 см. Наибольшая выпуклость этого образования находится ближе к внутренней поверхности бедра. Опухоль флюктуировала, никаких твердых тел на ощупь в себе не содержала, не изменяла своей формы при различных положениях тела, она была очень напряжена и не вправлялась даже при согнутом положении бедра. Кожные покровы опухоли были совершенно нормальны.

Лечение начато 12 февраля проколом опухоли в правом паховом сгибе, при этом был выпущен полный пивной бокал желтоватого сливкообразного гноя. На другой день установилась лихорадка с ознобом и жаром, которая уже отныне более не оставляла больного и наконец сделалась гектической. Сразу же в первые дни появились ночные поты, бессонница, тяжелое угнетение, боли в голове и конечностях. Appetit еще довольно долго оставался хороший. Под влиянием лечения *Pot. Riv. с Tart. emet.* или без него все эти явления немного утихали.

Вновь туго налившаяся опухоль была вскрыта 23 февраля путем онкотомии, причем вытекло около 3 фунтов густого желто-серого зловонного гноя. В каждый



из трех последующих дней больной терял от 5 до 6 пивных стаканов гноя, который вытекал с перерывами. 26 февраля гноетечение почти полностью прекратилось и больной почувствовал себя значительно лучше. С боков от искривленного участка позвоночника наложены с помощью *Kali caust.* две фонтанели, а внутрь больному был назначен декокт хины (вначале из 30,0, а впоследствии, постепенно повышая, из 90,0, с *Extr. Chin.* 1,875–7,5) и *Acid. phosphor.* 1,875–11,25. Отверстие гнойника несколько дней оставалось почти сухим, но с 6 марта, после бывшего накануне озноба, стало постоянно выделяться из отверстия, при ежедневной смене повязки, от половины до целого пивного стакана гноя, в котором можно было в дальнейшем иногда находить мелкие шероховатые костные осколки. Обе фонтанели на спине начали обильно гноиться, а на верхушке самого горба образовался пролежень, и больной очень ослабел.

Начиная с 25 марта состояние больного становилось весьма плачевным. Дело в том, что у него начались периодические чрезвычайно мучительные дергающие боли в коленном и тазобедренном суставах левой стороны, которые отдавали вплоть до самого горба. Больной при этом ужасно страдал, его вид становился с каждым днем все более жалким, аппетит пропал совсем, и пульс сделался очень малым. После этого еще последовал короткий период улучшения (со 2 по 11 апреля), когда боли почти полностью отсутствовали, появился небольшой аппетит, и больной почувствовал какое-то облегчение. Однако 12 апреля возобновились еще более жестокие боли, и изможденный до крайности страдалец 14 апреля скончался.

Вскрытие произведено на другое утро. На месте наибольшего выпячивания горба имелись два пролежня, в которых торчали почерневшие и размягченные остистые отростки. Два более мелких пролежня на крестце почти закрылись кожицей. Однако в области левого большого вертела находился очень крупный пролежень диаметром 5 см, со срезанными краями и совершенно обнаженной большой ягодичной мышцей, поверх которой свисал омертвевший обрывок сухожилия.

Легкие были бескровные, пенистые и только в средних долях немного менее проходимы. В левой нижней доле имелся один участок белого туберкулезного вещества величиной с орех. Одна затвердевшая бронхиальная железа состояла из извести и творожистого вещества. Сердце дряблое. Желудок большой, кишечник бледный. Остальные брюшные внутренности в хорошем состоянии.

Нижний конец тела первого, все тело второго и верхний конец тела третьего поясничных позвонков были совершенно разрушены, и на их месте имелась полость величиной 5–7,5 см, в глубине которой определялась обнаженная твердая мозговая оболочка. По обеим сторонам этой полости, под крупными сосудами (*vasa iliaca*), позади брюшины и частично продырявленной подвздошной фасции, тянулись два канала соответственно положению поясничных мышц, которые были совершенно разрушены. В канале на левой стороне содержались более крупные и мелкие шероховатые костные осколки; наискось через него проходил бедренный нерв. Справа же нерв можно было видеть только в нижней части этого канала. Оба канала заканчивались ниже пупартовой связки и малого вертела, образуя с каждой стороны полость величиной с небольшой кулак, содержащую



жидкий серый зловонный гной. За счет нее образовалось также небольшое выпячивание ниже малого вертела. (См. табл. I и II.)

Случай 85. Исход coxarthrosis в анкилоз. Новые обострения воспаления с сильными болями. Настойчивое антифлогистическое лечение. Каленое железо. Выздоровление.

Марри, девушка 14 лет, из Вассулы, эстонка. В первые полгода жизни заболела рожей области правого тазобедренного сустава; после наложения пластыря из меда и муки рожа прорвалась на поверхности мелкими отверстиями; из последних изливалась отчасти водянистая, отчасти гнойная жидкость, перемешанная с кровью.

Через несколько недель отверстия закрылись, и больная оставалась здоровой до 12 $\frac{1}{2}$ лет. К этому времени сгорел дом ее родителей. Она тогда была дома одна, чрезвычайно испугалась и с тех пор стала жаловаться на боли в правом тазобедренном суставе, которые продолжались и днем и ночью, но особенно усиливались ночью и при движениях. Правое ее бедро после движений охватывала усталость и тугоподвижность. Вследствие боли она не могла твердо и уверенно опираться на правую ногу, но пока еще она только прихрамывала. Болезненность в тазобедренном суставе летом прошлого года несколько уменьшилась, но осенью, после того как один мальчик дернул ее за правую ногу во время игры, боль опять обострилась. В это же время область тазобедренного сустава распухла, и теперь больная уже по-настоящему хромала, не могла ходить без опоры, во время ходьбы ощущала в тазобедренном суставе острейшие боли, которые распространялись до коленного сустава и на внутреннюю поверхность бедра. Вследствие боли она не могла лежать на спине или выпрямлять коленный сустав. Эти явления продолжались всю зиму и не прекращались весной нынешнего года, поэтому больная 21 мая 1836 г. обратилась за помощью в хирургическое отделение клиники и просила о принятии, которое и состоялось в тот же день.

При обследовании больной обнаружены такие явления. Без опоры больная не могла ходить; сильно согнутую в коленном суставе несколько похудевшую правую ногу она ставила на пол не всей ступней, а только пальцами, последние направлены кнаружи. Таз стоял косо, правый подвздошный гребень стоял ниже левого, коленный сустав на больной стороне также стоял ниже, ямка позади большого вертела и под ним была более плоской, кожа здесь была напряжена, имела более высокую температуру; на ней было несколько рубцов, выше которых кожа была плотна и не смещалась. Верхнюю часть тела больная держала косо, повернув ее в больную сторону. Тазобедренный сустав был совершенно неподвижен.

Когда больная была уложена на спину навзничь, что причиняло ей сильнейшие боли, правое бедро оказалось удлинненным на 1,25 см, а внутренний мыщелок большеберцовой кости, коленный сустав и большой вертел стояли ниже; при этом последний был повернут кнаружи и кзади. Однако удлинение правой ноги и более низкое стояние коленного сустава, большого вертела и внутреннего мыщелка большеберцовой кости были только кажущимися, ибо точно произведенное измерение не обнаружило удлинения правой ноги, а более низкое стояние указанных точек было вызвано только косым положением таза. Попытка движения правой ногой была сопряжена с болями, которые распространялись



до коленного сустава и до внутренней поверхности бедра ниже пупартовой связки. Наружное давление на ягодицу усиливало боли. Ощупыванием нельзя было нигде обнаружить ни головки бедра, ни края вертлужной впадины. Пищеварение и мочеиспускание у больной были нормальные.

Лечение. В первые два дня вокруг тазобедренного сустава было поставлено в общей сложности 50 пиявок. После этого несколько кнутовиц от большого вертела были проведены каленым железом две полосы, которые ко времени нагноения слились в одну и вместили 40 горошин. Начиная с 30 мая был назначен внутрь рыбий жир вначале по 1 чайной ложке, а впоследствии по 1 столовой ложке утром и вечером; это лечение продолжалось до 6 августа, когда больная не могла уже больше никоим образом выносить это средство. 5 июня она жаловалась на некоторую боль в тазобедренном суставе; поэтому вокруг сустава было поставлено 30 пиявок и в дальнейшем два раза по 10 кровавых банок. Фонтанель нагнаивалась очень хорошо, и силы больной отлично сохранялись. Уже к началу августа она добилась того, что могла стоять одна, а с посторонней помощью могла даже проковылять несколько шагов, не ощущая боли. Теперь она упражнялась в ходьбе на костылях, что вскоре начало ей отлично удаваться, и 19 сентября она была выписана по собственному желанию с обещанием поддерживать фонтанели открытыми несколько лет.

Случай 86. Coxarthrocace. Каленое железо.

Лаус, эстонский крестьянин, 21 года, в июне прошлого года при поднятии большой тяжести почувствовал сильнейшие боли, которые, по его словам, с тех пор не прекращались. Боли были сильные, сопровождались сосудистой лихорадкой и одновременно ощущались в тазобедренном и коленном суставах. При движениях пораженной конечности боли резко усиливались, так что больной был принужден оставаться в постели. Местный врач назначил кровопускание, слабительные и банки на месте заболевания, после чего больной почувствовал некоторое облегчение и мог вернуться к своим занятиям, связанным в основном с физическими движениями. Однако он мог выполнять свою работу лишь крайне недостаточно, так как более сильные движения часто заставляли его отдыхать. Боли продолжались как в тазобедренном, так и в коленном суставе, они были фиксированы, длительны и не были типичны.

Вскоре после этого начались также боли в лодыжках, так что больной был вынужден обратиться второй раз за помощью к местному врачу. Последний назначил везикатор на весь коленный сустав, кровопускание, банки, серую ртутную мазь и закончил курс лечения муравьиными ваннами. Тем не менее ремиссии были кратковременны и боль вскоре снова разыгралась во всю свою силу, так что больной вынужден был прибегнуть к костылям. В таком состоянии он, наконец, обратился за помощью в здешнее клиническое учреждение и 5 августа 1836 г. был принят в хирургическое отделение.

Status praesens. Правая нижняя конечность, слегка согнутая в коленном суставе, на вид и по данным измерения укорочена. Расстояние между головкой малоберцовой кости и наружной лодыжкой одинаково на обеих конечностях, а расстояние от передней верхней подвздошной ости до верхнего края большеберцовой кости на больной стороне короче на 7,5 мм. Стопа несколько повернута



внутри, вывиха тазобедренного сустава не видно. Больная нога похудела, слабее левой. Таз имеет нормальный боковой наклон; ягодица распухла; ямка позади большого вертела сглажена; ягодичные складки на одном уровне с обеих сторон. Ходьба невозможна без поддержки; при ходьбе, осуществляемой с посторонней помощью, и при стоянии пятка поднята кверху и только верхушка подошвы касается пола.

Боли ощущаются преимущественно в коленном суставе и усиливаются при давлении; однако и тазобедренный сустав не свободен от болей, но здесь они фиксированы главным образом на внутренней стороне и особенно усиливаются при давлении на гребешковую мышцу.

Боль усиливается при приведении бедра и одновременном разгибании в коленном суставе, а при сгибании в коленном суставе уменьшается, полное выпрямление последнего невозможно. По своей форме коленный сустав мало отличается от того же сустава другой стороны.

Лечение. 7 августа проведены посредством каленого железа две полосы несколько кзади от большого вертела, и когда началось нагноение, в них заложено 50 горошин. К сожалению, мы не могли наблюдать результаты применения этого отвлекающего средства, так как больной уже после месячного пребывания в нашем лечебном учреждении был выписан по его настоятельной просьбе и больше не показывался.

Замечания

Мы привыкли рассматривать *caries* и *arthrosace* как изъязвление костной ткани. Ни один взгляд в хирургии не встретил так мало сочувствия, как высказанное Дельпешем мнение, будто «кариес и изъязвление мягких тканей представляют собой два совершенно различных заболевания». Ни в одном руководстве, где повторения представляют обычное явление, это мнение не обсуждается и не упоминается. Впрочем, следует признать, что доказательства, приводимые этим прекрасным хирургом, слишком сомнительны, чтобы получить всеобщее признание. Например, то, что он говорит (*Précis des malad. chirurgic.*, т. III, стр. 300) о размягчении костного вещества в отличие от изъязвлений, явно неправильно, так как воспаленная костная ткань размягчается, между тем как многие мягкие образования от воспаления становятся тверже. Из этого, однако, нельзя делать вывод, будто воспаление кости представляет собой не такой процесс, как воспаление других тканей.

Далее Дельпеш утверждает, что масса или вещество кариозной кости при костоеде не исчезает, что разрушение при костоеде зависит от других, скорее случайных причин, чем от самой болезни, в то время как «потеря вещества» в язвах представляет собой одно из важнейших явлений. Каждому, кто анатомически изучал значительные кариозные заболевания, я думаю, известно, что потеря вещества повсюду сопровождает костоеду лишь в тех случаях, когда своеобразно перерожденные костные участки и костные молекулы могут найти выход наружу, например через гнойники и свищи. Я привожу здесь рисунок ужасного разрушения при *spondylarthrosace*, в результате которого тела двух позвонков почти полностью отсутствовали. Но в этом случае костоеда, разумеется, была



сопряжена с гнойником поясничной области, и костные частички постоянно отторгались вместе с гноем. Если же гноя нет, то перерожденные куски кости сохраняют связь друг с другом, они даже могут сохранить свою прежнюю форму. Было бы, однако, несправедливо видеть какую-то разницу в столь несущественных явлениях. Перерожденное, разрушенное костное вещество все еще сохраняет свою внешнюю форму, так как неорганические молекулы остаются неразрушенными. Оно не так легко исчезает, как клетчатка или мышечные волокна, отчасти по той же причине, отчасти же потому, что кость лежит глубже и отторгнутые костные частички не могут найти легкий выход наружу.

Несмотря на все сказанное, я не могу все же придерживаться того взгляда, что язва мягких тканей и костоеда представляют собой два совершенно одинаковых заболевания. Прогрессирующее рассасывание, выделение гноя, отторжение разрушенных, перерожденных молекул представляют собой такие явления, которые сопровождают как изъязвление мягких образований, так и костоеду. Но это еще не все. В основе истинной костоеды лежит своеобразное перерождение костного вещества. Очень часто это перерождение состоит в отложении скрофулезного и бугорчатого вещества в губчатой костной ткани. Ткань кариозной кости всегда оказывается глубоко пораженной болезненным процессом. И в этом смысле Дельпеш прав, когда говорит: «При костоеде структура органа, т. е. кости, представляется глубоко пораженной, между тем как в язвах, за исключением самой потери вещества, нельзя встретить других изменений... Ткани, расположенные непосредственно под поверхностью язвы, находят неизменными».

По-видимому, изъязвление, воспаление кости и пр. – все это явления, которые сопровождают кариозный процесс в кости, отнюдь не являясь его сущностью. Впрочем, откровенно говоря, под названием *caries* описаны совершенно различные заболевания костей, имеющие лишь отдаленное сходство между собой. Это не должно нас удивлять. Еще не так давно мы научились отличать некроз от костоеды. До сих пор еще многие хирурги рассматривают костоеду как прямое следствие остита (см. Diet, nouv. de médecine et de chir. pratique; статья «*Ostéite*»). Каждому ясно, что нагноение и следующее за ним разрушение костной ткани после воспаления кости или после воспаления надкостницы должно представлять собой нечто совсем другое, чем изъязвление и разрушение кости после отложения бугорчатого вещества в губчатой костной ткани, и тем не менее все это называется одним словом «кариес». Ведь истинные практические врачи (которые, между нами говоря, знают о патологической анатомии только понаслышке) склонны везде, где их зонд нащупывает шероховатую костную поверхность, объявлять ее тотчас же кариозной, а если их серебряный зонд к тому же еще почернеет, то они считают дальнейшую дискуссию о данном заболевании вообще излишней. Поэтому и получилось, что невинные шероховатые костные поверхности после внутреннего пеоартроза, возникшие вследствие рассасывания суставных хрящей, тоже были окрещены как «костоеда».

Что же касается *spondylarthrocace*, о котором я здесь собственно и собираюсь говорить, то оно, несомненно, является одним из самых худших видов кариеса. В большинстве случаев оно представляет собой не что иное, как отложение



скрофулезного вещества в губчатой ткани тел позвонков, что было доказано исследованиями Дельпеша. Для подтверждения этого я тоже привел здесь две истории болезни. Одно то обстоятельство, что эта форма встречается большей частью у скрофулезных больных, обычно блондинов, и в тех местах, где скрофулез наиболее широко распространен, по-видимому, свидетельствует об идентичности этого поражения со скрофулезом.

Я думаю, что не без основания можно выделить две различные формы *spondylarthrosace*, которые доселе всюду рассматривались совместно. Одна форма – это собственно спондилартрокаце, столь превосходно описанное Рустом и другими; вторым видом является «болезнь Потта». В руководствах не проводится никакой разницы между этими двумя заболеваниями, но, как мне кажется, это неправильно. Что самое характерное при болезни Потта? Паралич или по крайней мере парез нижних конечностей, затем мочевого пузыря и прямой кишки, а может быть, вернее – брюшных мышц. Сам Потт даже описал эту болезнь под названием «особого паралича ног», настолько этот симптом выпячивается во всей болезни. Разницу между этим параличом и обычным Потт показал чрезвычайно остроумно. Своеобразная тугоподвижность голеностопных и коленных суставов и возникающее отсюда особенное направление стопы носком вниз, что всегда оправдывалось и в моих наблюдениях, – т. е. явления, свидетельствующие о резком преобладании икроножных мышц, – действительно отличают это состояние от обычного паралича, при котором мышцы становятся расслабленными и вялыми.

Не менее правильно другое замечание Потта, что причину паретического состояния конечностей не так уж тщательно следует искать в давлении искривленного позвоночника на спинной мозг. В самом деле! Не так редко бывает, что после применения прижиганий и прочих средств паралич у больных значительно уменьшается, несмотря на то что искривление позвоночника и выпячивание остистых отростков остаются. Вероятнее всего, динамическое или воспалительное поражение самого спинного мозга и его оболочек сопровождает это искривление позвоночника и создает почву для паралича. Об этом свидетельствуют также исследования Дельпеша, который нашел при этом выпот под оболочками спинного мозга. Это обстоятельство дало мне повод испытать при болезни Потта наряду с прижиганиями действие рвотного орешка и стрихнина. Состояние, при котором я это применил (см. случай 81), очевидно, было слишком застарелым. Тем не менее стрихнин не оказался бездейственным, больная в случае 81 почувствовала ползание мурашек на конечностях, и одно время казалось, что подвижность увеличилась. У маленькой девочки в случае 80 тоже появились после этого лечения судороги. Поэтому я думаю, что применение этого чудесного препарата заслуживает еще дальнейшего испытания.

В большинстве случаев, по-видимому, кариозное разрушение кости при болезни Потта менее значительно, чем при настоящем *spondylarthrosace*. Кроме того, болезнь Потта не так быстро прогрессирует. Многие больные, страдающие искривлением позвоночника и парализованные, могут жить годами и даже обладать довольно хорошим здоровьем. Натечные гнойники встречаются при этом виде поражения позвоночника реже, а влияние прижиганий гораздо более

заметно. В противоположность этому, при первой разновидности, т. е. при обычном спондилартрокаце, паралич конечностей вовсе не является существенным признаком. Больные нередко до самой смерти сохраняют подвижность и чувствительность в ногах. Я привел здесь также историю болезни 84, где, несмотря на ужаснейшие разрушения позвоночника, не было никакого паралича нижних конечностей. Но зато натечные гнойники и абсцессы поясничных мышц являются обычными спутниками этой разновидности. Следовательно, в некоторых случаях спондилартрокаце кариозный процесс протекает, по-видимому, значительно скорее, с неизбежным исходом в нагноение и изъязвление.

Недавно я встретился также с удивительным случаем, когда на трупе горбатого больного, который, впрочем, не был парализован и умер от воспаления легких, я нашел резко смещенные грудные позвонки уже в состоянии анкилоза и, кроме того, разрушение поясничной мышцы. Эта мышца была целиком превращена в мешок, наполненный жирно-восковидной беловато-желтоватой массой маслоподобной консистенции. Дюпюитрен также находил несколько раз такого рода превращение (см. *Dict. nouv. de méd. et de chir. prat.*). Был ли это натечный гной, который в дальнейшем, после того как кариозный процесс был остановлен, приобрел указанные свойства или это было своеобразное преобразование самого мышечного вещества? Первое мне кажется более вероятным. Обычно гной в подобных абсцессах поясничных мышц вначале бывает очень густой консистенции и сливкообразным.

Анатомическое исследование спондилартрокаце и возникающего после него конгестивного гнойника дало нам много интересных данных о течении самого заболевания.

1) Подвздошная фасция и далее внизу (на бедре) глубокая пластинка широкой фасции бедра образуют мешок, в котором содержится гной конгестивного абсцесса. Бедренная артерия и бедренная вена лежат на этом мешке у его внутреннего края. Иногда при значительном расширении мешка эти сосуды лежат на передней поверхности мешка и спаяны с ним. Бедренный нерв лежит в самом мешке. *Canalis cruralis* остается совершенно свободным. При больших гнойниках бедренная вена почти полностью закупоривается лимфатическим сгустком, а оболочки ее утолщаются. Скопление гноя достигает только места прикрепления поясничной и внутренней подвздошной мышц, следовательно, доходит до малого вертела, а отсюда гной иногда переходит на заднюю поверхность бедра, огибая малый вертел.

Гной не всегда затекает под пупартову связку; иногда можно наблюдать опухоль над пупартовой связкой, как это описано мною выше в случае 82. Прочное соединение подвздошной фасции с задним краем пупартовой связки в некоторых случаях, вероятно, мешает дальнейшему продвижению гноя. Вероятнее всего, однако, это имеет место при поверхностном разрушении мышечного вещества поясничной мышцы, когда затекание гноя происходит больше вдоль наружной поверхности ее.

Конгестивный гнойник после псоита без поражения кости развивается иногда в забрюшинной клетчатке. В этом случае скопление гноя также образуется выше пупартовой связки. Отсюда же гной распространяется в п е р е д и мочевого



пузыря на противоположную здоровую сторону. В таком случае подвздошная фасция, как и поверхностный слой поясничной мышцы, оказывается разрушенной нагноительным процессом.

Брюшина остается в связи с наружной поверхностью гнойника, но ее здесь легко отделить. Если гной скопляется выше пупартовой связки, то он образует здесь продолговатую, овальной формы опухоль с ложной флюктуацией. Брюшина при этом всегда оттеснена кверху и немного в сторону. Поэтому хирург не должен бояться вонзить свой троакар или свой ланцет прямо в опухоль – брюшина остается неповрежденной. Инструмент прокалывает кожу, поверхностную фасцию, апоневроз наружной косой мышцы, внутреннюю косую и поперечную мышцы и, наконец, место соединения поперечной фасции с подвздошной фасцией в области наружной части пупартовой связки.

При гнойнике поясничной мышцы без поражения кости я однажды наблюдал совершенно удивительную диагностическую ошибку. В хирургическое отделение Обуховской больницы в Петербурге был переведен из терапевтического отделения больной, который раньше страдал псоитом и уже находился в состоянии тяжелого истощения. При исследовании обнаружена флюктуирующая, совсем поверхностно расположенная опухоль выше пупартовой связки; так как зыбление не вызывало никакого сомнения, то был сделан прокол ланцетом. Однако, к нашему изумлению, из отверстия ничего не выделилось, кроме чрезвычайно зловонного газа, вырвавшегося с шипением. Затем последовало выделение грязной и тоже зловонной жидкости; теперь все стали думать, что опухоль представляет собой кишечную петлю, раздутую газами, которая на этом месте спаялась с истонченной брюшной стенкой. Это мнение, казалось, подтверждалось еще тем, что непрерывно вытекающие выделения имели поразительное сходство с калом и что через сделанное отверстие палец проникал в полость, которая казалась выстланной слизистой оболочкой.

Патологоанатомическое вскрытие поразило всех: оно показало, что опухоль представляет не что иное, как ставшую гангренозной гнойную полость, содержащую разложившиеся газы и гангренозный гной; эта полость распространялась дальше впереди мочевого пузыря на другую сторону. Гнойный затек образовался в слое клетчатки, лежащем вне брюшины; слепой брюшинный мешок был смещен, поверхностный слой поясничной мышцы разрушен, но позвонки и их надкостница не поражены.

2) Подвздошная фасция и широкая фасция, в которых заключен гной, обычно бывают утолщены вследствие отложения пластической лимфы (в 3–4 раза толще, чем в естественном состоянии). Внутренняя поверхность мешка – неровная, очень часто снабжена поперечными тяжами (см. случай 53) желтовато-коричневого цвета. Коричневая окраска особенно заметна в тех местах, где мышечные волокна поясничной мышцы еще не разрушены полностью. Очень часто в мешке можно обнаружить также большое количество беловато-желтоватой костной крошки. Но и при жизни большое количество этих костных частичек отходит вместе с выделениями из свищевого отверстия.

3) Недавно один французский хирург, имя которого у меня в данный момент выпало из памяти, сделал наблюдение, что гной при спондилартрокаце всегда

образует затеки по ходу нервных стволов, выходящих из спинного мозга через межпозвоночные отверстия, и по этому признаку он пытался выяснить очаг этого заболевания. Действительно, и я могу подтвердить, что при гнойнике поясничной мышцы затекание гноя происходит всегда по ходу бедренного нерва. Это видно также на рисунке, который я здесь прилагаю. Самый нерв всегда лежит в мешке, иногда совсем свободно, но, как правило, утолщенный, окутанный снаружи отложениями пластической лимфы; поэтому нервные волокна тоже не могут быть так отчетливо различимы.

4) Что касается поражения кости, то у скрофулезных больных чаще всего можно найти куски кости значительных размеров, лежащие изолированно в очаге разрушения. Эти костные куски имеют беловато-желтоватый цвет, крошатся, а при мытье они делают воду мутной и придают ей молочный цвет. Произведя распил соседних позвонков, можно видеть, что их губчатое вещество также окрашено в коричневатый цвет; не подлежит сомнению, что в большинстве случаев поражение исходит из этого вещества.

После изучения этого заболевания невольно задаешь себе вопрос: действительно ли эти ужасные скопления гноя являются продуктом его затекания? Может ли гнойный затек сам по себе вызвать такие страшные разрушения мышечной ткани? Не указывает ли утолщение поясничной и широкой фасций на другой болезненный процесс? Может ли отложение пластического вещества в стенках этого мешка и вокруг неврилеммы бедренного нерва действительно представлять собой продукт одного лишь давления?

Я думаю, что если к этим патологическим изменениям ткани мы присовокупим явления, наблюдающиеся у больного при гнойнике поясничной мышцы, а именно: безумные боли в поясничной области, в бедре, в коленном суставе и т. д., то мы можем с очень большой долей вероятности заключить, что гной, образующийся в этих случаях, является не столько результатом затекания, сколько продуктом процесса изъязвления, который распространяется в мышечном веществе, в клетчатке и в волокнистых тканях и находится всегда в связи с ползучим воспалением и, следовательно, с отложением пластического вещества. Самый же гнойный мешок, состоящий больше из пластической лимфы, чем из подвздошной фасции, может и здесь рассматриваться как выделительный орган. Анатомическое исследование двух таких гнойных полостей, находившихся еще в начале своего развития, также подтверждает этот взгляд. Мышечное вещество поясничной мышцы противоположной стороны имело темно-коричневую окраску, в ее средней части и ближе к месту поражения – почти черную, мышечные пучки были грязные, хотя еще не было никаких следов гноя.

Мне хочется еще прибавить всего лишь несколько слов о лечении этих так называемых натечных абсцессов. Известно, сколь различны взгляды хирургов на этот предмет. В то время как один (Абернети) рекомендует лишь небольшой прокол ланцетом и тщательное соединение раны, другой (Руст), не колеблясь, вскрывает гнойник большим разрезом. Один хочет тщательно предотвратить проникновение воздуха, другой – избежать задержки во вхождении его. Кто здесь прав и кто неправ? Факт таков: «Каким бы способом ни вскрыть гнойник поясничной мышцы при спондилартрокаце, когда болезнь еще прогрессирует



(nota bene¹), результат будет всегда один и тот же: доброкачественный, густой, сливкообразный гной первого опорожнения принимает уже через несколько дней дурной характер, – становится гнилостным, жидким и зловонным». Если поставить себе задачей извлечь из этого факта практическую пользу, то нужно прежде всего решить, почему это, собственно, происходит.

По моему суждению, причину следует искать в органе, выделяющем гной, в пиогенной мембране гнойного мешка. Вследствие вхождения воздуха, вследствие неизбежной задержки его в этой огромной полости и, может быть, вследствие травматического раздражения (после прокола или после разреза) деятельность мембраны, естественно, должна измениться. Утверждение, будто при методе Абернети можно предотвратить вхождение воздуха, является химерой. Однако надежда на то, что при методе Руста можно избежать застоя воздуха в полости, также является химерой. Не требуется значительного напряжения мышления, чтобы опровергнуть оба эти взгляда.

1) Если даже сразу выпустить гной через маленький прокол, то все же остается огромная полость, которая не может спаяться и, следовательно, должна заполниться чем-нибудь. Таким образом, воздух неизбежно проникнет снаружи внутрь, или, если бы это не произошло, то в самой полости разовьются газообразные испарения, которые действуют еще вреднее, чем самый воздух. Кроме того, небольшая рана редко заживает первичным натяжением, как на это указывал Абернети. Чаще она превращается в свищевой ход, и при каждой смене повязки из него выходит несколько пузырьков воздуха.

2) Если вскрыть гнойник большим разрезом, то это еще хуже: воздух проникает внутрь в еще большем количестве, и задержка его никак не может быть предотвращена, как это думает Руст. Надо себе только представить, что разрезом вскрывается лишь нижняя часть гнойного мешка, лежащая под паптартовой связкой. Самая большая, верхняя, его часть остается закрытой, и, следовательно, проникший воздух имеет больше пространства, чем нужно для того, чтобы скопиться. Что хуже всего, задержка воздуха происходит в данном случае именно в том месте, где сидит очаг болезни – поражение кости. Кроме того, более сильное травматическое раздражение вызывает более высокую степень воспаления на внутренней поверхности полости гнойника, а ведь известно, какого рода секрет выделяет пиогенная перепонка. Я знаю, что Руст нарочно хочет вызвать воспаление в этом так называемом «холодном гнойнике», чтобы путем повышенной пластической деятельности ускорить закрытие этой полости. Но можно ли вызвать заживление гнойника, пока не устранен очаг заболевания – спондилартрокаце? Или хотят сперва действовать прижиганиями против спондилартрокаце, а гнойник предоставить своей судьбе?

Это, может быть, звучит очень хорошо для начинающего, который еще не имел дела с такими случаями. Но кто хоть раз видел истощенного больного, который не имеет ни часа покоя ни днем, ни ночью от напряжения и постоянного увеличения опухоли, тот убедится в том, что опорожнение опухоли обязательно. Более того, не во всех случаях можно тотчас же начинать с прижиганий на спине. Там,

¹ Nota bene (лат.) – заметь хорошо.



где кожа настолько тонка, что на больном можно пройти весь курс остеологии, прижигания также являются рискованным делом. В обоих сообщенных здесь случаях я, может быть, действительно продлил бы жизнь больных на несколько недель и по крайней мере избавил бы их от болей, если бы не применил *Lapis caust.* Ибо нельзя забывать, что больной вынужден постоянно лежать на фонтанелях, которые рано или поздно превратятся в значительные пролежни.

Поэтому я считаю теперь метод Руста для лечения конгестивных гнойников «при прогрессирующем спондилартрокаце» просто вредным. Совсем другое дело, когда кариозный процесс в позвонках остановлен. В таком случае, разумеется, смело можно сделать большой разрез в опухоли под пупартовой связкой, и исход несомненно будет благоприятным, как, например, в том случае, где Руст ошибся и принял натечник за кистозную опухоль. Однако, как сказано, подобные больные попадают нечасто, и остановить развитие спондилартрокаце перед вскрытием гнойника далеко не легкая задача, даже если пользоваться каленым железом. Если стремиться к тому, чтобы избежать дальнейших разрушений и предоставить больному некоторый покой, то необходимо обеспечить и отток гноя, хотя известно, что в дальнейшем дело пойдет еще хуже; естественно, что теперешнее страдание нужно предпочесть будущему. Поэтому я думаю, что метод Абернети, несмотря на его недостатки, все же является еще самым целесообразным, если нет никакого желания целиком предоставить все дело естественному течению.



IV. Гангрена

Замечания

Гангрена, которая в этом году так часто составляла предмет нашего лечения, была двоякого рода: 1) метастатическая гангрена и 2) гангрена на почве отморожения. По рассказу больных трудно определить, какого рода лихорадочное заболевание предшествовало метастатической гангрене: насколько их можно было понять, это была нервная или тифозная горячка. Удивительно, что именно в этом году мы встретились с шестью случаями такой гангрены, причину которой следовало искать либо в предшествовавшем заболевании, либо вообще в конституции больного.

Во всех этих случаях в конечностях, пораженных гангреной, в начале заболевания были более или менее тяжелые боли. В случае 89 жесточайшие боли в стопе продолжались еще после отторжения омертвевших пальцев и полностью лишили больного ночного покоя. Должен признаться, в ту пору я еще не был знаком с наблюдением Дюпюитрена, что некоторые виды гангрены вызываются воспалением артерий; иначе я должен был бы исследовать эту боль более тщательно вдоль хода артериальных стволов. Но, несмотря на истощенное состояние больных, я инстинктивно считал эту повышенную чувствительность в ноге отражением скрытого воспаления, отверг применявшиеся до сих пор теплые ароматические припарки и назначил холодные, ледяные, обертывания и повторные прикладывания пиявок к болезненному месту. Внутри я, напротив того, давал опий; читатель сам увидит, если у него хватит терпения прочитать историю болезни 89, что я применял это средство отнюдь не в гомеопатических дозах.

Я знаю, что преподаватели медицины мне скажут: «Опий и пиявки! В чем тут смысл!» Может быть, это покажется и некоторым из моих слушателей мало подходящим и нецелесообразным; поэтому я хочу, насколько возможно, оправдаться. 1) Лучшим оправданием является то обстоятельство, что больной выздоровел, что он несколько успокаивался только благодаря большим дозам опия и мог спать по ночам. 2) Однако и априорно это дело не так бессмысленно, как кажется на первый взгляд. Боль при воспалении является важным моментом в воспалении. Одна эта боль в состоянии усилить воспалительный процесс. Известно, что вообще при всех воспалениях боль предшествует другим материальным¹ изменениям. Вследствие боли местное воспаление становится общим заболеванием. Следовательно, если мы уменьшили боль при воспалительном процессе, то мы уже многое выиграли, хотя мы и не сделали еще ничего против материальных проявлений последнего.

¹ Имеются в виду морфологические изменения.



Оглушение, изменение общей чувствительности посредством больших доз опия может служить и при воспалении болеутоляющим средством. Правда, всегда следует опасаться последующего возбуждения. Однако не следует забывать, что в этом случае возбуждение во всем теле имелось налицо еще до применения опия и было обусловлено именно повышенной чувствительностью. Следовательно, смягчение и уменьшение последней являлось здесь первой и главной задачей. Каким же более подходящим способом можно достигнуть этого в данном случае, как не таким могучим наркотическим средством? Кроме того, следующая за опиумом общая реакция далеко не всегда в состоянии усилить местное воспаление, в особенности если оно развивается в слабо васкуляризированном и малочувствительном органе, как это, например, имело место здесь; к тому же против этого воспаления применен был сильнодействующий непосредственный антифлогоз, который я здесь осуществил с помощью пиявок. Короче говоря, больной был, очевидно, успокоен, он получил облегчение и, может быть, даже спасение благодаря льду, пиявкам и опию.

Если не считать болей, на которые все наши больные жаловались в начале гангрены, других воспалительных явлений не было. Следовательно, мы с полным основанием можем рассматривать гангрену во всех этих случаях (пожалуй, кроме случая 89) как следствие особого процесса, но отнюдь не воспалительного. Что касается характера этой метастатической гангрены, то в одних местах она была более сухой именно на пальцах, в других же, на подошве и на голени, она была влажной и эмфизематозной. Демаркационная линия в нескольких случаях образовалась в области суставов: в одном случае между обоими рядами костей предплюсны, в другом случае – в голеностопном суставе, в третьем, наконец, в коленном суставе.

Во всех этих случаях было очень поучительно после отторжения и удаления гангренозных образований наблюдать за дальнейшими изменениями суставных хрящей. Именно, они повсюду сохраняли свое своеобразное строение, но казались только менее отполированными и гладкими, а цвет их слегка отдавал серым. Везде они были отторгнуты либо путем развития гранулирующих поверхностей под ними, либо, что встречалось чаще, их можно было очень легко отделить от суставного конца кости с помощью пинцета. Обнаженный таким путем конец кости обыкновенно подвергался в дальнейшем некрозу и так же легко отторгался. Демаркационная линия, проходившая через суставы, всегда была очень неровной. Развивавшиеся после этого и возвышавшиеся над уровнем отторжения язвы заживали с едва постижимой медленностью. В противоположность этому, в двух случаях, где отторжение гангренозной ткани происходило на протяжении кости, впоследствии образовалась довольно правильная культя и язвенная поверхность зажила значительно скорее. В случае 92 обращают на себя внимание обострявшиеся к вечеру и по ночам боли в голених при отсутствии явных материальных изменений; эти боли продолжались еще в течение многих недель после удаления гангренозных частей.

Страдание всего организма состояло в двух случаях в выраженном гектическом состоянии, сопровождавшемся бредом. В одном из них (случай 88), где демаркационная линия проходила через коленный сустав, на спине и в крестцовой



области образовался очень большой пролежень, в котором появились черви. Больной был до того слаб и гектичен, местное заболевание – огромная гноящаяся поверхность с полностью обнаженным нижним суставным концом бедренной кости – находилось в таком резком несоответствии с общим состоянием сил, что каждый из моих слушателей наверняка считал бы больного безнадежно потерянным. Надо себе только представить, с одной стороны, отощавшего до костей страдальца с глубоко ввалившимися глазами, с выпавшими волосами, с малым, нитевидным пульсом, никогда не спускавшимся ниже 140 ударов в минуту, в высшей степени чувствительного к каждому прикосновению, бредящего, а с другой стороны, огромную коническую культю – неистощимый источник нагноения. Пролежни, которые с каждым днем увеличивались, в буквальном смысле слова кишели червями. Что оставалось делать?

Гангренозная часть уже отторглась, и мне потребовалось всего лишь несколько ударов ножа для рассечения связок коленного сустава, чтобы избавить больного от бесполезного, чрезвычайно зловонного груза. Однако оставшаяся после этого поверхность была слишком велика, чтобы дать нам хоть какую-либо надежду на восстановление. Следовательно, ампутация, устранение источника истощения, оставалась единственным средством защиты. Но осталось ли у больного еще достаточно сил, чтобы выдержать травматическое вмешательство? А если он его уже перенес, то хватит ли у него тогда еще достаточного запаса сил, чтобы выдержать последующую реакцию? Вот те вопросы, которые мы должны были решить.

На первый вопрос я ответил инстинктивно. В самом деле, совершенно невозможно привести разумные основания для решения вопроса, выдержит ли гектичный больной серьезную операцию или нет. Что касается второго вопроса, то малейшая вероятность спасения больного посредством ампутации всегда лучше неизбежной смерти, которая наступит, если предоставить больного своей судьбе. Рассуждали ли мы правильно, не ввел ли нас инстинкт в заблуждение, читатель сам может видеть из истории болезни 88. По этому поводу я хочу снова отметить, что как у этого больного, так и у другого (случай 90), у которого отторжение обеих омертвевших стоп произошло в голеностопном суставе, опий применялся в повторных дозах; в обоих случаях после этого исчезали тихий бред и повышенная чувствительность. В случае 90 даже сопутствующая бреду сухость языка не удержала меня от того, чтобы усилить дозу опия. Напротив, вскоре после дачи усиленной дозы опия язык сделался влажным и больной перестал бредить. Наконец, в обоих случаях хинная корка, применение которой я откладываю до тех пор, пока гектическое состояние не разовьется в чистом виде и пока не исчезнут нервные явления, как всегда оказала мне исключительную услугу.

По поводу второго вида гангрены – *отморожений* – я могу сообщить следующее.

1) В большинстве случаев этот вид гангрены, по-видимому, сопровождается потерей чувствительности, движений в конечностях и воспалительными явлениями. Если гангрена развивается вскоре после отморожения, то в том случае, когда холод поразил всю толщу конечности, эти явления остаются латентными.



В таком случае не наблюдается опухание пораженной части. Это встречается именно тогда, когда гангрена возникла вследствие внезапного перехода из холода в тепло. Впрочем, в этом случае можно даже сомневаться, имеют ли вообще место воспалительные явления; ткани омертвевают, по-видимому, либо от паралича, либо от местной асфиксии. Гангрена в этом случае обычно бывает сухой; так это происходило, например, в случае 94 у одного латышского мальчика. Когда он был доставлен в клинику, обе стопы его уже почернели, но без малейшего опухания или изменения формы. На ощупь они холодные; имелась полная нечувствительность; однако подвижность еще сохранилась. Малолетний больной мог еще двигать пальцами и становиться на ноги. Это дало мне основание думать, что омертвение здесь коснулось только кожи и подкожной клетчатки, но это оказалось не так. Вскоре образовалась демаркационная линия, которая углублялась до самой кости. В данном случае была достойна внимания совершенно правильная, круглая демаркационная линия на правой голени, доходившая до кости. Мне оставалось только перепилить кости несколькими взмахами пилы.

2) Все язвенные поверхности, образующиеся после отторжения отмороженных гангренозных частей, обнаруживают очень малую склонность к заживлению. Это можно объяснить двоякого рода причинами: во-первых, тем, что после отторжения обыкновенно остается возвышающаяся над уровнем отторжения язва и стягивающей силе грануляций стоит значительно больше труда обтянуть окружающей кожей выступающие образования; во-вторых, тем, что все язвы этого рода отличаются высшей степенью вялости. Грануляции на вид беловаты или желтоваты, они дряблы, легко кровоточат, отторжение обнаженных хрящей, костей и т. д. длится бесконечно долго.

3) Я много раз пытался искусственно ускорить отторжение обнаженных костей после отморожения путем вылуцения последних в суставе (например, пальцев ног, костей плюсны, предплюсны и др.); однако я убедился, что эта операция никоим образом не ускоряет заживление. Дело в том, что редко имеется в распоряжении столько кожи, чтобы закрыть ею кровавую поверхность, а если необходимая для этого кожа и имеется, то рана все же никогда не заживает первичным натяжением. Даже после ампутации голени по поводу отморожения стопы я ни разу не видел, чтобы рана зажила первичным натяжением. Кажется, что вследствие действия холода даже удаленные от места поражения образования глубоко страдают в своей жизнеспособности. Поэтому, если вследствие отморожения обнажается вся плюсна, я покрываю эту часть какой-нибудь припаркой, лучше всего – приготовленной из цветов ромашки, и спокойно ожидаю отторжения. Это, естественно, продолжается много недель. Время от времени я пытаюсь пошевелить эти кости, и если они оказываются подвижными, то удаляю их пинцетом. Я еще недавно предпринял вычленение по Гаранжо или по Лисфранку в одном свежем случае, где вся плюсна была обнажена на почве отморожения (см. случай 93). Но я потом пожалел, что это сделал. Рана, которая могла зажить только *per granulationem*, приняла плохой вид, сильно кровоточила, и я должен был приступить к ампутации голени, которая, впрочем, была и без того показана, так как кожа и волокнистые образования подошвы были поражены на значительном протяжении, а в дальнейшем образовались



свищевые ходы. Но и после этой ампутации, выполненной по однолоскутному способу Лангенбека, рана не зажила первичным натяжением.

Впрочем, несмотря на то что ампутационные раны после отморожений не заживают быстро первичным натяжением, я предпочитаю все же ампутацию для удаления бесформенной культи, остающейся после отторжения гангренозных частей в голеностопном суставе или на протяжении кости, ибо после такой ампутации заживление раны происходит значительно скорее, чем заживление вялой возвышающейся язвы. Разительным примером этого является случай 94.

Ампутация

Я думаю, совершенно безразлично, где говорить об ампутации: при описании гангрены или описании какого-либо другого заболевания, служащего показанием к этой операции. Я не принадлежу к числу сторонников взглядов Руста, будто «гангрена никогда не может служить показанием для отсечения конечности». Если только не играть словами, то надо признать, что обе стороны взгляда Руста неправильны.

1) Гангрена не отграничена, – здесь я имею полное право ампутировать, мало того, я даже обязан ампутировать, но только при определенных условиях, которые я изложил уже в отделе «Наружные повреждения».

2) Если же гангрена отграничена (что бывает чаще всего после отморожений), то ампутация показана и в том случае, когда демаркационная линия совершенно неровная, когда отторжение гангренозных частей тянется очень долго, когда, наконец, все омертвевшее уже отторгнуто и имеешь дело с бесформенной культей, мало склонной к заживлению. В этих случаях я произвожу ампутацию с целью скорее удалить все омертвевшее, вызвать более скорое заживление раны и получить более правильную и пригодную культю. Мне, может быть, скажут, вместе с Рустом, что я здесь ампутирую опять же не по поводу гангрены, а с другой, побочной целью, точно так же, как Руст говорит, что при некрозе, сопряженном с обильным нагноением, ампутация производится не по поводу некроза, а из-за профузного гноетечения; но это только игра слов, а наука от таких каламбуров выигрывает ничтожно мало.

Мне кажется, однако, одно можно считать доказанным: чем дольше ждать отторжения гангренозных частей, чем совершеннее будет сформированная демаркационная линия, тем благоприятнее будет результат операции. В самом деле! Что, собственно, отсекается после отторжения омертвевшей части конечности? Небольшая бесформенная масса величиной лишь в несколько дюймов. Реакция после такого отсечения, естественно, никогда не может быть столь значительной, как после ампутации целой конечности. Сосуды там оказываются облитерированными, мышцы измененными в их строении, истонченными от нагноения, даже чувствительность в такой омертвевшей части кажется далеко не столь выраженной, как в нормальной конечности. Наконец, объем удаленной части не находится в таком отношении ко всему организму, как объем целой ноги или целой руки, и, следовательно, изменения в кровообращении не могут



быть столь значительными, как после ампутации всей конечности. Из историй болезни, помещенных в настоящих «Анналах», читатель может легко убедиться в том, что все ампутации, которые я выполнил при подобных обстоятельствах, протекали вполне благоприятно и без значительной реакции.

Я не могу не присовокупить здесь несколько слов об этой шаблонной операции, какой ампутация рассматривается во всех руководствах. Обычно перечисляются различные местные заболевания конечностей, служащие показанием к ампутации. Между тем нет таких местных наружных заболеваний, которые не требовали бы ампутации при определенных условиях. Разобраться же во всех этих условиях совершенно невозможно; это потерянный труд авторов руководств. Абсолютные показания к ампутации весьма ограничены. За исключением злокачественных вторичных продуктов (рак, грибок, остеосаркома и др.), гангрены (при указанных выше обстоятельствах) и некоторых повреждений при огнестрельных ранениях (воздушные контузии, огнестрельные ранения с повреждениями костей, главных артерий и нервов и т. д.), собственно говоря, не существует никаких абсолютно неизлечимых заболеваний. Поэтому можно установить лишь такое общее правило: *«Надо ампутировать только в том случае, когда имеется явное несоответствие между степенью местного страдания и общим состоянием сил организма»*. Это, собственно, и составляет так называемое *«indicatio vitalis»*¹ к ампутации. Выяснение этого несоответствия, тщательная его оценка – вот самая важная задача практического врача.

Мы не должны, однако, заходить слишком далеко с нашим писательским трудом; мы не должны так смело утверждать, что все извлеченное из изучения живого организма поддается изложению на бумаге. Наглядное обучение у постели больного под руководством педагога-практика, собственное наблюдение, способность наблюдать, а не слова – вот пути к пониманию несоответствия между местным заболеванием и общим состоянием сил. Некоторые идут еще дальше; они стремятся при помощи ампутации предупредить это несоответствие, не дать ему развиться. Но лишь тогда можно быть уверенным, что это несоответствие возникнет, когда внешние условия явно неблагоприятны для лечения каждого наружного повреждения, например на войне, на поле битвы и т. д. Во всех случаях это определить невозможно; самое большее можно говорить только о степени вероятности, – все другие основания, изложенные на бумаге, являются шаткими. Даже когда мы будем иметь в распоряжении более точные статистические сведения по этому вопросу, то все же еще не всегда можно будет применить результаты этих статистических исследований к данному конкретному случаю. Рационализм, основывающийся при разрешении вопроса на одной лишь статистике, исчезает при оценке определенного индивидуального случая и уступает свое место практическому опыту и случайности. Так, при осложненных переломах после огнестрельных ранений и др. общее рационалистическое изречение остается основанным на статистике: «Если не ампутировать, то спасешь больше ног, чем людей, и наоборот», – и все же как часто наметанный глаз, случайность (я чистосердечно признаюсь в своем

¹ Indicatio vitalis (лат.) – жизненное показание.



суеверии), даже невежество и знахарство потешаются у постели больного над этим изречением разума!

К показаниям к ампутации, мне кажется, я могу еще присовокупить, что «отсечение конечности, по крайней мере у молодого субъекта, никогда не может быть предпринято слишком поздно»; в самом деле, не бывает ни одного выраженного гектического состояния, которое представляло бы противопоказание к этой операции. Колликативные поносы, поты, предельное исхудание, преходящий жар, отечность конечностей – все это ничуть не может удержать меня от производства ампутации. Помимо тех случаев, которые приводятся в настоящих «Анналах» для подтверждения этих принципов, я мог бы рассказать о двух других случаях, наблюдавшихся мною недавно. Они весьма отчетливо свидетельствуют о том, что ни состояние слабости и малокровия после тифозной горячки, с громадными гангренозными язвами, ни гектическое состояние, продолжающееся годами и достигшее высшей степени истощения, не могут служить противопоказанием к ампутации конечности.

Что касается способа, посредством которого я выполняю ампутацию, то я произвожу на голени лоскутный разрез, а на бедре круговой разрез, так как первое мое правило при этой операции – по возможности способствовать заживлению раны первичным натяжением. До сих пор у меня нет никакого основания раскаиваться в применении этого метода. Из 15 больных, ампутированных за последние 15 месяцев по этому методу, умерли трое. Преимущество, которое я во всех случаях отдаю первичному натяжению, основывается на тех фактах, которые Сэрр приводит в своем «*Traité sur la réunion immédiate*». Я не хочу их здесь повторять; моим слушателям они знакомы из моих лекций, а другие читатели могут обзавестись этой книгой; она содержит много важного для практического хирурга. Чисто гипотетические соображения школы Руста относительно заживления ампутированных ран вторичным натяжением там надлежащим образом опровергнуты.

Ампутацию голени и предплечья я выполняю, следовательно, лоскутным разрезом по методу Лангенбека, о поучительном *privatissimum* которого в оперативной хирургии я до сих пор вспоминаю с благодарностью. Однако я разрезаю кожу без повреждения мышц. Нельзя себе представить ничего более красивого, чем культя после такой операции. Главные преимущества этого метода – ровная поверхность разреза без зигзагов, достаточное количество кожи, отсутствие излишней мускулатуры. Только одно можно возразить против этого метода – это несколько более трудная перевязка сосудов, перерезанных косо.

Ампутацию плеча и бедра я делаю по круговому методу, но только не по старинке, т. е. стоя на коленях, держа нож в кулаке и действуя давлением; я же держу малый ампутиционный нож как смычок, стою у наружной стороны конечности и одним движением провожу сперва нижний разрез кожи и вслед за тем верхний. Помощник сильно оттягивает кожу назад, а я в несколько мгновений разрезаю кончиком того же ножа подкожную клетчатку и фасцию, после чего кожа сама отходит назад. Теперь я ставлю нож у самой границы оттянутой кожи и опять провожу сначала нижний, а затем верхний разрез через мышцы до кости; помощник оттягивает перерезанные мышцы назад, после чего я провожу еще несколько сечений более глубоких мышечных слоев, лежащих



на самой кости. Благодаря этому я получаю ровный конический разрез, столь же совершенный, как разрезы Грефе и Лангенбека; так же, как и эти разрезы, он может быть выполнен менее чем в одну минуту.

Этот метод имеет то преимущество перед методом Грефе, что он не требует никакого давления ножом, а перед методом Лангенбека – то, что мышцы и сосуды не перерезаются в косом направлении, и, наконец, перед обоими этими методами то преимущество, что он выполняется значительно легче и проще, не требует ни особого инструмента, ни особенных приемов. Этот метод нельзя сравнить также с обыкновенным круговым разрезом, когда приходится работать иногда, бог весть почему, четверть часа и больше, чтобы только отпрепаровать кожу и вывернуть ее наподобие перчатки или рукава, когда приходится сгибаться, становиться на колени, потеть и напрасно растрачивать свои силы, чтобы рассечь все мышцы до кости одним давлением. После ампутации я соединяю рану то швами, то липким пластырем, закрываю ее герметически и применяю легкую, методически давящую повязку. С помощью этой повязки, как мне кажется, удастся: 1) предотвратить отечность культи; 2) воспрепятствовать сокращению мышц культи; 3) сохранить в чистом виде постель и белье (что имеет величайшее значение в больничной практике).

Если ампутационные раны лишь в крайне редких случаях заживают у нас целиком первичным натяжением, то мы все же имеем благодаря нашей повязке то значительное преимущество, что при этом нагнаивающаяся поверхность значительно уменьшается, сама рана меньше раздражается от соприкосновения с окружающим воздухом и, естественно, заживает скорее и без таких болей, которые связаны с каждой сменой повязки при заживлении раны *per granulationem*.

При запущенных органических заболеваниях суставов я никогда не забываю после ампутации накладывать на груди фонтанели.

Случай гангрены 88–94

Случай 88. Метастатическая гангрена голени. Отторжение на уровне коленного сустава. Крайняя степень истощения. Ампутация. Выздоровление.

Петер Кельман, эстонский крестьянин, 20 лет, стройный, слабоватого сложения, заболел 6 недель назад. У него появились, по его словам, озноб и жар, головная боль, потеря аппетита и резкая слабость, но все же в течение недели он мог еще выполнять свою работу, пока эти явления не достигли такой степени, что заставили его слечь в постель. Вскоре он впал в бессознательное состояние, в каком он пребывал в течение трех недель; об этом времени он ничего не помнит. В этот период он не пользовался врачебной помощью. По выходе из этого сопорозного состояния больной ощущал большую потерю сил, шум в ушах и гудение в голове, а в обеих нижних конечностях незначительные боли, которые вначале не обращали на себя внимания и рассматривались как остаточная слабость; поэтому их лечили спиртовыми растираниями.

Когда силы больного стали к нему постепенно возвращаться и он стал пытаться ходить, то ему мешала боль, возникавшая в ногах каждый раз, когда он ступал



на них; поэтому он стал передвигаться на коленях. Мало-помалу эти боли в левой ноге ослабевали и через неделю совсем прекратились. Тогда на подошве правой стопы была замечена перемена в окраске кожи (точнее ничего не удастся узнать). Здесь кожа сделалась темно-красной, затем посинела и, наконец, почернела. Эта окраска распространялась все выше, пока не достигла нынешнего уровня. Одновременно в пораженных частях конечности исчезла чувствительность и теплота. В среду 24 марта 1836 г. больной был доставлен в клинику.

Произведенным исследованием установлено следующее. Мягкие ткани правой стопы сморщены и сухи, кожа окрашена в коричневато-черный цвет. Голень, напротив, распухла, надкожица на некоторых местах отслоена, в других местах приподнята в виде пузырей, которые содержали коричневатую жидкость. Давление на мягкие ткани обнаруживало отчетливую крепитацию. Цвет кожи голени был пепельно-серый. Животная теплота в обеих этих частях полностью исчезла (они были холодны на ощупь). Исчезла и чувствительность, ибо ни при более сильном давлении, ни при разрезе икроножных мышц больной ничего не ощущал. Паховые железы на правом бедре были увеличены и тверды. Неровная демаркационная линия, которая на передней поверхности проходила на 15 см выше коленного сустава, а на задней проходила через подколенную впадину, резко отделяла здоровую часть от больной и до сих пор носила характер только воспалительной линии; нигде еще не было борозды.

Общее состояние было следующее: резкая слабость, запавшее бледное лицо, очень частый пульс, обложенный сухой язык. В дальнейшем начались коликативные поносы, поверхностный и часто прерывавшийся сон, бред во время сна, при пробуждении пылающая жаром кожа и очень сухой язык. На груди – некоторое подобие сыпи.

Лечение в первые дни было скорее паллиативным и выжидательным. Больной получал *Aq. oxymuriat.* в слизистом растворителе, омертвевшая нога посыпалась хлорной известью и покрывалась компрессами, смоченными раствором хлорной извести. При этом общее состояние больного резко улучшилось: ночью он довольно хорошо спал, язык стал влажнее, взгляд живее, и одна только сосудистая система осталась раздраженной (пульс 120–130, мягкий). Образование демаркационной линии, поддержанное тепловатыми припарками (со 2 апреля), быстро продвигалось вперед, так что 7 апреля осталось только перерезать несколько боковых связок и тонкий слой мягких тканей в подколенной впадине, чтобы завершить экзартикуляцию в коленном суставе. Подколенная артерия была уже облитерирована, и кровотечение было незначительным.

Хотя общее состояние больного было еще удовлетворительным, о чем уже сказано выше, однако нагноение, становившееся все более обильным, опять начало подтачивать силы больного, так что единственным, хоть и ненадежным, средством для сохранения жизни больного оставалась ампутация бедра. Она была выполнена 13 апреля по конусо-круговому способу. Кровопотеря во время операции была незначительной, перевязать пришлось только четыре сосуда. Во время наложения повязки на правом вертеле был обнаружен пролежень. Вечером пульс был 120, больной чувствовал себя довольно хорошо.



14 апреля. Больной только к утру поспал несколько часов. Пульс 132, более полный, боли в культе отсутствуют, вторичного кровотечения не было. Внутрь назначено: *Rp. Extr. Chin. frigid. par. 15,0, Aq. simpl. 180,0, T-rae arom.-acid. 7,5, Sirup. s. 30,0, MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа, а вечером *Pulv. Dov. 0,6.* Так же протекало заболевание в ближайшие два дня.

17 апреля (на 5-й день после ампутации) первая перевязка: в верхней половине раны кожные края слиплись, в нижнем углу раны нагноение. Язва на пролежне кишела червями; они были удалены, и вся область промыта скипидарным маслом и покрыта танниновой мазью. На каждую половину груди положен небольшой везикатор для образования фонтанелей.

18 апреля. Теперь смена повязки производится каждый день, а пролежень перевязывается 2 раза в день.

19 апреля. В ампутированной ране вялые грануляции. Отошли первые две лигатурные нити. Рана промыта декоктом хины, после чего наложена повязка со следующей мазью: *Rp. Ung. de Styrace 60,0, T-rae Myrrh. 7,5.* Внутрь назначено: *Rp. Cort. Chin. 30,0 ad Decoct. 180,0, adde Acid, phosphor, dilut. 9,375, Sirup. s. 30,0.*

20 апреля. Снова удалена лигатурная нить. Пролежень не увеличивается.

21 апреля. Грануляции на культе становятся более красными. Общее состояние хорошее. Пульс 130.

22 апреля. Пульс 140. Образовался новый пролежень на крестце, а кожа над остистыми отростками последних грудных позвонков приняла пурпурную окраску. Эти места обмыты белковым спиртом [*Rp. Album, ovor. 60,0, Spirit. vin. q. s. (120,0) ut fiat agitando linim.*], а затем покрыты мыльным пластырем и резиновой пластинкой, а на открытые места пролежня положена танниновая мазь следующего состава: *Rp. Plumb, tannin. 7,5, Camph. 3,75, Opii pur. 0,6, Axung. porc. 30,0.* Кроме декокта из хины, перед сном давались 2 порошка: *Chinin. 0,06, Camph., Opii aa 0,03.* Перевязка операционной раны с *Ung. Elemi 30,0, Merc. praecip. rubr. 3,75.* Вечером пульс 154, малый.

23 апреля. Состояние то же. Места гангренозного пролежня были покрыты морковной кашцей и следующей *Cataplasma effervescens: Rp. Dec. Malt. 360,0, Farin. aven. q. s. ad consistent, cataplasmatitis, adde Ferment. cerevis., Cret. alb. aa 15,0.*

24 апреля. Удалена последняя лигатура. Пролежень на крестце выглядит лучше.

25 апреля. Состояние то же.

26 апреля. Сегодня отделился конец перепиленной бедренной кости длиной около 4 см. Сзади он был усажен острыми зубцами. Пульс 120.

27 апреля. Сегодня открылся новый пролежень кверху и справа от крестца и образовались новые экскориации на левом бедре. Поверхность пролежня на крестце расширилась кверху. Экскориации на правом бедре красного цвета. Но общее состояние заметно восстанавливается, и пульс равен только 112, а 29 апреля только 98.

В ближайшие дни пролежень больше не распространялся, а экскорированные места вскоре подсохли, и только на крестце еще держится гноящаяся язва. Однако при вышеуказанном лечении, когда перевязка на пролежнях производилась



2 раза в день, удалось, наконец, побороть эти неприятные явления, так что к 4 июня все пролежни полностью зарубцевались.

Операционная рана благодаря лечению упомянутыми раздражающими мазями постепенно заполнялась живыми грануляциями и уже зарубцевалась с углов, так что к 24 мая остался еще открытым собственно один только свищевой ход, толщиной в палец. Этот ход вел к кости и сообщался с другим коротким свищевым ходом, расположенным подкожно в верхней части культи. Последний был расщеплен, и уже 28 мая через этот свищевой ход отошел небольшой шероховатый кусочек кости. Однако этот свищ не обнаруживал склонности к заживлению, пока не были назначены щелочные ванны для культи, начиная с 3 июня. Пока здесь заживляющие грануляции довершали свое дело, больной уже успел совсем поправиться и значительно прибавил как в силе, так и в весе. Он вскоре научился ходить на костылях и при ежедневном пребывании на теплом весеннем воздухе достиг такого цветущего вида, что никто бы не поверил, что тот самый больной, который 11 июня довольный и благодарный покинул наше лечебное учреждение, представляет того же больного, который был принесен сюда 2 месяца назад на носилках истощенным и полумертвым.

Случай 89. Метастатическое (поттово?) омертвление пальцев ноги с вероятно сильными болями в окружающих тканях. Лечение опиумом; наружно антифлогистические средства. Отторжение. Выздоровление.

Андрес Вилло, эстонский крестьянин, 30 лет, 6 недель назад заболел тифом, который продолжался 5 недель. В начале выздоровления, с неделю назад, появилось чувство холода в нижних конечностях, связанное с очень сильными болями, которые особенно усиливались по ночам, длились 8 дней, после чего в правой ноге прекратились совсем, а в левой ноге остались только в пальцах и на тыле стопы. Через несколько дней пальцы перестали болеть и приняли синеватую окраску; началось это именно на конце большого пальца, который постепенно темнел и, наконец, через 8 дней уже был кругом совсем черный. В течение этих дней аналогичные изменения происходили и в мизинце, после чего, наконец, и три средних пальца были поражены тем же образом.

22 мая больной был принят в хирургическое отделение здешней клиники. Исследование больного, предпринятое в тот же день, обнаружило следующее. Больной жалуется на чувство холода в левой стопе и на боли в ней, которые особенно усиливаются по ночам и лишают его ночного покоя. Все пальцы стопы совершенно черные и высохшие, как мумия. Между IV и V пальцем уже появилась демаркационная линия и, следовательно, склонность к отторжению мизинца. Вид больного кахектический, пульс лишь незначительно ускорен, аппетит хороший, стул регулярный.

Образование демаркационной линии происходило здесь крайне медленно и с ужаснейшими болями, которые лишали больного всякого покоя. Неделями он сидел в кровати как днем, так и ночью, поддерживая больную ногу обеими руками. С 22 по 27 мая больной получил следующие порошки: *Rp. Chinin. sulf., Camph. aa 0,12, Op. pur. 0,03, Sacch. alb. 0,6. D. tal. dos. quotidie № 4.* Но так как опий в такой дозировке оказался совершенно недействительным для успокоения больного, то с 27 по 29 мая больной стал получать 3 раза в день по 0,06 г



опия, а 30 мая 0,12 г одновременно с клизмой, к которой добавлено 10 капель *Laudanum*. Местно между тем применялись ароматические припарки и впоследствии припарка, образующая углекислоту, с морковной кашцей.

Однако больной еще не смыкал глаз, черная кожа пальцев только постепенно начинала отделяться, тыл стопы был распухший и крайне болезненный. Поэтому 1 июня на тыл стопы было поставлено 40 пиявок, дано рвотное средство, а на ночь 0,18 г опия. Применявшиеся одновременно ароматические припарки, равно как начатые на другой день тепловатые окутывания из *Aq. Goulard*. (360,0) с *Spir. camphorat*. (120,0), только усилили ужасные боли. Поэтому с 1 июня¹ были назначены ледяные обертывания и каждый час 0,06 г опия. Доза последнего была увеличена 5 июня до 0,09 г и 6 июня до 0,18 г ежечасно. Теперь больной почувствовал значительное облегчение, но так как в голове в это время появился какой-то дурман, то начиная с 6 июня порошки опия по 0,18 г давались только каждые два часа; так продолжалось до 23 июня. С этого числа давалось в течение 5 дней по 0,09 г, а с 27 июня по 8 июля по 0,06 г опия через каждые два часа.

В течение всего этого времени (больному было дано за 7 недель почти 32 г опия) у больного, кроме некоторого дурмана в голове, не наступило никаких признаков наркоза. Больной спал не чрезмерно долго, а только непродолжительными урывками, пищеварение и стул оставались ненарушенными, а боли почти полностью прекратились. В это время (с 8 июня по 8 июля) постепенно отторглись ногтевые фаланги всех пяти пальцев, а затем можно было отнимать и омертвевшие головки вторых фаланг, за исключением соответствующей головки большого пальца, которая отторглась лишь 22 июля.

Когда демаркационная линия начинала углубляться в ткани, она сначала выполнялась корпией и мазью из стиракса, а впоследствии, после отторжения фаланг пальцев, применялись *Ung. digest*, и прижигание ляписом. При этом с 9 июля опий был полностью отменен, так как с завершением демаркационного процесса болезненность совсем исчезла, и был назначен декокт из хины. При употреблении этих внутренних и наружных средств пальцы постепенно зарубцевались, и 10 июля больного можно было выписать выздоровевшим.

Случай 90. Метастатическая гангрена обеих стоп. Нервное состояние. Лечение хиной и опиумом. Отторжение. Длительное заживление возвышающихся язв.

Христиан, крестьянин из Загница, 25 лет, рассказывает, что 6 недель назад его свалила тяжелая лихорадка, которая даже лишила его сознания, – по всей видимости, нервная лихорадка, сопровождавшаяся жаром. Уже во время улучшения, 10–12 дней назад, он заметил онемение и похолодание обеих ног, после чего стали появляться пузыри, которые лопались и выделяли зловонную жидкость. После этого стопы стали темно-синими, потеряли, наконец, чувствительность полностью; началось обильное выделение весьма зловонной гнилостной жидкости, причем обнажились мышцы и связки, а наконец и сами кости плюсны. Этот болезненный процесс не перешагнул за нижнюю часть голени, но поставил сам себе предел. В таком состоянии больной был вынужден искать нашей помощи и был принят в клинику 12 декабря 1836 г.

¹ По-видимому, здесь описка: не 1 июня, а несколько позднее.



Состояние его было таково. Больной был очень истощен от перенесенной лихорадки и казался очень исхудавшим. Тургор тканей лица был при этом несколько повышен, но пульс был не очень лихорадочным. Впрочем, общее состояние было хорошим. Аппетит был отличный, опорожнение кишечника регулярное. Больной жаловался только на бывающие у него ознобы, при которых, впрочем, кожа остается на ощупь довольно теплой, но сухой. Ночью больной немного бредил. Обследование ног обнаружило ясно выраженную холодную гангрену с уже сформировавшейся демаркационной линией на ладонь выше обеих лодыжек. Однако эта демаркационная линия проходила не в одной ровной плоскости. Но в глубоко лежащих образованиях она располагалась ниже по конечности, так что на обеих ногах отделение костей происходило между большеберцовой и малоберцовой костями с одной стороны и таранной костью – с другой. При этом один обнаженный участок большеберцовой кости своим блестящим белым цветом также свидетельствовал об омертвлении кости. Таким образом, мы имели перед собою большую поверхность, лишенную кожи, в которой, правда, видны были развитые грануляции и выделялся доброкачественный гной.

Уже 17 декабря, после применения углекислого окутывания, образование демаркационной полосы шагнуло настолько далеко вперед, что потребовалась только небольшая работа ножницами, чтобы отделить обе подошвы от голеностопных суставов. При этом суставные концы большеберцовой и малоберцовой костей с обеих сторон были обнажены и выдавались вперед, так как мягкие ткани отторглись на несколько более высоком уровне. Однако на них развивались хорошие грануляции, которые стремились сами закрыть выступающие костные концы. Только в середине января лодыжки костей голени начали отторгаться, и лишь теперь обе культы покрылись грануляциями, а с середины февраля началось также постепенное покрытие культей кожей. Само собой разумеется, что все это было возможно только при подходящем местном и внутреннем лечении, из которых последнее вначале играло главную роль, поскольку нервные явления еще преобладали. Камфора, опий, хина, валериана, *Aq. oxyuriat.* и другие средства нашли здесь свое применение. Бред и сухость языка поддались здесь лечению увеличенными дозами опия (по 0,12 г). Покрытие культей кожей происходило так медленно, что, когда больной был выписан в конце марта, на каждой культе еще оставалась обнаженная поверхность, пожалуй, в 14 см², рубцевания которой больной должен был дожидаться дома.

Случай 91. Метастатическая самопроизвольная гангрена голени. Возвышающаяся язва. Быстрое выздоровление.

Авдотья, русская крестьянка, 20 лет, из Гдова Петербургской губ., принята в клинику 1 июля 1836 г. Больная представила очень неполный анамнез. Около Рождества минувшего года она заболела горячкой, из-за которой пролежала 5 недель. Во время последовавшего выздоровления появились сильные боли в левой стопе, которые вскоре распространились вверх до середины бедра. Стопа и бедро посинели, а затем и почернели. После этого в верхней трети голени, вокруг конечности, образовалась гноящаяся рана, которая в короткое время поразила всю толщу конечности и, наконец, отторгла ее целиком. Это произошло около Пасхи. С тех пор крайне истощенная больная начала постепенно поправляться,



и при поступлении в клинику она казалась хорошо упитанной и крепкой. Культи левой голени была целиком покрыта грануляциями, сама раневая поверхность была совершенно ровной, как будто был сделан круговой разрез, но она была лишена кожи.

Больной наложена экспульсивная повязка, край кожи подвергнут прижиганию ляписом, и вся раневая поверхность стянута полосками липкого пластыря.

С 1 по 14 июля раневая поверхность под влиянием такой повязки весьма значительно уменьшилась, ибо от всего края раны в сторону ее центра образовался новый кожный край шириной около 1 см.

С 15 по 27 июля закрытие раны кожей теперь продвигается гораздо медленнее, однако раневая поверхность хорошо гранулирует, и общее состояние больной превосходное.

С 28 июля по 2 августа. Поскольку нарастание кожи происходит медленно, вновь образованная кожа выглядит уже более прочной, а общее состояние больной остается отличным. С помощью костылей она ежедневно немного двигается.

До 10 августа рама снова несколько уменьшилась.

20 августа больная отпущена домой. Язва зарубцевалась до диаметра 1,25 см и была покрыта отличными грануляциями.

Случай 92. Гангрена обеих стоп вследствие общего заболевания, возникшая на частях конечностей, пострадавших от отморожения, и связанная с тяжелыми непрерывными болями в окружающих тканях. Отторжение. Выздоровление.

Иоганн Брокгоф, подмастерье кожевника, 21 года, приблизительно за месяц до Рождества 1835 г. отморозил себе в дороге обе пятки и пальцы обеих стоп. Посредством растирания снегом, смазывания жиром и т. д. он благополучно справился с этим происшествием. После этого он в течение 11 дней чувствовал себя совсем здоровым. Во время новой поездки у него начались, однако, общие лихорадочные явления; он вернулся домой совершенно больным и тотчас же слег в кровать; по его словам, у него сильно распухли голова, лицо и шея. Но эта опухоль исчезла уже через полтора дня, после чего распухли обе стопы, которые сделались красными, горячими и болезненными. Боли разыгрывались преимущественно по вечерам, в постели и при движении.

Несмотря на эту припухлость стоп, больной, по его словам, чувствовал себя в то время довольно хорошо. Он ел с аппетитом, кишечник действовал исправно. Врач назначил чайное питье и спиртовое втирание. На третий день от начала опухания уже появились пузыри на ступнях, и больной рассказывает, что только тогда у него началась нервная лихорадка с жаром, продолжавшаяся, однако, лишь 12 дней. После этого больной попал в Дерпт, где был принят в клинику.

При поступлении состояние его было таково. Влажная гангрена обеих стоп распространялась до середины каждой стопы, где она, казалось, намерена остановиться. Резкая болезненность в пораженных частях стоп и в голени. Последние отечны. Больной сильно испуган, лихорадит; ночные поты.

Были назначены вяжущие и раздражающие фоментации и припарки. Внутрь дан опий, а впоследствии *Decoct. Chin.*, с *Calam.*, *Acid.*, *phosphor. dilut.* и *Sirup.*



Aurant. Так наряду с улучшением общего состояния постепенно образовалась демаркационная линия. Вскоре мертвое и живое оставались в соединении почти только посредством костей и связок, и 18 марта омертвевшие части были удалены посредством ампутации между плюсной и предплюсной.

Не было возможности выкроить какой-либо кожный лоскут для закрытия обнаженных костей. Так как оставшиеся кости предплюсны, равно как суставные концы костей голени, тоже были поражены, что было видно по непомерной толщине культей и отечности голеней, то грануляции раневых поверхностей сделались очень вялыми и гнилостными. Вскоре из них стали выступать отдельные омертвевшие участки костей, а в других местах образовались поверхностные свищевые ходы, которые вели к шероховатым костным поверхностям. Раневая поверхность имела грязный вид, отделяла зловонный гной, а больной страдал от сильных болей. При этом он принимал все более кахектический вид, непрерывно лихорадил и мог спать только после приема доверовых порошков. Препараты хинина внутрь, наркотические припарки и рассасывающие пластыри (*Empl. mercur. cum Empl. foetid.*) на культю, ароматическо-спиртовые растирания голеней и прижигание выступающих костных частиц концентрированной серной кислотой – вот те средства, которые очень медленно улучшали состояние больного. Общее самочувствие улучшилось, больной постепенно окреп, выступавшие части костей крошились и отходили, припухлость голеностопных суставов понемногу опадала, и язвенные поверхности несколько очистились. Только теперь, в конце мая, больной стал переносить применявшиеся и раньше щелочные ванны с *H-ba Sabin.*, и это имело блестящий результат, ибо не только припухлость в области голеностопных суставов (т. е. утолщение надкостницы) уменьшилась, но улучшился также внешний вид язвенных поверхностей, а при применении раздражающих мазей и ляписа они начали также затягиваться кожицей, но это подвигалось вперед очень медленно.

Когда больной по собственному желанию был выписан 20 июля, на каждой культе оставалось еще открытое место диаметром примерно 5 см, покрытое хорошими грануляциями. Через 9 месяцев больной показался снова: его внешний вид был цветущий; однако, поскольку он себя не берег, его культю все еще не зарубцевались. Больной передвигался на коленях и передних поверхностях голеней.

Случай 93. Гангрена обеих стоп после отморожения. Вычленение по Гаранжо. Ампутация голени. Выздоровление.

Давид, эстонский крестьянин, 30 лет, приблизительно 2 недели назад напился водки допьяна и после этого проделал длинный многочасовой путь на крестьянских санях при сильном морозе. Хотя он был очень тепло одет, но на ногах у него были тесные сапоги и большую часть пути он проспал. Прибыв домой, он лег в кровать, стоявшую возле горячей печки, и вскоре почувствовал резкие боли в обеих стопах. Эти боли были настолько сильны, что больной провел всю ночь без сна и даже два раза падал в обморок, но тем не менее ничего не предпринимал против этого; только на другое утро он велел растирать водкой его посиневшие и распухшие стопы. Несмотря на это, боли оставались невыносимыми, колющими и зудящими. На второй день после поездки к сильно зудящим



болям присоединились и пульсирующие боли, припухлость стоп увеличилась, а на третий день появились пузыри, которые лопались и выделяли зловонную влагу; после этого пальцы начали принимать черноватую окраску, между тем как очень резкие боли стали утихать. Эта черная окраска стоп постепенно распространилась до того уровня, на котором мы нашли охваченные гангреной мягкие ткани в день приема в клинику, состоявшегося 5 января 1837 г.

Status praesens. На правой стопе кожа, подкожная клетчатка, мышцы и все остальные мягкие ткани всех пальцев и примерно третья часть плюсневых костей как на тыльной стороне, так и на подошвенной уже отторглись, так что эти полностью обнаженные участки костей, черные и совсем безжизненные, торчали голыми, как на скелете. Демаркационная линия тянулась от тыла стопы, с того места, где омертвевшие мягкие ткани уже самопроизвольно отторглись, затем вдоль обоих краев стопы к пятке, между тем как подошва, на которой кожа и поверхностные слои подкожной клетчатки уже успели погибнуть, представляла собой гноящуюся поверхность. Подошвенная часть пяточной кости обнажена и окрашена в черноватый цвет; при дотрагивании зондом ощущается ее твердость, причем зонд не может проникнуть в ткань кости, а при постукивании зондом кость издает ясный звук.

На левой стопе фаланги вместе с мягкими тканями уже отторглись и наружу торчат обнаженные и омертвевшие части плюсневых костей, наполовину лишенных всех своих покровов; вся же остальная часть стопы осталась нетронутой патологическим процессом, так что демаркационная плоскость проходит отвесно от тыла стопы к подошве.

Обе стопы причиняли больному жестокие боли, которые усиливались от воздействия атмосферного воздуха и от ощупывания. Больной выглядит страдающим и истощенным, жалуется на отсутствие аппетита и нарушение ночного покоя, между тем как со стороны трех полостей тела не отмечается никаких объективных признаков заболевания. Пульс раздраженный и твердый; выделения нормальные.

Лечение началось с кровопускания (240 г); затем больному дано солевое слабительное и обе стопы окутаны ароматическими припарками. Так как демаркационные линии проникли уже достаточно глубоко, то все гангренозное было удалено на правой стопе 6 января, на левой – 8 января посредством операции Гаранжо. Образование кожных лоскутов было невозможно. Раневые поверхности, покрытые ароматическими катаплазмами, сделались грязными, а в отдельных местах свисали лохмотья концов омертвевших сухожилий и других мягких тканей. При этом развилась гастрическая лихорадка с небольшим поражением плевр. Против этого были назначены кровопускание (180 г) и рвотное средство, после чего *Pot. Riv.* с ароматической водой и небольшие дозы *Tart. emet.* завершили регулирование деятельности желудочно-кишечной системы.

Раневые поверхности, однако, оставались очень вялыми, особенно на правой культе, где 18 и 20 января произошли сильные артериальные кровотечения, которые удавалось остановить на некоторое время лишь тампонадой, ибо произошла ретракция концов артерий между костями предплюсны. Одновременно на правой культе были обнаружены два свищевых хода, которые вели к кариозным костям



предплюсны. Это обстоятельство и появление повторного артериального кровотечения (22 января), которое очень истощило больного, заставили прибегнуть к ампутации правой голени, произведенной 22 января по методу Лангенбека лоскутным разрезом в верхней трети голени. Во время операции больной, выйдя из одного обморока, впадал в другой, и только энергичному применению возбуждающих средств он обязан, по-видимому, сохранением жизни в те мгновения. После наложения 6 лигатур мы приступили к наложению повязки. Эта повязка оставлена на 6 дней, в течение которых больной оправился. Однако большая склонность к гастрицизму и вспышка сильной двухдневной раневой лихорадки еще удерживали нас от применения хины.

Заживление ампутационной раны первичным натяжением отнюдь не удалось, и уже при снятии первой повязки 28 января выяснилось, что лоскут прирос только у своего основания, поверхность разреза имела бледный и безжизненный вид и во внутреннем углу раны, поперечно к основанию лоскута, образовался свищевой ход. Было наложено противоотверстие и протянута заволока, которая могла быть удалена через 12 дней; вскоре после этого свищевой ход полностью закрылся. Благодаря применению преципитата в сухом виде и в мазях, ароматических окутываний, промыванию декоктом хины с настоем ромашки и аира и внутреннему употреблению хины с мхом и *T-ra aromatico-acid.* в ампутационной ране развились более живые грануляции. Хотя на культе возникли еще два небольших свищевых хода, но они лежали поверхностно и могли быть тут же расщеплены (14 и 26 февраля); рана стала заполняться теперь скорее. В марте началось покрытие кожицей полосы между лоскутом и культей шириной в два поперечных пальца, а 15 марта вся культя благодаря применению надлежащих средств полностью зарубцевалась.

Иначе происходило дело с левой культей. Здесь на другой же день после ампутации правой голени был замечен свищевой ход, шедший со стороны раны к пяточной кости; свищ был расщеплен. Под влиянием применения раздражающих мазей раневая поверхность на левой стопе постепенно очищалась, и расщепленный свищевой ход стал заполняться. Однако начавшееся наконец закрытие раны кожицей продвигалось чрезвычайно медленно. Культя правой голени уже давно зарубцевалась, и когда 4 мая больной по собственному желанию мог быть выписан, то на левой культе еще оставалось открытое место величиной примерно 6 см². В последнее время под влиянием пластырных повязок заживление на этом месте несколько ускорилось. Ввиду того что на левой культе еще сохранилась большая часть костей предплюсны, больной мог сам совершать некоторые произвольные движения культей.

Случай 94. Отморожение обеих стоп. Гангрена. Самопроизвольное отторжение одной голени, ампутация другой.

Ян, латышский крестьянский мальчик, 12 лет, две недели назад убежал вечером из людской, в которой он жил, и провел около суток в лесу при сильном морозе. Когда он на другой вечер вернулся домой и хотел снять башмаки и чулки, они оказались примерзшими к его ногам. Однако, не обращая на это никакого внимания, он лег в кровать. Хотя он и испытывал зуд и жжение в обеих стопах, но ничего против этого не предпринял. Уже на следующее утро стопы оказались



окрашенными в черноватый цвет до того уровня, какой существует в данный момент, но оставались в течение трех дней способными воспринимать внешние воздействия и давать субъективные ощущения. После этого объективные и субъективные явления чувствительности исчезли, но способность к движениям сохранилась. С этого момента и до поступления в клинику 26 января 1837 г. больной не испытывал никаких изменений в своем состоянии, если не считать некоторой боли по ночам.

Status praesens. Правая стопа и часть голени на три поперечных пальца выше голеностопного сустава окрашены в черный цвет, холодны, как лед, и совсем нечувствительны к простому прикосновению, но чувствительны к глубокому давлению. Пальцы, за исключением большого, совершенно нечувствительны даже к самому сильному давлению; мизинец имеет более темный цвет, чем остальные пальцы. Тыл стопы, особенно в области пальцев, сохраняет на несколько мгновений глубокую ямку от давления пальцем. На всем протяжении омертвевшей стопы и на пораженном участке голени эпидермис легко смещается, как будто он отделился от собственно кожи.

В области обеих лодыжек кожа лишена эпидермиса и поэтому кажется в этих местах более черной, чем на остальных, покрытых эпидермисом участках стопы. Участки, лишенные эпидермиса, имеют следующие размеры и направление: в области внутренней лодыжки продольный диаметр участка равен 10 см, а направление – косое, сзади и сверху вперед и вниз, в сторону подошвы; на наружной лодыжке направление аналогичное, а продольный диаметр равен только 4 см.

На омертвевшей части голени также имеются подобные места, лишенные эпидермиса, значительных размеров. Вокруг омертвевшего отдела на голени тянется красное кольцо шириной около 1,25 см, крайняя граница которого в сторону стопы представляется в виде желтовато-белой полосы. Остальная часть голени имеет на ощупь нормальную температуру, выдерживает сильное давление; однако кожа кажется блестящей и напряженной, особенно в сторону демаркационной линии.

На левой ноге черноватая окраска не заходит так далеко, как на правой; здесь она распространяется только на один поперечный палец за линию голеностопного сустава на переднюю поверхность голени и отсюда в почти отвесном направлении спускается по обеим сторонам к подошве, так что задняя часть пятки представляется здоровой. Границу этого омертвения образует красная полоса в несколько линий шириной, отделенная от гангренозного участка желтоватой полоской, просвечивающей через эпидермис. На пятке черный цвет подошвы лишь постепенно сходит на нет, не будучи ограничен подобной демаркационной линией.

Эта нога на ощупь тоже холодна, как лед, и нечувствительна к прикосновению, в то время как более глубокое давление ощущается больным, и даже в пальцах. Вдавление от пальца сохраняется в течение более продолжительного времени, а эпидермис смещается так же, как на правой ноге. На эту ногу больной может наступать увереннее и тверже; он может ею двигать свободнее, как и пальцами.



Здесь лишены эпидермиса преимущественно три места: области обеих лодыжек, особенно наружной, где обнаженная кожа окрашена темнее и на ощупь представляет собой струп; далее, такой лишенный эпидермиса и окрашенный в черный цвет участок кожи шириной 2,5 см и с продольным диаметром 6 см начинается у основания третьего пальца и тянется косо вниз к внутреннему краю подошвы. Голень, особенно вблизи демаркационной линии, нечувствительна к давлению, кожа ее блестит, напряжена и горяча на ощупь.

В остальном в организме мальчика не обнаружено ничего патологического.

Уже в первые дни демаркационная линия врезалась глубоко в мягкие ткани. На правой голени она по форме составляла правильную окружность; здесь потребовалась только перерезка нескольких сухожилий, чтобы обнажить кости, которые были отпилены на ширину ладони выше голеностопного сустава (4 февраля). Когда на следующий день и на левой стопе было перерезано несколько омертвевших сухожилий на уровне голеностопного сустава, вся гангренозная стопа выпала из этого сустава и повисла только своей пяточной частью на тонком кожном лоскуте, который был отделен одним движением ножа. Но при этом, к сожалению, был обнаружен свищевой ход толщиной в палец; он поднимался до середины голени и выделял очень много густого ихорозного гноя. Так как рана имела здесь в высшей степени неправильную форму, а большая гноящаяся поверхность выделяла обильный секрет и существовала угроза дальнейшего образования свищевых ходов, то мы предпочли произвести ампутацию голени. Это и было сделано 13 февраля на середине голени двумя круговыми разрезами: одним, проведенным через кожу, а другим – после оттягивания кожи кверху – через мышцы. Через три дня первая повязка была сменена: края кожи разошлись в середине на один поперечный палец, раневая поверхность была бледной. Здесь также прекрасно удалось с помощью красного преципитата получить хорошую гранулирующую поверхность. Рана заживала большей частью вторичным натяжением и 24 марта уже полностью зарубцевалась.

Поносы, наступившие во время лечения, прекратились после применения колумбо, салапа и клизм с опиумом. В дальнейшем хина и обильное питание значительно способствовали восстановлению сил.

Необходимо еще отметить, что рубцевание правой культы, где после отпила костей в сущности осталась только простая язва, протекало на 3 недели дольше, чем слева, где природа была поддержана врачебным искусством. Все же, когда мальчик 6 мая был выписан, то и на правой культе осталась непокрытой кожей только незначительная поверхность в несколько линий.



V. Вторичные продукты

Случай 95. Огромный полип правой половины носа, прорвавшийся наружу через носовую кость, при одновременном рассасывании соседних костей. Экстирпация посредством расщепления всей половины носа. Выздоровление.

Иоганн, крестьянин из поместья Воллюст, 26 лет, принят в клинику 26 августа 1836 г. До Пасхи нынешнего года всегда отличался ничем не нарушаемым здоровьем. К этому времени, по его словам, показалась опухоль (вероятно, однако, она возникла уже раньше), которая вначале располагалась в нижнем и среднем ходе правой половины носа. В дальнейшем она все более и более раздавалась вверх и в стороны. К празднику троицы верхняя часть опухоли стала болезненной и, наконец, вскрылась с выделением некоторого количества гноя. Никакого хронического катарального состояния слизистой оболочки носа до возникновения данного заболевания больной не замечал.

Status praesens. Снаружи на правой половине носа видна гладкая, красноватая, твердая на ощупь опухоль, которая распространяется кверху выше glabella и надвигается на внутренний угол глаза, покрывая его. Сбоку она ограничена верхнечелюстным отростком скуловой кости. Занимая область верхней челюсти, она продолжается не до самого угла рта, оттесняя его в косом направлении вправо и вниз; при этом нижняя часть верхней губы остается совершенно свободной от опухоли. Спинка носа, как и перегородка его, сильно оттеснены ею влево, вследствие чего левая носовая полость сильно сужена. Кожа, покрывающая эту опухоль, содержит резко расширенные сосуды, красна, гладка и на ощупь напряжена. При поверхностной пальпации она не кажется особенно твердой. Если же нажимать несколько сильнее, то лежащая под кожей масса на ощупь значительно тверже, в некоторых местах напоминает хрящ или кость, как, например, вверху у внутреннего края глаза. В верхнем отделе опухоль переходит в язву. Дно последней покрыто зеленоватой массой, более похожей на слизь, чем на гной. В одном месте, однако, видна какая-то зернистая ткань, легко кровоточащая при прикосновении.

Что касается полости носа, то в правой половине видна твердая, хрящевидная, бледная опухоль, не кровоточащая при прикосновении и не болезненная. Зондом можно везде обойти ее спереди под кожей, но не в сторону перегородки носа. При исследовании зондом выясняется также, что наружное отверстие полости носа сообщается с отверстием язвы наверху, в области глаза. Это подтверждает предположение, что зеленоватое дно язвы является не чем иным, как слизью. Зернистое, легко кровоточащее вещество относится к внутренней опухоли самого полипа. В полости рта прощупывается размягченный небный отросток верхней челюсти, частично рассосавшийся и несколько смещенный книзу, кзади и вправо. [См. табл. V, рис. 10 и 11.]



Лечение. После того как кожным разрезом от нижнего края глаза до отверстия правой носовой полости была рассечена вся правая половина носа и этим самым был обнажен полип, он был извлечен вместе со всеми своими прикреплениями отчасти рукою, отчасти с помощью пуговчатого свищцевого ножа Потта. Образовавшаяся после этого полость, освобожденная от всех остатков патологических продуктов, равно как от свернувшейся крови, имела значительную величину. Она простиралась, не прерываясь, от лица спереди до глотки сзади, от глаза и решетчатой кости сверху до небного отростка верхнечелюстной кости (который, впрочем, оказался частично рассосавшимся) снизу, от оттесненного в сторону лобного отростка верхнечелюстной кости справа до носовой перегородки слева и (так как часть последней удалена вместе с полипом) до левой полости носа. Размягченными, частично рассосавшимися и отодвинутыми друг от друга оказались лобный отросток верхнечелюстной кости и правая носовая кость. Слезная кость, равно как часть решетчатой кости той же стороны, были совершенно разрушены опухолью. При операции была удалена также часть костной перегородки носа, равно как две нижние раковины, к которым полип был прикреплен (и которые большей частью были разрушены и слиты с опухолью). Кроме того, полип имел еще другие точки прикрепления в различных местах носовой полости, наверху и сбоку.

По строению полипа его можно было причислить к слизистым полипам, но часть его, которая составляла место прикрепления, была более фиброзная, а несколько других мелких участков на передней его поверхности были саркоматозными. Однако большая часть его представляла собой мягкую эластическую гроздевидную массу; во многих местах эта часть полипа переходила в Шнейдерову оболочку, так что собственно о ножке полипа не могло быть и речи, поскольку последний сидел на очень широком основании.

Кровотечение было не очень сильным. После того как края кожной раны были немного срезаны ножницами, они были соединены обвивным швом, чтобы вызвать первичное натяжение. В полость носа вложено небольшое количество корпии, смоченной холодной водой, и назначены холодные компрессы на весь нос. Кожная рана зажила первичным натяжением, и из носовой полости в дальнейшем еще отходили корки и пленки, отторжению которых способствовали ароматические промывания. Наконец, 16 сентября было зашито также описанное отверстие, находившееся у корня носа, для чего его края были освежены посредством двух овальных разрезов и зашиты обвивным швом. Эта рана зажила не полностью первичным натяжением; небольшое гноящееся место зажило все же благодаря повторному прижиганию ляписом. Когда больной 28 сентября был выписан, правая половина носа хоть и имела еще вид свода, но в гораздо меньшей степени, чем до операции, и больной совсем свободно дышал и правой частью носовой полости.

В четвертый раз я удалил в описанном случае полип носа значительных размеров, связанный с распирающим, размягчением и рассасыванием носовых костей и верхнечелюстной кости. Каждый раз опухоль сидела на широком основании;



каждый раз она исходила из наружной стенки носовой полости. Во всех случаях раковины были тесно спаяны с веществом псевдопродукта, они частично рассасывались и были истончены. Каждый раз полип имел смешанное строение. Общеизвестна обычная классификация полипов. Мне, однако, совсем не ясно, принадлежит ли гроздевидная псевдоорганизация из слизистой оболочки, похожая на пузырьный занос, к тому же виду болезней, как те вторичные продукты, которые известны под названием фиброзных полипов. Известно, что знаменитый Дюпюитрен рассматривал фиброзные полипы матки как особый класс фиброзно-хрящевых разрастаний этого органа; между тем в действительности, если не считать одинаковой локализации этих двух болезненных форм, а именно слизистой оболочки, они и по своей структуре, и по своему течению столь же отличаются друг от друга, как небо от земли. Как можно, к примеру, плотное, неподвижное вещество, возникшее из ткани слизистой оболочки и очень часто содержащее в себе крупные сосуды (так называемые фиброзные полипы), сравнить с пузыревидной, рыхлой, легко рвущейся массой слизистого полипа?

Полости, в которых расположены эти фиброзные выросты, вовлекаются в страдание тоже совершенно иначе, чем при наличии слизистых полипов. Так, например, кости носовой полости всегда размягчаются и рассасываются. В описанном здесь случае носовая кость была тонка, как лист пергамента, и ее легко можно было резать. Отсюда это огромное обезображивание, это вздутие всей половины лица и явления сильного напора крови в области головы, бред и т. д., которые я наблюдал у подобных больных. Правда, во всех наблюдавшихся мною случаях я ни разу не видел чистого фиброзного разрастания в носовой полости, как это обыкновенно бывает в матке. Разрастания в носу всегда были смешанного строения; корень и задняя часть их имели волокнистоподобную структуру, между тем как передняя часть имела гроздевидное строение и напоминала пузырьный занос. Однако, по моему мнению, это показывает только аналогию, но не идентичность обоих патологических продуктов, как это имеет место также, например, при *fungus medullaris*. Еще недавно я подверг исследованию иссеченную грудную железу, в которой определялось местами фунгозное, местами же явно скиррозное строение. Я знаю также по опыту, что эти явления бывают и при перерождении яичка. Однако все это только доказывает, что мозговик и скирр представляют собой два аналогичных, но отнюдь не идентичных псевдопродукта. То же самое относится к фиброзным и слизистым полипам. Обе эти псевдоорганизации можно встретить одновременно или раздельно одну от другой. Поэтому, как мне кажется, будет последовательнее не объединять эти два патологически различных вторичных продукта под одним названием.

Оперативный метод, который я применил в данном случае, – рассечение носа, – кажется мне наиболее простым и наиболее целесообразным. Я надеюсь, что ни один хирург при нынешнем уровне науки не бросит мне упрека в том, что я здесь произвел рассечение носа. Предубеждение против повреждения хрящей благодаря успехам пластической хирургии исчезло; раны этих образований заживают, как в нашем случае, отлично первичным натяжением. Даже при менее обширных, чем в нашем случае, полипах носа я считаю необходимым разрезать нос. Перерезка тканей, окружающих ноздрю, действительно, устраняет очень



серьезное препятствие для выхода полипов наружу и дает исследующему пальцу и щипцам значительно больший простор. В нашем случае было очень легко перерезать всю носовую кость. Удаление раковин не сопровождалось никакими дурными последствиями; кровотечение было незначительным и легко было остановлено холодными орошениями и легкой тампонадой, реакция больного была незначительной. Что касается рецидива, то мне следовало здесь, разумеется, меньше бояться его, так как большая часть слизистой оболочки и раковин, где располагался полип, была удалена.

Уродство лица было исправлено операцией в незначительной степени, в пределах операционного поля этому явно мешали увеличенные в объеме кости (верхнечелюстная). Впрочем, эти кости по общим законам нашего организма должны редуцироваться до их естественного объема после устранения раздражающей силы. Я пытался исправить это уродство двумя небольшими приемами: 1) тем, что при первой операции удалил своим разрезом часть чрезмерно расширенной и патологически измененной половины носа, и 2) тем, что я закрыл отверстие у корня носа путем отсечения краев язвы овальным разрезом, путем отсепарования этих краев от костей и наложения обвивного шва.

Случай 96. Фунгус верхнечелюстной и скуловой костей в стадии размягчения. Экстирпация. Вполне удавшееся образование щеки из кожи шеи. Внезапная смерть через два месяца после операции.

Баббе, латышская крестьянка, 62 лет, может очень мало сказать о прежнем состоянии своего здоровья. 12 лет назад, по ее словам, она страдала нервной горячкой, после окончания которой у наружного угла правого глаза показалась твердая безболезненная опухоль величиной с орех, которая, не увеличиваясь и не уменьшаясь, 3 года назад превратилась в язву. Вместе с тем опухоль начала увеличиваться в сторону и вниз, так что глаз больной был ею закрыт. По поводу резких летучих болей, которые ее очень мучили в последние годы, она обратилась к врачу, который велел обмывать опухоль теплым молоком и часто назначал слабительные соли. Однако состояние больной от этого не улучшалось. 22 августа 1836 г. больная явилась в местную клинику с просьбой о принятии. Здесь более тщательное исследование обнаружило следующее.

На правой стороне лица имеется твердая бугристая, синеватая и коричневатокрасная неподвижная опухоль размером 20 см в длину и 12,5 см в ширину; она не особенно горяча на ощупь, нечетко очерчена, мало болезненна при дотрагивании; лишь изредка появляются летучие острые боли. Опухоль распространяется кнаружи до угла лобной кости, тянется на расстоянии 1–1,25 см от ушного хряща и вдоль него вниз и находится здесь на расстоянии одного поперечного пальца от угла нижней челюсти. Направляясь книзу, она покрывает всю верхнюю челюсть, выдаваясь еще немного через ее ячеистый край. По направлению кнутри она спускается к носу, покрывает всю наружную сторону последнего, отесняя его косо в сторону, так что правая ноздря кажется уменьшенной. Простираясь вверху до носового отростка лобной кости и внутреннего угла глаза, опухоль сместила нижнее веко кверху на 2,5 см. Затем она дугообразно поднимается над бровью, отеснив веко книзу и закрыв таким образом весь глаз. Приблизительно в середине опухоли видна небольшая глубокая язва длиной и шириной



около 5 мм, а выше ее другая большая язва, простирающаяся до наружного угла глаза, длиной 5 см и шириной 1,25 см, с частично валикообразными, частично завернутыми внутрь бугристыми, зазубренными, твердыми краями. Дно язвы неровное, твердое, как камень, неприятного, грязно-желтого цвета, что свидетельствует о вялом характере язвы. Последняя обильно выделяет жидкость, вначале напоминавшую кровяную сыворотку, а впоследствии окрашивавшую белье в кровавый цвет, без дурного запаха. Дно частично покрыто грязным гноем.

Если приподнять у больной верхнее веко, то роговая оболочка представляется нормальной, как и соединительная оболочка глаза у внутреннего угла, в наружном же углу она отечна, красновато-белого цвета. Больная может двигать глазом во всех направлениях, и, если поднять у нее верхнее веко, она этим глазом видит. Ни железы в прилегающих областях, ни паховые и подмышечные железы не увеличены. Однако больная указывает, что во время сильных болей в опухоли подчелюстные железы опухают. Соседние вены тоже не обнаруживают ничего необычного. Общее состояние не нарушено.

Лечение началось с теплых припарок на опухоль (22 и 23 августа), после чего 24 августа мы приступили к экстирпации опухоли. С этой целью были сделаны посредством скальпеля Диффенбаха два овальных разреза: наружный разрез начинался от середины нижнего края нижней челюсти, проходил вдоль ушного хряща и мимо него через висок, а заканчивался над бровью; внутренний разрез начинался там же и проходил через середину носа, затем дугообразно к внутреннему углу глаза. После этого опухоль была отделена от окружающих и подлежащих тканей длинными движениями ножа сперва с наружной стороны, затем с внутренней и нижней и, наконец, с верхней стороны в окружности глаза.

При удалении опухоли выяснилось, что она распространяется внутрь самой гайморовой полости. Поэтому была удалена вся передняя стенка этой пазухи, равно как скуловая кость, нижнее веко, небольшая наружная часть верхнего, весь глазничный край верхней челюсти, верхняя часть правого носового хряща, стенонов проток, так что рана сразу же после операции имела следующий вид. Наверху в рану свободно свисало глазное яблоко, лишенное своих плотных стенок; слева видна носовая перегородка; нижняя часть правого носового хряща, губы и наружный угол рта сохранены. В нижней части раны видны альвеолярные края нижней и верхней челюсти, наверху с четырьмя, а внизу с тремя коренными зубами. Кровь затекала через щели между обоими альвеолярными краями в рот и непрерывно выбрасывалась больной. В наружной части раны видна жевательная мышца почти на всем ее протяжении, покрывающая восходящую ветвь и угол нижней челюсти. В верхней наружной части раны торчал небольшой оставшийся кусок скуловой кости, который впоследствии был удален костными ножницами. Среднюю часть раны занимала вскрытая гайморова полость.

Теперь были перевязаны две артерии и вся рана чисто вымыта и подвергнута орошению холодной водой. Чтобы не подвергать рану действию наружного воздуха и чтобы ее закрыть, надо было стараться найти кожу по соседству. Поэтому кожные разрезы продлены с обеих сторон вниз приблизительно на 10 см, причем стала видна наружная яремная вена, кожа отпрепарирована от клетчатки,



так что получился кожный лоскут длиной 10 см и шириной 6 см. Затем таким же образом была отпрепарирована кожа над перегородкой носа и на левой стороне его, кожа бровей и лба над бровями, а также кожа на виске, и после перерыва в несколько минут было начато соединение этих кожных лоскутов швами; таким образом вся раневая поверхность была покрыта кожей. Кожный лоскут шеи был подтянут кверху и соединен швами с кожным лоскутом угла рта и носа слева, а справа с кожным лоскутом впереди ушного хряща, наверху же – с кожным лоскутом височной области. Для устранения возникшего таким образом натяжения верхнего века у наружного края последнего сделан разрез. Под глазом остались два отверстия, которые были закрыты корпией и полосками пластыря. Во время всей операции больная вела себя довольно спокойно. [См. табл. IV, рис. 1–3.]

24 августа вечером. Лихорадки нет, но имеются сильные боли в ране. Больная с аппетитом съела компот. Ледяные обертывания.

25 августа. Вчера, поздно вечером, у больной был озноб. Она согрелась ромашковым чаем. Ночью она немного спала. Был стул. Боли в ране продолжались. Небольшая жажда, пульс 72, чуть тверже; нос сильно распух. На нос положена корпия, пропитанная маслом, на голову и рану продолжают накладывать ледяные компрессы. В качестве жидкости для полоскания рта прописано: *Rp. Dec. Alth. 240,0, Succ. Liquir. 7,5.*

26 августа. Края раны и нос сильно распухли. Под глазом кожный лоскут почернел; больная ощущает сильные боли; пульс 82; стула не было. Больная поела с аппетитом. Ледяные обертывания ей приятны. По словам больной, вчера вечером у нее опять был озноб. Сегодня удалены иглы обвивного шва. Из-за болей поставлено 10 пиявок и на рану наложена повязка с теплой *Aq. Goulard.*, к которой примешено красное вино. Назначена отвлекающая клизма с *Sal. mirab. Glaub.* На голове оставлен пузырь со льдом.

Вечером боли немного стихли, но были еще достаточно резкие, равно как и жар и краснота, поэтому поставлено 30 пиявок. К окутыванию, состоявшему из *Aq. Goulard.* и *Vin. rubr.*, было прибавлено еще 30,0 *Aq. vulner. Theden.*; холодные пузыри на голове сохранены. После клизмы у больной был стул. Вечером была сделана перевязка и удалено еще несколько швов.

27 августа. Боли прекратились, равно как припухлость, жар и краснота краев раны.

Ознобов больше не было. Пульс 71; головных болей нет. Края раны зажили; верхний конец лоскута под глазом начинает отторгаться; образовалась демаркационная линия. Сегодня опять удалено несколько швов и продолжены вчерашние назначения.

28 августа. Рана имеет вялый вид. Больная жалуется на боли в области нижней челюсти и верхнего века. На рану накладывается повязка с раздражающими мазями, делается орошение отваром дубовой коры и настойкой мирры; далее, поставлено 10 пиявок на угол нижней челюсти и 10 пиявок на верхнее веко.

29 августа. Так как демаркационная линия отчетливо выявилась, то омертвевшая часть кожного лоскута удалена с помощью ножниц и возобновлена повязка с теми же мазями; сделаны те же орошения. Общее состояние больной



было хорошее. Так как она жаловалась на напряжение и временами появляющиеся боли в кожном лоскуте, ей назначены теплые припарки.

30 августа. Так как рана все еще оставалась вялой, то больной была прописана раздражающая мазь, состоявшая из *Ung. basilic. 30,0, T-rae Myrrh.* и *Hydrarg. praec. rubr. aa 7,5*, для введения в рану на корпии; вышеописанные теплые окутывания продолжают, равно как орошения декоктом дубовой коры. В общем состоянии никаких нарушений нет.

1 сентября. Больная жалуется на незначительные боли. В ране показались хорошие грануляции. Общее состояние не нарушено. Лечение то же.

2 сентября. Больная жалуется на головные боли, особенно же на боли в ране. Общее состояние, впрочем, не нарушено.

3 сентября. Резкие боли в ране и в глазу, лишившие больную сна. Два раза был жидкий стул. Аппетит полностью отсутствует. Глазное яблоко сильно распухло, оно очень болезненно при дотрагивании. Роговица изъязвилась. Пульс 82. Сегодня поставлено 10 пиявок, на рану наложена повязка со смягчающей мазью.

4 сентября. Боли стихли, общее состояние хорошее. На краю нижней челюсти образовалось выпячивание, на котором отчетливо определяется зыбление. При вскрытии ланцетом выделился хороший гной. На рану наложена повязка со смягчающей мазью.

5 сентября. У больной появился кашель. В ране видны хорошие грануляции, она уменьшается. На рану опять накладывают повязку с раздражающей мазью, а на грудь кладут *Empl. vesic. ordin.* Общее состояние, впрочем, хорошее.

7 сентября. Рана имеет хороший вид. Больная жалуется на колющие боли в ране, в глазу и в половине головы; кашель. Повязка та же, вечером два порошка *Pulv. Dov. 0,3*.

8 сентября. Колющие боли прекратились. Рану посыпают *Merc. praecip. rubr.*; наложена та же повязка.

9 сентября. В ране, которая в общем имеет хороший вид, образовались клочья. Непрекращающийся кашель. На грудь накладывается *Empl. Canthar. perpet.*; решено в дальнейшем поддерживать здесь нагноение. Повязка та же.

10 сентября. Рана уменьшилась; отверстие, обращенное в сторону рта, начинает закрываться. Общее состояние хорошее, только кашель усилился. Против этого ей был назначен грудной чай (*Spec. pector.*); доверов порошок повторен. Та же повязка.

12 сентября. Состояние раны без изменений, поэтому оставлена та же повязка с той разницей, что сделано прижигание раны ляписом. Кашель все еще продолжался. В раневые участки на груди, вызванные *Empl. perpet.*, втирается *Ung. Sabin.*; грудной чай и *Pulv. Dov.* продолжены.

14 сентября. Рана становится все меньше и сохраняет свой хороший вид. Фонтанели на груди начинают гноиться.

15 сентября. Отверстие раны, обращенное в сторону рта, почти полностью закрылось. Общее состояние не нарушено, если не считать кашля.

18 сентября. Состояние раны хорошее. Отверстие, обращенное в сторону рта, совершенно закрылось, так что видна еще полость под глазом, не сообщающаяся ни с полостью рта, ни с носом. Преципитатная мазь применена



в более крепкой концентрации. Фонтанели на груди причиняют больной неприятность, но кашель все еще продолжается, поэтому накладываются новые фонтанели, по одной на каждое плечо. Повязка, грудной чай и доверов порошок повторяются.

С 19 по 21 сентября. Сегодня 21 сентября из раны извлечены мелкие кусочки кости – остатки скулового отростка. Рана сохраняет тот же хороший вид.

С 22 по 24 сентября. Вид раны хороший. Кашель уменьшился. Сегодня 24 сентября было решено оставить повязку на два дня, а потом ее изменить.

26 сентября. Перевязка; рана имеет такой же хороший вид. Сегодня на нее наложена повязка с *Ung. saturn. c. zinco*.

С 27 по 30 сентября. Перевязка. В рану насыпается *Merc, praecip. rubr.* Сегодня 30 сентября больной назначен цитманнов декокт по 360,0 как крепкого, так и слабого, на день.

С 1 по 7 октября. Рана все более и более стягивается. В каждую фонтанель на плечах вкладывается по 4 горошины. Декокт немного подействовал на кишечник. Состояние больной хорошее.

8 октября. Цитманнов декокт сильно подействовал на кишечник; 8 раз жидкие испражнения; живот очень болезнен при дотрагивании. Пульс ускорен. Декокт отменен.

9 октября. Больная ослабела; боль прекратилась; понос стал меньше. Для поднятия сил ей назначено: *Rp. Rad. Valer. 11,25, inf. c. Aqfervid, ad colat. 180,0, adde Aeth. sulf. 3,75. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа. К вечеру *Pulv. Dov. 0,6*.

С 10 по 13 октября. Больная чувствует себя лучше. Рана имеет хороший вид. Фонтанели хорошо гноятся.

14 октября. Рана по-прежнему имеет хороший вид. Однако общее состояние изменилось: больная жалуется на сильный кашель, понос и резкую слабость. Ей было назначено: *Rp. Dec. Salep. 180,0, T-rae theb. 1,25, Sirup. Rub. id. 30,0. MDS.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа. Кроме того, грудной чай и втирание в грудь теплого оливкового масла.

С 15 по 19 октября. Кашель немного уменьшился, больная чувствует себя несколько крепче. Лечение то же.

С 20 по 24 октября. Рана имеет вялый вид и не обнаруживает склонности к дальнейшему заживлению. Все еще имеется кашель с отхаркиванием комковатой слизи. Грудной чай, вечером 0,6 г доверова порошка и втирания в грудь теплого масла повторяются. Состояние сил более или менее сохраняется. На грудь наложен *Empl. vesic. ord.*, и назначена следующая микстура: *Rp. Rad. Arnic. 7,5, infund. c. Aq. fervid, ad colat. 180,0, adde Mucil. gumm. arab. 7,5, Oxytel. squillit. 15,0. MDS.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа.

25 октября. У больной был многократный жидкий стул, кашель уменьшился. Больная резко ослабела, настроение мрачное, озабоченное. Рана все еще вялая. Сохраняется вчерашняя микстура, но к ней прибавляется 1,25 г *T-rae theb.* и только 3,75 г *Oxym. squillit.* Вечером она получила два доверова порошка, каждый по 0,6 г.



26 октября. Поносы продолжаются, больная заметно слабеет; но кашель уменьшился. Микстура полностью отменена, и вечером дан только доверов порошок.

27 и 28 октября. Понос уменьшился. Общее состояние без изменений, как и состояние раны. Больная ежедневно получает два стакана красного вина, после которых она себя чувствует очень освеженной. В каждую фонтанель на плечах вкладываются вместо четырех две горошины.

29 октября. Опять несколько раз был жидкий стул, против которого применены клизма с *Dec. amyl.* и *T-ra theb.* и следующая микстура: *Rp. Aq. Menth. crisp. 60,0, Aq. simpl. 120,0, Extr. Columb. 3,75, T-rae theb. 1,25. MDS.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа. Что касается раны, то полость под глазным яблоком увеличилась, поскольку последнее значительно сморщилось и срослось с боковыми стенками глазницы. Дно язвы имеет тот же вялый вид.

30 и 31 октября. Микстура хорошо помогает больной; после клизмы каждый день стул бывает только один раз. Больная очень обрадована улучшением своего состояния.

1 ноября. Состояние то же, лекарства те же. Клизма отменяется, так как и сегодня стул был только один раз.

2 ноября. Понос возобновился, поэтому клизма и внутренние средства повторены.

3 ноября. Больная чувствует себя хорошо; стул был только один раз; кашель беспокоит больную очень мало. Заживление раны вперед не подвигается. После обеда состояние больной быстро, в одно мгновение, изменилось. После того как больная с хорошим аппетитом съела свой обед и выпила стакан вина, она в 3 1/2 часа дня внезапно вскрикнула: «Ах, что со мною!» указала на область желудка, изогнулась кпереди, дважды громко вскрикнула и умерла.

Вскрытие, очень тщательно выполненное на другой день, не дало никаких заслуживающих внимания результатов, ибо ни в одном органе брюшной полости и ни в одном органе грудной полости не было найдено никаких органических изменений. Весь пищеварительный тракт был раздут газами, стенки его истончены, в конечной части тонкой кишки имелось несколько мелких плоских язвочек. Легкие эмфизематозны, но никакого следа опеченения или других тканевых изменений. Наконец, мозг, который также был тщательно исследован, имел довольно хороший вид, и даже после вскрытия позвоночного канала во всю его длину было обнаружено, что содержимое его имеет везде нормальный вид.

Я хочу обратить внимание читателя на три обстоятельства в данной истории болезни.

1) На особенности строения вторичного продукта, происшедшего, очевидно, из кости и надкостницы. Он уже перешел в стадию размягчения. Во многих местах его определялась флюктуация, а по рассечении его было обнаружено несколько полостей, наполненных гнилой жидкостью и творожистым белым веществом, в котором нетрудно было выявить несколько мелких костных частичек; большая часть скуловой кости была разрушена и скрыта в опухоли. Верхнечелюстная кость была столь мягкой, что ее можно было легко резать ножом. Более твердые части опухоли имели хрящевидное



строение. Расположение опухоли сделало внешность больной сразу же после операции в высшей степени примечательной, как это видно на рисунке. Я не могу назвать опухоль ни остеосаркомой, ни остеостеатомой во избежание смешения с другими доброкачественными вторичными продуктами, похожими на те, которые я опишу ниже в одном случае. Я предоставляю самому читателю называть вторичный продукт, как угодно, фунгусом или карциномой.

2) На метод операции. Генопластика¹, которую я выполнил в данном случае, называть ли ее, по Вельпо, «индийским методом» или иначе, почти полностью удалась. За исключением края верхней части лоскута, который занимал пространство самое большее 1,25 см, и скопления гноя под лоскутом, которое я устранил противоотверстием, форма щеки полностью отвечала нашим ожиданиям. Благодаря развитию рубцовой ткани на ее внутренней поверхности, она сделалась твердой и плотной и даже имела округлый вид, причем лоскут принял сводчатую форму. Этот же лоскут мог с успехом воссоздать и нижнее веко, как я это и предусматривал, но, к сожалению, верхняя не зашитая часть его омертвела. Я не могу, однако, установить, являлось ли причиной омертвения то обстоятельство, что эта часть не была пришита, или, возможно, самая форма лоскута, так как основание его было немного уже, чем верхушка. В одном случае, который я тут же опишу, при хейлопластике также наступило омертвение верхней непришитой части лоскута. Скопление гноя здесь, как в сотне других случаев, ни в малейшей степени не помешало первичному заживлению, стоило только открыть гною выход наружу через разрез в основании лоскута.

Так как глаз остался неприкрытым, то развился очень сильный конъюнктивит, и вся наружная поверхность соединительной оболочки покрылась грануляциями; роговица совершенно помутнела, и зрение пропало. При этом не следует забывать, что нижняя часть глазного яблока совершенно лишилась всякой опоры и что весь глаз висел на верхней складке соединительной оболочки.

3) Особого внимания в нашем случае заслуживает смерть больной. Каким образом и почему она последовала?

Она произошла внезапно и при отсутствии малейших следов материальных изменений важных органов или метастатического отложения в них, приблизительно через 2 месяца после операции. Действительно ли эта внезапная смерть находилась в какой-то связи с местным заболеванием и его устранением? Может быть и так; однако у нас нет резонного основания отстаивать этот взгляд. В этом возрасте можно умереть так же легко и не более ничем, и не будучи оперированным. Впрочем, больная уже в течение некоторого времени перед смертью чувствовала себя слабой; вид раны также изменился: она была желтоватая, сухая, без грануляций. Как бы то ни было, я сожалею, что сам, может быть, увеличил эту слабость своей незадачливой идеей – прописать ей цитманнов декокт.

Описанный случай, очевидно, побуждает нас к повторению генопластики по изложенному способу и отнюдь не может служить предостережением против

¹ Пластика щеки (gena – щека, лат.).



удаления подобных опухолей, как это хотят истолковать некоторые врачи (которые решительно отвергают локальный характер местных заболеваний). Никто мне не докажет, что эта женщина могла бы прожить дольше со своей опухолью. Неверно, что она могла с этой опухолью прожить лучше и с меньшими страданиями. Если, стало быть, захотеть приписать ее смерть операции, то это означало бы опять платить дань пресловутому *post hoc*.

Случай 97. Огромная телеангиэктазия на затылке. Перевязка общей сонной артерии. Вторичные кровотечения. Смерть.

Матильда, 9 месяцев от роду, принята 26 января 1837 г. в хирургическое отделение нашей клиники. Девочка была хорошо упитана, имела здоровый, румяный цвет лица; у нее не было никаких признаков дискразии: веселое расположение духа, с которым она, казалось, принимала участие в окружающей жизни, свидетельствовало о живом темпераменте.

На затылке, более слева, сидела опухоль шириной справа налево 6 см и длиной сверху вниз 7,5 см; наибольшая толщина ее составляла 2,5 см. Границы этой опухоли, чтобы быть точнее, были следующие. Начавшись сзади и немного выше левого наружного уха, левый наружный край опухоли проходил на протяжении примерно 2 см параллельно левому уху вниз до самого затылка, где нижний край, расположенный горизонтально, переходил в правый боковой край, который тянулся косо снизу и справа вверх и влево, на расстоянии 4 см кзади от правого уха, и косо сливался с верхним концом левого края; таким образом, правая верхняя часть затылочной кости оставалась непокрытой опухолью. Окружность всей опухоли у ее основания составляла около 25 см.

Кожа над опухолью получила вследствие большого количества мелких густо прилегающих друг к другу пятен красновато-синего цвета крапчатый вид, но была при этом ровная и на ощупь казалась нормальной. Вещество самой опухоли лучше всего можно сравнить с тканью грудной железы женщины, которая уже рожала, но еще не достигла возраста увядания; оно состояло из тестоватой, как бы мелкозернистой внутри, мягкой массы. Температура опухоли не была повышена, и последняя, по-видимому, не давала повода ни для каких болезненных ощущений; даже умеренное давление на опухоль не привлекало к себе внимания маленькой больной.

В нижней левой части опухоли покрывающая ее кожа на ограниченном месте имела такой вид, как будто здесь должна образоваться экскориация, а именно: кожа здесь была более шероховата, на ней было несколько мелких трещин и как бы незначительное слущивание эпидермиса.

А н а м н е з. Уже при рождении нашей маленькой больной, которое протекало тяжело для матери и закончилось только с помощью акушерских щипцов, можно было заметить около левого уха, немного кзади и выше, приблизительно на том месте, где в настоящее время находится левый верхний угол опухоли, небольшое пятно, усыпанное красновато-синеватыми точками и почти совсем не возвышавшееся над уровнем кожи. Это пятно постепенно увеличивалось, при этом все более возвышаясь над кожей, непрерывно и равномерно нарастало во всех размерах и таким образом превратилось в опухоль, которую мы описали по ее состоянию в момент поступления больной в клинику.



В течение всего этого времени ребенок в общем чувствовал себя отлично, и, следовательно, опухоль не оказывала ни малейшего вредного влияния на его конституцию.

Такие причины, которые вызывали ускорение кровообращения, особенно такие, которые обуславливали усиленный приток крови к голове, как, например, теплое покрытие головы, крик и т. п., влекли за собой увеличение и более интенсивное окрашивание опухоли. Это же было замечено и после поступления больной в клинику.

Старшая 6-летняя сестра нашей больной как будто страдает подобного же рода болезнью: небольшое окрашенное пятно у нее располагается в области грудины и чуть возвышается над уровнем кожи; несмотря на небольшие его размеры, это пятно все же однажды дало повод для значительного кровотечения.

Ввиду того что при указанной ширине телеангиэктатической опухоли и при описанной локализации ее местное вмешательство представлялось невозможным, было признано единственным лечебным средством отключить опухоль от артериального кровоснабжения. Было решено перевязать сонную артерию, причем именно общую сонную, поскольку опухоль питается безусловно не за счет одной только наружной сонной артерии и поскольку последнюю, при ее положении среди нервов и сосудов, слишком трудно и чересчур опасно перевязать у девятимесячного ребенка. Так как телеангиэктазия располагалась больше на левой стороне затылка, чем на правой, было решено сначала перевязать левую общую сонную артерию.

26 января мы приступили к операции. Сперва ребенка спеленали, чтобы фиксировать его конечности, затем он был взят помощником на колени. После проведения кожного разреза была рассечена шейная фасция вместе с очень обильной здесь подкожной жировой клетчаткой; внутренний край грудино-ключично-сосковой мышцы был обнажен и оттянут раневым крючком кнаружи; с этого момента операция произведена только с помощью пинцета и желобоватого зонда. После того как таким способом была разрушена окружающая клетчатка, был вскоре обнажен общий пучок, заключающий сонную артерию, яремную вену и блуждающий нерв. Яремная вена даже не показалась, а сосудистое влагалище было вскрыто только над сонной артерией, после чего под нее подведена лигатура с помощью аневризматический иглы Дешана. Кровотечение было весьма незначительным, кровь не била струей ни из одного артериального сосуда, не случилось ни одного неприятного инцидента. В течение всей операции малютка лишь очень мало кричала. Больной было предоставлено только несколько минут отдыха, после чего лигатура была завязана. Вслед за этим опухоль на затылке немного опала и стала более дряблой на ощупь. Кожная рана была соединена пятью кровавыми швами, на рану положен ледяной компресс, и так как малютка сделалась очень беспокойной, то ей были даны 3 капли *T-rae theb.* Пищей для больной служило материнское молоко.

27 января. Малютка вчера вскоре успокоилась; ночью она спала так же хорошо, как всегда. Окружающие рану ткани слегка распухли и покраснели. Сегодня утром был стул. Ледяное обертывание продолжается; внутрь: *Rp. Calom.*



0,12, *Magnes. alb.*, *Sacch. alb.* aa 1,25, *Divid. in part, aequal.* № 8. S. По 1 порошку через каждые 2 часа, пока кишечник не подействует несколько раз.

28 января. Вчера днем больная вела себя довольно спокойно и большую часть ночи спала. После второго порошка каломеля был дважды обильный стул со слизью; поэтому каломель отменен. Имеется незначительная реактивная лихорадка, тельце немного горит, а личико не красное. Область шеи вокруг раны покраснела и слегка опухла. Ледяные обертывания продолжаются.

29 января. Лихорадка исчезла. Все тело сегодня покрыто мелкими папулами, сидящими на красном основании и временами, по-видимому, вызывающими зуд. Назначено: *Rp. Sirup. Rhei 30,0, Magnes. alb. 2,5. MDS.* По 1 чайной ложке четыре раза в день.

30 января. Общее состояние отличное. Дважды был стул. После снятия двух швов малютка стала крайне беспокойной. Ледяные обертывания продолжаются.

31 января. Сыпь уменьшилась.

1 февраля. Чтобы не слишком волновать малютку, сегодня дождались ее сна, во время которого были удалены последние три шва. Первичное натяжение удалось только в верхнем углу раны¹, в остальной части раны края ее немного разошлись. Повязка была сделана из сухой корпии и полосок пластыря. Сыпь совершенно исчезла.

2 февраля. Края раны покрылись грануляциями, и из раны выделяется жидкий гной.

3 февраля. После нескольких легких потягиваний пинцетом (подобные попытки были предприняты и в предыдущие дни) сегодня поддалась лигатура, наложенная на общую сонную артерию, и была извлечена (следовательно, на девятый день после операции). Петля имела размеры меньше булавочной головки и содержала капельку гнойной жидкости, но не пленочку. Повязка та же, что и раньше.

4 февраля. Рана немного гранулирует, края ее зазубрены и чуть утолщены. Опухоль на затылке со дня перевязки больше не изменилась. Были назначены окутывания из *Aq. Goulard.* и теплого молока. В последующие дни на рану накладывались повязки с раздражающими средствами – *Grig. digest.* и *Grig. basilic.*; но, несмотря на это, рана сохраняла вялый вид; бледные дряблые грануляции покрыты жидким гноем. Лишь постепенно верхний угол раны начал закрываться.

12 февраля мать больной вместе с ней оставила клинику, чтобы на частной квартире дожидаться полного заживления раны. В тот день опухоль была приблизительно на $\frac{1}{3}$ меньше, чем до операции, она стала плосче, мягкой и не такой горячей, как прежде. У малютки начали прорезаться зубы, она все время немного кашляла.

21 февраля мать послала кого-то в клинику за неотложной помощью. Во время сна малютки наступило чрезвычайно сильное вторичное кровотечение алой кровью, которое остановилось само собой. Потеря крови составляла около 120 г. В рану был положен кусочек агарика, пропитанный *Aq. creosoti* (2 капли

¹ Как видно из последующего изложения, здесь, по-видимому, описка: имеется в виду нижний угол раны.



креозота на 30 мл воды), а поверх этого положено еще несколько более крупных кусков губки, омоченных также креозотовой водой, а поверх этого, наконец, постоянно держали лед. Внутрь было дано *Extr. Hyosc. c. Sirup. Capill. Ven.* Спусти два часа наступило другое, менее обильное вторичное кровотечение, которое также остановилось само собой. После этого малютка была без промедления доставлена вновь в клинику, чтобы в любой момент можно было оказать врачебную помощь. Больная, впрочем, не выглядела ослабевшей. Опухоль, которая, по словам матери, в последние два дня сделалась такой же массивной, как и до операции, теперь снова немного уменьшилась. В верхней челюсти прорезались два передних зуба.

После обеда наступило третье по счету, но очень слабое кровотечение, которое прекратилось так же быстро, как и началось.

В ночь с 21 на 22 февраля во время сна малютки опять произошло очень сильное вторичное кровотечение, количеством от 90 до 120 г, которое уже прекратилось к тому моменту, когда прибежал ассистент клиники. В рану вложена спутанная корпия, обильно посыпанная *Pulv. styptic.*, и поверх наложен небольшой бинт.

Остальную часть ночи ребенок почти все время спал, но немного беспокойно. Днем ребенок был довольно веселый, но бледный, хотя не слишком ослабленный. Приступами наступал довольно сильный кашель. Против него давалось: *Rp. Sirup. flor. Naph. 30,0, T-rae theb. gutt. VI, Extr. Hyosc. 0,24. MDS.* По 1 чайной ложке через 1–2 часа. От 4 до 7 часов пополудни ребенок спал. В этот день дальнейших кровотечений не было. Два дня уже не было стула. Вечером повязка была снята и рана перевязана таким образом, чтобы предварительно сделанной тампонадой кровотечение, если оно повторится, сразу же было остановлено; рана выполнена корпией, густо посыпанной *Pulv. styptic.*, над нею положен агарик, пропитанный *Aq. creosoti*, сверху комочек корпии, затем полоска пластыря и, наконец, узкий круговой бинт.

23 февраля. Больше кровотечения не было. Ребенок бледен, однако общее состояние его вполне удовлетворительное. На слегка гноящейся ране лежит беловато-серый струп. Повязка, наложенная накануне вечером, сменяется подобной же. Внутрь: *Rp. Mucil. gum. arab., Aq. Foenic. aa 15,0, Sacch. alb. 7,5, T-rae theb. gutt. VIII, Extr. Hyosc. 0,3. MDS.* Принимать по 1 чайной ложке; кроме того, время от времени 1 чайную ложку *Sirup. Rhei*, чтобы вызвать действие кишечника.

24 февраля. Общее состояние хорошее. Кашель значительно уменьшился. Рана на шее еще больше сократилась, и в верхнем углу раны, где происходили кровотечения из свищевого отверстия, показываются очень рыхлые грануляции, похожие на губку. Вся рана прижигается ляписом, после чего ребенок в течение нескольких часов был довольно спокоен.

25 февраля. Кашель прекратился вовсе. Пищеварение в порядке; стул нормальный.

26 февраля. Кровотечения не было.

27 февраля. Рана почти полностью зажила.

28 февраля. Сегодня после обеда, в 6 часов 30 минут, во время смены повязки, когда малютка была очень беспокойной, внезапно опять началось



кровотечение, пятое по счету; из верхнего угла раны забила струя алой крови, толщиной в воронье перо и длиной 5–7,5 мм. Прямо через кровоточащее место проведена игла для обвивного шва, во время наложения которого кровотечение остановилось. После этого накрест с первой проткнута вторая игла, и вокруг обеих обвита нить. Затем поверх этого укрепляется агарик с *Pulv. styptic.* и корпия. Вся кровопотеря составляла, пожалуй, 60 г.

1 марта. Малютка спала ночью хорошо, дальнейших кровотечений не было, и сегодня она довольно веселая.

2 марта. Одна игла извлечена.

4 марта. Сегодня из раны извлечена вторая и последняя игла, кожа кругом была немного воспалена; затем для создания надежного струпа небольшим каленым железом основательно прижигается то место, из которого происходили кровотечения, а на место, подвергнутое прижиганию, накладывается тряпочка с *Lig. ammon. caust.*

Вечером, около 8 часов, все же произошло еще одно незначительное кровотечение, следовательно, шестое по счету, количеством от 30 до 45 г. Оно остановилось самостоятельно. Сделана повязка с агариком, *Pulv. styptic.* и корпией.

5 марта. В 5 часов пополудни, во время сна, произошло сильное кровотечение, от 60 до 90 г. Во время кровотечения ребенок только немного постоал, был очень бледен лицом, губы посинели. За несколько часов до кровотечения ребенок был несколько беспокойнее, чем обычно. Кровотечение остановилось от прижатия пальцем, затем была наложена повязка. После этого ребенок был очень слаб и сонлив, часто зевал. Телеангиэктазия почти на всем ее протяжении просвечивала синеватым цветом через кожу. Вечером малютка спала довольно крепко.

6 марта. Кровотечений больше не было. Ребенок выглядит бледным и похудевшим.

7 марта. Сегодня малютка немножко бодрее и даже выглядит немного лучше.

8 марта. перевязка: то место, из которого, как правило, происходило кровотечение, снова подвергнуто основательному прижиганию ляписом, а в небольшой канал введен кусочек агарика, смоченного *Aq. creosoti*; поверх положено несколько кусков агарика, над этим плюмассо с *Ung. basilic.*, небольшие градуированные компрессы, липкий пластырь и бинт.

9 марта. Кровотечения больше не возникали. Повязка без изменений.

10 марта. В 4 часа 30 минут пополудни кровотечение, количеством немного более 30 г (восьмое по счету), прекратившееся самостоятельно. Наложена прежняя повязка.

11 марта. Малютка сегодня очень беспокойна и слаба. Повязка остается без смены.

12 марта. После смены повязки больная была очень беспокойна и утомлена; в течение некоторого времени вся грудная клетка судорожно сокращалась то справа, то слева, и наступили легкие подергивания в правой руке. Последние явления, без сомнения, зависели от материнского молока, поскольку оно должно было быть измененным вследствие крайне взволнованного состояния



матери за сегодняшний и вчерашний день. Мать получала каждые три часа *Extr. Hyosc. 0,12*. Ей был дан совет побывать на свежем воздухе и не так утомлять себя ночным бодрствованием. Самому же ребенку была дана миндальная эмульсия (60,0) с *Extr. Hyosc. (0,24)*.

13 марта. Губка, прикрывающая рану, так сильно прилипла, что невозможно было обнажить рану.

14 марта. Без изменений. Судороги не возобновлялись.

15 и 16 марта. Сегодня (15 марта) рана была обнажена; она не изменилась.

Сегодня (16 марта) место, откуда происходят кровоизлияния, представляется небольшим каналом диаметром около 4 мм, длиной 5–7,5 мм, который прикрывают свежие грануляции.

С 18 по 21 марта. Внутри небольшого канала обнаруживаются хорошие грануляции.

С 22 по 24 марта. Канал немного заполняется со стороны дна, но медленно. Грануляции опять побледнели.

25 марта. Грануляции бледные. Повязка с красным преципитатным порошком и красной преципитатной мазью.

26 марта. Небольшая ранка затянута белой слизеподобной коркой. Повязки с *Ung. basilic*.

С 27 марта по 6 апреля. Ранка стала более плоской, но грануляции бледны. Отчетливо виден узкий свищевой ход, который никак не хочет закрыться. Каждый день при смене повязки он содержит немного гноя. Вторичных кровотечений больше не было. При смене повязки, которая производится с применением красной преципитатной мази, небольшой свищевой ход подвергнут сильному прижиганию ляписом.

С 7 по 15 апреля. Опухоль на затылке кажется чуть увеличенной. В свищевой ход вводится тонкая турунда из корпии, впоследствии кусочек губки, густо посыпанной красным преципитатом. 16 апреля введен кусочек губки, покрытый сулемовой пастой Грефе.

Все указанные средства многократно повторялись. Однако если когда-либо и казалось, что небольшой свищевой ход сузился, то это происходило только потому, что его заполняла бледная губчатая ткань, в середине которой всегда оставался заметным тонкий ход. Так оно продолжалось до 24 мая; в этот день малютка с ее матерью, по желанию последней, была выписана, чтобы отправиться по месту жительства в Верро. С момента последнего кровотечения прошло уже 10 недель. Свищ, который в последнее время подвергался орошению концентрированным раствором ляписа (от 0,3 до 0,48 ляписа на 30,0 воды), упорно оставался открытым. Под влиянием прекрасного весеннего воздуха малютка опять немного посвежела, но все же выглядела еще очень бледной. Опухоль, пожалуй, немного уменьшилась в сравнении с тем, какой она была до операции, и именно стала более плоской, а около левого уха она стала совсем плоской.

Только в августе мы опять получили сведения о маленькой Матильде, но, к сожалению, прискорбные: на ее родине опять возобновились вторичные кровотечения, которые, наконец, погасили молодую жизнь.



Может быть, мне следует оправдаться в том, что я причисляю телеангиэктазию к вторичным продуктам. Это происходит, конечно, не потому, что я смешиваю это заболевание хотя бы с *fungus haematodes*. То, что больше всего характеризует всякий вторичный продукт, – это «отложение в паренхиме органа вещества, способного или неспособного к организации, основанное на изменении питания этого органа, при отсутствии всяких явлений повышенного набухания». Этим последним обстоятельством псевдоорганизация отличается от отложения, возникающего в результате воспаления. Если же в образовании какого-либо вторичного продукта отмечаются также некоторые флогистические явления, то это, конечно, можно объяснить лишь сочетанием этих двух различных процессов (процесса воспаления и процесса образования вторичного продукта). Телеангиэктазия, и именно разрастающаяся телеангиэктазия, о которой здесь идет речь, включает в себе те свойства, которые необходимы, чтобы стать вторичным продуктом. Образование новой эректильной ткани без каких-либо воспалительных явлений, связанное иногда с отложением скirrosного или мозговидного вещества, – вот и все, что характеризует ангиэктазию.

Перевязка общей сонной артерии у девятимесячного ребенка несомненно относится к редчайшим операциям (Вал. Мотт, Уардроп, Е. Цейс и др.). Ее можно расценить двояко: 1) в отношении самого заболевания, 2) в отношении того влияния, которое она оказывает на весь организм как травматичное вмешательство. Насколько мне известно, мы до сих пор не имеем ни одного благоприятно закончившегося случая, когда перевязка общей сонной артерии смогла бы устранить отдаленно расположенную телеангиэктазию. Наиболее действительной эта операция оказалась при ангиэктазии глазницы (Траверс), но и в этом случае болезнь, видимо, дала рецидив (Вальтер). В случае, описанном Дюпюитреном, пришлось в дальнейшем еще применять давление на опухоль. В случае Цейса (см. *Zeitschrift*, который издают Fricke, Dieffenbach и Oppenheim) ребенок умер, если я не ошибаюсь, через 6 недель после операции, хотя опухоль и уменьшилась. В нашем случае, наконец, мы не могли отметить какого-либо значительного влияния операции на размеры вторичного продукта. Только в первые дни после перевязки казалось, что опухоль уменьшилась и сделалась более дряблой. Впоследствии ее размеры менялись. Можно только с уверенностью сказать, что ангиэктазия за все время несколько не увеличилась, что, пожалуй, говорит в пользу операции, так как опухоль в течение 6–7 месяцев, по словам матери, разрослась до этого огромного размера из узелка величиной с фасоль. Неблагоприятным для успеха обстоятельством было и то, что опухоль заняла всю затылочную область, а не только ту или иную сторону головы, как это имело место во всех других приведенных случаях. Быстрое увеличение опухоли и участок с экскориацией на ее поверхности требовали, очевидно, более скорой помощи. Компрессия была для ребенка непереносимой, и одного только давления при таких размерах опухоли, очевидно, было недостаточно. От действия заволоки при крупной ангиэктазии я не знаю еще ни одного благоприятного результата. О прижигающих средствах здесь, естественно, не могло быть и речи. Было бы просто смешным продолжать употребление и до того применявшихся вяжущих



средств. Следовательно, нам ничего не оставалось, как либо экстирпация опухоли, либо перевязка сонной артерии.

Несколько месяцев назад, когда опухоль еще имела размеры фасоли, один врач отсоветовал матери иссечение, так как он полагал, что ребенок слишком мал для этого. Теперь же, к сожалению, опухоль была слишком велика, и все-таки я хотел рискнуть на операцию, хоть и ожидал немногого от перевязки. Как раз в это время в *Zeitschrift*, издающемся Fricke, был опубликован случай Цейса. Господин профессор Вальтер любезно обратил мое внимание на этот случай. Он действительно более всего походил на мой случай, и, таким образом, я решился на перевязку. Вначале я хотел испытать перевязку наружной сонной артерии с обеих сторон, но исследование этой области на трупе ребенка показало мне, с какими непреодолимыми препятствиями приходится бороться при этой операции; говоря откровенно, я не верю господину Джорджу Бьюшу, что он с успехом перевязал *art. carotis externa* у ребенка 2 ¹/₂ лет. Венозное сплетение, нижняя часть околоушной железы, заднее брюшко двубрюшной мышцы, подъязычный нерв лежат в этой области в таком тесном соприкосновении, что если они не делают операцию у ребенка совершенно невозможной, то, во всяком случае, затрудняют ее в 10 и 20 раз по сравнению с перевязкой основного ствола. Помимо того, эта лигатура накладывается между значительными коллатеральными ветвями (язычная, наружная челюстная и затылочная артерии). Все это удерживало меня от перевязки наружной сонной артерии. Перевязка общей сонной артерии в верхнем треугольнике (между грудино-ключично-сосковой и лопаточно-подъязычной мышцами) на столь короткой шее, при произвольных движениях ребенка представляется действительно нелегким делом. Впрочем, во время всей этой операции я не встретился ни с какими значительными препятствиями. Яремная вена отнюдь не составляет никакого препятствия: я ее даже не обнажил. Внутренний край грудино-ключично-сосковой мышцы все время оставался моим путеводителем. Я обнажил также лопаточно-подъязычную мышцу, синеватую округлую мышечную часть которой я сначала принял было за вену. Однако я тут же убедился в своей ошибке. В сосудистом влагалище я проделал только небольшое отверстие посредством желобоватого зонда. Во время перевязки я не видел ни одной коллатеральной ветви.

Что касается влияния перевязки на весь организм, то в данном случае реакция была весьма незначительной. Не было никаких признаков прилива крови к голове, судорожных явлений, сильной лихорадки и т. п. Все это, как мне кажется, совпадает с моими наблюдениями, которые я сделал несколько лет назад во время моих опытов на животных (в моей диссертации «*De ligatura aortae abdominalis*»), а именно, что небольшие животные (как кошки, мелкие собаки) значительно лучше переносят перевязку аорты, а следовательно, и всех крупных артериальных стволов, чем более крупные животные (телята, овцы, большие собаки). После перевязки брюшной аорты кошка тотчас соскакивает со стола, вялый паралич задних конечностей проходит уже в первые дни после операции. Нет никаких нарушений дыхания, никакого прилива крови к сердцу – обычной причины смерти более крупных животных. Подобное различие в явлениях я объясняю тем, что у более мелких животных разница между емкостью



значительного артериального ствола, как аорта, и емкостью ее ветвей совсем не так значительна, как у более крупных; у более мелких животных совокупная емкость всех коллатеральных ветвей, по-видимому, превосходит емкость крупного артериального ствола в значительно большей степени, чем у более крупных животных. Не происходит ли примерно то же самое и в человеческом роде? Не вправе ли мы заключить из этого, что малые дети лучше перенесут перевязку крупного артериального ствола, чем взрослые? В нашем случае по крайней мере бросались в глаза спокойствие после операции и незначительная реакция.

Я не могу судить, в какой связи с перевязкой находилась сыпь на теле, появившаяся на третий день после операции. Все предвещало благоприятный исход дела. Однако случилось иначе; какова была здесь, в сущности, причина столь упорного вторичного кровотечения, которое началось через 4 недели после операции (и через 15 дней после отделения лигатуры) и повторялось до 8–9 раз? Очевидно, кровяной свищ (я думаю, этот термин не менее логичен, чем мочевого свища или желчный свищ). Возникновение этого свища мы можем объяснить трояким путем: 1) тем, что лигатура оставалась на месте слишком долго; 2) тем, что она была наложена слишком близко к коллатеральной ветви (например, к верхней цитовидной артерии); 3) наконец, тем, что оболочки артерии были в болезненном состоянии, или всеми тремя причинами в совокупности.

Разве можно при нынешнем состоянии науки действительно поставить мне в вину то, что я не наложил временной лигатуры? Разве мы не видим много других случаев, когда лигатура остается в ране 13–14 дней и в дальнейшем все же бывает кровотечения? (Впрочем, я не сомневаюсь в том, что наш метод лигирования еще весьма далек от совершенства; несколько опытов на животных убедительно показали мне, что лигатура, наложенная даже на здоровую артерию животного, может служить причиной вторичного кровотечения вследствие изъязвления оболочек артерии, если эта лигатура слишком толста, очень груба и остается в соприкосновении с артерией слишком долго.) Мне представляется значительно более вероятным, что в нашем случае причиной вторичных кровотечений, приведших к смерти, служила близость крупной коллатеральной ветви (как верхняя цитовидная артерия), либо патологическое состояние оболочек артерии, либо то и другое вместе.

Я объясняю себе данный факт следующим образом. Наружное отверстие сообщалось посредством свищевого хода с просветом артерии. Стенки свищевого хода состояли из выпотевшей пластической лимфы и представляли собой продолжение наружного ореховидного лимфатического сгустка вокруг артерии. Кровотечение останавливалось всякий раз благодаря отложению кровяного сгустка в полости свищевого хода. Этот кровяной сгусток никак не мог срастись с оболочками артерии и организовать, так как он постоянно разрушался все время продолжавшимся процессом изъязвления. Расширение коллатеральной ветви и болезненное состояние артериальных оболочек, наконец, слишком залежавшаяся лигатура, вероятно, составляли вместе причину этого процесса изъязвления. Все это, правда, представляет одни только предположения, – вскрытие, к сожалению, не было произведено. Однако в этом объяснении я снова опираюсь на свои опыты на животных: однажды я нашел свищевой ход



и основной ствол артерии именно в таком точно состоянии у овцы, у которой вторичное кровотечение произошло через 5 недель после отхождения лигатуры (после перевязки брюшной аорты).

Из какого конца артерии происходило кровотечение в нашем случае? Я думаю, из верхнего конца или, еще вероятнее, из расширенной коллатеральной ветви, которая впадала в ствол немного выше места перевязки. Кровотечение обыкновенно прекращалось слишком быстро, и струя была слишком слаба, не такой, как если бы она шла со стороны сердечного конца сонной артерии. Мог ли я предпринять против вторичного кровотечения еще что-нибудь сверх того, что мною было сделано?

Конечно, ни один специалист меня не осудит за то, что я не перевязал сердечный конец сонной артерии еще раз. Во-первых, операция у ребенка, который уже стал очень беспокоен и недоверчив, предпринятая глубоко на шее, могла бы быть сопряжена с непреодолимыми трудностями; во время операции вследствие натуживания ребенка опять могло бы возникнуть профузное кровотечение, а во-вторых, – и это самое главное, – такую перевязку никоим образом нельзя рассматривать как надежное средство против дальнейших вторичных кровотечений, тем более что мы имели здесь дело, по всей вероятности, с кровотечением из периферического конца артерии. Значительно более надежной мне показалась поэтому реализация другой идеи, которую я себе создал по отношению к вторичному кровотечению, – вызвать скорое закрытие свищевого хода. Но все примененные мной средства (каленное железо, *cauteria potentialia*, раздражающие впрыскивания, шов), к сожалению, оказались тщетными, и, как я слышал, ребенок умер от истощения через 6 месяцев после операции. Единственное, в чем я, пожалуй, мог бы себя упрекнуть, состоит в том, что я должен был расширить свищевой ход, отыскать источник кровотечения и перевязать найденный конец артерии. Несмотря на то что вследствие гнойного воспаления сосуд становится хрупким, я все же полагаю, что вероятность благоприятного исхода была бы в этом случае большей, чем после перевязки сердечного конца артерии.

Случай 98. Суставной фунгус костей предплюсны. Ампутация голени по способу Лангенбека. Первичное натяжение в большей части раны. Выздоровление.

Лена, эстонская крестьянская девочка, 14 лет, лимфатической конституции и скрофулезной внешности, не помнит, хворала ли она когда-либо. Около 1 1/2 лет назад больная без всякого повода стала ощущать тяжесть и слабость в левой стопе, особенно если держать ее некоторое время в покое, и легко уставать от ходьбы; одновременно кожа стопы казалась более теплой, но цвет ее оставался неизменным. В нескольких местах появились боли, которые усиливались от движения стопы, и постепенно развилась опухоль, особенно на тыле ее, довольно быстро увеличивавшаяся в размерах. Одновременно с этим изменилась и окраска кожи, а именно: кожа в отдельных местах становилась синевато-красноватой и блестящей. Боли при ходьбе усиливались, и их можно было ослабить только покоем, но главным образом произвольно происходившим сгибанием стопы. Более того, с увеличением продолжительности заболевания это положение стало единственно выносимым. Упомянутая выше припухлость все увеличивалась,



и отдельные ее места стали выпячиваться, сделались особенно болезненными, сине-багровыми и, наконец, прорвались, причем выделилась желтоватая, дурно пахнущая жидкость. Время от времени из образовавшихся свищей наступало небольшое кровотечение. Впрочем, общее состояние больной оставалось ненарушенным. В таком состоянии больная была принята в хирургическое отделение клиники 22 октября 1836 г.

Status praesens. Левая голень находится в положении незначительного сгибания, стопа же – в сильной экстензии¹, так что на пол становится только носок, а не вся подошва; между тем нет, собственно, и подвывиха, так как стопу можно перевести и в нормальное положение, хоть и ценою очень сильных болей. Вследствие опухоли, расположенной преимущественно с тыльной стороны и прорвавшейся во многих местах, стопа приняла бесформенный вид, особенно из-за того, что голень значительно исхудала. Припухлость распространяется от складки, отделяющей пальцы от костей и плюсны, до голеностопного сустава. С обеих сторон опухоль ограничена поверхностью подошвы; вокруг свищевых отверстий кожа окрашена в темно-багровый, свинцовый цвет. Одно обычное ощупывание уже причиняет больной страдание. В некоторых местах опухоль на ощупь мягка, создает впечатление флюктуации, в других она несколько напряжена, большей же частью она представляет собой эластическую, подобную вате, массу. Свищевые отверстия, находящиеся между тылом стопы и внутренним краем подошвы, имеют овальную или круглую форму; из них вытекает негустая серовато-желтая жидкость с не особенно дурным запахом; края их мягкие и плоские. Исследование зондом показывает, что одни свищевые отверстия ведут к костям предплюсны, а другие – в один общий свищевой ход. Кости, находящиеся в пределах досягаемости зонда, на ощупь мягки, разрыхлены и шероховаты, так что зонд при незначительном давлении может проникнуть в них. Железы распухли, в общем имеется скрофулез, по своему характеру не чисто эретический и не чисто торпидный. Впрочем, состояние больной хорошее, и силы сохранены. Девочка хорошо упитана; нет ни объективных, ни субъективных признаков поражения органов трех полостей тела.

Лечение началось 22 октября вскрытием нескольких свищевых ходов, после чего назначена щелочная ножная ванна, а внутрь больной дана слабительная глауберова соль (30 г).

23 октября. Ампутация голени по способу Лангенбека. Пульс в течение дня достигал 140 и больше. Ледажные обертывания на культю.

24 октября. Ночь больная провела без сна. Пульс 140, как накануне. Но язык влажный и общее состояние хорошее. Назначения: ледажные обертывания продолжать и принимать каждые 2 часа *Pulv. temper.*, составленный из *Kal. nitr. 0,24, Crem. tart., Sacch. alb. aa 1,25*.

25 октября. Ночью больная немного спала. В пульсе и общем состоянии никаких изменений не наступило. Кишечник двое суток не действовал. Назначения: продолжать ледажные обертывания и *Pulv. temper.*; поставить сегодня очистительную клизму.

¹ Имеется в виду подошвенная флексия.



26 октября. Прошлую ночь больная тоже мало спала. Пульс и общее состояние такие же, как вчера. В результате действия клизмы появился нормальный стул. Назначения: продолжать *Pulv. temper.* и ледяные обертывания; на ночь 2 порошка: *Rp. Pulv. h-bae Hyosc. 0,12, Sacch. alb. 0.6.*

27 октября. Состояние без изменений. Ночью больная спала довольно хорошо. Стула не было; пульс 100. Назначения: продолжать *Pulv. temper.*, но давать реже; вечером поставить клизму, на ночь дать два порошка из белены.

28 октября. Ночью больная спала довольно хорошо. Пульс 84; после клизмы был нормальный стул. Назначения: сменить несколько полосок липкого пластыря повязки; принимать *Pulv. temper.* 3 раза в течение дня; ледяные обертывания отменяются.

29 октября. Ночью больная спала хорошо; пульс 76; сегодня утром был нормальный стул. Полная смена повязки. Первичное натяжение произошло на протяжении почти всей раны, кроме обоих ее углов. Лигатурные нити еще держатся крепко. Назначение: принимать *Pulv. temper.* 3 раза в день и сделать перевязку.

С 30 октября по 3 ноября. Состояние больной хорошее. Ежедневная перевязка.

4 ноября. Дважды, ночью и утром, был жидкий стул. Пульс 90 с небольшим. Общее состояние несколько ухудшилось. Назначения: перевязка, поставить на грудь с каждой стороны пластырь из шпанских мушек размером 12,5 см²; нагноившиеся места впоследствии превратить в фонтанели.

5 ноября. Один раз был кашицеобразный стул. Пульс 86, общее состояние немного лучше. Лигатурные нити еще чуть-чуть держатся. Верхний угол раны полностью зажил.

6 ноября. Сегодня удалось удалить лигатуры. Заживление раны с помощью сухого ляписа и его растворов отныне пошло скорее. 23 ноября рана зажила полностью, за исключением двух мелких свищевых ходов. С этого дня рана перевязывалась только через каждые два-три дня, причем самым простым образом – посредством тонкого компресса и двух полосок липкого пластыря. 14 декабря больная выписана.

Анатомическое исследование ампутированной ноги. Клетчатка с трудом отделялась от кожи, была плотно с ней сращена, перерождена, похожа на клетчатку, расположенную вблизи от застарелой язвы. В области костей плюсны и предплюсны имелась полость, которая не находилась ни в какой связи с наружной кожей. Она образована за счет клетчатки, фасций и сухожильных разгибателей и примерно на 4 см вдавалась в соседние ткани; заполнена вязким, красноватым, полужидким гноем. В основании этой пазухи можно было нащупать зондом шероховатые, крошащиеся, обнаженные куски кости, по-видимому, кубовидной. Между таранной и ладьевидной костями находилось красноватое слизистое, тягучее вещество (синовиальная оболочка), плотно сидевшее на этих костях. Однако пинцетом можно было его снять с костей, после чего они оставались шероховатыми и разрыхленными. То же самое имело место и на пяточной кости. На большеберцовой кости не обнаружено никаких патологических изменений. Все кости предплюсны были поражены кариозным



процессом и разрушены. Подкожная опухоль располагалась между клетчаткой и сухожилиями, под апоневрозом, т. е. относилась более к мягким тканям.

Относится ли фунгозное перерождение сустава к разряду вторичных продуктов только по своему названию или также по своему существу? Известно, что в настоящее время имеются две основных точки зрения на эту патологическую форму; одни авторы склонны допустить наличие существенной разницы между фунгозным перерождением сустава и *arthrosace*, другие же целиком и полностью отвергают эту разницу и с помощью анатомических изысканий доказывают идентичность обоих этих суставных поражений.

Нет сомнения в том, что одну из труднейших задач врача у постели больного составляет распознавание локализации патологического процесса применительно к отдельным тканям сустава, именно тогда, когда еще не заметно ни прорыва процесса наружу, ни образования язвы. Возьмем для примера поражение коленного сустава; если поражены одни только кости, если только один из мышечков бедра или большеберцовой кости сильно раздут и болезнен, если вся голень образует дугообразную линию, если надколенника нет на своем месте и он неподвижен, если сустав находится в полусогнутом положении, а мягкие образования, лежащие ниже коленного сустава, исхудали, – тогда, конечно, нетрудно распознать поражение кости. Однако в природе мы встречаем эту картину болезни не всегда в таком чистом виде. Как часто при *arthrosace* коленного сустава происходит выпотевание в суставную полость, т. е. осложнение, о котором так мало говорят в руководствах! Тогда видна будет припухлость мягких тканей, вследствие чего пораженный сустав принимает округлую форму, которая находится в резком контрасте с похудевшей голенью. В таком случае не видно больше столь неприятных для глаза угловатых выступов, характерных для *arthrosace*, в таком случае нельзя уже прощупать утолщенную кость (или, самое большее, прощупать ее только местами), а можно определить только глубокую флюктуацию, временами даже ложную флюктуацию, и тогда нетрудно, пожалуй, спутать это заболевание с поражением мягких тканей сустава. Однако трудность распознавания отнюдь не может устранить разницу в самой сущности этих двух форм заболевания.

Патологическая анатомия и именно исследования Броди нам показали, что: 1) синовиальная оболочка суставов может перерождаться особым образом, она разрыхляется и превращается в мякотное вещество буроватого цвета, 2) хрящи могут изъязвляться (?) (рассасываться), 3) суставные концы костей иногда представляют собою очаги отложения скрофулезного вещества, 4) наконец, клетчатка и волокнистые образования, расположенные вокруг сустава, перерождаются, разрыхляются и утолщаются вследствие отложения пластического вещества.

Таким образом, существует два различных патологических процесса, один из которых локализуется в мягких образованиях сустава, а другой – в суставных концах костей. В конце концов, однако, один процесс переходит в другой. Следовательно, если я вижу преимущественное поражение околосуставной клетчатки (отложение пластического вещества в ней) и фиброзных образований, что характеризуется более значительной припухлостью, округлой формой опухоли и своеобразным ощущением зыбления, когда анамнез мне показывает, что больной вначале жаловался лишь на незначительные боли в суставе, между



тем как опухоль все нарастала, то я имею полное право назвать это заболевание *fungus articuli* и этим отличить его от *arthrocace*. Если вскрытие конечности после смерти или после ампутации мне показывает, что клетчатка перерождена и разрыхлена, что она переполнена отложениями пластической лимфы, особенно в тех местах, где опухоль была наиболее выражена, если, далее, синовиальная оболочка мякотно утолщена, окрашена в бурый цвет и легко отделяется, если полость сустава наполнена жидкостью шоколадного цвета, то вскрытие подтверждает мой диагноз. Если же в застарелых случаях (как в нашем) уже поражено самое костное вещество, а костная ткань хрупка и окрашена в зеленовато-бурый цвет, пропитана скрофулезным веществом, а отдельные костные куски совершенно отделены и плавают в гное, то все это свидетельствует о том, что либо патологический процесс мягких образований перешел в глубине на самое костное вещество, либо (может быть, еще вероятнее) оба процесса (болезненное поражение мягких тканей и такое же поражение костных образований) встретились в одном и том же суставе, причем оба они являются отражением одной и той же причины, господствующей в теле дискразии.

Если фунгус и артрокаце представляют два различных поражения сустава, то разве не ясно, что фунгус – перерождение клетчатки и дегенерация синовиальной оболочки – должен быть отнесен к разряду вторичных образований? Отложение вещества, основанное на глубоких изменениях нутритивной деятельности образований, представляет здесь, как и при всех вторичных продуктах, самую сущность заболевания. Правда, образованию суставного фунгуса предшествуют некоторые латентно протекающие воспалительные явления – повышенная температура, глухая боль. Но является ли это латентное воспаление причиной или следствием вторичных отложений? Количество отложившегося вещества по крайней мере не находится здесь ни в каких соотношениях со степенью воспаления, а перерождение синовиальной оболочки (которое Броди также причисляет ко вторичным продуктам) не может быть объяснено никаким воспалительным процессом.

Принадлежит ли наш случай к фунгусу сустава или это было скорее артрокаце? Состояние свищевых отверстий, зондирование и вскрытие ампутированной конечности показали нам, правда, значительное кариозное поражение костей предплюсны, а именно: отделенные куски кости, омываемые гнойными полостями, были хрупки, крошились и были окрашены в буро-зеленый цвет. Но одновременно с этим мы обнаружили также своеобразное перерождение синовиальных оболочек, наиболее отчетливо выраженное в суставе между таранной и ладьевидной костями; кроме того, значительное перерождение клетчатки и сухожильных образований, равно как анамнез, свидетельствовали о том, что заболевание началось прежде всего в мягких образованиях.

Имелись ли в нашем случае действительные показания к ампутации? Другими словами, было ли местное заболевание абсолютно или относительно неизлечимо? В общем я остаюсь верен своему принципу и ампутую при кариесе только в том случае, когда имеется налицо несоответствие между степенью местного заболевания и общим состоянием. Здесь, правда, оно не имело места; однако то, что это несоответствие рано или поздно наступит, можно было, пожалуй,



предсказать с уверенностью. Полость, в которой были заключены отторгнутые кариозные кости, естественно, подлежала вскрытию. Для этого пришлось бы рассечь всю подошву, но и при этом никогда не было бы уверенности в точной границе поражения. Связанное с таким вмешательством нагноение, омертвление и отторжение сухожилий, кровопотеря, боли представляют собой достаточную опасность, которая сразу же устраняется посредством ампутации; притом все еще оставалось совершенно спорным, будет ли стопа у больной достаточно полноценной. Следовательно, с одной стороны, приходилось опасаться гектического состояния, долголетнего и болезненного лечения и после этого все же [функциональной] непригодности конечности, с другой стороны, угрожала возможная опасность тяжелой реакции после травматического вмешательства; я выбрал, естественно, последнее. Результат не обманул моих надежд. Уже через 7 недель больная могла покинуть клинику в цветущем здоровье, с одним костылем.

Случай 99. Неправильно леченная стеатома в области спины. Иссечение. Заживление раны per granulationem. Выздоровление.

Маланья, русская, 44 лет, здоровой, полносочной конституции, до сих пор всегда пользовалась ничем не омраченным здоровьем. Около 5 лет назад на спине, между верхними отделами лопаток, появилось несколько бородавчатых возвышений, которые ее вначале мало беспокоили; тем не менее она их отщипывала и дергала. Несмотря на это, эти бородавки разрастались все больше, и чем энергичнее она применяла свой способ лечения, тем сильнее они разрастались. Минувшей весной немного ниже старой опухоли появился новый узелок, с которым она хотела обойтись по старой привычке; однако этот узелок резко увеличился в объеме и больше противостоял ее мероприятиям. Около 5 месяцев назад у больной постепенно прекратились месячные; при этом она не могла указать другой причины, кроме своего пожилого возраста. Однако больная не заметила, что именно в это время наступило резкое ухудшение в ее заболевании. Опухоль развивалась равномерно и медленно и выросла таким образом до нынешних размеров, причем никакие другие нарушения к ней не присоединялись.

Состояние больной при поступлении ее в клинику 18 февраля 1837 г. было следующее. На спине, прямо на позвоночнике, на уровне второго грудного позвонка имелось несколько выпячиваний, расположенных близко друг от друга, неравномерно твердых, величиной с грецкий орех и крупнее; хотя они местами и были мягче на ощупь, все же большей частью они имели плотное, саркоматозное, почти хрящевое строение. Они располагались рядом гроздевидно. В тех местах, где они взаимно перекрывались или соприкасались, покрывавшая их кожа была более нежной, частично истонченной и даже изъязвленной. Более изолированно стоявшие опухоли отливали синеватым цветом и были покрыты более грубой кожей. Большинство этих узлов в общем были тверды на ощупь, безболезненны и связаны с подлежащей кожей широким основанием. Соседние участки кожи имели слегка красноватый оттенок и не были вовлечены в этот патологический метаморфоз.

Дальше книзу и несколько влево от позвоночника имелась вторая изолированно расположенная округлая и более эластичная опухоль величиной с крупный кулак, сидевшая на подлежащих тканях на более узком основании. Лишь



в нижнем отделе этой опухоли слева определялся довольно твердый участок, вся же остальная часть опухоли отличалась более мягкой консистенцией, местами даже с флюктуацией. Покрывавшая ее в этом месте кожа была более красная, напряженная и теплая, местами она поверхностно изъязвлена; она была безболезненна и носила следы бывших незначительных кровотечений.

Весь конгломерат этой псевдоорганизации простирался от второго до пятого грудного позвонка; он был подвижен на подлежащей коже и легко перемещался в разные стороны; при этом нельзя было прощупывать никаких корней, которые свидетельствовали бы о сращении с глубжележащими тканями.

19 февраля опухоль была удалена. Сперва основание ее было окаймлено двумя дугообразными кожными разрезами, образовавшими вместе овал; затем опухоль отделена сперва слева, а затем справа сечениями ножа, почти параллельными поверхности тела. Во время операции била кровь из одиннадцати артерий; все они были перевязаны. После очистки операционной раны и остановки кровотечения рана была стянута отчасти кровавыми швами, отчасти полосками липкого пластыря, затем она была покрыта комом из корпии и компрессом и все это фиксировано четырехглавым бинтом вокруг груди. На четвертый и пятый день после операции лигатуры отошли. Постепенно края раны разошлись и уже на пятый день обнажили гноящуюся поверхность. Так как эта поверхность, в соответствии с ее характером, подвергалась то более, то менее раздражающему лечению, то рана начала постепенно затягиваться кожей со стороны ее краев.

20 апреля уже можно было выписать больную домой.

Исследование стеатомы показало, что этот вторичный продукт состоит из нескольких частей, связанных между собой оболочками из клетчатки. Поперечный разрез обнаружил вещество, очень похожее на белую репу.

Случай 100. Noli me tangere кожи щеки. Неудавшееся первичное натяжение. Заживление раны per granulationem.

Евдоким, 67 лет, русский рыбак, по его словам никогда ничем не болел. Два года назад на левом крыле носа показался узелок красноватого цвета, вызывавший незначительные боли. Этот узелок не менялся до последнего полугода, но боли усилились и приняли колющий характер. За последнее время небольшое выпячивание перешло в язву; причина этого явления не могла быть выяснена. Возникшая язва быстро увеличивалась и в настоящее время, 16 сентября 1836 г., имеет следующий вид. Язва распространяется от левого крыла носа в сторону примерно на 4 см в направлении складки, идущей от носа к углу рта. Дно язвы углублено, а края приподняты, так что получается своего рода желоб. Ширина язвы, включая твердые края, составляет 2,5 см. Дно ее ровное и плотное, в середине намечается рубцевание. Края твердые, каллезные, несколько приподнятые, кажутся как бы изъеденными. От нижнего края в сторону дна язвы тянутся белые узелки; выделения ничтожны. Корка до ее размягчения была серовато-коричневой, не очень плотной. Общее состояние совершенно не нарушено.

Лечение. 16 сентября было предпринято иссечение этого кожного рака. Язвенная поверхность сначала была окаймлена двумя овальными разрезами и после такого отграничения отделена от подлежащих тканей. Две кровоточившие



артерии захвачены пинцетами Фрике и перекручены. После этого рана зашита обвивным швом, причем, однако, в углу у крыла носа пришлось наложить два узловатых шва. После этого были назначены холодные обкладывания на место операции, нежирная пища и покой. На другой день, 17 сентября, уже было извлечено несколько иголок обвивного шва.

18 сентября. Рана разошлась на небольшом участке, откуда при надавливании на соседние места выделялся гной. Поэтому здесь была наложена давящая повязка с помощью толстого компресса, полосок липкого пластыря и бинта.

19 сентября вскрывшееся место, находившееся у крыла носа, увеличилось. При надавливании выделилось довольно много гноя. Давящая повязка с *Ung. basilic. (30,0)* и *Merc. praec. rubr. (3,75)*.

20 сентября состояние раны не улучшилось, а гноетечение даже усилилось, и зонд со стороны вскрывшегося участка проникал под всей раной почти до середины щеки; поэтому у верхушки введенного таким образом зонда проделано противоотверстие, и в него протянута небольшая заволока. Это мероприятие увенчалось хорошим результатом, ибо уже через 3 дня, 23 сентября, нагноение резко уменьшилось, и можно было опять извлечь заволоку, после чего на канал заволоки была наложена давящая повязка. Этот ход быстро закрылся, но открытая часть раны оставалась все время грязной и все еще не рубцевалась, несмотря на раздражающее местное лечение. Поэтому, начиная с 4 октября, был назначен на 12 дней малый курс лечения цитманновым декоктом (ежедневно по 360,0 крепкого и 360,0 слабого декокта). Только теперь началось рубцевание, завершившееся с помощью ляписа к 20 октября.

Случай 101. Изъязвляющаяся волчанка всего кончика носа. Цитманнов декокт и повторное применение дьюитренова порошка. Полное выздоровление.

Татьяна, прислуга, 18 лет, флегматического темперамента, крепкого телосложения, торпидно-скрофулезного вида, до прошлого года никогда ничем не болела. Осенью прошлого года, после тяжелой простуды, начался сильный насморк, на который больная не обращала внимания. Когда же через некоторое время начались боли в костях носа, больная была вынуждена прибегнуть к врачебной помощи. Она получала внутрь белый порошок, а для наружного употребления желтую мазь, нанесенную на корпию: эта мазь вводилась внутрь носа и накладывалась на нос снаружи. По ходу этого лечения, после предшествовавшего зуда, на правом крыле носа появилась красная точка, превратившаяся вскоре в пузырек, который после вскрытия быстро вовлек всю наружную половину носа в круг патологической продукции, по-видимому, вследствие выделения разъедающей жидкости. В дальнейшем на обеих сторонах спинки носа образовались отверстия, прободения верхних треугольных хрящей носа, так что больная при зажатии обеих ноздрей ощущала во время дыхания выход воздуха через упомянутые два отверстия.

17 марта 1836 г. она была принята в хирургическое отделение нашей клиники; состояние ее при этом было следующее. Общее состояние хорошее. Все экскреции и секреты в порядке. Менструации, отсутствовавшие зимой в течение нескольких месяцев, появились опять и приняли свой регулярный, четырехнедельный, характер.



Состояние носа: часть кожи носа, покрывающая хрящевой его отдел, изъязвлена, при дотрагивании безболезненна, не окружена воспалительной полосой. В верхнем отделе носа имеется изъязвляющаяся, неровная, бугристая, разрастающаяся поверхность бледного цвета. Крылья носа покрыты желтоватыми неровными корками, из которых при надавливании вытекает желтоватая водянистая жидкость, – доказательство того, что под корками продолжалось изъязвление. В самые последние дни язвенная поверхность на спинке носа стала немного суше, и на ней образовались корки. В это время больная пользовалась свинцовой мазью и затем теплыми припарками для размягчения корок. В настоящее время на носу видна покрытая уже размягченными корками язва, на вид растрескавшаяся; отдельные корки разделены между собой более или менее глубоко проникающими трещинами. Давление на корки безболезненно; эти корки – бледно-желтого цвета. Край язвы извилистый, не твердый, не утолщенный. В отдельных местах носовые хрящи разрушены, равно как подвижная перегородка носа¹ и на левой стороне нижний дугообразный хрящ; при давлении на эти места не ощущается сопротивления хряща.

Предпринято общее и местное лечение. После предварительной дачи слабительного из настоя александрийского листа с манной и глауберовой солью 26 марта был назначен цитманнов декокт по 1440,0 в день (720,0 крепкого и 720,0 слабого); это лечение продолжалось 4 недели. Местно, после размягчения корок при помощи припарок, был применен дююитренов порошок (*Calom. 5,76, Arsen, alb. 0,24*). Это средство наносилось 8 раз один за другим, отчасти в виде порошка, отчасти с аравийской камедью и дистиллированной водой в виде пасты: 10, 15, 18, 22, 25 и 28 апреля и в более крепком виде (*Arsen. alb. 0,6, Calom. 5,4*) 1 и 4 мая. При этом вначале образовались только очень тонкие корки от ожога, а впоследствии никаких корок не было. Однако после применения более крепкого порошка начался сильный отек всего лица и резкие боли в носу. Успех был столь же значителен; вся язвенная поверхность покрылась толстым струпом, который отделился под влиянием размягчающих мазей, после чего обнаженная поверхность посыпалась три раза один за другим красным преципитатом и перевязывалась с красной преципитатной мазью. Это средство и в данном случае снова оправдало свое превосходное перестраивающее действие: здесь также на раневой поверхности возникла хлопьевидно-слизистая пленка, после удаления которой выступили свежие грануляции.

Под действием *Lap. infern.* и под защитой *Ung. saturn. 30,0 с Flor. zinc. 3,75* в середине мая наконец началось рубцевание, которое развивалось так быстро, что к 6 июня нос принял следующий вид. Передняя часть хрящевой носовой перегородки была разрушена, вся подвижная носовая перегородка также отсутствовала; часть крыльев носа тоже была разрушена, но обе ноздри еще были налицо, так что кончик носа оказался втянутым, а остатки крыльев – уплощенными, прижатыми к поверхности щек. Носовые кости стояли нормально, но, начиная от нижнего их края, вся спинка носа была приплюснута и лишь слабо выдавалась на профиле.

¹ Имеется в виду ниже-передняя часть носовой перегородки.



Ринопластика, повторно и настойчиво предлагавшаяся этой девушке, каждый раз отклонялась ею с большим или меньшим упорством. Она предпочитала переносить самое обидное подозрение относительно причины уродства лица, и, несмотря на молодость, ходить с изувеченным лицом, чем испытывать боли от операции, результаты которой могли бы к тому же ее разочаровать.

Случай 102. Изъявляющаяся волчанка кончика носа и верхней губы. Курс лечения декоктом. Порошок Дюпюитрена. Улучшение.

Иоганн, эстонский крестьянин, 26 лет, поступил в клинику 15 января 1837 г. Он был крепкого телосложения, в хорошем общем состоянии и при полной сохранности сил. Но на всем лице отмечался несколько повышенный тургор. На лбу было несколько угрей. Крылья носа, его кончик и подвижная перегородка отсутствовали, а края оставшейся части носа, состоявшие из костного остова носа с находящейся на нем кожей, были покрыты черными прочно сидевшими корками. Подобный струп тянулся также от разрушенной части носа до красной каймы верхней губы и занимал одну треть всей длины губы.

Кожа вокруг корок припухла. Эта припухлость, нечувствительная даже при надавливании, распространялась от основания спинки носа до обоих углов рта и была равномерно красная по обеим сторонам носа.

В отличие от этого в области верхней губы, по обеим сторонам от места, покрытого корками, на имеющейся и здесь красноте видны белые неровные рубцы, подобные рубцам, остающимся после ожогов. Кроме того, припухшая часть лица была мягкая и не спаянная с подлежащими тканями, и только упомянутая покрытая рубцами часть верхней губы обнаруживала большую плотность, которую, однако, нельзя было сравнить с плотностью хряща.

Середина верхней губы была подтянута кверху, вследствие чего зубы немного обнажились. Красная кайма губы осталась здоровой. Внутренняя поверхность верхней губы была неровная на ощупь и частично была покрыта рубцовой тканью вперемежку с грануляциями. Два внутренних резца отсутствовали, а два других еще имеющихся резца едва держались в своих ячейках. Непосредственно позади резцов на твердом небе можно было видеть такие же изменения, как на внутренней поверхности верхней губы.

Мягкое небо, язычок и миндалины были здоровы, задняя стенка глотки была покрыта вязкой слизью, а слизистая ее была слегка покрасневшей. Но здесь не было никакой болезненности.

Исследование зондом не обнаруживало в носу ни одного обнаженного костного участка. Разрушение мягких частей, по-видимому, также ограничивалось только вышеуказанными пределами.

Поверхность, освобожденная от корок, была покрыта разраставшимися бледными малочувствительными грануляциями; они не были легко кровоточивы и отличались, таким образом, всеми особенностями, характерными для вялых грануляций.

Анамнез. До 16-летнего возраста наш больной был всегда совершенно здоров. 10 лет назад на его верхней губе и прилегающих частях носа и щек появилась красная мягкая припухлость, которая сама по себе была безболезненна и обнаруживала некоторую чувствительность только при таких обстоятельствах,



которые обуславливали усиленный приток крови, как, например, жар, физическое напряжение тела и т. д.

В середине покрасневшего участка, т. е. непосредственно под перегородкой носа, вскоре после этого началось образование корок, под которыми накапливалось незначительное количество жидкости. Из этого места разрушение распространялось во всех направлениях, т. е. подверглась мало-помалу разрушению хрящевая часть носа. Внизу процесс перешел через край губы, охватил слизистую оболочку ее, распространившись позади верхнего зубного ряда на твердое небо. Верхняя губа на своей наружной поверхности была покрыта струпом на протяжении до $\frac{2}{3}$ ее длины. Однако, несмотря на поражение верхней губы с наружной и внутренней поверхности, она нигде не была продырявлена. Только что описанное распространение поражения, по-видимому, имело место уже год назад; к этому времени край губы опять начал покрываться кожей, и ширина изъязвленного места на ее наружной поверхности сократилась до нынешних ее размеров. Вышеупомянутые рубцы еще и сейчас отчетливо обозначают те места, которые год назад, по словам больного, были охвачены процессом. Подтянутость средней части верхней губы кверху находит свое объяснение в сократительной силе этой рубцовой ткани. Выпадение обоих передних резцов было обусловлено еще до настоящего заболевания каким-то внешним насилием.

При лечении этого случая волчанки [медицинское] искусство столкнулось с необычайным упорством: несмотря на применение сильнодействующих местных средств и на долгое и терпеливое общее перестраивающее лечение, излечение подвигалось очень медленно. К местным средствам относились: с 16 по 18 января размягчающие припарки; затем 18 января, после размягчения корок, — красная преципитатная мазь; одновременно несколько кондиломатозных разрастаний в глотке было иссечено ножницами Купера, свежие раневые поверхности подвергнуты прижиганию ляписом, а для полоскания рта назначена слизисто-ароматическая жидкость из настоя *Rad. Alth.* и *Flor. Chamom.*

19 января раневая поверхность была посыпана порошком красного преципитата, а 20 января, когда она уже имела более чистый вид, она была покрыта крепким дьюкитреновым порошком (*Calom. 5,4, Arsen, alb. 0,6*), а для смазывания язв твердого неба было дано: *Rp. Calom. 5,6, Arsen, alb. 0,4, Mel. Rosar. 30,0 M. f. litus oris.* Этим средством ежедневно производилось смазывание попеременно с ляписом.

25 января на носу и на верхней губе образовалась толстая корка, вследствие чего место поражения было покрыто смягчающей мазью и поверх была положена простая припарка. При этом образовались свежие грануляции, и язвенная поверхность начала постепенно стягиваться. Поэтому с 5 февраля, для ускорения этого процесса заживления, язва каждый день стала подвергаться прижиганию ляписом с краев, после чего накладывались повязки с красной преципитатной мазью, а впоследствии с *Ung. saturn.*

Так дело шло довольно хорошо до 15 февраля, когда рубцевание на носу весьма успешно продвинулось вперед. Однако теперь язвенная поверхность снова сделалась грязной и вялой. Поэтому 15 февраля она была засыпана красным преципитатом, а 17 февраля был нанесен вышеуказанный порошок Дьюкитрена,



растертый вместе с аравийской камедью и небольшим количеством воды для получения пасты. Через два дня образовался толстый струп, который через пять дней отторгся и под влиянием красного преципитата оставил после себя свежую грануляционную поверхность (1 марта). Эта поверхность ежедневно смазывалась раствором ляписа; при этом рубцевание со стороны краев подвигалось вперед с такой быстротой, что понадобилось открыть на каждом плече по одной фонтанели. В то время как здесь дело шло успешно, язвы на твердом небе, несмотря на повторное смазывание ляписом, оставались на одном и том же уровне. С целью вызвать здесь резкую перестройку эти места 29 марта были подвергнуты основательному прижиганию каленым железом, а для полоскания рта назначен настой ромашки с бурой.

Тем временем язва на губе покрылась кожицей на поверхности размером в 3 см², но в таком виде оставалась в течение нескольких дней без каких бы то ни было изменений. Поэтому 12 марта язва была еще раз покрыта тонким слоем дьююитренова порошка.

Одновременно с этим местным лечением уже с самого начала в течение нескольких дней подряд вызывалось действие кишечника с помощью слабительных солей, после чего сильнодействующее слабительное средство (два порошка: *Calom. 0,36, Pulv. rad. Jalap. 0,9*) послужило началом для большого курса лечения цитманновым декоктом (ежедневно по 720,0 крепкого и 720,0 слабого декокта); этот курс проводился без перерывов в течение 6 недель, после чего в течение 4 недель, до 9 марта, следовал малый курс лечения декоктом – по 360,0 крепкого и слабого декокта в день. Только путем столь настойчивого воздействия на общее состояние больного нам удалось добиться такого успеха от местного лечения, как это изложено выше. Приходится только пожалеть, что 14 марта больной настоятельно требовал выписки домой, когда за ним приехал отец. Он стал одержим той мыслью, что его язвы никогда окончательно не заживут, так как, мол, «в носу и в губе сидит червь, который вгрызается все глубже, и пока этот червь не будет удален, нельзя ожидать выздоровления». Так он приписывал присутствию червя своеобразное ощущение в этих язвах, будто кто-то его грызет. Когда он покидал клинику, язвы на носу внешне почти полностью зарубцевались, но вся передняя часть носа отсутствовала вместе с кончиком, обоими крыльями и подвижной перегородкой. На твердом небе оставались еще два небольших изъязвленных участка. Язва на губе имела в диаметре 6 мм и была на вид чистой и свежей; это состояние давало основание надеяться на скорое и полное выздоровление.

Случай 103. Язва кончика носа после наружного повреждения, очень похожая на изъязвленную волчанку. Лечение преципитатом и мазями¹. Выздоровление.

Трино, эстонская крестьянская девушка, 17 лет, принята в клинику 23 апреля 1836 г. Около года назад лошадь ударила ее в лицо, в область носа. Внешне рана зажила, но внутри продолжалось отделение гноя, который образовал корки. Последние отделялись через некоторое время, но за этим не следовало заживление

¹ В оригинале, по-видимому, описка: вместо слова «мази» (Salben) там применено слово «припарки» (Breiumschläge).



или рубцевание. Напротив, выделения продолжались, образовывались новые корки, и таким образом язва все расширялась вокруг.

Исследование язвы показало, что, исходя из нижнего отдела носа, из хряща носовой перегородки и подвижной перегородки, равно как из крыльев носа, а именно из слизистой оболочки, она распространялась по верхней губе более вправо, не доходя на несколько линий до того места, где слизистая губы сливается с общим кожным покровом. Вся поверхность язвы была покрыта толстыми желтовато-коричневыми корками. После удаления последних размягчающими повязками показалось, особенно отчетливо на верхней губе, дно язвы бледно-розового цвета и неровного вида, покрытое творожистой белой лимфой. Края язвы были покрасневшие, округлые, не фестончатые, на одном уровне с поверхностью язвы. Хрящ носовой перегородки был целиком разрушен, так что обе половины полости носа между собой сообщались. Подвижная перегородка и оба крыла носа также уже потерпели значительную потерю вещества, особенно у их основания. Кончик носа вместе с крыльями, а также участки, расположенные в окружности пораженной губы, были стянутые, покрасневшие, но мягкие на ощупь и без повышенной температуры. Ни эти места, ни самая язва не были болезненны.

И з л е ч е н и е этой герпетически-скрофулезной язвы последовало через 2 недели благодаря местному применению красного преципитата, в порошке и в виде мази, в течение первых четырех дней, после чего развились столь хорошие грануляции, что можно было уже перейти к высушивающей мази (*Ung. saturn. 30,0 c. Flor. zinc. 3,75*). Благодаря последней и одновременному применению ляписа язвенная поверхность уменьшалась с каждым днем. Необходимо еще отметить, что больная одновременно применяла внутрь декокт сассапариллы.

Случай 104. Noli me tangere крыльев носа. Прижигание мышьяком. Улучшение.

Якоб, латышский крестьянин, 69 лет, всегда обладал ненарушенным здоровьем. Однако 10 лет назад без всякой причины в середине правого крыла носа возник пузырек; последний лопнул, и из него выделилась негустая жидкость грязного цвета, после чего осталась язва, которая постепенно расширялась по окружности и покрывалась темной коркой. Однако окружающие ткани оставались невредимыми, и больной ни на что не жаловался, если не считать незначительных, редко возникавших болей в самой язве и окружающих тканях, так что в течение всех этих 10 лет больной мог выполнять свою обычную работу.

В таком состоянии он оставался до лета прошлого года, когда нос его начал опухать. Эта припухлость очень быстро увеличивалась, причем изредка возникали колющие боли, и распространилась на весь нос, хотя преимущественно поразила участок, занятый язвой, и представляла некоторое препятствие при дыхании, так что больной вынужден был дышать ртом. Поэтому он обратился за помощью к врачу, который назначил ему желтый пластырь для покрытия всего носа; под влиянием этого лечения опухоль постепенно опала и к октябрю того же года полностью исчезла. Вместе с тем исчезли также боли в носу, которые с тех пор если и возвращались, то лишь очень редко и в легкой форме.

23 января 1837 г. больной явился на прием в клинику.

Status praesens. От правого крыла носа тянется язва вдоль края его кончика, заворачиваясь на несколько линий на слизистую оболочку и продолжаясь



снаружи через кончик носа до его левого крыла, на котором она останавливается у самого основания выпуклости крыла.

Самая большая и основная часть язвы расположена на правом крыле носа, покрыта темно-серой коркой и окружена выпуклыми, хрящеватой плотности, безболезненными при ощупывании и бледными краями. Дно этой части язвы приподнятое, на одном уровне с краями, и небольшая часть его, с которой корка благодаря теплым припаркам отошла, на вид бледна и покрыта отдельными красными точками; она нечувствительна при дотрагивании и вообще безжизненна.

Остальная часть язвы, простирающейся до левого крыла носа, лишь местами покрыта корками, также окаймлена бледными, лишенными чувствительности, выпуклыми, твердыми, как хрящ, краями, с приподнятым бледным безжизненным дном. Часть язвы, переходящая на слизистую оболочку правого крыла носа, тянется от кончика носа, непосредственно около перегородки, имеет в длину примерно 1,25 см и в ширину 0,4 см и покрыта темной коркой, а на вид имеет то же строение, что и остальная язва.

Кожа в окружности язвы не представляет никаких отклонений, за исключением двух небольших узелков, из которых один расположен на правой половине носа, на несколько линий выше наибольшей части вышеописанной язвы; он красный, безболезненный, безразлично относящийся к дотрагиванию, а окружающие его ткани совершенно нормальны. Второй узелок находится у края левого крыла носа, он тоже красный и безболезненный, от него по прилегающей коже расходятся несколько красных сосудов, похожих на многочленистые ножки насекомых.

В общем больной чувствует себя хорошо. Сон, аппетит, пульс и действие кишечника нормальны как в качественном, так и в количественном отношении.

Лечение началось с нескольких приемов слабительной глауберовой соли, а для размягчения покрывавших язву корок применялись тепловатые фоментации. После того как корки таким образом отмякли, 21 января был назначен порошок Кома и мазь Гельмонта на язвенную поверхность; однако потребовалось повторное их применение, пока не образовался струп. После того как он отторгся, язвенная поверхность вскоре сделалась опять очень грязной, вследствие чего 5 февраля перешли на лечение красным преципитатом. Хотя вид язвы после этого немного улучшился, но это было ненадолго. Поэтому 16 февраля снова были применены порошок Кома и мазь Гельмонта. Одновременно на каждое плечо была наложена фонтанель; внутрь же время от времени назначались солевые слабительные.

После двукратного применения указанных местных средств хоть и образовался снова струп, но одновременно с этим вспыхнула рожа лица, против которой были применены рвотное средство и повязка с хлопчатобумажной тканью. На язву, все еще упорно сохранявшую свой специфический характер, 1 марта была положена сулемовая паста Грефе, а в ближайшие дни делалась повязка с *Ung. narcotico-balsamic.*; после этого снова возникали корки, которые затем отторгались, и на правом крыле носа изъязвление проложило небольшое сквозное отверстие (7 марта). Теперь на язву был положен порошок Дюпюитрена из каломеля и мышьяка, но, к сожалению, нам уже не пришлось наблюдать его действие, ибо больной воспользовался удобным случаем, чтобы вернуться



к себе на родину примерно в 110 километрах [от Дерпта]. Правое крыло носа было занято язвой; зазубренные края ее и неровное дно, покрытое грязными грануляциями, между которыми находилось тягучее гноеподобное вещество, еще слишком явственно свидетельствовали о специфическом характере язвы. Вблизи кончика носа имелось небольшое сквозное отверстие. На левом крыле только в переднем отделе сохранилась еще небольшая язвенная поверхность.

Волчанка и *poli me tangere* (рак кожи лица) сходны между собою не в одном только отношении. Распознавание этих обеих болезненных форм должно быть очень хорошо знакомо каждому практическому врачу. Об этом можно с пользой прочитать статью Блазиуса под заголовком *Lupus* в словаре Руста. Я хочу здесь только отметить, что волчаночные формы относятся к разряду тех заболеваний, которые находятся как раз посередине между продуктами язвенного процесса и продуктами процесса вторичных образований. Эти два патологических процесса охотно переходят друг в друга как в отдельных патологических формах, так и вообще в беспредельной цепи различных видов заболеваний.

Мы видим, что индивидуальная жизнь почти каждого вторичного продукта заканчивается изъязвлением; равным образом мы видим, что существуют определенные группы заболеваний, которые находятся на границе между многочисленными видами язв и псевдопродуктов. По моему мнению, волчанка также принадлежит к подобным пограничным страданиям. При некоторых видах волчанки, очевидно, преобладает один принцип – процесс вторичных образований (гипертрофическая волчанка), в других же – другой принцип – процесс изъязвления (язвенная волчанка). Отсюда и родство, аналогия в признаках и в локализации с кожным раком, который также представляет пограничную форму в разряде вторичных продуктов. Из трех случаев волчанки, о которых сообщалось выше, два случая относились к язвенной волчанке. Третий же случай, который собственно не являлся волчанкой, важен в диагностическом отношении, поскольку скрофулезные язвы кончика носа и верхней губы (волчанка сама обыкновенно является продуктом скрофулезной болезни) в самом деле в точности подражают волчанке, однако они обладают далеко не такой разрушительной тенденцией и далеко не так упорны, как сама волчанка.

Случай 105. Фунгозная опухоль в области щеки. Исход в гангрену. Смерть.

Лукинья, из Вейссенштейна в Эстонии, 10 лет, кахектической внешности, по словам ее матери, всегда отличалась хорошим здоровьем. В конце марта нынешнего года она была поражена лихорадкой, которая, по-видимому, была трехдневной перемежающейся лихорадкой. Эта лихорадка была подавлена целебной силой природы, равно как некоторыми вспомогательными средствами. Вскоре затем на правой щеке возникла небольшая, ограниченная, гладкая опухоль, не особенно твердая; кожа над ней не была изменена. Окружающие больную лица не считали нужным обратиться к врачу за помощью. Так как они находили это поражение несущественным, то они клали на опухоль рассасывающие домашние средства, как, например, тесто с луком. Но прошло немного



времени, и это заболевание стало проявлять себя уже как значительно более губительное, ибо опухоль поразительно быстро увеличивалась в объеме, хотя боль была ничтожная и непостоянная. В прошлом месяце больная обратилась за помощью к местному врачу в Вейссенштейне, но ушла от него неудовлетворенная, так как он ей предложил удалить опухоль ножом, на что она не согласилась. Когда опухоль достигла значительной величины, она сделалась более мягкой и очень упругой. Appetit и веселое настроение у больной исчезли, появились слабость, частое познабливание, связанное с преходящим жаром. Боль в области опухоли усиливалась, стала более постоянной и более распространенной, так что мать решилась искать помощи для своей дочери в здешнем лечебном учреждении. 3 сентября 1836 г. она была принята в хирургическую клинику как стационарная больная.

Status praesens. На правой щеке имеется очень упругая, довольно мягкая опухоль величиной с крупное гусиное яйцо. В середине этой опухоли кожа приподнята в виде пузыря; цвет кожи в области последнего черный. Начинаясь над скуловой дугой, близко от нижнего края глазницы, опухоль простирается почти до края нижней челюсти. Воображаемая линия от угла рта вверх до наружного слухового прохода представляет ее границу спереди назад. На внутренней поверхности щеки середина ее изъязвлена, и из нее вытекает ихорозная, чрезвычайно зловонная жидкость. На месте заболевания угол рта перекошен, нижнее веко прижато к главному яблоку, что препятствует открытию глаза. Вид кахектический, цвет лица бледный, лицо отечное, пульс колеблется в пределах 120–125, малый и мягкий, окружающие железы распухли, дыхание учащено.

Это общее страдание, столь далеко зашедшее, несомненно лишало всякой надежды на какую-либо помощь. Куда более человечным казалось как-нибудь смягчить этой несчастной больной ее ужасные страдания. С этой целью ей давались более крупные дозы опиума, чтобы таким образом притупить чувствительность и осознание действительности. Однако боль и страдания больной были столь велики, что цель была достигнута только по израсходовании изрядного количества этого оглушающего средства. Между тем посередине опухоли, при мучительнейших попытках для бедной больной, образовалось черное пятно, покрытое отдельными пузырями, которое вскоре увеличилось, прорвалось и постоянно выделяло гнилостную жидкость грязного цвета и ужасно зловонную. Однако с этим прорывом страшные муки несчастного ребенка уменьшились, он впал в бессознательное состояние, в течение которого все явления колликации и распада приняли свое беспрепятственное течение, пока наконец 8 сентября, на пятый день после поступления больной в клинику, не последовала смерть.

При исследовании опухоли после смерти обнаружена однородная масса, отчасти разложившаяся, отчасти размягченная, без всяких следов организации. Верхнечелюстная кость также была разрушена, и перерождение распространялось до крыловидных отростков клиновидной кости; зубы на правой верхней челюсти шатались и легко вынимались из своих лунок. Ввиду далеко зашедшего развития опухоли нельзя было сказать ничего определенного об ее строении. В некоторых местах она казалась размягченной отложившейся фунгозной массой, в других она более походила на водяной рак. То обстоятельство,



что опухоль прорвалась на внутренней поверхности щеки и, может быть, здесь и начала свое развитие, что омертвление произошло на наружной поверхности опухоли и сама она возникла после перенесенной лихорадки, – все это в известной мере говорит в пользу номы, и я не вижу основания для того, чтобы обе эти болезненные формы – *fungus medullaris* и ноба – не могли иногда встречаться совместно. Мучения малолетней больной были ужасны, спасение явно невозможно; поэтому я считал своим долгом смягчить страшные страдания ее путем оглушения нервной системы опиумом.

Мозг и легкие на вскрытии оказались нормальными; несмотря на стертородное дыхание, я не нашел ни застоя крови, ни каких-либо отложений в легких.

Случай 106. Рак полового члена на почве сифилиса. Ампутация члена. Абсцесс мошонки. Изнурительные поносы. Смерть. Прямокишечно-пузырный свищ.

Йоганн Кнооп, из Куикаца, тамошний корчмарь, 74 лет, крепкого телосложения, полгода назад после нечистого полового сношения заболел первичным сифилисом в форме шанкра, который, судя по его описаниям, не отличался по характеру возникновения и течению от подобных язв. Поощряемый многими своими друзьями и твердо решив вскоре обратиться за помощью в наше здешнее учреждение, он не считал нужным обращать особое внимание на свое страдание; поэтому и получилось, что при удобном случае больной возобновил сношения с той же женщиной. Его родственник, тамошний ветеринарный врач, дал ему совет иметь сношение со здоровой женщиной в качестве лучшего средства избавиться от шанкра в кратчайший срок, и наш больной не стал дожидаться повторения столь доброжелательного совета. К сожалению, однако, результаты этого лечения не соответствовали его требованиям, вследствие чего ветеринарный врач счел необходимым прибегнуть к другим средствам. Он предписал Кноопу несколько раз в день обмывать язвенную поверхность теплой мочой, что тот и выполнял. Однако больной вскоре смекнул, что и это не верный путь к избавлению от своего страдания, но строго выполнял предписание, поскольку тот убеждал его не унывать, ибо, мол, всегда бывает, что язвенная поверхность сначала увеличивается.

Больной продолжал терпеть, но когда он заметил, что длина его члена заметно уменьшается, то оставил все средства и предоставил все дело природе. Но и она его покинула. Вначале он ощущал в члене острейшие боли; однако после курса лечения мочой эти боли, как он рассказывает, исчезли, и даже при мочеиспускании он испытывал лишь ничтожные боли. Но теперь он не был в состоянии произвольно мочиться, и моча непрерывно сочилась из мочеиспускательного канала, смачивая раневую поверхность вместе с окружающей одеждой, так что больной всегда находился в удушливой атмосфере. Поэтому 3 1/2 недели назад он обратился за помощью к одному врачу в Валке, по назначению которого ему была дана красная мазь, а также горькие капли с указанием принимать по 8 капель 2 раза в день. То и другое он применял в течение двух недель, но считает, что после этого не почувствовал никакого улучшения.



Больной имел основание считать себя всегда здоровым и в свои молодые годы никогда не был сифилитиком, хотя он и уверяет, что уже с 18-летнего возраста не пренебрегал половой жизнью. Давнишним страданием у него является постоянный шум в ушах и в затылке, который будто бы появился после исчезновения сыпи на лбу. 13 августа 1836 г. больной по собственной просьбе был принят в хирургическое отделение здешнего учреждения.

Status praesens. Длина члена 9 см, объем его увеличен, на язвенной поверхности головки члена отмечается чередование выпячиваний и углублений; в последних скопилась довольно густая ихорозная жидкость желтовато-зеленого цвета. На левом пещеристом теле члена имеется сильное выпячивание без кожных покровов, на правом пещеристом теле – менее крупное выпячивание, еще покрытое кожей. Пещеристое тело мочеиспускательного канала резко углублено; самый член твердый; кожа на нем сильно покраснела; боль незначительна, только при давлении немного усиливается. Имеется недержание мочи, мочеиспускательный канал несколько сужен, но допускает проведение эластического катетера; одежда в этой области сильно промокла мочой, вследствие чего имеются испарения мочевых веществ. Паховые железы справа увеличены и тверды. Внешний вид больного – хороший, цвет лица здоровый.

При лечении первой целью было очистить язвенную поверхность и снизить воспалительное раздражение вокруг. Поэтому были назначены теплые припарки на половые органы. Был введен эластический катетер, который оставлен на месте с предписанием заменять его ежедневно новым. Несколько дней спустя (16 августа), с целью вызвать основательную общую перестройку, был начат курс лечения цитманновым декоктом, по 360,0 крепкого и по 360,0 слабого в день. После этого 23 августа была выполнена ампутация члена. Больной был посажен на операционный стол, один помощник оттянул кожу члена назад; после этого кожа перерезана двумя полукруговыми разрезами позади области язвы, в пределах здоровых тканей. На границе оттянутой еще более назад кожи двумя полукруговыми разрезами были пересечены пещеристые тела члена и мочеиспускательного канала, так что осталась часть члена длиной 2,5–3 см, если считать от кожи живота. Кровотечение было не особенно значительное; *a. dorsalis penis* была перевязана, а паренхиматозное кровотечение из пещеристых тел было остановлено путем прикладывания агарика и *Pulv. styptic.* Таким же образом было остановлено вторичное кровотечение, наступившее через несколько часов. Рана была покрыта корпией, пропитанной маслом; в мочеиспускательный канал введен эластический катетер, который был покрыт повязкой в виде мальтийского креста с отверстием в середине, и вся повязка укреплена Т-образным бинтом.

Поверхность разреза начала нагнаиваться и покрываться гнилостным налетом грязного цвета; поэтому вскоре (28 августа) были начаты раздражающие повязки, а именно с преципитатом ртути. В правой паховой области постепенно образовался бубон, который к 1 сентября достиг размеров куриного яйца. Были назначены втирания в это место неаполитанской мази с камфорой, а на ночь – рассасывающий пластырь (из цикуты с напатырем), после чего бубон постепенно начал таять. После применения декокта Цитманна в течение 28 дней он был отменен 12 сентября, ибо силы больного стали сдавать.



Рана упорно сохраняла свой дурной вид, и края ее становились мозолистыми. Однако после употребления тепловатых припарок (с 18 сентября) рана постепенно начала очищаться и в своей верхней части, наконец, стала заживать (с 2 октября). Теперь (6 октября) появились боли, краснота и припухлость в мошонке, которые усиливались со дня на день, и, наконец, был обнаружен абсцесс. Поэтому 17 октября на мошонке был сделан большой разрез, через который вылились гной и гнилостная жидкость. Больной почувствовал теперь большое облегчение. Под влиянием припарок и затем раздражающих мазей на мошонке начали развиваться хорошие грануляции и рана стала заживать.

За это время и на члене рана почти наполовину зарубцевалась, однако нижняя ее половина, именно вокруг мочеиспускательного канала, не уступала применению преципитата, сулемовой мази Грефе и всяким иным лечебным попыткам и оставалась постоянно в нечистом виде, покрытая гнилостным налетом. Пришлось отказаться также от применения катетера, так как больной проявлял необычайную чувствительность к нему, каждое мгновение его удалял и испытывал сильные боли при обратном его введении. Кроме того, в это время уже нельзя было особенно полагаться на больного, ибо силы его очень быстро иссякли, и у него появились очень изнуряющие поносы. Чтобы прекратить их, было испробовано все возможное, но все это оказалось тщетным! Ежедневные клизмы из *Salep с Ratanhia*, из крахмала с опиумом, внутреннее применение *Columbo* с *Salep* и опиумом, горчичники и везикаторы на живот – все это было не в состоянии остановить колликвационный процесс в кишечнике, который все более распространялся и наконец привел больного к смерти.

Вскрытие обнаружило три достойных внимания обстоятельства: 1) несколько мелких язв в толстых кишках; 2) внутренняя поверхность прямой кишки покрыта коричневой слизью (это было следствием вяжущих клизм) и 3) свищ между прямой кишкой и мочевым пузырем. Дело в том, что в отделе прямой кишки, который прилегает к нижней стенке мочевого пузыря, имелось небольшое отверстие свищевого хода, которое лежало очень косо в передней стенке прямой кишки в направлении кпереди и кверху. Свищ проходил через предстательную железу и открывался в мочеиспускательном канале на *caput gallinaginis*. Вокруг свищевого отверстия слизистая была окрашена в такой же коричневый цвет, как и вся поверхность прямой кишки, а весь ход в общем был очень узок.

В описанном случае два обстоятельства придавали сифилитической язве члена карциноматозный характер: 1) неправильное обращение с язвой, связанное с тупым равнодушием индивидуума, и 2) пожилой возраст его. До заражения больной, несомненно, был свободен от всякой дискразии, об этом в достаточной степени свидетельствовала его внешность. Карциноматозная дискразия не развивалась у него и после того, как язва уже приняла раковый характер. В этом возрасте и при данных размерах язвы, естественно, не приходилось ожидать ничего хорошего от фармацевтических средств. Правда, я мог еще испытать действие ртути, но я боялся ослабить этим больного, тем более что если бы это



средство оказалось недействительным (чего можно было ждать заранее при карциноматозном характере язвы), то ослабленное состояние организма больного впоследствии сделало бы гораздо более сомнительным успех операции.

Самая операция оказалась простой, она была произведена несколькими сечениями ножа. При перевязке сосудов я также не встретился с какими-нибудь особенными затруднениями; даже та нить, которую я предварительно провел через фиброзную оболочку члена, оказалась излишней.

Правда, пещеристое тело почти на всем своем протяжении оставалось по-прежнему затвердевшим. Однако эта твердость мне отнюдь не казалась подозрительной. Известно, как легко всякое ползучее воспаление может обусловить отложение пластического вещества в таком образовании, как пещеристое тело члена. Успех оправдал и этот мой диагноз. Болезнь не рецидивировала. Правда, нагнаивавшаяся поверхность после операции упорно противостояла всяким нашим попыткам привести ее к заживлению; все же она не обнаруживала карциноматозного характера.

В послеоперационном лечении два обстоятельства заслуживали особого внимания.

1) Абсцесс мошонки, который возник при отечно-воспалительном опухании всего этого органа. Эта припухлость обнаружилась через несколько недель после операции, была болезненна, и через нее можно было прощупать распухшее яичко. Сначала я думал, что можно объяснить это явление контактом мошонки с постоянно вытекавшей из мочеиспускательного канала мочой. Тем настойчивее я рекомендовал практиканту введение в мочеиспускательный канал эластического катетера, который больной то и дело выдергивал; при этом он либо жаловался на боли в мочеиспускательном канале, либо даже вовсе не указывал никакой причины (мне кажется, что из всей истории болезни можно заключить, насколько этот больной был тупоумен). Однако воспалительные явления были слишком сильны; кроме того, поверхность мошонки не обнаруживала никаких признаков эксориации. После многонедельного применения катаплазм, наконец, можно было определить флюктуацию; теперь, после того как был произведен разрез, выделилось большое количество гноя, впрочем – доброкачественного. Какой же это был гнойник? Разве я не имею основания предположить наличие своего рода метастаза или, может быть, еще вероятнее, распространение сочувственного раздражения по клетчатке? Мы видели, например, в одной истории болезни в настоящих «Анналах» воспаление, омертвление и образование язвы на крайней плоти, возникшие при свище заднего прохода. Разве в том случае не имело место распространение воспалительного раздражения по клетчатке?

2) Вторым примечательным обстоятельством была серьезная ошибка в диагнозе. Как уже было сказано, гноящаяся рана члена зажила только на определенном протяжении; после этого она упорно оставалась в торпидном состоянии. Я заподозрил задержавшуюся в организме сифилитическую дискразию, а припухлость мошонки и паховых желез, оставшаяся в том же состоянии, как до операции, несмотря на применение декокта и сулемы, подтверждала, как мне казалось, мое предположение. Дважды я применил сулемовую мазь Грефе, но безрезультатно. Однако самыми пагубными были поносы, которые не прекращались с начала



применения цитманнова декокта и уже стали принимать колликвативный характер. Первое мое подозрение пало на язвы кишечника. Однако мне следовало бы искать причину немного ниже, и – довольно интересно – однажды я даже хотел исследовать прямую кишку. Я осматривал заднепроходное отверстие и сам не знаю, что меня тогда удерживало от того, чтобы ввести палец в прямую кишку. В каком-то отчаянии и в глубокой досаде по поводу этого упорного поноса мне пришла еще к тому же в голову нелепая идея попытаться остановить понос вяжущими клизмами. Естественно, все было напрасно, как это всегда бывает, когда теряешь наконец терпение и действуешь наобум.

Хотя вскрытие и показало мне мою ошибку, все же оно мне отнюдь не выяснило связи между событиями, и я до сих пор еще не знаю, как и когда, собственно говоря, могла развиться фистулезная язва мочевого пузыря и прямой кишки. Я не думаю, что раздражающего действия катетера в данном случае было достаточно, чтобы вызвать эту язву. Но что он мог поддерживать эту язву и ухудшить ее течение, в это я, пожалуй, верю; отсюда и боли, на которые упрямо жаловался этот тупой и самый глупый из всех встречавшихся мне больных. Я предполагаю, что уже раньше, еще в момент поступления больного, предстательная часть мочеиспускательного канала страдала хроническим воспалением вследствие распространявшегося раздражения, исходившего от разрушенного участка уретры в головке члена. Однако сообщение с прямой кишкой наступило, разумеется, лишь в дальнейшем. Если бы только я ввел палец поглубже в прямую кишку, я бы отчетливо прощупал там мозолистый край свищевого отверстия. Может быть, прижигания этого отверстия ляписом и смягчающие теплые клизмы могли бы улучшить состояние больного.

Применение цитманнова декокта также немало содействовало возникновению колликвативного состояния кишечника, но кто это мог знать? Казалось, что больной обладает еще достаточным запасом сил, чтобы выдержать этот курс лечения. Известно, что и наиболее слабые больные довольно хорошо переносят этот декокт. Назначение его казалось мне тем более уместным, что мы не знали точно, имеем ли мы в данном случае дело с сифилисом или с карциноматозной дискразией; к тому же декокт столь настоятельно рекомендуется при обеих дискразиях. Но уже не первый раз (если исключить рассуждение «*post hoc, ergo propter hoc*»¹) я наблюдаю у пожилых людей резкое ухудшение общего состояния от применения декокта при раковых заболеваниях, а именно: изнуряющие поносы, общую слабость и пр. Старая женщина с искусственным восстановлением щеки (см. случай 96) тоже чрезвычайно ослабела после этого декокта.

Случай 107. Раковая язва нижней губы. Иссечение и восстановление губы по способу 111опара. Частичное омертвление лоскута. Выздоровление.

Петер, эстонец, 55 лет, крепкого телосложения и хорошо сохранившийся на вид, 18 ноября 1836 г. принят в хирургическое отделение клиники по поводу дефекта на нижней губе.

¹ *Post hoc, ergo propter hoc* (лат.) – после этого, значит вследствие этого.



Status praesens. Вся нижняя губа, особенно толстый край ее, в нормальных условиях покрытый слизистой оболочкой, превращен в неровную, твердую на вид, изъеденную поверхность; края ее приподняты и бугристы. Поверхность этой весьма обезображенной таким образом части лица почти сплошь покрыта буровато-желтыми корками, под которыми в некоторых местах, все же немногочисленных, выступает на поверхность мутная гнилостная жидкость, особенно при давлении. Отдельные мелкие участки, не занятые корками, покрыты бледно-розовыми, похожими на губку грануляциями. Остальная часть губы, лежащая ближе к подбородку, тверда, как хрящ. Наружная кожа при этом не особенно изменена; зато на внутренней стороне слизистая оболочка очень сильно уплотнена и поэтому бледна и непрозрачна. Находящиеся поблизости лимфатические железы не затвердели и не напухли, за исключением одной, расположенной на дне передней части ротовой полости. Общее состояние больного, по его словам, вполне хорошее, о чем свидетельствует также его хорошо сохранившийся внешний вид.

Анамнез. До сих пор больной не хворал ни одной общей болезнью. Начало настоящего заболевания относится к весне нынешнего года. Однако больной не может указать никаких подробностей относительно характера поражения при его возникновении. Из его рассказа явствует, что он уже заблаговременно накладывал на пораженный участок раздражающие средства.

Лечение начато 19 ноября с иссечения всей нижней губы в пределах здоровых тканей. С этим же была связана и вторая цель операции – создание искусственной губы. Это было выполнено следующим образом. Небольшим брюшистым диффенбаховым скальпелем с каждой стороны нижней губы от угла рта вниз проведены два отвесных разреза до места, соответствующего гортани. Здесь оба разреза слегка конвергировали. Очерченный таким образом лоскут продолговато-четыреугольной формы был отделен быстрыми плоскими сечениями ножа от подлежащих частей, причем таким образом, что сначала был отсепарован от его связей с десной и нижней челюстью широкий свободный край, после чего оператор таким же способом отделил лоскут до его основания. Теперь верхний край этого лоскута, содержащий все патологическое, был удален одним быстрым сечением ножа так, чтобы плоскость этого разреза была расположена косо, причем внутренняя часть лоскута выкроена длиннее, чем наружная. Затем остальная здоровая часть лоскута была подтянута кверху настолько, чтобы верхние его углы коснулись углов рта. После остановки кровотечения лоскут был пришит в этом положении по всей длине обоих его боковых разрезов с помощью обвивных швов. Необходимо еще отметить, что до пришивания кожного лоскута из него была удалена вышеупомянутая мелкая железка, которая была отслоена вместе с ним. При выдавливании этой железки оказалось, что она содержит внутри густую жидкость грязного цвета.

Теперь, когда кожный лоскут был пришит, его верхний край образовал новую нижнюю губу. Так как внутренний листок был оставлен длиннее, о чем уже упомянуто выше, то нижняя губа теперь была ушита, причем этот более длинный внутренний край был соединен с более коротким передним краем узловатыми швами с помощью тонких английских иголок. Теперь верхний край



губы более не был кровавым, а оказался покрытым листком слизистой, как это очень наглядно показано на приложенном рисунке. К сожалению, однако, этот верхний край не уцелел, а омертвел приблизительно на протяжении $1\frac{1}{2}$ пальцев и отвалился. Все же на этом крае образовались хорошие грануляции, которые постепенно покрылись кожей, и когда больной 14 декабря был выписан, то его уродство было столь незначительным, что зубы не были видны, а край нижней губы имел такой вид, как будто его прижали к нижнему ряду зубов.

Меня крайне удивляет то обстоятельство, что в руководствах так мало говорится о шопаровом способе хейлопластики. Лично я нашел этот способ только у Вельпо в его *Médecine opératoire*, причем случайно и как раз накануне этой операции. Я хорошо знал метод Ру Сен-Максимэна. Диффенбах также показал мне свой только что разработанный метод на «приватиссиму», когда я находился в Берлине. Он образует нижнюю губу из двух кожных лоскутов, выкраиваемых с обеих сторон. Однако простота шопарова метода произвела на меня такое впечатление, что я тотчас же принял решение испытать его на другой же день на своем больном (!)¹.

Я очень хорошо знаю, что Дюпоитрен, Буайе и Грефе руководствуются другими принципами при операции по поводу рака губы. Они удаляют только вторичный продукт и предоставляют образование нижней губы нашей доброй матери природе. А природа и здесь показывает себя как истинная мать: она образует губу, – это, пожалуй, правда, – однако даром она эту работу все же не выполняет, ибо ей на это требуется время, чтобы заполнить мясными сосочками всю обнаженную поверхность. Кроме того, – и это представляет здесь главный недостаток, – гранулирующая поверхность легко принимает дурной характер, чего следует опасаться, как известно, во всех случаях иссечения раковых перерождений, когда ране предоставляют зажить *per granulationem*. Все эти соображения об отвлечении посредством нагноения раны и о предотвращении отложения скirrosного вещества в других органах отнюдь не вытекают из опыта. Хирурги, которые были наиболее счастливы при иссечении вторичных продуктов, всегда тщательно заживляли раны первичным натяжением. Таким образом, я думаю, что после иссечения раковой опухоли нижней губы хейлопластика имеет такие настоятельные показания именно потому, что необходимо закрыть обнаженную поверхность лоскутом и этим самым способствовать первичному натяжению и укоротить срок лечения.

В нашем случае одну половину губы создало искусство, а другую – природа, т. е. верхняя часть пришитого лоскута подверглась омертвению. Откуда взялся этот непрощенный гость? Пусть благосклонный читатель отнюдь не думает, что я намерен здесь оправдаться пустым словом «случайно». В том, что здесь произошло омертвение, была моя вина, а именно: 1) потому, что я не придал лоскуту подходящей формы, ибо его основание (или питающий мостик) было немного уже, чем верхняя свободная часть; 2) потому, что после операции я назначил холодные, а не теплые обертывания; 3) потому, что я, может быть, сильнее, чем нужно (чему я, впрочем, не верю), сдавил лоскут полосками липкого пластыря.

¹ См. ниже мой взгляд «О праве врача производить опыты на больном».



У двух больных, оперированных мной впоследствии по тому же методу, но с более широким основанием лоскута, я велел непрерывно смачивать лоскут тепловатыми и ароматическими припарками (из свинцовой воды с *Infusum Chamomillae* и *Aqua vulneraria Thedeni*). Эти случаи протекали более счастливо. Особенно отчетливым в одном из этих двух случаев было влияние тепла. Дело в том, что я отменил тепло уже через два дня (так как считал, что первичное натяжение полностью удалось), и небольшая боковая часть лоскута подверглась омертвлению. Оба эти случая будут описаны в следующем выпуске настоящих «Анналов», там же будет подробнее сказано о восстановлении губы. Здесь же я хочу только рекомендовать каждому хирургу метод Шопара с соблюдением правил, изложенных мной выше. Данный метод имеет еще то важное преимущество, что при нем обнажается надподъязычная область, которая может быть поэтому лучше обследована. Иногда под подбородком находятся очень маленькие узелки, представляющие собой распухшие лимфатические железы, расположенные на обеих подчелюстных слюнных железах; следовательно, указанным методом удастся легко удалить их. [См. табл. V, рис. 8 и 9.]

Случай 108. Скирр верхнего века и внутреннего угла глаза, сопряженный с полным разрушением нижнего века. Иссечение. Прижигание. Состояние раздражения роговой оболочки. Операция по поводу стафиломы глаза. Неопределенный результат.

Каддри, крестьянка, 56 лет, флегматического темперамента, 2 года назад получила незначительное повреждение нижнего века левого глаза, которое вскоре привело к перерождению поврежденного участка в медленно разрастающуюся язву. Летом прошлого года часть язвы зажила, осенью же язва начала опять расширяться. Одновременно в ходе болезни появились также слезотечение, боль в глазу и постепенное падение зрения.

Состояние глаза при поступлении в клинику (5 апреля 1836 г.) было таково. Большая часть нижнего века, особенно в сторону носа, разрушена. С наружной же стороны осталась небольшая часть века, затвердевшая, утолщенная и в то же время припаянная к соединительной оболочке глаза. У внутреннего угла глаза имеется довольно глубокая язва, разрушившая слезные каналы. Слезный мешок не изменен. Подлежащие кости при исследовании зондом также оказались неповрежденными.

Что касается состояния самой язвенной поверхности, то она бледна, тверда и выделяет жидкий гной.

Верхнее веко синевато, испещрено расширенными сосудиками; оно распухло и больше у внутреннего угла содержит затвердения, находящиеся, по-видимому, в подкожной клетчатке и местами сращенные с кожей. Во внутреннем углу, непосредственно около носа, имеется трещина этого века, простирающаяся вверх, так что это веко здесь свисает и срослось с нижним. Соединительная оболочка верхнего века и глазного яблока – распухшая, бархатистая и багрово-красная; на роговой оболочке образовался паннус. Временами больная ощущала в пораженных местах рвущие и колющие боли, в остальном же она себя чувствует совершенно здоровой.



В первые несколько дней к глазу прикладывались размягчающие припарки, а 9 апреля скиррозное верхнее веко было удалено. 15 апреля на язвенную поверхность нижнего века положено следующее средство: *Rp. Arsen, alb. 1,25, Calom. 3,75, Gumm. arab. 60,0, Aq. dest. 30,0. M. f. pasta*, а так как отчетливая корочка еще не образовалась, это средство было повторено 17 и 19 апреля. Поверхность разреза на верхнем веке покрылась грануляциями и начала заживать от применения ляписа. На нижнем же веке после отторжения корки осталась гноящаяся поверхность довольно хорошего вида. Однако это продолжалось недолго, а в конъюнктивальной щели образовалась даже новая твердая опухоль грязного вида, исходящая из хряща. Поэтому с 16 мая началось применение порошка Кома и мази Гельмонта; эта мазь наносилась заново каждый третий день до 1 июня. Но так как к этому времени не было еще заметно благоприятного результата, а глаз казался чрезвычайно раздраженным (конъюнктивит сильно покраснела и на паннозной роговице сидела язва), то начиная с 1 июня на язву накладывалась только *Ung. saturn.*

7 июня твердая опухоль нижнего хряща величиной с горошину была срезана ножом, и после этого вся грязная язвенная поверхность нижнего века подвергнута основательному прижиганию каленым железом. Затем в течение двух дней делались ледяные обертывания, после чего несколько дней накладывались примочки с жидкостью Гулярда. За это время поражение самого глазного яблока стало сильнее, конъюнктивит была очень красная и разрыхленная, язва роговицы увеличилась, и дно ее стало грязнее.

12 июня было начато внутреннее применение хлористого золота по 0,0075 г на прием, а 16 июня была иссечена толстая складка ставшего почти мясистым хемоза; 17 июня язва роговицы ежедневно смазывалась *Laudan. liq.*, и на глаз накладывались тепловатые припарки из булки с молоком и *Aq. Goulard*. На язве нижнего века грануляции стали заметно свежее, так что доза хлористого золота была повышена до 0,01 г на прием с 20 июня и 0,015 г на прием с 23 июня. В то время как язва роговицы очищалась, хемоз значительно усилился, вследствие чего 25 июня несколько складок его были иссечены. С этих пор рубцевание нижнего века и язвы роговицы стало продвигаться вперед быстрыми шагами и полностью завершилось, когда больная 15 июля покинула клинику.

При этом состояние глаза было следующее. Оба века отсутствовали, но края разреза полностью зажили, конъюнктивит образовала наверху и внизу две красных поперечных складочки, роговица сильно затянута паннусом, и против зрачка, а также кнутри от него имелся большой рубец, глазное яблоко было обильно покрыто слизистыми хлопьями и слезилось, когда вместо припарки его касался воздух. Поэтому было очевидно, что глазное яблоко, лишенное своего естественного защитного покрытия и постоянно подвергавшееся внешним раздражениям, будет подвержено все время новым воспалительным процессам, вследствие чего можно опасаться разрыва его и образования после этого злокачественной, может быть раковой, язвы. Поэтому с целью вызвать искусственную атрофию глазного яблока больной был предложен прокол глаза; однако она настолько исстрадавалась, что не могла решиться на новое вмешательство.



Больная изменила, однако, свои взгляды, когда, умудренная опытом, она снова обратилась за помощью в нашу клинику 4 мая 1837 г. К этому времени состояние ее глаза уже заметно изменилось, ибо на наружной стороне культи нижнего века образовалось затверждение, снаружи красное, а изнутри с язвой, распространявшейся вглубь и достигавшей наружного угла глаза. У внутреннего угла глаза также находилась глубокая язва, разрушившая слезный канал, так что здесь можно было заметить свободное отверстие, которое вело в поперечном направлении из внутреннего угла глаза в нос. Но при зондировании этого отверстия слезный мешок оказался здоровым и кости незатронутыми. Выше и ниже роговой оболочки конъюнктивы образовала значительные валикообразные красные складки с грануляциями, причем особенно внизу эти складки были покрыты крупными разрастаниями. Паннус роговой оболочки стал еще более густым и имел вид кровавой сетки, протянутой перед грязной, серой поверхностью. Глазное яблоко обильно покрыто хлопьями слизи.

Больная непрерывно страдала сильными и мучительными болями в левом глазу и вообще производила впечатление страдальцы. В соответствии с заранее принятым планом лечения роговая оболочка 6 мая была срезана двумя полукруглыми разрезами, верхним и нижним, как при операции по поводу стафиломы. Хрусталик тотчас же выскочил; он был светлый и прозрачный. Стекловидное тело вытекло лишь частично. Больная не особенно реагировала на боль во время операции, и вообще никаких дальнейших происшествий не было. Посредством легкой глазной повязки был закреплен положенный на глаз шарик из корпии, и все это покрыто сверху ледяным компрессом. Внутри дано селитренное слабительное.

В ближайшие дни боли в глазу были весьма значительные, пока к 10 мая рана не подверглась полному нагноению. Теперь была назначена следующая примочка для глаз: *Rp. Merc. subl. corr. 0,06, T-rae op. putt. XV—XX, Aq. dest. 180,0*, а для втирания в глаз *Ung. mere, drier.*; на затылке, однако, протянута заволока. Теперь боли стали утихать, но прошло еще много времени, прежде чем начали развиваться первые грануляции. Последние поддерживались смазываниями изъязвленного места посредством *T-ra op. simp. и crocat.* и закапыванием в глаз *Lap. infern. 0,12, Aq. dest. 30,0*. Хотя эти средства вначале были несколько болезненны, но глаз скоро к ним привык, и так началось рубцевание глазного яблока. Когда больная была выписана 4 июля, на месте прежней роговицы еще имелась небольшая грязная язва. На конъюнктиве нижнего века имелось еще несколько неровных разрастаний. При попытке сомкнуть сохранившиеся остатки обоих век сморщившееся глазное яблоко уже почти полностью закрывалось.

Может быть, кое-кому из моих читателей покажется странным и непоследовательным, что, после того как я в других случаях вторичных продуктов был столь ревностным защитником первичного натяжения, именно в данном случае я не покрыл кожным лоскутом обнаженную поверхность, оставшуюся после удаления верхнего века, т. е. не создал искусственного века. Но уже невзирая



на то, что блефаропластика верхнего века дает лишь ничтожные шансы на сохранение лоскута (особенно у тех больных, у которых не приходится рассчитывать на полное первичное натяжение), в данном случае и нижнее веко находилось в состоянии полного сморщивания, разрушения, отчасти оно было превращено в рубцовую ткань, отчасти представляло собой язвенную поверхность специфического характера. Следовательно, я должен был сперва побороть заболевание этого века. Однако это удалось мне лишь частично, — оставалось еще все же подозрительное затверждение как в наружном, так и во внутреннем углу глаза. Впоследствии, когда эта женщина пришла в нашу клинику во второй раз, во внутреннем углу глаза имелась пазуха (разрушенный слезный мешок), которая, впрочем, не имела подозрительного вида.

Меня удивляет, что до сих пор можно читать в руководствах по хирургии, будто после полного иссечения верхнего века «всякий раз необходимо одновременно произвести экстирпацию глазного яблока» (Jüngken, Die Lehre von den Augenoperationen, 1829, стр. 299 и др.). Подобными правилами явно увеличивают в два и три раза опасность этой операции. В нашем случае можно было, естественно, предвидеть потерю глаза. Однако я предложил больной другое средство: опорожнение глаза посредством операции как при стафиломе, при которой роговица удаляется двумя разрезами, жидкие среды глаза вытекают и весь глаз спадается. После того как больная на основании собственного опыта убедилась в том, что из ее глаза больше ничего хорошего не получится и что он будет только постоянным источником раздражения, воспаления и пр., она решилась на эту операцию, и, когда она вторично поступила в нашу клинику, я оперировал ее указанным способом. Ее нельзя еще рассматривать как полностью излеченную. Наступившие каникулы помешали дальнейшему наблюдению за больной, так как ее пришлось выписать из клиники.

Случай 109. Гипертрофия пястной кости пятого пальца. Удаление пястных костей четвертого и пятого пальцев. Гнойные затеки на предплечье. Большие разрезы фасции. Заживление раны per granulationem. Выздоровление.

Ян, подросток, 14 лет, эстонец, на шестом году жизни заметил возникший без всякого внешнего повода небольшой, твердый, ограниченный, безболезненный выступ на тыльной поверхности пястной кости четвертого пальца левой руки, приблизительно на 1,25 см выше ее соединения с первой фалангой четвертого пальца. Кожа над этим выступом, который мало-помалу достиг значительной величины, сохраняла свое нормальное строение, когда 4 года назад, после двух бесплодных попыток кровопускания, предпринятых одним крестьянином, поврежденные при этом участки кожи не зажили, а еще увеличились в размере.

Вначале твердый нарост, пока он еще имел небольшие размеры, не представлял, по словам больного, одного целого с костью, из которой он, казалось бы, вырастал, а имел некоторую самостоятельную подвижность. Безостановочно, хотя и медленно увеличивавшийся нарост стал мешать больному в его занятиях



и заставил его наконец 23 января 1837 г. обратиться за помощью в хирургическое отделение нашей клиники.

Состояние больного в день поступления было следующее, Общее состояние хорошее, внешний вид нормальный. На тыльной поверхности левой руки находился резко отграниченный выступ высотой примерно 4 см, шириной 5 см и длиной также 5 см. При более точном обследовании оказалось, что этот выступ распространялся кнаружи до третьей пястной кости, кверху до крючковидной и головчатой костей, книзу – до середины первой фаланги четвертого пальца и до сустава между первой и второй фалангой мизинца, кнутри он выступал за пределы пясти и первой фаланги пятого пальца почти на 2 см. Ладонная поверхность кисти была совершенно нормальная, и здесь нельзя было отметить ни малейшей неровности костей.

По консистенции выступ занимал промежуточное место между костью и хрящом. Сильно растянутая над этим выступом безболезненная и невоспаленная кожа в двух местах была покрыта корочкой, после удаления которой остались экскориированные поверхности, а под ними нащупывалась такая же твердая ткань, как и в других местах. Таких отверстий, через которые можно было бы проникнуть вглубь, не было нигде, и опухоль теперь, как и раньше, не вызывала никаких болезненных ощущений, она была больному тягостна и мешала ему только своей тяжестью и размерами.

О сохранении той части кисти, на которой укоренился вторичный продукт, не приходилось и думать; следовательно, имелись показания к вычленению четвертой и пятой пястных костей, что и было выполнено 24 января следующим образом. Сперва был проведен узким скальпелем кожный разрез, причем он начинался в межпальцевом промежутке между третьим и четвертым пальцами и тянулся вблизи основания опухоли до запястья. Подобный же разрез был проведен на ладонной поверхности кисти; он встретился с первым разрезом на запястье. Затем были перерезаны мягкие ткани между третьей и четвертой пястными костями и, наконец, четвертая и пятая пястные кости были отделены от своих связей в суставах запястья. Было наложено 6 лигатур. Наибольшее кровотечение было из ладонной дуги. Наружная кожа недостаточно покрывала рану и была стянута посредством полос липкого пластыря и трех кровавых швов. Сверху положено плюмассо с простой мазью, которое закреплено липкопластырными полосками; на всю кисть положены ледяные компрессы, и предплечье уложено в капсулу Бэлла. Больной, который все время жаловался на сильные боли в ране, получил поэтому 4 капли *T-rae theb.*, и эта доза была повторена вечером.

26 января. Пальцы немного распухли, поэтому липкопластырные полоски местами разрезаются.

27 января. Повязка снята, кожные края прилегают, особенно в области швов. Последние сняты 30 января.

31 января ложнорожистая припухлость кисти и предплечья заметно увеличилась и имела багровый вид. Поэтому для устранения напряжения фасции были сделаны два глубоких разреза на предплечье и подобный разрез между большим и указательным пальцем на кисти. Но так как, несмотря на это, опухоль указанных отделов 1 февраля еще больше увеличилась, то был проделан еще ряд



разрезов на предплечье через фасцию. Каждый раз после разрезов предплечье укладывалось на полчаса в теплую ручную ванну, после чего накладывалась повязка; в места разрезов вкладывалась корпия, пропитанная маслом, и кожные раны, края которых расходились, обнаруживая при этом грязную раневую поверхность, перевязывались с красной преципитатной мазью. После этого кисть и предплечье окутывались теплой катаплазмой.

В ближайшие дни опухоль опала и раны приняли более благоприятный вид. Но уже 5 февраля в нижней части предплечья обнаружена флюктуация, и только после того как был произведен здесь довольно глубокий разрез, вытекло весьма значительное количество гноя. При этом оказались перерезанными локтевая и еще одна артерия, так что пришлось их перевязать. С этих пор вид ран заметно улучшился, опухоль предплечья исчезла почти целиком и только лучезапястный сустав оставался слегка вздутым, что, несомненно, было обусловлено поражением надкостницы. Рана, края которой начали уже прилегать, ежедневно смазывалась слабым раствором ляписа (из 0,09 г на 30 мл воды), на нее накладывалась повязка с красной преципитатной мазью; в область лучезапястного сустава втиралась серая ртутная мазь, и предплечье ежедневно оставлялось на 1 час в щелочной ванне с *H-ba Cicut*.

13 февраля на тыльной стороне распухшего лучезапястного сустава определилась флюктуация; после сделанного здесь разреза в рану выделилась кровь и омертвевшая подкожная клетчатка. В то время как одни раны предплечья уже начали затягиваться кожей, другие еще имели очень грязный вид, и при надавливании на прилежащие ткани из этих ран выделялся жидкий гной; рана кисти после экзартикуляции пястных костей затягивалась крайне медленно, несмотря на применение ляписа, красной преципитатной мази и египетской мази. Более того, 10 и 13 марта края раны местами оказались подрытыми мелкими свищевыми ходами, которые пришлось вскрыть. Теперь вид раны снова начал улучшаться, но нижний ее край с каждым днем становился все более каллезным, вследствие чего 19 марта пришлось удалить его с помощью ножниц. После этого на три пальца и оставшуюся часть пясти был положен липкий пластырь, и только теперь рана, ежедневно освежаемая ляписом, стала быстрее затягиваться кожей. Опухоль передней части предплечья и лучезапястного сустава держалась еще продолжительное время, несмотря на раздражающие ванны для руки и втирания неаполитанской мази и беленного масла. В таком состоянии больной был выписан 30 марта по собственному желанию. Подвижность трех его пальцев была еще немного ограничена, место экзартикуляции закрылось, за исключением нескольких линий, все разрезы на предплечье зажили, лучезапястный сустав еще немного утолщен и неподвижен.

Анатомическое исследование опухоли показало мне следующее. 1) Кожа вместе с фасцией легко отделялась от нароста. Отслоенная кожа имела точь-в-точь такой же вид, как отпрепарированный от костей черепа скальп, т. е. внутренняя ее поверхность была гладкая и связана с опухолью посредством



пластинчатой клетчатки. 2) Сухожилия разгибателей обоих последних пальцев были распластаны в виде тонкого апоневротического листка. Сгибатели же были найдены сохранившимися, а мизинец можно было даже еще сгибать. Нервные стволы не удавалось отчетливо проследить; они также казались распластанными. 3) Самая опухоль, очевидно, происходила из пятой пястной кости. На произведенном разрезе было отчетливо видно, как костное вещество этой пястной кости переходило во вторичный продукт. Надкостница могла быть отделена от поверхности последнего. Разрез опухоли показал, что наибольшая часть ее состояла из истинного губчатого костного вещества. В некоторых участках это вещество было мягче и скорее похоже на хрящ. При исследовании наружной поверхности опухоли в некоторых местах ее можно было ощущать своего рода крепитацию, так как поверхность опухоли состояла здесь из подобных пергаменту костных пластинок, которые легко можно было резать ножом. 4) Пястная кость четвертого пальца не была повреждена, но очень плотно прилегала к опухоли; сухожилия разгибателей и сгибателей этого пальца также были смещены вторичным продуктом в сторону от пальца и лежали на самой опухоли.

К какому виду вторичных образований принадлежало в сущности наше? Была ли это остеостеатома, экзостоз или гипертрофия пястной кости? Заслуживает ли эта опухоль вообще названия вторичного продукта?

Отложения нового вещества в паренхиме кости мы здесь не обнаружили, и в этом смысле данное заболевание не является вторичным продуктом. Разрыхленное и местами размягченное костное вещество составляло основную характеристику опухоли. Я поэтому с полным основанием думаю, что все это можно объяснить гипертрофией кости. В самом деле, на разрезе опухоли не было видно никакой разницы между ней и настоящим костным веществом пястной кости. Тыльная поверхность этой кости непосредственно переходила во вторичный продукт.

Если мы хотим быть строгими с точными обозначениями, то, может быть, здесь не следовало бы даже применять термин «гипертрофия», так как каждый орган в состоянии гипертрофии должен сохранить как свое строение, так и свою форму; свидетельство этого мы видим при усиленном питании матки во время беременности, далее – в гипертрофии сердца и других мышц. Здесь же, напротив, пястная кость приняла уродливую форму. Следовательно, притяжение и переработка молекул костного вещества происходили здесь, собственно, не по законам созидательной деятельности. Необходимо, впрочем, учесть и то, что усиленный ненормальный рост некоторых органических образований может происходить легче всего в одном определенном направлении, и здесь он происходил, естественно, в том направлении, в котором растущая кость встречала наименьшее сопротивление со стороны мягких тканей. Необходимо также себе представить, что здесь идет речь о патологической гипертрофии, несколько отличающейся от той, которую мы наблюдаем в естественном состоянии некоторых органов (в матке).

Опухоль, описанная и изложенная в *Journal der Chirurgie und Augenheilkunde* Грефе и Вальтера (том 13, стр. 351, табл. V, рис. 1, 2) под названием остеостеатома, по-видимому, совершенно сходна с нашей опухолью.



Поступили ли мы правильно, когда удалили также пястную кость четвертого пальца? Я думаю, что правильно. Признаюсь, что на основании наружного исследования опухоли я с уверенностью считал, что найду четвертую пястную кость спаянной с тканью опухоли. Но это оказалось не так. И тем не менее сухожилия сгибателей и разгибателей четвертого пальца при удалении опухоли неизбежно были бы перерезаны. Пришлось бы совсем обнажить четвертую пястную кость, а покровов, т. е. здоровой кожи ладонной поверхности, совершенно явно не хватило бы для покрытия этой кости; кроме того, кто мог быть вполне уверенным в том, что эта кость совершенно не поражена? Помимо того, вся операция оказалась бы значительно труднее и болезненнее, и все же выигрыш для больного не оказался бы столь значительным, чтобы мы имели право подвергнуть его всем этим вредностям и опасностям.

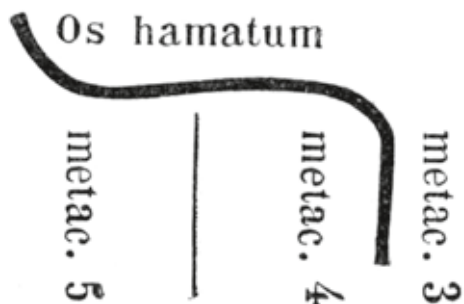
Первичное натяжение, к сожалению, не могло здесь получиться, так как лоскут был слишком узок, а натяжение чересчур велико. Нагноение, наступившее после операции между сухожилиями сгибателей, может быть объяснено распространением воспаления. Большие разрезы, проведенные через фасцию, – при одном из них была повреждена локтевая артерия, перевязанная без дальнейших дурных последствий, – принесли здесь исключительную пользу. Может быть, им обязан этот юный больной сохранением своей руки. Тот факт, что впоследствии обнаружилось еще несколько скоплений гноя по соседству, по-видимому, являлся следствием процесса отторжения сухожильных образований, продолжавшегося еще в глубине. Оставшаяся тугоподвижность пальцев была незначительной, и больной мог бы еще стать хорошим акушером, если бы у него была к этому склонность.

Наконец, мне хочется еще сделать несколько замечаний о самом методе операции, который не описан в руководствах по оперативной хирургии. Чтобы можно было хорошо и легко произвести вычленение четвертой и пятой пястных костей, мы должны располагать следующими анатомо-хирургическими сведениями.

1. Вычленение происходит между крючковидной костью и обеими названными пястными костями.

2. Пястная часть крючковидной кости обладает двумя суставными поверхностями: внутренней (соответствующей локтевому краю предплечья), выпуклой, седлообразно изогнутой и предназначенной для соединения с пятой пястной костью, и наружной (соответствующей лучевому краю предплечья), вогнутой и связанной с четвертой пястной костью.

3. Четвертая пястная кость, если не считать пятую пястную и крючковидную кости, находится в связи еще со следующими двумя костями: в первых, с головчатой костью посредством очень небольшой треугольной суставной поверхности; во вторых, с третьей пястной костью посредством



вертикального крепкого сочленения. Если подробнее рассмотреть это последнее, то мы увидим, что оно состоит из двух меньших суставных поверхностей, которые также отчетливо видны на суставной поверхности четвертой пястной кости. Эти обе суставные поверхности четвертой пястной кости отделены одна от другой небольшим углублением (я прошу моих читателей исследовать кисть трупа с ее связками и хрящами, чтобы меня лучше понять), из которого исходит довольно крепкая связка, переходящая поперечно или наискось на третью пястную кость. Эту связку не следует смешивать с другой – блестящей связкой, проходящей вертикально от головчатой кости к третьей пястной.

4. Кроме этих межсуставных связок (естественно, вместе с синовиальными оболочками), имеется еще одна поперечная связка на тыльной поверхности между четвертой и третьей пястными костями и одна связка между трехгранной, гороховидной костью и крючковидным выступом пятой пястной кости. Сухожилие локтевого разгибателя кисти¹, прикрепляющееся к этому выступу, также может рассматриваться как укрепляющее средство.

Если, следовательно, сопоставить все три суставные поверхности, т. е. две на крючковидной кости и одну между четвертой и третьей пястными костями, то мы получим примерно линию, изображенную на вышерасположенном рисунке.

Следовательно, чтобы произвести это вычленение легко и быстро, мы должны: 1) отметить себе крючковидный выступ пятой пястной кости; он лежит на расстоянии примерно поперечника большого пальца от шиловидного отростка локтевой кости. При этом, однако, не следует смешивать его с выступом, образуемым трехгранной костью и лежащим на один поперечный палец ниже шиловидного отростка. Впрочем, не имеет большого значения, сделаем ли мы кожный разрез немного выше или немного ниже крючковидного отростка пястной кости. 2) Самый кожный разрез на тыльной поверхности кисти должен быть угловым, т. е. небольшая горизонтальная часть его должна соответствовать сочленению между двумя пястными костями и крючковидной костью. Другая, более длинная, вертикальная часть проникает в межкостный промежуток, образованный третьей и четвертой пястными костями. 3) Сначала кончиком ножа открывается косая выпуклая кпереди (если рука лежит перед оператором) суставная щель между крючковидной и пятой пястными костями. Чтобы попасть в эту щель, необходимо более тщательно исследовать указательным пальцем через кожную рану отросток пятой пястной кости. Нож держат лезвием косо и параллельно направлению этого сустава, острием вниз. 4) Чтобы вскрыть сустав между крючковидной и четвертой пястными костями, описывают кончиком ножа небольшую дугообразную линию выпуклостью вверх (или кзади, если рука лежит перед оператором). 5) Теперь остается только попасть в сустав между третьей и четвертой пястными костями. Здесь имеется крепкое соединение, которое легче всего разделить спереди назад. Для этого необходимо сильно раздвинуть третий и четвертый пальцы. Перерезают кожную складку между ними, если она не была рассечена уже прежде при проведении кожного разреза. Теперь попадают в межкостный промежуток и перерезают острием ножа поперечную

¹ В оригинале – описка: указан лучевой разгибатель кисти.



связку между обеими этими пястными костями, а затем связку, скрытую между обеими этими костями (см. выше).

Было бы совершенно нецелесообразно при операции сразу же стремиться перерезать лезвием ножа спереди назад весь межкостный промежуток между обеими пястными костями. В нашем случае, например, таким способом было бы невозможно выкроить кожный лоскут. Поэтому я рекомендую рассекать межкостный промежуток послойно с тыльной стороны, чтобы не повредить кожу ладонной поверхности и чтобы из нее выкроить лоскут. В своем случае я поступил бы еще лучше, если бы предварительно очертил кожный лоскут ножом перед самым вычленением. Таким образом я мог бы выкроить значительно более крупный и точный кожный лоскут.



VI. Смешанные случаи

Случай 110. Камень мочевого пузыря. Сухотка спинного мозга. Хронический катар легких. Подагра. Боковое сечение пузыря. Смерть. Фунгозное перерождение слизистой оболочки мочевого пузыря.

Врач, коллежский ассессор и кавалер Цее принят 15 января 1837 г. в хирургическое отделение здешней клиники.

Анамнез. 26 лет назад, когда больной в возрасте 38 лет был вольнопрактикующим врачом в Симбирске, он обнаружил на крестце плоскую тестоватую припухлость диаметром до 5–7,5 см. Уже тогда он в течение некоторого времени ощущал большую слабость в ногах: когда он стоял, колени подкашивались, при ходьбе он легко уставал, при восхождении по лестнице он падал. Из-за этой болезни, в которой он предполагал участие спинного мозга, он поехал в С.-Петербург, где у него применили *cauterium potentiate* с обеих сторон опухоли, однако без всякого успеха. Его подвергали «гальванизации, электризации и магнетизации», но равным образом без успеха. 28 врачей столицы последовательно испытывали на нем свое искусство и тоже всегда безуспешно. Убедившись, что ему здесь не в состоянии помочь, он, после четырехлетнего пребывания в С.-Петербурге, отправился в Германию. В Бонне он продолжительное время лечился у профессора д-ра Филиппа Вальтера и был подвергнут *cauterium actuale*. Но и это не привело к желаемой цели. Он посещал всевозможные курорты, но не добился излечения. «Три года его дурачил гомеопат Ганнеман»; он пользовался советами лучших врачей Германии, однако его страдание было только немного облегчено, но никогда не было полностью излечено.

Десять лет назад, в возрасте 54 лет, он чувствовал себя настолько хорошо, что мог жениться. Плодом этого брака были двое детей. Оба они умерли. По истечении 7 лет брачной жизни ему пришлось похоронить также свою молодую супругу. Погруженный в скорбь, недовольный жизнью, которая так скудно отмерила ему радости, больной влачил свои дни в весьма беспомощном состоянии, ибо он всегда чувствовал свою физическую неполноценность, и всякое искусство было бессильно вдохнуть в него новую жизнь. Старееющее тело очень исхудало, тощие ноги были крайне слабы и почти ежеминутно своеобразно содрагались. К этому еще присоединялось значительное расстройство пищеварения, хронический катар легких, тянущийся еще с молодых лет, а в последние полтора года – также камень мочевого пузыря.

Еще мальчиком больной усвоил привычку не мочиться вечером, чтобы ночью бодрствовать и заниматься. После этого он часто отмечал сильные боли в почках и впоследствии мучнистый осадок в моче. Этот осадок временами был настолько обильный, что выпадал даже из отдельных капель мочи, падавших на его



сорочку, на которой этот осадок появлялся тогда в виде известкового порошка. Высушенный осадок из мочи представлялся таким же порошком. Иногда же образовывались слизистые и студневидные осадки в моче. Мочеиспускание стало со временем затруднительным и даже невозможным; наконец, оно стало осуществляться только с помощью катетера.

Полтора года назад больной во время езды внезапно почувствовал острую боль в мочевом пузыре. По приезде домой он помочился кровью, а катетером он почувствовал трение о небольшой камень. С тех пор он стал чаще страдать болями в пузыре, моча стала кровавой со слизистым или студенистым осадком. Все это усиливалось после телесных движений и уменьшалось или исчезало в покое.

Многие врачи, особенно в С.-Петербурге, к которым он обращался за советом, подтверждали его убеждение в наличии камня. Тогда он приехал в Дерпт, чтобы подвергнуться здесь паллиативному лечению. Когда он направился на лечение, его состояние было даже хуже обычного. Новый приступ болей на почве камня в мочевом пузыре чрезвычайно его ослабил, сосудистая система и желудок были расстроены. После того как эти раздражения были устранены, он пожелал быть принятым в здешнюю клинику ради лучшего ухода. Тут он для снижения чувствительности мочевого пузыря принимал через день теплые ванны. При этом он опять проникся доверием к врачебному искусству и решил подвергнуться камнедроблению. Но так как шейка мочевого пузыря казалась ему слишком чувствительной, он позднее решил на камнесечение.

Status praesens и диагноз. Мы здесь более или менее отвлечемся от заболевания спинного мозга, от хронического катара легких, от чувствительности органов брюшной полости, сохранив это в поле зрения как роковые осложнения, и особенно осветим состояние мочевого аппарата. Но прежде всего краткое описание общего состояния; больной 64 лет, холерического темперамента, небольшого роста, тщедушного сложения, с осунувшимся лицом, с большими живыми глазами, с выступающим носом, кончик которого красный, проводит большую часть своего времени сидя или лежа. Он страдает часто повторяющимися легкими подергиваниями чрезвычайно похудевших бедер. Моча отходит только через катетер. Как правило, она дает белый мучнистый осадок. Паралич мочевого пузыря отсутствует, ибо через катетер моча вытекает сильной струей и выходит вся без остатка. Невозможность иначе опорожнять мочевой пузырь, по-видимому, скорее объясняется высокой чувствительностью шейки пузыря, возникшей на почве постоянного раздражения ее камнем, который, как правило, обнаруживается около шейки пузыря и позади лонного соединения. Камень имеет, вероятно, размер голубинового яйца и едва ли очень твердый, так как удар зонда по камню вызывает скорее глухой звук, чем звонкий.

Складка слизистой оболочки около шейки пузыря также, пожалуй, не является причиной того, что больной не может мочиться без катетера; не служит причиной этого и существенное увеличение предстательной железы, ибо при исследовании через прямую кишку эта железа хоть и кажется более крупной, чем обычно, но не чрезмерно опухшей. Емкость мочевого пузыря довольно значительная, о чем в достаточной мере свидетельствует количество мочи, выпускаемой единовременно.



Мочеиспускательный канал имеет широкий просвет (5–6 с лишним миллиметров); чувствительность его притуплена продолжительным применением катетера. Эти обстоятельства, следовательно, благоприятствовали бы камнедроблению. Этому не помешали бы также размер и консистенция камня. Однако чувствительность шейки пузыря представляла бы неприятное осложнение, так как разможенный камень шероховатостью своих частиц еще больше раздражал бы шейку мочевого пузыря и это раздражение легко передалось бы всему пузырю. По этой причине и по желанию самого больного мы в данном случае предпочли камнесечение.

14 февраля. Сегодня было сделано боковое камнесечение. Больной был тверд в своем решении и перенес операцию с исключительным мужеством. Когда его положили на операционный стол, он сам себе ввел зонд для камнесечения. Ноги не были связаны с руками, а поддерживались помощниками. После этого остроконечным скальпелем был сделан кожный разрез длиной 7,5 см, желоб зонда обнажен, по нему введен в пузырь закрытый литотом, установлен на № 9 и извлечен обратно. При этом вытекло большое количество мочи, а также крови. Введенными немедленно щипцами для камней был захвачен камень, при этом тут же обнаружен имеющийся здесь второй камень. Щипцы несколько раз соскальзывали с захваченного камня. После этого он был извлечен. Для захваченного затем второго камня рана пузыря оказалась явно недостаточной. Поэтому она несколько расширена кверху с помощью пуговчатого ножа Потта. Теперь был захвачен второй камень и не без усилия извлечен. В это время у больного началась сильная рвота. Так как поверхности камней немного крошились, то рана и мочевой пузырь были повторно промыты теплой водой, пока не были выведены все осколки. Больной настоятельно требовал перенести его на кровать. Продолжительность всей операции составляла 7 минут.

Из извлеченных камней более крупный имел в длину 4 см и 2,5 мм, в ширину 3,5 см, в толщину 2,5 см и весил 31,25 г; более мелкий же камень имел в длину 2 см и 7,5 мм, в ширину 2,5 см, а в толщину 1,5 см и весил 7,5 г. Оба камня были беловатого цвета и состояли из концентрически расположенных слоев. Ядра их были овальные от 2,5 до 5 мм длиной, желтовато-бурого цвета. П о в я з к а : в рану введен агарик, а на нее положена губка, пропитанная дубовым отваром и квасцами, затем – компресс, Т-образный бинт и поверх – пара крупных губок. Вечером эту повязку предполагалось обновить.

Непосредственно после операции больной, попавший в кровать, почувствовал себя очень хорошо и был немного возбужден. Через полчаса начался резкий озноб, продолжавшийся более получаса; в это время пульс был 86, малый. После этого больной снова согрелся и немного спал. К вечеру он опять немного оживился, пульс выправился, и больной немного поспал. Во время озноба имело место незначительное вторичное кровотечение.

15 февраля. Ночь больной провел беспокойно и только сегодня поутру немного спал. При кашле он ощущает в ране напряжение. Пульс улучшился, около 90. Язык влажный и чистый; довольно сильная жажда; аппетит полностью отсутствует. После обеда больной несколько раз засыпал на полчаса. Он чувствует себя весьма утомленным. Перевязка: в рану вводится *Agaricus* с *Aq.*



Creosoti, а поверх положена губка, смоченная в декокте дубовой коры. Т-образная повязка не накладывается.

16 февраля. Ночью больной почти совсем не спал, а вечером и утром немного спал. Моча идет через рану. Больной чувствует себя усталым, рану ощущает только при кашле. Пульс хорошего наполнения, около 100. От кожи идет испарина. Озноба не было.

17 февраля. Ночью больной спал урывками. Пульс стал спокойнее и мягче.

18 февраля. Ночь больной провел беспокойно, так как его мучило вчерашнее огорчение. Рана покрыта несколько вялыми грануляциями, моча постоянно выделяется через нее. По собственной просьбе больной получает 2–3 раза в день по половине чайной ложки *Kal. sulf. acidul.*

19 февраля. Ночь больной провел в большом беспокойстве, которое сегодня еще усилилось. К тому же вчера был озноб, длившийся четверть часа, а сегодня утром подобный, еще более сильный озноб. После этого ночью последовал проливной пот, продолжавшийся с 2 до 4 часов. Сегодня жжение по всему телу и мучительное беспокойство. После обеда, вслед за простой клизмой, был довольно обильный комковатый стул, после чего наступило некоторое успокоение. В 6 часов пополудни больной принял общую тепловатую ванну, после которой он поспал четверть часика. К ночи беспокойство снова усилилось; больной чувствовал себя очень слабым. Кожа была горячая, пульс 100, твердоватый, язык сухой.

20 февраля. Прошлую ночь больной провел немного спокойнее. После клизмы из тепловатой воды был оформленный стул, а после второй клизмы после обеда были лишь незначительные выделения. Пульс около 100, мягкий; язык влажный, беловато-серый. Рана имеет торпидный вид. Газы отходят.

21 февраля. Ночью больной немного спал и чувствует себя как в последние дни. Жалуется на длительные колющие боли в левой стороне, ниже грудной клетки, в области селезенки. К вечеру больной был крайне беспокоен. Он получил тепловатую ванну и горчичник на область желудка.

22 февраля. Беспокойство в последнюю ночь очень резко усилилось. У больного были приступы стеснения в груди, и он чувствовал большую слабость. Боль в области селезенки немного утихла. В течение дня беспокойство понемногу улеглось, пульс около 100, довольно полный, язык временами сухой, а затем опять чуть влажный. Рана имела несколько более живой вид. После двух клизм стула не было. К вечеру больной несколько раз принимался дремать на 15 или 30 минут и чувствовал большую слабость. Назначения: ночью подряд три клизмы из воды. В полдень большой горчичный пластырь на грудь и надчревьё; это повторено вечером. К вечеру две клизмы из воды; *Extr. Hyosc. 0,03* и *Conch. праepar. 1,25*. После обеда клизма из воды и масла.

23 февраля. Ночью больной спал непрерывно несколько часов, а днем – урывками, особенно к вечеру. Язык сухой; пульс 100, мягкий. Стеснения в груди прекратились. У больного сегодня крайне истощенный вид. Клизма не имела действия. Внутрь: *Rp. Flor. Arnicae 7,5 ad Infus. 120,0, adde Pulp. Tamarind. 30,0, Spir. nitr. dulc. 1,875. S.* По 1 столовой ложке 4 раза в день.

24 февраля. Ночью больной спал 3 часа и сегодня он очень слаб. Он часто стонет, временами заговаривается. Пульс при этом мягкий, около 100; от кожи



идет испарина, вечером – пот. Язык попеременно то влажный, то сухой, отчего речь становится невнятной. Во всем его состоянии много противоречий: постепенно образовалась *febris nervosa lenta* с поражением головы. Назначения: *Rp. Rad. Valer. 11,25 ad Inf. 210,0, adde Aq. oxymur. 7,5, Sir. s. 15,0. MDS.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа; 2–3 раза в день шипучий порошок. Утром два горчичника на подошвы, после обеда два на икры, а вечером везикатор на затылок.

25 февраля. Состояние осталось примерно таким же, только слабость увеличилась. Кроме того, больной жалуется на боли во всех конечностях, особенно в правой руке, суставы которой распухли, несомненно, на почве подагры. К вечеру пульс резко упал; язык был очень сухой; речь давалась больному с большим трудом, однако он не заговаривался. Назначения: вчерашнее лекарство принимать по 1 столовой ложке каждый час. Вечером: *Rp. Mosch., Camph. aa 0,12, Sacch. alb. 0,36.* Горчичник на грудь и два небольших горчичника на виски.

26 февраля. После порошков мускуса состояние больного чуть-чуть было улучшилось; ночью он спокойно лежал и не стонал. Боли в конечностях несколько уменьшились, но больной чрезвычайно чувствителен к каждому прикосновению. В подобном состоянии слабости он провел весь вечер. Он отказывался от всех лекарств и принимал только напиток, приготовленный на лимонном соке.

27 февраля. Ночью больной после 4 часов немного дремал, затем еще разговаривал и все время находился при сознании. Сразу же после 7 часов утра он несколько раз глубоко вздохнул, слегка захрипел и скончался.

Вскрытие произведено через 53 часа после смерти. Брюшная полость. Печень расположена немного левее обычного, так как левая доля была довольно большая и заполняла левое подреберье. Селезенка лежала слева под левой долей печени, а справа от нее желудок. Печень была в общем несколько увеличена, но не переполнена кровью. Желчный пузырь больших размеров, сильно наполнен темной желчью. Кишечный канал местами содержал твердые коричневые куски кала; в отдельных местах в кишечнике имелись расширенные и даже скорее варикозные сосуды; последние особенно развиты в заднем проходе, где они представлены в большом количестве; в наружном отверстии его имеется варикозный узел величиной с лесной орех. Правая почка была несколько увеличена, удлинена, но в общем не изменена. Левая почка почти наполовину меньше правой, сильно сращена с сумкой. Почечная лоханка и мочеточник расширены, последний слегка утолщен и содержит беловато-серую сливкообразную жидкость. Мочевой пузырь сморщен, стенки его утолщены; особенно слизистая оболочка его местами утолщена на несколько линий; она имела грязный вид и содержала на своей поверхности множество валиков толщиной с дождевого червя. Рана, образовавшаяся в результате камнесечения, не перешла за пределы основания предстательной железы и не затрагивала также прямой кишки.

Грудная полость. В сердечной сумке было 60 г жидкости. Сердце было нормально. Правое легкое, особенно нижняя его доля, было эмфизематозно, именно на той поверхности, где плевро была местами приподнята и прозрачна. Нижняя доля левого легкого уплотнена, верхняя доля – малокровна.

Позвоночный канал. На одном нижнем грудном и двух поясничных позвонках задняя поверхность тел позвонков шероховата и бугриста; возникло



ли это после предшествовавшего кариееса или вследствие исчезновения костного вещества в старости? В спинном мозгу не обнаружено никаких отклонений.

Случай 111. Водянка яичка. Операция в виде разреза. Выздоровление.

Ян, эстонский крестьянин из Розла, 38 лет, принят 8 марта 1837 г. Он был крепкого телосложения, и до сих пор состояние его здоровья ничем не нарушалось, пока около 10 недель назад он не начал страдать данной болезнью, которая к настоящему времени развилась до весьма значительной степени. Это и заставило его обратиться за помощью в здешнюю клинику, куда он 8 марта и был принят в хирургическое отделение.

Больной не может указать причину настоящего своего заболевания. Незадолго до Рождества минувшего года больной почувствовал тянущую и распирающую боль в паховой области и в мошонке; впоследствии эта боль приняла резкий характер; временами ей сопутствовало опухание яичка. В начале заболевания яичко, по словам больного, легко прощупывалось, было мягким и весьма чувствительным даже к малейшему прикосновению. Затем оно постепенно становилось тверже и менее чувствительным, но и теперь боль усиливалась при малейшем напряжении или движении, так что больной не мог выполнять свою работу. По его словам, вскоре после начала заболевания у него появилась сыпь с образованием корок, покрывшая почти всю мошонку; против этой сыпи больной повторно применял втирание скипидарного масла и водки, после чего сыпь исчезла. Он далее указывает, что вначале мочеиспускание было сопряжено с сильными тянущими болями в мочеиспускательном канале, мошонке и в паховой области; теперь же эти боли совершенно исчезли и больной может мочиться беспрепятственно.

Примерно 6 недель назад болезнь остановилась на том уровне своего развития, на котором она находится сейчас. Мошонка с левой стороны сильно напряжена вплоть до пахового кольца, а также значительно растянута и распухла сверх своего обычного объема. От давления пальцем ямки в коже не остается; цвет ее коричнево-красный и отдает синим. Под кожей мошонки легко прощупывается влагалищная оболочка яичка, сильно растянутая и туго напряженная из-за скопления воды; она туго заполняет мошонку и в растянутом состоянии дает ощущение пузыря, сильно переполненного водой. Само левое яичко еще прощупывается, мягкое, как в обычном состоянии, и чуть распухшее; оно лежит в задне-верхнем отделе мошонки.

Не приходилось сомневаться в том, что болезнь представляет собой простую водянку яичка; 12 марта мы приступили к радикальному лечению посредством разреза. После того как левая половина мошонки была захвачена сзади и была таким образом натянута влагалищная оболочка, содержащая воду, разрез был выполнен одним быстрым взмахом ножа на протяжении почти 9 см сразу же через все покровы, так что вся вода мгновенно выплеснулась и показалось обнаженное яичко. Кровотечение было весьма незначительным. Когда вода была выпущена, вся рана, и именно обе полости по сторонам от яичка, была выполнена корпией, пропитанной маслом. На рану рыхло наложено несколько полосок липкого пластыря и на мошонку надет большой суспензорий, а поверх сделано холодное обертывание.



13 марта. Никаких неприятных явлений не было. Повязка остается нетронутой. Ледяные обертывания продолжаются.

14 марта. Сегодня повязка сменена. Корпия, удаленная из раны, была обильно пропитана гноем попеременно с кровяными сгустками. Рана имеет довольно вялый вид, края ее несколько распухли. Из боковых пространств между влагалищной оболочкой и мошонкой, а также между первой и яичком, выдавливалось довольно большое количество водянисто-гнойной жидкости. Болей в ране нет. Рана подвергнута орошению тепловатой водой, и повязка возобновляется, как в первый раз. Холодные обертывания продолжаются.

15 марта. Рана имеет вялый вид. При этом мошонка распухла больше, чем вчера. Вместо масла сегодня перевязка сделана с *Ung. basilic.*, и корпия, смазанная этим средством, введена глубоко в боковые пространства. В остальном повязка остается такой же; ледяные обертывания отменены.

16 марта. Повязка не меняется.

17 марта. Сегодня, когда повязка была снята и произведено давление на мошонку вблизи нижнего конца разреза, вытекло значительное количество гноя. Поэтому разрез был расширен в сторону дна мошонки, приблизительно на 1,25 см, чтобы предотвратить какую бы то ни было возможность развития гнойного затека. Ввиду вялого состояния раны она засыпана сегодня красным преципитатом. В остальном повязка сделана как прежде.

С 18 по 20 марта. Раневая поверхность принимает более благоприятный вид и выделяет хороший гной. Мошонка все еще распухшая, хотя и менее прежнего. Повязка без изменений.

С этих пор началось быстрое заживление. От применения раздражающей повязки, к чему еще присоединялись раздражающие орошения посредством *Infus. rad. Calam.* и *T-ra Myrrh.*, оба углубления по сторонам от яичка вскоре заполнились. Кроме того, края раны с каждым днем все более сближались между собой посредством стягивающих липкопластырных полосок, так что при ежедневном смазывании краев раны ляписом рубцевание все более ускорялось, пока оно 7 апреля полностью не завершилось.

Случай 112. Асцит. Удивительная ошибка в диагнозе. Смерть. Хронический перитонит с отложениями между листками брюшины и в привратнике.

Эльзе, эстонка, 36 лет, была принята 29 ноября 1836 г. с асцитом, чтобы подвергнуться парацентезу. В наличии водянки живота не было никаких сомнений, ибо она была слишком ясно выражена и достигла высокой степени развития. У больной был весьма кахектический вид; секреты и экскреции были скудны; кожа была сухая, конечности холодны, пульс 60, малый. О возникновении своего заболевания больная рассказала, что она уже несколько лет страдает колющими болями в области селезенки, а весной нынешнего года простудилась, после чего менструации совершенно прекратились и в животе появились всевозможные болезненные ощущения, которые закончились все нарастающим опуханием живота.

У этой больной парацентез был произведен три раза, а именно: 24 ноября 1836 г., 6 января и 3 февраля 1837 г. В первый раз было выпущено 10 кг 80 г, во второй раз 9 кг 720 г и в третий раз 10 кг 800 г прозрачной зеленовато-желтой



светлой жидкости. Место прокола каждый раз находилось на середине линии, проведенной между пупком и левой передней верхней подвздошной остью. По мере вытекания воды помощники постепенно все более стягивали живот широкими и длинными полотенцами, после операции место прокола заклеивалось четырехугольным куском липкого пластыря, а весь живот обвязывался широкими сильно натянутыми полотенцами.

Прокол брюшной полости больная каждый раз переносила очень хорошо, а после него всегда испытывала большое облегчение и чувствовала себя значительно лучше. Но не было никакой возможности противодействовать новому накоплению воды, несмотря на внутреннее и наружное применение соответствующих средств. Поэтому в последнее время общему лечению придавался только паллиативный характер. Равным образом и проколы брюшной полости не могли иметь никакой другой лечебной цели. Больная умерла от истощения 26 февраля 1837 г.

Было основание ожидать результатов вскрытия с большим любопытством, причем именно в силу одного обстоятельства, которое было наиболее важным во всей истории болезни. Дело в том, что при жизни больной у нее было произведено исследование половых органов ввиду отсутствия менструаций. Когда брюшная полость была опорожнена посредством прокола, можно было отчетливо прощупать здесь затверждение, расположенное поперечно позади лонного соединения, между ним и передней поверхностью влагалищной части матки; это затверждение, казалось, исходило частично от задней поверхности симфиза, частично от левой седалищной кости и производило впечатление как бы остеоостеомы этой области. При исследовании через прямую кишку можно было нащупать подобное, только менее выраженное, затвердевшее место на задней стенке матки, между нею и прямой кишкой. Поэтому можно было с большим любопытством ожидать результатов вскрытия.

На трупе еще раз было предпринято исследование через влагалище и прямую кишку. Влагалищная порция стояла очень низко и имела коническую форму. Отверстие шейки матки составляло поперечную щель, слегка приоткрытую, так что палец мог немного проникнуть в нее. Задняя губа влагалищной порции матки была разделена продольной трещиной на две доли. Впрочем, всю влагалищную порцию матки можно было с помощью пальца обойти кругом. Между влагалищной порцией матки и передней стенкой влагалища можно было проникнуть вверх на 2 см и здесь прощупать незначительное поперечное и почти горизонтально лежащее затверждение. Кроме того, имелась влагалищная грыжа.

В прямой кишке через переднюю ее стенку, на 5 см выше заднепроходного отверстия, можно было прощупать весьма незначительное выпячивание. Насколько результат этих исследований отличался от находки у живой больной!

Из всего этого можно было заключить, что после вскрытия брюшной полости в тазу не будет найдено ничего значительного, что и подтвердилось, ибо прощупывавшееся через влагалище твердое тело было не чем иным, как только незначительным утолщением брюшинной складки, расположенной впереди матки. То, что прощупывалось через прямую кишку, оказалось выпячиванием задней складки брюшины, выраженным несколько сильнее обычного.

Матка была нормальная, равно как и яичники, и только на правом яичнике можно было заметить 4–5 мелких пузырьков, похожих на гидатиды, размером с небольшие горошины, прозрачные, наполненные желтоватой жидкостью. На связках матки имелось несколько незначительных ложных перепонки.

Брюшная полость. В этой полости вместе с полостью таза имелось около 11 кг желтовато-зеленой жидкости. На поверхности всего кишечника были видны мелкие белые салоподобные комочки. Брыжеечные железы были сплошь увеличены, тверды и частично спаяны между собой. На наружной поверхности очень маленького желудка также имелись только что упомянутые белые тельца и более крупные плоские по форме отложения салоподобной массы, находившиеся между серозной и мышечной оболочкой, тесно спаянные с первой. Ближе к привратнику между оболочками желудка имелись большие отложения, в которых можно было отчетливо различить слои, своим видом напоминавшие строение хряща и сала. Впрочем, слизистая оболочка желудка не была поражена. В кишечном канале, в брыжейке которого имелись сплошные подобные отложения в виде хряща и сала, лежал ленточный глист. Поджелудочная железа была плотно спаяна с селезенкой и желудком, а в общем имела только несколько более плотное строение. Селезенка была мала и морщиниста. Печень бледна. Обе почки были нормальны. Мочевой пузырь был очень сморщен.

Грудная полость. В этой полости, больше с правой стороны, содержалась кровянисто-водянистая жидкость, в общем около 240 г. Легкие были отечны. В сердечной сумке было 60 г прозрачной жидкости. Сердце нормальное.

Случай 113. Заячья губа и расщелина неба у 4-недельного ребенка. Операция по поводу заячьей губы. Выздоровление.

Мария, ребенок латышки из Зербигала, родилась 4 недели назад со следующим пороком развития: верхняя губа на правой стороне разделена вблизи philtrum расщелиной, доходящей до самой правой ноздри, вследствие чего губа образует два лоскута. Правый лоскут вместе с правым крылом носа оттянут кнаружи, кзади и кверху, левый же лоскут обращен вперед. Оба лоскута срослись с десной, причем правый лоскут менее, чем левый, где вторичное образование, соединяющее десну с губой, достигает такой толщины, что левый лоскут им оттеснен кверху и левая ноздря уменьшена. Что касается кожной поверхности, то лоскуты на своих наружных краях сформированы так, как и наружный край губ, ибо эпидермис здесь постепенно переходит в слизистую оболочку внутренней поверхности губ и имеет красную кайму. Следовательно, мы имеем здесь дело с заячьей губой, притом врожденной и простой. Недостатка вещества здесь нет, ибо лоскуты могут быть сближены без большого натяжения.

Заячья губа, однако, осложнена в данном случае еще полной волчьей пастью, а именно: имеется расщелина всего твердого неба, язычка и ячеистого отростка верхней челюсти. Перегородка носа выдается в середину волчьей пасти так, что твердое небо расщеплено по обеим сторонам от перегородки, вследствие чего мы можем назвать эту волчью пасть двойной. На правой стороне расщелина идет через ячеистый отросток верхней челюсти и через твердое небо; слева от перегородки ячеистый отросток не расщеплен, – расщеплено только твердое небо. Ячеистая часть правой верхней челюсти смещена кзади и этим



обуславливает вышеупомянутое порочное положение правого лоскута губы. Здесь имеется недостаток вещества: лоскут слишком короток и не доходит до ячеистого отростка левой верхней челюсти, который построен и расположен нормально.

Таким образом, полость рта сообщается с нижними носовыми ходами обеих сторон. На правой стороне обе полости соединены насквозь, на левой же частично. Ребенок может сосать грудь, но сосет преимущественно левым углом рта, как это обычно и бывает. Когда он при сосании кашляет, то молоко выплескивается также из левой ноздри. Ребенок в общем здоров, за исключением незначительного скрофулеза на лице и на плечах, а также опрелости между бедрами.

Перед операцией малютку хорошо спеленали, и она получила 6 капель *T-rae theb.* с молоком. 5 июня 1836 г. была выполнена операция по поводу заячьей губы. Сперва верхняя губа была натянута и от зубного края верхней челюсти оттянута, затем отрезана от десны. После этого правый лоскут захвачен глазным пинцетом за ниже-внутренний угол, благодаря чему натянулся его край, который затем был отрезан несколькими сечениями малого остроконечного диффенбахова ножа от подлежащих тканей. Одновременно верхний угол этого лоскута отделен от носового лоскута, с которым он сросся. Таким же образом был освежен край левого лоскута, после чего немедленно было начато соединение краев раны; последнее выполнено посредством двух тонких булавок для насекомых. Над верхней булавкой, непосредственно под носом, был наложен еще один узловатый шов, а другой – для соединения верхнего угла лоскута с правым крылом носа. Обвивной шов был еще подкреплён очень узкими полосками липкого пластыря, которые своей серединой были наложены на затылке, а на губе перекрещивались своими концами. После этого сделаны холодные обертывания. Операция удалась хорошо.

В первые дни малютка регулярно получала по вечерам несколько капель *T-rae theb.*, которые обеспечивали спокойный сон, но и днем она себя вела большей частью очень спокойно. На четвертый день обе булавки для шва были извлечены, причем верхняя выгноилась на левом крае раны. На следующий день выгноились также оба узловатых шва. На ротовом крае губы первичное натяжение удалось полностью; наверху же, в сторону носа, края раны немного разошлись и несколькогноились. Эти гноившиеся места сначала смазывались перувианским бальзамом, а впоследствии ляписом, между тем как длинные и узкие полоски липкого пластыря возобновлялись ежедневно. Таким образом, 18 июня, т. е. через две недели после операции, вся рана полностью и надежно зарубцевалась.

Каждая из последних четырех историй болезни заслуживает своих особых замечаний.

1. Первая (изложенная и подробно прослеженная ассистентом хирургической клиники, господином доктором Китером) дает нам редкую картину совпадения различнейших болезненных форм. Неопытный врач едва ли поймет соединение стольких страданий в одном и том же теле. Однако все они, очевидно, были взаимно связаны: подагра, сухотка спинного мозга, легочный катар и камень мочевого



пузыря. Артритическая дискразия и сухотка спинного мозга образовали здесь два главных заболевания, вокруг которых у нашего больного сгруппировался длинный ряд болезненных явлений; именно камень мочевого пузыря, очевидно, является в этом случае продуктом частично артрита, частично паретического состояния мочевого пузыря, причем последнее, вероятно, сыграло главную роль. Камень принадлежал, очевидно, к фосфат-карбонатам и только небольшое его темное ядро – к уратам. Камень всегда оставался в шейке пузыря. Невозможно было наблюдать без сострадания мучения старика во время мочеиспускания. Он судорожно съеживался, и его длинное, худое, желтое лицо принимало выражение неопишемого страдания. Я не желаю никому из моих читателей лечить такого больного: страдалец, старик, всегда недоверчивый и к тому же сам врач!

Он во что бы то ни стало хотел знать причину и основу каждого симптома и докучливо обсуждал всякое назначение. Он всегда повторял, что лучше кого бы то ни было знает свою натуру. Когда ему собирались назначить мыльную клизму, то это представляло «яд для его прямой кишки». Когда ему предписывалась раздражающая ножная ванна для отвлечения, то оказывалось, что его натура не могла переносить ни горчицы, ни других раздражающих средств. Малейшее возражение уже приводило его в отчаяние. Его подозрительность доходила до высшей степени. Самый простой и самый невинный вопрос, обращенный к нему, уже казался ему двусмысленным и т. д.

Вначале я опасался, что вообще не справлюсь с ним, особенно после моего первого посещения. На мой вопрос, чем он болен, он совершенно равнодушно ответил, что он «страдает параличом ног, камнем мочевого пузыря и нагноением шейки пузыря», но видя, что я ему не вполне доверяю, он встал, показал мне, как слабо он держится на ногах, а потом сам ввел себе катетер в пузырь, чтобы убедить меня таким образом в том, что, к сожалению, слова его справедливы. Что же касается нагноения шейки пузыря, то это оказалось не чем иным, как смелой гипотезой, которую он придумал на основании чувствительности этого места при катетеризации и того обстоятельства, что конец его серебряного катетера почернел. Из этого я очень ясно понял, что имею дело с б о л ь н ы м старым врачом и к тому еще гипохондриком. А это, действительно, кое-что значит!

После того как я более или менее смягчил его страдание ваннами, наркотическими втираниями и легкой сатурацией, я ему чистосердечно сообщил, что не сумел бы избавить его от этого мучительного состояния никаким внутренним средством, а только либо камнедроблением, либо камнесечением. Хотя я видел всю опасность этих двух приемов, но что же еще оставалось делать? В подобном состоянии больной, разумеется, не мог дольше оставаться. На литотрипсию он никак не мог решиться, так как думал, что шейка пузыря у него слишком чувствительна. В этом отношении он в самом деле был прав. Однако я сожалею, что так быстро уступил ему в этом вопросе, так как от осторожной попытки применить перкуссионный инструмент Эртлу ведь не следовало ожидать ничего дурного.

Если меня теперь спросят, почему камнесечение у него не удалось и почему больной умер, то мне будет не так легко дать определенный ответ. Вскрытие



не показало нам настоящей *causa mortis*¹. Ведь фунгиозное перерождение слизистой оболочки мочевого пузыря нельзя в самом деле считать причиной смерти.

Мы не видели никаких следов свежего воспаления или нагноения, сама рана имела вялый вид, но совсем не такой плохой, брюшина и кишечный канал также были совершенно свободны от воспаления, фасция таза и основание предстательной железы не были повреждены во время операции; следовательно, о мочевой инфильтрации клетчатки таза не могло быть и речи.

Прижизненные явления также не обнаруживали никакого материально выраженного местного страдания. Приступы подагры и боли в левом подреберье чередовались с нервными явлениями, с общим упадком сил. При этом его моральное состояние было своеобразно поражено, так что я ума не приложу, с каким родом заболеваний я тут собственно имел дело. Приходится в самом деле думать, что слишком чувствительная и перераздраженная нервная система больного не была в состоянии перенести последствия травматического раздражения, тем более что во время операции больной, очевидно, чересчур старался проявить свою отвагу, решимость и равнодушие к жизни и смерти, в то время как в действительности он был одним из наиболее малодушных больных. К этому же еще присоединились приступы подагры (может быть, вызванные разжижением мочи), и они погасили и без того еле тлевшую искру жизни.

2. Второй случай я привел лишь с целью показать метод, которым я обыкновенно оперирую водянку яичка посредством разреза именно тогда, когда она не осложнена значительным утолщением влагалищной оболочки, грыжей и т. п. и когда диагноз поставлен совершенно уверенно. В таком случае действительно совершенно бесполезно перерезать послойно кожу, *tunica dartos* и прочие образования. От этого операция становится только сложнее и болезненнее. Одно большое и быстрое сечение брюшистым ножом через натянутый левой рукой мешок, — и операция закончена. Однако во всех тех случаях, когда диагноз даже в незначительной степени колеблется, я вначале воздерживаюсь от всякого радикального лечения; вместо этого я делаю пробный прокол. Если и это не решает вопроса, если, например, даже после выведения жидкости остается припухлость, так что можно предположить поражение самого яичка, то я опять-таки уклоняюсь от всякого категорического диагноза, который может стоить иногда больному здорового яичка.

Я еще очень живо вспоминаю о четырех-пяти случаях, когда один весьма знаменитый хирург удалил совершенно здоровые яички, ибо он предполагал наличие так называемого «саркоцеле» там, где имелось только гидроцеле, и когда он вследствие чрезмерной уверенности в своем диагнозе либо не обнажал яичка до кастрации, либо, если и обнажал его, то только после перевязки семенного канатика. Поэтому я взял себе за незыблемое правило «перед каждой кастрацией, как бы ни был достоверен диагноз, сперва обнажать яичко разрезом через влагалищную оболочку и после этого исследовать его тщательнее». Еще недавно в городе Вендене я лечил одного больного, у которого перерождение яичка казалось твердо установленным, опухоль была бугристая, неровная, очень

¹ *Causa mortis* (лат.) — причина смерти.



твердая, чрезвычайно тяжелая и покрытая расширенными венами мошонки. И все же разрез через влагалищную оболочку толщиной в три поперечных пальца показал огромную водянку яичка с хрящевидным перерождением влагалищной оболочки, с накоплением гидатидозного лимфатического выпота в полости последней, причем само яичко лежало совершенно здоровым и нетронутым у основания опухоли.

3. Третий случай примечателен нашей большой ошибкой в диагнозе. Я и другие врачи исследовали эту женщину через влагалище и прямую кишку, и все мы были полностью убеждены в наличии вторичного продукта в полости таза. Даже место возникновения опухоли не вызывало у нас сомнений, так как нам очень отчетливо казалось, что оно связано с седалищной костью одной стороны. Все наружное отверстие матки было столь отчетливо окружено этим вторичным продуктом, что мы, несомненно, посмеялись бы над тем, кто нам сказал бы, что «это не вторичный продукт, не перерождение матки», – и все же это было именно так. Уже вскоре после смерти то, что определялось раньше при исследовании влагалища, странным образом изменилось в резкой степени. Трудно было поверить, что перед нами труп той же женщины, у которой мы при жизни обнаружили, как мы считали, столь редкостное заболевание. Так обманчиво затвердевшие брюшные складки могут походить на вторичные образования в полости таза; ибо то твердое, что прощупывалось через влагалище и прямую кишку, оказалось только складками брюшины. Что касается отложений под серозной оболочкой кишечного канала, то они, по моему мнению, были скорее только последствием хронического воспаления этой оболочки или, вернее, лежащего под нею слоя клетчатки, чем отложение туберкулезного вещества. Дело в том, что цвет отложений не походил на цвет туберкулезного вещества, а был блее его. Эти отложения были более твердыми, нигде не содержали очагов размягчения. Кроме того, можно было отметить отчетливое отложение между оболочками привратника пластического вещества, отчасти принявшего хрящевую плотность.

4. Четвертый случай заслуживает здесь упоминания только в том отношении, что оперативное лечение заячьей губы произведено в данном случае в столь раннем возрасте, через 4 недели после рождения, причем без малейшей реакции со стороны ребенка. Я должен здесь отметить, что эта операция относилась не к самым легким, ибо щель была весьма велика и простиралась до самой ноздри. Края щели были очень удалены друг от друга, и мне пришлось отпрепаровать уздечку и часть верхней губы от верхнечелюстной кости.

Я предоставляю читателю самому судить о том, оставался ли я верен тем принципам, которые я развивал в своем предисловии, и буду ли я когда-либо иметь право воскликнуть вместе с Жаном-Жаком: *«Вот что я делал, что думал, чем был!»*

Если читатели этого труда, может быть, будут иметь полное право упрекнуть меня в некоторых случаях в моем незнании, то они все же, несомненно, не смогут считать себя вправе осудить мою откровенность.



Кое-кому, может быть, не понравится, что я осмеливаюсь производить над своими больными слишком много опытов, что во вверенном мне учреждении я применяю слишком много того, что еще недостаточно проверено. На это я отвечаю: «Любезный читатель! Будь ты поседевший на опыте учитель или молодой, неопытный ученик, у тебя никогда не будет достаточных знаний, чтобы не ставить уже никаких опытов на твоих больных, а если ты так думаешь, то — да простят мне эти слова — ты жестоко ошибаешься. Книга твоей науки еще не закончена; в каждом новом индивидуальном случае, который попадает к тебе на лечение, ты, в сущности, делаешь одни только опыты. При лечении каждого индивидуального случая ты руководишься все той же всегда еще шаткой аналогией, действуешь ли ты по своей старой рутине, которую ты считаешь общепринятой и доказанной, или же ты пытаешься применить новейший метод лечения, который ты на основании данных физиологии и здравого человеческого смысла сочтешь достойным подражания. Если ты мне в этом не веришь, то возьми в руки историю нашего искусства, тогда ты узнаешь, что медицина все более совершенствуется у постели больного. Благодаря этим опытам, которые ты осуждаешь, неизлечимые страдания сделались излечимыми. Наконец, только благодаря этим опытам было реализовано осуществление не одной смелой и гениальной мысли. Если же у тебя не хватает достаточно смелости, чтобы самому реализовать подобные мысли, то по крайней мере не осуждай другого, который с чувством самопожертвования ставит на карту свою репутацию в обществе и бросает вызов предрассудкам простонародья, чтобы только отыскать хотя бы следы святой истины». — *Sapienti sat!*¹

¹ *Sapienti sat* (лат.) — для понимающего достаточно.



Обзор подвергшихся лечению глазных заболеваний, составленный в виде таблицы¹

Большинство этих случаев заболеваний наблюдалось в нашей глазной клинике, частном лечебном учреждении, существующем с мая 1836 г. и содержащемся практикантами клиники под моим руководством. Преподавание в этом частном учреждении я провожу по клиническому методу. Более серьезные глазные операции я производжу сам, а к более мелким я допускаю наиболее опытных практикантов. Так как место не позволяет мне подробно описать приводимые здесь случаи глазных заболеваний, то я хочу посвятить этому важному предмету в следующем выпуске «Анналов» отдельную главу. Надеюсь, что в ней именно я смогу сообщить несколько интересных наблюдений над столь распространенным у нас трихиазом и различными способами его лечения.

I. Катаракта

1.² Капсуло-лентикулярная катаракта на обоих глазах у 60-летнего мужчины. Удаление катаракты на обоих глазах. Резкая воспалительная реакция, против которой за 4 дня сделано большое кровопускание и поставлено 90 пиявок. Нагноение и потеря обоих глаз.

2. Капсуло-лентикулярная катаракта обоих глаз у 70-летнего мужчины. Справа удаление мягкого крошащегося хрусталика. Слева реклинация. Справа сильная воспалительная реакция, против которой за 6 дней применены одно большое кровопускание и 85 пиявок. На 7-й день после операции больной выходит из темной комнаты, направляется к камину и курит здесь трубку – без всякого вреда. На левом глазу зрение восстановилось, на правом – опух.

3. Капсуло-лентикулярная катаракта на правом глазу и лентикулярная – на левом. Справа экстракция: мягкая катаракта распадается на мелкие кусочки и не может быть удалена. Значительная потеря стекловидного тела. Слева реклинация посредством серповидной иглы Грефе. Хрусталик частично опять поднимается. Сильная реакция: кровопускание (540 г) и 120 пиявок за 30 дней. Потеря правого глаза. На левом лишь незначительное светоощущение.

¹ Для удобства пользования помещенными здесь материалами они печатаются так же, как и основной текст, а не в виде обширной таблицы, помещенной на вклейке в конце первого выпуска «Анналов».

² Цифрами в таблице Н. И. Пирогова пронумерованы случаи заболеваний.



4. Капсуло-лентикулярная катаракта обоих глаз у 60-летней женщины. На левом глазу экстракция, на правом депрессия. Сильная реакция. Язвенный кератит на левом глазу. На правом – вторичная катаракта, подвергшаяся экстракции: нагноение с исходом в переднюю синехию. Образование искусственного зрачка посредством иридэктодиализа удалось лишь частично. Слабое светоощущение.

5. Капсуло-лентикулярная катаракта на левом глазу. Реклинация. Вторичная катаракта.

6. Капсуло-лентикулярная мягкая катаракта обоих глаз у 40-летней женщины. Дисцизия через склеру на обоих глазах. Остатки катаракты измельчаются на правом глазу дважды посредством кератониксиса, а на левом – два раза посредством склеротикониксиса. Восстановление зрения на обоих глазах.

7. Капсуло-лентикулярная катаракта на обоих глазах. Реклинация через склеру посредством иглы Грефе. Незначительная реакция. Справа вторичная катаракта; слева восстановление зрения.

8. Капсуло-лентикулярная катаракта на обоих глазах у 60-летнего мужчины. Склеротикониксис на обоих глазах; слева дисцизия, справа реклинация. Сильная реакция. Кровопускание (540 г) и 100 пиявок за 12 дней. Слева вторичная катаракта и дисцизия ее. Исключительно благоприятный исход.

9. Капсуло-лентикулярная катаракта на левом глазу. Реклинация дисцизия через склеру. После операции частая рвота. Сильная реакция. Вторичная катаракта.

10. Капсуло-лентикулярная катаракта на обоих глазах у 68-летнего мужчины. Реклинация на обоих глазах, причем справа разрывается небольшая задняя синехия. Незначительная реакция. Весьма благоприятный исход.

11. Капсуло-лентикулярная катаракта на правом глазу. Реклинация-дисцизия. Умеренная реакция. В зрачке остается еще несколько хлопьев. Зрение восстановлено.

12. Мягкая лентикулярная катаракта на правом глазу; слева псевдоцилии, небольшие рубцы на роговице и капсуло-лентикулярная катаракта; на обоих глазах железистый блефарит. Подготовительное лечение слабым раствором сулемы и красной преципитатной мазью. На правом глазу кератониксис. Жидкая молочная катаракта. Зрачок становится чистым, но роговица мутна, против чего применяется смазывание настойкой опия и слабой мазью Гутри. На левом глазу дисцизия посредством кератониксиса. На 4-й день после операции больная тайком выходит на воздух, вследствие чего возникает нагноение и потеря глаза.

13. Капсуло-лентикулярная катаракта с частичной передней синехией и рубцом роговицы на правом глазу вследствие травматического повреждения. Дисцизия крошащегося хрусталика повторяется за три месяца четыре раза. Каждый раз умеренная реакция. После этого остается еще небольшая пластинка потемневшего хрусталика, сросшаяся с рубцом роговицы, против чего безуспешно применяется кератониксис. Поэтому предпринята попытка посредством разреза роговицы оторвать, пластиночку пинцетом Блёмера или крючком, но это не удается. Сильное повреждение глаза. Кровопускание (360 г) и 50 пиявок за 2 дня. На 4-й день после операции сильный гиалит. Против этого назначено: 25 пиявок и вейнгольдовы дозы каломеля (3 г за три дня), глазная примочка



из крепкого настоя белладонны и втирания вокруг глаза неаполитанской мази с вытяжкой белладонны. Гиалит проходит, глаз спасен. Пластиночка еще лежит около рубца роговицы, но зрение все же сохранилось. На левом глазу имеются остатки задней стенки капсулы после ранее произведенной реклинации. Посредством однократно повторенного кератониксиса левый зрачок становится совершенно чистым и зрение значительно улучшается.

II. Образование искусственного зрачка

14. Иридэктодиализ при задней синехии с катарактным хрусталиком, дважды повторенный. Новый зрачок у внутреннего угла глаза имеет в поперечнике 4–5 мм, и больной привыкает смотреть через него.

15. Иридодиализ при рубце роговицы и передней синехии. Новый зрачок мал, зрение ничтожное.

16. Иридэктодиализ наверху и внизу при крупном рубце роговицы с частичной передней синехией. Новый зрачок очень мал, лежит частично в пределах помутневшей поверхности роговицы и почти совсем не улучшает зрения.

17. Все попытки кореморфоза разбиваются о полную переднюю синехию с кашицеобразным перерождением радужной оболочки и выпотами в районе неподвижного зрачка.

18. Иридэктомия снаружи и снизу при крупной *leusoma corneae*. Рубец роговицы мутнеет по своим краям, вследствие чего новый зрачок почти полностью заслоняется.

19. Иридэктомия у внутреннего угла глаза при *macula corneae*. Новый зрачок хоть и велик, но слегка затемнен рубцом роговицы.

20. Неудавшийся иридодиализ при стафиломе и рубце роговицы с одновременной сплошной передней синехией и размягченной радужной оболочкой. Сильные обмороки во время операции.

21. Большое пятно на роговице и лишь небольшой прозрачный участок роговицы внутри и снизу. Попытка коредиализа путем разреза роговицы в области ее пятна. Радужная оболочка кашицеобразно размягчена, позади нее имеется выпот. После вмешательства нагноение и атрофия глазного яблока.

22. *Pannus* и *leusoma corneae*. Корэктодиализ у наружного и нижнего угла глаза. Операция удалась, зрение не улучшилось вследствие помутнения роговицы.

23. Большой рубец роговицы. Корэктодиализ снутри и снизу разрезом через рубец роговицы. Новый зрачок наполняется излившейся кровью. В дальнейшем искусственный зрачок закрыт выпотами. Последние подвергаются дисцизии посредством склеротикониксиса. Зрение почти совсем не улучшилось.

III. Стафилома роговицы

24–26. Операция при темной стафиломе роговицы (*staphyloma corneae opacum*) посредством двойного разреза роговицы, сперва книзу, а затем кверху.



27. Превосходный образец прозрачной стафиломы роговицы (staphyloma corneae pellucidum) на обоих глазах. Лечение небольшим разрезом у наружного края роговой оболочки. Сильная реакция. Неизмененное состояние стафиломы.

28. Начинаящаяся темная стафилома роговицы на обоих глазах. Лечение методически принимаемыми каждые три дня слабительными средствами (каломель с ялапой), а также заволокой на затылке и местно мазью Гутри из 0,12 г ляписа на 3,75 г жира с постепенным усилением до 1,25 г ляписа на 3,75 г жира. Благодаря этому стафиломы сделались значительно прозрачнее и стало возможным опознавание больших предметов.

IV. Трихиаз. Дистихиаз. Псевдоцилии. Энтропион. (№ 29–62)

От этих форм заболеваний лечилось 34 человека. Из них у 30 были поражены оба глаза и только у 4 – один. Лечение производилось следующими способами.

1. Способ Егера. Этот способ был применен на 4 глазах, из которых на 2 наступили рецидивы, вследствие чего был применен метод Гутри. На 14 глазах была полностью произведена операция по Егеру, причем у большинства в сочетании с двумя разрезами в углах глаза (эту модификацию я ввел с целью перерезать обе ресничных артерии и таким образом предотвратить кровотечение из участков ресничного края, столь тягостное при отсечении последнего); лишь один раз при этом произошло вторичное кровотечение из угловой артерии, прекратившееся через три часа от применения льда. На 3 глазах наступили рецидивы; из них на одном была повторена операция Егера, а на двух других ложные ресницы были выдернуты и места их подвергнуты прижиганию ляписом.

2. Способ Вакка Берлингиери был применен на 3 глазах, причем на двух раны зажили первичным натяжением, на третьем же швы прорезались и наступило нагноение. Во всех трех случаях – полное выздоровление. В качестве своего рода модификации однажды была сделана попытка срезать небольшой ряд ложных ресниц вместе с их клетчатой основой, пересадить сверху на эту ранку узкую полоску кожи и прикрепить ее несколькими тонкими узловыми швами. Однако большая часть этой маленькой раны перешла в нагноение, и она зажила *per granulationem*. В дальнейшем на этом месте ресницы больше не появлялись.

3. Способ Гутри применен 12 раз, причем 5 раз без внутреннего поперечного разреза, который рассекает хрящ века. У одного больного после этой операции на обоих глазах разыгралась очень резкая реакция, отек век и значительный хемоз. Эти явления прошли только после применения припарок с гулярдовой водой, после сильных и повторных скарификаций отечной конъюнктивы, после применения глазного камня и впоследствии мази Гутри. Только в 3 случаях наступили частичные рецидивы трихиаза, из которых в двух радикальное излечение было достигнуто способом Дельпеша, а в третьем – способом Егера.

4. Сочетание способов Егера и Гутри было испытано на 2 глазах, причем таким образом, что после срезания ресничного края был еще вырезан поперечный овал из кожи века и рана была зашита тонкими узловатыми швами. Однако здесь



в углу глаза опять выросли впоследствии ресницы, направленные в сторону глазного яблока, которые приняли нормальное положение только после применения каленого железа.

5. Способ Дельпеша, выполненный с помощью каленого железа конической формы и небольшого размера, был применен 16 раз, в том числе 3 раза на отдельных участках. По окончании процесса рубцевания трихиаз оказался полностью устраненным во всех случаях.

6. Способ Геллинга с концентрированной серной кислотой применялся 9 раз, причем большей частью только на нижних веках, где трихиаз встречался одновременно с заворотом века. Один только раз этот метод оказался несостоятельным; поэтому в этом случае была сделана позднее операция Егера.

7. Отдельные тонкие ложные ресницы у ресничного края выдергивались на 5 глазах с помощью ресничного пинцета Беера и места, которые были заняты ресничками, основательно прижигались затем с помощью тонко заостренной палочки ляписа.

8. При частичном дистихиазе и трихиазе было произведено на 6 глазах иссечение из века треугольного участка, содержавшего порочные ресницы, с последующим соединением раны посредством обвивных швов; все эти операции увенчались полным успехом.

V. Амавроз и глаукома

63. Метастатический ревматический амавроз. Рвотный камень, сначала в полной дозе, затем в дробных дозах. Сделаны моксы над глазничным краем. Никаких изменений.

64. На правом глазу; метастатический амавроз после перемежающейся лихорадки, хронический кератит, *cataracta siliquacea natatilis*: только в том случае, когда больной сильно наклонял свою голову вперед и вниз, дисковидный хрусталик, белый, как мел, опрокидывался в зрачок, но как только голова поднималась вверх, тотчас опять опускался назад внутрь глаза. На левом глазу: амблиопия после удара в глаз; здесь были посажены две моксы. Две моксы над глазничным краем; холодные обливания. Никакого успеха.

65. Артритическая глаукома правого глаза, отличавшаяся страшными болями во время ее развития. Вейнгольдовы дозы каломеля. Сулема. Декокт. Атрофия глаза.

VI. Воспаления глаз и их последствия. Бленоррея

Для этой главы мы могли бы собрать очень богатые наблюдения в нашей местности, если бы не было недостатка в помещениях для стационарирования больных, ибо при приеме в нашу глазную клинику всегда оказывается предпочтение больным, нуждающимся в оперативном лечении. Поэтому мы ограничиваемся только наблюдениями над больными, представляющими большой интерес.



66–67. Два случая сифилитического ирита, в одном из которых повторные большие вейнгольдовы дозы каломеля дали превосходные результаты.

68–70. Три случая острого ревматического воспаления глаз. Местные и общие кровопускания. Отвлечение на затылок. Средние соли или большие дозы каломеля и сулемы. Местно наркотические окутывания с сулемой.

71–77. Ревматико-катаральный или железисто-скрофулезный блефарит. Отвлечение на затылок и кишечный канал. При первой форме применялась местно сулема, а при последней преимущественно красная преципитатная мазь.

78–83. Кератит. Язвы роговицы. Паннус. Главные средства: ляпис (либо в жидком виде в каплях, либо в виде мази Гутри) и настойка опия. Отвлечения на затылок и кишечник.

84. Правый глаз: гипопион, язва роговицы, pannus cellulosus; на левом глазу: атрофия глазного яблока. На обоих глазах блефаро-бленоррея. Кровопускание и 28 банок на спину. Каломель в вейнгольдовых дозах (6 г за 5 дней). Впоследствии сулема с белладонной. Гипопион рассасывается. Язва роговицы зарубцевалась, паннус несколько просветляется, и больная может различать крупные предметы.

85–86. Два случая артритической бленорреи. Повторные кровопускания. Местные кровопускания (впереди и позади уха, а также из самой отечной конъюнктивы). Сильные отвлечения на затылок. Каломель в небольших дозах. Сулема. Декокт. Раздражающие ножные ванны. Втирания неаполитанской мази с опиумом вокруг глаз. Повторные скарификации на отечной конъюнктиве. Местно: глазной камень, сулема, ляпис, настойка опия. Впоследствии основательное прижигание сосочкового тела ляписом. Исход в одном случае вполне благоприятный, в другом роговица остается с паннусом.

87. Гонорройная бленоррея левого глаза. Пиявки. Вейнгольдовы дозы каломеля. Скарификации на отечной конъюнктиве, причем из разрезов просачивается кровь и гноеподобная слизь.

88. Гонорройная бленоррея левого глаза. Кровопускание. Многочисленные и повторно примененные пиявки, в общем счете 150 вокруг глаза и особенно на самую конъюнктиву. Повторные вейнгольдовы дозы каломеля, всего 4 г. Несколько раз скарификации на чрезмерно отечной конъюнктиве, впоследствии промывания сулемой и слабая мазь Гутри. Начавшийся гонорройный конъюнктивит правого глаза излечен многочисленными пиявками (всего 55), сулемой и глазным камнем (местно) и сильнодействующими слабительными (внутри). Полное выздоровление обоих глаз.



Объяснение рисунков

Таблица I

Spondylarthrosace. Натечный двусторонний абсцесс вдоль хода бедренных нервов.

a – очаг кариеса; тела двух поясничных позвонков разрушены.

b – остатки верхнего края тела поясничного позвонка.

b' – кусок своеобразно перерожденного костного вещества, свободно лежащий в гнойном очаге (см. историю болезни 84).

c, *c* – полость натечного абсцесса в правой поясничной области, образовавшаяся вследствие разрушения поясничной мышцы ¹.

c', *c'*, *c'* – бедренный нерв, лежащий в самой полости.

d, *d* – стенка абсцесса, состоящая из подвздошной фасции, утолщенной за счет пластических отложений.

e – продолжение натечного абсцесса ниже пупартовой связки, содержащее также бедренный нерв (*c*»).

e', *e'*, *e'* – стенка абсцесса под пупартовой связкой, образованная задней более глубокой пластинкой широкой фасции.

f, *f* – бедренная артерия, проходящая над полостью абсцесса.

g, *g* – гнойная полость в левой поясничной области, сообщающаяся с очагом заболевания под левой почкой (*a*).

g' – продолжение полости гнойника *g* под пупартовой связкой.

h, *h* – передняя стенка гнойной полости *g*, образованная более глубокой пластинкой широкой фасции, на которой лежит бедренная артерия (*i*, *i*).

k – нервная ветвь, проходящая поперек гнойной полости и утолщенная за счет пластических отложений.

¹ Судя по рисунку, эта полость находится в левой поясничной области. По-видимому, рисунок, сделанный в литографии, дает зеркальное изображение подлинной зарисовки препарата. Поэтому и некоторые буквы оказались на стороне, противоположной той, о которой сказано в объяснении к рисунку.



Таблица I

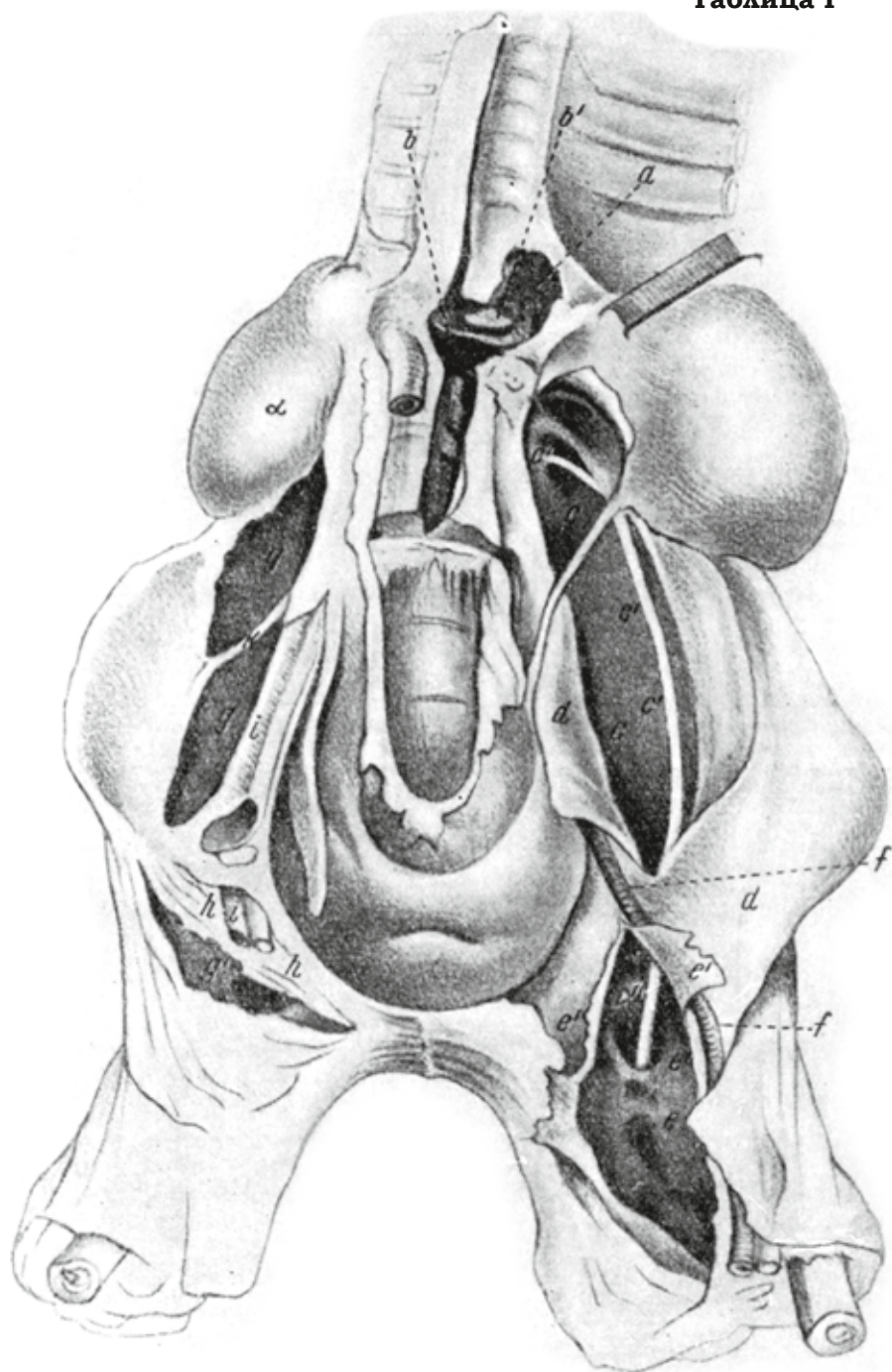


Таблица II

Очаг кариеса поясничных позвонков (табл. I, *a*), изображенный отдельно для показа пути распространения гнойного затека.

a, a – огромная полость, образованная в результате разрушения тел поясничных позвонков.

b – остатки верхнего края тела поясничного позвонка.

c, c – рыхлые отломки перерожденного костного вещества, свободно лежащие в полости.

d, d – межпозвоночный канал; зонд, введенный в него, показывает путь, который проложил себе гной через канал вниз для образования натечного гнойника (*e*).

e' – бедренный нерв, заключенный в полости гнойника; по ходу этого нерва также возник затек гноя.

f – утолщенная вскрытая твердая мозговая оболочка спинного мозга, которая также была обнажена в глубине очага.

g – конский хвост, обнаженный разрезом твердой мозговой оболочки.



Таблица II

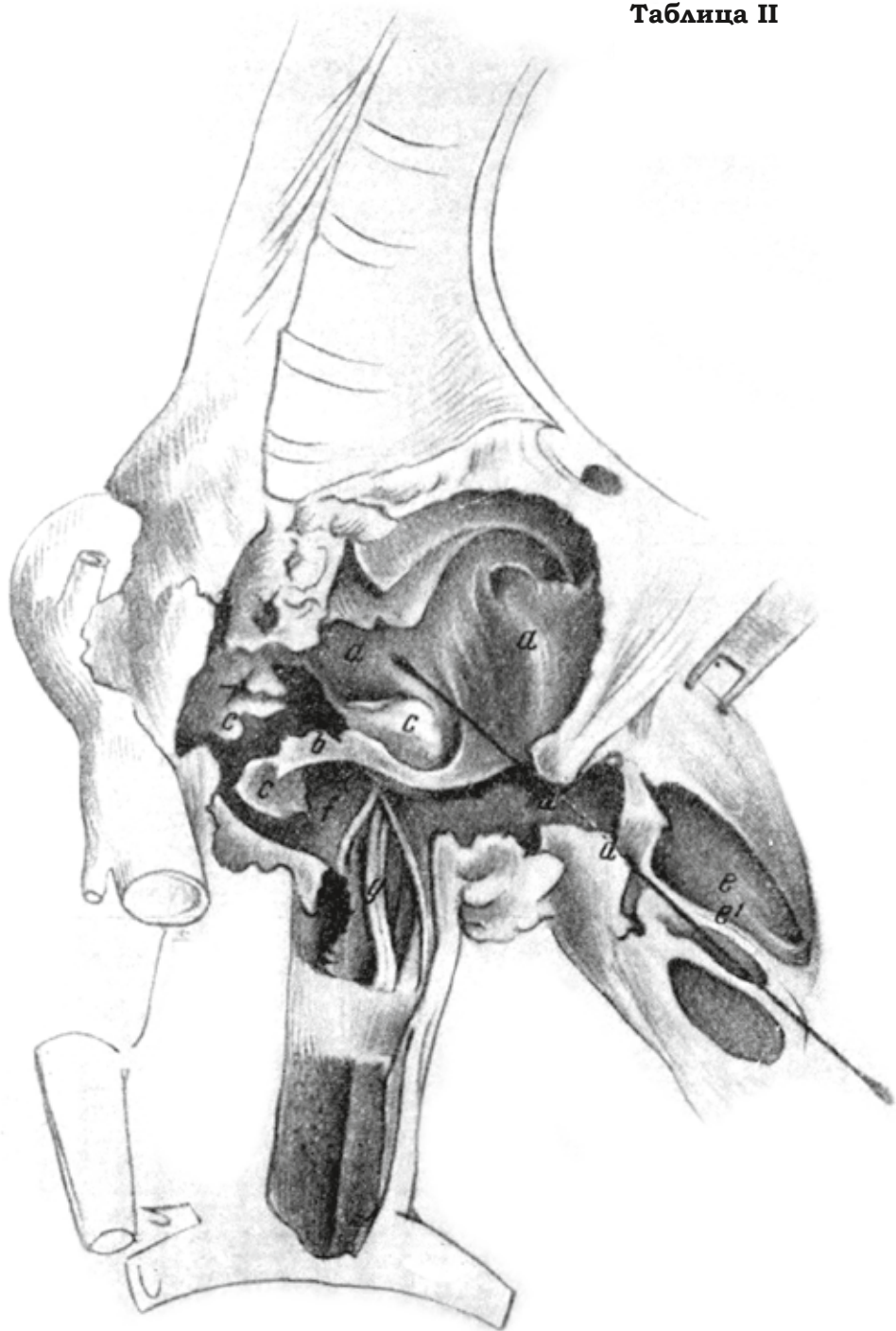


Таблица III

Рис. 1. Киста, образовавшаяся через 5 недель на месте введенного в брюшную полость собаки плавательного пузыря щуки¹.

A, A, B, B – участок брюшных покровов, сросшийся в области кожной раны (*C*) с сальником.

D – киста, принявшая форму плавательного пузыря и состоящая из двух отделений.

E – борозда, отделяющая большее отделение (*D*) от меньшего (*F*).

G – сальник, сросшийся со всей поверхностью кисты.

Рис. 2. Та же киста, вскрытая и освобожденная от содержимого (гноя); внутренняя (выделяющая) ее поверхность обнажена².

A, A, B, B – сальник, сращенный с кистой.

C – внутренняя поверхность большего отделения кисты.

D – выступающий край, разделяющий полость кисты на два отделения.

E – меньшее отделение кисты.

F – нитка, которой завязан был плавательный пузырь снаружи, теперь свободно лежит в полости кисты.

¹ На рисунке буквы *A, B, C* и *G*, по-видимому, по недосмотру литографии не проставлены.

² На рисунке буква *A* не проставлена.



Таблица III

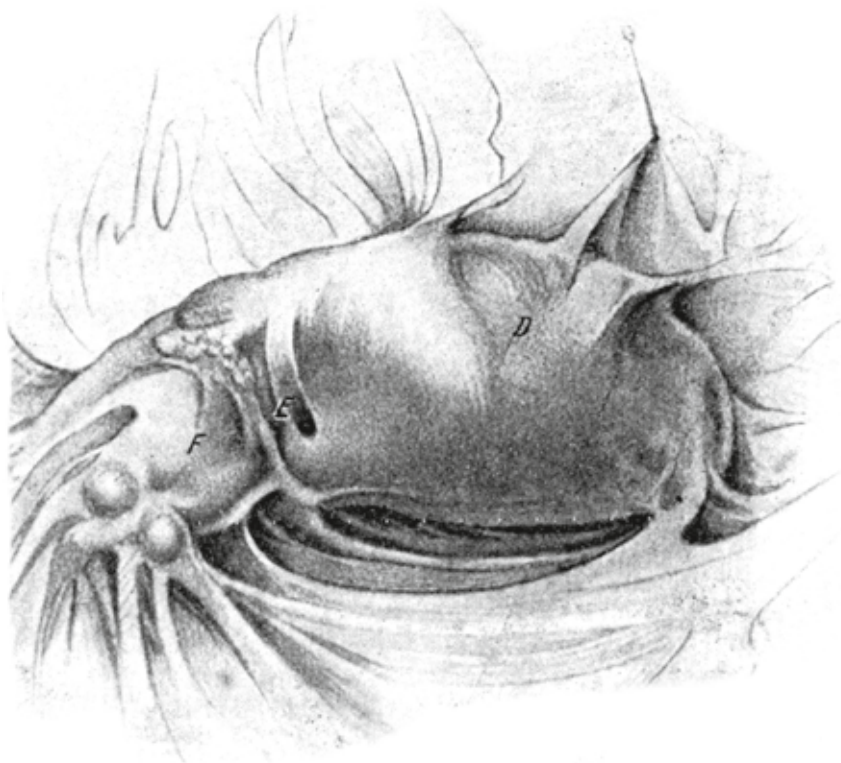


Рис. 1

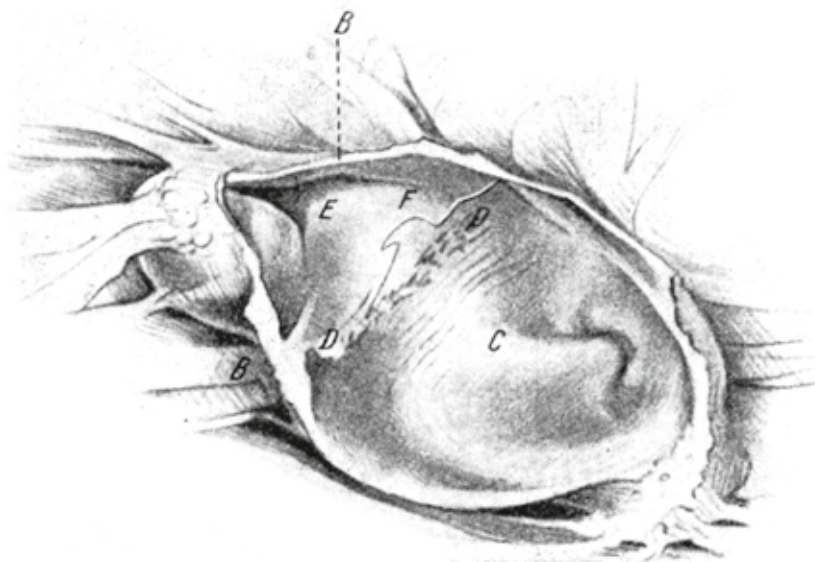


Рис. 2



Таблица IV

Рис. 1. Портрет латышской женщины Баббе перед операцией (см. историю болезни 96).

Рис. 2. То же непосредственно после удаления вторичного продукта.
а – скуловой отросток; b – нижняя стенка глазницы, с – гайморова полость.

Рис. 3. То же после восстановления щеки путем пересадки кожного лоскута с области шеи.

Рис. 4. Телеангиэктазия на затылке у малютки Матильды (см. историю болезни 97).

Рис. 5. То же сбоку.



Таблица VI



Рис. 1

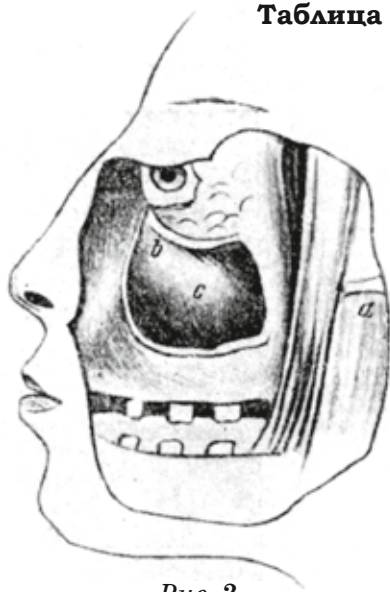


Рис. 2



Рис. 5



Рис. 3



Рис. 4



Таблица V

Рис. 6. Гипертрофия пятой пьстной кости у эстонского крестьянского мальчика (см. историю болезни 109).

Рис. 7. То же с тыльной стороны.

Рис. 8. Направление разрезов для иссечения рака губы и для восстановления нижней губы путем пересадки лоскута с надподъязычной области (см. историю болезни 107).

Рис. 9. Лоскут пересажен и прикреплен обвивным швом.

Рис. 10. Огромный правосторонний полип носа с прорывом наружу (см. историю болезни 95).

Рис. 11. То же после операции.



Таблица V



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8

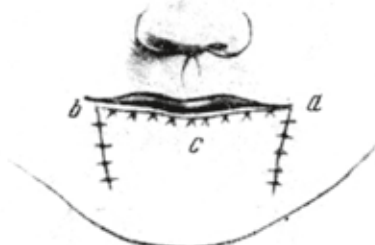


Рис. 9



Рис. 10



Рис. 11



**АННАЛЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
КЛИНИКИ**

ИМПЕРАТОРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ДЕРПТЕ

ИЗДАЛ
НИКОЛАЙ ПИРОГОВ

Доктор медицины, надворный советник, кавалер ордена св.
Анны III степени, ординарный профессор хирургии и директор
хирургической клиники Императорского университета в Дерпте

ГОД ИЗДАНИЯ II

ДЕРПТ, 1839
ИЗДАТЕЛЬСТВО К. А. КЛУТЕ

ПЕРЕВОД С НЕМЕЦКОГО Г. А. РЕЙНБЕРГА
ПОД РЕДАКЦИЕЙ Д. Н. ЛУБОЦКОГО

ANNALEN
DER
CHIRURGISCHEN ABTHEILUNG
DES
CLINICUM
DER
KAISERLICHEN UNIVERSITÄT DORPAT

HERAUSGEGEBEN

VON

NICOLAUS PIROGOFF,

DR. MED., HOFRATH, RITTER DES ST. ANNA-ORDENS III. KLASSE, ORDENT-
LICHEM PROFESSOR DER CHIRURGIE UND DIRECTOR DES CHIRURGISCHEN
CLINICUM DER KAISERLICHEN UNIVERSITÄT DORPAT.

II. JAHRGANG.

DORPAT, 1839.
VERLAG VON C. A. KLUGE.



Печатание разрешено при том условии, что по окончании его законное количество экземпляров будет передано Цензурному комитету.

Дерпт, 1 мая 1839 г.

Цензор М. Энгельгардт





Предисловие

«Que la trompette du jugement
dernier sonne quand elle voudra, je
viendrai ce .livre à la main me
présenter devant le Souverain juge.
Je dirai hautement: Voilà ce que
j'ai fait, ce que j'ai pensé,
ce que je fus»¹.

Руссо

Цель, которую я преследую при опубликовании клинических анналов, как мне представляется, не совсем такая же, какую мы видим в других трудах этого рода. Клиническая *статистика* теперь в моде; авторы желают лишь выяснить, сколько людей страдает той или другой болезнью и каким способом их лечили, сколько умерло и выздоровело в результате применения того или другого метода. Если к этому присоединить описание некоторых редких случаев, то получится вполне удовлетворительный современный *клинический отчет*. Для широкого врачебного общества он появляется в журнале или в газете – последняя может быть и общественно-литературного содержания; для посторонних учеников и покровителей подобный отчет издается отдельной брошюрой; таков порядок вещей. Поэтому неудивительно, что один остроумный критик при обсуждении моих «Анналов» первого года издания советовал мне приблизительно такой же способ, одоблив во всяком случае мою любовь к истине. Я благодарю за совет и похвалу; я только сожалею о том, что либо моя цель была недостаточно понятно изложена, либо критик, а может быть и другие меня неправильно поняли. Я хочу теперь высказаться яснее.

Когда я наблюдал за тем, как руководят клиническими учреждениями известные хирурги нашего времени, и особенно когда сам я вступил на это поприще, то увидел достаточно трудностей, с которыми молодой врач вынужден бороться, несмотря на всю свою эрудицию, при занятии хирургией у постели больного. Если я не поклонник руководств, как это также заметил господин критик, то это происходит исключительно из-за того, что авторы, составляя руководства, совершенно забывают, что наиболее трудной задачей врачебного искусства² как раз и является *правильное применение наставлений*. Я не хочу этим сказать,

¹ «Пусть труба страшного суда зазвучит когда ей угодно, – я предстану перед высшим судьей с этой книгой в руках. Я громко скажу: Вот что я делал, что думал, чем был!» (перевод с французского) (*прим. переводчика*).

² Термин Kunst Н. И. Пирогов применяет в значении «врачебное искусство».



что для всякого врача эти затруднения одинаково велики. Гений начинающего Бургава, Сиденгэма, Парэ сочтет легким и естественным применение многих принципов, которые при нашей посредственности мы считаем чрезвычайно сложными, либо он будет создавать новые принципы. Но кто может пойти против судьбы? Мы – не Бургавы, не Сиденгэмы и не Парэ. Мы должны в поте лица своего шаг за шагом изучать и испытывать, прежде чем нам удастся прийти к какому-либо успешному результату при практическом применении уже известных основных правил искусства.

Мы должны считать себя трижды счастливыми, если нам удастся в известной мере преодолеть ту или другую трудность при пользовании правилом врачебного искусства, постигнуть и преодолеть вкоренившийся предрассудок, расширить для наших сотоварищей узкую тропу, ведущую к истине. Но этого можно достигнуть, по моему убеждению, только в том случае, если тщательно изучить ошибки, допущенные нами при занятии практической медициной, – более того, возвести их познание в особый раздел науки! Исходя из основанного на изучении духа нашего искусства убеждения в том, что «мы должны ошибаться», практические ошибки, в том числе и грубейшие, надо рассматривать не как нечто постыдное и наказуемое, а как нечто неизбежное. Надо поспешить признать свои ошибки перед сотоварищами и прежде всего постичь *механизм* ошибок. Признаю, что это лабиринт, выходы из которого закрыты предрассудками, тщеславием, невежеством; но святая любовь к науке и, следовательно, к истине найдет руководящую нить. И здесь проявляется в его полном величии вечно справедливое божественное изречение – «ищите и обрящете».

Таким образом, я хочу написать не простой отчет, не изложение нескольких интересных историй болезни, но хочу осуществить свою заветную мечту: путем правдивого, открытого признания своих ошибок и посредством раскрытия запутанного механизма их избавить своих учеников и начинающих врачей от их повторения. Такова цель, которая стояла перед моими глазами при издании этого труда, и подлинное основание, из-за которого я не последовал изречению Горация. Теперь каждому ясно, что нет ничего легче на свете, чем вскрыть многочисленные ошибки в моих действиях, о которых я здесь рассказываю, – ведь тенденция моего труда направлена к выявлению их.

Я не мог повсюду пространно изложить причины своих ошибочных действий и отметил лишь самые важные моменты. Но при описании многих случаев заболеваний я смог бы высказаться значительно короче. Однако противоположное этому сделано мною не без основания. Механизм многих моих заблуждений оставался темным и для меня самого. Я не постеснялся бы также считать причиной той или другой ошибки свое незнание или неопытность, но я отлично знал, что во многих областях, в которых я допустил ошибки, я имел больше сведений, чем другие, которые избегли подобной ошибки, – таким образом, это не было незнанием. Напротив, неопытность – это только слово, которое означает, что практическое применение уже известных принципов врачебного искусства нелегко. Но это не объясняет, в чем же заключается здесь настоящая трудность.

Что касается краткости изложения фактов, то она, как известно, достойна похвалы, но не всегда. Занятый столичный врач-практик, проводящий всю



свою жизнь в карете, тем не менее считает себя не отстающим от современной науки; он читает медицинские книги только с известным предубеждением, по меньшей мере не всегда расположенный к этому. Он, естественно, требует как от пациентов, так и от авторов, чтобы ему обо всем рассказывали по возможности короче. Подробности историй болезни для него слишком скучны. Он ведь их ежедневно видит. Подобные практики достаточно обеспечены, они идут по проторенному пути. Если они не всегда знают, *что* нужно делать в том или ином случае, то по крайней мере знают, *где* нужно предпринять кое-что и где не надо предпринимать *ничего*. И, как известно, эта аксиома «*кое-что* или *ничего* не делать» почти достаточна для практической жизни. Но представьте себе начинающего или будущего врача, который еще любит свое искусство как искусство! Достаточно вооруженный в школе принципами науки, он должен уметь применять их в жизни. Не везде имел он такую возможность – наблюдать много случаев заболеваний в течение студенческих лет. Что же он должен читать? Руководства? Но они содержат одни мертвые наставления. Где показан способ претворения в жизнь этих наставлений?

Казуистика крайне нужна молодому врачу-практику. И чем больше он найдет сходства между случаями, леченными им и рассказанными другими, тем больше, я бы сказал, он ощущает помощи и утешения. Для такого врача история болезни не может оказаться слишком длинной. Симптом или изменение в течении заболевания, которое было совсем опущено авторами при общем рассмотрении заболевания, целиком привлекает его внимание в каждом отдельном случае. Теперь его основной задачей стало изучение практической ценности каждого симптома. Он медлит с применением сильнодействующего лекарства или операции, так как у него возникает сомнение, не следует ли рассматривать этот симптом как важное противопоказание. Я говорю об этом на основании опыта, так как сам часто мучился этими сомнениями. Поэтому я твердо убежден в том, что подробное и добросовестное изложение фактов для начинающего практического хирурга гораздо полезнее, чем сотня статистических обзоров и таблиц.

Я очень хорошо знаю, что не понравлюсь ни молодым хирургам, проникнутым школьным духом, ни старым хирургам, которые давно уже забыли свои ошибки или пребывают в счастливом заблуждении, будто никогда их не совершали. Но я вовсе не хочу всем нравиться. Я знаю также, что критик снова найдет в моей книге благодарную почву для применения своего остроумия, что, исходя из моих собственных признаний, очень легко и вежливо докажет мне мое незнание в том или ином вопросе. Но либо надо быть жестокосердным, чтобы смеяться над добровольной исповедью своего ближнего, либо самому быть невеждой, чтобы обвинять в невежестве другого, открыто признавшего свою ошибку. Я хотел бы по этому поводу поставить своему критику еще один вопрос. Как стал бы он критиковать «Исповедь» Руссо? Разве не смешно было бы придирается к грехам и ошибкам, рассказанным добрым Жан-Жаком? Критик может, пожалуй, ему заметить, что тот неправильно разъясняет свои дурные поступки, но не должен иронизировать над тем, что он неправильно поступал.

Я отлично сознаю, что как учитель несу еще большую ответственность за свои врачебные поступки и вследствие этого должен быть весьма осторожен. Но меня



воодушевляет мысль о том, что основная трудность при практическом приложении нашего искусства состоит главным образом в том, чтобы «надлежащим образом применить в каждом отдельном *случае* принципы, уже признанные достоверными; значит, руководствуясь обычно шаткой аналогией, мы при попытке правильно применить эти принципы должны ошибаться». Я же хочу посредством признания и оценки собственных ошибок предостеречь молодых медиков от повторения их, – словом, коротко дать в этой книге верную картину своей врачебной и научной жизни. Только таким образом я думаю возместить недостаток своего опыта и возбудить у своих слушателей любовь к истине.

У меня еще свежи воспоминания о впечатлении, которое произвели знаменитые учителя на своих ревностных учеников и последователей упорным промедлением в признании ошибок и изворотливой защитой ошибочных поступков. Мы живем в такой век, когда в науке процветают эгоизм и тщеславие. Когда я сравниваю дебаты в Медицинской академии в Париже по поводу приоритета в открытии торсии¹ с тем спором, который вели два столетия² назад Амбруаз Парэ и Гурмелен по вопросу о лигатуре, – тогда я получаю отчетливое представление о научных устремлениях и тенденциях прошедшего и нынешнего времени. Приоритет открытия теперь считают в медицинском мире чуть ли не более существенным, чем само открытие. Преобладающей теперь является материальная, земная сторона медицины – и это благодаря распространению врачебного искусства, благодаря влиянию общественного мнения и такому резкому антагонизму господствующих сект. Таким образом, нас не должно удивлять, что с каждым днем все более и более исчезает взаимное доверие среди врачей всех наций.

Недавно во французском медицинском журнале мы прочли похвалу одному знаменитому врачу, который занимается операциями камнедробления, в таких льстивых выражениях: «un homme de bonne foi, *quoique* lithotriteur»³. Еще недавно два знаменитых ортопеда, враждующие между собой, обвиняли друг друга в присвоении операции, которая не принадлежит ни тому, ни другому. Затем в последнее время ученик и друг обвинил своего знаменитого руководителя в грубой лжи, чего еще никогда не бывало в летописях врачебного искусства, и т. д., и т. д., и т. д. Я не хочу сказать, что в этом отношении наше время значительно хуже старого. Но если перед глазами всего ученого мира, перед глазами молодых медиков ежедневно повторяются подобные скандальные примеры, то чего же мы можем ждать в будущем? Кто может предусмотреть все дурные последствия подобных происшествий для образования молодежи? Поскольку мы живем в стране, в которой еще неполностью развилась научная и общая цивилизация, наш святой долг заключается в том, чтобы предохранить врачебную науку, находящуюся еще здесь в периоде младенчества, от этого опасного господства мелких страстей при помощи открытых действий, путем добровольного и свободного признания своих ошибок.

¹ Имеется в виду торсия сосудов для остановки кровотечения.

² Точнее, около трех столетий.

³ Добросовестный человек, хотя и камнедробитель (франц.).



Я очень хорошо знаю, что мне еще недостает многого, бесконечно многого для того, чтобы стать идеальным преподавателем такой науки, как практическая хирургия, и если бы это от меня зависело, то я, не медля ни одного мгновения, прежде всего посвятил бы себя в течение ряда лет исключительно практике в одной из наиболее крупных больниц наших столиц. Однако я не могу не сказать здесь несколько слов о больничной практике в нашем отечестве. Несомненно, что административная часть больниц в России едва ли оставляет желать лучшего. Было бы излишне приводить тут в качестве доказательства этого уже хорошо известные нарядность и простор наших больничных палат. Тем не менее филантропический принцип, лежащий в основе существования наших больниц, лишь в малой степени способствует развитию нашего врачебного искусства. Однако дух нашего времени требует непременно тесного слияния обоих элементов медицины: научного и филантропического. Только такое слияние может стать порукой успеха и прогресса их обоих.

Большие ценности, заключенные в патологической и хирургической анатомии, остаются в наших больницах как бы мертвым капиталом. Учащаяся молодежь не использует этого множества фактического материала. Деяния наших больничных врачей совсем неизвестны. Они не обсуждаются и приносят пользу только самому врачу, и в лучшем случае его больному. Если мы сопоставим эту резкую разницу в научной деятельности наших и зарубежных (особенно французских) больниц, то мы не сможем подавить досаду, порожденную нашими патриотическими чувствами. Тогда как в Париже высшая цель, все старания научно образованного молодого врача направлены на то, чтобы стать больничным врачом и в окружении учащейся молодежи читать клинические лекции, — у нас в России служба в больнице лишь очень слабо влияет на репутацию врача в обществе. И только материальные преимущества, предоставленные нашим правительством, еще некоторым образом привлекают начинающих врачей к работе в больнице. На чем же основано такое различие?

Конечно, наша общая цивилизация пока не так еще ушла вперед, еще недостает того научного рвения, которое царит среди молодых людей за границей, особенно в Париже. Но все хорошие начинания обычно исходят в нашем отечестве сверху, от правительства. Если бы когда-либо осуществилась новая научная организация в нашем больничном деле, например подобно французской, то можно ли сомневаться в хорошем результате, если учесть при этом, что наши врачи, особенно в столицах, обладают европейским образованием, большинство посещало за границу и некоторые учились за границей, что нет недостатка в больных, в интересных случаях и что административное устройство наших больниц столь превосходно!

Введение клинических лекций в госпиталях является несомненно главным средством для облагораживания всего существа больничного учреждения, поскольку этим самым в больнице осуществляется новое научное направление, что должно отразиться благотворно и на филантропической стороне дела. Что меня особенно поразило в организации французских больниц — это деление больничных палат между разными врачами: каждый из них работает в научном отношении независимо (я говорю, естественно, только о гражданских больницах). Его



врачебная деятельность контролируется не путем надзора со стороны шефа или главного врача, но общественным мнением, коллегией, состоящей из молодых медиков. И не следует думать, что такой контроль лишен значения. Ошибки врача, если он их сам не признает добровольно, обнаружатся рано или поздно благодаря словоохотливости журналов. Я не хочу этим сказать, что такая организация лишена недостатков; она предоставляет широкое поле для эгоизма, самомнения и тщеславия. Все, что я выше говорил о достойных сожаления моральных направлениях нашего врачебного искусства, отчасти зависит также от подобного устройства.

Но главная причина этого, несомненно, заключается, как сказано, в отношении медицины и врачей к обществу. Естественно, что врач, если он даже владеет большим опытом и практическими способностями, все же не в состоянии развивать все разделы нашей науки, вследствие чего как руководитель большой больницы он неизбежно должен доверять лечение определенных заболеваний другим, большей частью молодым врачам. Это деление больших больниц по специальности лежит в природе вещей и должно выполняться в большей или меньшей степени каждым добросовестным главным врачом. Мне не нужно упоминать при этом, каких выдающихся успехов достигло наше искусство во Франции благодаря такому разделению врачебной деятельности, особенно в новое время. Поэтому многие талантливые молодые врачи посвятили себя изучению определенных групп заболеваний, и легко можно предвидеть, чего следует ожидать от этого в будущем.

После того как я ознакомил читателей и критиков с назначением своего труда, я хочу еще кое-что добавить об его содержании. С тех пор как я передал первый выпуск «Анналов» на отзыв своим сотоварищам по искусству, в нашем учреждении произошло много поучительного и интересного. Перевязка общей подвздошной артерии, экстирпация всей малоберцовой кости и некоторых значительных вторичных образований, огромная дегенерация мошонки в результате разрыва мочеиспускательного канала, несколько случаев травматического флебита и т. д. – вот события, которые, несомненно, заинтересуют каждого практического врача.

Некоторые мысли пробудило во мне предпринятое мною в это время путешествие в Париж для посещения известных больниц этого мирового города. И второй выпуск «Анналов» должен отразить зародившиеся там мысли, тогда как дальнейшему развитию их должны способствовать время и опыт.

Этот второй выпуск только тем отличается от первого, что в нем будут описаны лишь важнейшие клинические случаи, имевшие место в нашем хирургическом учреждении.

Для выяснения нозологическо-физиологической теории *травматического флебита* мною было поставлено совместно с д-ром Караваевым несколько опытов на животных. К результатам, изложенным этим подающим надежды хирургом в его диссертации, я добавлю еще некоторые суждения, принадлежащие, быть может, мне одному.

Изучение *заболеваний костей*, как я убедился в Париже из бесед по этому вопросу с господами Жерди, Нелатоном и Мальгеном, должно производиться



с иной точки зрения. Эта область еще требует дальнейших более точных работ. По этому поводу я приведу только некоторые новые соображения, особенно для врачей нашей страны, с покорнейшей просьбой извещать меня ради прогресса науки о наблюдавшихся ими в наших больших городах случаях заболевания, ампутированных конечностях, препаратах костей, чтобы я был в состоянии сделать более обстоятельными, за счет большего числа примеров, предпринятые мною сейчас исследования по патологической анатомии костной системы.

Раздел, относящийся к *вторичным продуктам*, содержит описание некоторых исследований о разнообразном развитии процесса псевдоорганизации в лимфатических узлах и одного случая огромного перерождения лимфатических желез и клетчатки в области шеи, весьма поучительного в диагностическом и оперативном отношении.

Излагая историю болезни, относящуюся к *перевязке общей подвздошной артерии*, я думал, что для моих читателей будет небезынтересно описание основных результатов перевязки брюшной аорты, полученных в опытах, произведенных мною на животных.

В истории болезни о *ринопластической операции* я пытался представить различные стадии образования носа на рисунках¹, отсутствие которых мы, к сожалению, отмечаем в гениальных трудах Диффенбаха.

Моим намерением было еще добавить в этом выпуске главу о *косолапости* и привести случаи, наблюдавшиеся мною в моей частной практике, а также многочисленные опыты на животных, которые я ставил для точного изучения процесса сращения перерезанного ахиллова сухожилия, чтобы обосновать мои взгляды на эту интересную операцию, отличающиеся от взглядов гениального берлинского оператора.

Я не могу не обратить внимания на то, что наш университетский город является тем местом, в котором впервые в России была осуществлена тенотомия при *res varus*. Я еще ничего не слышал о наблюдениях Диффенбаха, когда осмелился предпринять подобные операции сразу после сообщения Штромейера об указанных случаях в журнале, издаваемом Рустом. Я был, следовательно, немного удивлен, когда услышал, что лишь несколько месяцев назад наш знаменитый лейб-медик привез из Берлина в Петербург перерезку ахиллова сухожилия под видом нового метода Диффенбаха. Но я надеюсь вскоре опубликовать свои исследования, относящиеся к тенотомии ахиллова сухожилия, в отдельном сообщении.

Так как все патолого-терапевтические взгляды, которые будут представлены теперь в этих и последующих анналах, основаны исключительно на сделанных мною наблюдениях и физиологических опытах, то я считаю своим священным долгом извещать читателей, и особенно своих слушателей, всякий раз, когда эти мои взгляды будут поколеблены каким-либо новым фактом или вновь поставленным опытом.

¹ Второй выпуск «Анналов», в котором содержится глава о ринопластике, вышел в свет без рисунков.



Впрочем, цель моего труда будет полностью достигнута лишь в том случае, если и баловни судьбы – те мои коллеги, которые стоят во главе больших больниц России и убеждены в пользе подобных трудов, – соблаговолят довести до нашего сведения результаты их деятельности.

Дерпт, 9 апреля 1839 г.



I. Травматические повреждения

1. Травматический флебит

Пернигиозный травматический озноб

Случай 1. Осложненный перелом нижнего конца плечевой кости. Образование свищей. Контентивный аппарат. Флебит костномозговой полости. Ампутация. Смерть.

Фридрих Якобсон, из Дерпта, садовник ботанического сада, 37 лет, флегматического темперамента и крепкого телосложения, 26 октября 1837 г. сорвался с дерева и упал с высоты 2 м на гладкую землю, придавив правым боком резко согнутую в локте руку; при этом он получил ранение с довольно сильным кровотечением. Не применив никаких средств против своего местного повреждения (никаких признаков, которые свидетельствовали бы об общем заболевании, не появилось), он на следующий день обратился за помощью в хирургическое отделение нашего учреждения, где состояние его оказалось следующим.

Правое предплечье в положении сгибания и умеренной пронации подерживалось левой рукой; все же оно находилось немного ниже здорового предплечья. Удлинения или укорочения [больной конечности] нельзя было обнаружить. Однако бросалась в глаза островоспалительная, весьма распространенная и сильная отечность, которая начиналась у места прикрепления дельтовидной мышцы, проходила через область локтевого сустава и простиралась до нижней трети предплечья. Цвет кожи был мало изменен, покраснение имелось только вблизи локтевого сустава, но температура была, вероятно, значительно повышена. На один поперечный палец выше локтевого отростка имелась небольшая продольная рана¹ длиной около 2,5 см, которая мало зияла и располагалась в направлении от наружного мыщелка плечевой кости к внутреннему. При исследовании зонд проникал приблизительно на 2,5 см вверх между кожей и глубокими образованиями. Попытки достигнуть кости или проникнуть в полость сустава оказались тщетными. Точное измерение расстояния между наружным и внутренним мыщелками плечевой кости показало, что эта цифра превышает расстояние между мыщелками на здоровой стороне почти на 2,5 см. Вызванное этим обстоятельством подозрение на наличие перелома подтвердилось при исследовании, которое выявило чрезвычайно отчетливую крепитацию между нижним отделом плечевой кости и ее внутренним мыщелком. Менее отчетливо эта крепитация определялась между плечевой костью и наружным мыщелком. Смещение имелось только в сторону.

¹ По-видимому, здесь описка: судя по описанию, рана имела поперечное направление.



Произвольное сгибание, равно как пронация и супинация, было возможно лишь в весьма ограниченной степени и вызывало резкую боль.

27 октября. 20 пиявок на локтевой сустав. Ледяные обертывания.

28 октября. Сегодня предполагалось наложить повязку, но так как опухоль и краснота вокруг всего локтевого сустава усилились, а рана была заполнена омертвевшей грязно-серой клетчаткой, то наложение повязки пока еще отсрочено на неопределенное время. Вокруг локтевого сустава поставлено 20 пиявок, ледяные обертывания продолжают. Внутрь назначено: *Rp. Nitr. depur., Kali sulf. aa 0,3, Crem. tart. 0,6, D. tal. dos. № 8. S.* Через каждые 2 часа по 1 порошку¹.

29 октября. Боль и опухоль хоть и не увеличились, но и не уменьшились. Дважды был стул. Пульс, вчера еще быстрый и напряженный, сегодня стал нормальным. Общее состояние хорошее. Ледяные обертывания.

30 октября. Признаки ушиба первой степени выступают все отчетливее, так как на верхушке локтевого отростка появилось несколько пузырьков. Опухоль и краснота не уменьшаются. Общее состояние хорошее. Ледяные обертывания.

31 октября. На верхушке локтевого отростка имеется большой плоский пузырь около 4 см в диаметре, наполненный лимфой. Последний вскрыт и опорожнен. Отек предплечья увеличился, но чувствительность незначительная. Продолжаются ледяные обертывания и *Pulv. temper.* Рука укладывается в капсулу Бэлла.

1 ноября. Общее состояние хорошее; жара нет. Отек усилился, кожа напряжена и блестит. Свищевой ход исследован зондом, причем обнаружены два хода под кожными покровами: один, длиной 5 см, шел в горизонтальной плоскости по направлению кпереди; а другой, длиной около 4 см, направлен книзу. Оба эти хода рассечены; при этом кровоточила одна небольшая артерия. Раны заполнены корпией, пропитанной маслом, и вокруг них поставлено 10 пиявок. Помимо этого, делаются примочки с *Aq. Goulard.* Внутрь ничего не назначено.

2 ноября. Отечность значительно уменьшилась. Однако при зондировании расщепленных накануне свищевых ходов можно проследить широкий ход, идущий кзади и пересекающий поперек *processus anconaeus*. В него можно ввести палец и проникнуть в самый сустав, где отчетливо можно нащупать отломанный внутренний мыщелок. Проведены еще два кожных разреза кзади и кнаружи, которые вместе со вчерашними разрезами сходились в общей полости. После того как полость была заполнена корпией, пропитанной маслом, на всю конечность наложена экспульсивная пластырная повязка, затем наложена *fascia dolabra*, а поверх нее – две большие картонные шины, полностью охватывающие всю конечность от надплечья до кончиков пальцев и согнутые в локтевом суставе под прямым углом. Шины укреплены бинтом. На ночь внутрь дано 0,12 г *Extract. Hyoscyam.*

3 ноября. Вокруг локтевого сустава повязка довольно сильно промокла. Верхние слои повязки были сняты и локтевой сустав обнажен. Края произведенных разрезов широко зияют, а сама раневая поверхность имела отчетливый

¹ В оригинале ошибочно сказано «по 1 столовой ложке».



характер суставной раны, так как вся она была покрыта омертвевшей грязно-серой клетчаткой и студневидным желтоватым скользким веществом. Впрочем, больной вовсе не жаловался на местные боли и общее его состояние было хорошее. Рана подверглась орошению настоем ромашки с *Aq. oxymuriat.* (*Rp. Infus. flor. Chamom.* 240,0, *Aq. oxymur.* 120,0), покрыта плюмассо и слабо раздражающей мазью (*Rp. Ung. digestiv., Cerat. simplaa*). Экспульсивная пластырная повязка возобновляется. Поверх на всю конечность накладывается скульптетова повязка, а затем обе картонные шины точно так же, как накануне.

4 ноября. Повязка сильно пропитана густой черноватой жидкостью. Рана сегодня имела несколько более чистый вид. Гнойных затеков не было видно. Общее состояние хорошее. Временами больной прохаживается по комнате. Локоть на один час опущен в щелочную ванну, после чего наложена такая же повязка, как вчера.

5 ноября. После снятия повязки из раны выделилась светлая жидкость, похожая на белок, вытягивающаяся в длинные вязкие нити; это, бесспорно, синовиальная жидкость. Гнойных затеков не видно. Повязка как накануне. Общее состояние хорошее. Больному разрешена прогулка на свежем воздухе на четверть часика, так как день – ясный, 3° мороза.

6 ноября. Сегодня повязка очень сильно пропитана густым желтовато-белым гноем. Края раны и разрезов широко зияют. В глубине раны показываются свежие мясные сосочки, особенно на локтевом отростке. Общее состояние хорошее. Повязка как вчера. (Больной получает четверть порции жареного мяса.)

7 ноября. Все как накануне.

8 ноября. Язвенная поверхность уже покрыта многочисленными дряблыми разрастаниями. К щелочной ванне добавлено 3,75 г *Kal. caust.* и язвенная поверхность смазана раствором ляписа (из 0,36 на 30,0). В остальном повязка остается такой же.

9 ноября. Кнутри, в сторону локтевого сгиба, кожа на большом протяжении отделена от подлежащих тканей. Поэтому в этом месте произведен разрез длиной 5 см, сообщающийся с большой раной. Повязка и остальное как накануне.

10 ноября. Начато внутреннее употребление хины; *Rp. Dec. Chin.* 180,0 (*ex* 15,0). S. По 1 столовой ложке через 2 часа. Щелочная ванна и повязка как прежде.

11 ноября. Больной перенес хину хорошо. Грибовидные грануляции в области локтевого отростка очень сильно выпирают. Кнутри от них зонд попадает на обнаженную кость и на шероховатую поверхность перелома ее. Грибовидные разрастания смазываются раствором ляписа, а рана покрывается *Ung. digest.*; остальная же повязка – по-прежнему. Когда больной принимал сегодня щелочную ванну, у него из раны также тянулись упомянутые выше толстые студневидные нити синовии.

12 и 13 ноября. Состояние без всяких изменений. Широко зияющие края раны становятся более плоскими, грибовидное разрастание стало меньше. Общее состояние очень хорошее. При хорошей погоде больной гуляет на воздухе.

14 ноября. В прошлую ночь без всякой явной причины появился сильный озноб, продолжавшийся один час, с последующим общим жаром и незначительным



потом. Об этом больной рассказал только сегодня утром, когда после 9 часов подобный озноб повторился. При этом больной имел несколько утомленный вид. Душевное состояние у него было тревожное. Поверхность кожи повсюду, даже на кончике носа и конечностях, была теплой. Пульс малый, скорый, еле прощупывался. При этом в постели больной дрожал всем телом. Язык влажный, слегка обложен, как в прежние дни. Явлений желтухи не было. Живот повсюду мягкий, не напряжен также в области печени и даже при сильном надавливании нечувствителен. Повязка тут же была снята, однако в ране не обнаружено никаких изменений. Нигде на всей верхней конечности нельзя было отметить никаких явлений воспаления вен. Ассистент поднес больному стакан теплого чая из ромашки с 12 каплями опийной настойки. Через 5–10 минут после этого озноб прекратился. Весь приступ продолжался около $\frac{3}{4}$ часа. После этого установилось состояние общего покоя и теплоты. Пульс сразу же преобразился, стал полный и сильный. Назначения: кровопускание (360 г) и внутрь *Tart. emet.* (0,72 г на 180 мл воды), каждый час по 1 столовой ложке. Затем последовала повторная рвота. Рана была освобождена от всякой давящей повязки и покрыта большой припаркой.

В 4 часа пополудни. У больного несколько раз была рвота; два раза был жидкий стул. Холодный пот покрывает лицо, по-видимому, вследствие рвоты. Дыхание слегка затруднено, пульс удовлетворительный, 80 ударов. Назначено: один везикатор на грудь, а внутрь: *Rp. Pot. River., Aq. simpl. aa 90,0, Tart. emet. 0,18. MDS.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа.

В 10 часов вечера. Озноба больше не было. Больной чувствует себя хорошо, но вид у него несколько утомленный; еще три раза был жидкий стул. Пульс 80, твердоват.

15 ноября. Состояние больного в общем не очень плохое. Озноба больше не было, ночью больной спал довольно хорошо.

Несколько раз был жидкий стул. Пульс 80, мягкий. В ране в высшей степени отчетливо прощупывался верхний отломок кости. Быстрым движением ножа мягкие ткани рассечены вдоль кости на протяжении 7,5 см, под кость подведен ремень и от нее отпилен отрезок в 5 см вместе с поверхностью перелома. Этот отрезок кости был совершенно лишен надкостницы, а на поверхности распила в костномозговом канале была видна толстая капля гноя. Удаленный кусок кости распилен вдоль; костный мозг и внутренняя надкостница¹ оказались разрыхленными и инфильтрированными гноем, образовавшим в отдельных местах капли.

Чтобы избежать последствий этого скопления гноя в костномозговом канале, в канал оставшейся части плечевой кости, на 5 см кверху, введено каленое железо. Остальная рана заполнена корпией, пропитанной маслом, и поверх наложена большая припарка. Через полчаса после этого вмешательства опять начался сильный приступ озноба, третий по счету. Больной при этом дрожал всем телом в постели, зубы его стучали, лицо было бледное и запавшее, пульс малый и слабый, но настроение на этот раз не столь тревожное, как в первые два

¹ Имеется в виду надкостница, покрывающая кость со стороны костномозгового канала.



паза. Ему тотчас же дали стакан горячего бузинного чая и 6 капель *T-rae theb.* Через полчаса приступ закончился, причем дрожь постепенно проходила, пульс опять стал полным и можно было насчитать 100 ударов его в минуту. Наступило общее согревание, которое скоро перешло в обильный пот.

В раневой полости ничего необычного не было заметно. Рана подверглась орошению настоем ромашки с *Aq. chlorineat. aa* и заполнена корпией, пропитанной этой же жидкостью; сверху наложена припарка. Внутрь назначено 2 порошка хинина по 0,12 г каждый, через 2 часа по 1 порошок, и каждый час по 1 столовой ложке следующей микстуры: *Rp. Extr. Chin, frigid, parat. 7,5, Aq. Meliss. 180,0. Sirup. simpl. 15,0.* На грудь положен везикатор, тем более что больной стал чаще кашлять.

16 ноября. Дальнейших приступов озноба больше не было. Со вчерашнего полудня больной лежит в непрерывном поту, который продолжался до 5 часов пополудни сегодняшнего дня. Несколько раз был жидкий стул; язык несколько обложен беловатым налетом, влажный. Appetit очень незначительный, пульс 80, мягкий. Состояние раны без изменений. Лечение продолжается, рука подвешена на повязке. Хинная микстура повторяется.

17 ноября. Состояние такое же, как вчера. Временами больной немного потеет; аппетит стал лучше. Три раза был жидкий стул. Во избежание появления гнойных затеков на всю верхнюю конечность наложен экспульсивный липкопластырный бинт, за исключением раневой полости, заполненной корпией и дигестивной мазью; вокруг всей конечности наложены две большие картонные шины, и конечность фиксирована на подвешивающей повязке (локтевой сустав согнут под тупым углом), а на локтевой сустав по-прежнему положены припарки. Внутрь к хинной микстуре прибавлено еще 0,36 г сернокислого хинина, а порошки хинина отменены.

18 ноября. Общее состояние довольно хорошее, больной спал почти всю ночь. Никаких признаков озноба больше не было, поты прекратились; пульс 80, мягкий, язык беловатый. Из раневой полости поднимаются обильные дряблые грануляции. Каждый день бывает несколько раз жидкий стул, по поводу чего временами дается несколько капель опийной настойки. Перевязка и микстура как вчера.

19 ноября. Рана очень сильно гноится, причем гной хорошего качества. В самой ране ощупывается поверхность нижнего костного отломка, отчасти покрытая мясными сосочками. Общее состояние остается на том же уровне. Стул был трижды. Повязка остается та же, но вследствие обильного нагноения меняется два раза в день. Микстура та же.

20 ноября. Нагноение без изменений. Мясные сосочки имеют хороший вид и края раны уже не так утолщены. Общее состояние не изменилось. Лишь иногда чувство стеснения в груди и 3-4 раза в день жидкий стул. Лечение в общем остается без изменений. Для орошения раны прибавляется еще хина и *T-ra Myrrh.* Микстура остается та же. Кроме того дается: *Rp. Dec. Lich. Carag. (ex 11,25) 180,0, T-rae theb. gutt. XV, Sirup. Liquirit. 30,0.* Два везикатора на каждую сторону груди. Так как понос все продолжался, то вечером назначено: *Rp. Dec. amyl. 90,0, T-rae op. simpl. gtt. X,* для клизмы.



21 ноября. Был еще два раза жидкий стул. В остальном ничего не изменилось как в общем состоянии, так и на месте травмы. Местное лечение остается то же самое, внутрь дается отвар мха с опийной настойкой и *Rp. Cort. Chin. 15,0, in Dec. 180,0 solve Extr. Chin, aquos. 7,5, Sirup. simpl. 30,0. S.* По 1 столовой ложке через каждые 2 часа.

К вечеру наступило легкое лихорадочное состояние.

22 ноября. Стул был еще только один раз, он был жидкий. Рана теряет свой свежий вид. Повязка и все остальное по-прежнему. Вечером лихорадочные явления.

23 ноября. Рана имеет бескровный вид. Из раневой полости через два длинных хода можно достигнуть отломанных мыщелков плечевой кости, которые при вращении конечности дают ощущение крепитации. Лечение то же самое.

24 ноября. Больной спал большую часть ночи, причем у него несколько раз был жидкий стул. Сегодня больной выглядит очень истощенным, язык сухой и грязный; пульс около 100, мягкий и малый. Сильное подергивание сухожилий. После снятия повязки вся рана оказалась переполненной гноем; в ране торчит верхний опиленный отломок плечевой кости. При таком значительном несоответствии между местным поражением и общим состоянием следовало, конечно, оставить всякую надежду на сохранение верхней конечности. Не потребовалось и много уговоров, чтобы склонить больного к операции; он и сам сказал, будто чувствует, что умрет. Поэтому сегодня в полдень была произведена ампутация плеча немного выше середины его по конусо-круговому способу. Она была закончена очень быстро и счастливо; больной же перенес ее с большой выдержкой. Однако тотчас же по окончании ампутации мы заметили дурное предзнаменование. Дело в том, что из костномозговой полости перепиленной кости тут же потек гной. Кровотечение было незначительное; три артерии кровоточили и были перевязаны. Через полчаса после операции, когда всякое кровотечение уже прекратилось, была наложена повязка; так как первичного натяжения здесь нельзя было ожидать и даже помышлять о нем, то раневая поверхность была покрыта плюмассо, пропитанным маслом. После этого сама рана была стянута посредством липкопластырных полосок в продольную щель, затем покрыта мальтийским крестом, поверх чего был наложен бинт. Во время операции больной получил 8 капель опийной настойки, немного гофманских капель и стакан вина, а после операции еще 6 капель настойки опия.

При исследовании ампутированной конечности было найдено, что отпиленная часть плечевой кости, длиной около 9 см, была лишена надкостницы только в нижнем ее конце на протяжении 1,25 см и имела здесь врезавшуюся в кость очень неправильной формы зубчатую демаркационную линию. Однако выше этого места кость все же была вполне хорошо укрыта надкостницей. Костномозговая же полость всего этого участка показывала на всем протяжении гнойную инфильтрацию, пронизывавшую костный мозг; внутренняя надкостница легко отделялась. На суставном конце плечевой кости непосредственно над блоком был обнаружен полный поперечный перелом ее, а отделенный таким образом отломок, кроме того, имел еще посередине продольный перелом. Мягкие ткани, за исключением раневой поверхности, были еще в довольно хорошем состоянии,



а со стороны раны виден был только один небольшой, длиной 2,5 см, свищевой ход, наполненный гноем и направленный в сторону верхнего отломка. В венах мы тщетно искали гной.

Через час после ампутации, в 2 часа 30 минут пополудни, у больного начался общий озноб (четвертый приступ), причем весь вид больного очень изменился к худшему. Пульс был малый и частый (около 110 ударов в минуту). Он тотчас же получил 6 капель настойки опия и несколько чашек горячего ромашкового чая. Приступ длился $\frac{3}{4}$ часа, после чего постепенно развивался проливной, общий, теплый пот; потение продолжалось до позднего вечера; до этого времени еще несколько раз был понос.

25 ноября. Больной спал значительную часть ночи, несколько раз у него был жидкий стул. В ампутационной культе он не испытывал никаких неприятных ощущений. Повязка слегка окрашена светло-розовой жидкостью. Язык еще грязный, но немного более влажный. Пульс около 100, мягкий. Сегодня в 8 часов утра надвигался новый приступ озноба, начавшийся легкой дрожью, но его счастливо удалось подавить немедленным приемом 10 капель опийной настойки и двух чашек горячего ромашкового чая. Был назначен серноокислый хинин по 0,12 г через каждые 1–2 часа. После обеда, в 3 часа 30 минут пополудни, начался настоящий, пятый по счету, приступ общего озноба, который, несмотря на дачу горячего ромашкового чая, прекратился только через $\frac{3}{4}$ часа. Приемы порошков хинина продолжались каждый час, а против поноса была назначена клизма с опиумом.

26 ноября. Большую часть ночи больной провел в полусне; при этом он временами стонал, но не бредил. Стул был еще несколько раз, но это были скорее жила, чем настоящие испражнения. Вид больного истощенный; язык грязный и сухой; пульс 80; подергивание сухожилий резко выражено. Дыхание временами клочковатое; временами больной кашляет и при этом отхаркивает густую и вязкую слизь. Ампутационная рана открыта; в середине ее торчит конец кости, в костномозговом канале которой виден гной. Мягкие ткани образовали довольно правильный конус; на своей поверхности они были покрыты тонкой, мягкой черноватой пленкой. Рана подверглась орошению следующим составом: *Rp. Cort. Chin. 15,0, coq. c. Aq. font. q. s., sub. fin. coct. adde Rad. Calam. arom. 30,0, colaturae 540,0 adde T-rae Myrrh. 15,0, Aq. chlorat. 360,0*, после чего рана была покрыта плюассо, смазанным: *Rp. Ung. basilic. 30,0, T-rae Myrrh. 3,75, Merc. praecip. rubr. 1,25*, и слегка стянута липкопластырными полосками, после чего закрыта ароматическими припарками (*Rp. Spec. aromat. 60,0, Pulv. sem. Lini 120,0*). Внутрь назначено: *Rp. Chinin. sulf. 0,12, Sacch. alb. 0,6, D. tal. dos. № 6. S.* Каждые 2 часа по 1 порошку (до сих пор было израсходовано несколько больше 1,0 хинина)¹.

После обеда, в 2 часа, началась легкая дрожь. Однако она не развивалась дальше, так как больной тотчас же получил ромашковый чай. Тем не менее в 5 часов 30 минут наступил сильный приступ озноба, шестой по счету. Внешний вид больного при этом сделался исключительно плохим, кончик носа стал холодный как лед, но вся остальная кожа была теплой. Больной жаловался на ощущение сильного

¹ Имеются в виду только порошки серноокислого хинина.



холода, дышал с большим трудом. В этот раз пульс не был подавлен, 80 ударов в минуту, довольно сильного наполнения. Через полчаса приступ закончился, но больной был крайне истощен. Он то и дело заговаривался, стал очень плохо слышать. Дыхание стало затрудненным и хрипящим; временами оно пропадало, временами же наступала икота. Пульс был 80 и довольно сильного наполнения, артерии шеи отчетливо пульсировали. Везикатор на грудь был поставлен вторично. Через 2 часа началось чрезвычайно сильное общее потение. В 3 часа ночи дыхание стало свободным. За это время несколько раз был понос.

27 ноября. Сегодня больной чувствует себя явно лучше. Сознание свободнее; кожа теплая; пульс мягкий, 100; язык сухой; подергивание сухожилий стало реже; икота прекратилась совсем; дыхание свободное и равномерное; понос продолжается. По снятии повязки оказалось, что в ране нет никаких признаков гранулирования, что поверхность разреза мышц, серая и дряблая, чрезвычайно зловонная, была покрыта грязным, серого цвета гноем. Из костной культи вытекал подобный же гной. На раневую поверхность было положено плюмассо, которое было пропитано крепким раствором хлорной извести и должно было бы почаще смачиваться этим же раствором. Сверх плюмассо положены лонгеты, также пропитанные этим раствором, а поверх по-прежнему накладывались ароматические припарки. Внутри были назначены 12 порошков хинина по 0,12 г каждый и 3 порошка хинина с опиумом. В качестве напитка дано 720,0 рисового отвара с 30,0 *Aq. oxymuriat.* В 11 часов 30 минут наступил седьмой по счету приступ озноба, продолжавшийся 20 минут. Дрожь стала всеобщей, периодически усиливалась; больной очень осунулся. У него был стул. Пульс оставался на уровне 100, отчетливо прощупывался. После обеда в течение нескольких часов продолжался проливной пот. Больной лежал большей частью спокойно, в полусопорозном состоянии.

28 ноября. Ночью, в 3–4 часа, был очень сильный приступ озноба, восьмой по счету. Сегодня утром больной лежит в полудремоте, в обильном поту. Артерии сильно пульсируют, давая 110 ударов в минуту. Дыхание несколько затруднено и сопровождается нежными хрипами в дыхательном горле (от скопления слизи). Несколько раз был понос. Назначен хинин по 0,24 г через каждые 2 часа. На ампутационной культе мягкие ткани почти полностью отделились от кости, не обнаруживая никаких признаков гранулирования, и свисали. Они были вялыми, дряблыми, грязного цвета, подобно разлагающимся частями трупа. Повязка с хлорной известью, как накануне. Вечером. Больше приступов не было; один раз был жидкий стул. Икоты и подергивания сухожилий нет. Пульс 110; временами пот. Больной лежит большей частью в полусопорозном состоянии. Дыхание чуть затруднено, в дыхательном горле едва слышны хрипы от скопления слизи. Хинин отменен, в качестве напитка дано 720,0 рисового отвара с 45,0 *Aq. oxymuriat.*, а на грудь снова поставлен везикатор.

29 ноября. Прошедшей ночью, в 2 часа, был девятый по счету приступ озноба продолжительностью в полчаса. Больной находился тогда большей частью в состоянии, сходном с сопорозным. Вчера вечером он съел всю свою порцию супа. Сегодня утром, в 7 часов, снова был приступ озноба, десятый по счету, продолжавшийся 20 минут. После этого больной имел крайне изможденный



вид. Лицо сделалось гиппократовым; кожа похожа на пергамент: гладкая, напряженная, блестящая и желтоватая; взгляд тусклый, склера грязно-желтого цвета; волосы в ноздрях покрыты пылью. Дыхание происходило при напряжении шейных мышц, заметно затруднено, с легким клокотанием в дыхательном горле и сопровождалось совершенно беззвучным кашлем, возникшим при скоплении мокроты. Последняя, если только отходила, имела скорее гнойный, чем слизистый вид. Язык до кончика сух, неподвижен, с грязным налетом. Дважды был жидкий стул. Больной лежит в сопорозном состоянии, однако быстро реагирует на каждый обращенный к нему вопрос; он отвечает и узнает людей. Ампутационная рана стала еще более походить на разлагающуюся культю трупа. В лечении ничего не было изменено. В 12 часов 30 минут пополудни еще раз произошел озноб, одиннадцатый по счету, длившийся полчаса. Во время озноба и сразу же после него больной находился в состоянии, близком к агонии. Однако в послеобеденные часы он еще как-то оправился, причем опять впал в сопорозное состояние, описанное выше. С этих пор, однако, пульс стал показывать значительные изменения: он потерял всякое напряжение и всякий ритм; то он достигал 120 и больше, то вскоре снижался до 80, 90 и т. д. При этом он был очень мягкий и часто очень малый. В таком состоянии больной провел весь вечер и, тихо захрипев, в 1 час ночи скончался.

Вскрытие произведено через 50 часов после смерти. Ампутационная рана имела вялый и грязный вид без всяких следов грануляций. Мягкие ткани и надкостница были отделены от костной культи на протяжении 5 см. Выше этого места, однако, мышцы были свежие и красные, а надкостница была тесно связана с костью. Однако от уровня хирургической шейки плечевой кости вверх мягкие ткани опять приняли грязный цвет, а на поперечном разрезе выпирали гнойные точки, которые нетрудно было признать за перерезанные разветвления вен, содержащие гной. Сумка плечевого сустава была продырявлена спереди, и не только внутри, но и вне сустава имелось большое количество густого гноя (не менее 120 г); синовиальная оболочка была утолщена.

На лопатке был обнаружен перелом, причем верхушка клювовидного отростка была отломлена сверху вниз, равно как внутренний край суставной поверхности лопатки был отломан вдоль. Кроме того, через эту суставную поверхность шла поперечная трещина. На теле лопатки эта трещина проходила параллельно верхнему краю кости и на расстоянии 1–1,25 см от него, почти до заднего ее угла. Поверхности перелома клювовидного отростка и суставной ямки были очень шероховатые, острые, серо-черного цвета и омывались гноем. Вся подкрыльцовая вена была туго наполнена гноем, среди которого имелись лишь небольшие следы лимфатического сгустка; оболочки вены были утолщены и местами окрашены в красный цвет. Выше и ниже этот сосуд (т. е. подключичная и плечевая вены) имел совершенно нормальный вид; разве только содержащийся в нем сгусток крови был связан с внутренней оболочкой вены несколько плотнее, чем это обыкновенно бывает. В верхней полой вене, равно как и в предсердиях и желудочках сердца, не было совершенно никаких отклонений от нормы.

В правой половине грудной полости содержалось около 180 г жидкости шоколадного цвета. У нижнего края легкого имелся поверхностный очаг нагноения,



около 1,25 см в поперечнике, окруженный буро-красным гепатизированным слоем и погруженный на 2,5–5 мм в ткань легкого; этот очаг был наполнен желтовато-белым густым гноем. Недалеко отсюда у нижнего края легкого имелся клиновидный гепатизированный участок светлого печеночного цвета с многочисленными темно-красными точками на поверхности разреза, а еще далее кнаружи от этого места находился другой участок легкого, измененный насыщенной красной гепатизацией. Поверхность реберной плевры соответственно этим очагам деструкции была утолщена и размягчена, бледно-розового цвета.

Остальная, именно вся верхняя, половина правого легкого была совершенно неизменной. На левом же легком можно было видеть значительно большее количество очагов описанной деструкции. На поверхности одной только верхней доли левого легкого имелось 5 таких нагноившихся участков, из которых один лежал как раз в щели между верхней и нижней долями легкого. У нижнего края левой доли легкого также находился подобный очаг поверхностного нагноения и рядом с ним клиновидный участок опеченения. Темно-красной мягкой гепатизацией были охвачены многочисленные места, так что в левом легком вообще оставалось неизменной ткани только около $\frac{1}{3}$ всего органа.

Во всех внутренностях брюшной полости и, наконец, в мозгу ничего патологического не обнаружено.

Случай 2. Панариций. Гнойные затеки под ладонной фасцией. Разрезы. Флебит вен ноги. Смерть.

Карл Грегор, 38 лет, рабочий, флегматического темперамента, не очень крепкого сложения и кахектичного вида. За 2 недели до поступления в хирургическую клинику, состоявшегося 26 декабря 1837 г., при извлечении из колодца ведра, на железной ручке которого находилась металлическая стружка, больной причинил себе поверхностную рану на первой фаланге и на пястной кости большого пальца левой руки. Хотя на первой фаланге большого пальца вскоре образовалась припухлость, она все же не распространялась далее, и больной мог почти беспрепятственно выполнять свою ручную работу. Через неделю после первого повреждения, при поднимании бочки, кисть снова сильно пострадала, и вскоре последовало бесформенное опухание ее, как и предплечья. Через несколько дней больной попал в клинику.

Болезнь характеризовалась следующими явлениями: эластически-тестоватой припухлостью, в данном случае немного напряженной и бесформенной; воспалительной краснотой кожи, равномерно здесь распространенной, а на отдельных мелких участках более темной окраской кожи с фиолетовым оттенком. Больной ощущал колющую и пульсирующую боль, больше в глубине, а при давлении боль ощущалась только тогда, когда давление в районе припухлости достигало фасции. Припухлость на ощупь не особенно теплая. Только в области наружной мякоти ладони можно было определить зыбление. Здесь кожные покровы и фасция были рассечены вдоль, и скопившийся гной сколько возможно выдавлен. Были назначены втирания ртутной мази в соседние участки и теплые припарки. Больной лечился амбулаторно.

26 декабря. На предплечье сделано три глубоких разреза, один на тыльной стороне, а два других на ладонной стороне, и все три разреза – через фасцию.



Однако до настоящего гнойного очага нельзя было дойти, и сегодня пришлось отказаться от дальнейших разрезов, так как больной вследствие значительной потери крови несколько раз падал в обморок, – из двух последних разрезов кровь была сильной струей, несомненно была перерезана лучевая артерия. Перевязка двух сосудов хоть и удалась, но с большим трудом, ибо соседние ткани очень сильно распухли и края раны можно было растянуть лишь с усилием. По этой причине места разрезов были затампонированы, все предплечье было обернуто экспульсивным липкопластырным бинтом, а сверху наложен обыкновенный матерчатый бинт. Через 2 часа наступило вторичное кровотечение, но оно остановилось после сдавления плечевой артерии.

27 декабря. Боли в предплечье несколько стихли. Повязка вечером снята. Припухлость предплечья резко опала. Истечение гноя все еще чрезвычайно обильно, особенно из места прежнего разреза на мякоти большого пальца, в частности если производить давление на внутренней стороне запястья. Поэтому на данном месте произведен глубокий разрез, проникающий через ладонную фасцию. После этого мизинцем можно было определить распространение гнойного затека под ладонную связку запястья; поэтому из данного разреза был произведен еще другой поперечный разрез. Но теперь сильное артериальное кровотечение помешало всяким дальнейшим поискам гноя; места разрезов были тут же затампонированы и вновь наложена такая же давящая повязка, как вчера. Через полчаса наступило вторичное кровотечение; однако после более тщательной тампонады оно вскоре остановилось.

28 декабря. Вчера вечером у больного был озноб, продолжавшийся полчаса и прекратившийся после того, как он выпил две чашки ромашкового чая и принял 0,6 г доверова порошка. Ночью дважды был жидкий стул. Повязка снята. Припухлость значительно уменьшилась, гноя образовалось очень немного, и небольшое количество его выходило почти только из места разреза на мякоти большого пальца при сильном давлении. Повязка та же, что и вчера, но без тампонов.

Больной почти совсем не спал. Пульс малый и мягкий, свыше 100. Места разрезов имеют почти совершенно чистый вид. При давлении на лучезапястный сустав выделилось еще немного гноя. Один из разрезов продлен здесь до самого лучезапястного сустава, причем основательно надрезана *lig. carpi radiale*. Все раны от разрезов перевязаны с дигестивной мазью. Клизма с опиумом.

29 декабря. Ночью трижды был жидкий стул.

30 декабря. Общее самочувствие как вчера. Ночью больной спал очень мало; еще два раза был жидкий стул. Припухлость предплечья резко уменьшилась, гной уже почти совсем не выделяется. Щелочная ванна, дигестивная мазь, экспульсивная повязка. После обеда сильный озноб в течение получаса; при этом больной ощущал сильный холод, который заставлял его дрожать. Пульс был мал и подавлен, кожа горела, лицо осунулось. Больной получил теплый ромашковый чай. После озноба последовал пот, не захвативший всего тела. На ночь дано 0,6 г доверова порошка.

31 декабря. Прошлую ночь больной немного поспал, но сегодня утром снова был озноб, подобный вчерашнему. Местно ничего не изменилось.



2 января. В минувшую ночь у больного было три приступа озноба, из которых особенно сильным был первый, в полночь. Припухлость предплечья совершенно исчезла, и раны имеют хороший вид; гнойных затеков нельзя обнаружить. Лечение без изменений. После обеда наступил очень сильный озноб. Больной жаловался на резкий внутренний холод, исходящий из груди; при этом у него особенно дрожали руки и нижняя челюсть. Кожа на туловище горела, но само туловище и ноги не дрожали. Вид у больного осунувшийся. Пульс очень малый и частый. Больной получил ромашковый чай, после чего озноб стал постепенно проходить и появился легкий пот на руках и на лбу. Пот был теплый и пахучий, но больному казался он холодным.

3 января. Сегодня утром опять был приступ озноба, но менее тяжелый и длившийся всего 20 минут. С предплечьем дело обстоит благополучно, и, во всяком случае, там нет никакого ухудшения. После обеда был новый приступ озноба, продолжительностью в полчаса. Больной тут же получил 0,24 г хинина и 0,06 г опия, причем эта доза была повторена до ночи еще 3 раза.

4 января. Ночью больной спал мало; озноба больше не было. Дважды был жидкий стул. Больной чувствует большую усталость. Пульс 132, малый. На языке беловатые налеты. Предплечье и кисть приобрели свой нормальный объем, раны имеют бледный вид; только из одной раны на лучевой стороне предплечья сегодня выделилось немного больше жидкого гноя.

Сегодня больной в первый раз жаловался на боли в левой стопе. Одновременно он сообщил, что последние начались в день его поступления в клинику (26 декабря) с колотья в подошве, затем постепенно усиливались и теперь тоже временами повторяются на тыле стопы (в подъеме). При осмотре всей стопы выявлены следующие симптомы: значительная упругая отечность, особенно вокруг голеностопного сустава и во всей подошве; на тыле стопы имелся небольшой участок покраснения, довольно чувствительный при надавливании. Подошва на всем ее протяжении давала при пальпации неопределенное и обманчивое ощущение зыбления; оно было столь неотчетливо вследствие значительного утолщения эпидермиса, ставшего здесь похожим на подметку. Для выяснения дела на подошве было сделано два небольших глубоких прокола-разреза, не длиннее 1,25–2,5 см, проникавших через фасцию. Однако выделилось только немного крови и серозной отечной жидкости, но не гной. Почти одновременно с проколами у больного начался сильный озноб. Раны были заполнены корпией, пропитанной маслом, вокруг голеностопного сустава сделано втирание ртутной мази, на всю стопу положена припарка.

Раны на руке перевязаны с дигестивной мазью, сверху положена припарка.

Приступ озноба продолжался полчаса. Больной тут же получил теплый ромашковый чай. Пульс был очень частый и почти не прощупывался. После приступа произошло общее согревание и незначительное потоотделение. Пульс немного улучшился, но еще несколько часов оставался очень частый (154).

К вечеру у больного снова был легкий приступ озноба в течение 10 минут. Он получил: *Rp. Aq. oxymuriat. 120,0, Aq. destill. 90,0. S.* По 1 столовой ложке каждый час.

5 января. Ранним утром случился небольшой приступ озноба, продолжавшийся четверть часа, и подобный же приступ около 8 часов утра, 13-й по счету.



Стопа сегодня распухла немного больше, и отсюда боли распространяются по задней поверхности голени почти до подколенной ямки. Из раны, расположенной над лучевой артерией и до сих пор имеющей грязное дно, сегодня при давлении на окружающие ткани выделялось небольшое количество жидкого гноя. Все другие раны не содержали никаких выделений и были покрыты бледными грануляциями.

Больной чувствует себя очень слабым. Трижды был жидкий стул. Пульс 120, малый. Язык влажный, обложен беловатым налетом.

Тут же было поставлено 20 пиявок на разболевшуюся икру; сделана теплая ванна длительностью в 1 час. Произведено втирание ртутной мази во всю голень и стопу, которые закутаны в большую припарку. Больной получает большое количество горячего бузинного чая. Внутрь даны те же лекарства, что вчера вечером, и на предплечье наложена такая же повязка, как вчера. После обеда снова был 10-минутный легкий озноб, 14-й по счету. Сейчас имеется явное обострение лихорадки, особенно заметное по возбужденному пульсу, достигающему 152 ударов и твердоватому на ощупь. Кроме того, больной вел себя очень неразумно и давал непонятные или бессмысленные ответы. У больного было также явное стеснение в груди, и он должен был часто покашливать, но кашель его был слабый и сухой. Была сделана венесекция и выпущено 360 г крови; в остальном лечение осталось без изменения.

6 января. Выпущенная кровь выделила очень много сыворотки и образовала своеобразную кровяную лепешку, состоявшую наполовину, в нижней части, из темно-красного кровяного сгустка, а в верхней половине представлявшую светло-красный студень. Если последний сдавить, то из него постепенно выделяется сыворотка, как из отечной клетчатки, и после этого остается беловатая тонкая, но плотная пленка. Нет никаких признаков воспалительной пленки. Ночью больной лежал спокойно. Четыре раза был жидкий стул. Только к утру было незначительное познабливание в течение 10 минут; это был 15-й приступ. На кисти никаких изменений. Боли в левой икре прекратились, но припухлость на стопе осталась без изменений. Сегодня сознание у больного опять совершенно ясное, но он очень слаб; приближается его гибель. Все же деятельность сосудистой системы после кровопускания выровнялась: пульс 120, довольно сильный. Так как вчерашнее кровопускание в общем очень хорошо помогло больному, то сегодня имелось в виду повторить это кровопускание. Однако из проколотой вены вытекала чрезвычайно водянистая и жидкая кровь, так что вену пришлось немедленно закрыть. Метод лечения в общем оставался тот же.

Вечером. Больше ознобов не было. После обеда был жидкий стул. Больной снова в некотором оцепенении. Пульс его стал тверже, чем утром, но все еще 120 ударов в минуту. Не жалуется ни на какие боли, даже в стопе. Язык слегка обложен, коричневатого цвета, легко высыхает, губы покрыты потрескавшимися коричневатыми корочками. Сухой, бессильный кашель стал опять учащаться.

7 января. Больной провел ночь спокойно; он частенько кашлял и при этом иногда отхаркивал слизистую вязкую мокроту. Вид больного сегодня чрезвычайно изнуренный. Глаза усталые, роговица затянута тонкой и вязкой слизью.

Язык совершенно сухой, с коричневатым налетом. Пульс 120, крайне слабый. На вопросы больной отвечает лишь с трудом и не совсем внятно. Он лежит с закрытыми глазами; дыхание его несколько затруднено. На пораженных местах не видно никаких особых изменений. Только голени болезненны в некоторых участках при надавливании. То же отмечается при давлении в нижнем отделе живота справа. В лечении ничего не изменено.

Вечером. Больной лежал спокойно и несколько раз сходил под себя (стул жидкий). На вопросы отвечал с трудом, но правильно; пульс 120, снова немного лучше в сравнении с утренним. Никакого познания не было.

8 января. После полуночи больной стал очень беспокойным. Он садился в кровати, размахивал руками, порывался выйти и говорил всякую бессмыслицу. К 7 часам утра больной совершенно обессилел, полчаса хрипел и в 7 часов 30 минут скончался.

Вскрытие. На тыле левой стопы кожные вены соответственно красным пятнам были наполнены лимфатическо-кровяными сгустками, довольно прочно припаянными к внутренней оболочке сосудов. Сгустки были не совсем равномерного красного цвета. Внутренняя оболочка вен была слегка покрасневшая, но ее никак нельзя было назвать утолщенной. В некотором расстоянии от этих мест вены были в хорошем состоянии. Однако в сторону наружного края стопы начиналось наполнение вен гноем, которое можно было отметить во всех без исключения кожных и мышечных венах подошвенной поверхности стопы. Из более глубоких, особенно из мышечных вен, повсюду при всяком разрезе вытекал чистый гной. Задняя большеберцовая вена, прослеженная дальше кверху, содержала только чистый гной, как и все ее мышечные ветви. Кожные вены в районе внутренней лодыжки были свободны от гноя.

В заднем отделе короткого общего сгибателя пальцев имелся совершенно замкнутый гнойник размером со сплюснутый грецкий орех, наполненный густым гноем и ихорозной жидкостью. Другой, подобный, но более мелкий гнойник лежал в той же мышце, впереди от предыдущего. Мышечное вещество, окружавшее эти гнойники, равно как все мягкие ткани, через которые проходили вены с гнойным содержимым, были совершенно не изменены. Однако в некоторых местах было видно, что вены открыто впадали в гнойные полости. В нижней части икроножной мышцы были обнаружены еще 2 небольшие гнойные полости, величиной с лесной орех. Бедренная вена была вполне нормальная. Все суставы между костями плюсны и предплюсны были совершенно нетронуты.

Исследование левой кисти и предплечья. Под ладонной фасцией и между сухожилиями сгибателей мягкие ткани ладони были пропитаны и кругом омывались грязной и зловонной жидкостью. Эта жидкость проложила себе путь до основания пальцев и распространилась по всему мизинцу. В сторону предплечья это разрушительное продвижение гноя распространялось под ладонной связкой запястья и достигло середины предплечья вместе с сухожилиями сгибательных мышц. Все вены предплечья, из которых некоторые (например, перерезанные лучевая и локтевая вены) открыто впадали в обширный гнойный ход, были бескровны и, во всяком случае, совсем не содержали гноя. Лучевая артерия, поврежденная разрезом еще при жизни больного, была закупорена кровяным



сгустком. Поверхности распила костей кисти и предплечья не обнаруживали ничего патологического.

Грудная полость. В полости правой плевры находилось около 150 г кровянистого выпота. В верхней доле правого легкого имелась туберкулезная полость величиной с грецкий орех, с неровной внутренней поверхностью. В нижней доле, на поверхности ее, имелись три небольших участка толщиной до 1–1,5 см, пораженные лобулярной гепатизацией. Форма их на разрезе была треугольной; они были желто-серого цвета, и легочная ткань не была размягчена. В верхушечном отделе верхней доли левого легкого имелся небольшой окостеневший бугорок величиной с фасоль. Нижняя доля в двух местах была сращена с диафрагмой, и эти места также представлялись в виде лобулярной гепатизации, но в уже более далеко зашедшей стадии, так как средняя часть этих очагов была уже превращена в гной. Выше этой области, но все еще в той же легочной доле, крупная вена вместе со всеми ветвями была целиком выполнена гноеподобным веществом, которое можно было извлечь из просвета перерезанного сосуда как сгусток. Внутренняя поверхность главного венозного ствола этой области была подернута плотным лимфатическим слоем, который образовал настоящую выстилку вены изнутри, заполненную в свою очередь посередине гноем. На некотором расстоянии от этого места в средней доле, и именно в глубине самой легочной ткани, обнаружено еще одно небольшое, менее гепатизированное место, окруженное красным венчиком и размягченное в центре до стадии гноя. Все легкое вообще было очень малокровное. Сердце было наполнено отчасти кровяными, отчасти лимфатическими сгустками. В крупных сосудах не было ничего отклоняющегося от нормы.

Брюшная полость. Печень была несколько набухшей; на ее поверхности заметны вдавления от ребер. Почки были больших размеров и здоровые. Поджелудочная железа и селезенка были нормальные. В подвздошной кишке невероятное множество ленточных глистов. Во всей слепой кишке и в верхней части ободочной кишки, на внутренней поверхности, имелось большое количество полосовидных корок, которые с первого взгляда были приняты за коричневые кишечные язвы. Однако выяснилось, что эти корочки можно было соскоблить черенком скальпеля со слизистой оболочки, которая в этих местах оказалась все же утолщенной, вследствие чего они были приняты за рубцы после кишечных язв или за конкременты, образованные затвердевшей кишечной слизью.

Случай 3. Рубленая рана тыла стопы с повреждением кистей предплюсны. Периферический флебит. Смерть.

Ян, эстонец из Ратсгофа, 22 лет, сангвинического темперамента и стройного телосложения, принят в хирургическую клинику 31 марта 1837 г. Неделю назад он получил рубленую рану на тыле левой стопы, нанесенную топором. У больного изнуренный вид. Цвет конъюнктивы глаз и кожи лица отдает желтизной. Рана имеет грязный и сухой вид. Больной жалуется на боли при давлении. Ткани вокруг раны напряжены и припухли, однако рожистой красноты не видно.

31 марта. Рвотное средство. Вечером один доверов порошок. На стопу наркотическая катаплазма.

1 апреля. Ночью больной спал. Припухлость и напряжение на стопе уменьшились. Рана полна хорошего гноя; грануляции уже не такие бледные



салоподобные. Вечером несколько раз была сильная рвота, вследствие чего микстура была отменена. *Rp. Pot. Riv. 180,0, Tart. emet. 0,12. S.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа. Один доверов порошок.

2 апреля. Незначительные боли на тыльной поверхности стопы, особенно с наружной стороны. *Rp. Aq. oxymuriat. 7,5, Aq. s. 720,0, Sirup. s. 30,0. S.* в качестве напитка. 20 пиявок к наружной стороне стопы. Втирание 1,875 г серой ртутной мази в стопу и голень.

3 апреля. Больной довольно хорошо спал ночью без опия. Припухлость на тыле стопы стала более отеочной. Здесь сделан небольшой укол ланцетом; после того как из места укола вытекло большое количество отеочной жидкости, припухлость уменьшилась. Язык сильно обложен белым налетом; аппетит отсутствует. Пульс 120, малый. Чувство слабости. Лечение то же, кроме пиявок.

4 апреля. Ночью больной бредил; его часто познабливало. Последний раз больной имел стул вчера утром; язык сильно обложен белым налетом. Аппетит отсутствует, пульс 122, малый. Рана заполнена разрастающимися вялыми грануляциями; зонд наталкивается на шероховатую кость предплюсны. На наружной поверхности тыла стопы и на голени произведены разрезы длиной 5–7,5 см через фасцию, чтобы устранить ее напряжение и дать выход возможному скоплению гноя. Из разреза на тыле стопы, впрочем, не выявившего обнаженную кость, выделилось немного гноя. В полдень наступил озноб длительностью в 10 минут, после чего во второй половине дня тело было покрыто холодным потом. В 3 часа пополудни наступил второй озноб. Последний рассматривался как признак *febris intermittens traumatica perniciosa*, и поэтому хинин давался часто. В 9^{1/2} часов вечера появился третий озноб; в это время пульс был очень мал, 140. Зубы стучали, все тело дрожало. После этого выступил легко остывающий пот, и к полуночи больной немного бредил. После клизмы был стул с каловым запахом. *Rp. Calomel. 1,08, Chitlin, sulf. 0,72, Opii pur. 0,18, Sacch. alb. 3,75, Divide in part, aequal. 6. S.* 1 порошок во время приступа озноба.

Вечером этот порошок давали каждый час. К припаркам прибавляется *H-ba Hyosc.*

Растирание головы, груди и рук уксусом с водкой. Вечером размягчающая клизма.

5 апреля. Больше ознобов не было. Больной спал довольно много и лишь изредка бредил. Стула не было. Пульс 124. чуть лучше прежнего. *Rp. Chinin. sulf. 0,24, Calom. 0,12, Sacch. alb. 0,6, Dentur tal. dos. № 6. S.* По одному порошку каждый час. Вечером: *Rp. Chinin. 0,24 Calom., Mosch. aa 0,12, Sacch. alb. 0,6, D. tal. dos. № 3. S.* Каждый час. Местно втирание ртутной мази с камфорой, а поверх припарка. Утром клизма с 45 г сернокислой магнезии. В полдень другая с 60 г сернокислой магнезии. Вечером третья клизма с 60 сернокислой магнезии и 3,75 г мыла. Все три клизмы безрезультатны. В полдень горчичник на область печени, а вечером на затылок.

6 апреля. Утром больной резко пожелтел, лицо было желто-коричневое, а руки и грудь желтоватые. Язык белый и сухой. Пульс 112, еще несколько лучше. Больной очень сонлив. Раны имеют крайне вялый вид и совсем лишены выделений. В полдень был приступ озноба длительностью в четверть часа,



совершенно подобный прежним. Вечером больной опять был в более сносном состоянии. Пульс 112, снова отчетливый. Кожа сухая и горячая, без холодного пота. Язык сухой и коричневатый. Начиная от раны и по всей нижней трети голени тянется малозаметная синевато-красная полоса шириной в палец. Малейшее давление на это место крайне болезненно, в то время как окружающую кожу можно пальпировать совершенно безнаказанно.

7 апреля. Больной еще сильнее пожелтел, часто и много что-то бормочет; иногда бывает икота. Пульс 112, более полный. Язык коричневый и сухой, покрытый мелкими трещинами, образующими фигуры наподобие паркета. Холодного пота и похолодания конечностей нет. На вопросы иногда отвечает, но туговат на слух. В 8 часов вечера был приступ озноба, продолжавшийся 10 минут и состоявший из отдельных мелких приступов, причем пульс становился очень малым. При исследовании нижний участок голени соответственно большеберцовой кости был крайне болезненным, между тем как давление на мягкие ткани больной переносил хорошо.

8 апреля. Больной еще больше пожелтел. Язык и пульс как накануне. Бред. В 10 часов утра был приступ озноба. Перед ним наступило затруднение дыхания, после чего приступообразное общее и частичное познабливание; при этом больной, вообще не переносящий одеяла, натягивает его на себя и берет в рот. Пульс очень малый и частый, дыхание весьма затруднено: казалось, что дело идет к концу. Однако через четверть часа состояние больного начало постепенно выправляться, пока не стало таким, как прежде. Все же дыхание оставалось еще несколько затрудненным; после обеда оно стало прерывистым, но не хрипящим. Пульс падал, сделался малым, неощутимым. Ознобы больше уже не присоединялись, расстройство дыхания усиливалось, и в 4 часа пополудни больной скончался.

Вскрытие было произведено через 18 часов после смерти. Рубленая рана проходила через ладьевидную кость, от которой был отбит кусок. Этим самым был вскрыт сустав между клиновидными и ладьевидной костями. Суставные концы клиновидных костей были серые и несколько шероховатые, причем суставные хрящи уже были вовлечены в начавшийся процесс резорбции. В самой ране и вокруг нее имелось лишь небольшое количество густоватого ихорозного гноя грязного цвета. Зато всюду в окружности определялся гной в венах. При каждом разрезе мягких тканей этой области из перерезанных вен выступали более крупные и более мелкие капли гноя. Кверху от мест перерезки были обнаружены более крупные и более мелкие вены и вскрыты продольно; при этом оказалось, что как мышечные ветви, так и поверхностные кожные вены наполнены гноем. Это распространялось вверх на различных участках до половины и даже до верхней трети голени, где опять начиналась жидкая кровь. Ни внутренняя поверхность вен, ни окружающая клетчатка или мышечное вещество не были воспалены. В крупных венах гноя не было обнаружено. Подколенная и бедренная вены, нижняя и верхняя полые вены, внутренняя яремная вена – все были обследованы и содержали только свернувшуюся кровь, которая в верхней поллой вене казалась более розовой и лимфатической. Ни надкостница, ни сама большеберцовая кость не были поражены. В подкожной клетчатке, в жировых



отложениях, на внутренней поверхности крупных венозных стволов отмечалась желтая (желтушная) окраска.

1) **Полость черепа.** В мозгу на передненижней поверхности правого полушария имелся гнойник величиной с орех. Пять более мелких гнойников, из которых один содержал в центре каплю чистого гноя, находились в самом веществе правого полушария. Окружающая все эти гнойники ткань была серая и резко очерченная; их содержимое было совсем размягчено, оно было грязного светло-серого цвета. В левом полушарии имелся только один, совсем небольшой гнойничок.

2) **Грудная полость.** В правой половине грудной полости находился густоватый, коричневато-желтый выпот в количестве около 240 г. Поверхность правого легкого была покрыта свежей желтой пластической лимфой. Нижняя доля его была мягка и полнокровна подобно селезенке. В нижней доле левого легкого обнаружена мелкая полость, содержавшая небольшую бляшку пластической лимфы. В сердце имелись лимфатические сгустки, частью желтого цвета.

3) **Брюшная полость.** Печень несколько дряблая, но внешне не изменена, в большой ее доле – гнойник величиной с фасоль, серого цвета, размягченный внутри, окруженный темно-красной оболочкой. В толстых кишках имелось несколько экскориаций, в слепой кишке – 3–4 плоских язвочки. Селезенка и почки были здоровы; мочевого пузыря растянут мочой.

Случай 4. Стеатоматозное перерождение подмышечных желез. Экстирпация. Перевязка значительной венозной ветви. Флебит v. basilica без нагноения. Смерть.

Таня, латыш, садовник из Пальцмара, всегда был здоров, пока 8 лет назад не заболел перемежающейся лихорадкой. Последняя хоть и уступила предпринятому против нее лечению, однако оставила после себя некоторые нарушения, состоявшие в небольших затруднениях дыхания и колотье в левом подреберье при более глубоких вдохах и более сильном надавливании.

Спустя 2–3 года больной на протяжении нескольких месяцев страдал желтухой, а прошлой зимой – в течение недели сильным поносом. Он не помнит, чтобы страдал еще какой-либо другой болезнью, но все же указывает, что после той перемежающейся лихорадки он уже никогда больше не чувствовал себя так хорошо, как прежде. Весною минувшего года он заметил опухоль ниже правой подмышечной впадины; эта опухоль не причиняла никогда никакой боли, разве только при более сильном давлении, но до сих пор, по словам больного, постоянно увеличивается в своих размерах.

В настоящее время в подмышечной впадине бросается в глаза опухоль, разделенная бороздками на несколько отделов и простирающаяся вверх до середины подмышечной впадины; сзади она ограничена задней стенкой впадины, а спереди теряется под большой грудной мышцей, верхняя часть которой вследствие этого значительно напряжена, выпячена и тверда на ощупь. Размерами своими эта опухоль, поскольку она вообще доступна ощупыванию пальцами, приблизительно равна мужскому кулаку. Она довольно сильно выпячивается, вполне подвижна относительно подлежащих частей, на ощупь неровна и бугриста и не очень тверда. Опухоль, по-видимому, не находится в тесной органической связи



с соседними образованиями, в том числе и с сосудистыми стволами этой области, которые проходят совершенно свободно. Кожные покровы не покраснели и не подверглись какому-либо другому болезненному преобразованию. В этой области заметны только резко просвечивающие вены, что происходит, очевидно, вследствие нарушения кровообращения на почве сдавления опухолью.

Общее состояние больного хорошее, если не считать вышеупомянутых расстройств, оставшихся после перемежающейся лихорадки. Цвет лица сходен с тем, какой обыкновенно наблюдается при нарушениях кровообращения в сосудах брюшной полости.

6 апреля. Сделана операция: вылучено несколько конгломератов желез; при этом перевязаны две артерии и одна вена. Кровотечение было очень значительным. Раневая полость распространялась далеко вверх под большой грудной мышцей. Края раны сильно зияли. В глубину раны заложен хирургический агарик, а сверху него, равно как в нижнем углу раны, положены плюмассо, смазанные восковой мазью. Верхний угол раны был стянут липкопластырными полосками. К вечеру в ране поднялись сильные боли. Ледяное обкладывание. Назначено: *Liq. anodyn. min.* и *Tinct. theb. aa.*

7 апреля. Ночью больной немного спал и вел себя спокойно. Утром боль в ране стала слабее, но больной жалуется на боли в левом подреберье и в правой половине груди. Язык слегка обложен беловатым налетом, аппетит отсутствует. Со вчерашнего утра стула не было. Пульс спокойный. Имеется небольшой жар при влажной коже. К вечеру подействовал кишечник. Лимфатические сосуды¹ на шее распухли и болезненны. Вечером дается шипучий порошок, каждый час по чайной ложке. Продолжаются ледяные обкладывания; размягчающая клизма.

8 апреля. Больной спал мало. Боли в ране прекратились. Имеется еще незначительная боль в животе. Язык чист. Аппетита нет. Пульс 90, жар снизился. Жажда невелика. Был стул.

9 апреля. Холодные обкладывания для больного обременительны. Он немного спал. Жар прошел; пульс спокойный. Боли в животе стали значительно слабее. Ночью был стул. Появились боли в правом предплечье. Вечером: *Extr. Hyosc. 0,12*. Холодные обкладывания отменяются.

10 апреля. У больного была рвота. Спал он мало. Несколько раз его немного познабливало, особенно ночью. Больной довольно сильно кашляет, но более в груди нет. Пульс около 100. Утром был стул. Повязка снята; рана уже начала нагнаиваться. Небольшой участок раны зажил первичным натяжением. Правая рука болит, здесь прощупывается припухлость в виде тяжа. Втирания ртутной мази в правую руку, затем припарки на нее. Рана перевязывается с плюмассо, смазанным простым цератом.

11 апреля. Ночью больной спал хорошо. Было несколько приступов озноба. Аппетит понижен; рвота не повторялась. Пульс спокойный. Был стул. Рука болит меньше, она горяча, но не красна. Рана нагнаивается хорошо. К полудню опять приступ озноба с дрожью, нос похолодел, лоб прохладный. Приступ продолжается $\frac{3}{4}$ часа и прекращается постепенно, не переходя в жар. Во время озноба пульс

¹ В оригинале, по-видимому, описка: имеются в виду лимфатические узлы.



был очень учащен, до 160 ударов; вследствие дрожи пульс едва прощупывался, он очень мал. После озноба пульс 128, более полный, но мягкий. В то же время была небольшая головная боль. После дачи рвотного средства кожа постепенно становится теплее и влажнее. На всем теле выступает пот, он теплый, также и на лице. Живот слегка болезнен при давлении. В 12 часов была рвота только что принятым лекарством. Вскоре после этого больной как будто немного вздремнул, но в 1 час 15 минут начал надвигаться новый приступ озноба. Больной побледнел, потение лица постепенно стало меньше, и эта часть тела остывала, равно как конечности. Пульс сделался меньше, 112 ударов в минуту; вскоре за тем он стал очень мал, еле ощутим, 152 удара в минуту. Во время озноба больной несколько раз просил пить. В 2 часа без 5 минут озноб прекратился; лицо опять согрелось; пульс снова немного выправился, и кожа постепенно покрылась теплым потом. В это время больной часто просил пить. В течение ночи больной совершенно не спал и от 11 до 7 часов имел стул 5 раз. Испражнения становились все жиже и обильнее. Во время приступа озноба больной получал бузинный чай с опиумом.

Сразу же после приступа озноба около 3 часов пополудни: *Rp. Tart. emet. 0,24, Pulv. rad. lpec. 1,25, solv. in Aq. dest. 60,0. DS.* По 1 столовой ложке, принимать с горячим бузинным чаем каждые четверть часа. В 1 час 30 минут пополудни: *Rp. Chinin. sulf. 0,24, Sacch. alb. 0,6, Calom. 0.06. DS.* По 1 порошку каждый час. До 7 часов принято всего 6 порошков, после чего снова назначен рвотный камень. Повязка снята, рана подвергнута орошению водой, в нее введено плюмассо с *Ung. basilic.*, закрепленное липким пластырем и компрессами. В 9 часов вся повязка снята, и на рану наложена припарка. В кожу обоих плеч втерта ртутная мазь, и поверх положена фланель; кроме того, на правое плечо – припарка. На живот поставлено 16 банок, а после них – везикатор. Больной укрыт тремя шерстяными одеялами.

12 апреля. В 8^{1/2} часов утра пульс спокойнее, около 110. Потение продолжается. До посещения врача кишечник действовал трижды, а после этого, до 12 часов, еще 3 раза. Несколько раз была рвота. Аппетит отсутствует, но продолжается сильная жажда. После визитации еще 4 раза был стул, желтый и жидковатый.

В 1 час 30 минут пополудни больной почувствовал сведение конечностей, как при приближении озноба. Он тут же получил 0,6 г хинина и через полчаса то же количество. На правое плечо, на его внутреннюю поверхность, вдоль хода крупных сосудов поставлено 40 пиявок; конечности похолодели, пульс малый, вскоре стал неощутимым. Дыхание несколько затруднено. За короткий срок больной еще больше осунулся, пот на лице сделался холодным. Через час больной немного оправился, но дыхание оставалось затрудненным; пульс малый; тяжесть в голове. К 5 часам пополудни затруднение дыхания усилилось, пульс не прощупывается, зрачки стали неподвижными и широкими, и вскоре больной скончался.

Вскрытие произведено на следующий день. Кожа и подкожная клетчатка на плече были отечны; клетчатка была розового цвета, инъецирована. Обнаженная *v. basilica* и *axillaris*¹ имела вид темно-красного тяжа толщиной с палец; на ощупь

¹ Здесь эти вены рассматриваются как одна: непосредственным продолжением *v. basilica* в данном случае была *v. axillaris*.



она была твердовата. После перерезки внутри оказался темно-красный кровяной сгусток, местами, между клапанами, плотнее приставший к внутренней оболочке вены. Внутренняя поверхность этого сосуда тоже была местами темно-красная, причем эта краснота зависела скорее от имбибиции, чем от воспаления. Все же наиболее насыщенная темно-красная окраска отмечалась в том отрезке вены, который был обнажен в самой ране и где на наружной поверхности находилась лигатурная нить от перевязки венозной ветви. Далее кверху, под ключицей, одно место на внутренней оболочке вены, шириной в три поперечных пальца, было окрашено в розовый цвет, как при воспалении. Однако вся стенка вены была резко утолщена, и скорее за счет отложений между оболочками вены, чем отложений в самих этих оболочках.

Интересно было сравнение этой болезненно измененной вены с одноименной веной другой стороны, которая имела по меньшей мере в три раза более узкий просвет и в три раза более тонкую стенку, отличавшуюся белым цветом. Параллельно плечевой артерии, на всем протяжении плеча и вплотную к основному стволу, пробегала артериальная ветвь толщиной с воронье перо.

Внутренняя поверхность раны, не наполненной никакими выделениями, была грязного, синеватого цвета и зловонная. Эта дурная окраска относилась, однако, в большей степени к остаткам сумки и частичкам желез, чем к мышцам, сохранившим хороший вид. Нигде не было ни намека на гной или гнилостную жидкость. Не было гноя и в венах вокруг раны. Артерия, столь сильно кровоточившая во время операции, была перевязана сразу же у места отхождения от подкрыльцовой артерии.

Грудная полость: сердце несколько увеличено, в его правой половине содержится много лимфатических сгустков. Легкие: нижняя доля левого легкого размягчена, полнокровна; крепитации нет.

Брюшная полость: печень велика и полнокровна. Селезенка увеличена, дряблая. Поджелудочная железа и почки крупные, здоровые. Мочевой пузырь умеренно растянут.

Кишечный канал: в тонких кишках и в желудке имеется несколько участков розового цвета, образовавшихся несомненно в результате применения рвотного камня.

Полость черепа: мозг совершенно нормальный.

Замечания

Каждый из приведенных здесь 4 случаев травматического флебита отличается некоторыми особенностями.

В первом случае приступ озноба появился только через 18 дней после травмы, т. е. после перелома, когда период нагноения был уже в полном разгаре и кожная рана уже целиком покрылась грануляциями. В четвертом же случае, напротив, у больного был сильный приступ озноба уже на следующий день после операции¹, еще до снятия первой повязки. В первом случае болезнь продолжалась

¹ Здесь в оригинале, вероятно, описка (пропущена цифра 5) – следует читать: уже на 5-й день после операции.



полных 2 недели¹, причем приступы даже прекратились на целую неделю, между тем как во втором случае трех приступов за два дня уже было достаточно для истощения жизненных сил.

В чем же состоит причина столь резкой разницы в ходе одного и того же болезненного процесса? Можно было бы, пожалуй, а priori² искать эту причину в различной индивидуальности больных. Однако вскрытие показывает нам столь различные явления в обоих случаях, что я считаю вполне обоснованной возможность использовать их для объяснения этой поразительной разницы. После смерти Якобсона и даже еще до этого (после первой резекции поврежденной кости и в дальнейшем после ампутации) мы находим явственное нагноение в костномозговой полости плечевой кости, гной в подкрыльцовой вене и впоследствии характерное клиновидное опеченение и развитие гнойников в легком. В четвертом случае, напротив, не было никаких намеков на гной ни в воспаленной *V. basilica*, ни во внутренних органах. Границы флебита были совершенно четко очерчены местом перевязки значительной железистой венозной ветви, лигированной непосредственно у места впадения в подкрыльцовую вену во время операции. Легкие, печень, в общем все внутренние органы, остались совсем неизмененными.

В какой связи находились приступы озноба в обоих случаях с явлениями, обнаруженными после смерти больных? Был ли озноб 1) последствием одного лишь воспаления вен, или 2) он отражал как раз момент возникновения гноя, или 3) наконец, этим ознобом проявил себя переход гноя в общее кровяное русло и его оседание во внутренних органах тела? Я не намерен здесь доискиваться непосредственной причины озноба путем истолкования этих вопросов; я считал бы себя вполне удовлетворенным, если бы мог хоть в некоторой степени установить практическое значение этого страшного симптома.

В большинстве случаев флебита приступ озноба безусловно означает либо переход гноя из воспаленной вены в общее кровяное русло, либо даже отложение его в паренхиме внутренних органов, ибо 1) почти во всех случаях за ознобом непосредственно следует ряд других явлений (слабость, тифозное состояние, покашливание и т. д.), которые не оставляют никакого сомнения относительно поражения всех соков организма и болезненного состояния внутренних органов; 2) у животных озноб, если он вообще бывает после впрыскивания гноя или ртути в вену, обыкновенно наступает вскоре после вмешательства. Это я выяснил в опытах, предпринятых мною совместно с доктором Караваевым. В чрезвычайно точно составленных им протоколах опытов (см. его диссертацию) мы находим эти данные в описаниях экспериментов № 1, 10, 17, 20, 31. Впрочем, следует отметить, что в большинстве случаев после впрыскивания гноя в вены подопытных животных наступал не озноб, а значительные расстройства дыхания и резкая слабость, так что животное, растянувшись на земле, не могло даже шевельнуться (см. ниже). Но в то же время нельзя отрицать того, что в некоторых случаях одно лишь воспаление вен без образования гноя может рассматриваться как

¹ Имеется в виду время, протекшее с момента появления ознобов до дня смерти больного.

² А priori (лат.) – заранее, наперед.



причина страшных приступов озноба. Так было и в нашем четвертом случае. После смерти больного мы не нашли никаких следов гноя ни в *v. basilica*, ни в легком. Рана была даже синеватой и совершенно сухой, и тем не менее, может быть, ни в одном из четырех приведенных здесь случаев приступы озноба не были столь сильными, как именно в этом случае.

Подобный случай описывается также Годжсоном (см. стр. 56 немецкого перевода). У больного также был озноб, и он умер вследствие тифозного состояния. Вскрытие не обнаружило ни свернувшейся лимфы, ни гноя в полости *V. saphena*, подвергшейся воспалению.

Бывают и такие случаи, когда после ужаснейших приступов озноба вслед за наружным повреждением или значительным оперативным вмешательством на вскрытии нельзя обнаружить никаких намеков на воспаление вен и наличие гноя в венах или во внутренних органах. Ниже (см. главу об аневризме) я приведу случай, когда после перевязки общей подвздошной артерии несколько подобных приступов лишили нас последней надежды на спасение уже истощенного больного. В случае 5, после значительного травматического повреждения, у больного незадолго до смерти, на 7-й¹ день после повреждения, также был приступ озноба, и вскоре он впал в глубокое сопорозное состояние, а вскрытие не обнаружило ни воспаления вен, ни гнойных отложений во внутренних органах.

Случай 5. Осложненный перелом пястных костей. Перелом шейки плечевой кости, двух ребер. Вывих другого плечевого сустава со значительным разрывом капсулы. Приступ озноба. Смерть.

Иоганн из Веснерсгофа, эстонец, 65 лет, довольно крепкой конституции, вечером 31 августа 1837 г. в 7,5 км от Дерпта предлагал одному проезжему почтарю купить у него шапку. Тот пошел на эту сделку, но, как только получил шапку, погнал лошадей, не уплатив денег. Чтобы не лишиться своего имущества, больной попытался, слишком полагаясь на свои силы, остановить лошадей; однако при этом он попал под повозку и остался лежать на дороге, не будучи в состоянии встать. Больной тем не менее уверяет, что сознания он не терял. Несколько часов спустя он был найден на дороге и доставлен в клинику хоть и при сознании, но в несколько оглушенном состоянии.

Приблизительно через 18 часов после повреждения его состояние было таково. На тыльной поверхности правой кисти имелась большая рваная рана. В промежутке между третьей и первой пястными костями кожа была содрана. Первая пястная кость была раздроблена. Приводящая мышца большого пальца, а также сухожилия длинного и короткого разгибателей большого пальца были разорваны, так что весь большой палец висел лишь на мышцах *thenar*. Вторая пястная кость также лежала в ране обнаженной, с открытым переломом. Нижний конец третьей пястной кости выступал на тыле кисти под кожей; ее головка, следовательно, была вывихнута. Если же проникнуть пальцем в ход, ведущий со стороны раны в сустав между третьей пястной костью и головчатой костью, то пястная кость оказывается на ощупь шероховатой. Следовательно, вывихнутая головка третьей пястной кости должна быть либо обнажена от надкостницы,

¹ В тексте «Анналов» по ошибке пропущена цифра 7.



либо одновременно сломана. Казалось, что четвертая и пятая пястные кости тоже вывихнуты, но это нельзя было точно определить. Наконец, все запястье казалось сильно разможенным, но не слишком резко распухшим.

Правое предплечье находилось в положении пронации. На передней стенке подмышечной впадины виден сильный кровоподтек. На плече сохранилась нормальная округлость его, и головка плечевой кости прощупывалась непосредственно под акромиальным отростком лопатки. Все же плечо образовало впадину, вогнутостью обращенную кнутри. Если при умеренном вытяжении производить вращательное движение кнаружи, то выше места прикрепления дельтовидной мышцы, на 4 поперечных пальца ниже акромиального отростка лопатки, можно определить отчетливую крепитацию. Припухлость плеча была незначительной.

На левом надплечье акромион выпячивался острием. Под ним чувствовалась впадина. Дельтовидная мышца сильно напряжена. Плечо находится в положении отведения и на своей наружной поверхности образовало дугу, вогнутостью обращенную кнутри. Головка плечевой кости ясно видна в подостной ямке лопатки, непосредственно под лопаточной остью, и всякое движение плеча распространялось на головку плечевой кости. Книзу и кнутри, в подмышечной впадине, виден сильный кровоподтек. Посредством даже очень слабого вытяжения можно было тотчас переместить головку плечевой кости в суставную впадину, но постепенно она снова возвращается в подостную ямку. Припухлость плечевого сустава была не особенно значительной. Никакой крепитации нельзя было определить. Четыре последних пальца левой руки погибли еще 28 лет тому назад вследствие отморожения.

Общее состояние больного почти совсем не нарушено. Хотя он и был слаб, но при полном сознании, тотчас же отвечал на обращенные к нему вопросы и даже сам указывал, что чувствует себя довольно хорошо, а боль испытывает только при дотрагивании до поврежденных частей. Пульс был 100 ударов в минуту, маловат. Язык лишь слегка обложен, жажда невелика.

1 с е н т я б р я . Ночью, сразу же после поступления больного в клинику, ему было сделано кровопускание в количестве 360 г. Сделаны ледяные обертывания обоих плеч. На предложенное больному вычленение кисти он не соглашался, а позволил лишь удалить большой палец, висевший еще на мышечном лоскуте; это и было выполнено одним сечением ножа. Ледяные обертывания продолжают. Кисловатое питье.

2 с е н т я б р я . Правое плечо несколько распухло, а правая кисть – значительно больше. На рваной поверхности, оставшейся после удаления большого пальца, уже начинается нагноительный процесс. Общая реакция незначительная, пульс 80, легко сжимаемый. Так как 2 дня не было стула, больному дается солевое слабительное. На левое надплечье поставлено 10 банок, это плечо прикреплено к туловищу посредством колосовидной повязки.

3 с е н т я б р я . Правая кисть сильно отекала. Рвано-ушибленная рана гноится. На всей правой руке отмечается эластическая припухлость. Левое плечо не обнажалось. Общее состояние как вчера. Стула не было. Раздражающая клизма. Ледяные обертывания продолжают.



4 сентября. После применения клизмы был дважды стул. Рана на кисти имеет грязный вид и покрыта частью омертвевшей клетчаткой, частью гангренозными желтыми концами сухожилий. Кисть умеренно распухла. Пульс 80, твердоват. Назначения: на все поврежденные места продолжать холодные обертывания; на левый сильно распухший плечевой сустав 10 банок. Кровоопускание в количестве 180 г. Охлаждающее питье.

6 сентября. Ночь больной провел беспокойно, очень часто просил смены ледяных обертываний. Стула не было. Желтое окрашивание кожи вокруг рта усилилось; белковая оболочка глаз также слегка пожелтела. Глаза влажные, блестящие. Лицо больного осунулось несколько больше. Белый налет на языке усилился, но язык влажный. Пульс ускоренный, но не малый. Больной отвечает на все вопросы. На кисти рана грязная. На левом плече напряжение и припухлость усилились, а в глубине определяется отчетливое зыбление. Был сделан пробный прокол, через который, однако, выделилось лишь немного кровянистой жидкости. Ранка была тотчас закрыта полосками липкого пластыря. Назначения: простая клизма; на кисть дигестивная мазь и припарка. На оба плеча холодные обертывания. Вскоре после этого у больного начался приступ озноба, он потребовал, чтобы его укрыли теплее, особенно голову. Лицо больного заметно осунулось. Ему была дана чашка настоя ромашки, а холодные обертывания отменены.

Озноб длился более получаса. Боль при давлении на область печени и сейчас полностью отсутствовала. Нос и мочки ушей были холодные, а лоб и остальное тело, напротив, теплые. Затем постепенно развился сильный жар, на всем теле – проливной пот, но облегчения не было. С наступлением этих явлений больной пал духом и сказал, что умрет. С 2 часов не отвечал более на вопросы. Потение было очень сильное; пульс стал немного лучше, но достигал 150 ударов в минуту. У больного отвисла нижняя челюсть, и он все время двигал руками и ногами. Когда ему подносили питье, он пил.

В 4 часа больной лежал с закрытыми глазами в сопорозном состоянии. Введенную с клизмой жидкость больной тотчас же выпустил обратно. Дыхание было храпящее. Больной перестал слышать, даже когда ему кричали. Если оттянуть веко, видна мутная роговая оболочка; зрачок расширен, но еще реагирует на свет. На выбритой голове не обнаружено ни одного подозрительного места. Пульс 150 ударов в минуту. Сделано кровоопускание в количестве 120 г. Кровь вытекала хорошо, она была алого цвета и немедленно свертывалась.

В 5 часов больной лежит еще в глубоком сне, храпит, рот открыт. Пульс стал слабее и очень ускорен. Кончик носа и ноги холодные, все остальное тело горячее и влажное. Затем на всем теле выступил теплый пот; потение продолжалось весь вечер и почти всю ночь. Остальные явления без изменений. Чем ближе к ночи, тем тяжелее становилось kloкочущее дыхание, а время от времени оно даже полностью прекращалось на полминуты, пока вновь не возвращалось с тихим хрипением. В таком состоянии больной, этот дышащий труп, провел всю ночь.

7 сентября. Больной все еще лежит с закрытыми глазами, лицо гипократово; пульс неощутим, роговица мутна, покрыта вязкой светлой слизью. Зрачок несколько расширен и нечувствителен. Рот открыт, язык сух; дыхание



клокочущее, часто прерывается. При посещении в 10 часов было предпринято несколько опытов, чтобы определить глубину сопорозного состояния. После вдыхания нашатырного спирта больной всхрипнул; при сгорании спирта, вылитого на ноги, больной слегка дрогнул ногами и слабо застонал. Но раньше чем была приведена в должный порядок машина для электризации с целью проверить и ее воздействие на больного, он скончался.

Данные вскрытия. На правой плечевой кости виден перелом, начинающийся в области анатомической шейки и направляющийся сверху вниз и снутри кнаружи; имея в длину 12,5 см, он оканчивается ниже места прикрепления дельтовидной мышцы. Непосредственно под головкой плечевой кости небольшой участок кости вдавлен в костномозговую полость. Нижний отломок кости показывает *dislocatio ad longitudinem*¹ приблизительно на 1,25 см. Суставная полость наполнена кровянистой сывороткой. В подмышечной впадине имеется несколько мелких разорванных венозных ветвей. Сухожилие двуглавой мышцы сохранено.

На правой кисти. Верхний отломок отделенной первой пястной кости сидит еще на большой многогранной кости и не вывихнут. Верхний отломок второй пястной кости также сидит в суставе, но разможен. Третья пястная кость не сломана, но вывихнута в сторону тыла кисти. Кости запястья сохраняют свое нормальное положение. Сустав между запястьем и лучевой костью также в нормальном состоянии, только суставные хрящи и сумка представляются не гладкими и полированными, а скорее матовыми. Подкожная клетчатка кисти отечна, но не обнаруживает никаких признаков воспаления. Нет ни гнойных затеков на предплечье, ни гноя в венах.

На левом надплечье, после перерезки дельтовидной мышцы, вытекло около 360 г ихорозного гноя шоколадного цвета, скопившегося под дельтовидной мышцей и на широком протяжении между большой и малой грудными мышцами.

Суставная капсула была оторвана почти по всей окружности, только спереди и сверху сохранился еще небольшой участок. Сухожилие малой круглой мышцы оказалось целым, а сухожилие длинной головки двуглавой мышцы почти целиком разорвано. На месте разрыва, находившемся приблизительно на 3 поперечных пальца ниже акромиального отростка лопатки, это сухожилие представлялось размягченным и распухшим. Хрящевая поверхность головки плечевой кости вследствие пропитывания кровью казалась покрасневшей и лишенной блеска.

В грудной полости клетчатка переднего средостения была эмфизематозна. В верхнем отделе правого легкого имелись незначительные спайки. На левой стороне обнаружен направленный строго поперечно перелом третьего ребра под большой грудной мышцей, но без всякого смещения. Как раз в этом месте на легком было несколько спаек, и ткань его была полнокровной и покрасневшей, особенно в заднем отделе. В плевральной полости имелось небольшое количество кровянистого выпота. Все легкое наполнено пенистой жидкостью. В правой венозной камере сердца находились два лимфатических сгустка. Стенки левого сердца резко утолщены.

¹ Dislocatio ad longitudinem (лат.) – смещение по длине.



В слизистой оболочке желудка, на расстоянии 5 см от кардии, обнаружена на небольшом протяжении красная инъекция. Кишечный канал, селезенка и печень были нормальны.

В полости черепа на верхней поверхности больших полушарий, между твердой и паутинной мозговыми оболочками, имелись две тонкие, но довольно плотные ложные мембраны, снабженные немногочисленными сосудами; на правой стороне они были размером примерно 6 см, а на левой – немного меньше.

Замечания

Необходимо отметить, что как в только что приведенном, так и в том случае, где была перевязана общая подвздошная артерия, я нашел на вскрытии значительную полость на месте повреждения (в случае 5 под большой грудной мышцей), распространявшуюся между мышцами и содержащую ихорозную жидкость шоколадного цвета. Находилось ли образование этой полости, или вернее ее продукция, в какой-нибудь причинной связи с приступами озноба? Нельзя ли допустить в подобных случаях переход гнойных выделений в циркулирующую кровь? Я убежден в возможности такого заражения крови гноем, *когда при вскрытии нельзя обнаружить какие-либо явные изменения в венах и во внутренних органах*. Так обстояло дело и в поставленных д-ром Караваевым опытах № 3¹ и № 18 с впрыскиванием гноя. Дело в том, что в одном из этих опытов сначала в яремную вену собаки было впрыснуто 7,5 г гноя, разбавленного водой. Через несколько дней впрыскивание того же количества гноя было повторено дважды. У собаки развились явления коллапса и ступора, и она погибла на 6-й день после впрыскивания. На вскрытии обнаружено только несколько незначительных экхимозов, разбросанных по поверхности легкого, и гнойник поясничной мышцы (последняя инъекция была сделана в бедренную вену). В другом опыте тоже с впрыскиванием 1,875 г гноя в головной конец яремной вены у теленка смерть наступила через 4 часа (при этом было сделано кровопускание в количестве 240 г). И в этом случае вскрытие показало только, что кровь стала поразительно жидкой и в легочной ткани имеются немногочисленные экхимозы.

Может быть, подобные сравнительно редкие случаи без заметных изменений в структуре внутренних органов как раз и послужили поводом к тому, что некоторые немецкие хирурги (Людер, Фрике) рассматривали приступы озноба, развивающиеся вслед за травматическими вмешательствами, как своеобразную болезнь под названием *febris intermittens (?) traumatica perniciosa* (пернициозный приступ озноба). Странно звучат слова Фрике. «В прежние времена, – говорит он, – когда мы наблюдали приступы озноба после повреждений, то мы думали, что причиной их является чаще всего воспаление вен; однако новейшие тщательные наблюдения показали нам, что это имеет место лишь в исключительно редких случаях». Еще более удивительно то обстоятельство, что этот же автор, очевидно, противоречит самому себе (как д-р Караваев правильно отмечает в своей диссертации), когда он в другом месте своего труда говорит: «Воспаление вен,

¹ В оригинале опечатка: имеется в виду 13-й опыт Караваева.



при котором и мы *часто* наблюдали приступы озноба почти всегда в качестве предвестников несчастливого исхода, и т. д.». Я не могу удержаться, чтобы не высказать здесь своего изумления по поводу того, что немецкие хирурги еще значительно менее, чем французские, обращают внимание на травматический флебит после операций и повреждений. Иначе я не могу понять, почему в известном справочнике по хирургии Руста об этом не сказано ни слова и почему я за время своего пребывания в Берлине в течение полутора лет не слышал ни единого слова об этой страшной болезни от тамошних знаменитых клинических преподавателей.

Ложное представление о том, что в большинстве случаев пернициозных травматических приступов озноба совершенно отсутствует воспаление вен и гнойное заражение крови, послужило поводом к тому, что для этих случаев некоторыми хирургами был предложен такой метод лечения, при котором прежде всего учитывалось адинамическое состояние нервной системы и сходство с пароксизмами перемежающейся лихорадки (см. ниже).

Бросается в глаза то обстоятельство, что весь ряд явлений более или менее одинаков почти у всех больных, хотя местоположение воспаления вен и гнойных скоплений находилось в самых различных внутренних органах. И у животных после инъекции гноя наиболее постоянно возникают следующие явления: 1) затруднения дыхания, 2) рвота и 3) своеобразное адинамическое состояние. Мною и д-ром Караваевым наблюдались у животных после впрыскивания гноя и ртути в венозную систему следующие явления.

1) Если впрыснуть животным в сердечный конец вены 3,75 г или 7,5 г гноя, то они уже во время впрыскивания кричат, впадают в особое состояние страха, и тут же начинаются у них затруднения дыхания. Последнее явление продолжается обычно от четверти до получаса; за это время у животных иногда развивается приступ озноба, который в свою очередь также длится от четверти до получаса.

2) Вскоре после этого животные слабеют, даже самые живые и злые собаки сваливаются, делаются печальными, лежат обыкновенно на земле на том или другом боку, вытянув конечности. Аппетит исчезает полностью, глаза становятся тусклыми и покрываются слизистым налетом.

3) Незадолго до смерти животные лежат беспрерывно. Понос и рвота повторяются все чаще и сочетаются с затруднениями дыхания.

Я не ставлю перед собой задачу набросать здесь всю картину этого страдания у человека. Оно превосходно описано в трудах Арнотта, Данса, Крювелье, Фрике, Вельпо. Хочу только отметить, что тот, кто возьмет на себя труд заглянуть в наши истории болезни, убедится в том, что 1) приступы озноба, 2) затруднения дыхания во время приступа и 3) адинамическое состояние, очень похожее на тифозное, являются теми симптомами, которые всегда наблюдаются у всех больных этой группы при самых разнообразных местоположениях гнойного отложения. Что касается озноба, то он так называется только по своеобразному ощущению, которое испытывает больной, – это не что иное, как общая дрожь, от которой больной нередко порядочно подсакивает в кровати и зубы его стучат, но, несмотря на это, кожа его горит, а пульс делается очень малым и еле ощутимым. При наличии таких постоянных явлений заболевания мы невольно



приходим к мысли о признании одной и той же причины его, причем действующей скорее на весь организм, чем местно.

В случаях гнойного флебита нельзя не признать определенного изменения всей массы крови. Исследования Данса, Арнотта, Бландэна, Вельпо, Крювелье и, наконец, наши собственные опыты, проведенные совместно с д-ром Караваевым, не оставляют у нас более никакого сомнения на этот счет. Даже в тех случаях флебита, где не наблюдалось никакого нагноения (см. случай 4), мы должны по аналогии принять определенное болезненное состояние крови. Безусловно, отложения гноя в паренхиме легкого, печени и т. д. и воспалительное состояние слизистой оболочки кишечного канала, которое тоже иногда наблюдается, не вызывают этого своеобразного тифозного состояния. Как нам кажется на основании наших опытов на животных, именно *переход зараженной гноем венозной крови в легком в артериальную кровь* является фактором, обуславливающим развитие этой болезни. Дело в том, что если впрыснуть 3,75 г гноя в периферическую часть бедренной артерии у собаки, то общие и местные явления возникают в более высокой степени и значительно скорее.

Различное течение всего болезненного процесса, по-видимому, можно объяснить той причиной, что переход инфицированной венозной крови в артериальную в одних случаях происходит медленнее, а в других скорее. В первой истории болезни мы видим, что болезнь протекала заметно медленнее, чем в третьем случае. Почему? В первом из этих случаев мы видим нагноение в костномозговой полости. Разве это не является причиной того, что гной переходил значительно медленнее в общую массу крови? Ртуть, введенная в костномозговую полость собаки, значительно позднее обнаруживается в легочной ткани, чем после непосредственного введения этого металла в бедренную вену. В одном крайне интересном опыте д-ра Караваева, в котором несколько капель гноя было введено в костномозговую полость просверленной большеберцовой кости собаки после разрушения самого костного мозга с помощью проволоки, животное погибло через 5 дней после операции при явлениях затрудненного дыхания. Вскрытие показало резко выраженный флебит бедренной вены и нижней полой вены до самого правого предсердия, с гнойными отложениями в коленном суставе, причем ни в одном внутреннем органе нельзя было обнаружить никаких следов гноя. Все же остается странным, что именно в третьем случае, где болезнь протекала значительно быстрее, чем в очень похожем на него втором случае, в легком не было найдено никаких признаков этих своеобразных клиновидных гнойных отложений. Может быть, это обстоятельство следует объяснить таким образом, что именно в том месте, где переход зараженной венозной крови в артериальную тормозится застоем последней в легочной перенхиме и возникшим здесь местным нагноительным процессом, болезненные явления развиваются значительно медленнее и обнаруживают менее острое течение?

Так как симптомы нашего заболевания очень характерны, то редко его не распознают или смешивают с другой болезнью. Тем не менее я мог бы, пожалуй, привести несколько случаев из больничной практики Берлина и Петербурга, где это все же имело место. Я сам произвел однажды в Обуховской больнице ампутацию голени у больного по поводу кариеса костей стопы. После этого коленный



сустав распух и больной впал в состояние адинамии. После смерти больного я нашел гной в коленном суставе, а поверхностные вены культи были переполнены гноем, не обнаруживая, впрочем, никаких намеков на воспаление. Внутренняя поверхность этих вен была совершенно белая. В то время я мог объяснить себе это явление только всасыванием гноя. Насколько мне помнится, это состояние тогда осталось совершенно незамеченным. Правда, смешение этой болезни с другой, если она уже дошла до такой степени, не будет иметь особых последствий – больной в сущности все равно погиб. Однако существует, пожалуй, еще одно аналогичное заболевание, которое я недавно имел возможность наблюдать в Париже в массовом масштабе, – это т р а в м а т и ч е с к а я р о ж а, которая господствует в парижских больницах почти непрерывно, особенно же в весенние месяцы. Приступы ее имеют поразительное сходство с явлениями флебита. Озноб, правда, не такой сильный, как при флебите, адинамическое состояние, резкое изменение черт лица и гастрические явления обыкновенно сопровождают рожистую красноту и припухлость, которые присоединяются подчас к самым ничтожным ранениям. По наблюдениям Бландэна, рожа распространяется по ходу лимфатических сосудов, так что соседние лимфатические узлы припухают (*érysipèle phlegmoneux lymphatique*¹ Сансона), и очень часто она переходит в ложную рожу, заканчиваясь образованием гнойников. Впрочем, этот исход не всегда обязателен. Сансон выделяет также вид р о ж и, который действительно сочетается с воспалением вен; эта форма особенно поражает старых людей и лиц с толстой кожей; Сансон называет ее *érysipèle phlegmoneux veineux*². Я наблюдал несколько больных с травматической рожой в больнице Charité в Париже. О некоторых из этих больных я на основании общих явлений мог создать себе только такое представление, что они страдают флебитом и гнойным заражением всей крови, и все же Вельпо, в отделении которого в ту пору господствовала эта рожа, придерживался другого мнения и говорил мне, что будто при вскрытии нельзя обнаружить никакого флебита. В самом деле, при вскрытии трупа женщины, скончавшейся от такой рожы, гной был обнаружен только в лимфатических узлах.

При периферическом флебите (когда, как это бывает в большинстве случаев, воспаление начинается с мельчайших вен) тоже нередко наблюдается легкая рожистая краснота. Однако пораженная конечность на ощупь скорее отечна, чем напряжена, а боль распространяется точно по ходу поверхностных вен (см. случай 3). Если же воспаление развивается в более крупной вене, то можно заметить твердоватую, крайне болезненную, валикообразную припухлость по ходу этой вены, однако также связанную с отеком (случай 4). При соответствующих обстоятельствах я всегда вспоминаю случай 2; в результате этого наблюдения я выработал для себя незыблемое правило: «когда у кого-нибудь из моих больных после наружного повреждения появляется приступ озноба и когда при этом я не нахожу на месте повреждения никаких изменений, заслуживающих внимания, я должен более тщательно исследовать все тело больного в обнаженном виде». В больничной практике и вообще при тех видах повреждений, где можно

¹ Лимфатическая флегмонозная рожа (франц.).

² Венозная флегмонозная рожа (франц.).



опасаться развития флебита (после нагноений, панарициев, ампутаций и т. д.), я теперь считаю это правило таким же обязательным, как исследование грыжевых областей у больных, страдающих острым энтеритом. Правда, если болезнь зашла уже так далеко, что начались приступы озноба, то хорошего не приходится ждать. Однако возможность помочь больному всегда сохраняется в большей степени там, где только первый приступ озноба выявил скрытый доселе флебит. В самом деле, если этот приступ озноба возник вследствие флебита, то можно найти иногда в очень отдаленной области какое-либо болезненное место, какую-то бледно-розовую пятнистую припухлость; такого открытия уже достаточно, чтобы сосредоточить все внимание врача на этом подозрительном месте, в котором тлеет настоящий очаг болезни. Когда я в случае 2 сделал это неприятное открытие на ноге больного, болезнь была уже в полном разгаре; вялый больной сам уже не был в состоянии обратить мое внимание на место поражения.

Я придерживаюсь того мнения, что при нынешнем состоянии науки, после того как мы уже в опытах на животных убедились в столь губительном действии гноя на всю массу крови, мы уже не можем больше сомневаться в основной причине всего этого заболевания. Механизм патологического процесса в большинстве случаев ясен. В результате патологоанатомических исследований и экспериментов на животных мы должны признать следующее.

1. В большинстве случаев болезнь начинается с воспаления более мелких поверхностных вен, заканчивающегося нагноением. Поэтому я хотел бы ее назвать «*phlebitis peripherica suppuratoria*». Непосредственные причины этого флебита могут быть различны. Главнейшие из них следующие. 1) Господствующий эпидемический характер болезни. 2) Больничный воздух, насыщенный молекулами гноя. Я обратил внимание на то обстоятельство, что в нашей клинике случаи флебита наблюдались именно в то время, когда в палатах лежали больные с вскрывшимися абсцессами поясничной мышцы и с сильно гноящимися язвами. 3) Перевязка венозных ветвей после ампутации конечностей и после иссечения опухолей. Доказательством этого положения являются случаи 4 (с удалением подмышечных желез), случай 6, о котором сообщу ниже, и, наконец, исследования ампутационных культи, произведенные Бланденом у умерших после приступов озноба; он всегда находил у них воспаление перевязанных поверхностных венозных ветвей. 4) Травматическое повреждение мозговой полости кости, причем в воспалительный процесс вовлекаются и содержащиеся в ней костные вены. Доказательством этого являются исследования ампутационных культи Крювелье, находившего мозговую полость отпиленной кости в состоянии воспаления; далее частота флебита после осложненных переломов (см. случай 1) и, наконец, исследования ран и переломов черепа, произведенные Арноттом, находившим диплоэ в состоянии воспаления. 5) Непосредственное попадание гноя в венозную кровь, а у животных и в артериальную при впрыскивании гноя в периферические концы артерий.

2. Ближайшим последствием воспаления периферических вен является образование гноя в полости воспаленных вен и смешение этого гноя с кровью, циркулирующей в венозной системе. Образование гноя в полости вены тоже представляет собой своеобразное явление; гной не выделяется воспаленной



внутренней оболочкой вены, но, по-видимому, возникает из свернувшейся крови путем какого-то особенного метаморфоза, будь он химический или какой-либо другой. Полость воспаленной вены, как известно, заполняется кровяным сгустком, который довольно плотно прилипает к внутренней оболочке. Если этот сгусток удалить, внутренняя поверхность вены представляется темно-красной. Но эта краснота является, очевидно, скорее пропитыванием (в результате постоянного соприкосновения с кровяным сгустком), чем воспалительной краснотой. В том участке, где воспаление длилось более продолжительное время, следовательно, ближе к воспалительному очагу, заметно, что этот сгусток становится значительно мягче, значительно легче отстает от внутренней поверхности вены и местами превращается в гноеподобную массу. Наконец, в самом очаге поражения обнаруживаются многие мелкие вены, переполненные настоящим гноем. Внутренняя поверхность этих вен обычно белая, как в здоровой вене, а в их полости нет никаких следов кровяных сгустков. Так оно было в случае 2: с каждым разрезом на подошве из многих отверстий мелких вен вытекал чистый гной; большеберцовая же вена, напротив, была уже наполнена кровяным сгустком шоколадного цвета, а внутренняя ее оболочка была имбибирована и окрашена в темно-красный цвет.

Разве эти исследования не доказывают прямого превращения кровяного сгустка в гнойную массу? Впрочем, не в одних только венах, но и после больших кровоизлияний в клетчатку при отсутствии контакта с наружным воздухом излившаяся кровь, очевидно, превращается в жидкость шоколадного цвета (причем без явных признаков флогистического процесса), которая обнаруживает все свойства плохого, гнилостного гноя. Наиболее ясный пример такого превращения мы видим в нашем случае 5. На протяжении 6 дней, которые больной прожил после повреждения, в правом вывихнутом плечевом суставе отнюдь не появилось никаких отчетливых признаков воспаления. Признаки весьма обширного кровоизлияния сменились у него признаками напряженной, глубоко флюктуирующей опухоли под дельтовидной мышцей. Что же было обнаружено после смерти? «После перерезки дельтовидной мышцы вытекло около 360 г ихорозного гноя шоколадного цвета». Под большой грудной мышцей можно было еще заметить следы излившейся крови, растворенной в этом гное. Внутренняя поверхность мышц, окружавших эту огромную полость, представлялась разможенной и распавшейся. Однако по соседству не было видно никаких следов пластического процесса, сопровождающего воспаление.

Образование гноя из кровяного сгустка в воспаленных венах происходит по направлению от центра к периферии¹. В подтверждение этого положения я приведу очень интересный пример из истории болезни случая 6 (см. ниже замечания к этому случаю). При вскрытии я нашел крупный лимфатический сгусток, прочно сросшийся с внутренней поверхностью нижней поллой вены, и в середине этого сгустка пазуху, заполненную гноем². Вена, которая была немного

¹ Имеются в виду центр и периферия кровяного сгустка.

² В этом месте текста «Анналов» второго года издания, как и в ряде других мест, имеется ссылка на рисунок. Однако по неизвестным причинам рисунки к «Анналам» второго года издания напечатаны не были.



утолщена и почти целиком закупорена этим сгустком, в остальном не обнаруживала никаких следов свежего воспаления.

С процессом гноеобразования в воспаленной вене согласуется также своеобразное явление, заключающееся в том, что внутренняя оболочка воспаленного сосуда, принявшая темно-красный цвет от пропитывания свернувшейся кровью, после превращения кровяного сгустка в гной приобретает снова свой нормальный беловатый цвет.

3. Гной, образовавшийся в полости воспаленной вены, смешивается с циркулирующей кровью и уносится ею, как только кровяной сгусток на границе воспалительного процесса расплавляется, растворяется и, следовательно, устраняется преграда между воспалительным очагом и циркулирующей кровью.

Не может ли попадание гноя в циркулирующую кровь осуществиться иногда другим путем? Вот вопрос, который, по моему мнению, в этиологическом отношении имеет огромное значение, но, к сожалению, ответить на него трудно. Не может ли гной, возникший в других, соседних органах, проникнуть в венозную систему снаружи? Путем всасывания, путем пропитывания или приблизительно таким путем, как воздух может проникнуть снаружи во вскрытую перерожденную вену? Я хорошо знаю, что 1) размеры гнойных шариков являются препятствием для их всасывания посредством капиллярных сосудов венозной системы, что 2) простому проникновению гноя в вену мешает кровь, которая после вскрытия вены течет и свертывается; следовательно, одно только пропитывание могло бы еще объяснить этот процесс.

Я прошу читателя вспомнить о случае 2. Как объяснить механизм возникновения болезни в данном случае? Больной приходит с панарицием на кисти и с ужасным гнойным затеком, распространившимся под ладонной фасцией на предплечье. Все свищевые ходы расщепляются, проделываются надлежащие противоотверстия, следовательно, гною повсюду обеспечен отток, и припухлость на предплечье, боли, нагноение уменьшаются. Но вдруг у больного начинается приступ озноба, который то и дело повторяется, и кто бы мог ожидать! На стопе той же стороны появилась болезненная, тестоватая, ложно флюктуирующая припухлость. Больной умирает, и вскрытие показывает периферическое гнойное воспаление вен стопы и гнойные отложения конической формы в легком. В какой связи находилось в данном случае воспаление вен на стопе с панарицием, с гнойным затеком на предплечье и гнойными отложениями в легком?

Ход этой болезни можно объяснить двояким путем: 1) либо следует принять особенную склонность, специальное предрасположение, особую гнойную дискразию в теле, либо 2) я бы сказал, что сперва образовалось глубокое воспаление клетчатки ладони; возникший при этом гной перешел через изъязвленные венозные ветви в циркулирующую кровь, возбудил в этих венах воспаление и тем самым опять обусловил воспаление мельчайших сосудов, осуществляющих в легочной ткани переход венозной крови в артериальную, а затем уже воспаление вен на стопе. Правда, при вскрытии на предплечье не было обнаружено никаких следов воспаления вен, но на кисти разрушение органических образований зашло уже слишком далеко. Мышцы, фасции, клетчатка – все это было превращено в кашицеобразную серую массу, издававшую запах трупa; следовательно, здесь



уже нельзя было обнаружить воспаление мельчайших периферических вен. Что же касается распространения подобного воспаления на более крупные венозные стволы, которое обыкновенно наблюдается при венозном воспалении периферических вен и которое отсутствовало в нашем случае, то я должен отметить, что оно имеет место не всегда.

Наиболее убедительное доказательство этого мы находим в гнойниках конической формы в легочной ткани. Последние, как мы сейчас увидим, представляют собой не что иное, как исход воспаления концевых разветвлений легочной артерии, и тем не менее при вскрытии никогда не находят распространения этого воспаления на более крупные ветви легочной артерии. Воспаление обычно охватывает неглубоко расположенные ткани, прилегающие к наружной поверхности легких, и поэтому пораженный участок принимает коническую форму. В частности, костно-мозговая полость опиленных переломанных костных концов, очевидно, в отдельных случаях может быть импрегнирована гноем соседних частей (например, при осложненных переломах, после ампутации и т. д.). В этом случае, вероятно, гной вызывает воспаление вен в костномозговой полости, которое заканчивается новым образованием гноя и т. д. (см. ниже в высшей степени интересный опыт д-ра Караваева).

4. Кровь, смешанная с гноем, очевидно, изменяется в своем составе, она становится жиже и принимает какое-то раздражающее и чужеродное свойство для органов кровообращения. Это ее раздражающее свойство проявляется преимущественно при происходящем в легких переходе венозной крови в артериальную или при переходе артериальной крови в венозную в периферических частях тела.

Химические признаки такого изменения крови, если не считать ее чрезмерного разжижения, обманчивы. Очень наглядный пример подобного изменения циркулирующей крови мы видим в случае 2 (см. дневник за 6 января). У животных это также резко бросается в глаза после впрыскивания гноя в вену. Однако в высшей степени раздражающее, совершенно чуждое органической ткани действие крови лучше всего проявляется там, где она приходит в соприкосновение с системой капиллярных сосудов легкого, железистых органов, мозга и наружных частей, и, по-видимому, ни один орган не составляет в этом смысле исключения. Характерным является возникновение мелких ограниченных гнойников, обычно окруженных здоровой паренхимой органов (раньше их смешивали с бугорками) и очень часто связанных с отложением гноя в серозных полостях в форме экссудатов. Чаще при этом оказывается, что и сами органы находятся в состоянии воспаления (например, нижняя доля легкого, слизистая оболочка кишечного канала).

В процессе развития этих абсцессов мы должны себе заметить три важных обстоятельства. 1) Очень часто нельзя найти вокруг гнойных отложений в паренхиматозных органах ни выпотевания пластического вещества, ни других следов воспаления. В некоторых, правда, редких, случаях серозные оболочки остаются белыми и свободными от всякого воспаления, и если выполоскать содержащийся в их полостях гной, становится совершенно невозможным отличить их от здоровых. 2) Иногда (в более редких случаях) легкие совсем свободны от подобных



гнойников, между тем как в печени и в мозгу они имеются в значительном количестве. К этой категории относится и наш случай 3, и несколько случаев перелома черепа. 3) Сердце обычно остается нормальным. Иногда, правда, можно обнаружить гнойные отложения в мышечном веществе его, но внутренняя поверхность его полостей обыкновенно остается свободной от всякого воспаления. Более крупные венозные стволы также оказываются воспаленными только в тех случаях, когда они сами представляют первоначальный источник воспаления (как, например, после перевязки при ампутациях, после кровопускания и т. д.), или в тех случаях, когда воспаление распространяется в них *per continuitatem* из более мелких венозных сосудов, так что его можно отчетливо проследить по ходу сосудов. Если мы теперь рассмотрим механизм образования гнойников, то окажется, что для этого существуют лишь следующие два пути.

1. В легком, при превращении насыщенной гноем венозной крови в артериальную, гнойные шарики, по-видимому, более крупные, чем красные кровяные шарики, встречают непреодолимое препятствие в узком просвете капиллярных сосудов, застревают здесь подобно шарикам ртути (по Крювелье и по нашим опытам, при впрыскивании в бедренную вену собаки ртутные шарики всегда застревают в разветвлениях легочных артерий), отделяются от массы крови и, накопившись в одной точке, образуют здесь гнойник.

До сих пор этот взгляд является приемлемым. Но тут же возникает вопрос, отвечает ли он другим наблюдениям. Как же получается, что в дальнейшем и артериальная кровь инфицируется гноем? Каким образом происходит то, что подобные отложения гноя обнаруживаются не только в легких, но и в мозгу, в селезенке, в почках, даже в мышцах конечностей и т. д.? Согласно этому взгляду легкие следовало бы рассматривать как своего рода *colatorium*¹, как фильтр для инфицированной крови, как орган, в котором вся масса крови освобождается от инородных веществ путем механической задержки этих веществ в капиллярах. Мы видим, однако, что в артериальную кровь гной проникает в количестве, достаточном для того, чтобы образовать отложения в отдаленных частях.

Далее вообще трудно себе представить механическое отделение гнойных молекул от общей массы крови при прохождении через систему легочных капилляров. Такое отделение происходит, пожалуй, в том случае, когда в венозную систему впрыскиваются ртутные шарики, но в этом случае вся смесь является скорее механической, в то время как соединение крови с гноем столь интимно, именно химически интимно, что наличие гноя не может быть выявлено. Наконец, почему в некоторых случаях, правда более редких, вся кровь, насыщенная гноем, проходит через легкое, не оставляя после себя никаких следов гнойных отложений, между тем как последние массами появляются в других отдаленных органах (см. случай 3, стр. 307–308), – это никоим образом не объясняется выдвинутой гипотезой.

2. Следовательно, нам остается только принять вторую точку зрения, которая, коротко говоря, состоит в следующем. Инородный состав крови, насыщенной гноем, проявляется при прохождении через систему артериальных

¹ *Colatorium* (лат.) – фильтр.



капиллярных сосудов легких в развитии в ней периферического гнойного флебита. Как раз по ходу мельчайших разветвлений легочных артерий возникают частичные воспаления, которые вскоре переходят в нагноение (поэтому и получается коническая форма этих воспалительных очагов, которую мы всегда находили при вскрытиях трупов и у подопытных животных). Следовательно, гной возникает здесь в полости воспаленных сосудов, точь-в-точь как при флебите других, наружных образований, вымывается оттуда циркулирующей кровью и таким образом переводится в артериальную кровь. При превращении артериальной крови в венозную внутри паренхимы органов, при контакте с капиллярами, чужеродный состав насыщенной крови опять служит побудительной причиной к развитию периферического гнойного воспаления вен.

До тех пор, пока мы не узнаем более подробно с помощью химических и микроскопических исследований свойств, которыми обладает смесь двух жидкостей (гноя и крови), для нас останется неразрешенным следующий вопрос: действуют ли кровяные тельца, видоизмененные примесью гноя, на капиллярную сосудистую систему как раздражитель и чужеродное тело, преимущественно механически (как хотя бы ртутные шарики), путем изменения их формы, а может быть, и увеличения их объема или же, скорее, своим измененным химическим составом?

Но что в легких действительно имеет место такое периферическое гнойное воспаление вен, об этом свидетельствуют следующие факты.

1. Образованию гнойников в легком, очевидно, предшествует частичный застой крови в отдельных капиллярах. Как весьма отчетливо показали нам опыты д-ра Караваева, этот застой после впрыскивания гноя собакам в вены выражается в виде точечных и крупных кровоизлияний и выпуклых темных пятен на поверхности легкого. Застойная и частично вышедшая из сосудов кровь действует именно в виде чрезвычайно чужеродного тела как на самые сосуды, в которых она содержалась, так и на окружающую паренхиму, в которую она излилась, и вызывает здесь воспаление и нагноение. Иногда легкое поражается в более обширных пределах, и тогда видны все явления спленизации и гепатизации в нем.

2. В характерных конической формы легочных абсцессах, пока они еще не превратились полностью в настоящую гнойную полость, можно проследить совершенно отчетливо невооруженным глазом венозные веточки, заполненные кровяными сгустками (веточки легочной артерии). Некоторые из этих ветвей совершенно закупорены кровяным сгустком, другие содержат уже гной. Если рассматривать поперечный разрез подобного гнойного отложения, то видны небольшие устья сосудов, из которых при надавливании пальцем вполне отчетливо выступает гной. Таким образом в легком можно обнаружить совершенно такие же явления, как при периферическом флебите на конечностях: свертывание крови, образование гноя в полости сосуда и, следовательно, переход гноя в кровь.

Так как последние разветвления легочных артерий переходят в легочные вены, то, естественно, поражаются в одинаковой мере капиллярные сосуды обеих систем, а волосные сосуды легочных вен во время воспалительного застоя расширяются и допускают внутри их просвета развитие гнойных шариков, более крупных, чем кровяные шарики. Ртутные шарики, впрыснутые в венозную



систему, действуют аналогичным образом. Каждый шарик создает очаг воспаления и в дальнейшем отложение гноя, весьма похожее на бугорки.

Удивительнее всего то, что это чужеродное действие крови сказывается на органах кровообращения не ранее, чем она проникнет в систему капиллярных сосудов. Как я уже упомянул выше (см. стр. 323), внутренняя поверхность сердца и крупных сосудов остается полностью свободной от воспалительных явлений.

Если же гной, наконец, уже перешел в артериальную кровь, то, по-видимому, в некоторых случаях возможно, что *благодаря секреторной деятельности некоторых органов гной выделяется из крови в неизмененном виде и без воспалительных явлений*. Об этом свидетельствует наблюдение, подтвержденное также Вельпо, что подчас можно обнаружить в суставах обширные скопления гноя без каких-либо следов воспаления синовиальной оболочки. С этим я встретился однажды в Обуховской больнице после ампутации голени; при этом, несмотря на значительный пиартроз коленного сустава, я нашел синовиальную оболочку совершенно белой.

Из этого краткого описания следует, что в процессе развития нашей болезни мы должны различать три очага заболевания.

1. **Первичный очаг** заражения крови; он представляет собой травматическое воспаление вен, обычно заканчивающееся нагноением, независимо от того, локализуется ли оно в мелких разветвлениях вен, в более крупных венозных стволах или в костных венах.

2. **Вторичный очаг** нагноения. Он бывает либо в легком (чаще всего), когда первичный очаг располагается в крупных венах (венах конечностей, туловища, головы), либо в печени, в селезенке и т. д., когда первичное воспаление развивается в системе воротной вены. (Это наблюдается также в опытах на животных, когда гной впрыскивается в брыжеечную вену, как это показывают опыты 26 и 31 д-ра Караваяева.) Впрочем, этот закон допускает несколько исключений. Общая масса крови, зараженная здесь второй раз, образует наконец третичное воспаление вен.

3. **Третичное** воспаление вен и отложение гноя происходит именно в системе периферических капиллярных сосудов (в мозгу, в конечностях и т. д.). С каждым новым образованием воспаления вен кровь заново заражается гноем; поэтому удаление первичного очага нагноения могло бы принести некоторую пользу лишь в том случае, если бы вторичный очаг нагноения, который имеет свое местоположение во внутренних секреторных органах, еще не развился.

В этом году травматический флебит господствовал в нашей клинике, по-видимому, миазматически. Я должен привести еще следующий весьма важный факт. Когда во главе хирургической клиники стоял мой предшественник и уважаемый учитель профессор Мойер, это зло было совершенно неизвестно и на протяжении 5 лет, в течение которых я посещал его клинику, я ничего подобного не видал. Впоследствии, в 1835 г., у одного больного после камнесечения появился сильный приступ озноба, но он избавился от него путем нескольких приемов хинина. У нас это заболевание впервые появилось в марте 1837 г. Больной, описанный под № 3, оказался первым, кто был поражен этой страшной болезнью. Правда, уже при поступлении в клинику больной имел очень измученный вид. На щеках его





играл румянец с желтоватым оттенком; язык был обложен; больной проявлял большое нежелание оставаться в клинике. Рана имела дурной вид (см. историю болезни), и флебит развился на 5-й день после его поступления. Однако бросалось в глаза то обстоятельство, что у больного № 4, который после операции лежал как раз на том месте, где стояла кровать умершего, уже через два дня после операции начался приступ озноба.

Случаи флебита наблюдались всегда в конце семестра, после того как уже подверглись лечению многие больные с гноящимися ранами и язвами. К тому времени, когда флебит появился в нашей клинике впервые, в палате лежал больной с профузно гноившимися зловонными артритически-ревматическими язвами голени. После него отравлял атмосферу другой больной со вскрывшимся рsoas-абсцессом, и после его смерти как раз на то место, где стояла его кровать, попал больной с осложненным переломом (см. случай 1). В это же время почти все гноящиеся раны принимали гангренозный характер. Сперва стала гангренозной рана у больного с аневризмой (с перевязанной общей подвздошной артерией, см. ниже), а когда он по этой причине был переведен из одной палаты в другую, то и там (что дотоле никогда не было замечено) одна фонтанель у больного, страдавшего фунгусом коленного сустава, приняла чрезвычайно дурной вид, распространилась вглубь и закончилась отторжением отложившегося пластического вещества. Правда, в этой же палате лежало еще несколько человек с большими ранениями, но эти больные были пощажены данным заболеванием. Все же влияние воздуха, насыщенного гнойными молекулами, на развитие флебита отнюдь нельзя отрицать. Следовательно, увеличившееся количество больных, пораженных гноящимися ранами в одном и том же помещении, и почти учетверившееся в настоящее время количество операций позволяют объяснить возникновение этого страдания в нашей клинике.

Взгляды Фрике на существо так называемого пернициозного озноба и некоторая аналогия между явлениями флебита и явлениями пернициозной перемежающейся лихорадки, пожалуй, дали основание к тому, чтобы лечить подобного рода приступы озноба (поскольку они рассматриваются как основная суть заболевания) большими дозами хинина с опиумом, а также каломеля. Основываясь на своих наблюдениях над действием этих средств, я не могу найти достаточно слов, чтобы предостеречь против их применения и советовать полностью изгнать их, как только отчетливо выяснится причина озноба. Более тщательное исследование всего тела больного, раны и окружающих ее тканей, исследование органов грудной полости с помощью выстукивания и выслушивания бесспорно даст почти во всех случаях возможность разрешить этот вопрос. Только в том случае, когда, несмотря на все эти исследования, причина ознобов будет признана чисто динамической, я считаю показанным применение хинина с опиумом, каломеля и т. д. Даже в наших случаях, в которых причина ознобов заключалась в воспалении вен и в гнойной инфекции, отнюдь нельзя отрицать мгновенного действия хинина, снижающего частоту ознобов. Так, в случае 1 они прекратились на целую неделю; в случае 2 и 3 они, по-видимому, также стали менее интенсивными. Хинин показался мне действенным и в случае с перевязкой общей подвздошной артерии. Однако все это было весьма преходящим



и мгновенным, и мне казалось, что во всех случаях язык больного становился еще более сухим, кожа еще более желтой, а твердость пульса и жажда усиливались. Когда хинин сочетался с опиумом, то больные впадали в сопорозное состояние (как, например, в случае 3).

Я думаю, что в лечении этой страшной заразы мы должны стремиться к тому, чтобы всеми доступными средствами предотвратить распространение воспаления вен и переход его в нагноительный процесс. Антифлогистический метод во всей его полноте еще остается единственным профилактическим средством против страшного проявления общего заражения крови (*N B*¹: я только не знаю, найдут ли здесь целесообразное применение втирания ртутной мази, так как они, как известно, значительно снижают пластические свойства крови и вследствие этого могут, по-видимому, способствовать переходу слипчивого воспаления вен в гнойное воспаление). Боль, напряжение и тестоватая припухлость соседних тканей вокруг места повреждения при отсутствии других явлений ложной рожи; далее, боль и плотноватая, в форме узлов, не красная припухлость по ходу вены; либо боль и отечность в отдаленной от места повреждения области – вот важнейшие показания к применению антифлогоза. Это относится и к тем случаям, когда приступы озноба уже начались, ибо, как мы уже видели, эти приступы не всегда означают исход воспаления вен в нагноение (см. случай 4). Если же заражение всей массы крови уже проявилось своими ясными симптомами, то лучше всего предоставить больного самой природе и утолить его жажду или облегчить тягостное ощущение холода чашкой горячего чая.

Имеется ли в некоторых случаях флебита показание к ампутации конечности, хотя бы для того, чтобы устранить первичный очаг заражения? Коль скоро вся масса крови уже инфицирована гноем, коль скоро уже образовались отложения гноя во внутренних органах, то, естественно, от ампутации не приходится ожидать ничего. Ампутационная рана в этом случае не обнаружит никакой склонности к заживлению, а травматическое вмешательство послужит лишь обострению всех приступов, особенно же приступов озноба. Однако бывают случаи, когда решить вопрос о применимости ампутации не так легко, что будет видно ниже в замечаниях к случаю 1.

Я не думаю также, что при гнойной инфекции альтерирующий метод может быть когда-либо полезным. Он может только ускорить переход в колликативную стадию. Крювелье наблюдал, правда, несколько раз на собаках, что после появления поносов они снова поправлялись. У постели же больного, насколько мне известно, подобные счастливые результаты не встречались, а в тех случаях, которые я наблюдал, ни водянистые поносы, ни самые профузные поты не были в состоянии ни в малейшей степени задержать неотвратимый исход этого ужаснейшего страдания (см. тут же замечания).

Если бы нам было позволено *a priori* высказать какое-нибудь твердое заключение о действии какого-либо средства, то я, вероятно, высказался бы за переливание крови. Если оно считается показанным в отдельных случаях после

¹ NB = nota bene (лат.) – заметь хорошо.



большой потери крови, то я не понимаю, почему его применение должно быть менее целесообразным при заражении крови.

Отдельные замечания

К случаю 1. I. После нескольких приступов озноба рана все еще имела хороший вид, гной был густой, грануляции розовые и плотные, следовательно, это является исключением из общего правила.

2. Воспаление вен начиналось здесь в костномозговом канале. Это я распознал уже у постели больного после второго приступа озноба по следующим признакам: 1) при тщательном исследовании всей верхней конечности в поверхностных венах не было видно никаких следов флебита; конечность не была ни распухшей, ни болезненной, в полную противоположность тому, что мы наблюдали на ноге в случае 2; 2) в данном случае приступ озноба наступил после повреждения самой кости. Линия перелома проходила очень косо, и теперь, при исследовании ран зондом и пальцем, можно было установить, что кость обнажена от надкостницы, заострена и окружена гнойной полостью.

Моя первая мысль после постановки этого диагноза была направлена на то, чтобы удалить первоисточник общего заражения в пораженных костях, и общие явления показали мне, что воспаление костномозговой полости уже перешло в нагноение. Но как можно было определить границы костного поражения? Я думал, что именно то место, где непокрытый надкостницей верхний отломок переходил в нормальную кость, точно обозначало и границу поражения костномозговой полости. Почему я так думал, несомненно, ясно каждому. Но даже на тот случай, если бы я нашел гной еще выше, я вооружился каленым железом. В действительности я его и применил, чтобы разрушить место нагноения и вызвать в костномозговой полости новое пластическое воспаление. После этого травматического вмешательства я ожидал приступа озноба, который действительно и наступил.

3. Соблазнительное название «пернициозный приступ озноба», который и в самом деле покажется чем-то первостепенно важным всякому, кто наблюдает эту страшную болезнь у постели больного, в данном случае утешило меня тщетной надеждой. (Как часто симптом, навязчиво воздействующий на наше сознание, вводит нас в заблуждение относительно истинной природы заболевания!) Дело в том, что после удаления кости, когда при длительном применении хины или хинина и т. д. приступы озноба не появлялись в течение целых 9 дней, я уже верил в возможность выздоровления больного! Я рассматривал его лихорадочное состояние, его истощенный вид, поносы, сухой и обложенный язык как последствия гектики, только как результат обильно гноящейся раны и предложил больному ампутацию. Теперь, когда я немного поумнел благодаря своим опытам на животных и благодаря другим наблюдениям у постели больного, теперь, когда я знаю, что приступ озноба является только страшным симптомом еще более страшной заразы, теперь я считал бы величайшей ошибкой сделать больному такое предложение. Правда, приступы озноба прекратились. Но вся группа явлений, описанная отличным ассистентом хирургической клиники, д-ром Китером, в истории болезни изо дня в день (с 16 по 24 ноября, и, конечно,



не без интереса и пользы для молодых хирургов), явно свидетельствует о заражении всей массы крови. Это становится особенно ясным для того, кто наблюдал животных после впрыскивания гноя в вену.

4. Можно ли было в данном случае считать виновником флегматизма «кости наш метод лечения осложненного перелома? Экспульсивную пластырную повязку мы наложили только через 8 дней после повреждения, после того как воспалительное напряжение уменьшилось и мы вскрыли несколько значительных свищевых ходов. Повязку мы снимали ежедневно; больной чувствовал себя довольно хорошо, поврежденная рука лежала очень удобно и не причиняла больному после наложения повязки ни малейшей боли. Я нарочно позволил ему ходить, чтобы насколько возможно устранить вредные воздействия больничного воздуха, связанные с сидячим образом жизни. Следовательно, я не верю, чтобы повязка хоть в малейшей степени способствовала возникновению флегматизма. Близость больного, страдавшего спондилартрокаллом, лежавшего неподвижно со вскрывшимся конгестивным гнойником и отравлявшего всю палату, несомненно, больше всего способствовала возникновению этой болезни.

5. Наконец, особенно примечательным было у настоящего больного то обстоятельство, что после смерти его была обнаружена внутрисуставная трещина лопатки, которая шла через основание клювовидного отростка до надостной ямки, в то время как при жизни больного не было замечено никаких явлений, которые могли бы хоть в какой-то степени навести на мысль о таком повреждении. Поврежденная поверхность кости уже лишилась своего хряща. Клювовидный отросток был почти полностью отделен и омывался со всех сторон гноем. Суставная полость была наполнена гноем, и, несмотря на все это, наружная форма плечевого сустава в течение всего заболевания была совсем не изменена. Больной не жаловался даже на малейшую боль в этом суставе. Движения, которые передавались плечу при каждой смене повязки, выполнялись легко и тоже без болей. Сначала, при поверхностном исследовании сустава, мне казалось, что это не трещина, а разрушение вследствие экзультцеративной резорбции, обыкновенно сопровождающей гнойные скопления в суставах. Но г-н д-р Китер обратил мое внимание на правильную форму трещины и на тонкое как волос ее продолжение в надостную ямку лопатки. Возникновение этой трещины, которая в дальнейшем действительно была увеличена описанным болезненным процессом, можно объяснить только противоударом головки плечевой кости о суставную впадину лопатки при падении. Следовательно, при этом остается все же весьма странным, что подвижность плечевого сустава с самого начала повреждения столь мало пострадала. Это может быть объяснено, пожалуй, одной лишь большой торпидностью больного, которая проявлялась при разных обстоятельствах во время его лечения.

К случаю 2. В дополнение к вышесказанному я хочу здесь обратить внимание на то, как образовались гнойные затеки на кисти и на ладонной поверхности предплечья. Сначала гной образовался в синовиальном влагалище сухожилия длинного сгибателя большого пальца; отсюда он спустился под ладонную связку запястья. Воспаление распространилось далее на синовиальные влагалища сухожилий других сгибателей, где также перешло в нагноение, и таким образом



возник гнойный затек позади сухожилий сгибателей (следовательно, между ними и квадратным пронатором) на ладонной поверхности предплечья. Вследствие этого вся совокупность сгибателей вместе с фасциями и сосудами предплечья была приподнята этим скоплением гноя кпереди. Следовательно, теперь уже нетрудно объяснить, почему только при сильном надавливании на ладонную поверхность предплечья гной выходил из отверстия на мякоти мышц большого пальца.

Напряженная отечность предплечья (преимущественно ладонной ее поверхности) без особых болей, без ложной рожи, столь страшное распространение гнойного затека в короткий (двухнедельный) срок и изнуренный вид больного свидетельствовали, несомненно, о более серьезном заболевании, чем обыкновенный панариций. Здесь было не так легко попасть со стороны ладонной поверхности предплечья в очаг, где скопился гной: пришлось рассечь фасцию в том месте, где проходит лучевая артерия, и тем не менее истинный очаг гноя был скрыт сухожилиями сгибателей. Только перерезка ладонной связки запястья (она скрипела под ножом наподобие апоневроза, в котором создается отверстие при грыжесечении) дала возможность свободного оттока гноя наружу. Это, однако, было связано с перерезкой значительной ветви поверхностной ладонной дуги. Впрочем, я не боюсь подобных кровотечений при вскрытии свищевых ходов. До сих пор по крайней мере мне всегда удавалось остановить кровотечение без особого труда либо посредством лигатуры, либо, что бывало чаще, с помощью тампонады. В нашем случае, правда, было довольно трудно наложить лигатуру на сосуд, так как соседние ткани распухли. Однако тампонады с агариком было достаточно для остановки кровотечения даже из ладонной дуги (подобный же случай см. в «Анналах» первого года издания, стр. 248).

Уже на другой день после этих разрезов и кровотечения было весьма заметно улучшение в местном состоянии нашего больного. Припухлость, боли, истечение гноя уменьшились, но вскоре, как это изложено в истории болезни, появились два приступа озноба. Первый из этих приступов был столь легкий и так мало походил на озноб при гнойном флебите, что я вначале думал, будто имею дело с самым обыкновенным травматическим ознобом. К сожалению, я очень скоро убедился в своем заблуждении.

Нельзя не признать, что разрезы в этом случае явились основной причиной развития флебита, но каким образом? Либо таким образом, что вследствие этих разрезов выделение гноя на предплечье внезапно прекратилось, либо, что мне кажется более вероятным (см. выше), эти разрезы послужили здесь лишь к тому, чтобы, возбудив травматическую реакцию, ускорить проявления уже имеющегося заражения крови гноем. По-видимому, у этого больного либо следовало ничего не делать и выжидать, пока явления нагноения не разовьются самопроизвольно, либо решиться на самые глубокие разрезы, чтобы добраться до очага заболевания. Спасение конечности мне казалось возможным только путем рассечения сухожильной оболочки гнойного канала, т. е. ладонной связки запястья. Улучшение местного состояния тоже подтвердило мое мнение. И я убежден, что при более благоприятной конституции мой план лечения удался бы полностью (если вообще при такой конституции возможно было бы подобное нагноение).



Дальнейшие замечания (к случаю 4) см. в разделе о вторичных продуктах. Нижеследующие 2 случая я привожу для подтверждения сказанного выше.

Случай 6. Значительная гнойная полость в нижнем конце бедра. Кариес бедренной кости. Последовавший затем перелом кости в этом месте. Ампутация. Перевязка бедренной вены. Флебит. Смерть.

Этот случай наблюдался в мое отсутствие. Яак из Йоэ, эстонский мальчик, 13 лет, принят в хирургическую клинику 7 мая 1838 г. по поводу заболевания правого колена. Как колено, так и все бедро были значительно увеличены в объеме, сильно напряжены и в высшей степени болезненны. Колено было кроваво-красного цвета. Опухоль доходила до нижнего отдела колена, соответственно границам суставной капсулы. Здесь начинался отек всей голени, связанный со значительным напряжением кожи, хотя и без значительного увеличения в объеме. Несмотря на напряжение, на внутренней стороне колена и на передней поверхности бедра определялась флюктуация.

На вопрос о происхождении заболевания больной ответил, что 7 недель назад он получил удар в колено брошенным кирпичом, но в течение недели мог еще довольно хорошо передвигаться, после чего эта часть наконец начала опухать и постепенно достигла нынешнего состояния. У больного был жалкий вид; он не мог ходить и, кроме того, страдал паршой.

7 мая. Припухлость и резкое утолщение правого колена и правого бедра. Кожа в области колена синюшно-багровая, чрезвычайно напряжена; кожа голени гладкая, белая, отечная. Флюктуация особенно отчетливо определяется на внутренней стороне колена; впрочем, она ощущается и на бедре. После прокола, произведенного посредством бистури на внутренней поверхности колена на глубину 1,25 см, вышло свыше 1 кг желтой, отчасти красноватой или шоколадного цвета жидкости, распространявшей приторный запах и перемешанной с обрывками омертвевшей клетчатки. После прокола наступило облегчение. Сделаны холодные обертывания вокруг колена, после чего начались сильные боли в колене и бедре.

8 мая. Из отверстия, оставшегося после прокола, выделилось еще немного жидкости. Припухлость пораженного отдела все еще остается значительной. Холодные обертывания. Зондом можно пройти вверх до середины бедра, но при этом на значительной глубине – под мышцами или по крайней мере между ними.

9 мая. Вытекло немного красноватого гноя. Зондом можно проследить ход вверх и в глубину. В этот ход вводят длинный изогнутый троакар, его острие проталкивают вперед и отверстие расширяют. Из отверстия вытекает большое количество красного гноя, перемешанного с большими клочьями омертвевшей клетчатки. Введенный палец обнаруживает значительную полость. Она распространяется очень далеко кнутри, и палец едва достигает ее дна; она идет также кверху и кнаружи. Впрочем, кость можно нащупать пальцем вполне отчетливо сразу после того, как палец проник в полость.

10 мая. Отек голени совсем исчез. Сегодня из полости при надавливании вытекает большое количество красноватого гноя. Опухоль на бедре по мере отхождения гноя заметно опадает.



12 мая. Вчера и сегодня выделялся частью желтый, частью красный гной, весьма зловонный. На голени отека нет, бедро мягкое. Надколенная чашка выступает больше, но очень болезненна; на нее поставлено 12 пиявок.

15 мая. Из полости выделяется то желтый, то красный гной, очень зловонный. Значительная боль в колене; колено очень горячее на ощупь, красное, выступает вперед. Больной очень похудел и ослабел, имеет жалкий вид. Обертывания колена с холодной водой.

18 мая. Какая-то кость (надколенник или внутренний мыщелок), охваченная кариесом, выдается из отверстия в коже. Переднезадний размер колена больше обычного; по-видимому, произошел вывих голени кзади, причем надколенник остро выдается вперед, а сустав находится в полусогнутом положении (ср. ниже, 19 мая). Значительное выделение зловонного гноя. Сильные боли в коленном суставе, крайняя слабость и истощение. Ампутация непосредственно под малым вертелом. Проводится круговой разрез кожи; последняя отпрепаровывается. У ее границы мышцы перерезаются до самой кости и еще одним сечением отрезаются последние связанные с костью мышцы. Кровотечение несильное; перевязаны 7 артерий и бедренная вена. Кожа зашита 7 швами, идущими сверху вниз. От полости, содержавшей гной, в культе не осталось ничего. На швы накладывается поперек несколько полос липкого пластыря, а поверх – корпия и давящая повязка. На большом вертеле гой же стороны имеется пролежень; на него накладывается повязка с таниновой мазью.

19 мая. Прошлая ночь протекала спокойно. Больной жалуется на незначительные боли в культе. Кровотечения не было; пульс ускоренный. Язык сухой; имеется жар; распространенный сердечный толчок. Сделано кровопускание в количестве 120 г, кровь очень бледная и водянистая. 1,875 г *Nitr.* на 720 мл воды.

На ампутированной конечности обнаружено следующее. Выступающий в области колена кусок кости не является ни надколенником, ни внутренним мыщелком; здесь имеется поперечный перелом кариозной бедренной кости непосредственно над мыщелками, причем верхний отломок плашмя лег на нижний. Выступающий конец верхнего отломка в состоянии кариеса, далее показываются некротические участки бедренной кости, затем снова кариозные. Весь верхний отломок почти до самого места ампутации окружен полостью с синевато-черными стенками, содержащей гной шоколадного цвета. Тут и там синевато-черные тяжи клетчатки соединяют стенки полости с костью, которая во многих местах лишена надкостницы. Бедренная кость содержит в своей полости зеленоватый гной. Суставная капсула, надколенник и нижняя часть мыщелка совершенно здоровы и не содержат гноя. Только верхняя часть нижнего отломка размягчена, а содержимое его полости нормально. Связки все в сохранности.

20 мая. Назначено 1,875 *Nitr.* в 180,0 *Dec. Alth.* Пульс 110, язык сухой; незначительная боль в культе.

21 мая. Минувшей ночью, в 3 часа, наступил озноб с жаром и потом, повторившийся сегодня в 6 часов вечера. Сегодня утром пульс был 80, а после обеда значительно чаще. Кровопускание в количестве 180 г. Раствор *Nitr.* продолжен. Болей в культе нет. Лицо не осунулось.



22 мая. Лихорадки нет; сон спокойный; пульс 90; болей в культе нет. Кровь дает много прозрачной бесцветной сыворотки; сгусток мал, *crusta inflammatoria* отсутствует.

23 мая. Первая смена повязки. В культе нет никакого воспаления. Края кожи прилегают вплотную; при надавливании между краями вытекает большое количество желтовато-зеленого вонючего гноя. Нижний шов удаляется, чтобы создать лучший отток гноя. Рана покрывается простой восковой мазью и на культю накладывается слегка давящая повязка.

25 мая. Вчера в 3 часа пополудни был озноб с последующим жаром; это повторилось в 10 часов вечера и сегодня в 3 часа утра. Озноб продолжался от четверти до получаса, а жар дольше. В культе воспаление отсутствует; обильное отделение зловонного гноя. Края раны нигде не срослись. Назначения: отвар хины с *Liq. anodyn.* и окутывание культи припаркой из *Spec. aromaticaе*.

28 мая. Приступы озноба прекратились, ночь прошла в сновидениях с бредом. Утром некоторая сонливость, большая слабость, бледный гладкий сухой язык, черный налет на зубах, сухость губ, весьма затрудненная речь. Пульс до 130, боль во всех конечностях. Сильное нагноение в культе, никакого сращения. Кость лишена надкостницы на протяжении 2,5 см; кожа дряблая и бледная. Потеря сознания. Пролежень на вертеле; здесь сделано обертывание с *Aq oxymuriat.*, а внутрь отвар хины и порошки хинина с опиумом. После обеда непрерывный сон с бредом. Спокойная смерть в 2 часа 15 минут пополудни.

Вскрытие произведено через 28 часов после смерти. Тяжелое исхудание всего тела. На голове парша, даже на правой щеке несколько пятен парши. Мозг несколько богаче сосудами, чем обычно; в середине правой половины мозжечка имеется очаг размягчения величиной с лесной орех.

Грудная полость содержит несколько унций¹ красной сыворотки. Правое легкое прочно сращено с диафрагмой, с боковой и задней стенками грудной клетки посредством старых ложных перепонок. На боковой верхней части правого легкого, однако, эти спайки свежие, студневидные, красновато-желтые. Правое легкое здоровое, бледное; нижняя его доля темно-красная, меньше крепитирует; она более твердая, чем обычно, содержит несколько *гнойных отложений величиной с горошину и еще меньших размеров. Последние располагаются вокруг одного легочного сосуда.* Некоторые из них видны на поверхности нижней доли. Левое легкое здоровое, на всем своем протяжении сращено с ребрами. В нижней доле отмечаются те же изменения, что и в соответствующей доле другой стороны, но содержит она меньшее количество гнойных отложений; они лежат отчасти в мелких сосудах и становятся видимыми после перерезки последних. Сердечная сумка содержит 30 г прозрачной желтой сыворотки. Левая половина сердца пуста и бледна, правая такая же. Крупные сосуды, выходящие из сердца, здоровы.

Селезенка темно-красная и очень мягкая. Поджелудочная железа здорова. Желудок в некоторых местах несколько красноват. Кишечник без воспалительных явлений, только местами незначительная инъекция. В одном месте – совсем

¹ Унция равна примерно 30 г.



маленькая плоская язва с розовым ободком вокруг нее. Поперечная ободочная кишка очень узкая. Желчь в умеренном количестве, очень темная и густая.

Кость культи лишена надкостницы на протяжении 2,5 см, но в остальном здорова. Тазобедренный сустав тоже нормальный. Между костью и кожей культи имеется полость, содержащая темно-зеленую мягкую массу.

Бедренная артерия содержит на своем конце красную пробку длиной 1,25 см, но наружного лимфатического сгустка нет. Место перевязки еще заметно, отчасти же превращено в темно-зеленую массу. Ниже места перевязки остающийся отрезок артерии, длиной 5 мм, совершенно здоров. Внутренняя оболочка сосуда несколько красновата только в области пробки. *Бедренная вена, вплоть до начала нижней полой, содержит мягкую кровяную массу аспидного цвета, поддающуюся соскабливанию.* или, вернее, внутренняя оболочка вены превратилась в эту массу. В этой вене содержатся также зеленовато-желтые сгустки и немного темной буро-красной жидкости; конец ее закрыт. Остальные лигатурные нити еще лежат на месте. Другие кровеносные сосуды этой и другой стороны совершенно здоровы.

Следующий случай представляет особый интерес по данным вскрытия.

Случай 7. Arthropyosis externa коленного сустава с перерождением его. Ампутация. Смерть. Полная закупорка нижней полой вены лимфатическим сгустком. Гнойная полость в этом сгустке.

Трина Йерлах, 70 лет, из города, обратилась за помощью в наше учреждение по поводу заболевания правой голени и коленного сустава. При исследовании больной прежде всего бросалась в глаза значительная опухоль коленного сустава. Эта опухоль охватывала весь сустав. Все углубления вокруг него сравнивались, мышелки бедренной кости были увеличены, что определялось и при пальпации, и на глаз; надколенник был приподнят и не смещался. Сама опухоль была твердая. Книзу и по обе стороны от надколенника можно было определить глубокую, но неотчетливо выраженную флюктуацию. Больная ощущала боли при надавливании на надколенник и на мышелки. К вечеру боли усиливались. Кожа над суставом была очень блестящая, белая; через нее отчетливо просвечивали вены, она была напряжена и мало смещалась.

Выше сустава и приблизительно до средней трети бедра, более кнаружи, была видна другая опухоль, сидевшая в мягких тканях; она была красноватого цвета и болезненна при давлении, причем и здесь определялась глубокая и распространенная флюктуация.

В подколенной ямке имелось отверстие, из которого при надавливании на икру выделялся гной. Введенным зондом обнаружена отслойка кожного покрова икры от подлежащих тканей на обширном протяжении. Сама по себе кожа на икре была в нескольких местах на ощупь твердовата и узловата и здесь более чувствительна к давлению. При этом голень была немного толще здоровой. Вся конечность была резко согнута. На стопе имелся значительный отек. У старухи измученный вид, хотя все остальные функции не были нарушены.

Анамнез показал следующее. Приблизительно 5 недель назад (впоследствии выяснилось, что больная хворает уже несколько месяцев) без всякой внешней причины появилась значительная опухоль, распространявшаяся от голеностопного



сустава сверху, за пределы колена, и быстро развивавшаяся. Эта опухоль заставила больную тотчас же лечь в постель. При этом были сильные боли; конечность приняла согнутое положение. Кроме этого, больная могла сказать только, что против опухоли и болей применяла деготь.

Приблизительно 3 недели назад припухлость в подколенной ямке вскрылась и выделилось значительное количество гноя. Хотя опухоль и опала, однако боли уменьшились в ничтожной степени и по вечерам обострялись. Конечность оставалась согнутой, а опухоль самого коленного сустава и выше его не уменьшалась. Ни в начале заболевания, ни тогда, когда опухоль опала, больная не замечала лихорадки. Подагрическими и ревматическими явлениями она не страдала.

17 мая. Сегодня были сделаны противоотверстия и через свищевые ходы протянуты три заволочки: одна из подколенной ямки до начала выпуклости икры, вторая отсюда до середины икры, где заканчивался свищевой ход, начинавшийся в подколенной ямке. Третья тянулась косо из подколенной ямки к нижне-внутренней поверхности голени. Припарка.

18 мая. *Rp. Cort. Chin. 15,0, Lich. island. ab amarit. liber. 7,5, coq. c. Aq. font., sub fin. coct. adde Rad. Cal. arom. 7,5 ad colat. 180,0, adde Sirup. s. 30,0. MDS.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа. На колено 10 пиявок. Свищи орошались настоем аира и цветов ромашки.

20 мая. По всей выпуклости коленного сустава чувствуется зыбление, а в подколенной ямке всевозможные свищевые ходы идут не только в продольном направлении на бедро и особенно в сторону голени, но и в поперечном направлении. На крестце начинается пролежень. Больная имела жалкий вид, чувствовала большую слабость и слегка лихорадила. Больная нога была отечна, в особенности на бедре. Поэтому было принято решение сделать ампутацию, которая назначена на завтра.

21 мая. Сегодня была произведена ампутация на уровне середины бедра. При рассечении кожных покровов вытекло много отечной жидкости. Кровотечение было незначительное, так что пришлось перевязать всего лишь 4 сосуда. На культю наложена экспульсивная повязка, а рана стянута в продольную щель полосками липкого пластыря. Больная очень хорошо перенесла операцию. Уже через несколько часов после вмешательства она погрузилась в глубокий сон и проспала почти всю ночь лучше, чем до сих пор. Она не ощущала никаких болей в культе, вторичного кровотечения не было. Повязка стала только чуть влажной от просачивавшейся сыворотки.

22 мая. *Rp. Aq. oxymuriat. 15,0, Dec. hord. 720,0. DS.* В качестве питья. Повязка остается нетронутой.

23 мая. На крестце имеется плоская эскориация с покрасневшей кожей вокруг. – *Rp. Extr. Chin. 5,625, Aq. Menth. pip. 1,875, Aq. s. 120,0, Sirup. s. 30,0. S.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа. Танниновая мазь на место эскориации в области крестца.

24 мая. Осторожная смена повязки; рана не зажила первичным натяжением, однако края кожи на большей части ее протяжения спаялись между собой. На остальном протяжении поверхность разреза была бледно-розового цвета.



Общее состояние хорошее. Пульс около 100, мягкий; язык чистый и влажный. Отвар хины.

25 мая. Нижняя половина раны открылась; она имеет бескровный и грязный вид.

26 мая. Рана имеет безжизненный вид. Края кожи в верхней половине ее расходятся. Больная выглядит очень изможденной. Пульс 120, мягкий и малый. Язык чистый и влажный. Пролежень с каждым днем все больше расширяется. *Rp. Cort. Chin., 15,0 Lich. island. 7,5 ad Dec. 180,0, Extr. Chin. 5,625, Acid, phosph. 3,75, Sirup. Aurant. 45,0. – Rp. Cort. Chin. 37,5, Flor. Chamom. 30,0, Rad. Calam. 22,5 ad Infus. 480,0, adde T-rae Myrrh. 1,875. S.* Орошение. Рана присыпается красным преципитатом.

28 мая. Резкая слабость. Пульс 120–130, малый. Ночью снятся кошмары. На культе образовалась толстая серая корка от преципитата. Ткани вокруг пролежня тестоваты и дают ощущение крепитации *Rp. Rad. Valer. 15,0 ad Infus. 180,0, Aeth. sulf. 3,75, Sirup. s. 30,0.* Вечером: *Rp. Camph., Mosch. aa 0,06, Sacch. alb. 0,6. – Cataplasma effervescens.* Морковная каша на пролежень.

29 мая. Слабость и упадок сил стали еще более очевидными. Ампутиционная рана крайне безжизненна. Пролежень в таком же плохом состоянии, как накануне. Пульс 120, пустой, нитевидный.

30 мая. Сегодня утром больная проснулась с жалобами на затруднение дыхания: это был наступающий паралич легких. В 3 часа пополудни последовала смерть.

Вскрытие 31 мая. Пролежень: кожа у основания крестца, на участке 5–7,5 см в поперечнике, омертвела и изъязвилась. Однако в глубине, кроме этого места, была охвачена еще и окружающая область, шириной 5–7,5 см. Здесь вся клетчатка сплошь была отечная, перерожденная, как настоящая гнойная губка, отчасти над фасцией, отчасти уже под ней. Волокна большой ягодичной мышцы были размягчены, а интерстициальная клетчатка сильно отечна.

Куль т я. Выступающий костный конец уже покрылся тонким слоем бледных грануляций. Надкостница еще довольно прочно связана с костью.

В костном мозгу кости, распиленной вдоль, было несколько светло-красных участков, особенно со стороны отпиленного конца; это были скорее признаки воспалительно-пластического процесса, чем признаки кровоизлияния. Вся культя была резко отечной. Ампутиционная рана местами была частично покрыта бледными грануляциями.

Бедренная артерия на месте перерезки была уже облитерирована. Лигатура сидела еще прочно; в отделенном ею кончике сосуда оболочки его были изъязвлены. Внутренняя оболочка артерии, имевшей извилистый ход, была покрыта поперечными складками и отдельными твердыми точками, являвшими собой признаки начинавшегося окостенения; впрочем, они не были покрасневшими. У облитерированного конца артерии находился сгусток длиной 2,5 см, прочно сидевший на стенке артерии. Передний конец сгустка имел пластический вид; он был спаян с внутренней оболочкой артериальной стенки.

Отверстие бедренной вены зияло; здесь лежал нежный кровяной сгусток, а вблизи пупартовой связки находился более плотный лимфатический сгусток,



припаянный к внутренней стенке. Общая подвздошная вена была резко сужена, особенно на месте перехода в нижнюю полую вену, и была здесь толщиной в воронье перо. Она была наполнена аналогичным лимфатическим сгустком. В нижней полую вену находился плотный лимфатический сгусток толщиной в палец и длиной 10–12,5 см, своим верхним концом в двух местах припаянный к внутренней оболочке вены. В нижнем конце этого сгустка имелась *замкнутая* полость, величиной с лесной орех, сплошь *заполненная* гноем. Сгусток явственно состоял из двух веществ: наружного белого коркового вещества и внутреннего серого зернистого вещества, напоминавшего икру селедки. На внутренней оболочке вены не видно никаких следов воспаления и нигде нет гноя.

В брюшной полости имелось небольшое количество серозной жидкости. Стенки кишечника тонки и бледны. Печень, селезенка и почки нормальны.

Грудная полость. Правое легкое было сильно припаяно всей своей поверхностью [к грудной стенке], нижняя доля находилась сплошь в состоянии красного опеченения. В левой половине грудной полости содержалось 180 г серозной жидкости, левое легкое резко отечно. В середине последнего находился небольшой конкремент. В сердце были свежие дряблые сгустки.

Полость черепа. Много серозной жидкости на основании черепа (приблизительно 60 г). Паутинная оболочка резко отечна. Сосудистое сплетение отечно. В мозговых полостях немного серозной жидкости.

Исследование ампутированной конечности. Абсцесс голени находится между фасцией и кожей и образован мягкой красной пиогенной оболочкой. Под ней, соответственно ранее проделанным в абсцессе разрезам, имеются кровяные выпоты. Полость выше коленного сустава располагается между разгибательной группой мышц и надкостницей; она заполнена жидкостью шоколадного цвета. Здесь пиогенная мембрана отсутствует. Из этой полости несколько свищевых ходов тянутся между сухожилиями сгибателей в подколенную ямку. Величина полости больше кулака.

В полости самого сустава оказалась коричневато-красная синовиальная жидкость. Хрящ внутреннего мыщелка в одном месте немного рассосался. Синовиальная оболочка местами разрыхлена, местами окрашена в коричневато-красный цвет. Однако полулунные хрящи еще хорошо сохранились. Суставная поверхность большеберцовой кости местами желтее и темнее, чем обычно в здоровом состоянии. Но и здесь началось рассасывание суставного хряща, именно в двух местах. Бедренная кость в верхнем отделе совершенно здорова. На внутренней поверхности надколенника в отдельных местах также видно рассасывание кости. Здесь синовиальная оболочка более темная, сильно разрыхлена и красновата. Однако эта краснота похожа на излившуюся кровь. Таким же образом перерождена синовиальная оболочка вокруг надколенника. Слизистая сумка полуперепончатой мышцы содержит внутри разрыхленную синовиальную оболочку, подобную той, какая находится в самом суставе.

Замечания к случаям 6 и 7. Что касается первоначального заболевания, оба эти случая очень похожи один на другой. У старой женщины (случай 7) при жизни не было обнаружено, собственно говоря, никаких признаков гнойного флебита, однако вскрытие полностью подтвердило его наличие. В самом деле! Как иначе

объяснить подобное сужение общей подвздошной вены, подобный лимфатический сгусток в нижней полой вене? Все это, конечно, существовало еще до ампутации и, по-видимому, образовалось во время болезни. Далее, очевидно, здесь имел место хронический флебит, причем именно крупных венозных стволов, но не периферических. Мы имели дело уже с исходом этого флебита. Труднее всего в этом случае определить время образования гноя в полости лимфатического сгустка в вене. Вероятно, гной в центре кровяного сгустка образовался еще во время воспалительной стадии флебита, и в то же время периферическая часть этого сгустка, находившаяся в соприкосновении с венозными стволами, становилась все компактнее и прочнее вследствие выпотевания пластической лимфы из внутренней поверхности воспаленного сосуда. (Ср. с тем, что сказано нами выше.)

Ср. также описание опытов на животных в Приложении к настоящим «Аналам».

2. Повреждения головы

Случай 8. Трещина основания черепа. Кровоизлияние под твердой мозговой оболочкой. Ушиб мозга. Смерть через 2 дня.

22 октября 1837 г., в 7 часов вечера, эстонский крестьянин Маркус Мадди из Техельфера близ Дерпта, на вид в возрасте между 50 и 60 годами, крепкого телосложения, был доставлен в клинику. Он упал с высоты почти 2,5 м на голову и тут же остался на месте без сознания. Подстилка, на которую он упал, состояла из деревянных изделий и досок; по свидетельству присутствовавших, больной до этого падения был здоров и, во всяком случае, не в состоянии опьянения.

Наружные раны были незначительны. Верхняя свободная часть ушного хряща с левой стороны была полностью рассечена рваной раной, причем трещина проходила через завиток и противозавиток и достигала самой раковины. На левом ухе, в коже, покрывающей раковину сзади, имелась неглубокая рана длиной 2,5 см. Немного вверх и позади уха была небольшая ушибленная рана. Впереди уха, в височной области, видны были следы ушиба, равно как очаги кровоизлияний у корня и на теле скуловой кости, на левой щеке, до нижнего края глазницы. Оба века левого глаза сильно распухли вследствие экхимоза; они были темно-синего цвета. При раздвигании век можно было видеть сильные кровоподтеки в соединительной оболочке глаза. Роговая оболочка и зрачок прозрачны. Последний подвижен, но вял и чуть сужен. Других следов повреждений на теле не было видно. Правый глаз, когда его открыли, оказался здоровым; зрачок реагировал несколько вяло и тоже был немного сужен.

У больного была полная потеря сознания, и он находился все время в глубоком забытии. Дыхание было затруднено и связано с явственным напряжением мышц; оно было клокочущим, а большей частью и храпящим. Пульс был очень



полный и твердый, ускоренный; он не состоял из отдельных четких ударов, а скорее, был волнообразный. Ни в мышцах лица, ни на конечностях не было заметно параличей, равно как и настоящих судорог. Лицо было покрасневшее, а ноги – холодные.

Немедленно была сделана венесекция на обеих руках, из каждой выпущено по 360 г крови. Но так как эта потеря крови казалась недостаточной и происходила слишком медленно, то из височной артерии путем ее рассечения было выпущено еще около одного фунта¹ крови.

На обритую голову был положен пузырь со льдом. Ноги были облиты горячей водой, вследствие чего возникли пузыри. При этом больной своими живыми движениями и более громким стонущим дыханием обнаружил сохранившуюся еще чувствительность к раздражениям. Разрез, сделанный с целью артериотомии, был одновременно использован для обнажения черепа путем рассечения волокон височной мышцы; однако в этом месте никакой трещины обнаружить не удалось.

Внутри больной получил раствор рвотного камня в значительных дозах, так что вечером и за ночь он принял в совокупности 1,8 г, но в результате этого наступила лишь двукратная и несильная рвота. При даче лекарства больной стискивал зубы, как только ложка касалась губ. Когда же удавалось лекарство ввести в полость рта быстрее, то он проглатывал его без затруднений. После того как была поставлена клизма с уксусом и сернокислой магнезией, последовал дважды кашицеобразный стул в умеренном количестве. На икры поставлены горчичники. Ночь больной провел очень беспокойно, метался в кровати в разные стороны, не приходя в сознание.

Утром 23 октября больной все еще находился в том же глубоком сопорозном состоянии. Пульс был ускоренный, полный, твердый, то и дело нерегулярный, волнообразный. Дыхание как накануне. Время от времени больной отхаркивал зеленоватую густую слизь, которая иногда выбрасывалась, но чаще проглатывалась или же оставалась в полости рта и тогда небольшими порциями вытекала из носа. Горчичники на икрах мало действовали. Щеки все время пылали, зрачки оставались в вышеописанном состоянии. При прикосновении к поврежденным участкам головы больной судорожно хватался руками за голову, и стоны его становились громче. Так как недостаточное снижение симптоматики после столь обильных отвлечений крови, часто возникавшее храпящее дыхание при сопорозном состоянии больного и экхимозы на веках усиливали подозрение на кровоизлияние в мозг, то кзади и кверху от левого уха, где видны были ушибленные раны, также произведен разрез через покровы головы и обнажен череп. Однако следов трещин здесь найти не удалось. Из раны после вчерашнего кровопускания снова вытекло 180 г крови.

В полдень было поставлено по 10 пиявок за каждым ухом с целью поддержать более длительное кровотечение (по Гамá), так что в случае его прекращения сейчас же снова ставили несколько пиявок. Внутри назначено: раствор рвотного камня по 0,06 г на 30 мл дистиллированной воды, через каждые четверть часа

¹ 1 фунт = 360 г.



по 1 чайной ложке, равно как порошок каломеля по 0,24 г на прием, до вечера принять 4 порошка. На икры – горчичники.

После этого удары пульса стали более отчетливо расчлененными и более регулярными. Больной открывал иногда правый глаз, но все же оставался в сопорозном состоянии. Около 3 часов пополудни он присел в кровати с открытыми глазами и собирался встать на ноги. На вопрос о том, что он собирается делать, он ответил, что хочет выйти. Это единственные слова, произнесенные им до сих пор. Его поддерживали в его движениях, и он действительно стал около кровати на ноги, после чего помочился. Затем, однако, у него подогнулись ноги, и он тотчас же снова впал в прежнее сопорозное состояние. Находясь в этом состоянии, он иногда проделывал быстрые движения руками и ногами, как будто он намеревался встать или отмахнуться от чего-то болезненного. Моча была совершенно нормального цвета и прозрачная, а через несколько часов показалась небольшая муть, оседавшая на дне.

Необходимо еще отметить, что больной все время лежит на правом боку со слегка искривленным позвоночником и со склоненной на грудь головой. Если его повернуть на спину, он вскоре снова переворачивается на тот же бок.

В 4 часа пополудни снова была поставлена клизма с уксусом и сернокислой магнезией, после чего несколько раз отходил кашицеобразный кал в небольшом количестве. При позывах к испражнению больной делал инстинктивные попытки приподняться; при этом он иногда открывал глаза, но не отвечал на обращенные к нему слова.

В 6 часов кровотечение прекратилось, и поэтому позади каждого уха было снова поставлено по 3 пиявки. Теперь пульс стал полным, более правильным и давал 100 ударов в минуту. Дыхание, хоть и затрудненное и хриплое, было только изредка немного храпящим, так что можно было отметить если и не разительное улучшение, то все же явно благоприятное действие примененных средств, а не поворот к худшему. Левая щека опухла, все лицо немного отекло, а краснота на нем несколько уменьшилась.

Около 10 часов вечера за обоими ушами было поставлено по 5 пиявок, а на икры пластырь из шпанских мушек, так как горчица совсем не подействовала. Было назначено 4 порошка каломеля в той же дозировке с указанием принять все порошки до утра. Последовательное кровотечение продолжалось до утра.

Первую половину ночи больной провел в том же состоянии. Но около 4 часов утра он стал очень беспокойным, метался в кровати и пытался встать, что ему, однако, не удавалось, производил порывистые движения руками и ногами. Это происходило преимущественно тогда, когда возникали позывы к испражнению, которые иногда оставались безрезультатными, но часто заканчивались выведением кашицеобразного кала в небольшом количестве. При этом одновременно отходило и немного мочи.

24 октября, в предбеденные часы, вид больного уже свидетельствовал о наступившем ухудшении. Лицо не было таким опухшим, а скорее осунулось, отливало желтизной. Дыхание становилось стерторозным чаще, чем накануне; обычно же оно сопровождалось стоном, как при резкой боли, особенно тогда, когда дотрагивались до поврежденных участков.



Пульс был твердый, но меньше, чем накануне, он частил, давал более 130 ударов в минуту, был нерегулярный. На верхнем веке правого глаза постепенно возникал синеватый экхимоз, который на глазах расширялся, в то время как одновременно припухлость левого глаза уменьшалась: по-видимому, излившаяся кровь, подчиняясь закону тяжести, затекала в правую сторону. – Везикаторы на икрах натянули несколько пузырей.

В 10 часов снова было поставлено 5 пиявок, 3 позади левого уха и 2 позади правого. Время от времени происходило выделение кашицеобразного кала небольшими количествами. В полдень экхимозы уже распространились на оба века правого глаза, который был полностью закрыт вследствие припухлости век. При раздвигании последних найдено, что конъюнктивы рыхла, отечна, не покраснела. На левом глазу, хотя оба века и соединительная оболочка еще оставались синюшными, все же припухлость настолько опала, что больной временами мог открыть глаз на несколько мгновений. Оба зрачка реагировали на свет. Так как стопы были холодные, то к ним был приложен согретый кирпич. Пульс стал чуть более упорядоченным.

В 4 часа пополудни с каждой стороны было поставлено 8 пиявок на виски, близ верхненаружных краев глазниц. Дыхание теперь почти перестало быть хриплым, но сопровождалось стонами, причем звуки, издававшиеся больным вследствие боли, были почти артикулированы.

В 6 часов вечера больной лежал совсем скорчившись и сильно прижимая голову к груди, забившись на самый край постели. Иногда он выпрямлялся и подтягивался, чтобы тотчас же опять вернуться в прежнее положение. Зрачки хоть и были подвижные, но более не реагировали на свет: временами они становились резко расширенными, несмотря на то что горящая свеча придвигалась близко к глазам, но вскоре они опять суживались при отсутствии раздражения светом. Дыхание было без хрипения. Пульс почти не прощупывался, только временами определялись единичные короткие удары.

В 7 часов вечера больной внезапно присел в кровати, как будто хотел встать. После того как его снова уложили, он схватил руками положенный ему на голову пузырь со льдом и сбросил его с себя. В 8 часов больной несколько раз выкрикнул какое-то имя и даже совершенно правильно отвечал на обращенные к нему вопросы. Он жаловался на головную боль и требовал холодной воды; выпил два стакана ее. Теперь дыхание становилось менее правильным, причем временами наступали более длинные паузы, после которых следовали отдельные более глубокие вдохи. Затем больной сказал, что ему холодно, и сам натянул одеяло повыше за плечи. Ему была подана чашка теплого бузинного чая, который он проглатывал без затруднения. Но после этого можно было слышать, как он слегка скрежетал зубами. Затем он выпил еще одну поднесенную ему чашку чаю, и тогда жизнь его погасла тихо и быстро, без судорожных припадков и без возобновления борьбы со смертью.

Д а н н ы е в с к р ы т и я . Оно было выполнено к вечеру 25 октября. При наружном осмотре тела обнаружено все, что уже известно из истории болезни. В качестве следов прежних повреждений следует назвать отсутствие большого пальца левой руки (по-видимому, в результате вычленения этого пальца в суставе

между первой пястной костью и первой фалангой), равно как тот факт, что на хрящах VIII и IX ребер слева имелось выпячивание величиной с грецкий орех как следствие давнишнего перелома этих хрящей.

Сначала была вскрыта полость черепа. После отделения покровов крыша черепа оказалась нетронутой, швы выдавались валиком белого цвета, но на левой лобной кости имелось просвечивавшее пятно синеватого цвета, равно как несколько менее отчетливых пятен вокруг. На распиле оказалось, что толщина костей черепа была обычной. Обе пластинки кости точно прилегали друг к другу, так что диплоэ совершенно исчезло; эта прослойка имела налицо только в отдельных, резко ограниченных участках, но зато она была здесь особенно развита. Она-то и лежала в основе только что упомянутых просвечивавших синеватых пятен.

После извлечения мозга и отделения твердой мозговой оболочки была обнаружена трещина черепа, которая проходила через левое большое крыло клиновидной кости, начавшись сбоку от турецкого седла. Она шла горизонтально вдоль задней стенки глазницы кнаружи, затем поднималась и переходила на левую теменную кость соответственно борозде для средней артерии мозговой оболочки и, наконец, легким изгибом поворачивала назад, где в виде тонкой линии проникала в одну лишь наружную пластинку кости. Надкостница над ней вовсе не была нарушена в своей непрерывности.

Между черепом и твердой мозговой оболочкой на левой стороне, в средней черепной ямке, как раз соответственно трещине в задней стенке глазницы, на основании черепа имелось ограниченное, не особенно обильное скопление черной свернувшейся крови поперечником около 2,5 см.

После перерезки твердой мозговой оболочки венозные пазухи оказались заполненными кровью; под нею, в подпаутинном пространстве левого полушария, имелось несколько более обильное количество серозной жидкости, чем обычно. На правой же стороне – очень значительное диффузное кровоизлияние, которое покрывало среднюю боковую и нижнюю часть правого полушария, но больше всего оно было выражено на основании средней черепной ямки, позади правой глазницы, и состояло из менее плотно свернувшейся крови, чем наружный экстравазат левой стороны! Сосуды под паутинной оболочкой были полнокровны.

В корковом веществе правой средней доли мозга, в том месте, где экстравазат был толще всего, обнаружен разрушенный участок, совсем размягченный, с добрый дюйм¹ в поперечнике. В мозговом веществе полуовального центра найдено еще одно скопление свернувшейся крови величиной с фасоль. В остальном вещество мозга было нормальное, чуть полнокровное.

В боковых желудочках мозга было немного больше серозной жидкости, чем обычно.

Позвоночный канал не был вскрыт ввиду полного отсутствия явлений, которые позволили бы заподозрить поражение спинного мозга.

¹ 1 дюйм равен примерно 2,5 см.



Грудная полость. По удалении покровов было обнаружено, что хрящ I ребра с левой стороны оторван от своих связей с рукояткой грудины. Этот отрыв был неполным, поскольку на внутренней стороне; т. е. со стороны грудной полости, обе эти части находились еще в непосредственном соединении. Окружающая клетчатка была пропитана кровью.

После вскрытия грудной полости обнаружено, что легочная и реберная плевры с обеих сторон спаяны между собой посредством многочисленных пластинчатых и тяжистых сращений. В самой полости – незначительное количество жидкости. Верхушка левого легкого – в стадии печенения. Вообще легкие были темного цвета, а их вещество немного рыхлое, мягкое, почти отечное. При разрезе их выделялось много пенистой слизи. Бронхи также были наполнены жидкой слизью. Перикард содержал довольно значительное количество сывороточной жидкости. Сердце было совершенно нормальное; в обоих желудочках содержались только лимфатические сгустки умеренной величины.

Брюшная полость. Печень была очень хрупкая, мягкая и наполнена кровью несколько больше, чем обычно, в остальном совершенно не измененная. Селезенка мала, хрупка, кровью не переполнена. Поджелудочная железа велика, нормальна. Желудок большой, стенки его толсты и плотны; он содержал немного жидкости, которую больной выпил незадолго до смерти. Слизистая оболочка желудка местами была интенсивно окрашена в красный цвет и, хотя не была по-настоящему воспалена, все же была явно раздражена (что следует объяснить применением рвотного камня). Раздражение не распространялось дальше привратника, и двенадцатиперстная кишка совсем не была поражена. Кишечный канал был почти пуст, раздут газами; в поперечной и нисходящей ободочной кишке кашицеобразный кал. Левая почка была нормальна; правая же несколько больших размеров, на нижнем ее конце, на передней поверхности, сидела круглая пузыревидная напряженная кистозная опухоль поперечником почти 5 см. После вскрытия тонкой просвечивающей кисты вылилась прозрачная жидкость слегка желтоватого оттенка и слабого мочевого запаха. С внутренней стороны киста была гладкая, она представляла собой вполне замкнутый мешок, который снутри был отделен от почечных ворот (и от почечной лоханки) тонкой пластинчатой перегородкой. Рядом с этой более крупной опухолью и кнаружи от нее находилась еще одна аналогичная, но более мелкая, величиной с горошину. Впрочем, вещество правой почки, как и левой, не обнаруживало никаких отклонений. Мочевой пузырь был пуст и сокращен.

Эпикриз. Этот случай можно рассматривать как действительно парный к случаю 8, описанному в «Анналах» первого года издания. При нынешнем состоянии учения о повреждениях головы подобные случаи должны возбудить общий интерес. По-видимому, не каждому из моих читателей известно, что описанный впервые Дюпюитреном ушиб мозга (контузия мозговой массы) еще недавно был характеризован Сансоном особыми явлениями. Поэтому я хочу здесь совсем коротко осветить сперва состояние этого вопроса.

К двум уже описанным Пти явлениям нарушения сознания при повреждениях мозга Дюпюитрен прибавил еще третье; следовательно, он описывает:



1) сотрясение (коммоцию), 2) сдавление (компрессию) и 3) ушиб (контузию) мозга. Дюпюитрен говорит:

«1) Было бы легко отличить сотрясение мозга от сдавления и ушиба, если бы эти три состояния встречались раздельно.

2) В частности, если непосредственным результатом падения или удара была компрессия, то явления возникают не сразу же после повреждения, но нарастают постепенно. Они выражаются в гемиплегии противоположной половины тела, стерторозном дыхании и т. д.

3) Напротив, при сотрясении явления постепенно затихают, и главным признаком является потеря сознания.

4) Наконец, ушиб мозга может быть распознан только через несколько дней (5–6), и проявления его тождественны тем, которые наблюдаются и при воспалении мозга».

«Если же эти три состояния существуют одновременно, как это наблюдается чаще всего, то необходимо учесть следующее.

5) Если происходят одновременно сильное сотрясение и вдавление кости, то больной лежит без сознания – это относится к сотрясению, а дыхание становится стерторозным – это характеризует сдавление. Если у больного произошло сдавление и разрыв мозговой оболочки или кровоизлияние в подпаутинное пространство и он попадает под наблюдение сразу же после повреждения, то можно отчетливо проследить за развитием паралича, который начинается очень скоро после повреждения.

6) Когда сотрясение совпадает с ушибом, то потеря сознания, характеризующая сотрясение мозга, на 4–5-й день сопровождается местными и общими явлениями воспаления, а к 10–12-му дню появляется гемиплегия, которая сопровождает исход воспаления в нагноение.

7) Если ушиб мозга происходит одновременно с кровоизлиянием и так как в этом случае гемиплегия появляется уже в результате кровоизлияния, то ушиб мозга можно распознать лишь по учащению пульса, покраснению лица и т. д. на 4–5-й день после повреждения, т. е. тогда, когда в помятой мозговой ткани развивается воспаление. Но нет никакой возможности отличить первичное кровоизлияние от вторичного; в известной мере ориентировке может помочь лишь нарастание интенсивности всех явлений.

8) Наконец, если сильное сотрясение, кровоизлияние над или под твердой мозговой оболочкой произошли одновременно с ограниченным ушибом поверхности мозга и врач был приглашен к больному своевременно, то сначала можно наблюдать одни только явления сотрясения. К ним вскоре присоединяется паралич на почве сдавления мозга, а на 4–5-й день прибавляются еще признаки воспаления мозга» (Dupuytren, *Traité des blessures*, tome 2, стр. 170).

Из этого описания развития явлений после повреждений головы, сделанного Дюпюитреном, вытекает, что он мог распознавать ушиб мозга только по воспалительным явлениям и, следовательно, не сразу после повреждения, а только через 4–5 дней после него. «После вскрытия больных, – говорит он, – которые умерли через некоторое время после повреждений мозга, можно найти тот участок мозга, который подвергся ушибу: он превратился в неорганизованную



кашицеобразную массу, в ихороподобное вещество, состоящее из крови и гноя. Вокруг этого очага само мозговое вещество оказывается желтым, красноватым, как посыпанное песком, совершенно так же, как это бывает вокруг кровоизлияния в мозговое вещество. Подобная деструкция возникает, конечно, не сразу после повреждения, – она является продуктом последовавшего затем воспаления».

Как уверяет Буанэ (интерн Сансона) в своей работе «Des signes immédiats de la contusion du cerveau», Сансон пришел благодаря наблюдениям у постели больного к тому, что он различает сейчас ушиб мозга сразу же после повреждения и, следовательно, до развития воспалительных явлений. Признаки, которые, по Сансону, характеризуют ушиб мозга, вкратце таковы: пострадавший сразу же после повреждения находится в состоянии постоянного беспокойства, двигается в разные стороны, все время переворачивается в кровати. Конечности находятся в состоянии постоянного сокращения, они согнуты, и больной остается как бы свернутым в комок. Иногда появляются некоторые эпилептоидные движения; дыхание значительно замедлено, не будучи стерторозным, хотя в то же время имеется и сдавление мозга (см. *Archive de Médecine et Gaz. médicale*).

Доктор Мальгень в *Gaz. médicale* (1836, 23 января) также привел несколько наблюдений, которые он сделал совместно с интерном Друаном в больнице Сен-Луи, чем он хотел доказать, что в большинстве случаев приписывали давлению излившейся крови или вмятых отломков кости на мозг то, что, в сущности, являлось последствием ушиба мозга. Из четырех случаев, в которых ушиб мозга был подтвержден вскрытием, в трех действительно имелись налицо приступы значительного беспокойства, но в двух из этих трех случаев такое беспокойство было замечено только спустя 4–5 дней после повреждения (следовательно, когда уже проявлялась воспалительная реакция) и только в одном случае непосредственно после повреждения.

Если мы теперь вернемся к нашему больному, то спрашивается: к какой категории должно быть отнесено его повреждение головы?

Потеря сознания сразу же после повреждения относилась, следовательно, к сотрясению, стерторозное дыхание и кровоизлияние в одном веке и соединительной оболочке глаза являлись следствием крупного кровоизлияния под твердой мозговой оболочкой, а паралича совсем не было до самой смерти; нельзя было отметить даже никакого расширения зрачка. Наконец, своеобразное беспокойство больного в первую же ночь после повреждения, когда он «метался в кровати в разные стороны, не приходя в сознание», должно было, по Сансону, характеризовать ушиб мозга. Даже на другой день после повреждения «при прикосновении к поврежденным участкам головы больной судорожно хватался руками за голову и стоны его становились громче». Это явление вместе с полной потерей сознания у больного также свидетельствует не об одном только кровоизлиянии.

Если мы вспомним теперь о случае 8 в клинических «Анналах» первого года издания, то мы прочтем там в дневнике за 3 февраля (т. е. на другой день после повреждения): «Больной... очень беспокоен, порывается встать с кровати» и т. д. и далее, за 5 февраля (на третий день после ранения): «Больной был очень беспокоен всю ночь, разбрасывал руки, часто стонал, скрежетал зубами и всхлипывал». Следовательно, в обоих случаях нельзя не признать



странного беспокойства; в обоих случаях оно появилось вскоре после повреждения и в обоих же случаях вскрытие показало: в мозгу, именно в том месте, где кровоизлияние под твердой мозговой оболочкой было сильнее всего выражено, имеется очаг размягчения, подобный каше, перемешанной с кровью. Положение больного, описанного под № 8 этого года, тоже, по-видимому, соответствует описанию Сансона (на правом боку, с несколько изогнутым позвоночником и головой, склоненной на грудь).

Если же этот и подобные ему случаи подтвердят наблюдение Сансона, то все же никак нельзя согласиться с Мальгеном в том, что большинство явлений после повреждений головы, которые приписывались сдавлению мозга, в действительности относятся к ушибу всей массы мозга и что, следовательно, во всех этих случаях трепанация черепа является бесполезной и вредной. Я знаю, что 1) исследования Сэрра на животных (впрочем, они должны быть повторены) показали, что инъекции жидкости под твердую мозговую оболочку переносятся без всяких дурных последствий, что 2) по наблюдениям Абернети, Дюпюитрена и др., больные со значительным вдавлением костей после переломов черепа могут еще выздороветь. Не следует, однако, забывать, что мы тоже можем привести сотню примеров, когда после устранения давления вмятым отломком кости к больным, дотоле лишенным сознания, последнее опять возвращалось. Не следует забывать далее, что после удаления гнойного выпота над или под твердой мозговой оболочкой больной приходит в себя и поправляется. Около 9 лет назад я сам был очевидцем подобного случая в нашей клинике, когда при переломе черепа у больного, находившегося в полном бессознательном состоянии, после выполнения трепанации черепа и удаления гнойного выпота под твердой мозговой оболочкой к больному уже вскоре вернулось сознание и он совершенно поправился.

Напротив, мне кажется, можно утверждать, что ушиб самого мозга именно вследствие давления на него становится опасным и обуславливает смерть. Дело в том, что если имеет место только ушиб, ограниченный лишь незначительным участком мозга, то это представляет не что иное, как размягчение мозгового вещества, связанное с выхождением крови из мелких сосудов, подобно тому, что мы находим после апоплексии в мозговом веществе. Общеизвестно, что подобного рода апоплектические больные с таким размягчением мозга могут еще долго жить и, если не считать некоторых паралитических явлений, могут себя чувствовать довольно хорошо. Если же незначительный и ограниченный ушиб мозга приводит к смерти, то это может произойти, очевидно, только двояким путем: ли бо он связан с другими явлениями более крупного кровоизлияния, сотрясения и т. д., как, например, в случае 8 этого выпуска, и тогда смерть наступает довольно скоро после повреждения, причем здесь безусловно все три состояния следует считать причиной смерти; ли бо ушиб переходит в нагноение или заканчивается вторичным кровоизлиянием вследствие растворения кровяного сгустка, который закупорил разорванные при этом кровеносные сосуды, – тогда смерть последует только через несколько дней после повреждения, как в случае 8 первого года издания «Анналов». Дело в том, что в данном случае больной скончался при всех явлениях кровоизлияния. До того не было



никаких очевидных явлений воспаления мозга, и вскрытие показало наличие свежих следов излившейся крови.

Вследствие этого наблюдения Дюпюитрена и Сансона над ушибами мозга отнюдь не приведут к более редкому применению трепанации черепа, когда другие местные явления будут указывать локализацию давления и т. д.; если путем наложения трепанационного отверстия удалена значительная масса излившейся крови, костный отломок и т. д., то больной с незначительным местным ушибом мозга может быть излечен, равно как может поправиться больной с абсцессом мозга или больной с апоплексией и частичным размягчением мозга.

Наконец, что касается лечения пиявками при повреждениях головы по методу Гама, когда повторное их применение позади уха или под углом нижней челюсти поддерживает непрерывное вытекание крови (в отдельных случаях общее количество поставленных по этому способу пиявок доходило до 600), то последние наблюдения французских авторов как будто говорят в пользу метода Гама. В нашем случае этот метод также, по-видимому, оказывал благотворное действие на больного, так как в последнее время он несколько раз приходил в себя, отвечал на вопросы, просил пить и т. д. Несомненно, метод Гама заслуживает применения в полном объеме, особенно в тех случаях, когда состояние пульса при повреждениях головы (например, нитевидный пульс при бледности лица) служит противопоказанием к кровопусканию.

3. Осложненные и простые переломы костей

Случай 9. Запущенный перелом голени непосредственно над лодыжками. Нагноение. Омертвление концов отломков. Ампутация. Выздоровление. (Этот случай наблюдал в клинике в мое отсутствие профессор д-р Вальтер).

И. Г. Т. Геерман, адвокат из Валка, 53 лет, 15 февраля 1838 г. по дороге домой оступился таким образом, что левая стопа повернулась подошвой кнутри и наружным краем книзу, а внутренним кверху. Вследствие этого больной упал на левый бок и, несмотря на все усилия, не мог больше встать, так как его левая нога отказывалась служить. Больного отнесли домой и уложили в кровать. При исследовании никаких наружных повреждений не было найдено. Только выше голеностопного сустава имелась необычная подвижность, причем больной ощущал лишь незначительную боль.

Так как нельзя было найти врача, то больной послал за уездным фельдшером, который без тщательного исследования стянул стопу и голень повязкой настолько туго, как мог, и распорядился делать холодные обертывания. Быстро увеличивавшаяся опухоль и невыносимые боли заставили больного через несколько дней потребовать снятия повязки, причем обнаружилось несколько ран в области голеностопного сустава и выше, откуда выделилось большое количество гноя и вскоре затем несколько кусков кости. С этих пор больной только оберегал ногу в кровати от движений; холодные обертывания продолжались. Но так как состояние больного все ухудшалось, то он решился на поездку в Дерпт, где и был принят 24 марта в хирургическую клинику.



При исследовании обнаружено следующее. На левой голени имелись 3 большие раны – одна длиной 5 см на внутренней стороне голеностопного сустава, другая на противоположной стороне, на наружной поверхности, на 5–7,5 см выше, и третья, меньшая, тоже на наружной поверхности, но ниже, на уровне первой раны. Из этих ран выделялся весьма зловонный гной. Стопа осталась совсем неизменной. Боль распространялась несколько кверху на голень. При введении зонда в раны можно было отчетливо ощущать неровные поверхности верхних отломков большеберцовой и малоберцовой костей. Наружная и внутренняя лодыжки не прощупывались. Припухлость была незначительной, а общее состояние больного почти или совсем не пострадало.

25 марта. Ампутация недалеко от коленного сустава и книзу от него была выполнена круговым разрезом. Рана превращена в продольную щель с помощью швов, наложенных снизу вверх.

29 марта. Сегодня швы были удалены. Первичное натяжение удалось на протяжении почти половины всей раны. Смена повязки производится регулярно через день.

16 апреля. Рубцевание раны происходит быстро. До сих пор не отошли еще две лигатурные нити.

12 мая. Сегодня отошла последняя лигатура, и рубцевание можно считать почти законченным.

3 июня. Больной покинул клинику совершенно выздоровевшим.

Случай 10. Осложненный огнестрельный перелом предплечья. Расширение раны. Выздоровление.

Маддис, эстонский крестьянин из Малой Конготы, совершеннолетний, скорее вялой, чем живой, реактивной способности, притом крепкого телосложения, 7 дней назад неосторожно держал руку на дуле ружья, заряженного дробью. При этом произошел выстрел, причинивший нижеследующее ранение.

На 2 поперечных пальца выше правого лучезапястного сустава, на ладонной поверхности предплечья, имеется нарушение целостности мягких тканей над локтевой и лучевой костями, достигающее в продольном направлении примерно 5 см. Рваная рана имеет неправильную форму, вздутые края ее разошлись, а неровное дно углубляется далеко в мышечное вещество и покрыто гангренозной клетчаткой и омертвевшими сухожилиями, между которыми уже начинает появляться гной. Против этого места на тыльной стороне имеется второе более крупных размеров *solutio continui*¹ мягких тканей. Рваная зияющая рана здесь также имеет крайне неправильную форму, ее грязное дно покрыто излившейся кровью. Как выше, так и ниже этого места вокруг предплечья образовалась воспалительная перетяжка. Припухлость кисти, распространяющаяся одновременно и на пальцы, имеет отечный характер; припухлость выше раны, распространяющаяся за локтевой сустав и теряющаяся на плече, по характеру своему является отечной, но в то же время напряжена. Температура здесь также несколько выше нормальной. Больной может двигать предплечьем и пальцами при известном усилии. На месте ранения предплечья

¹ *Solutio continui* (лат.). – нарушение целостности (буквально – непрерывности).



обнаруживается ненормальная подвижность; здесь можно его согнуть. Исследование раны пальцем показало наличие острых отломков костей. Нетрудно распознать здесь перелом локтевой и лучевой костей непосредственно над лучезапястным суставом с повреждением либо обеих артерий, либо одной лучевой. Ледяное обертывание.

26 июля. Как переднее, так и заднее раневое отверстие расширено путем рассечения фасции вследствие наличия перетяжки.

27 июля. Перетяжка исчезла. Легкая сосудистая лихорадка. У больного несколько изнуренный вид. Припарка.

28 июля. Раны имеют грязный и сухой вид. Язык покрыт беловатым налетом. Вечером пульс несколько ускорен и твердоват. *Potio Riverii*. Снаружи – раствор хлорной извести.

31 июля. Из раны извлечено несколько мелких костных осколков, и ножницами удален слой омертвевшей клетчатки. Окружающие рану ткани снова распухли сильнее. Пульс 80. Ручная ванна из щелочи (*Kali causticum*) и *H-ba Hyoscyami*.

3 августа. Сегодня из раны удалены с помощью ножниц несколько омертвевших сухожилий и некоторое количество омертвевшей клетчатки. Предплечье распухло, особенно вокруг ран. Общее состояние сохраняется на том же уровне. Наложена картонная шина. Экспульсивная липкопластырная повязка. Поверх нее ароматическая припарка. Внутри назначено: *Extract. Chinae* (7,5 г на 210 мл воды).

4 августа. Ночью больной потел. Пульс 92, слабее, лицо несколько осунувшееся, однако взгляд ясный, и состояние сил хорошее. Рана сильно гноится, и края ее опухли. Внутри назначен декокт хины.

7 августа. Края раны очень резко утолщены и гранулируют. Снова были удалены кусочки омертвевших сухожилий и фиброзных образований. Характер повязки остается в основном тот же; перевязка производится 2 раза в день. Рана подвергается орошению ароматическим настоем и хлорной водой.

9 августа. Так как стоит отличная погода, больной несколько раз в день выходит погулять.

14 августа. Пребывание на чистом воздухе и более питательная диета, несомненно, благоприятно действует на больного, принявшего благодаря этому более бодрый вид.

15 и 16 августа. В обеих ранах видны сегодня хорошие, живые грануляции, края менее вздуты, и только в середине дно еще имеет грязноватый вид. В то же время припухлость всего предплечья значительно опала.

С 17 по 22 августа. Хина и припарки отменяются.

25 августа. Из верхней раны извлечен небольшой кусочек кости длиной 12,5 мм и шириной 5 мм.

28 августа. Больной переведен на амбулаторное лечение. Обе язвы имеют чистый вид и покрыты свежими грануляциями. Края кожи прилегают друг к другу, и только в середине язвы, на наружной стороне, имеется одно грязное место. Прежняя давящая повязка из липкопластырных полосок подлежит смене каждые 3–4 дня. Через 3 недели рана полностью зарубцевалась



Случай 11. Оскольчатый перелом лучевой кости, осложненный кожной раной. Гангрена. Смерть.

Карл, мальчик на мельнице, 14 лет, 28 марта 1838 г. получил повреждение правой руки жерновом и в тот же день отправился в клинику, где было найдено следующее.

На правом предплечье, на середине сгибательной стороны, имеется рваная рана длиной 7,5 см и шириной 2,5 см, которая тянулась косо сверху и снаружи; на тыльной поверхности имеется другая рана меньших размеров. Вид обеих ран хороший; припухлость окружающих тканей не очень большая, боль не особенно сильная. Кисть тоже не опухла; воспалительные явления вообще не выражены. Кровотечение было совсем незначительным. Лучевая кость переломана посередине. Верхний отломок прощупывается, а так как нижний фрагмент отчетливо не прощупывается и, напротив, здесь было видно углубление, то было решено, что здесь имеется раздробление лучевой кости. Зондирование не было произведено из опасения вызвать раздражение. Локтевая кость совсем не повреждена. Общее состояние и вид мальчика были столь хороши, что можно было ожидать излечения. Под предплечье положена деревянная шина, рана покрыта восковой мазью и слегка забинтована; все вместе удерживалось косынкой.

Через 3 дня после удаления повязки оказалось, что началось хорошее нагноение. Ткани вокруг раны распухли, но общее состояние хорошее. С этих пор больной ежедневно приходил в клинику для перевязки. Гноетечение было сильное, причем присоединился дурной запах. Рана содержала куски омертвевшей клетчатки, имела несколько вялый вид. Больной чувствовал большую слабость. Была наложена повязка с дигестивной мазью.

3 апреля у мальчика несколько раз повторялась рвота, он жаловался на боль в груди, чувствовал большую слабость и испытывал сильные боли в ране. Так оно было и 5 апреля, поэтому на следующий день он остался дома, где его навестили. Здесь рана была суховата, края были синюшные, гной был нехороший. У больного была рвота и жар, всю ночь он не мог заснуть, но сохранил хороший вид.

7 апреля все предплечье оказалось гангренозным. Кисть была синюшная, холодная и бесчувственная. Плечо распухло, было чрезвычайно болезненно, негорячее, бледное; боль особенно распространялась по ходу крупных сосудов. В правой половине груди были боли. Дыхание было часто затруднено, с одышкой, 30 раз в минуту. При выстукивании легочный звук ясный; при выслушивании дыхание повсюду отчетливое, без посторонних звуков. Область желудка при надавливании весьма чувствительна. В области печени никакой боли нет. Частая тошнота и рвота; сильная жажда. Пульс 120, очень малый, слабый, легко сжимаемый. Несколько раз был озноб. Эти угрожающие явления принимались за признаки флебита. Казалось, что гной будет найден в крупных венах, а также в легких.

Больной был немедленно переведен в клинику; здесь его состояние оставалось таким же. На гангренозные участки были положены ароматические припарки, ртутная мазь. Вскоре после поступления в клинику возобновилась рвота. Затем последовал проливной пот. Беспокойство оставалось прежним. Следующую ночь больной также провел без сна и утром 8 апреля скончался.



Вскрытие произведено через 30 часов после смерти. Телосложение крепкое; лицо не осунувшееся. Упитанность хорошая; губы синие. На участке правого предплечья, которое попало под жернов, видно несколько разорванных мышц, между которыми лежат сгустки черной свернувшейся крови. Мышцы предплечья коричневатого-красного цвета и мягкие, вены предплечья темно-красного цвета на всем их протяжении, местами утолщены; они наполнены черной, наполовину свернувшейся кровью, но не расширены. Кисть несколько распухшая, плечо бледное, тоже распухшее, слей клетчатки под жировой тканью слегка отекают. Лучевая кость сломана тотчас над запястным концом; здесь имеется несколько осколков довольно больших размеров. Они достигают середины лучевой кости, отчасти лежат свободно, отчасти прочно связаны с мягкими тканями. Трещина проходит почти до головки лучевой кости; надкостница местами отслоена. Межмышечная клетчатка и сами мышцы у внутреннего мыщелка – темно-красного цвета; здесь имеется отложение гноя. У наружного мыщелка отмечаются те же изменения, только в меньшей степени. Мышцы плеча бледные, в отдельных местах – темновато-красного цвета. Внутренняя оболочка вен плеча белого цвета; вены бескровны, не утолщены, только в середине плеча начинается утолщение стенок вен, которое распространяется в сторону предплечья. Здесь вены местами содержат черную жидкую кровь.

Клетчатка, окружающая начало аорты, легочной артерии и полых вен¹, отекает, а сами сосуды полны черной жидкой крови, но в общем здоровы.

Сердце чуть увеличено, перикард содержит 60 г желтой мутной жидкости. Правое предсердие наполнено черными сгустками, а в правом желудочке желтые сгустки перемешаны с черными; левая половина содержит желтые сгустки, в остальном нормальна.

Легкие у основания и по окружности прочно сращены с реберной плеврой посредством тонкого слоя плотной клетчатки; на левом легком в этой ткани местами видно светло-желтое студенистое вещество, которое образовалось, по-видимому, недавно. На правом легком между обоями листками плевры имеются более старые и плотные спайки. Легкие синевато-черного цвета, всюду крепитируются, полнокровны, а в остальном здоровы. В их ткани имеется несколько слегка уплотненных бронхиальных желез; бронхи немного расширены.

В остальных внутренностях не обнаружено никаких отклонений, за исключением круглых глистов в кишечном канале.

Случай 12. Осложненный оскольчатый перелом бедра и голени. Травматический торпор. Развитие гангрены. Смерть через 2 дня.

К. Мальцдорф, мельник из Ратсгофа близ Дерпта, 2 января 1838 г. был занят починкой своей мельницы, и, когда слишком приблизился к колесу, оно схватило его за полу шубы, неудержимо повлекло за собою и сильно ущемило между спицами. Не будучи в состоянии освободиться, он изо всех сил звал на помощь, и только через добрые полчаса прибежали с большой дороги несколько человек, услышавших его крики, и после долгих усилий освободили его наконец из спиц колеса. Кровь обильно лилась через его одежду, и так как он не был в состоянии

¹ Имеются в виду устья полых вен.



держаться на ногах, то его отнесли в кровать, а спустя 3–4 часа доставили в хирургическую клинику.

При исследовании был обнаружен перелом правого бедра непосредственно над его мышцами. Рваная рана на том же уровне с наружной стороны имела в длину приблизительно 20 см и проникала вглубь до сухожилия наружной широкой мышцы. Обширное кровоизлияние в клетчатку задней поверхности бедра немало способствовало увеличению всей его окружности.

На левой голени, в области ее середины, тоже оказался перелом, и из раны на наружной поверхности голени непрерывно сочилась черная кровь; здесь же торчали острые концы верхнего и нижнего отломков. Вся левая нога была холодная и распухшая.

Больной жаловался на сильные боли в нижних конечностях, дыхание было чрезвычайно ускорено. Пульс малый и частый. Лицо бледное, взгляд беспокойный, поверхность кожи холодная. На обращенные к нему вопросы он отвечал после глубокого вздоха вполне разумно. *Очевидно, это огромное повреждение и душевное переживание потрясли до основания все его жизненные силы, так что нечего было и думать об ампутации обоих бедер.* Поэтому было предпринято чисто паллиативное лечение: на обе нижние конечности были наложены повязки Ларрея.

Во время очень продолжительного наложения этой повязки, которая требует от врача большого труда, пришлось несколько раз подкреплять крайне истощенного больного вином и успокаивать опиумом. На левой голени кожа в том месте, где торчала наружу раздробленная большеберцовая кость, была рассечена немного книзу, и только теперь удалось при одновременном применении вытяжения и противотяжения обоих отломков водворить обратно под кожу выступающий расколотый верхний отломок. Из этой кожной раны вытекло большое количество темной крови, так что здесь пришлось прибегнуть к тампонаде с агариком. Значительная кожная рана на правом бедре была покрыта повязкой с восковой мазью. После обеда несколько раз повторялась рвота.

3 января. Больной простонал всю ночь и только к утру задремал на четверть часика. Он жалуется особенно на боли в левой голени. У больного чрезвычайно изнуренный и бледный вид, он совершенно упал духом. Пульс снова немного поднялся и давал 128 ударов в минуту. Язык в небольшой степени покрыт белым налетом. Больной получил несколько шипучих порошков, и после этого ежечасно ему дается *Pulvis temperans*. К вечеру боли в левой голени стали настолько тяжелыми, что больной говорил о невозможности их больше переносить и непрерывно старался распустил повязку. Поэтому повязка на всей левой ноге была ослаблена и здесь сделаны ледяные обертывания.

4 января. Сегодня у больного чрезвычайно изнуренный и страдальческий вид. Сознание оставалось неомраченным, но больной отвечал на вопросы лишь с трудом и неохотно. Черты лица отражали неопишуемые страдания, лицо было осунувшееся и серое, цвет кожи на всем теле желтушный. Язык был сильно обложен белым налетом, пульс 128, очень слабый. Живот был мягкий и всюду безболезненный. Вся левая нижняя конечность распухла, голень холодна как лед, лишена чувствительности, а бедро сплошь эмфизематозно. Повязка была



ослаблена и на всей правой нижней конечности. Здесь не было еще никаких следов гангрены, но была значительная припухлость, особенно вокруг коленного сустава, и крайняя болезненность всей этой области. Здесь сделаны ледяные обертывания.

Несчастный прожил еще несколько часов в величайших мучениях. Его внешний вид был чрезвычайно характерным, и все выражало далеко распространившуюся гангрену, о чем уже прямо говорил своеобразный запах. Вскоре дыхание стало затрудненным и все более тяжелым, пока, наконец, в 5 часов пополудни оно не прекратилось совсем.

Вскрытие. Левая нога. Здесь на большеберцовой кости имелся перелом длиной 10 см, направление его косое: сверху сзади вниз и вперед. Место перелома находилось в верхней трети кости и доходило до середины ее длины. Верхний отломок был остроконечный и немного выдавался вперед; он был расколот несколькими продольными трещинами. Малоберцовая кость была сломана выше, приблизительно на один поперечный палец ниже ее головки. Мышцы вокруг всего места перелома были синюшны и разорваны. Излившаяся в большом количестве кровь, частично свернувшаяся, частично жидкая, заполняла все окружающие ткани и распространялась под фасцией вниз по всей голени, а вверх почти до тазобедренного сустава. Эмфизема бедра развилась вдоль этого экстравазата. Передняя и задняя большеберцовые артерии и вены, равно как подколенная артерия, не были разорваны, хотя и полностью закупорены плотными кровяными сгустками. Коленный сустав не был изменен.

Правая нога. Здесь бедренная кость была сильно раздроблена тотчас выше мыщелков, причем была разделена на 5–6 отдельных кусков. Один длинный осколок тянулся вверх до самой середины бедра. Сумка коленного сустава была оторвана в нескольких местах, от надколенника был отделен узкий край, а в полость коленного сустава излилось небольшое количество крови. Суставные поверхности хряща на обоих мыщелках бедренной кости были пропитаны кровью и окрашены в коричневато-красный цвет. Обильное кровоизлияние омывало все место перелома. Бедренная и подколенная артерии и вена не были разорваны, но были целиком закупорены кровяными сгустками. В верхнем отделе области перелома, в полости длиной около 4 см, лежал совершенно обнаженный седалищный нерв.

Внутренности всех трех полостей были вполне здоровы. В подвздошной кишке найдено огромное количество ленточных глистов.

Случай 13.

Лиза, эстонка, 25 лет, соскользнула левой ногой со стремянки, и, так как стопа ее осталась ущемленной между перекладинами лестницы, она всей тяжестью тела упала на землю. Когда она спустя несколько часов после повреждения была доставлена в клинику, верхний осколок большеберцовой кости, совсем лишенный надкостницы, на несколько дюймов выдавался над кожной раной. При исследовании было установлено, что имел место перелом и малоберцовой кости. Стопа была на ощупь несколько похолодевшая, но кроме этого не было ни местной, ни общей реакции. Больная принадлежала к вялым и пастозным субъектам, хладнокровно и довольно подробно рассказывала о своем несчастном случае и быстро решилась на ампутацию.



Во время выполнения ампутации голени (лоскутным разрезом по способу Лангенбека) она вела себя очень спокойно и даже подробно отвечала на обращенные к ней во время вмешательства вопросы. Кожа, подкожная клетчатка, мышцы при рассечении имели совершенно нормальное строение. Я соединил кожную рану с помощью 10–11 кровавых швов, наложил контентивную повязку и назначил холодные обертывания на культю. После этого не было никакой общей реакции, только язык в последующие дни был покрыт густым белым налетом; поэтому был назначен раствор *Tart. emeticus in dosi refracta* с сатурацией. Однако после снятия первой повязки не было найдено никаких признаков первичного натяжения; между швами просачивалась грязная ихорозная жидкость, причем как культя, так и все бедро значительно распухли. Эта припухлость не была ни воспалительной, ни болезненной, ни чисто отеочной; температура конечности была лишь незначительно повышена. После снятия швов края раны разошлись и образовали большую грязную гранулирующую поверхность. Зондом можно было нащупать оба костных опиала, лишенные надкостницы на протяжении примерно 2,5 см. Попеременно были назначены: повязка с раздражающими средствами (с преципигатной и базиликонной мазью), давящая повязка с полосками липкого пластыря и экспульсивным бинтом, ароматические окутывания. Тем не менее рана улучшалась крайне медленно, и несколько раз в ней определялись даже следы гангрены. При всем этом, однако, благоприятная конституция больной совсем не пострадала, и через 2 месяца удалось достигнуть наконец полного излечения.

Исследование ампутированной конечности. 1) Поперечный перелом большеберцовой кости непосредственно выше голеностопного сустава. 2) Продольный перелом большеберцовой кости через суставную поверхность. 3) От задней части суставной поверхности большеберцовой кости косо отломан кусок. 4) Еще два более мелких костных осколка большеберцовой кости. 5) Косой перелом малоберцовой кости на два поперечных пальца выше наружной лодыжки. Суставные хрящи стали красными вследствие пропитывания излившейся кровью. (Ср. еще случаи 1 и 5 настоящего выпуска.)

Замечания

В случае 9 особенно примечательна склонность к первичному заживлению (больной – алкоголик). Полного рубцевания удалось добиться сравнительно очень быстро, если учесть, что рана и именно опиленная кость могла быть покрыта кожей не целиком. Напротив, в случае 13, несмотря на то что крепкая, здоровая конституция больной, свежесть повреждения, хорошее состояние кожи и мышц икры должны были благоприятствовать первичному заживлению, последнее все же полностью не удалось. Сразу же после смены первой повязки под лоскутом скопился гной, и когда швы были удалены, то края раны полностью разошлись. Впоследствии между ними образовалась грязная, обильно гранулирующая поверхность шириной в два поперечных пальца. Зондом можно было определить скрытые под лоскутом опиалы костей, лишенные надкостницы. Все бедро было распухшее; впрочем, опухоль не была ни напряжена, ни болезненна, ни даже по-настоящему отеочна. В чем кроется столь резкая разница в заживлении в обоих



этих случаях? Может быть, в методе ампутации? Но видоизмененный мною метод Лангенбека является именно таким, при котором я очень часто наблюдал первичное натяжение. Кто вспомнит о некоторых случаях из «Анналов» первого года издания, кто в этом выпуске среди костных заболеваний прочитает о случае 20, тот, несомненно, убедится в том, что причина этого не может заключаться в различии методов.

В Париже мне возражали очень много против только что указанного метода ампутации. Говорили, будто лоскут благоприятствует скоплению и затеканию гноя, а край большеберцовой кости образует выступ и т. д. Это, разумеется, упреки, которые можно выдвинуть против всякого поперечного соединения раны при ампутациях голени и особенно после лоскутного разреза. Но разве все эти недостатки, которые так пугают французских хирургов, не зависят скорее от конституции больных, от вида предшествовавшего повреждения и – что надо учесть прежде всего – от больничного воздуха и от рода повязки? Если лоскут, взятый на икре, не чрезмерно короткий и толстый – это легко может случиться, если производят операцию не по определенным правилам, – если, далее, выкроить слишком малый верхний¹ кожный лоскут, если, наконец, при согнутом положении колена осуществить нежное давление на основание лоскута путем наложения умеренно давящей повязки, то можно быть достаточно уверенным в том, что не образуется скопления гноя, не получится выступления кости и т. д. Однако при малейших признаках образования свища необходимо проделывать противоотверстия в нижнем² лоскуте.

Для того чтобы выкроить нижний лоскут достаточных размеров и правильной формы, я считаю обязательным выполнение следующих правил: 1) как указывает Лангенбек, надо всегда оставаться при разрезе позади обеих костей; 2) сначала перерезать одну только кожу с апоневрозом и сильно оттянуть кверху перерезанную кожу ладонной поверхностью левой кисти; 3) вдоль границы оттянутой кверху кожи рассечь поверхностный слой мышц и ввести в этот разрез четыре пальца левой руки, чтобы оттянуть лоскут кверху, затем 4) рассечь глубже лежащие мышцы. До сих пор разрез проводится только через середину икроножных мышц, следовательно, для формирования верхушки или дуги лоскута. Только теперь переходят к 5) выкраиванию боковых частей лоскута, а это происходит чрезвычайно просто – таким путем, что уже выкраенная часть лоскута немного оттягивается от кости; таким образом одновременно натягивается кожа. Теперь дугообразными движениями ножа разрез надо удлинить сперва с одной стороны (на левой голени сначала с внутренней стороны, на правой – сначала с наружной), а потом с другой, но все время оставаться позади костей. Благодаря этому лоскут получает очень правильную полулунную форму; он не будет ни слишком остроконечным, ни слишком неуклюжим и кажется вычерченным с помощью циркуля. Более молодым операторам я советую всегда выкраивать также небольшой верхний кожный лоскут шириной с поперечник большого пальца; ассистент оттягивает этот лоскут кверху, а если кожа отечна

¹ Т.е. передний.

² Т.е. в заднем.



или сращена с подлежащими тканями, оператор отпрепаровывает ее быстрыми движениями ножа от одного угла до другого.

Я могу заверить врачей, не производивших и не видевших этой операции, что всю ампутацию выполняют, я бы сказал, одним движением ножа, во всяком случае не вынимая ампутационного ножа из раны. Подобно каллиграфу, который разрисовывает на бумаге сложные фигуры одним и тем же росчерком пера, умелый оператор может придать разрезу самую различную форму, величину и глубину одним и тем же взмахом ножа при гармоничных движениях действующей руки.

Положение больного и конечности, подлежащей ампутации, остается при операции таким, как оно было указано Лангенбеком. Однако я уже несколько раз наблюдал больных, страдающих органическими заболеваниями стопы, которые держат коленный сустав в положении постоянного сгибания, вследствие чего мышцы, сгибающие голень, у них находятся в состоянии контрактуры, и во время операции возможно только согнутое положение голени. В этом случае оператор должен стоять на одном колене перед конечностью. Разумеется, ампутация в таком положении для менее опытных и особенно для тучных хирургов весьма затруднительна.

Аналогичным образом, если желательно потом придать ране продольное направление, можно выкроить в средней части голени два боковых лоскута, но всегда выше начала ахиллова сухожилия. В моих глазах значительно естественнее такой способ оперирования, при котором лоскуты образуются снаружи внутрь настоящими тянущими движениями ножа (т. е. разрезы осуществляются так, что нож ставится своим основанием и проводится через подлежащие рассечению мягкие ткани легким тянущим движением до своего кончика), а не посредством штыковых проколов. При этом рана всегда имеет правильную форму, она всегда в большей мере защищена кожей, концы сухожилий, равно как концы перерезанных мышц, не свисают через край лоскута, что бывает так часто при образовании лоскутов посредством прокола.

Если мы теперь вернемся к обсуждению истории болезни № 13, то мы не должны, следовательно, приписывать методу операции полную неудачу с первичным натяжением, плохой вид раны и т. д. у совершенно здорового в остальном человека; мы должны искать объяснения этого явления совсем в ином направлении. Кое-кто из моих читателей, может быть, вспомнит о гипотетическом объяснении, которое я дал на стр. 49 «Анналов» первого года издания гангрене культи после ампутации, произведенной по поводу травматического повреждения. Там я признавал сотрясение всех тканей поврежденной конечности. Не имелось ли налицо подобное сотрясение всей нижней конечности и в нашем случае 13? Если принять во внимание то обстоятельство, что больная во время ампутации показала себя не очень чувствительной, что она вполне хорошо отвечала на вопросы о том, при каких обстоятельствах она упала и пр., далее, что уже на второй день после повреждения все бедро распухло, причем это опухание было не воспалительное, а лейкофлегматическое, и что даже чувствительность этой конечности казалась пониженной по сравнению с другой конечностью, если мы, наконец, присовокупим к этому чрезвычайно вялый и бескровный вид гранулирующей



поверхности, отмечавшийся с самого начала у крепкого прежде индивидуума, и столь быстро наступившее нагноение, и потеря надкостницы на костных опилах с явной склонностью к гангрене, — то наша гипотеза о наличии сотрясения у данной больной становится более чем вероятной. Предшествовавшее действие внешнего насилия было, очевидно, весьма значительным; косо переломанный верхний конец большеберцовой кости сильно выдавался над наружной раной и был целиком лишен надкостницы.

Нам остается ответить еще на один вопрос: были ли вообще показания к ампутации в данном случае? Почему ампутация не была произведена в случае 10, где огнестрельное ранение было еще более значительным, где главные сосуды руки были разорваны, кости раздроблены? Впрочем, это повреждение было почти такое же свежее, как повреждение в случае 13. Признаться, я не знаю, придем ли мы когда-нибудь к тому, чтобы иметь возможность определять необходимость ампутации в каждом отдельном случае осложненного перелома кости на совершенно рациональных основаниях.

Если сравнить истории болезни, то можно видеть, что самые страшные переломы подобного рода могут быть излечены без ампутации. В трудах Э. Купера, как известно, сообщается о многочисленных случаях осложненных переломов в области голеностопного сустава, благополучно излеченных без ампутации. Я видел недавно в Париже в отделении Брешэ больного с осложненным переломом голени, у которого в дальнейшем развилась страшная ложная рожа, так что потребовалось сделать несколько разрезов, и этот больной совершенно выздоровел благодаря длительному применению холодных обливаний. В прошлом году я видел в Николаевском госпитале в Риге 70-летнего больного с осложненным переломом, почти полностью излеченного после курса лечения; продолжавшего без малого целый год. Неужели для объяснения всех этих фактов следует пользоваться только избитыми фразами и называть их счастливыми исключениями? Но если исключения встречаются столь часто, то они в конце концов опрокидывают общее правило.

Здесь действительно не существует надежных указаний, которыми мог бы руководствоваться врач в своих действиях. Может быть, дело заключается в конституции индивидуума? Но если 70-летний старец, приговоренный к многомесячному пребыванию в постели, выздоравливает, а цветущее молодое существо впадает в гектическую лихорадку, то можно ли это объяснить одной лишь конституцией? Что это? Особый метод лечения, специальный практический подход или дар небес, которым отмечены только избранные врачи? Но если кто-нибудь из наших крестьян, после того как его сто раз склоняли к ампутации поврежденной конечности, отклоняет операцию и, обратившись к бабке или к другому крестьянину, выздоравливает без потери конечности, то разве это служит доказательством того, что для решения запутанной дилеммы требуется талант, практика? Неужели следует призвать на помощь медицинскую статистику? Действительно, если имеешь дело на поле брани с тысячами раненых, то, конечно, приходится считаться с тем, что оказалось более полезным в преобладающем большинстве случаев; здесь почти совсем не принимается во внимание каждая отдельная личность. В нашем же вопросе вся трудность и сложность

положения заключается в оценке каждого индивидуального случая, от этого в частной практике зависит вся репутация хирурга.

Чем в сущности рискует хирург, когда при осложненном переломе не сразу ампутирует конечность? Развитием травматической гангрены, профузными гнойными затеками, гектической лихорадкой и флебитом костей, – не так ли?

1. Гангрена может быть предотвращена надежнейшим образом при условии, если ампутация производится на достаточном расстоянии от места повреждения, в совершенно здоровых тканях и главное – *до развития реакции*. Об этом свидетельствует опыт всех времен. Следовательно, если хотят расценивать ампутацию с этой точки зрения, то надо прежде всего решить, относится ли наружное повреждение к таким, которые заставляют опасаться гангрены. Больше всего приходится опасаться гангрены в тех случаях, когда повреждение мягких тканей представляет собой рваную, ушибленную, лоскутную рану или когда кожа совсем отделена от подлежащих тканей воздействием какого-нибудь мельничного колеса или мельничного крыла, как, например, в случае 12. Этот характер повреждения, пожалуй, скорее решает вопрос, чем ранение какого-либо сосуда, во всяком случае сосуда среднего калибра, как лучевая или локтевая артерия, если оно не сопряжено с опасным кровотечением. Обширное кровоизлияние, значительное понижение температуры конечности и степень внешнего насилия также являются моментами, которые следует учесть наряду с возрастом больного, его конституцией и пр.

2. Гнойные затеки. Их, естественно, приходится опасаться при всяком осложненном переломе, особенно же при косых и оскольчатых переломах. Опасность гнойных затеков, однако, еще не дает достаточного основания для немедленной ампутации конечности. Они возникают, разумеется, только при полном развитии стадии нагноения и обыкновенно сопровождаются явлениями гектической лихорадки. Помимо наложения противоотверстий, разрезов и т. п., мы можем еще в каждой стадии гектической лихорадки смело решиться на ампутацию с поистине хорошим предсказанием.

3. Равным образом ожидаемая гектическая лихорадка не может нас заставить немедленно производить ампутацию у ослабленных субъектов. Именно у худых и ослабленных больных, у которых мускулатура не так сильно развита, приходится сравнительно меньше опасаться столь истощающего нагноения. Жировая ткань и сильно развитая мускулатура больше всего благоприятствуют усилению задержки гноя. Следовательно, у таких лиц, которые кажутся наименее пригодными для того, чтобы подвергнуть их длительному лечению по поводу осложненных переломов, приходится, по-видимому, меньше всего опасаться гнойных затеков и гектики. Но впоследствии, при уже развившейся гектике, всегда еще окажется достаточно времени, чтобы справиться с нею с помощью ампутации.

4. Таким образом, остается еще рассмотреть флебит костей. Это заболевание, по моему мнению, необходимо учитывать преимущественно в больничной практике при обсуждении вопроса о показаниях к ампутации. Если перелом кости имеет очень косое направление, если конец кости, выступающий над кожей, имеет весьма значительные размеры и совершенно лишен надкостницы, если



больному приходится лежать в палате, в которой воздух насыщен молекулами гноя, то можно не без основания опасаться развития флебита костей. В случае 1 возникновение данной болезни можно объяснить только этими причинами.

Д-р Караваев поставил на собаке интересный опыт: он сделал отверстие в большеберцовой кости, разрушил внутреннюю надкостницу, ввел в отверстие несколько капель гноя и закрыл его затычкой. Собака погибла при всех явлениях флебита. Вскрытие показало гнойное воспаление бедренной вены. Не может ли то же самое случиться с концами переломанной кости? Может быть, гной, проникший механически в костномозговую полость из нагноившихся окружающих тканей или же развившийся внутри этой полости, вызовет те же явления? Один только пластический процесс, который ставит преграды нагноительному процессу, в состоянии ограничить разрушительное действие нагноения. Но разве мы можем определить заранее, окажется ли он действенным или нет?

С другой стороны, однако, мы не должны переусердствовать в нашем страхе перед флебитом. Выступающий кусок кости можно отпилить, можно позаботиться о стоке гноя, можно тщательно изолировать больного от других и т. д. В частной практике гнойный флебит с его ужасными последствиями представляет, пожалуй, редкое явление. Но можно ли, далее, посредством ампутации предотвратить развитие флебита? Разве конец кости на месте распила не подвержен тем же вредным влияниям, что и костный отломок?

Следовательно, со всех сторон мы сталкиваемся с затруднениями, когда собираемся рассматривать показания к ампутации при осложненных костных переломах с общей точки зрения. Поистине невозможно последовательно изложить эти показания. Как же, однако, следует действовать? Почему в случае 13 я произвел ампутацию, а в случае 9 ее не делал? Я скажу об этом откровенно, – я решился на это вследствие следующего неопределенного и шаткого заключения: «Пять раз встречался я с переломами голени непосредственно над лодыжками, и все эти случаи были очень похожи на наш случай 13. Все они закончились либо ампутацией, либо гибелью больного. Почему я должен был считать, что в шестом случае такого перелома дело примет другой оборот?». Может быть, в 10 других аналогичных случаях больные поправятся и без ампутации, однако они аналогичны только на бумаге. Но те *шесть* случаев я наблюдал сам.

Почему же я ампутировал здесь¹ тотчас после повреждения и почему у меня не хватило терпения выждать некоторое время, чтобы установить, примет ли дело благоприятный или дурной оборот. Для устранения гектики, нагноения и т. д. я и позднее не опоздал бы с ампутацией. Но так велика сила интуитивного убеждения! Я никогда не видал, чтобы больные умирали от гектики после запущенных осложненных костных переломов. В этих случаях ампутация всегда предпринималась еще достаточно заблаговременно для того, чтобы предотвратить окончательное истощение сил. Зато я уже несколько раз видал, что к повреждению присоединялась гангрена. Далее, еще недавно я имел в нашей клинике случай, когда флебит лишил жизни больного с осложненным переломом, подававшего самые лучшие надежды. Эти два страшных осложнения – гангрена и флебит,

¹ Речь идет о случае 13.



которые не знают никаких границ в своем распространении, сразу же предстали так живо перед моими глазами, когда я увидел больную с выступающим через кожу и лишенным надкостницы концом кости, что я никоим образом не мог решиться на то, чтобы попытаться спасти конечность. Действовал ли я правильно или неправильно? Решение этого вопроса я предоставляю своим читателям. Я считал только своим долгом показать *скрытый механизм* своих действий. Но если практический врач станет в подобных случаях руководствоваться более рациональными принципами, то он тотчас же найдет во мне самого ревностного поклонника его искусства и сторонника его взглядов.

Что касается простых переломов костей, то я в текущем семестре восемь раз испытал *применение неподвижного аппарата Сетэна*, причем три раза при переломе бедра, два раза при переломе малоберцовой кости, два раза на плече и один раз на предплечье. В двух случаях перелома бедра (один перелом непосредственно под малым вертелом, а другой в середине бедра) смещение отломков было весьма значительным; в третьем случае каждое движение поврежденной конечности сопровождалось тяжелой судорогой мышц бедра. В двух случаях я пытался усилить действие неподвижного аппарата применением машины для вытяжения Гагедорна-Дзонди и Скарпы. В одном случае перелома бедра я уложил конечность на наклонную плоскость Джемса Уайта. В двух случаях очень косые переломы бедра заживали со смещением по д л и н е и немного по о с и. В третьем случае, который осложнился судорожным сокращением мышц бедра, больной не мог переносить давление аппарата Гагедорна-Дзонди; к этому же присоединилась рожа, которая распространялась со стороны стопы в направлении бедра и не поддавалась лечению ртутной мазью. Конституция больного, 60-летнего в общем еще крепкого старика, начала сдавать, и он, невзирая на все уговоры, ни за что не хотел оставаться в клинике. Когда он ее покидал, костная мозоль была еще мягкой и бедро образовало легкую дугу выпуклостью кнаружи. Я не мог потом узнать, что стало с этим больным.

Я накладывал аппарат Сетэна не строго по указанным правилам и так как я был недостаточно знаком с его действием, то пытался дополнить его еще другими приборами для вытяжения. Я исхожу из того, что мои читатели знакомы с современными взглядами на разносторонние преимущества *appareil inamovible*¹. Этот аппарат рассматривается не только как фиксирующее средство, но и как средство для вытяжения. Д-р Дерубэ из Брюсселя объясняет это последнее действие аппарата в «Bulletin médical Belge» следующим образом. Он говорит: «Точки вытяжения и противовытяжения в этом аппарате находятся не в противоположных крайних пунктах конечности, как в обычных приборах такого рода; он не проявляет активной растягивающей силы. Его действие остается совершенно пассивным вплоть до того момента, когда начинается новое смещение отломков. Только теперь начинается и его действие. Он противодействует смещению своей *силой инерции*, причем те части конечности, которые стремятся сместиться кверху, он удерживает в прежнем положении в различных точках соприкосновения. Так, например, при переломе бедра, когда нижний

¹ Appareil inamovible (франц.) – неподвижный аппарат. Так называл Сетэн свой аппарат.



отломок стремится к смещению вверх, стопа встречает сперва противодействие со стороны той части аппарата, которая покрывает тыл стопы. То же самое происходит с пяткой, с лодыжками, с верхним краем надколенника и вообще со всеми теми точками конечности, которые образуют искривление или выпячивание». Отсюда видно, что как это, так и все другие преимущества аппарата основаны на том, что «аппарат и больная конечность составляют единое целое». Если же между конечностью и аппаратом возникло хоть малейшее пространство, то все его действие будет потеряно. Следовательно, главная забота врача при наложении этой повязки состоит в том, чтобы предотвратить образование такого пространства.

Возникает вопрос: как это осуществить? Я должен признаться, что во всех случаях, находившихся под моим наблюдением, мне приходилось заново приспособливать аппарат не менее 3–4 раз в течение 5–6 недель. Правда, ни в одном из этих трех случаев я не накладывал этот аппарат сразу же после повреждения. Я предпосылал ему в течение нескольких дней применение холодных обертываний. Естественно, возникала небольшая припухлость, а при уменьшении последней – пустое пространство между конечностью и аппаратом, так что я с легкостью мог ввести туда свою руку. Если же разрезать всю повязку и наложить ее заново, то едва ли она может сидеть так плотно, как раньше. Накладывать же аппарат сразу после повреждения до образования припухлости я не считаю во всех случаях безопасным. Если ушиб при переломе был хоть мало-мальски значительным, то можно ожидать лишь дурных последствий. Я полагаю, что рациональные действия заключаются в том, чтобы не накладывать неподвижный аппарат при всех простых переломах сразу же после повреждения. Невозможно настолько отрегулировать степень давления, чтобы аппарат мог предотвратить образование припухлости в большей мере, чем способствовать ее возникновению. Утверждение же, будто во всех случаях он может предотвратить возникновение припухлости, явно противоречило бы опыту и здравому смыслу.

Еще одно неудобство, связанное с применением аппарата, состоит в том, что совершенно невозможно поддерживать на одном и том же уровне надлежащее вытяжение за все то время, в течение которого он накладывается (при переломе бедра оно равно $1\frac{1}{2}$ часам). Я далек от мысли хоть сколько-нибудь снизить значение данного метода этими своими замечаниями. В Париже я видел несколько случаев лечения этим методом переломов голени и надколенника (вместо лечения крахмалом и декстрином по Вельпо). Уже через несколько дней после повреждения больные ходили на костылях, не жаловались ни на какие боли и т. д. Однако я нахожу, что для лечения переломов бедра, и особенно косых переломов, сопряженных со значительным смещением, в этом аппарате очень мало или почти совсем не разрешена одна из самых важных задач – укрепление таза. В самом деле! Как может быть достаточно прочно укреплена на подвздошной кости наружная картонная шина? А поскольку таз недостаточно фиксирован, всегда будет невозможно удержать верхний отломок в совершенно неподвижном положении, как бы он ни был закреплен, поэтому ходьба на костылях и т. д. при подобных переломах после наложения аппарата представляется нам в высшей степени рискованным делом.



Я не говорю сейчас о применении аппарата при осложненных переломах. Об этом я могу сообщить лишь кое-что на основании собственного опыта. Свои замечания я заключаю описанием одного случая, в котором неподвижный аппарат в самом деле оказал исключительную услугу. В данном случае, несомненно, только этот аппарат был в состоянии предотвратить образование ложного сустава при запущенном переломе, который не обнаруживал никакой склонности к заживлению и был сопряжен со значительным отеком. Перелом был давностью в несколько недель, причем вполне отчетливо еще была слышна крепитация отломков. Нет сомнения в том, что при застарелых, но еще подвижных переломах, где скорее требуется прилаживание отломков, чем вытяжение, неподвижный аппарат Сетэна относится к таким, применение которых показано больше всего.

Случай 14. Застарелый перелом предплечья. Значительный отек. Пониженная склонность к заживлению. Аппарат Сетэна. Выздоровление.

Иоганн Линстрэм, бодрый 62-летний старик из имения Игуст, 3 недели назад поскользнулся на мосту, упал в канаву, ударившись согнутым предплечьем о камень. Больной тотчас же почувствовал сильную боль и держал руку в течение получаса в холодной воде. Тем не менее вскоре возникла сильная припухлость предплечья, к которому больной вначале прикладывал березовый спирт, а затем в течение 2 недель – припарки. Однако припухлость все время увеличивалась, пока 8 дней назад один врач не поставил ему 7 банок на предплечье, после чего опухоль немного опала.

При поступлении в клинику 22 октября 1837 г. состояние больного было таково. Правое предплечье представлялось сильно опухшим от концов пальцев до локтевого сустава, и в частности окружность запястья была увеличена в 3 раза. При надавливании пальцем в области опухоли оставалась глубокая ямка. От середины предплечья вниз до пальцев тянулась темная, но не очень интенсивная краснота. Температура объективно казалась не повышенной.

Все предплечье находилось в положении пронации. Попытки супинировать предплечье не удавались и причиняли сильную боль. Сгибание и разгибание предплечья были возможны и безболезненны. Кистевой сустав находился в положении резкого приведения, движения в нем полностью отсутствовали. Если фиксировать предплечье и производить вращательное движение кистью, то получалась необычная подвижность в области предплечья и в локтевой кости, на 4 поперечных пальца выше кистевого сустава, можно было чувствовать отчетливую крепитацию.

Больной жаловался на резкие боли в предплечье, которые особенно усиливались по ночам. Общее состояние не было нарушено. Из-за сильного отека в то время нельзя было точно установить, имеется ли также перелом лучевой кости. Благодаря давящей повязке, применявшейся в течение 2 дней, и несколькими щелочным ваннам отек все же значительно опал, так что теперь можно было чувствовать отчетливую крепитацию и в лучевой кости, причем на лучевой стороне предплечья образовало углубление, вершиной направленный кнаружи; следовательно, здесь имело место смещение отломков лучевой кости по оси.

22 октября. Наложена обычная при переломах предплечья повязка.

26 октября. Смена повязки и наложение неподвижного аппарата Сетэна.



13 октября. Немного ослабевшая повязка была разрезана вдоль по наружной стороне конечности, затем смочена и после смазывания изнутри клейстером более плотно стянута.

13 ноября. Повязка снята. Припухлость предплечья совершенно исчезла; кисть, напротив, еще была отечна. Отложения мозоли еще не последовало, так как при движении предплечья можно было вполне отчетливо чувствовать трение одной костной поверхности о другую. У больного же, напротив, чувствительность почти отсутствовала. Снова был наложен неподвижный аппарат.

22 ноября. Повязка снята. Припухлость предплечья исчезла, однако мозоль не определялась и при вращении предплечья отчетливо ощущалась крепитация. Снова наложен неподвижный аппарат, но при этом обороты бинта накладывались с очень большим натяжением и на переднюю и заднюю поверхность предплечья были наложены две широкие шины с сильно градуированными компрессами, а две узкие шины были приложены к внутреннему и наружному краю предплечья.

30 ноября. Повязка снята. Никакой крепитации больше не ощущается. Но на нижнем конце лучевой кости можно было отметить лишь очень незначительную мозоль. Снова наложен неподвижный аппарат.

18 декабря. После снятия повязки на предплечье уже почти совсем не видно никакого отека. Крепитация не определялась.

Неподвижный аппарат наложен еще раз.

27 декабря. Повязка снята, и так как имелась полная уверенность в сращении костей, то предплечье, движения которого в локтевом и кистевом суставах совершались еще с трудом, было подвешено на косынке, причем были назначены щелочные ванны (тугоподвижность возникла из-за длительного применения тесной повязки).

4. Застарелые вывихи

Случай 15. Застарелый задний вывих локтевой кости (неполный) и наружный вывих лучевой кости.

Йозеф, эстонский крестьянин из Никифера, 22 лет, 5 января 1838 г. в хирургическом отделении клиники рассказал, что 6 недель назад во время переноски тяжести внезапно почувствовал острую боль в левом локтевом суставе и с тех пор не в состоянии выпрямить предплечье.

При исследовании предплечье оказалось согнутым под очень тупым углом, кисть – в положении пронации, супинация была невозможна, и верхний суставной конец лучевой кости резко выпячивался кзади и немного кнаружи. Латеральный мыщелок выдавался в виде острия кнаружи, локтевой же отросток отчетливо выдавался кзади. Нижний суставной конец плечевой кости можно было отчетливо прощупать спереди под кожей.

6 января. Больной был предварительно ослаблен общей теплой ванной продолжительностью в $1\frac{1}{2}$ часа и микстурой с 0,36 г *Tart. emet.*, после чего было дано несколько стаканов водки; вслед за тем было начато вправление вывиха. С этой целью больной был положен на стол; вытяжение производилось



посредством блоковой тяги выше лучезапястного сустава вдоль оси вывихнутого предплечья, а противовытяжение осуществлялось помощниками со стороны плеча и надплечья. После того как вытяжение действовало таким образом достаточно долго, оно было внезапно прекращено и предплечье тотчас же переведено в положение резкого сгибания. При первой попытке вправление удалось лишь частично, но во второй раз оно удалось полностью. При этом головку лучевой кости можно было опять прощупать под выступающим наружным мышцелком плечевой кости. Однако головка лучевой кости была еще очень подвижна вследствие несомненного разрыва круговой связки лучевой кости. Поэтому приходилось удерживать ее в нормальном положении посредством наложенного градуированного компресса и двух длинных шин, вырезанных по форме локтевого сустава и наложенных с наружной и внутренней стороны. После этого сделано ледяное обертывание области сустава.

9 января. Повязка снята. Так как головка лучевой кости снова немного сместилась кзади, то в новой повязке предплечье было установлено в положении резкого сгибания, так что оно образовало с плечом острый угол; одновременно предплечью придано положение резкой пронации. Повязка состояла из двух крепких градуированных лонгет, наложенных на наружный и внутренний края локтевого сустава, двух картонных шин, согнутых под острым углом и наложенных на те же самые места, и экспульсивного бинта.

20 января. Вышеописанная повязка лежала до сегодняшнего дня. Только изредка приходилось ее немного укреплять, когда она начинала ослабевать. Сегодня повязка была снята; хотя головка лучевой кости и стояла совершенно нормально, все же она имела большую склонность соскользнуть назад. Все движения в локтевом суставе были еще ограничены. В таком положении больной был выписан по собственному желанию, причем его предплечье было подвешено на косынке.

Случай 16. Вывих в тазобедренном суставе 6-недельной давности. Вправление в согнутом положении конечности.

Иоганн, подросток, 14 лет, эстонец, из окрестностей Вейссенштейна, отнюдь не слабой конституции, прежде никогда ничем не болел. Приблизительно 6 недель назад на него упали нагруженные сани, и кусок дерева, прикрепленный к ним, ударил его в наружную и верхнюю часть бедра, преимущественно в большой вертел. Во время воздействия внешней силы бедра были сближены между собой и немного притянуты к туловищу. После того как с подростка был снят груз, он не мог ни встать, ни ходить; правая нога приняла противоестественное положение, и он испытывал боли во всей области поражения, особенно в тазобедренном суставе и позади него. Лечение больного, которое теперь взял на себя старый крестьянин, состояло в растирании водкой против болей и в заклинаниях. Но так как в ходе болезни не намечалось никакого улучшения, разве что боли стали немного слабее, то больного привезли к врачу, который дал ему совет просить о приеме в здешнюю клинику.

В воскресенье 21 марта 1837 г., через 6 недель после полученного повреждения, больной тазобедренный сустав был окутан теплой припаркой. В понедельник можно было отметить у больного следующие объективные явления.



Когда он лежал, ровно вытянувшись, на спине, подвздошный гребень с правой стороны стоял приблизительно на два поперечных пальца выше, чем на левой стороне, и весь таз поэтому имел косое направление; правый большой вертел стоял немного выше и был направлен больше кпереди, чем левый. Больная конечность была укорочена на 5 см и повернута кнутри, а также слегка согнута в коленном суставе; колено выпячивалось вперед. Пальцы правой ноги лежали на медиальной лодыжке и на плюсне левой стопы. Приводящие мышцы не были заметно напряжены. При положении больного на животе видна была более значительная выпуклость правой ягодицы по сравнению с левой и более высокое стояние правой ягодичной складки. Головку бедренной кости можно было легко определить на ощупь в виде твердого круглого тела, покрытого ягодичными мышцами, которое лежало на наружной поверхности подвздошной кости позади вертлужной впадины и при вращательном движении больной конечности также проделывало ротаторные движения. Ходьба была невозможна. Когда больного водили, он только ставил пальцы ноги на пол, но не опирался на них. Что касается субъективных болезненных явлений, то больной жаловался на боли в области сустава; он не мог отвести правую ногу от левой, но приведение было еще возможно в незначительной степени.

Больной принял теплую ванну и получил внутрь 0,12 г *Tart. emet.* в растворе; через четверть часа наступила рвота. После этого больной был положен на стол. Вытяжение производилось посредством петли и блоковой тяги за колено, а противовытяжение – между обоими бедрами; таким способом полусогнутое бедро сначала вытягивалось в том же направлении, а затем несколько отводилось и слегка повертывалось кнаружи. При этом суставная головка переместилась в вертлужную впадину. Вся нога сделалась немного длиннее левой, и стопа более не была повернута внутрь. В том месте, где головка бедренной кости лежала в течение 6 недель, можно было отметить еще твердоватую припухлость (вероятно, выпотевание пластического вещества).

23 января. Тазобедренный сустав чувствителен. Холодное обертывание, 6 банок.

25 января. 6 банок на тазобедренный сустав, в котором ощущаются боли.

26 января. Боли уменьшились.

28 января. При предпринятой сегодня попытке ходить больной мог слегка наступать на ногу только при поддержке двух помощников и передвигаться только мелкими шагами.

30 января. 10 банок на тазобедренный сустав. Больного пришлось уже выписать, так как за ним приехал отец, живущий за 128 км отсюда. Обе ноги были одинаковой длины; подвижность в правом тазобедренном суставе была еще весьма ограничена. Больной мог стоять только с опорой. Ему был дан совет лежать еще в течение продолжительного времени и лишь после этого постепенно начинать ходить с помощью костылей.

II. Органические заболевания костей и суставов

Случай 17. Изъязвленный фунгус сустава. Гектическая стадия. Пролежни. Ампутация. Выздоровление.

Ганс, эстонский крестьянский мальчик, примерно 6–8 лет, 2 марта 1837 г. принят в клинику по поводу значительной опухоли левого колена. Так как он был доставлен сюда не родственниками, а посторонним провожатым, то анамнез мог быть составлен весьма неполно и на основании, естественно, сильно запутанных рассказов самого мальчика. Поэтому мы узнали только, что прошлой зимой одновременно с затруднением движений левой голени началось опухание колена, но без всяких намеков на боль или изменения окраски кожи, и с тех пор опухоль постепенно все более увеличивается. Наступившим затем летом больному было сделано кровопускание, а нога выше и ниже колена была закутана. Он не может точнее указать, когда именно в дальнейшем появилась боль, затем опухоль прорвалась и вытекло большое количество гноя.

В настоящее время имеется большая припухлость, почти вдвое увеличивающая окружность коленного сустава; опухоль, постепенно убывая, доходит до середины бедра, а книзу за пределы сустава не распространяется. Плотность опухоли неодинакова в разных местах. Так, выше коленного сустава она напряжена; при ощупывании поверхностные части ее представляются не слишком твердыми, но плотными, зато глубже лежащие мягкие ткани необычайно тверды. То же самое относится к большей части опухоли на самом суставе, которая все же в отдельных местах кажется более мягкой и флюктуирующей.

Непрерывность опухоли нарушена свищевыми ходами, в одном из которых зонд нащупывает в конце твердое тело. Длина его составляет около 5 см. Второй свищевой ход длиной около 9 см имеет то же направление, что и первый, но не приводит к твердому телу. При надавливании на нижнюю часть этого хода из отверстия его вытекает кровянисто-гнойная жидкость.

Изменение окраски состоит в слабом покраснении припухлости на самом суставе, которое лишь в отдельных местах, особенно там, где имеется флюктуация, кажется более интенсивным.

Голень очень похудела и находится в положении резкого сгибания. Перевести ее в положение разгибания невозможно, тем более что все попытки произвести это причиняют сильную боль. Далее бросается в глаза измененное положение костей сустава, а именно: наружный мыщелок большеберцовой кости отодвинут больше в сторону, чем в нормальном состоянии; напротив, внутренний мыщелок бедренной кости необычно смещен кнутри. Надколенник также заметно смещен кнаружи, так что мы вынуждены признать здесь наличие вывиха, хоть и неполного.



Что касается, наконец, чувствительных и двигательных расстройств, то мальчик ощущает боль только в отдельных местах и то лишь при более глубоком давлении и попытках движения. Однако функция конечности совершенно выключена, так как больной не может ни вытянуть ее, ни стоять на ней.

Что касается общего состояния больного, то силы его основательно подорваны, во всяком случае насколько об этом можно судить по его внешнему виду. Еще необходимо упомянуть, что кисти, предплечья, а также ноги больного покрыты сыпью, состоящей из папул и пузырьков; хотя эта сыпь и представляется скорее местным, чем общим заболеванием, все же ее нельзя проглядеть, так как пренебрежение ею в дальнейшем может легко создать значительные препятствия при выполнении нашего плана лечения. Общая ванна. *Ung. de butyr., sapon. nigr. et pic. liquid.*, (против чесотки). На грудь две фонтанели.

6 марта. Сыпь убывает, общее состояние хорошее. К мази прибавляется сера.

9 марта. Сыпь почти полностью исчезла, произведена ампутация бедра (конусо-круговым методом).

Вскоре после того как больной был перенесен на кровать, он начал жаловаться на сильные боли, вследствие чего на культю был положен пузырь со льдом. Кроме того, больной получил 5 капель *Tinct. theb.*, благодаря чему он в достаточной мере успокоился и вскоре заснул. Через несколько часов боли полностью исчезли. Пульс был ускорен.

12 марта. Пульс 120, боли во всей культе, особенно же они распространяются в сторону паховых желез и больше всего при дотрагивании. Холод благоприятно действует на культю; общее состояние хорошее. В е ч е р о м: болезненность культи снизилась лишь в небольшой степени и, по-видимому, локализуется преимущественно в глубине, исходя из пораженной надкостницы, ибо в остальном на культе нет никакой существенной припухлости. 10 пиявок на болезненные паховые железы. Ледяные обертывания продолжают.

13 марта. Боли прекратились.

14 марта. Культия немного распухла и очень чувствительна. Почти вся нижняя половина раны в значительной степени зажила. Наверху же имеется резко углубленная гноящаяся поверхность, в которой определяется обнаженная кость. Общее самочувствие хорошее. *D-tum Chinae et Calami* для орошения раны. Наркотическая катаплазма из *H-bae Hyosc. et Cicut. aa.* Внутрь: *D-tum Chinae cum Lichen*, и *Acid. phosphor.*

18 марта. Болезненность вокруг раны немного уменьшилась. Кашель; живот несколько болезненный. Пролежни в трех местах. *Acid. phosphor.*, отменяется и прибавляется *Laudan. liq. Syd.* На пролежни накладываются линимент из водки и яичного белка, танниновая мазь и мыльный пластырь. На грудь между обеими фонтанелями – небольшой везикатор.

19 марта. Болезненность вокруг раны прекратилась полностью. Живот еще болит; кашель сильный. У больного временами наступает жар, и он часто потеет. Пульс 104. Утром был жидкий стул, вечером повторилось то же самое. В трех местах имеются пролежни. *Rp. Rad. Columb. 15,0, Rad. Salep. 1,875, coq. c. Aq. ferv. q. s. ad. colat. 180,0, solv. Extr. Chin. frig. par. 7,5, Laudan. liq. Syd. 1,25,*



Sir. s. 30, 0. DS. По 1 столовой ложке каждый час. Повязка с Ung. basilic, с. T-ra Myrrh. Вечером Pulv. Doveri 0,3.

23 марта. Жидкий стул и кашель в значительной степени прекратились. Один из пролежней принял плохой вид; синуозные и приподнятые гноем края. Поэтому они удалены кровавым путем.

28 марта. Края более крупного пролежня сегодня опять были немного подрыты; поэтому они в двух местах рассечены и удалены.

31 марта. Ампутиционная рана заживает довольно хорошо. Пролежни, перевязанные с преципитатной мазью, на вид стали несколько лучше. Общее состояние больного хорошее. Он уже может садиться.

20 апреля. Со стороны ампутиционной раны образовались два свищевых хода.

21 апреля. В одном свищевом ходе обнаружен свободный кусок кости, извлеченный через произведенный разрез. После этого в отверстие вводится турунда с красной ртутной мазью.

23 и 24 апреля. Один свищевой ход, по-видимому, полностью зажил. Через другой свищевой ход проводится заволока из трех ниток, и сверху накладывается давящая повязка.

8 мая. После прижигания адским камнем пролежни значительно уменьшились. Ампутиционная рана совсем зажила. Свищевое отверстие уже значительно уменьшилось.

24 мая. На пролежнях имеется только желтая сухая корка. Отверстие свища полностью зажило, со слегка втянутым рубцом. Рубец после ампутиционной раны невелик и спаян с костью.

Исследование ампутированной конечности. 1) Отложение гомогенного беловатого пластического вещества в клетчатке и между волокнами прямой мышцы бедра и промежуточной широкой мышцы на протяжении нескольких дюймов вокруг сустава. 2) Утолщение суставной сумки. 3) Свищевые ходы под кожей и между мышцами в отложившемся веществе. 4) Коричневатое мягкое губчатое разрыхление внутренней поверхности синовиальной оболочки, имеющее место также в области суставных хрящей. 5) Рассасывание хрящей на суставных поверхностях бедренной кости и особенно надколенника; как следствие резорбции обнаженные шероховатые поверхности этих костей. 6) На распиленных суставных концах костей не видно ни отложения туберкулезного вещества, ни заметного увеличения в объеме. Костные ячейки выполнены коричневатым костномозговым соком и легко режутся ножом. NB. Я исследовал данный препарат еще раз, после того как он пролежал в спирту больше года, и теперь нахожу на распиле суставного конца бедренной кости небольшую полость в губчатом веществе ее.

Случай 18. Ревматический фунгус сустава. Каленое железо. Гангренозное разрушение. Свищевые ходы. Полное отторжение отложившегося перерожденного вещества. Выздоровление.

7 ноября 1837 г. ревизор Адам Свинтицкий из Пскова обратился за помощью в хирургическое отделение здешней клиники по поводу опухоли коленного сустава левой ноги. Эта опухоль особенно резко бросалась в глаза при сравнении с коленом другой ноги. Она распространялась от места прикрепления собственной



связки надколенника вверх и по обе стороны сустава, затем по ходу прямой мышцы бедра па ширину ладони выше сустава. Опухоль окружала надколенник с обеих сторон, но не покрывала среднюю часть его. Кожа вокруг коленного сустава была окрашена в коричневатый цвет. Остальная часть опухоли имела естественную окраску.

При ощупывании опухоль отчетливо можно было определить в мягких подкожных тканях; книзу по обе стороны от надколенника она представлялась мягкой и эластичной, без флюктуации, но с повышенной температурой; на бедре же она была неподатлива и твердовата. Суставные концы и надколенник имели нормальные размеры, форму и положение. При более сильном надавливании больной жаловался на не очень резкую колющую боль, особенно на наружной стороне надколенника. Нога находилась в слегка согнутом положении, поддавалась полному разгибанию, но добавочное сгибание было незначительным; впрочем, она была нормальной длины и направления. Голень была заметно истончена. Больной не мог наступать на ногу без затруднения и поэтому ходил с помощью костыля. Он указывал на чувство усталости и тяжести в ноге.

Начало заболевания больной относит к лету 1834 г., когда ему приходилось измерять болото в Псковской губернии и по этой причине много ходить по мокрой земле. В то время он часто страдал ревматическими болями в голове и спине. После одного очень утомительного похода, в котором он промочил обе ноги выше колен, в левом колене стала чувствоваться большая утомляемость. На следующее утро больной почувствовал, что колено стало тугоподвижным, тяжелым и горячим, но мало болезненным при движениях. Красноты не было. При незначительных движениях все эти явления, правда, постепенно, смягчались, но возвращались опять после нового напряжения; лишь время от времени они сопровождались очень острой колющей болью; на нижнем крае надколенника начала появляться небольшая припухлость. Теперь больной стал чаще применять некоторые домашние средства: окутывания и припарки из березовых листьев, но без особого успеха. Горячие ванны приносили ему облегчение. Так эта болезнь тянулась без особых изменений до зимы 1836 г. За это время ему однажды в Пскове было назначено 16 пиявок, после чего наступило ухудшение. Некоторую пользу ему приносили втирания неаполитанской мази и прикладывание пластырей из смолы.

Теперь¹ опухоль внезапно начала увеличиваться и распространяться вверх и в обе стороны, так что к августу 1837 г. она охватила уже весь сустав и вышележащие ткани. При этом внутри сустава возникла какая-то боль, а при движениях больной ощущал чувство трения. Он ни разу не видел красноты; напротив, опухоль всегда отличалась белым цветом. Больной стал искать в Пскове более серьезной помощи. Больному без всякой пользы было поставлено 6 банок, из которых 3 были кровососные. Ртутная мазь с камфорой, смоляные пластыри и везикаторы на сустав облегчали его состояние, причем боль и чувство трения исчезали. В этот период он получал против ревматизма, который дотоле докучал ему не раз, время от времени красновато-коричневые капли: 4 раза в день по 30

¹ Т. е. зимой 1836 г.



капель; они, несомненно, оказывали некоторое действие, но не избавили его полностью от страдания. Горячие ванны он также принимал с благоприятным результатом.

Несколько недель назад ему посадили ниже икры фонтанель, но она недолго поддерживала нагноение. Опухоль все увеличивалась и начала подниматься по бедру, вдоль прямой мышцы. Наконец, больной решился поехать в Дерпт.

Больному в настоящее время 30 лет; он слабоватой конституции. Его общее состояние в основном довольно хорошее, ибо, кроме повторяющихся время от времени ревматических обострений, он не предъявляет никаких жалоб: сон — хороший, аппетит умеренный. Пульс нормальный. Необходимо еще отметить немного изнуренный вид и удрученное настроение, а также то, что по ночам он часто потеет, но получает от этого облегчение.

9 ноября. На внутренней и наружной поверхности коленного сустава была протянута каленым железом полоса длиной 7,5–10 см. Для втирания в кожу области коленного сустава: *Rp. Kal. hydrojod. 3,75, Adip. suill. 30,0.*

Припарка на весь коленный сустав. Внутрь дается отвар из *Species Lignor.* Кроме того, назначена серная ванна с 45 г *Hep. sulf.*, а также пилюли из *Sublim. 0,12* (на 40 пилюль) и *Succ. Liquir.* с ежедневным прибавлением по одной пилюле.

15 ноября. Состояние больного хорошее. Струп еще полностью не отошел, но нагноение уже началось. Повязка с дигестивной и восковой мазью (поровну), йодная мазь назначается в более крепкой концентрации (до 3,75 г на 15 г). Другие назначения остаются те же.

19 ноября. Общее состояние хорошее. На левой стороне струп уже отторгся и на гноящуюся поверхность положено 40 горошин.

20 ноября. На другой стороне тоже положены горошины.

21 ноября. Опухоль выше колена значительно уменьшилась в объеме и плотности. Общее состояние в остальном хорошее. Дана одна порция соли против запора. Действие фонтанели поддерживается.

27 ноября. На гноящуюся поверхность наложена повязка с *Ung. Sabin.* Для ускорения рассасывания отложений выше коленного сустава здесь также применено каленое железо на протяжении 5 см в длину и 2,5 см в ширину.

17 декабря. В одном месте фонтанели на наружной поверхности коленного сустава одна горошина образовала очень глубокую ямку, так что на этом месте обнажился апоневроз. Сюда положена только корпия с восковой мазью.

18 декабря. На указанном месте апоневроз уже находится в стадии омертвления, а вниз и вверх идет свищевой ход шириной 7,5–10 мм и длиной 5 см; более короткий свищевой ход тянется вперед к надколеннику. В оба хода введены турунды из корпии.

19 декабря. Поверхностный слой омертвевшего апоневроза начинает отторгаться и поэтому отсекается ножницами; свищевые ходы заполняются турундами.

20 декабря. Свищевые ходы становятся более значительными и содержат много гноя; оба они вскрыты. В эту фонтанель горох не положен, зато положен в обе другие, которые находятся в хорошем состоянии. Сулема и декокт отменены.



22 декабря. Гной прокладывает себе дорогу под кожей как вперед, так и назад. Со стороны дна язвы обнаружен широкий ход до уровня надколенника; здесь сделано противоотверстие и протянута турунда.

23 декабря. Свищевые ходы безудержно распространяются, так что кожа отслоилась по всей периферии язвы. Поэтому она была рассечена вверх и вниз, вперед и назад и рана заполнена корпией с раздражающей мазью. Вечером дано 0,6 г доверова порошка.

29 декабря. В то время как передняя или, вернее, нижняя часть язвы совершенно очистилась, гангренозное разрушение распространилось под кожей вверх и здесь уже проложило себе дорогу до имевшегося на бедре отложения в прямой мышце, что можно отлично проследить пальцем. Поэтому данный свищевой ход был вскрыт до его слепого конца быстрым сечением ножа, и этим самым действительно была обнажена размягченная серая масса. Эта часть раны была покрыта морковной кашицей, а на нижнюю часть, напротив, наложена повязка с раздражающей мазью. После вскрытия свищевого хода показалась желтовато-белая однородная масса¹.

30 декабря. Из этой размягченной массы, которая несомненно представляла собой отложившееся вещество, вся отделившаяся ткань отсечена при помощи ножниц. Повязка как накануне.

Отложение находится преимущественно выше сухожилия прямой мышцы бедра, но вместе с тем настолько тесно спаяно с волокнами последней, что при отделении вещества неизбежно приходится отсекал также отдельные волокна прямой мышцы.

1 января 1838 г. Каждый день отсекается от отложившегося вещества вся размягчившаяся за день часть. В нижней части раны видны хорошие грануляции, которые подвергаются смазыванию раствором азотнокислого серебра. Общее состояние до сих пор еще очень хорошее.

2 и 3 января. Продолжается прежнее лечение. Начинается образование книзу от последней фонтанели (27 ноября) на бедре нового свищевого хода, направленного кверху.

Из заднепроходного отверстия выступило несколько геморроидальных узлов, которые вызывали чрезвычайно тягостные ощущения на месте и очень угнетали общее состояние. Больному назначено 5 пиявок вокруг заднепроходного отверстия, а внутрь *Rp. Magnes. carbon., Flor. sulfur., Crem. tart.*

5 января. Общее состояние сегодня лучше. Свищевой ход под фонтанелью на бедре до нынешнего дня очень расширился и удлинился. Гноетечение из этого хода чрезвычайно усилилось. Поэтому весь свищевой ход длиной 7,5–10 см был вскрыт вдоль одним сечением фистульного ножа Блемера; этим самым была обнажена грязная поверхность, покрытая размягченными творожистыми массами и гноем. Все, что можно было удалить из этого вторичного продукта, было отсечено ножницами, после чего новые поверхности разреза были перевязаны

¹ В тексте «Анналов» в дневнике за 29 декабря однородная масса, заполнявшая свищевой ход, упоминается дважды (в одном случае она названа серой, в другом – желтовато-белой).



с корпией, пропитанной маслом, остальные же язвенные места – как прежде с раздражающей мазью.

6 января. Снова удалено довольно много отложившегося вещества, спаянного с сухожилиями. Надкостница нижнего отдела бедренной кости на протяжении 5 см, равно как верхняя часть сумки коленного сустава, оказалась обнаженной.

7 января. Сегодня опять можно было отсечь большое количество отложившегося желтого вещества, по своей консистенции похожего на творог. Теперь язвенная поверхность принимает более чистый вид. В нижнем отделе она начинает даже покрываться кожей со стороны краев. Повязка накладывается здесь с раствором ляписа, наверху с преципитатом, хиной и угольным порошком, а поверх повязки накладывается ароматическая припарка. Больной жалуется на некоторые расстройства пищеварения. Внутрь – сатурация.

8 января. Язвенная поверхность сегодня уже значительно чище, и мало что было удалено с помощью ножниц. Обнаженная надкостница бедренной кости уже полностью покрылась свежими грануляциями и только по обеим сторонам от нее имеются еще грязные серые полосы.

15 января. На месте прежней фонтанели, которая ежедневно покрывалась восковой мазью, на внутренней поверхности коленного сустава, сегодня стало заметно небольшое гангренозное пятно, которое тут же было подвергнуто прижиганию каленым железом.

16 января. Гангрена в указанном вчера месте дальше не распространилась. В большой ране опять удалось отсечь побольше размягченной омертвевшей ткани. Больной выглядит похудевшим и изнуренным. К риверу питью добавлено 7,5 г *Extr. Chin.*

19 января. Сегодня обнаружены широкие свищевые ходы, идущие под здоровой кожей из борозды на наружной стороне бедренной кости по направлению кнаружи. Длина свищей 10–12,5 см; один ход идет почти поперечно кнаружи, другой больше кверху и кзади. Для обоих ходов наложены противоотверстия, и в них введены турунды, пропитанные раздражающей мазью. На это место положена также катаплазма. Остальная язвенная поверхность имела чистый и хороший вид: на нее наложена повязка с ляписом и раздражающей мазью.

21 января. Через противоотверстия, наложенные третьего дня, протянута свинцовая проволока, а турунды отменены. В нижней части раны применено сильное давление. К микстуре прибавлено еще 3,75 г *Extr. Chin.*

22 января. Свищевой ход, направленный кверху и кнаружи, после удаления свинцовой проволоки вскрыт с помощью фистульного ножа Потта. В образовавшейся обширной полости в разных местах, особенно в ее верхней части, видна вышеупомянутая белая однородная плотноватая масса. Полость была обследована зондом для выяснения, не образовались ли другие ходы в глубину, но таковые не были обнаружены: при надавливании в различных направлениях гной нигде не вытекал. Через второй ход была протянута заволочка. Полость выполнена намасленной корпией. В остальной части раневой поверхности не обнаружено никаких изменений, и она перевязана по-прежнему.

24 января. Раневая поверхность на месте сделанного разреза имеет сегодня грязный вид. На нее наложена повязка с преципитатом и раздражающей мазью,



как и на всю полость, из которой удалось иссечь ножницами некоторые части белой массы. Припарка на наружной поверхности бедра поверх вскрытой полости продолжается. Рубцевание остальной части раны все время идет вперед.

26 января. Вскрытая полость выделяет много гноя, но понемногу очищается. Сегодня удалось срезать ножницами последние остатки грибовидной массы. Повязка без изменений.

27 января. Рана полностью очистилась, от белой массы не осталось ничего. Но ниже, на расстоянии приблизительно 4 см от последнего разреза, на гранулирующей поверхности видны два желтых гноящихся очажка, удаленные друг от друга на расстоянии примерно 4 мм. При исследовании зондом можно проникнуть в полость глубиной 1,25 см. Оба очажка представляют собой отверстия этой полости, разобщенные одно от другого только узким мостиком. Последний рассечен, полость очищена, и так как губчатая масса не могла быть удалена целиком без остатков, полость набивается смесью угольного порошка, хины и преципитата. Повязка на остальную часть раны прежняя.

29 января. Полость, вскрытая 27 января, при более тщательном исследовании не обнаружила никакой связи с ранее вскрытыми. Она содержала большое количество перерожденной массы, вследствие чего она поддерживалась все время в открытом состоянии, чтобы можно было удалить все перерожденное с помощью ножниц и нагноения. На колено наложена давящая повязка. Через ход проведена заволока с раздражающей мазью; пока здесь не видно никаких следов заживления.

31 января. Полость, вскрытая последней, расширена разрезом снаружи, чтобы таким образом было удобнее удалить посторонние массы.

2 февраля. Сегодня давящая повязка возобновлена. Рубцевание значительно продвинулось дальше. Полость постепенно очищается.

11 февраля. Дальше повязка сменяется каждые 4–5 дней, причем каждый раз можно установить дальнейшее развитие процесса рубцевания. Иногда в отдельных местах раневой поверхности обнаруживается раздражение: на эти места накладывается повязка с восковой мазью. Кожные лоскуты, возникшие вследствие рассечения свищевых ходов, все еще не прилегают друг к другу. Последний свищевой ход не заживает, поэтому сегодня заволока целиком удаляется из него, а сам он вскрывается разрезом. Полость все более выполняется. Вся рана в совокупности имеет хороший вид.

18 февраля. Несмотря на все примененные средства, кожные лоскуты никак не заживают. Более крупный из них имеет грязный, синеватый вид.

23 февраля. Сегодня кожные лоскуты удалены скальпелем и ножницами, после чего на места разрезов наложена повязка с обыкновенной восковой мазью. Остальная часть раны имеет хороший вид и постепенно рубцуется.

1 марта. Рубцевание раны быстро подвигается вперед. Больному теперь разрешено пользоваться чистым воздухом. Сегодня наложена давящая повязка на всю рану, пока сроком только на два дня.

11 марта. Все по-прежнему. Микстура изменена. Вместо *Exlr. Chin.* назначено: *Rp. Cort. Chin. 15,0 ad colaturam 180,0, sub fin. coct. adde Cort. Aurant. 7,5, digere. S.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа.



15 марта. Рана все более уменьшается. Больной может уже ступать на пораженную ногу и немного ходить на костылях. Общее состояние хорошее.

24 марта. Больной жалуется сегодня на приливы крови, поднимающийся жар. Его мучила ипохондрия. Ввиду задержанного действия кишечника больному назначена микстура из: *Mann. elect. 45,0, Kal. tart. 7,5, Aq. dest. simpl., Aq. Menth. pip. aa 120,0. S.* 3 раза в день по 1 столовой ложке. Рана очень уменьшилась. С помощью палки больной уже может ходить по комнате. В последние несколько дней нижняя конечность забинтовывается снизу вверх.

25 марта. Микстура почти совсем не подействовала. Больной постоянно ворчит, жалуется на все вышеперечисленные болезни. К микстуре добавляется 30 г *Magn. sulf.*

26 марта. После того как у больного несколько раз был стул, состояние его улучшилось. Рана уменьшилась до размеров двухгривенного. С целью сохранения фонтанели сегодня в рану вложено 10 горошин. Повязка как прежде.

1 апреля. Образовались отеки на стопе; поэтому больному назначены растирания камфорным спиртом. Состояние больного хорошее, рана чистая. Внутреннее применение лекарств полностью отменяется.

6 апреля. Почти все зажило, за исключением фонтанели. Состояние больного хорошее.

До 23 апреля, дня отъезда больного, ничего особенного отметить не пришлось. Он был выписан с советом носить на больной ноге шерстяной или фланелевый чулок, со шнуровкой, в более теплое время года пить декокты и принимать соленые ванны, фонтанель же поддерживать открытой еще по меньшей мере полгода. В последнее время он мог ходить без всякой опоры.

Случай 19. Язва большеберцовой кости. Разрушение суставной сумки. Анкилоз. Гектическая стадия. Ампутация бедра. Выздоровление.

Якоб, крестьянин из Тормы, 25 лет, с кахектическим цветом кожи, на вид похудевший, никогда в жизни не страдал серьезной болезнью, если не считать того, что в 10-летнем возрасте он перенес сильный ожог левого колена. Заживление протекало с профузным нагноением, в результате которого надколенник был отторгнут и нога осталась согнутой в коленном суставе; движения в нем отсутствовали, так что при ходьбе больной сильно хромал. В таком положении нога оставалась до прошлой осени, когда больной в результате ушиба повредил себе левую ногу ниже колена. Повреждение было несильное, но вызвало резкое кровотечение. Спустя несколько дней, в течение которых больной испытывал жестокие боли, покрасневшая кожа вскрылась и обильно потек гной. По-видимому, теперь дно этого гнойника подверглось омертвлению или изъязвлению, ибо при непрерывно продолжающемся гноетечении сухожильные и хрящевые образования, связывающие бедренную кость с костями голени, подверглись разрушению. В описанном состоянии больной 11 августа 1837 г. поступил в клинику, где при более тщательном исследовании обнаружено следующее.

Левая нога сильно укорочена и согнута в коленном суставе, стопа повернута внутрь. На передней поверхности колена имелась только довольно большая гранулирующая полость. Суставная поверхность большеберцовой кости сместилась с мыщелков бедренной кости, несколько повернута наружу и покрыта



мясными сосочками. То же самое, но в значительно большей степени относится к головке малоберцовой кости, которая прощупывалась через мышцы и кожу кнаружи от колена. Полость достигала почти мышц икры и распространялась на ширину ладони ниже коленного сустава. Окружающая кожа была нормальной, не видно было ни припухлости, ни воспаления. Вся конечность сильно похудела, но все же голень похудела в несколько меньшей степени, чем бедро, и, таким образом, в голени и стопе сохранились еще какие-то остатки движения и полная чувствительность; это свидетельствовало о жизнеспособности части конечности, расположенной ниже гранулирующей полости.

Силы больного еще довольно хорошо сохранились. Он только указывал на то, что с некоторых пор его по ночам попеременно бросает то в холод, то в жар. В течение последних двух недель больной страдает поносом. Пульс частый, 91–95 ударов. Но так как больной вследствие перевозки и новой окружающей обстановки находился в возбужденном состоянии, то эта частота пульса не могла быть признана правильной.

12 августа. Ампутация бедра по конусо-круговому методу: при этом пришлось перевязать только бедренную артерию и две мелких поверхностных артерии. Рана соединена в продольную щель узловатыми швами, для поддержки которых были применены полоски липкого пластыря. Сверху положено плюмассо с восковой мазью, затем тонкая лонгетка, которая удерживалась на месте экспульсивной повязкой, наложенной на культю. Поверх всего — ледяные обертывания. Для успокоения крайне чувствительный больной получил сразу же после операции 2 раза по 5 капель *T-rae theb*. Вечером пульс был сильно учащен, 112, твердоват. У больного незначительные боли. *Pulvis lempersans*.

13 августа. Ночью больной спал довольно хорошо. Значительных болей в культе не было, равно как и последовательного кровотечения. Пульс 132, твердоват; язык покрыт легким белым налетом. Дважды был жидкий стул. Порошки отменены, и назначено слизистое кислое питье.

Вечером. Пульс 124. Многократный жидкий стул. Больному поставлена клизма с опиумом, на живот положены горчичники. При осмотре культи обнаружилось, что из раны в нескольких местах уже выделяется жидкий зловонный гной, особенно при надавливании, вследствие чего ледяные обертывания отменены.

14 августа. Кишечник действовал всего лишь два раза. Пульс 112, твердоватый и полный. Язык чистый и влажный. До вечера еще два раза был жидкий стул, вследствие чего была поставлена простая крахмальная клизма.

16 августа. Дважды был жидкий стул. Живот чувствителен в его левой нижней части при надавливании. Повязка снята. Кожная рана почти на всем протяжении закрылась: только в отдельных местах она осталась открытой; из них при надавливании вытекало немного ихорозного гноя. Все швы удалены, и рана стянута полосками липкого пластыря. На болезненное место живота поставлено 20 пиявок, а затем наркотические припарки. Кроме того, назначены клизмы с опиумом.

18 августа. Вчера еще несколько раз был жидкий стул. Однако в течение сегодняшнего дня понос остановился. Выделения из раны немного уменьшились.



19 августа. Выделения из раны ничтожны. Раздражающие орошения (*Infus. Calam. arom. с. T-ra Myrrhae*) открывшейся раны и повязка с раздражающей мазью. Общее состояние хорошее, хотя у больного еще имеется большой упадок сил. Его вынесли на полчаса на свежий воздух. Понос прекратился.

24 августа. Больной чувствует себя очень хорошо и ежедневно понемногу ходит на костылях. Нижняя половина раны полностью зажила, а верхняя зияет на ширину пальца и выделяет немного гноя. В середине же можно продвинуть зонд в культю на глубину 5 см. Для этого канала назначено раздражающее впрыскивание; наложен градуированный компресс.

31 августа. Силы больного с каждым днем увеличиваются, и состояние раны также очень хорошее. Упомянутый свищевой ход начинает закрываться. Для впрыскивания применяется только настой ромашки, а для повязки – *Ung. basilic.*

3 сентября. При тщательном зондировании сегодня все еще определяется очень тонкий свищевой ход в середине раны длиной 7,5 см, но он не ведет к обнаженной кости. Другой более короткий, тонкий свищевой ход находится ниже первого на расстоянии 2,5 см. В оба входа впрыснут раствор ляписа. Остальная часть раны почти полностью закрылась.

7 сентября. Оба хода стали заметно короче.

9 сентября. Нижний свищевой ход закрылся, а средний¹ еще открыт; здесь, вероятно, еще отторгнется кусок кости. Впрочем, общее состояние больного превосходное. Он много ходит, а при хорошей погоде гуляет и на открытом воздухе.

25 октября. Мы имели возможность наблюдать больного по сей день, так как за ним раньше не приезжали. Но за все это время ампутационная рана ни разу не вскрылась, не было и никакого другого признака отторжения костного опиала культи, который прощупывался в верхней половине культи в виде твердого толстого тела.

Случай 20. Своеобразный некроз большеберцовой кости. Заболевание, упорно не поддающееся лечению. Скрофулезная конституция. Начинающаяся гектическая стадия. Ампутация голени. Выздоровление.

Адо Герм, эстонский крестьянский мальчик, 13 лет, до сих пор, если не считать заболевания глаз, отличался хорошим здоровьем, пока примерно 10 недель назад не упал с небольшой высоты. При этом он ударил левую ногу, но без видимого наружного повреждения. Через два дня после этого события, в течение которых мальчик свободно пользовался ушибленной конечностью, не испытывая ни малейших затруднений, он заметил на ней припухлость и покраснение покровов, а вскоре начались также боли, достигшие затем большой остроты.

В течение 10 недель болезнь приняла существующую в данный момент форму, которая может быть описана следующим образом. Синевато-красная, чуть блестящая неровная эластическая припухлость, начинаясь над большеберцовой костью, больше с внутренней стороны, достигает почти внутренней лодыжки, где она особенно резко выражена. Во многих местах в ней ощущается явственное зыбление, и из многочисленных мелких свищевых отверстий, [окруженных] разрастаниями, похожими на фунгозные, вытекает коричневатый жидкий

¹ Имеется в виду свищ, располагавшийся выше предыдущего, на уровне середины раны.



ихорозный гной. Исследование зондом, выполненное через эти отверстия и причинившее сильнейшие боли (причем на некотором протяжении приходилось продвигать зонд через свищевой ход в клетчатке до соприкосновения с костью), показало, что наружная пластинка кости легко проницаема; при более глубоком продвижении зонд наталкивается на плотное препятствие.

Причину того, что такое незначительное повреждение послужило поводом для развития заболевания такой высокой степени и столь значительного распространения, следует искать в скрофулезной дискразии больного, которая выражается во внешнем виде нашего больного и особенно в хроническом воспалении глаз скрофулезного характера. Что касается общего состояния больного, то оно и поныне мало нарушено. Пульс несколько ускорен, аппетит хороший, язык слегка обложен, действие кишечника довольно регулярное. Силы больного в общем относительно хорошо сохранились. При осмотре глаз мы находим двустороннее скрофулезно-гландулезное воспаление век с энтропионом и трихиазом.

В течение пятимесячного лечения основного заболевания местными щелочными, калиевыми и цикутными ваннами, расширением и рассечением свищевых ходов, удалением некоторых костных секвестров, противоскрофулезными и общеукрепляющими средствами местные явления остались без всяких изменений. Каждое ничтожное оперативное вмешательство чрезвычайно потрясало этого очень чувствительного мальчика. В конце концов исхудание больного, гектический цвет лица, поты, твердый лихорадочный пульс показали нам, что гектика уже достигла высокой степени; поэтому мы сочли целесообразным для спасения жизни больного решиться на ампутацию конечности. Она была выполнена 22 мая лоскутным методом по Лангенбеку, на ширину ладони ниже коленного сустава. Больной был очень чувствителен. Пришлось перевязать 10–12 сосудов. Больной, к тому же упрямый мальчик плакал еще долго после операции. К вечеру к культе был подвешен пузырь со льдом; однако больной, по-видимому, не очень хорошо его переносил, может быть – на самом деле, а может быть – из упрямства. Ночь же он почти всю продремал. Во время операции он получил примерно 10–12 капель *T-rae theb.*, а в полночь еще 6 капель.

23 мая. Больной все еще часто стонал. Сегодня утром был жидкий стул. Для предотвращения чересчур сильного напряжения большинство липкопластырных полосок перерезаны. Вечером пульс 130–140, твердоват. В качестве напитка дается *Dec. Hord. с Aq. oxymur.* Повязка остается прежней. Катаплазма из *H-ba Hyosc.* и *Spec. emoll. aa.*

24 мая. Ночь прошла хорошо. Больной очень хорошо переносит припарки и кажется вообще уже немного ободрившимся.

25 мая. Больной наконец успокоился. Повязка лежит хорошо. Вечером сосудистая лихорадка. Припарка отменена. Перевязка.

26 мая. Можно было удалить большинство лигатур. Лоскут прижил первичным натяжением, и только кожные края раны еще отстоят один от другого на 2,5 мм. Понос. Клизма с опиумом.

30 мая. У наружного угла раны в культю углубляется узкий свищевой ход. На свищевой ход накладывается небольшой градуированный компресс.



3 июня. Свищевой ход полностью закрылся.

4 июня. Вся рана образует теперь полоску шириной 2,5 мм, покрывающуюся кожей. Больной уже ходит на костылях.

8 июня. На культе замечен еще один небольшой свищевой ход. Давящая повязка с небольшим градуированным компрессом на свищевой ход.

13 июня. Свищевые ходы целиком закрылись. По просьбе его родных больной мог быть выписан.

Случай 21. Воспалительно-ревматическое заболевание всех составных частей локтевого сустава с трипперным поражением. Уже наступивший исход в фунгус сустава. Антифлогоз. Сулема. Каленое железо. Выздоровление.

Иоганн, крестьянин из Карловы, около 30 лет, торпидного флегматического телосложения, принят в клинику 17 ноября 1837 г. Заболевание его состояло в сильной припухлости левого плеча, которая начиналась на 12,5 см выше локтевого сустава и была здесь резко отграничена. Книзу от локтевого сустава она распространялась почти на такое же расстояние, но здесь она переходила в здоровую часть предплечья более постепенно, в виде отека. Вся пораженная часть конечности была умеренно красного цвета, горячая и твердая; кожа напряжена, блестит; движения в локтевом суставе невозможны. Тянущие и рвущие боли усиливаются сами по себе, особенно к ночи, вследствие чего больной уже много ночей провел без сна. К утру боли утихают.

В то же время больной страдает застарелым триппером; однако из мочеиспускательного канала выделяется лишь немного гнойной слизи; эта болезнь ему иногда причиняла еще некоторую боль позади отверстия мочеиспускательного канала во время мочеиспускания. Более тягостно было для больного сужение крайней плоти, которая оттягивалась в незначительной степени и здесь, на месте перехода наружной пластинки во внутреннюю, покраснела и распухла. Если оттянуть всю крайнюю плоть насколько возможно вперед, то в ее нижней части можно прощупать чувствительный к давлению твердый тяж.

Больной рассказывает, что он уже давно страдает ночными болями в конечностях, которые время от времени становились настолько сильными, что с ними была даже связана лихорадка. Однако 5 недель назад боли стали сосредоточиваться в левой руке, и с тех пор эта рука начала опухать, пока, наконец, ее состояние не стало таким, как сейчас. Только последние 4 недели он страдает триппером, который вначале появился в очень резкой форме, но вскоре острые явления прошли. Две недели назад больной обратился в клинику за советом и помощью; здесь ему были назначены кровопускание из левой руки, рвотное средство и противоревматическая микстура, а также спринцевания мочеиспускательного канала с *Aq. Goulardi*. Однако из-за занятости своими делами он не мог выполнить этот курс лечения. Только в последние 2 недели триппер у него принял мягкое течение, как в данный момент. Но боли в руке все усиливались, и временами по вечерам даже появлялись приступы лихорадки.

18 ноября. На область локтевого сустава поставлено 10 банок; сюда же произведено втирание 7,5 г *Ung. Neapolit.*, а вечером поставлено еще 20 пиявок.

19 ноября. В прошлую ночь опять были очень сильные боли, так что больной спал очень мало. 20 пиявок на локтевой сустав, в область сустава втерто 15 г



ртутной мази, поверх положена припарка. Внутри назначено рвотное и после этого *Tart. emet.* в дробных дозах.

20 ноября. Снова были боли в локтевом суставе. На заднюю и внутреннюю поверхность плеча вблизи локтевого сустава, где имелось наиболее сильное затверждение, было поставлено еще 20 пиявок, в кожу втерто 15 г ртутной мази, а внутрь продолжается прием *Tart. emet.* в дробных дозах; рука уложена в капсулу Бэлла, продолжается применение припарок.

21 ноября. На наружной стороне верхней части предплечья определяется ложная флюктуация, вследствие чего здесь сделан глубокий разрез 5 см длины. Но из раны выделилась только кровь. С целью сделать подобное же местное кровопускание и устранить напряжение, такой же разрез сделан в нижней части плеча на самом твердом месте. После того как эти раны перестали кровоточить, они были наполнены корпией и маслом; в место, где отмечалась припухлость, втерто 11,25 г ртутной мази, сюда положена тряпочка с нанесенным на нее слоем этой же мази, а поверх положена припарка. Так как больной в прошлую ночь плохо спал из-за болей, то ему назначено на ночь 0,6 г доверова порошка.

22 ноября. В прошлую ночь больной спал больше, но все же испытывал сильные боли. Опухоль в области сустава немного уменьшилась, а напряжение почти полностью исчезло. К неаполитанской мази прибавлен опий (3,75 на 30,0), а внутрь дано 0,24 г каломеля – три раза в день по 1 порошку.

24 ноября. Каломель подействовал на кишечник и на десны. Ночью больной спал хорошо, так как боли были очень незначительны. Операционные раны покрыты бледными грануляциями. Сохранены все те же лечебные средства.

26 ноября. Ночью снова были сильные боли. На нижнюю часть плеча наложен везикатор, к вечеру дано 0,6 г доверова порошка, а в остальном продолжают прежние назначения.

30 ноября. Место, где был наложен везикатор, сильно гноится. Здесь применена повязка с *Ung. Sabin.*; каждый день делается щелочная ванна для всей руки. Опухоль в области локтевого сустава чуть уменьшилась.

4 декабря. Сегодня начато внутреннее применение сулемы: *Rp. Merc. subl. corros. 0,12, Succ. Liquir. q. s. ut. f. pilul. № 20. S.* Начать с 2 пилюль. До 24 декабря принимать ежедневно по 2 пилюли. Щелочная ванна. Нагноение поддерживается. Лишь незначительное опадание опухоли.

24 декабря. Сегодня дача сулемы отменяется.

25 декабря. Вчера вечером и ночью были острые боли в локтевом суставе.

30 декабря. Сегодня каленым железом проведены две полосы в области локтевого сустава длиной 5–7,5 см, одна с наружной стороны, другая с внутренней.

3 января. Сегодня начато лечение пилюлями следующего состава: *Rp. Merc. sublim. corros. 0,06, Extr. Aconil. 0,48, Extr. Liquirit. q. s. ut f. pilul. № 40. DS.* По 5 пилюль в день. *Decoct. Specier. Lignorum* в количестве 1080,0 ежедневно.

30 января. Фонтанели очень хорошо нагнаиваются. Больной каждый день принимает щелочную ванну для руки. Опухоль на плече уже совершенно опала, боли исчезли, даже появилась возможность некоторого сгибания и разгибания



в суставе. Каждый день щелочная ванна¹. Слюнотечение. Поражение рта. Сулема отменяется. Мочеиспускание сопряжено с болью колющего характера. Имеется также некоторая краснота полового члена и чувствительность к давлению. Время от времени боли в конечностях. Серные ванны. Декокт.

16 февраля. Нагноение фонтанелей продолжается хорошо. Сгибание руки болезненно. При разгибании боли нет. Пронация и супинация руки также возможны, пальцы не тугоподвижны. Появлявшиеся временами боли в различных костях прекратились. Однако течь из мочеиспускательного канала по-прежнему продолжалась. *Sopaiva* (по 10–20 капель 3 раза в день).

26 февраля. Течь из мочеиспускательного канала почти полностью прекратилась, в нем еще бывают боли.

7 марта. Сегодня больной выписывается. Фонтанели обнаруживают склонность закрыться. Подвижность руки такая же, как прежде. Триппер и боли в мочеиспускательном канале прекратились.

Больной показался в ноябре нынешнего года. За это время у больного не было больше никаких болей в локтевом суставе. Его сустав еще тугоподвижен, так что полное разгибание его невозможно. Фонтанели зажили. Больной страдает хроническим опуханием яичка.

Случай 22. Спондилартрокаце с отложением туберкулезного вещества в телах поясничных позвонков. Конгестивный абсцесс с самопроизвольным вскрытием выше пупартовой связки. Смерть.

Петер из Камби, подмастерье портного, 18 лет, поступил в клинику 14 октября 1837 г. с жалобой на заболевание спины. Результаты исследования таковы. Какектичный, истощенный вид при не вполне еще сформировавшемся теле; цвет лица бледный и грязный, черты лица отражают длительное страдание. Все тело усеяно мелкими темно-красными корочками, которые, несомненно, представляли собой только расчесанные папулы, так как кое-где можно было найти последние еще целыми, в стадии развития. В отдельных местах они перешли уже в пустулы с мелкими желтыми корками, как, например, на руках и особенно между пальцами, а также на ягодицах, где вследствие скопления расчесанных папул местами образовались сравнительно большие экскориаии.

На спине средние поясничные позвонки сильно выдавались, отдельные позвонки образовали между собой угол. Покрывающая их кожа покраснела. Давление на выступающие позвонки, равно как на ближайшие и примыкающие к ним с боков опухшие ткани, причиняло боль, как и движения позвоночника. Мышцы живота были сильно сокращены, так что при стоянии поясничная область была резко втянута и на ощупь ее ткани представлялись тугими. Таз стоял немного косо, правая сторона ниже левой. Приблизительно на расстоянии 2,5 см от правой передней верхней подвздошной ости выше пупартовой связки имелось отверстие с каллезными покрасневшими краями, из которого выделялся желто-зеленый гной хорошего запаха и хорошей консистенции.

¹ В тексте «Анналов», в дневнике за 30 января, о щелочной ванне для руки упоминается дважды.



При опросе, касающемся отдельных функций, больной рассказал, что временами он страдает расстройствами со стороны органов грудной полости, которые выражаются в своего рода стеснении груди, не позволяющем ему свободно вдыхать и выдыхать, но при этом он не испытывает никакой боли. Подобные стягивания бывают и в области живота.

При расспросе относительно функций тазовых органов удалось только выяснить, что иногда при мочеиспускании возникала тянущая боль в мочевом пузыре, отдававшая в мочеиспускательный канал. Прямая кишка функционировала хорошо, и стул также был совершенно нормальным.

Больной не мог долго ходить, так как он очень легко уставал при своей и без того медленной, неуклюжей, отягченной болями в спине, переваливающейся походке.

О развитии своего заболевания больной мог рассказать следующее. В прошлом году, приблизительно в августе, по его словам, у него начались боли в спине, на месте теперешнего поражения. Однако вскоре, в ноябре, другое заболевание привлекло к себе все его внимание. Дело в том, что в паховой области образовалась большая припухлость, которая прорвалась и после выделения большого количества гноя наконец зажила. Теперь только больной впервые заметил выпячивание на спине, и так он жил при непрекращающихся болях до Пасхи нынешнего года (1837), когда на старом месте вторично образовалась опухоль величиной с детскую голову, которая в свою очередь тоже вскрылась, причем вместе с гноем время от времени отходили куски кости. Опухоль эта затем уменьшилась до видимого теперь отверстия и незначительной припухлости.

Из следов прежних заболеваний, перенесенных в детстве, можно было отметить только два ясных неровных плоских рубца. Один рубец находился в правой подмышечной впадине: относительно его происхождения больной указал, что это – рубец на месте вскрывшегося здесь крупного абсцесса. Второй рубец – на брюшной стенке в правом подреберье; причины его остались нашему больному неизвестными, так как он образовался еще в самом раннем детстве.

С 19 по 22 октября. За сутки гноя вытекло примерно 120–180 г.

25 октября. С каждой стороны от горба к позвоночнику приложено круглое плоское каленое железо.

30 октября. Произведено зондирование свищевого хода в правом паху; ход прослежен под кожным покровом на 7,5 см в сторону срамного бугра. Здесь наложено противоотверстие и протянута заволока. Внутрь назначено: *Lichen isl. cum Dec. cort. Chin.* Для орошения свищевого хода назначена смесь из настоя ромашки и хлорной воды в равных частях. Вечером: *Extr. Hyosc.*

8 ноября. Заволока, которая теперь выводит меньше гноя, причиняет больному сильную боль и поэтому удаляется. У больного по вечерам бывают иногда приступы лихорадки с ознобами. Ночных потов нет. Действие кишечника хорошее, затруднения мочеиспускания исчезли. Временами больной жалуется на тянущие боли в икрах и на задней поверхности бедра. Лечение остается прежним.

17 ноября. Состояние без перемен. Гноетечение значительное. Поносы. Общий коллапс.



18 ноября. Больной страдает ужасными болями в спине и бедре. Отек левой ноги и мошонки. Гной издает зловоние трупя.

19 и 20 ноября. Периодически наступают страшные жгучие боли в спине и животе, от которых несчастный ужасно страдает. Больному дается 10 капель *T-rae theb.* для оглушения.

22 ноября. Несчастный все еще непрерывно страдает. Вид его в высшей степени «гиппократический»: предельное исхудание, сухая пергаментная кожа. Малый, еле ощутимый пульс, произвольное отхождение кала, задержка мочи, вследствие чего вводится катетер, зловонные испарения гноя. По 20 капель *T-rae theb.* 4 раза в день.

25 ноября. Так замученный больной провел еще 2 суток, все время находясь в состоянии умирания, пока он не скончался сегодня утром тихо и внезапно.

Результаты вскрытия следующие. 1) Нижняя часть тела четвертого и верхний конец тела пятого поясничного позвонка вместе с расположенным между ними межпозвоночным хрящом были полностью разрушены, и между их обращенными друг к другу бугристыми кариозными поверхностями возникла большая полость высотой около 4 см и шириной 6 см, расположенная немного более влево, чем вправо. В полости имелось немного гнилостной жидкости и немногочисленные шероховатые желтовато-белые костные кусочки. Сзади, на уровне наиболее сильно выпяченных остистых отростков, эта полость посредством свищевого хода толщиной с палец сообщалась с позвоночным каналом, но твердая мозговая оболочка осталась неповрежденной. На этом месте находился уже конский хвост, на котором, как и на расположенной выше части плотного спинного мозга, не было заметно ровно ничего необычного.

2) На распиле наиболее выступавшего остистого отростка, посреди губчатого вещества кости, имелся желтовато-белый творожистый комочек величиной с конопляное зерно, легко извлеченный из кости и оставивший в ней полость величиной с горошину. Подобная же полость, но немного меньше по размерам, находилась чуть пониже этого места. Нечто подобное, но еще более крупных размеров, мы нашли в нижнем отделе тела поясничного позвонка – здесь полость, наполненная вышеописанным творожистым веществом, была изогнута под углом, имела в длину 1,25 см, а в ширину 0,5 см.

Из главной полости конгестивный гнойник проложил себе дорогу в обе стороны по ходу поясничных мышц, в самих этих мышцах и под подвздошной фасцией. Обе поясничные мышцы были почти полностью разрушены этим процессом и превращены в два канала, наполненные ихорозным гноем шоколадного цвета. У пупартовой связки гнойник на обеих сторонах не спускался, как обычно, вниз, в сторону малого вертела, но, обогнув нижний край пупартовой связки, стал поверхностным, проник в паховой области на переднюю поверхность апоневроза наружной косой мышцы, образовав здесь под кожей обширную полость, которая на правой стороне проложила себе свищевой ход наружу. Пиогенная мембрана имела только в этой полости, но не в самом гнойном канале. Бедренный нерв нельзя было распознать, во всяком случае на месте начала обоих конгестивных гнойников. Лишь в середине канала, с правой стороны, сбоку имела тонкая нервная нить, спаянная с внутренней стенкой канала. У внутреннего же края



конгестивного гнойника, но вне его находились общая и наружная подвздошные артерии с сопровождающими их венами и мочеточником, очень прочно припаянные к гнойному мешку, т. е. к подвздошной фасции, ибо собственная фасция мышцы была здесь резко утолщена, так что брюшина была плотно спаяна с подвздошной фасцией.

Внутренности всех трех полостей совершенно не участвовали в этом процессе, что казалось особенно удивительным со стороны легких, в ткани которых не видно было и следов туберкулезного вещества. Оба легких были здоровы, причем правое – бескровное, а левое – полнокровное и несколько дряблое (ср. протокол вскрытия в «Анналах» первого года издания, стр. 174 и др.).

Случай 23. Коксартроаке в последней стадии с разрушением вертлужной впадины. Вывиха нет. Никакого отложения туберкулезного вещества. Суставные хрящи и круглая связка разрушены. Суставная головка бедренной кости атрофична. Смерть.

Яак Цандер из Кагира, 22 лет, всегда обладал хорошим здоровьем; только год назад больной стал страдать данным заболеванием. Впрочем, о возникновении этой болезни больной не может дать никаких более подробных объяснений.

24 января 1838 г. он был принят в клинику, где мы нашли следующее. Весь внешний вид больного свидетельствует о тяжелом упадке сил и веса тела. Похудание весьма значительное, а цвет кожи желтоватый. На всем теле, за исключением лица, имеется сыпь, появившаяся несколько недель назад сначала на руках, затем на груди и животе, а потом распространившаяся дальше. При этом начался зуд, сочетавшийся с болью. На теле видны мелкие темно-красные корки, окруженные розовым ободком. Это поражение можно назвать чесоткой.

Левая нога укорочена, так что больному вынужден наступать на носок; он не в состоянии ходить без костылей. При этом левая нога согнута, и ее не удается выпрямить. Эта конечность к тому же толще, чем ей следовало бы быть. Позвоночник изогнут в своем нижнем отделе вправо, равно как крестцовая кость, более плоская, чем обычно, и сильнее выступающая своей верхней частью. Здесь больной при надавливании испытывает боль, в то время как на всей левой нижней конечности отмечается поразительная нечувствительность. Больная конечность согнута в тазобедренном суставе и неподвижна. Она движется только вместе с туловищем. Ягодица на больной стороне кругла и тверда. Ниже большого вертела имеется небольшая рана, представляющая собой отверстие свищевого хода длиной 10 см, уходящего вверх под кожей. Небольшое отверстие имеется также выше левой пупартовой связки, а свищевой ход тоже можно проследить вверх на 10 см; это отверстие возникло 13 недель назад. Третье отверстие открылось месяц назад вблизи от левой задней верхней подвздошной ости; оно ведет в канал, уходящий горизонтально налево, длиной 7,5 см. Четвертое отверстие находится слева от заднего прохода, и свищ поднимается вверх на 7,5 см. Все эти отверстия в глубине сообщаются между собой; это видно из того, что при вливании жидкости в одно из этих отверстий она частично вытекает через остальные отверстия. Кожа вокруг отверстий красная, неподвижная, с грибовидными разрастаниями. Из отверстий вытекает нередко в больших количествах желтый жидкий гной,



нерезкого запаха и нейтральной реакции. Больной указывает также на то, что некоторое время назад он страдал поносами и что по ночам у него бывали жар и пот, сопряженные с чувством большой слабости. Пульс превышал 90 ударов в минуту.

25 января. *D-tum. Chinae*, *Aqua chlorineata* – наружное, для впрыскивания в свищевые ходы. *D-tum. Chinae c. Lichen.* – внутрь.

31 января. Сегодня между подвздошным гребнем и большим вертелом с левой стороны проведены каленым железом две основательные полосы.

7 февраля. Простая ванна против чесотки, припарки на обожженные места, отличающиеся большой вялостью и скудным выделением гноя.

1 марта. Фонтанели стали меньше; они покрыты цератом. Гноетечение из свищей незначительное. Лицо несколько отечное.

4 марта. Фонтанели мало-помалу закрываются, но все еще сохраняют поперечник в несколько дюймов. Левая щека и веки левого глаза отечны. Против этого к отвару хины прибавляется 0,72 г *H-bae Digit.* Выделение гноя из свищей скудное.

12 марта. Вода накапливается в правой нижней конечности, в брюшной полости, на лице. Был несколько раз жидкий стул, против чего дано немного *T-rae theb.*

14 марта. Непрекращавшийся понос был остановлен посредством *T-ra opii* и клизм из раствора *Sacchar. saturn.* и настойки опия. Однако отек кожи резко усиливался, причем она стала бледной, сухой, местами напряженной, особенно на правой ноге. У больного сильная жажда.

16 марта. К отвару хины и исландского мха добавляется *Spir. nitr. dulc.* и, кроме того, отвар из *Rad. Squill.* 1,875 и *Rad. Seneg.* 7,5. Рвоты после этого не было, хотя больного немного мучило.

26 марта. В области крестца образовался небольшой пролежень; его покрывают танниновой мазью. Отверстие в левом паху увеличилось и довольно обильно гноится. Теперь больная нога отекает и вниз, до колена. Скопление воды в грудной и брюшной полостях уменьшилось. Вчера у больного была сильная рвота; к микстуре из сенег и морского лука добавляется лакричный сок. Дыхание несколько затруднено.

28 марта. Отек кожи, особенно на лице и шее, безусловно уменьшился. Был 4 раза жидкий стул. Количество мочи увеличилось. Общее состояние, впрочем, довольно хорошее.

3 апреля. Отеки уменьшились; несколько раз в день бывает жидкий стул. Выделение гноя как прежде.

13 апреля. Отеки на ногах; в остальных местах не отмечаются. Резкая слабость. Дыхание затрудненное. Пролежень в области крестца.

14 апреля. Утром больной тихо скончался.

Вскрытие через 36 часов после смерти. Труп резко исхудавшего человека. Ноги резко отечны. Легкие без спаек с реберной плеврой, плавают в мутной жидкости, в большом количестве заполняющей всю грудную полость. Внутри легкие нормальны, не особенно полнокровны, но местами отечны. Верхняя доля левого легкого содержит застарелое затвердение с мелкими бугорками



величиной с половину горошины и меньше, – не особенно многочисленными и еще не размягченными. Брюшная полость также содержит большое количество воды. Кишечник и желудок отечны, бледны, заполнены слизью, в них нет ни язв, ни бугорков.

В левой подмышечной впадине имеется отверстие, выделяющее светлый водянистый гной. Ход распространяется кверху, но располагается только в подкожном слое и не имеет отношения к позвонкам, которые вообще совершенно здоровы.

На левом бедре, на 5 см ниже большого вертела, имеется небольшое отверстие; такое же отверстие имеется непосредственно рядом и слева от заднепроходного отверстия. Третье отверстие такого же рода находится слева от 1 крестцового позвонка. Большая дыра имеется чуть выше левого пахового сгиба. Все эти отверстия ведут в каналы, многократно перекрещивающиеся и соединяющиеся между собой, а нередко кончающиеся и вслепую. Один свищ идет из левого паха в тазобедренный сустав, а другой тянется из полости малого таза тоже к вертлужной впадине. Последняя кариозно изменена, обнажена от хрящей и надкостницы. На дне ее лежат свободные мелкие костные кусочки. Круглая связка полностью отсутствует. Один ход пронизывает дно вертлужной впадины и проникает в полость таза.

Головка бедренной кости уменьшена, угловата, хрупка, кариозна; шейка кости также уменьшена и сужена, частично кариозна. Внутренняя часть этой кости содержит красный мягкий костный мозг. Внутренняя часть суставной головки несколько размягчена, зеленоватого цвета; впрочем, структуру кости еще можно различить. Но толщина костной стенки в верхней части бедренной кости в общем весьма незначительна. Суставная капсула сохранилась, она только повреждена в местах прохождения свищевых ходов. Те части таза, которые покрывают вертлужную впадину с внутренней стороны, превращены в крепкую, твердую, почти хрящевую массу. *Mm. psoas, iliacus* и *quadratus lumborum* – в нормальном состоянии, только стали тоньше; они не пронизаны свищевыми ходами. Крестцовая кость – в здоровом состоянии, копчик же в концевой своей части кариозен. Нижняя часть большой ягодичной мышцы, расположенная вблизи копчика, превращена в зеленоватую массу, содержащую беловатые очажки. Стенка свищевых ходов окрашена в темно-зеленый цвет; эта окраска распространяется также на окружающие их ткани; гноя в свищевых ходах содержится немного.

Обе бедренные вены¹ (на протяжении нескольких дюймов книзу от пупартовой связки, а также глубже²) совершенно закупорены старым красноватым волокнистым выпотом; стенки же их утолщены.

Случай 24. Некроз малоберцовой кости. Иссечение всей малоберцовой кости со вскрытием голеностопного сустава. Выздоровление.

Маша, латышка из Оппекална, 18 лет, для деревенской девушки недостаточно крепкая, скорее хрупкого телосложения, имеет явственно скрофулезную внешность, которая занимает среднее место между торпором и эретизмом. О всем

¹ По-видимому, имеются в виду *v. femoralis* и *v. profunda femoris*.

² Текст неясен. Возможно, имеются в виду глубже расположенные ветви бедренных вен.



прежнем состоянии своего здоровья она не может рассказать ничего определенного. Менструации у нее еще не наступили. Два года назад на правой голени, посередине между коленом и пяткой, над малоберцовой костью образовалось без всякого внешнего повода несколько расположенных группой мелких язв. Всевозможные способы домашнего лечения не оказывали никакого лечебного действия на эти язвочки. При осмотре можно было найти все характерные особенности скрофулезной язвы клетчатки, т. е. язвы с синузными синевато-серыми краями. Однако в дальнейшем течении вскоре были отмечены другие, более важные явления.

В течение первых двух месяцев лечение протекало в амбулаторных условиях. Главными лечебными средствами в это время были: внутрь *Extr. Gratiol.*, а снаружи давящая повязка. В этот период повторно наблюдались местные воспалительные явления вдоль малоберцовой кости; кожные покровы в этих местах были покрасневшими, более теплыми и слегка припухшими; все это приписывалось поражению надкостницы, против чего применялись втирания ртутной мази с опиумом и другие аналогичные средства. Язвы стали зловонными; края их словно обрезаны.

С целью оградить больную от всех вредных влияний, особенно же от постоянных движений, с целью наладить более последовательное и методическое лечение больная 21 апреля 1837 г. была принята в хирургическую клинику. Покой, горизонтальное положение, щелочные ванны для голени, давящая повязка, а внутрь *Extr. Gratiol.* применялись до 5 мая; в этот день при зондировании одной из верхних язв было обнаружено отверстие величиной с булавочную головку, окруженное грибовидными грануляциями и ведущее к обнаженной кости. После расширения свищевого хода удалось извлечь омертвевший кусок малоберцовой кости длиной 6 см с лишним. Этот кусок кости представлял собой тонкий полый цилиндр, притом белый и гладкий, с длинными зубцами на концах. Так как после извлечения этого куска должен был возникнуть дефект на протяжении малоберцовой кости (поскольку круглый цилиндр имел полный поперечник малоберцовой кости), то можно было думать, что свободные концы малоберцовой кости окажутся подвижными. Однако этой подвижности не было. Из этого можно было заключить, что вокруг извлеченного отрезка кости, по-видимому, образовалась новая кость, в которой этот омертвевший участок лежал в качестве секвестра. При дальнейшем расширении разреза здесь была обнаружена вновь образованная костная мозоль. На рану наложена простая повязка, а давящая повязка отменена. Через несколько дней из этого же отверстия удалось извлечь омертвевшую костную пластинку длиной 5 см, сильно зазубренную, с мелкими дырочками. В рану введена расширяющая губка, в воспалительно измененную голень втерта ртутная мазь, на ногу положена припарка. За это же время и из нижнего конца малоберцовой кости был удален небольшой костный секвестр через образовавшуюся небольшую язву. При разрезе на этом месте была обнаружена обширная костная мозоль, но больше ничего нельзя было удалить. После этого нога начала поправляться, кожные раны уменьшались и расширяющая губка отменена. В июне больная была отпущена домой на каникулярное время для амбулаторного лечения.



25 сентября больная снова принята в клинику в качестве стационарной больной; в это время состояние ее было следующее. Общее состояние по-прежнему было довольно хорошее, менструации еще не наступили. Что касается правой голени, то в середине икры, на боковой стороне, над малоберцовой костью, на небольшом расстоянии друг от друга находились 3 язвенных отверстия. Ввиду небольших размеров, с поперечником в несколько линий¹, нельзя было на основании их круглой формы сделать какие-либо заключения. На самой крупной язве можно было различить край, словно отрезанный. Дно и край этой язвы были покрыты веществом грязно-зеленого цвета. Из язвы выделялась красноватая серозная влага отвратительного запаха.

Все три язвы уходили в глубину, особенно обе верхних, через которые зонд проникал до малоберцовой кости, причем последняя на ощупь не была лишена надкостницы. Одна язва более крупных размеров находилась у нижнего конца этой кости; возможно, что прежде сделанный здесь разрез превратился в широкую язву правильной круглой формы, с грязным дном и срезанными краями. Эта язва не углублялась до самой кости, а располагалась более поверхностно. Мягкие ткани между верхней и нижней язвой были на ощупь твердоваты и напряжены; кожа над ними была красная, температура ее повышена. Движения стопы были свободны.

25 сентября. Припарки вокруг голени.

26 сентября. Краснота вокруг язв уменьшилась. Повязка с дигестивной мазью и припарками. Ежедневно щелочная ванна.

1 октября. Вид язв стал значительно лучше. После ванны язвы покрываются дигестивной мазью и производятся бэйнтоновы обвивания пластырем.

5 октября. Повязка снята; язвы на вид чистые, но бледные, края белесые, тонкие, прилегают. Щелочная ванна, раствор ляписа (из 0,625 г ляписа на 120 мл воды), края язв прижигаются палочкой ляписа, снова давящая повязка, солевое слабительное.

С 19 по 23 октября. Большая нижняя язва уменьшилась. Одна из верхних язв совершенно зажила, вторая близка к зарубцеванию.

24 октября. Сегодня впервые наступила менструация, она продолжалась полных 4 дня.

1 ноября. Нижняя язва заметно уменьшается; только одна язвочка над ней упорно остается открытой. Она немного расширена, после чего зонд наталкивается на омертвевшую кость. Щелочные ванны для ноги продолжают, в небольшое отверстие вводится расширяющая губка; на нижнюю язву положена красная преципитатная ртуть и дигестивная мазь; давящая повязка отменена.

9 ноября. В верхнее отверстие было введено каленое железо до кости, затем турунда с раздражающей мазью. Нижняя язва обнаруживает малую склонность к заживлению. Она прижигается раствором азотнокислого серебра, после чего накладывается давящая повязка.

13 ноября. Сегодня каленое железо было еще раз введено в тот же канал.

16 ноября. До сих пор никакого действия каленого железа не заметно. Введенный зонд наталкивается на шероховатую сухую кость; если захватить

¹ Линия равна примерно 2,5 мм.



рукой малоберцовую кость через кожные покровы, то можно ее легко перемещать вперед и назад. При зондировании канала вплоть до кости особенно отчетливо можно почувствовать прикосновение зонда к шероховатой костной поверхности в нижнем конце малоберцовой кости. В соответствии со всем этим не подлежало никакому сомнению, что малоберцовая кость омертвела на значительном протяжении. Поэтому решено было иссечь всю омертвевшую часть кости.

Все мягкие ткани над малоберцовой костью были рассечены по продольной ее оси на протяжении 15 см и после наложения двух поперечных разрезов раздвинуты в стороны. При этом отчасти обнажена была омертвевшая шероховатая малоберцовая кость, отчасти – новая капсула толщиной 0,5–1 см, сохраняющая пока еще плотность хряща. Были предприняты попытки извлечь омертвевшую кость сверху или снизу. Но эти попытки были тщетны, так как кость, хоть и была подвижна, все же не поддавалась извлечению. Поэтому она была перепилена поперек прямой ножовкой соответственно уровню старого свищевого хода, и после этого можно было извлечь, правда не без некоторого усилия, верхний кусок кости длиной 7,5–10 см. Нижняя часть кости сидела еще прочно. Предстояло извлечь и эту часть.

Разрез через мягкие ткани постепенно был продлен вниз до наружной лодыжки, фиброзно-хрящевое влагалище омертвевшей кости разрезано ножом в продольном направлении, после чего кость была рассечена вдоль отчасти остеотомом Гейне, отчасти посредством долота. Теперь сперва была отделена от мягких тканей передняя половина кости, извлеченная затем крепкими костными щипцами, а вслед за ней и задняя половина; при этом нижний конец малоберцовой кости был в то же время освобожден от соединения с большеберцовой костью. Вся иссеченная кость длиной около 25 см была патологически изменена вплоть до нижнего эпифиза (см. ниже) и значительно утолщена по сравнению с нормальным состоянием.

У больной, чрезвычайно стойко выдержавшей трудную и весьма длительную операцию, после нее наблюдался ряд обмороков, следовавших один за другим. Ее удалось привести окончательно в сознание только после весьма настойчивого применения восстанавливающих средств. Она была чрезвычайно утомлена и поэтому получила стакан вина, немного опийной воды и 6 капель опийной настойки.

Рана была насколько возможно стягута полосками липкого пластыря. Во время операции сильно кровоточила только одна более значительная артерия. Кровотечение из нее остановилось после применения агарика. Поверх повязки сделано ледяное обертывание.

Вечером. Ледяные обертывания причиняют оперированной боль, вследствие чего они отменяются. Пульс 120, твердоватый, кожа горит; был два раза жидкий стул. К лимонаду добавляется *Crem. lart.*

17 ноября. Большую часть ночи больная спала. Умеренная реактивная лихорадка; пульс около 100; временами жгучие боли в голени. Обертывания ноги с *Aq. Goulard.*; внутрь назначен *Pulvis temperans.*

18 ноября. Повязка снята. Рана зияла на ширину 1–2 поперечных пальцев. Дно раны подготавливается к нагноению. Еще несколько раз был жидкий стул.



Пульс 120, мягкий. На всю голень снова были наложены липкопластырные полосы и сделано обертывание с *Aq. Goulard*. Внутрь назначено: *Rp. Pot. Riv., Aq. dest. simpl. aa 90,0. MDS.* По 1 столовой ложке каждые 2 часа. – Вечером. Больная жалуется на боли в тыле стопы. Голень распространяет сильный запах гноя. Пульс 132. На тыл стопы поставлено 10 пиявок.

19 ноября. Боли в стопе уменьшились. Ночью больная спала довольно хорошо. Она жалуется на дурной вкус во рту; язык слегка обложен белым налетом. Вчера 2 раза был жидкий стул. Пульс 132. Повязка снята. Края раны разошлись. Рана имела очень грязный вид, и нагноение уже началось. В рану введено плюмассо с восковой мазью, снова наложены полоски липкого пластыря, и вся голень фиксирована истинными и ложными соломенными шинами. Внутрь: сатурация.

С 20 по 22 ноября. Рана имеет грязный вид и гноится, края ее разошлись на ширину 2–3 поперечных пальцев. Общее состояние не оставляет желать ничего лучшего. Пульс все еще выше 100. Стул один раз. Дурной вкус во рту исчез. Рана подвергнута орошению жидкостью, состоящей из *Inf. Cham. 360,0, T-rae Myrrh. 15,0.* На нее наложена повязка с мазью следующего состава: *Rp. Ung. basilic. 60,0, T-rae Myrrh. 7,5, Mercur. praecip. rub. 2,5.*

23 ноября. Нагноение раны в полном разгаре, но мясные сосочки имеют бескровный вид. В нижнем конце раны образовался кожный свищ длиной в 2,5 см. Это место подвергнуто давлению при наложении повязки. В области внутренней лодыжки отмечается болезненность, усиливающаяся при давлении, а также горячая твердоватая припухлость. Сюда поставлено 20 пиявок. В остальном повязка накладывается, как до сих пор.

24 ноября. Боль в стопе утихла. Отмеченный вчера кожный свищ сегодня уже увеличился и поэтому был вскрыт без промедления. Начато внутреннее применение хины. Вечером все еще имеется лихорадочная реакция сосудистой системы.

26 ноября. Свищевой ход, вскрытый третьего дня, целиком покрыт омертвевшей грязной клетчаткой. Большая раневая поверхность в нижней своей части вялая, а в верхней легко кровоточит и очень раздражена. Повязка с дигестивной мазью.

27 ноября. На внутренней лодыжке все еще держится некоторая припухлость, сопряженная с болью. На это место поставлено 10 пиявок. Назначены втирания ртутной мази и припарки.

28 ноября. Область пятки и внутренней лодыжки очень чувствительна; опухоль здесь еще держится. Вскрытый последним свищевой ход очищается, остальная раневая поверхность покрыта хорошими грануляциями. Лечение то же; на болезненные места поставлено 20 пиявок.

29 ноября. Боли в области внутренней лодыжки смягчились, однако еще отмечаются припухлость и жар в этой части конечности. Нижний угол раны (вскрытый последним свищевой ход) покрывается бледно-розовыми мясными сосочками; вся остальная рана имеет очень хороший вид.

30 ноября. Участок вокруг внутренней лодыжки сегодня крайне чувствителен, распух сильнее и на ощупь более горячий, но ничуть не покрасневший.

Нижне лодыжки был проведен небольшой разрез через кожу и фасцию, после чего можно было прощупать в глубине распухшее и воспаленное влагалище сухожилия задней большеберцовой мышцы. Вид раны как накануне. После того как нога была уложена чрезвычайно осторожно и фиксирована в ножной шине в наиболее удобном положении, повязка наложена, как накануне, но область внутренней лодыжки оставлена открытой. Сюда было поставлено 15 пиявок, после чего втерта неаполитанская мазь с опиумом и наложена припарка. Вечером. Больная совсем не переносит припарок, так как они якобы усиливают боль. Поэтому они отменены и на рану положена только тряпочка с неаполитанской мазью и опиумом. Пульс был возбужденный, как всегда по вечерам.

1 декабря. Болезненность в голеностопном суставе уменьшилась. Во время перевязки ногу очень щадят. Назначения те же.

2 декабря. Рана имеет очень хороший вид, и в этом отношении нижняя часть ее также не представляет исключения. Стопа своим наружным краем несколько отклонена кнаружи, как при переломе малоберцовой кости. Припухлость на внутренней лодыжке скорее несколько увеличилась, чем уменьшилась. Общее состояние хорошее. Вокруг внутренней лодыжки поставлено еще 10 пиявок, все остальные лечебные средства сохранены; только неаполитанская мазь втирается без опиума.

3 декабря. Хотя больная меньше жалуется на боль в области внутренней лодыжки, все же припухлость еще держится. Сюда поставлено 8 пиявок. В остальном лечение остается прежним. Вечером была сделана попытка наложения ледяных обертываний вокруг голеностопного сустава с *Aq. Goulard*.

4 декабря. Ледяные обертывания с *Aq. Goulard*. больная переносит хорошо. В области внутренней лодыжки все еще отмечаются припухлость и жар. Сюда поставлено 6 пиявок.

5 декабря. Ледяные обертывания хорошо переносятся и еще подкрепляются пузырем со льдом. Вся рана начинает стягиваться. Область внутренней лодыжки на ощупь очень упругая, ложно флюктуирующая. Здесь произведен небольшой прокол ножом, благодаря которому выделилась только водянистая кровь.

10 декабря. Чувствительность и жар в области внутренней лодыжки наконец прекратились. Припухлость уменьшилась. Рана имеет очень хороший вид и уменьшается благодаря применению ляписа.

23 декабря. В области наружной лодыжки, ниже нижнего угла раны, обнаружен небольшой свищевой ход, который выделяет поразительно много гноя. Открыто также сообщение между этим свищем и нижним углом язвы. Сюда тотчас же протянута заволока.

28 декабря. Заволока заменена крепко скрученной свинцовой проволокой.

29 декабря. Свинцовая проволока удалена, и кожный мостик рассечен одним быстрым движением фистульного ножа Блёмера.

1 января 1838 г. Теперь все раневые поверхности всюду имеют очень хороший вид. В то время как вся верхняя часть раны быстро уменьшается, полость, вскрытая напоследок, уже начинает заполняться со стороны дна слабыми грануляциями. Обматывание пластырем.



24 января. Теперь все зажило. Больная может довольно хорошо наступать на левую ногу, но левую голень приходится еще поддерживать картонной шиной с наружной стороны.

4 февраля. На стопу и голень наложена шина.

7 февраля. Повязка снята. Сегодня больная покидает клинику. Стопа все еще несколько отклонена кнаружи. Рубец на наружной поверхности голени был еще твердый и немного шелушился. Больная могла наступать и на правую ногу без всякой поддержки, но при ходьбе она все еще принуждена была немного хромать. Поэтому ей была еще наложена картонная шина на наружную поверхность голени до подошвы и дан совет носить эту шину в течение длительного времени.

Замечания

Читатель несомненно простит мне то, что я описал случай 18 *in extenso*¹. Мне этот случай представляется чрезвычайно примечательным по следующим основаниям.

1. Мы видим здесь весьма обширные отложения, которые имеют свою локализацию, очевидно, только в мягких образованиях сустава и распространяются далее в сторону бедра под прямой мышцей бедра.

2. В этом случае на живом человеке, не прибегая к ампутации конечности, мы получаем полное представление о характере и свойствах отложившегося вещества.

3. Наконец, мы наблюдаем здесь своеобразный процесс выздоровления от этой болезни путем действительного отторжения отложившегося и перерожденного вещества. Я приступаю сейчас к объяснению каждого из этих трех пунктов.

1. Как случай 18, так равно и предшествовавший ему случай 17 относится, очевидно, к так называемому *фунгусу сустава* в понимании Руста. Я очень хотел бы узнать наконец, как будет сформулирован диагноз ученым, знакомым с трудами Б. Бэлла, Буайе, Руста, Броди и Лисфранка о так называемых белых опухолях суставов, но не видевшим ни одного образца их в жизни, когда он внезапно будет перенесен из своего кабинета ученого к постели больного, страдающего поражением коленного сустава. Я думаю, что во всей области хирургии нет ни одной болезни, в описании которой две диагностические тенденции, патологоанатомическая и собственно практическая, противостояли бы друг другу так резко, как именно в описании органических заболеваний коленного сустава.

Если мы сделаем беглый исторический обзор их, то окажется следующее. В первых, Бенджамэн Бэлл, исходя только из причинных моментов, диктаторски сводит все поражения коленного сустава к двум лишь рубрикам и отводит главную роль в их этиологии скрофулезной болезни и ревматизму. Во вторых, Буайе, обозначая почти все органические поражения суставов названием «белые опухоли», определяет их следующим образом: «хронические ограниченные припухлости суставов без изменения окраски кожи, то твердые и не поддающиеся давлению пальца, то менее твердые, упругие, податливые» и т. д. – впрочем,

¹ *In extenso* (лат.) – подробно, распространено.



он и сам признает, что «подобное определение является только перечислением главных признаков, далеко не способным дать ясное предствление о болезни, выражающейся в столь многочисленных вариантах у разных лиц, что едва ли можно встретить двух больных, у которых ее течение и явления были бы совершенно одинаковы». В-третьих, Руст восстает против смешения двух различных болезненных форм – *arthrocace* и *tumor albus*, или *fungus articuli*, далеких друг от друга, как небо от земли. В-четвертых, Броди различает четыре формы такого рода суставных заболеваний: 1) изъязвление синовиальной оболочки, 2) своеобразное патологическое перерождение синовиальной оболочки, 3) изъязвление суставных хрящей, 4) скрофулезное поражение губчатого вещества суставных концов костей; впрочем, он не приводит соответствующих этим формам верных диагностических признаков, наблюдаемых у живого больного. В-пятых, Лисфранк отклоняет эту классификацию Броди и дает приблизительно то же самое описание суставных поражений, как и Буайе, причем он делит все белые опухоли суставов на идиопатические и симптоматические (по крайней мере это вытекает из содержания диссертации его ученика Марго). Если мы наконец ко всему этому прибавим, в-шестых, очень ценные патологоанатомические исследования Нелатона о бугорках в костной системе, обнаруженных им при многих белых опухолях суставов, то мы должны будем признать, что в распознавании данной болезни патологическая анатомия и семиотика решительно расходятся.

Мне кажется, что это расхождение обеих тенденций мы должны приписать двум причинам. В большинстве случаев врач видит только остаточные явления болезненного процесса, которые нам открывает анатомический нож после ампутации конечности или при вскрытии трупа, причем врач не имеет возможности точно проследить историю развития этого процесса в каждом отдельном случае. Далее преобладающее явление – опухоль (и именно, к несчастью, почти всегда белая) была прежде всего тем симптомом, который приковывал к себе все внимание практических врачей и этим самым в какой-то мере затруднял изучение интимной сущности заболевания (приблизительно так же, как приступы озноба при флебите). В самом деле! Разве с определением, которое дал Буайе неудачно выбранному названию «белая опухоль», дело обстоит не так же, как если бы хотели обозначить одним и тем же названием экзостоз большеберцовой кости и опухоль кожи, сидящую на этой же кости? Что пользы от кажущейся анатомической тщательности Броди, если он не проследил процесса изъязвления хрящей, перерождения синовиальной оболочки, если он описывает свои случаи *ex abrupto*¹, если он при описании изменений синовиальной оболочки не говорит ни слова о состоянии мягких образований, окружающих оболочку, а из 9 случаев только в двух мимоходом упоминает о состоянии костных концов, если он, наконец, не пытается сравнить эти случаи с белыми опухолями других авторов?

¹ *Ex abrupto* (лат.) – буквально: внезапно, вдруг; в переносном смысле – вне связи, в отрыве. В данном случае описание состояния одних частей сустава приводится вне связи с состоянием других частей; описание морфологических изменений приводится вне связи с клинической картиной.



Насколько можно судить из крайне недостаточного изложения историй болезней, Броди, по-видимому, описывает под рубрикой «перерождение синовиальной оболочки» только те опухоли, которые располагаются в мягких образованиях сустава. В своем труде о заболеваниях суставов он обнаруживает вообще патологоанатомическую тенденцию, не проявляя при этом столь необходимой тщательности и не сравнивая надлежащим образом результатов вскрытия с прижизненными клиническими явлениями. Поскольку видно из его описаний патологических явлений, *fungus articuli* Руста соответствует перерождению синовиальной оболочки Броди, и наоборот: изъязвление суставных хрящей и скрофулезное заболевание костных концов Броди соответствует рустовской *arthrocace*. Поэтому я вовсе не считаю сочинение Броди в практическом отношении столь важным для истории суставных заболеваний, как это, по-видимому, думает автор статьи «*Arthrocace*» в Энциклопедии Руста. В противоположность этому Буайе и многие другие, имея всегда перед глазами один лишь симптом, а именно опухоль, сообщают нам о всевозможнейших новых данных из патологической анатомии суставов, не связывая их с особенностями отдельных случаев у постели больного. Лисфранк же (в диссертации Марго), по-видимому, опять-таки не делает никаких различий в патологической анатомии суставов, не считаясь с тем, началось ли заболевание в твердых или мягких тканях, и описывает своеобразное перерождение мягких образований сустава послойно, считая это перерождение постоянным во всех случаях. (Непосредственно под кожей якобы лежит серозный слой клетчатки, под ним «*tissu cellulaire jaune serin*»¹, богатая сосудами, затем более плотный и более бледный слой клетчатки и, наконец, вокруг связок следует уплотненный салоподобный слой клетчатки и т. д.) (см. диссертацию Марго).

Один только Руст уверяет нас самым определенным образом, что фунгозное поражение сустава всегда исходит из мягких образований, т. е. из клетчатки и суставной сумки, а твердые образования поражаются лишь вторично; артрокаце же, наоборот, почти всегда исходит из центральных частей суставных концов костей и лишь впоследствии поражает мягкие образования сустава. Эта двоякого рода картина заболевания, которую он набросал, верна; он взял ее из жизни. Каждый врач безусловно имел возможность наблюдать эти две различные формы заболевания у постели больного. Для полноты не хватает только описания сочетаний (как известно, типичное редко наблюдается в индивидуальной патологии) и более тщательного (менее пристрастного) исследования патологических изменений суставных концов костей. Анатомические исследования костной системы, произведенные Жерди, открытие костных канальцев и микроскопических костных телец, наконец ценные исследования процесса развития туберкулеза в костной системе, открытие французским врачом Нелатоном двух различных форм этого процесса, как это наблюдается в других паренхиматозных органах (инфильтрирующей и осумкованной формы), – все это неизбежно должно изменить ход всего дела и заполнить важнейшие пробелы в истории изучения нашего суставного заболевания.

¹ Tissu cellulaire jaune serin (франц.) – клетчатка канареечного цвета.



Я возвращаюсь к нашему случаю. Я отношу его к подлинно типичной форме настоящего фунгуса сустава. Хотя болезнь, по словам больного, длилась уже 3 года, все же суставные концы костей еще не были поражены: форма мышечков бедренной кости и надколенника оставалась нормальной. Опухоль была на ощупь скорее упругой. Настоящей костной боли не было. Разгибание и сгибание сустава также выполнялось легко. Разрушительный процесс, возникший впоследствии, также показал нам (см. 1¹), что все болезненно измененное здесь находилось вне сустава.

Когда через 3 года после возникновения опухоль обнаружила тенденцию к увеличению, то это выразилось лишь в наружном отложении в сторону бедра: патологический процесс перешагнул через верхние границы сустава, отложения образовались в толще прямой мышцы бедра и под ней, и все же костные концы остались нетронутыми. Впрочем, это не первый случай, когда я видел подобные отложения вблизи какой-либо кости без вовлечения в патологический процесс самой ткани кости или даже надкостницы.

В наших краях нередко встречаются осложненные язвы голени, образованию которых предшествует отложение желтоватой однородной твердоватой массы, похожей на поперечном разрезе на репу; отложение этой массы продолжается и в процессе образования язвы. Подобные язвы имеют чрезвычайно длительное течение. Масса перерожденного вещества легко может быть удалена со дна язвы или из вскрытых свищевых ходов с помощью пинцета и ножниц. Больные страдают обыкновенно при этом расстройствами ревматического характера, сопряженными со скрофулезной болезнью или сифилисом. Язвы заживают, но затем опять открываются в других отдаленных местах вследствие образования многих совершенно ограниченных отложений.

В первом томе своих «Анналов» я пытался доказать, что функус сустава должен причисляться к вторичным продуктам. Отложение пластического вещества на почве хронического воспаления, по моему мнению, уже представляет явственный переход воспалительного процесса в процесс образования вторичных продуктов. Нормальная нутритивная деятельность таких тканей, в которых происходит отложение, нарушена уже значительно глубже, чем при остром воспалительном процессе. Молекулы отложившегося вещества не могут ни рассасываться, ни ассимилироваться; в нем развиваются новые сосуды, и в отложившейся массе начинаются теперь новые метаморфозы, химико-органические комбинации. При фунгусе сустава воспалительные явления выражены неотчетливо; при хроническом фунгусе сустава температура чуть повышена; боль скорее сводится к какому-то тягостному ощущению при движениях конечности. Самое характерное состоит, наконец, в новом отложении ненормального вещества, вызванном латентным патологическим процессом; это вещество разрушительным образом влияет на окружающие ткани и подвергается изъязвлению; следовательно, мы в этом усматриваем все атрибуты вторичного продукта. Одного этого замечания о сущности данного заболевания уже достаточно для

¹ Имеется в виду пункт 1 в перечислении важных особенностей случая 18 (см. стр. 386) (ред.).



того, чтобы доказать ошибочность взгляда тех авторов, которые смешивают фунгус сустава с поражениями кости и которые хотели бы обозначить всякое опухание сустава ничего не говорящим термином «*tumeur blanche*»¹. Я усматриваю в этом только непостижимое стремление человеческого ума заключить природу в ограниченные рамки искусственной, надуманной классификации.

Так как один болезненный процесс развивается из другого, так как один легко переходит в другой, причем все они являются продуктом одной и той же автономной деятельности организма, так как материал, где это происходит, представляет одну и ту же массу соков одной и той же системы тканей, то нас хотят заставить верить, будто один процесс подчинен другому, будто один является прямым последствием другого. Даже некоторые классические авторы нашего века сохранили верность известному канону при классификации хирургических заболеваний. Буайе описывает под заголовком «Опухоли» рожу, аневризмы и вторичные продукты. Если практическому врачу и безразлично, в каком разделе он находит описание той или иной болезни, то мыслящему врачу, заинтересованному в успехах своей науки, это не может быть безразлично.

Если мы теперь рассмотрим, что, собственно, побудило авторов смешать вместе столь различные патологические процессы, как 1) процесс образования вторичных продуктов (в форме фунгуса сустава), 2) остит суставных концов костей и переход его в костоеду, 3) отложение скрофулезного или туберкулезного вещества в губчатом веществе суставных концов костей, и назвать все это ничего не говорящим термином «*tumor albus*», то причина этого может заключаться в следующем.

Во-первых, патологически измененные суставы подвергались исследованию только в последней стадии заболевания (после ампутации, после смерти), причем авторы надеялись найти в этой стадии во всех случаях совершенно одинаковые изменения. Я же отнюдь не усматриваю никакой аналогии между 1) язвами мягких тканей вокруг сустава с синуозными краями, со свищевыми ходами, не всегда или редко проникающими в полость сустава (см., например, случай 17, *фунгус сустава*), и воронкообразными свищевыми отверстиями, которые имеют каллезные края с грибовидными разрастаниями, разбросаны вокруг сустава и уже по одному своему внешнему виду должны находиться в прямой связи с суставными концами костей (*артрокаце*). 2) Между скоплением в полости сустава жидкости шоколадного цвета или творожистого характера, своеобразным губчатым разрыхлением синовиальной оболочки, обычно с резорбцией суставных хрящей (Броди), с перерождением суставных концов костей или без него (*фунгус сустава*), и кариозными разрушениями суставных концов, при которых костное вещество крошится и принимает темно-коричневый цвет (*артрокаце*). Далее, какую аналогию имеют все перечисленные здесь явления с 3) отложениями творожистых туберкулезных веществ в костных ячейках губчатой ткани (эти вещества либо заключены в кисте, либо свободно инфильтрируют костную ткань, причем происходит резорбция хрящей и обычно воспалительное перерождение мягких тканей (*костный туберкулез*)?

¹ Tumeur blanche (франц.) – белая опухоль.



Во-вторых, большей частью подвергались исследованию и наблюдению только сложные, а не типичные случаи суставных заболеваний. Все типичное в области патологии встречается чрезвычайно редко; потому, если, к примеру, на лечение попадут такие больные, о которых сейчас будет речь, то, естественно, трудно будет разобраться, какой орган поражен первично.

Юрри Мотер, 12 лет, доставлен в клинику 30 марта 1837 г. по поводу страдания правого коленного сустава и принят для стационарного лечения. У него имелась большая, не совсем равномерная опухоль, охватившая весь сустав, но казалась более всего выраженной сбоку от надколенника, а снаружи от него в двух местах определялась глубокая флюктуация. Имеющиеся при нормальных условиях углубления вокруг сустава исчезли; внутренний мыщелок бедренной кости увеличенный в своем объеме, придавал всей опухоли более угловатую форму. Кожа была естественного цвета, но блестящая и сильно напряженная; в отдельных местах просвечивали поверхностные вены. Температура была повышена, и боли значительны. Вся конечность была в полусогнутом положении и не допускала никакого разгибания. Голень немного похудела и смещена; вследствие припухлости внутреннего мыщелка бедренной кости она казалась еще более оттесненной снаружи. Общее состояние мальчика было хорошее. Внешность его свидетельствовала о скрофулезной дискразии, причем скорее о цветущей форме ее.

Заболевание началось 3 года назад одинаковыми по силе довольно резкими болями, но в то же время без опухания колена. Только с середины прошлой осени, до какого времени он мог выполнять свои дела, при нарастающих болях начала развиваться опухоль; сустав принял согнутое положение, и всякие движения в нем стали невозможны. Заболеванию не предшествовали никакие внешние причинные моменты.

Или возьмем такой случай.

Михель, 5 лет, от природы нежного сложения и скрофулезной внешности, не выражающей никакого общего заболевания, до весны прошлого года не страдал никакой болезнью, свойственной детскому возрасту, которая привлекала бы к себе его внимание. К тому времени начались незначительные и мимолетные боли в левом коленном суставе, которые вследствие их ничтожного значения остались незамеченными. Никакого опухания сустава и никаких изменений конечности в то время не было замечено; вообще, по словам его отца, функция всей конечности была относительно не нарушенной до последних трех недель. Мальчик все время мог ходить, хотя боль и начала понемногу усиливаться. Полное разгибание ноги стало затруднительным, так что от этого возникла довольно заметная хромота. Появилась опухоль, боль стала усиливаться, и нарастало затруднение в разгибании колена. Тем не менее больной еще как-то мог ходить, пока 3 недели назад всякая попытка к движению сделалась невозможной; в то же время наблюдалось увеличение опухоли и повышение чувствительности сустава, так что мальчик должен был оставаться в постели. В течение этих трех недель болезнь достигла той степени, в которой мы ее видим теперь перед собой.

Конечность образует в коленном суставе тупой угол, приближающийся к прямому, из которого сустав не может быть переведен ни в какое иное положение.



Весь коленный сустав охвачен равномерной округлой опухолью, которая при сравнении с другим здоровым коленом имеет довольно крупные размеры. Она еще более выделяется благодаря исхуданию бедра и голени больной конечности. Голень слегка повернута кнутри и нога имеет такой вид, как будто верхняя часть голени слегка искривлена и выпуклостью обращена кнаружи, а вогнутостью внутрь. Припухлость колена соответствует форме сустава, она плотная, не дает никакой флюктуации, блестит, а температура ее чуть повышена в сравнении со здоровой стороной. Цвет напряженной кожи не отличается от цвета соседних участков. Заостренность, которую колено обычно образует в здоровом состоянии, и углубления по сторонам надколенника исчезли, а надколенник не прощупывается.

Опухоль распространяется больше книзу через мышелки большеберцовой кости и крайне чувствительна к дотрагиванию. Эта чувствительность распространяется также, хотя и в меньшей степени, за пределы опухоли на нижнюю часть бедренной кости и верхнюю часть большеберцовой кости. Участок, расположенный выше твердой опухоли (следовательно, в области верхней части синовиальной оболочки, под прямой мышцей бедра), чувствителен к более глубокому давлению, мягок, эластичен, в общем представляется в таком виде, что можно было поддаться искушению признать здесь наличие флюктуации. Конституция больного не пострадала; сон и аппетит не нарушены. Незамеченный прежде небольшой кашель, пожалуй, может быть приписан только простуде во время поездки в клинику.

В обоих случаях припухлость в области коленного сустава была двоякого рода: флюктуирующая или упругая в одних местах, особенно в области суставной сумки, и твердая в других местах – в области поверхностно лежащих костных выступов. Угловатая форма, невозможность выпрямить конечность, скрофулезная внешность обоих детей, значительная продолжительность страдания отчетливо свидетельствуют о том, что кости поражены. Напротив, ложно флюктуирующая, упругая припухлость в области капсулы сустава говорит о фунгозном или водяночном поражении мягких тканей. Может быть, вернее всего было бы принять, что здесь к костному поражению (скажем, к костному туберкулезу) присоединился острый выпот в суставной полости. Острая форма заболевания, повышение температуры, блестящая поверхность опухоли, локализация в поверхностных частях капсулы говорят в пользу этого предположения. Резкое обострение воспаления сустава, по моим наблюдениям, принадлежит к наиболее частым явлениям артрокаце, и именно это обострение скорее всего губит больного.

Если ежедневно иметь перед глазами подобные осложненные случаи, то можно забыть о том, что существуют также простые и типичные случаи, и одного только случая такого рода, при условии тщательного наблюдения над ним, уже достаточно для доказательства того, что поражение сустава может начинаться как в мягких, так и в плотных тканях, и что явления в обоих этих случаях различны. Поэтому наш долг тщательно изучать подобные случаи и анализировать более сложные. При должном внимании мы, безусловно, добьемся того, чтобы разграничивать и отличать явления первичного поражения твердых и мягких образований от признаков вторичного заболевания.

Если явлений, приведенных в истории болезни случая 18, еще недостаточно для доказательства локализации поражения в мягких образованиях сустава, то я могу присовокупить еще следующее.

2 и 3. Случайное совпадение двух различных патологических процессов в суставном заболевании в нашем случае послужило к тому, чтобы при жизни выразить в известной мере анатомически сущность заболевания. Именно в то время, когда я открыл у данного больного в области коленного сустава три основательных фонтанели посредством каленого железа и вложил несколько сот горошин, в нашей клинике свирепствовала – я не могу назвать это иначе – какая-то миазма. Один больной умер в это время от гнойного флебита (см. случай 1), другой от гангрены брюшной раны. Далее у одного появились признаки гангрены после удаления вторичного продукта, а у другого – в сифилитическом бубоне. В одной фонтанели нашего больного (см. дневник за 17 декабря) обнаружился подлежащий апоневроз. Вначале я считал это следствием чрезмерного давления горошин. Однако быстрое распространение поражения говорило против этого. Гангренозное разрушение распространялось всегда под кожей и именно в отложившемся веществе, так что я в то время мог предсказать, что болезненный процесс прекратится не раньше, чем отторгнется все вещество, отложившееся выше коленного сустава в толще прямой мышцы бедра.

В действительности так оно и произошло. Я следовал за гангренозным разрушением путем рассечения кожи и удаления обнаженного перерожденного вещества с помощью пинцета, ножниц и т. п. После каждого удаления куска перерожденной массы (размеры этих кусков доходили иногда до 5 см в поперечнике) я подвергал ее исследованию и находил поразительное сходство с упомянутыми отложениями, которые я очень часто нахожу при язвах. Вещество было желтоватого цвета, плотности репы, так что его можно было растереть между пальцами; на разрезе оно совершенно однородно. На отдельных кусках можно было отчетливо видеть открытые просветы сосудов, совсем пустых. Удаление этих масс не причиняло больному ровно никакой боли. Когда я удалял вещество, отложившееся выше коленного сустава (см. дневник за 29 декабря), то я отчетливо мог заметить в его толще разрозненные пучки прямой мышцы бедра и находился со своими ножницами на волосок от синовиальной оболочки. В толще некоторых кусков перерожденного вещества я наталкивался также на небольшие полости, содержавшие густой желтовато-зеленоватый гной. Эти полости совсем не сообщались с наружной язвенной поверхностью, и, следовательно, их следует рассматривать как продукт внутреннего процесса размягчения.

Тот факт, что разрушение остановилось у обнаженной синовиальной оболочки, причем вся обнаженная поверхность покрылась свежими зернистыми грануляциями, я могу привести в доказательство того, что отложение располагалось лишь вне сустава и что сама синовиальная оболочка никакого участия в перерождении не принимала. После удаления отложившегося вещества сустав опять принял свою прежнюю форму, и подвижность его пострадала ненамного лишь вследствие разрастания рубцовой ткани. Что касается самого разрушительного процесса, то я не уверен, следует ли его назвать собственно госпитальной



гангреной. Дельпеш описывает язвенную форму госпитальной гангрены и отмечает, что иногда разрушение охватывает глубоко лежащие образования, в то время как кожа при этом остается нетронутой. Он тоже применял в подобных случаях глубокие разрезы и каленое железо.

Наш случай может также служить в известной степени примером самопроизвольного излечения суставного фунгуса, и именно посредством процесса некротизации и отторжения. Разумеется, это никогда не должно побуждать нас к искусственному подражанию, что было бы равносильно тому, как если бы кто-нибудь вздумал подражать природе в отторжении аневризматических опухолей, подвергшихся некрозу. Даже самой природе редко удается, как в нашем случае, осуществить удаление отжившегося вещества путем омертвления без разрушения частей самого сустава.

Случай 17 также подтверждает сказанное выше. В этом случае заболевание сустава, очевидно, принадлежит к сложным процессам. У больного, до ампутации, имеются налицо явления гонорройного поражения сустава (по Русту) в стадии подвывиха. Однако мы при этом находим также фунговое поражение образований, лежащих вне сустава; клетчатка поражена отложениями, отмечается коричневатое разрыхление синовиальной оболочки, суставные хрящи рассосались. Заслуживает внимания то обстоятельство, что исследование ампутированной конечности не обнаруживает никакого особого перерождения костных концов, никакой костоеды, никакого явственного туберкулеза. Они, казалось, стали только более хрупкими, так как легко резались ножом. Я думаю, что единственный упрек, который можно бросить Русту, заключается в следующем: в своих трудах о заболеваниях суставов он слишком мало обращает внимание читателей на осложнение артрокаце фунгусом сустава. Подобного рода осложнения, чаще всего встречающиеся на практике, естественно, были ему достаточно хорошо известны. Об этом свидетельствуют описанные им наблюдения (см. его *Arthrocacologie*, наблюдение 23, § 321; наблюдение 19, § 174). Подобные случаи, похожие на наш 17-й, доказывают только, что два различных патологических процесса могут встречаться в одном и том же суставе, поскольку они основаны на аналогичных изменениях nutritивной деятельности цельного организма (т. е. на дискразиях); это, однако, отнюдь не означает, что они полностью идентичны. Один и тот же скрофулезный больной может страдать язвами, перерождениями клетчатки и экзостозами. Но было бы величайшей нелепостью сводить в одну группу все эти различные проявления дискразии.

Рассасывание суставных хрящей, обнаруженное нами у данного субъекта, есть именно то, что Броди называет и з ъ я з в л е н и е м хрящей. При нынешнем состоянии науки это название должно быть окончательно изгнано. Суставные хрящи, равно как роговая ткань и зубная эмаль, не подвержены таким патологическим процессам, которые обусловлены жизненными свойствами тканей; кариес зубов, как известно, вовсе не является кариесом. Изъявление хрящей также не является изъявлением. Эластический, органический, но не организованный покров суставных концов костей не обладает собственным жизненным свойством; его существование целиком зависит от подлежащей кости; его синовиальная оболочка, которую Биша признавал скорее *a priori*, существует,



по-видимому, разве только на краях хряща. Однако молекулярные превращения имеют место, разумеется, и в хрящах, как и в ногтях, – при желтухе они были найдены желтыми, – поэтому они подвержены и патологическому рассасыванию. Об изменениях хрящей при органических заболеваниях костей мы в последнее время имеем исследования Жерди, Нише и Нелатона.

Жерди объясняет исчезновение хрящей при белых опухолях суставов процессом, названным им «*inflammation sousdiarthrite*», т. е. воспалением слоя клетчатки, который Жерди принимает за связующее звено между суставными хрящами и суставными концами костей. В нормальном состоянии этот слой благодаря его чрезвычайной тонкости является невидимым, а при белых опухолях он утолщается. На почве такого перерождения суставные хрящи истончаются, рассасываются и вскоре делаются тонкими и гибкими, как лист пергамента, но не подвергаются размягчению. То они становятся продырявленными и обнажают подлежащий слой в виде красной припухшей ткани, то они, наконец, целиком исчезают, не оставляя никаких следов, – в таком случае костные концы кажутся покрытыми толстой ложной перепонкой, коричневатой, разрыхленной. Если же удалить ее, то костная поверхность оказывается обнаженной, совершенно лишенной хрящевого покрова.

В качестве доказательства того, что хрящи не принимают никакого участия в воспалительном процессе и перерождении костных концов, а также синовиальной оболочки, может служить следующий факт: часто можно видеть, что отдельные участки хрящевых пластинок сохраняют нормальное строение среди очагов значительного разрушения соседних тканей.

Нередко можно найти также хрящ в виде мелких беловатых прочно сидящих грануляций величиной с булавочную головку среди полностью разрушенных окружающих образований. Как эти мелкие участки хряща могли бы в этом случае сохраниться, если бы исчезновение окружающих тканей было обусловлено воспалением или каким-либо другим процессом? (См. *Mémoire sur l'état anatomique des os malades* par Gerdy, extrait des *Archives générales de Médecine*.)

Нише, работу которого цитирует Нелатон, говорит о развитии туберкулеза в волокнистых хрящах позвоночника. В одном наблюдении (5-м) один из этих хрящей полностью исчез, а обнаженная поверхность тела позвонка не была поражена (*intacte*¹), в другом случае Нише обнаружил бугорок, развившийся в ткани самого волокнистого хряща.

Наконец, Нелатон нередко находил волокнистые хрящи разрушенными, в то время как тела позвонков, казалось, оставались в нормальном состоянии. На распилах их костная ткань в таком случае оказывается даже тверже и плотнее, и это, по Нелатону, дало основание думать, будто кости остались нетронутыми. В противовес этому, говорит он, находят следующее. 1) Очень часто наблюдается студневидная инфильтрация туберкулезного вещества в теле позвонка при отсутствии изменений в волокнистом хряще. 2) Напротив, гнойная инфильтрация (т. е. дальнейшее развитие туберкулезной инфильтрации), когда она дошла до места прикрепления волокнистого хряща, всегда связана с изменениями в этих

¹ *Intacte* (франц.) – нетронутый.



хрящах. 3) Разрушения волокнистого хряща в этом случае всегда имеют одну и ту же границу с инфильтрацией костной ткани (так, например, если инфильтрация локализуется в одной половине тела позвонка, то разрушается только та часть волокнистого хряща, которая соответствует этой половине позвонка). 4) Наконец, если туберкулезная инфильтрация локализуется только в теле одного позвонка, то разрушается не вся толща волокнистого хряща, а только та его поверхность, которая остается в соприкосновении с больной костью.

Из приведенных фактов Нелатон делает вывод, что туберкулез сначала развивается только в костной ткани, а хрящи поражаются вторично. Они, по его мнению, лишаются своих сосудов, своего питания именно вследствие патологических изменений в костной ткани, поэтому отмирают, а затем разрушаются точно по законам химии, приблизительно таким же образом, как это наблюдается при анатомической мацерации костей. Нелатон оспаривает правильность одного наблюдения Нишэ (5-го), считая, что он непременно нашел бы здесь следы туберкулезной инфильтрации в позвонках. Другое наблюдение Нишэ он рассматривает как в высшей степени редкое исключение, которое сам Нелатон никогда не встречал. (См. *Recherches sur l'affection tuberculeuse des os*, стр. 59, 60.)

В нашем случае 17 исчезновение хрящей произошло без изменения «диартродиального слоя клетчатки», описанного Жерди. Внутренняя поверхность надколенника, например, выглядела лишь обнаженной от хряща и шероховатой. Однако в одном случае, описанном в этих «Анналах» первого года издания (случай 98, стр. 225), я действительно нашел в суставе между таранной и ладьевидной костью такой разрыхленный, вязкий слой, сидящий на поверхностях костей, лишенных хряща. В то время я это принял за продолжение синовиальной оболочки.

Броди внес немалую путаницу в представления о заболеваниях суставов, поскольку из этого исчезновения суставного хряща он создал особый *вид* заболеваний, который он называл и зъязвлением хрящей. Из описания его случаев и прижизненных явлений, которые он приписывает этому изъязвлению, видно, что он под этим подразумевает артрокаце или самопроизвольную хромоту. Однако из 6 приведенных им наблюдений коксартрокаце в четырех имеется также кариозное поражение кости (головки бедренной кости). Впрочем, Броди сам признает, что в более поздних стадиях заболевания кости всегда оказываются пораженными; но он думает, что болезненный процесс сперва начинается с изъязвления суставных хрящей. В подтверждение этого взгляда он приводит случай, в котором суставное заболевание у одного индивидуума имелось в двух суставах, но в разных стадиях развития. В том суставе, где заболевание только начиналось, он нашел изъязвление хрящей без изменения синовиальной оболочки и суставных концов костей, но он не говорит ничего о том, в каком состоянии, собственно, находилась обнаженная суставная поверхность кости (наблюдение 27, французский перевод, стр. 93). Если в данном случае он действительно нашел костный конец без малейших изменений, как это было, например, в моем случае 17 на внутренней поверхности надколенника, то все еще остается загадочным, к какому классу следует отнести страдание больного Броди из его наблюдения 29.



Поражение имело своей локализацией коленный сустав, продолжалось 3 месяца, состояло в постоянной боли, но не сопровождалось ни опуханием коленного сустава, ни ограничением движений последнего (см. французский перевод книги Броди, стр. 92). В других случаях Броди либо имел место выпот жидкости в полость сустава, либо обнаженные костные поверхности были покрыты слоем пластического вещества (как в субдиартродиальном воспалении по Жерди), либо, наконец, они были полностью разрушены кариозным процессом.

Итак, Броди пытается объяснить патологический процесс при артрокаце следующим образом. 1) Изъязвление локализуется вначале только в хряще (в тазобедренном суставе сначала в хряще вертлужной впадины). 2) Изъязвление распространяется до поверхности кости, покрытой хрящом; костный конец делается кариозным и уменьшается. 3) В полости сустава образуется гнойник, и гной в результате процесса изъязвления прокладывает себе путь в соседние органы. 4) Ввиду наличия абсцесса синовиальная оболочка воспаляется и утолщается (цит. соч., стр. 90). В некоторых случаях размягчение хряща, по мнению Броди, предшествует его изъязвлению, и лишь изредка процесс изъязвления начинается с поверхности хряща, сросшейся с костью (цит. соч., стр. 102). Но так как 1) Броди, по-видимому, не всегда обращает внимание на то, как, собственно, выглядит поверхность кости, лишенная хряща; так как 2) в большинстве случаев он находил, что обнаженная костная поверхность покрыта слоем своеобразного пластического вещества (см. там же, стр. 95, 98), т. е. (по исследованиям Жерди) подлежащий слой кости находился в состоянии воспаления, так как 3) исследования, относящиеся к отложению туберкулезного вещества, сопряжены с трудностями, и до сих пор на них обращали слишком мало внимания, и так как, наконец, 4) согласно исследованиям Жерди (см. там же, стр. 130), хрящи поражаются всегда одновременно с костной тканью, – в силу всего перечисленного мы неизбежно должны рассматривать взгляды Броди на изъязвление хрящей пока что как очень спорные, тем более что они находятся в прямом противоречии с данными о строении и физиологии хряща.

В нашем случае 17 состояние и лечение пролежня также заслуживает внимания начинающего хирурга. Как показывает история болезни, пролежень сопровождался всеми явлениями синусозной скрофулезной язвы. Лечение также соответствовало этому характеру язвы. Когда применявшиеся вначале высушивающие средства несколько не помогли, я вскрыл свищевой ход и отсек ножницами подрывные края. Дно язвы было посыпано преципитатным порошком.

История болезни в случае 19 имеет для нас большое значение благодаря исследованию ампутированной конечности. Мы находим: 1) в мягких образованиях вокруг язвенной полости хронический отек клетчатки; 2) в твердых образованиях полное исчезновение суставных связок и хрящей. Задняя часть верхнего суставного конца большеберцовой кости (*portio poplitea*) была анкилозирована с бедренной костью (в указанном выше положении), надколенник и его собственная связка бесследно исчезли; напротив, на передней части суставного конца большеберцовой кости, до бугристости ее, была громадная полость, занимавшая более половины всей толщины кости. Эта полость была выстлана красноватой пиогенной перепонкой, которую нетрудно было



отделить. На распиле кости не было видно никакого особенного перерождения костной ткани, только костные ячейки губчатого вещества казались более компактными, особенно те, которые примыкали непосредственно к полости. Сосуды и нервы хорошо сохранились. Как следует назвать эту потерю вещества костной ткани? Является ли это кариесом?

Если характерными особенностями язвы являются *распространяющееся исчезновение вещества* и необычная секреция, то страдание нашего больного, очевидно, представляло собой костную язву. Но обыкновенно и кариес определяется как костная язва. Все же страдание нашего больного никак не могло быть названо кариесом. К тому же в данном случае отсутствовало своеобразное перерождение костной ткани, которое при кариесе сопровождает потерю вещества. Отсутствовали и другие признаки: коричневатая-зеленая окраска кариозной кости, значительная хрупкость ее, следы отложения гетерогенных веществ в ячейках костного вещества (как при кариесе после туберкулеза костей) и, наконец, зловонные гнилостные выделения. Почему каждая костная язва должна быть именно кариозной? Ни потеря вещества кости, ни новый вид выделений из костных ячеек, ни «*ostéite condensante*» или «*raréfiante*»¹ Жерди не обладают характерными чертами кариозного процесса. Или мы должны этим названием обозначить совершенно различные патологические процессы, как раньше хотели рассматривать процессы омертвления, изъязвления и нагноения только как исходы простого воспаления? Я повторяю сказанное мной уже в моих «Анналах» первого года издания (стр. 182) – *своеобразное перерождение* костной ткани в сочетании с изъязвлением и ненормальной секрецией составляют наиболее существенные черты *кариеса*. Как выражался Дельпеш, «конституция органа, т. е. кости, глубоко поражена при кариесе».

В соответствии с этим наш случай 19, по-моему, убедительнее всего подтверждает эту точку зрения. Мы находим здесь прогрессирующую потерю вещества кости, патологическую секрецию, дошедшую до такой степени, что весь организм уже находится в гектическом состоянии и сама жизнь находится в опасности, и все же мы не видели никакого другого перерождения костной ткани. Костные пластинки вокруг полости не были ломкими, имели нормальный белесый цвет, только в непосредственной близости к полости они имели более компактное строение. Поэтому, мне кажется, мы вправе сказать: здесь имела место *простая костная язва*, т. е. потеря вещества ткани с необычной секрецией, и никакого кариеса не было. Причина заболевания в данном случае, по всей вероятности, также была чисто местная, как показывает история болезни (сначала ожог, а затем ушиб уже анкилозированного сустава). Поэтому и в данном случае ампутация, далеко зашедшее гектическое состояние и заживление раны первичным натяжением очень хорошо уживаются между собой, как и в сотне других случаев. Главным показанием к ампутации конечности в данном случае служило для меня не столько местное заболевание само по себе, сколько в значительно большей степени несоответствие между местным заболеванием

¹ *Ostéite condensante* (франц.) – сгущающий остеоит; *ostéite raréfiante* – разрежающий остеоит.



и общим состоянием сил. Костная полость, занимавшая целую половину толщины большеберцовой кости в функционально малопригодной конечности (полусогнутая и анкилозированная после ожога) у больного, уже страдавшего колликвативными поносами, естественно, оставляла у меня лишь слабую надежду на заживление; к тому же преимущества этого заживления не стоили того, чтобы рисковать ради них жизнью больного.

Я уже говорил в общих чертах о методе, которым произвел ампутацию бедра (см. «Анналы», 1837, стр. 194). Этот метод состоит в следующем.

1) Круговой разрез натянутой кожи двумя движениями ножа (нож таких же размеров, как лангенбеков, но не брюшистый, а остроконечный); при этом оператор всегда должен стоять с наружной стороны конечности. С целью закончить этот момент операции возможно скорее, необходимо держать нож, как скрипичный смычок, одними только пальцами, а не в кулаке, и начинать с нижнего разреза, иначе кровь будет мешать. Острие ножа ложится на внутреннюю поверхность бедра, причем острие, естественно, направлено кверху, поскольку нож проводится рукой под бедром. Разрез кожи ведется сначала от острия до пятки инструмента вверх, и только после этого нож быстро протягивают через кожу всей нижней поверхности бедра на себя, причем надо стремиться перерезать острием кожу и на наружной поверхности бедра. Этим самым заканчивается первая, нижняя, половина кругового разреза. Для выполнения верхнего разреза поступают противоположным путем: острие ножа снова кладут на внутреннюю поверхность конечности, непосредственно у границы нижнего разреза, причем в этот раз острие ножа, естественно, направлено вниз; сначала нож проводят сверху вниз, пока пятка не попадет во внутренний угол нижнего разреза; затем его быстро протягивают через верхнюю поверхность бедра на себя до наружного угла нижнего разреза. Этим самым круговой разрез кожи заканчивается.

2) Рассечение подкожного жирового слоя и фасции, — оно выполняется тем же ножом. С этой целью помощник, который всегда должен стоять снаружи и немного позади больного, сильно оттягивает вверх перерезанную кожу, а оператор рассекает клетчатку и фасцию мелкими и короткими, но быстрыми движениями ножа у самой границы оттянутой кожи. Оттягивание кожи кверху и эти движения ножа должны происходить по возможности одновременно и гармонически сочетаться одно с другим. Тот факт, что в этот момент рассекается не одна только подкожная клетчатка, но и фасция, в значительной степени облегчает оттягивание кожи кверху. Временами случается так, что некоторые фиброзные тяжи не рассекаются и оттягивание кожи в этих местах затрудняется. В таком случае второй этап операции нельзя считать законченным до тех пор, пока эти тяжи не будут полностью рассечены; иначе правильный круговой разрез не получится. Благодаря указанному приему кожа обыкновенно оттягивается кверху на ширину трех поперечных пальцев.

3) Рассечение мышц до самой кости. Этот разрез выполняется двумя движениями ножа, точь-в-точь как рассечение кожи. Следует стремиться к рассечению всех мышц до кости. Чтобы сделать это легко, совершенно необходимо произвести ножом вышеописанный маневр (п. 1), как бы это ни казалось маловажным. В среде малоопытных врачей имеет место большой предрассудок относительно рассечения



мышц. Дело в том, что они думают, будто для этого требуется применение большой силы. Я знал одного слабосильного молодого врача, впавшего в отчаяние из-за того, что будто никогда не сможет правильно выполнить ампутацию бедра. Применение силы в самом деле необходимо в том случае, когда ампутацию производят листовидным ножом Грефе или по старинке, стоя на коленях и проводя весь круговой разрез до самой кости в один прием. Отсюда и сложилось правило держать ампутационный нож в кулаке. Когда видишь выполнение ампутации в таком стиле, то, право, не знаешь, кто достоин большего сочувствия: кричащий больной или потеющий врач, — оба они страдальцы.

4) Рассечение более глубоких мышц, лежащих непосредственно на кости. С этой целью помощник захватывает все мышцы, перерезанные до кости, со всех сторон пальцами обеих рук (пальцы вводятся в разрез наподобие крючков) и умеренно оттягивает мышцы назад, образуя таким образом конус из мышц, направленный вершиной книзу и основанием кверху. Теперь хирург снова перерезает двумя движениями ножа основание мышечного конуса возможно выше. После этого остается только пятый прием.

5) Распил кости. Ретрактором я обыкновенно не пользуюсь. Он может понадобиться только в том случае, когда кожа и мышцы перерождены вследствие отека или отложений. Направление пилы я регулирую своим большим пальцем.

Я прошу всех начинающих хирургов начинать в своей практике с описанного метода. Он так естествен и столь изящен, он может быть выполнен с такой быстротой, что я совсем не могу понять, как только могло прийти в голову изобретать какие-то новые ножи и сложные приемы, которые, очевидно, дают те же результаты, что и несколько простых движений ножа через натянутую кожу и два слоя мышц. Впрочем, я не хочу этим сказать, что другие способы ампутации (лоскутные способы с проколом или разрезом, обычный круговой способ с трудоемкой отпрепаровкой кожи) не имеют своих показаний! Я и сам применял их несколько раз. Частым упражнением в оперировании этими способами на трупах можно лучше всего узнать их достоинства и недостатки. Например, при сильно отечной коже я тоже считаю предварительную ее отпрепаровку обязательной. Но я повторяю: в подавляющем большинстве случаев можно полностью удовлетвориться тем методом, которым я оперирую (см. «Анналы», 1837, стр. 194).

В тех случаях, когда ампутация производится на бедре очень высоко, турникет обычно мешает помощникам как следует оттягивать пальцами кожу, а затем и перерезанные мышцы. В этом случае предпочтительно оперировать без турникета, как это делают французы, причем артерия прижимается пальцами к горизонтальной ветви лонной кости. В тех случаях, когда ампутация производится непосредственно под большим вертелом, лучше заменить описанный метод другим (лоскутным разрезом), в чем я сам убедился несколько раз.

Что касается повязки, накладываемой на рану после ампутации, то еще недавно убедился я в крупных парижских больницах в том, что рожа, нагноения, флебит и т. д. — явления, которые приписывались тщательному зашиванию раны после ампутации (см. Sanson, Sur la réunion immédiate; см. Serres), очевидно, обязаны своим происхождением другим причинам. По-видимому,



первенствующую роль здесь играют больничный воздух и господствующие эпидемии. Насколько я мог убедиться, наименее благоприятно протекают ампутации в хирургическом отделении больницы Hotel-Dieu у Ру. Однако следует признать, что 1) его палаты, расположенные в нижнем этаже непосредственно у воды, должны быть отнесены далеко не к лучшим; что 2) знаменитый Ру оперирует, вероятно, больше, чем все другие хирурги Парижа, вместе взятые; что 3) его система повязки, наконец, не отличается, пожалуй, ни своей простотой, ни целесообразностью. Обыкновенно он накладывает очень большое количество корпии на раневую поверхность, старается закрыть ее герметически: далее, он не является, по-видимому, сторонником холода (даже совершенно свежие переломы костей он покрывает тепловатыми припарками), держит первую повязку в течение нескольких дней нетронутой, что он соблюдает, впрочем, также при пластических операциях, после которых рана тоже тщательнейшим образом закрывается корпией, оборотами бинта и т. д.

Я думаю, что в крупных больницах, где после травматических повреждений почти всегда приходится бороться с рожей, флебитом и т. д., несомненно следует предпочесть принципы, провозглашенные Лисфранком. Он сменяет повязку уже через сутки и старается таким образом осведомиться о состоянии раны и окружающих ее частей, чтобы при первых признаках рожистой красноты и других осложнений прибегнуть к помощи подходящих средств. Во всяком случае, применяя этот рациональный метод лечения после операций и травматических повреждений, он, мне кажется, значительно более счастлив.

Очевидно, приписывать причину рожи, флебита и гнойных затеков тщательному соединению раны надо считать предрассудком. Причиной этих осложнений следует считать не самое соединение раны, а нецелесообразный способ его выполнения. Например, большое натяжение соединенных частей может, разумеется, не только помешать первичному заживлению, но и действительно способствовать возникновению рожи, гангрены и т. д., особенно в тех областях, где имеется предрасположение к развитию рожи вследствие богатства сосудами или неподатливой фиброзной структуры (кожа лица, кожа лба). Бландэн при своих пластических операциях на лице обыкновенно предоставляет раневой поверхности, оставшейся после пересадки основного лоскута, заживать вторичным натяжением. Он говорит, что после наложения швов обычно наблюдал развитие рожи. Впрочем, в одном случае блефаропластики, который я наблюдал в его отделении, рожа развилась после того, как участок на лбу, откуда был взят лоскут, уже гранулировал (через несколько недель после операции). По-видимому, Диффенбах тоже оставляет теперь рану на лбу после ринопластических операций незашитой и предоставляет ей заживать путем нагноения. Но после ампутаций, когда подобное натяжение вовсе отсутствует, соединение раневой щели посредством швов (иногда) или липкопластырных полосок (всегда) несомненно принадлежит к самым рациональным методам лечения ран; при этом полоски липкого пластыря осуществляют нежное давление и на подлежащие мышцы, а давящая повязка – методическое давление на всю культю. В тех учреждениях, где господствует рожа, где развития ее приходится опасаться вследствие конституции больного и прежде всего вследствие предшествовавшего



местного заболевания, нужно следовать совету Лисфранка и после ампутаций, а именно: снимать верхние слои повязки, осматривать всю область, обеспечивать отток образовавшегося гноя, а при малейшей красноте назначать пиявки и другие антифлогистические средства.

В случае 20 я совершил крупную ошибку в диагнозе. Сначала я принял заболевание за кариозный процесс. Характер выделений (жидких, гнилостных) и фунгозных разрастаний, исходивших из свищевых отверстий, особенно же исследование зондом, которое ни разу не приводило меня непосредственно к кости и при котором я ощущал кость не гладкой и твердой, а шероховатой и хрупкой (по крайней мере так мне казалось), наконец высокая чувствительность больного при зондировании произвольно навели меня на мысль о кариозном процессе. В дальнейшем несколько кусочков кости казались мне при исследовании зондом подвижными. Я даже извлек некоторые из них пинцетом. Но они были настолько малы, что я не мог решить, есть ли это настоящие секвестры или, скорее, отторгшиеся молекулы кариозной кости. Однажды я подумал, что имею в этом случае дело со *spina ventosa* согласно описанию Буайе. Больной жаловался на колющие боли, кость была значительно утолщена, зондом можно было нащупать через свищевые отверстия мягкую фунгозную массу, а сам больной был скрофулезный и кахектичный. Однако основной причиной, побудившей меня сделать ампутацию, опять-таки была гектика. Впрочем, чистосердечно признаюсь, что в этом случае, я, может быть, слишком поторопился с операцией. Если бы я заранее знал, что найду в конечности то, что в действительности потом в ней обнаружил, то, конечно, я повременил бы еще несколько месяцев с ампутацией. Кариозно-некротические костные поражения, особенно у скрофулезных детей, могут существовать ряд лет и заканчиваться затем обычной эксфолиацией кости, даже если они состояли в отложении туберкулезного вещества. Подобного рода случаи я наблюдал уже несколько раз. Я должен утешить себя хотя бы тем, что ампутация протекала вполне благополучно и рана почти целиком зажила первичным натяжением.

Исследование ампутированной конечности. Перерождение кости мне показалось столь необычным, что я велел сделать зарисовку препарата (после того, впрочем, как он уже полежал в спирту).

1) Вокруг пораженной большеберцовой кости имелось отложение пластического вещества толщиной в несколько линий; оно располагалось не только в надкостнице, но, по-видимому, также в клетчатке за пределами надкостницы; это отложение легко можно было отделить от кости.

2) Сама большеберцовая кость была лишь незначительно утолщена. Наблюдавшееся при жизни увеличение объема голени, следовательно, надо было объяснить не столько утолщением кости, как я ошибочно думал, сколько утолщением фиброзных образований, расположенных вокруг кости.

3) Удивительнее всего было состояние самой кости. На продольном распиле средней части большеберцовой кости можно было отчетливо видеть две различные ткани. Одна из них была расположена снаружи и почти совершенно аналогична губчатой ткани здоровой кости, с той лишь разницей, что она казалась более хрупкой, а ячейки как будто были несколько более компактными, желтовато-белого, а не розового цвета; ткань эта была окружена весьма тонкой



коркой, в которой после отделения надкостницы можно было видеть отверстия сосудов значительных размеров. Вторая ткань, располагавшаяся почти в центре кости и, следовательно, со всех сторон окруженная первой тканью, была вполне аналогична корковому веществу нормальной кости, но казалась еще более компактной. На разрезе эта ткань имела коническую форму. Можно было явственно различить границы между двумя видами ткани, особенно в том случае, если протянуть между ними кончиком ножа неглубокую бороздку. Оба вещества, впрочем, очень прочно связаны между собой и на разрезе производят приблизительно такое впечатление, как будто внутренняя более плотная ткань впаяна в наружную ткань. От костномозговой полости не осталось и следа. Я могу принять с очень высокой степенью вероятности, что это второе костное вещество представляло собой начинавшуюся секвестрацию кости. Она была настолько тверда, что при постукивании пинцетом издавала ясный звон, а по цвету была немного белее, чем наружное вещество. Ее никак нельзя было принять за туберкулезную инфильтрацию, так как я не мог разглядеть в ней никаких пор, которые при этой инфильтрации довольно ясно выделяются.

4) Далее, во многих местах наружного губчатого костного вещества, как в середине, так равно и ближе к поверхности, можно было видеть продолговатые, правильной формы полости величиной в несколько линий, выстланные мягкой розовой мякотной оболочкой. В этих полостях совершенно свободно лежали мелкие секвестры самой различной формы, порозные, легкие, беловато-желтоватого цвета и в общем сходные с наружным костным веществом, с той лишь разницей, что они были немного суше. Подобная полость находилась в эпифизе нижней части большеберцовой кости. Хрящевые границы между эпифизом и телом кости еще отчетливо сохранились.

5) Непосредственно над хрящом, выстилающим нижнюю суставную поверхность большеберцовой кости, видна небольшая продолговатая полость, содержащая жировое костномозговое вещество.

6) Наконец суставные хрящи большеберцовой и таранной кости местами рассосались, а таранная кость была очень рыхлой, так что на ней легко можно было сделать вдавление черенком ножа.

При исследовании свищевых отверстий, сообщавшихся с указанными полостями, зонд проникал, очевидно, в наиболее поверхностно расположенные полости, обыкновенно касался выстилавшей их мягкой массы, а иногда нащупывал также мелкие твердые секвестры. Некоторые костные частички выделились также во время болезни. Но глубже расположенные полости (как, например, в нижнем эпифизе) находились вне всякого сообщения с поверхностью и были со всех сторон окружены пористым костным веществом.

Каков результат этих исследований? Какова природа своеобразного некроза, лишь местами поразившего костное вещество? Жерди указывал на различные виды воспаления кости: 1) сгущающее (конденсирующее), 2) разрезающее (рарефицирующее), 3) изъязвляющее, 4) надкостничное, 5) осложненное воспалением мозгового вещества, 6) диартродиальное. Первые два вида имеют особенное значение в применении к настоящему случаю. По наблюдениям Жерди, в одном случае (при конденсирующем остеоите) воспалительный процесс костной



ткани вызывает отложения и уплотняет ячейки, а в другом случае (при rareфицирующем остеоите), напротив, он усиливает рассасывание кости и этим самым увеличивает полость костных ячеек; эти наблюдения несомненно имеют важное патологоанатомическое значение. При первом виде остеоита, а именно конденсирующем, «рассеченная кость имеет вид перепиленного камня... в этом случае нередко бывает, что костномозговая полость длинных трубчатых костей совсем облитерирована и кажется наполненной каменистой массой... Ядра, представляющие некоторое сходство с комком причудливо переплетенных между собою червей, целиком или частично заполняют костномозговую полость кости и подчас в центре своем состоят из очень компактного костного вещества» (Жерди).

Мне кажется, что в упомянутом нашем препарате внутреннее вещество обладало всеми признаками этого конденсирующего остеоита; только в нашем случае он появился, как это наблюдал и Жерди, в сочетании с rareфицирующим остеоитом, который образовал наружные слои перерожденной большеберцовой кости. Но так как в других местах препарата я находил рассеянные неполные секвестры, то полагаю, что и вышеупомянутая компактная ткань представляет собой начинающийся секвестр, образовавшийся на почве воспаления. То обстоятельство, что оба вещества были так четко разграничены между собой, также говорит в пользу этого последнего взгляда.

Если признать вместе с Жерди характерными для кариеса «секвестры всевозможной формы, отделенные от остальной кости в результате предшествовавшего язвенного и гнойного воспаления, подобно омертвевшим на почве флегмоны частям клетчатки», то можно было бы считать продуктами кариеса (язвенного остеоита Жерди) и кусочки кости, содержащиеся в полостях большеберцовой кости. «Кариозные секвестры, – говорит Жерди, – состоят из rareфицированной, хрупкой, неразмягченной костной ткани, которая носит в себе все особенности костной ткани, пораженной rareфицирующим остеоитом... Они имеют то остроконечную, то зернистую форму и всегда отличаются неровной поверхностью». Это описание довольно точно совпадает с нашей характеристикой, которую мы дали секвестрам, содержащимся в полостях большеберцовой кости. Эти костные кусочки в нашем препарате, очевидно, слишком пористы, слишком rareфицированы для настоящих некротических секвестров, которые всегда обладают более компактным строением. Впрочем, каждый вправе обозначить термином «кариес» любое патологическое состояние костной ткани. Однако предложенная Жерди анатомическая характеристика кариеса, по-моему, едва ли достаточна, чтобы обозначить все виды язвенного процесса в костной ткани. Жерди ничего не говорит также о полостях, выстланных своеобразной оболочкой и содержащих мелкие секвестры. Короче говоря, я не вижу в своем препарате ни всех характерных для выраженного некроза признаков, ни истинного кариеса, ни туберкулезной инфильтрации. Поэтому я прошу своих читателей тщательно сравнить рисунок с другими подобными изображениями, чтобы составить себе ясное представление о своеобразном состоянии кости¹.

¹ Как уже было упомянуто, «Анналы» второго года издания по неизвестным причинам были выпущены в свет без рисунков.



Случай 21 я привел здесь в качестве примера, который должен показать, как трудно в отдельных случаях провести границу между воспалением сустава и исходом его в артрокаце или в фунгус сустава. Мы лечили здесь суставное заболевание самыми сильными антифлогистическими средствами. В течение 4 дней было поставлено 10 банок и 60 пиявок, было сделано два основательных разреза, из которых вытекло по меньшей мере 360 г крови; однако все это вместе дало лишь чуть заметное ослабление ужасных ночных болей. Только на протяжении двух дней отмечалось смягчение болей, на 3-й день они вспыхнули в суставе вновь с той же остротой. Везикаторы, щелочные ванны, сулема (как сильное антиревматическое средство, особенно действующее на фиброзную систему) применялись в течение 20 дней без всякой пользы, и только после применения каленого железа мы отмечаем резкое уменьшение припухлости, ослабление болей и даже частичное восстановление подвижности конечности. Кто не усмотрит в таком течении болезни неудержимое стремление воспаления к переходу в артрокаце? Разве это не говорит с достаточной ясностью в пользу существования специфических воспалений? Разве этот случай не доказывает, что только сильное специфическое отвлекающее средство в состоянии ограничить пагубную разрушительную склонность воспалительного процесса? О явлениях триппера я упомянул в этой истории болезни только по той причине, что в течение этого заболевания я несколько раз замечал, как течь и суставное заболевание антагонистически чередовались. Может быть, я и ошибаюсь. Триппер был обнаружен позднее, уже после того, как развились ревматические боли во всех суставах. Но истечения из мочеиспускательного канала у данного субъекта имели склонность к метастазированию; это подтверждается тем обстоятельством, что в данном случае истечения были очень упорны, и впоследствии больной опять обратился в клинику по поводу опухания яичка и семявыносящего протока.

В случае 22 мы имеем весьма характерный пример костного туберкулеза. Все, чему нас недавно учил Нелатон в его весьма поучительной работе об этом виде туберкулеза, я пытался подтвердить в настоящих «Анналах» несколькими рисунками. Может быть, некоторые практические врачи сочтут выделение двух форм костного туберкулеза, *о с у м к о в а н н о й* (*enkystée*) и *и н ф и л ь т р а т и в н о й*, за патологоанатомическую педантичность, которая не имеет никакой практической ценности. Но они жестоко ошибутся. Уже не говоря об остроумном объяснении внезапного или постепенного появления горба при спондилартрокаце, которое привел Нелатон (см. цит. соч., стр. 47), опираясь на это различие форм туберкулеза, оно еще бросает яркий свет на неясную сущность некоторых видов кариеса, некроза, на различные процессы заживления скрофулезных артрокаце и указывает нам на те средства, которые мы могли бы применять при этом ужасном страдании, причем во многих случаях они сделают ампутацию излишней.

Наблюдение над двумя различными формами костного туберкулеза нам уже дало следующие важные результаты.

1. Туберкулезную инфильтрацию костной ткани можно легко отличить от окружающей ее здоровой ткани. Она имеет отчетливые границы и уже в ранние периоды принимает форму секвестров, что наглядно видно на рисунке, изображающем распил пораженного таким образом мыса крестцовой кости. Здоровая



часть кости отличается розоватым цветом, имеет более сочный, влажный вид, в то время как ячейки инфильтрированного участка более компактны и окрашены в желтоватый цвет. Одна ко, что особенно отличает данную инфильтрацию – это своеобразная твердость ее. Если постукивать по инфильтрированному участку пинцетом, то раздается звон, как при постукивании металлом по твердому, как камень, телу. Даже в высушенной кости можно еще отметить разницу в твердости между здоровой костью и инфильтрированным участком.

2. Участки кости, инфильтрированные туберкулезным веществом, действуют на окружающие ткани как настоящие секвестры, поскольку инфильтрирующее вещество лишает эти участки жизни. Поэтому образуется элиминационная линия (см. рисунок), которая видна на распиле коленного сустава, изображенном на рисунке. Здесь видно, что такой инфильтрированный секвестр отделен от кости и лежит совершенно свободно.

3. Сами инфильтрированные секвестры обычно имеют форму конических участков: они тверды, как камень, и имеют желтоватый вид. При мацерации препарата желтое инфильтрирующее вещество легко может быть удалено, по крайней мере частично. Вода, насыщенная этим веществом, принимает грязновато-молочный вид. От этих истинных секвестров Нелатон отличает свободно лежащие участки кости, которые тоже импрегнированы туберкулезным веществом и которые можно найти при некоторых видах белой опухоли голеностопного или лучезапястного сустава (артрокаце). Последние отличаются от первых своей чрезвычайной хрупкостью и нежностью ткани (подобно ретикулярной ткани диафизов крупных животных – быков, лошадей и т. д.). В изображенном здесь коленном суставе я нашел также несколько секвестров, которые мне показались rareфицированными и крошащимися, несмотря на то что в данном случае имелись налицо все отчетливые признаки инфильтрации (см. рисунок). Это говорит против предположения Нелатона, который считает, что если отторгнутые секвестры крошатся (как в указанных случаях белой опухоли), то своеобразный патологический процесс – rareфикация кости – предшествует инфильтрации и что в подобных случаях инфильтрация происходит механически, т. е. через пропитывание.

4. Следствием туберкулезной инфильтрации является трение соприкасающихся свободно лежащих секвестров, стирание их и выделение гноя, насыщенного стертыми инфильтрированными костными частичками. Поэтому при спондилартрокаце, развивающемся из этой формы костного туберкулеза, наблюдается чрезвычайно медленное образование горба; отсюда вытекает плохой прогноз, так как возникающая в телах позвонков полость всегда заполняется секвестрами и стертыми костными частичками и не проявляет никакой склонности к закрытию. При гонартрокаце и педартрокаце, возникших из этой формы туберкулеза, можно также найти подобного рода инфильтрированные секвестры. Они поддерживают нагноение иногда годами, но выздоровление возможно в таких случаях без ампутации, если удалить секвестры через разрезы и т. д. Главная наша забота должна теперь, как справедливо отмечает Нелатон, состоять в том, чтобы уметь отличать у постели больного такие случаи заболевания суставов, где имеют место туберкулезная инфильтрация и образование бугорков, от других заболеваний суставов.

Несколько лет назад, еще не имея ясного представления о костном туберкулезе, я видел в одном из наших военных госпиталей несколько скрофулезных солдатских детей, о которых мне врач говорил, что он иссек у них несколько омертвевших кусков кости из голеностопного и тарзального суставов. Я осмотрел их ноги и обнаружил все явления предшествовавшего артрокаце. Некоторые же костные язвы зажили еще неполностью. Я признаюсь, что в то время, будучи проникнут учением Руста о некрозе и кариесе, я думал, что врач спутал оба эти заболевания; он никак не мог мне толком объяснить, как, не имея точного представления о болезни, он так легко и просто удалял, собственно говоря, кариозные куски кости и после этого так хорошо сохранял конечность. И все же этот врач, который отнюдь не принадлежал к категории ученых, был совершенно прав. Он действовал инстинктивно и действовал вполне правильно. Он нащупывал зондом через свищевые отверстия обнаженную шероховатую кость, которая казалась ему подвижной, вскрывал свищевые ходы и извлекал куски кости, которые он с полным правом принимал за секвестры. Простая повязка и морские купания дополняли лечение. Таким образом, несомненно, можно спасти от ампутации много конечностей со скрофулезным артрокаце.

5. При осумкованных бугорках суставных концов нередко происходит прободение хряща и излияние размягченного туберкулезного вещества в полость сустава. Тогда возникают все явления острейшего воспаления сустава с невыносимыми болями и общими расстройствами. Впрочем, я наблюдал подобный исход и при туберкулезной инфильтрации. После того как скрофулезный ребенок на протяжении многих лет страдал поражением коленного сустава, которое обнаруживало все признаки рустовского артрокаце в третьей стадии, и воспалительные явления на некоторое время уже прекратились, внезапно появилась упругая, напряженная, блестящая припухлость коленного сустава, сопряженная с ужаснейшими болями, с сильной лихорадкой, бессонницей, бредом и т. д. Антифлогистические средства (причем было поставлено до 60 пиявок) оказались совершенно бесполезными; одна лишь ампутация освободила несчастного ребенка от смертельных мучений. Ребенок выздоровел. Исследование ампутированной конечности (см. рисунок) показало нам гнойный экссудат в полости сустава, свищевой ход, сообщавшийся с суставной полостью и открывавшийся между мышцами, сращение под углом суставных поверхностей бедренной и большеберцовой костей, туберкулезную инфильтрацию суставного конца большеберцовой кости и образование туберкулезного секвестра с прободением хряща во внутрисуставном отделе бедренной кости. По Нелатону, при туберкулезной инфильтрации обыкновенно наступает сращение суставных поверхностей, что он объясняет более высокой степенью воспаления, которое при этом виде туберкулеза развивается в соприкасающихся частях сустава.

6. Наконец, следует сказать об одном своеобразном явлении при спондилартрокаце, о чем я уже говорил в «Анналах» первого года издания. Оно состоит в том, что всю полость в разрушенной поясничной мышце иногда находят наполненной маслоподобным желтым веществом, после того как костное заболевание уже затихло и закончилось анкилозом (кифозом). По исследованиям Нелатона, это можно объяснить таким образом, что размягченное туберкулезное



вещество из полости в телах позвонков, где оно возникло, прокладывает себе путь через поясничную мышцу и образует кисту за счет подвздошной фасции, верхняя часть которой, связанная с пораженной туберкулезом костью, обыкновенно уже, чем нижняя (киста, следовательно, похожа на бутылку с суженным горлом). Если теперь костная полость вследствие внезапного перелома ее истонченной передней стенки западет и зарастет (анкилозируется), то вместе с тем облитерируется верхняя, более узкая часть кисты, которая находилась в непосредственном сообщении с полостью. Таким образом, от всего заболевания остаются: 1) анкилоз грудных позвонков (кифоз) и 2) закрытая со всех сторон, образованная подвздошной фасцией и наполненная маслоподобным туберкулезным веществом киста в поясничной мышце. Если исследовать более точно, то между этой кистой и анкилозированным участком грудных позвонков можно найти клетчато-фиброзный тяж, который представляет собой закрывшийся соединительный канал, т. е. узкую верхнюю часть кисты. На своем препарате, о котором я говорил в «Анналах» первого года издания, я не нашел никаких следов этого канала. Верхняя часть кисты была закрыта, но располагалась непосредственно на анкилозированной части позвоночника.

В некоторых случаях инфильтративная форма туберкулеза встречается в сочетании с кистовидной. Это не должно нас удивлять, если мы вспомним о том, что и в других органах, как, например, в легком, обе формы туберкулеза встречаются одновременно. В одном случае весьма распространенного туберкулеза, который наблюдался недавно в клинике профессора Замена, я нашел в грудных и поясничных позвонках один осумкованный бугорок величиной с небольшую горошину и во многих местах рассеянные туберкулезные инфильтраты, находившиеся в разных стадиях развития (см. рисунок).

В нашем случае 22 мы также видим обе формы туберкулеза. В главной полости мы находим отторгнутые куски кости; это явление говорит в пользу инфильтрации, ибо в осумкованных бугорках костное вещество исчезает бесследно. Однако на том же препарате мы находим в телах позвонков «желтовато-белые, творожистые комочки, величиной с конопляное зерно»; это служит доказательством того, что туберкулезное вещество скопилось на этих местах в мелких полостях. Даже теперь, когда этот препарат пролежал уже более года в спирту, я вижу один такой желтоватый осумкованный комочек, лежащий в центре тела позвонка.

Гнойный затек также заслуживает в нашем случае особого внимания. Абсцесс вскрылся выше пупартовой связки, и гной проложил себе путь между кожей и апоневрозом наружной косой мышцы. Зонд, введенный в свищевое отверстие, не проникает в глубину, а остается под кожей. Подобные случаи могут подчас значительно затруднить распознавание, как это вытекает из одной истории болезни, которую я привел в «Анналах» первого года издания на стр. 184–185. Свищевой ход, следовательно, в случае 22 изгибается под пупартовой связкой вверх и отделяет поверхностную фасцию от апоневроза наружной косой мышцы. Эти разновидности в ходе гнойных затеков должны изучаться молодыми хирургами самым тщательным образом во избежание диагностических ошибок, подобных тем, которые я описал на стр. 184–185.



Я очень жалею, что испытал действие каленого железа в одном далеко зашедшем случае костного туберкулеза. Фонтанели на спине только умножали страдания больного, так как они сделали горизонтальное положение на спине болезненным и в какой-то степени ускорили развитие истощения. Предоставленный природе, больной чувствовал себя лучше. Даже больничный воздух для подобных несчастных является, по-видимому, очень вредным, так как здесь они значительно скорее истощаются. В этом случае имелась налицо также сыпь наподобие чесотки, которая быстро исчезла благодаря одной только чистоплотности.

Поразительным представляется мне в случае 23 то обстоятельство, что на вскрытии мы не обнаружили никакого вывиха в тазобедренном суставе, хотя болезнь уже находилась в последней стадии, т. е. стадии изъязвления. При жизни больного мы нашли, что ягодица больной стороны была круглой и твердой, конечность была согнута в тазобедренном и коленном суставах: она была укороченной и похудевшей. Я полагал, что на вскрытии найду анкилоз или самопроизвольный вывих, но в действительности не обнаружил ни того, ни другого. Вообще вывих бедренной кости в последней стадии коксартрокаце, по-видимому, вовсе не является таким обязательным осложнением, как это изображают авторы. Конечно, если край вертлужной впадины, большая часть головки бедренной кости, связки и т. д. разрушены кариесом, туберкулезным процессом, то, разумеется, бедренная кость оттягивается действием мышц в сторону подвздошной кости. Однако головка, вертлужная впадина и связки не всегда разрушаются до такой степени. В нашем случае, например, мы видели, что суставная головка атрофична, вертлужная впадина изъедена, оба эти образования лишены хрящей, суставная сумка, однако, сохранилась, и суставная головка еще заключена в вертлужной впадине, несмотря на прижизненные явления кажущегося вывиха.

В другом случае на трупе, на котором можно было отчетливо видеть все признаки вывиха (пальцы стопы и коленный сустав повернуты внутрь, коленный сустав согнут, конечность укорочена и пр.), я нашел при вскрытии следующее: головка анкилозирована в суставной впадине, сама же впадина, особенно верхний край ее, смещена в результате органического процесса, а суставная полость еще более углублена в результате новых отложений у верхнего края впадины. Головка бедренной кости уменьшена. Это смещение вертлужной впадины было сильнее всего выражено в верхней и наружной ее части, которая весьма значительно поднялась кверху.

Смещение суставной впадины вместе с более высоким стоянием всей половины таза, что неизбежно в последней стадии коксартрокаце, придавали конечности такое положение и направление, которые чрезвычайно похожи на состояние при вывихе. Этот раздел патологической анатомии кажется мне вообще еще мало разработанным. Только вследствие тяжелого разрушения вертлужной впадины и головки бедренной кости возникает так называемый самопроизвольный вывих, который в таком случае уже более не заслуживает данного названия, ибо там, где образуется противоестественный сустав, это уже более не суставная головка, заключенная в нем, а только остатки разрушенной шейки бедренной кости или большого вертела. Тот факт, что при всех явлениях уже наступившего вывиха мы после смерти не находим никакого настоящего смещения головки бедренной



кости, невольно приводит нас к заключению, что при наличии симптомов третьей стадии коксартроза мы не всегда должны предполагать действительный вывих бедра (*luxatio iliaca*). При лечении этой стадии заболевания мы должны после применения отвлекающих и других средств обращать особое внимание на стояние таза.

Наконец, случай 24.

1. В этом случае крайне поучительным было начало заболевания. Кто мог бы при наличии незначительных язв клетчатки скрофулезного вида вывести заключение о существовании костного заболевания? Течение остита было чрезвычайно затяжным. Следовательно, можно объяснить, почему отсутствовали другие явления, как, например, более резкая припухлость, сильные боли и т. п. Однако почему по ходу малоберцовой кости образовались весьма поверхностно расположенные язвы с синузными краями, долгое время не носившие характера костных язв, этого я не могу себе толком объяснить. Было бы неразумно принимать, что в данном случае заболевание кости распространялось снаружи внутрь; т. е. от кожи к надкостнице. Воспалительные обострения, вспыхивавшие время от времени, говорили, пожалуй, в пользу воспаления надкостницы; так их и расценивали, и в соответствии с этим было предпринято лечение припарками, ртутной мазью и т. п. Однако эти обострения были слишком мимолетными и легко могли быть объяснены отрицательно действующими побочными обстоятельствами, неизбежными при амбулаторном методе лечения, равно как задержанной менструацией и т. п.; поэтому при таком обширном некрозе никак нельзя было предсказать, каков будет исход. Однажды даже, когда больная была принята в клинику впервые, язвы обнаруживали поразительную склонность к заживлению, так что оставалось лишь незначительное отверстие в коже, которое едва ли обладало какими-либо характерными особенностями костной язвы. Этот случай, следовательно, дает нам доказательство того, что язвы мягких тканей, сопровождающие костное поражение, не всегда возникают изнутри, т. е. со стороны кости, но что они могут возникать иногда снаружи и лишь впоследствии вовлекается в сферу язвы патологически измененная костная ткань.

2. Секвестр, удаленный в первый прием и принадлежащий верхней части малоберцовой кости, имел совершенно другое строение, чем вся малоберцовая кость, иссеченная в дальнейшем. Дело в том, что тот первый секвестр имел гладкий, полированный вид, был очень легкий и почти вдвое тоньше, чем кость в нормальном состоянии. Остальная часть удаленной малоберцовой кости, напротив, была шероховатая, очень бугристая и едва ли давала представление о нормальной форме этой кости (см. рисунок). Наружная поверхность ее в некоторых местах была еще прочно спаяна с надкостницей, так что части этой оболочки до сих пор еще видны на удаленной кости. Сама кость была утолщена, тяжелее, чем в естественном состоянии, при постукивании пинцетом звенела, как высушенная кость, и обнаруживала явные признаки «сгущающего остита» Жерди: на распиле не видно костномозговой полости, и костные ячейки расположены вплотную друг к другу. Нижняя часть суставного конца малоберцовой кости была еще покрыта здоровым хрящом и находилась в прочной связи с большеберцовой и пяточной костями.



3. Поэтому иссечение кости было сопряжено с довольно значительными трудностями. Больше всего затрудняли эту операцию сохранившиеся еще связи с окружающими мягкими образованиями. Мне кажется, что и метод операции заслуживает внимания. Так как я видел, что не смогу удалить всю кость без значительных повреждений соседних образований, то я стремился осуществить удаление по частям. Поэтому я распилил малоберцовую кость с помощью остеотома Гейне сначала в продольном направлении, а потом в поперечном, и старался удалить каждый отрезок отдельно. Когда же наконец я приступил к удалению самой нижней части кости, то убедился, что это невыполнимо без вскрытия суставной полости. Я решился и на это, для чего осторожно рассек связки наружной лодыжки (см. рисунок).

4. Заживление раны происходило поразительно быстро *per granulationem*. Двух месяцев было достаточно, чтобы огромная раневая полость, простиравшаяся от коленного до голеностопного сустава и имевшая в глубину несколько дюймов, заполнилась мясными сосочками; для дискразического субъекта это, несомненно, очень короткий срок. Давящая повязка и здесь оказала услугу в отношении ускорения рубцевания. Следует еще отметить, что больная с такой раной находилась в нашей клинике как раз в такое время, когда у нас господствовали флебит и своего рода нозокомиальная гангрена.

5. К важнейшим явлениям у нашей больной в послеоперационном периоде относится также склонность стопы к вальгусной деформации или положению, которое мы наблюдаем после перелома малоберцовой кости непосредственно выше голеностопного сустава. Это смещение стопы было связано с напряжением и растяжением суставных связок, прикрепляющихся к внутренней лодыжке; этим объясняются боль и хроническое воспалительное опухание фиброзных образований данной области. В продолжение 11 дней на этом участке было использовано свыше 80 пиявок, сначала были сделаны тепловатые припарки, а затем холодные обертывания. По школьным правилам надо было, собственно, поступить наоборот; однако в подобных случаях я больше руководствуюсь ощущениями больных. Несмотря на то что в данном случае не было никакой регенерации костной ткани (поскольку я мог убедиться в этом ощупыванием), функция конечности в результате иссечения малоберцовой кости нарушена не была.



III. Вторичные продукты

Случай 25. Перерождение глубокой лимфатической железы на шее. Необычное положение сонной артерии и блуждающего нерва. Иссечение. Выздоровление.

Каролина Лутин, горничная, 18 лет, хорошей конституции при нежном телосложении, не помнит, чтобы в ранней молодости страдала каким-либо значительным заболеванием. Ребенком она однажды болела чесоткой, от которой, однако, вскоре была излечена. Так она жила здоровой до своего 17-го года, в начале которого появилась опухоль на правой стороне шеи, под углом нижней челюсти; эта опухоль была безболезненна и не оказывала никакого дурного влияния на окружающие органы. Вскоре после этого начались менструации, которые с тех пор появляются регулярно, сохраняя свой 4-недельный цикл и, как правило, без всяких расстройств. Лишь изредка им предшествуют боли в животе. С момента своего появления опухоль непрерывно увеличивается, но очень постепенно. С этими явлениями больная была принята 30 июля 1837 г. в хирургическое отделение клиники.

При более подробном исследовании обнаружена опухоль, покрытая нормальной кожей, сзади и снаружи ограниченная грудино-ключично-сосковой мышцей, под которую она еще углублялась на несколько линий. Сверху опухоль ограничена была нижней челюстью, так что между нею и опухолью можно было проникнуть пальцем и таким образом отчетливо определить здесь ее границы; спереди – щитовидным хрящом. Сама по себе опухоль довольно резко выпячивалась и вызвала напряжение кожи; от угла нижней челюсти она распространялась вниз примерно на 7,5 см. На ощупь она была неровной, но при этом упругой и податливой, в некоторых местах несколько более мягкой. Кожу над ней можно было легко сместить. Опухоль всюду можно было посредством пальпации ясно отличить от окружающих образований. У переднего края ее, вблизи щитовидного хряща, видна была пульсирующая артерия, по-видимому, крупных размеров, которую можно было, сдвигая, отделить от опухоли, так что между ней и опухолью сращений, по всей вероятности, не было. Соответственно ее ходу артерия была принята за верхнюю щитовидную, но с таким же успехом она могла бы оказаться другой артерией, смещенной сюда из ее нормального положения опухолью, и именно, если судить по ее размерам, сонной артерией. Все основание этой отграниченной опухоли было в незначительной степени подвижно, и она не вызывала ни малейшей боли как в спокойном состоянии, так и при движениях или при давлении. По этим признакам следовало признать, что опухоль локализуется в слое клетчатки под глубокой задней пластинкой шейной фасции. В этом пространстве все артерии лежат в дубликатах фасции.



31 июля. Операция. Косой кожный разрез был проведен над всей опухолью в направлении от угла нижней челюсти в сторону грудины. Послойно рассечены подкожная мышца шеи, фасция и клетчатая капсула опухоли. Выпятившаяся в рану небольшая железка была удалена. После того как опухоль была освобождена от окружающих тканей, на ее передней поверхности у наружного края оказался блуждающий нерв, а у внутреннего – сонная артерия; оба эти образования были обнажены на протяжении 2,5 см и отведены в стороны раневыми крючками. Надрез в верхней части опухоли показал, что здесь ее содержимым является темный кровяной сгусток. После этого пальцами и черенком скальпеля вся опухоль была с величайшей осторожностью вылучена и, наконец, отсечена несколькими короткими движениями ножа. Она имела в поперечнике 5–7,5 см, а на разрезе строение ее в одних местах напоминало железистую ткань, в других – ткань, подобную скирру. В верхнем отделе ее имелась полость, величиной с небольшой грецкий орех, заполненная кровяным сгустком. Ни один сосуд не кровоточил. Рана соединена узловыми швами, а поверх положен липкий пластырь.

1 августа. Головные боли. Отечность лица. Пульс выше 100, твердоватый. Кровоопускание в количестве 360 г. Холодные обертывания. *Pulvis temperans*.

2 августа. Лихорадка и головная боль стали слабее. Все швы удалены. Рана почти целиком зажила первичным натяжением¹, но правая сторона шеи еще оставалась опухшей. Новая повязка с полосками липкого пластыря. Ледяные обертывания отменены.

3 августа. Только в одном месте на середине раны края еще не совсем соединились, и при давлении здесь выделяется в небольшом количестве кровянистая жидкость. Окружающие рану ткани еще немного отечны. Больная выписана для амбулаторного лечения. Через несколько дней открытый участок раны совершенно зажил после повторного применения ляписа.

Случай 26. Отложения скрофулезного вещества в обоих яичках, семявыносящих протоках, предстательной железе и поясничных железах (трипперный скрофулез Шенлейна?). Смерть.

Георг Гагендорф из Мекленбург-Стрелица, столяр, 25 лет, в прежние годы, кроме нескольких перенесенных болезней, свойственных детскому возрасту, дважды имел нервную горячку, но чувствовал себя всегда хорошо. Приблизительно 3 года назад, еще на своей родине, он заболел после сношения триппером, который начался с резких болей, сопряженных с воспалением головки члена и значительным опуханием крайней плоти; несмотря на лечение у врача с самого начала, болезнь длилась три месяца; постепенно она прекратилась.

Через полгода он имел несчастье снова заразиться в Петербурге триппером, который был упорнее и длительнее первого заболевания. Через полгода от начала заболевания ему казалось, что он уже полностью избавился от него, как вдруг без всяких заметных предшествовавших явлений возникла невозможность мочеиспускания, несмотря на резкие позывы к этому. Наступила полная задержка мочи. Область мочевого пузыря сильно вздулась, стала крайне болезненной,

¹ Вероятно, в этой истории болезни допущены ошибки в датах.



и все это вместе с соответствующими ощущениями достигло за четверо суток высокого напряжения. Тогда он отправился за помощью к своему врачу. Ему была сделана катетеризация, и выделилось тут же обильное количество мочи кроваво-красного цвета, смешанной со сгустками и гноеподобными веществами. Эти явления прекратились, но через три дня в моче содержались гноевидные массы. Тогда опять появилось гонорройное истечение, которое постепенно прекратилось.

Около года назад, спустя 4–5 недель после нечистого сношения, больной заметил на внутренней поверхности крайней плоти, на тыльной стороне члена, шанкр, который по описанию больного носил, по-видимому, характер ссадины. Одновременно с этим шанкром, которому предшествовали общее недомогание и даже лихорадочные явления, появилась боль в правой паховой области; началось воспаление желез, которое перешло в нагноение. Образовалась флюктуирующая опухоль, которая вскоре вскрылась с выделением гноя. Через 7–8 недель язва на крайней плоти зажила. Нагноение паховых желез прекратилось, и это место зарубцевалось. Рубец, еще и сейчас заметный на этом месте, свидетельствует о правдивости слов больного.

Больной был выписан из больницы как излеченный. Но через 7–8 недель в левом яичке внезапно появились болевые ощущения. Яичко начало опухать и за одни сутки при сильных болях резко увеличилось в объеме. Все яичко было крайне болезненно. Кожа мошонки была напряженной, красной, воспаленной. Боль упорно держалась, пока через 3 недели не образовалось отверстие в мошонке, из которого выделялись в довольно большом количестве гноеподобные вещества, затвердевшие беловатые массы нитевидного строения. После этого боль в значительной степени прекратилась и размеры опухоли несколько уменьшились.

Указанное отверстие, сохранившееся до сих пор и выделяющее негустую гноевидную жидкость, по своим краям довольно прочно срослось с подлежащими тканями и поэтому не смещается. Канал этого отверстия простирается в глубину на протяжении свыше 2,5 см с передней поверхности яичка вверх, кнаружи и назад. Подобным образом и при таких же явлениях через 8–10 недель после поражения левого яичка возникло также заболевание правого яичка. И здесь видны на задней поверхности яичка несколько мелких отверстий с окружающими их воспаленными, красными и затвердевшими тканями. Однако свищи не проникают на такую глубину, как свищ в левом яичке, и, по-видимому, расходятся больше под утолщенной кожей вблизи отверстий. Выделения из этих отверстий также как будто отличаются от выделений из свища левого яичка. Вообще эти выделения носят не постоянный, а скорее периодический характер. Три недели назад к этим явлениям присоединилось безболезненное истечение из мочеиспускательного канала негустой ихорозной жидкости, причем больной не может указать причину этой течи.

По-видимому, имеется какая-то связь между истечением из мочеиспускательного канала и истечением из свищевых отверстий, так как при наличии одного из них другое прекращается. Правое яичко изменило свое положение, причем его длинная ось вместо верхне-нижнего направления заняла задне-переднее, в соответствии с чем изменилось и положение семявыносящего протока.



Последний принял участие и в болезненных изменениях яичка; он довольно резко утолщен и чувствителен при дотрагивании.

Следует еще отметить, что больной, по его словам, ни в одном случае не запускать своего заболевания, он тотчас же обращался к врачу и принимал по назначению лекарства, а также тщательно соблюдал предписанные ему диету и поведение.

Больному был назначен внутрь каломель до появления легкого слюнотечения, а наружно припарки и втирания йодной мази. Некоторые свищевые ходы, которые казались рассеянными только в слое утолщенной клетчатки мошонки, были вскрыты и затем подвергались лечению в соответствии с характером нагноения. После того как появилось легкое слюнотечение, больному был назначен отвар сассапарилли. Под влиянием такого лечения, продолжавшегося один месяц, было отмечено резкое уменьшение объема опухоли, вскрытые свищевые ходы приняли хороший вид и стали выделять довольно хороший гной. Однако общее состояние больного ухудшалось, начались гектические явления, а именно: проливные поты с перемежающимся жаром и холодом. Давящая повязка, накладывавшаяся несколько раз, не была в состоянии ускорить заживление гноящихся поверхностей; напротив, постоянно возникали все новые и новые свищевые ходы, которые уходили больше в глубину, чем упомянутые выше свищи. Временами из свищей удавалось удалить с помощью пинцета грязные на вид, салоподобные, гниlostные, зловонные массы, которые не имели никаких признаков ткани яичка.

Для поддержания убывающих сил больного был применен общеукрепляющий метод лечения; месяцами внутрь применялись препараты хины со мхом и фосфорная кислота, но без заметного успеха. Временами наступали также поносы, впрочем, не очень обильные. После того как больной уже 3 месяца пролежал в клинике, у него в последний период начались ознобы с образованием гусиной кожи и носовые кровотечения. Оба яичка уменьшились приблизительно в четыре раза. Теперь стало очевидно, что свищевые отверстия находились в непосредственной связи с веществом самого яичка. Временами на нагнаивавшихся поверхностях появлялись разрастания грибовидных масс, которые, впрочем, не достигали чрезмерного объема. Семявыносящий проток прощупывался с обеих сторон, узловатый и твердый.

Наконец, 1 октября, т. е. через 4 месяца после поступления больного в клинику, в 7 часов вечера началось сильное кровотечение из отверстия гнойника на левой стороне мошонки. При тщательном осмотре было заметно, как алая кровь вытекала из глубины, преимущественно в двух местах. При сдавлении пахового канала кровотечение останавливалось. К области пахового канала был фиксирован крепкий компресс, а кровоточащее место сильно затампонировано корпией с агариком. Кровотечение остановилось. Больной потерял при этом не менее 180 г крови. Он очень рыдал, но скорее от страха, чем от боли. Кожа горела, пульс был ускоренный и очень малый. У больного начались рвотные движения и поднялся судорожный кашель.

В 10 часов вечера через тампоны стала опять просачиваться кровь. Тампонада возобновлена, но она помогла только на четверть часа. Тогда на область пахового канала был наложен турникет. Кровотечение остановилось, но больной не мог



переносить боль. Дно раны приняло вид темной кровяной губки, из которой в двух местах просачивалась алая кровь. Больной сильно сдал; пульс был малый и скорый. Потеря крови составляла опять, пожалуй, несколько унций. Поэтому вся полость язвы была подвергнута основательному прижиганию каленым железом. На несколько мгновений кровотечение остановилось, но вскоре алая кровь прорвала струп в двух местах. Это повторилось еще два раза подряд после нового двукратного применения каленого железа. Тогда паховое кольцо было сдавлено пальцами, и через полчаса кровотечение остановилось. Язвенная полость была набита кровяными сгустками. Затем была наложена тампонада с агариком, пропитанным креозотом; поверх этого обильно рассыпан кровоостанавливающий порошок, и рана стянута липким пластырем. Кроме того, весь тампон был пропитан крепким раствором квасцов. Через четверть часа опять выступила кровь. На этом месте тампонада была усилена. Это помогло на несколько ближайших часов ночи. Однако после приступа сильного судорожного кашля рано утром из тампона опять выступила кровь. Но эта кровопотеря выразилась в количестве не более 30 г, и кровотечение остановилось само по себе. Таким же образом вытекло еще несколько унций крови во время дефекации и тщетных позывов к рвоте. Против этих упорных рвотных потуг и против кашля больной еще с вечера и ночью получал немного опийной настойки, которая приносила ему покой на непродолжительное время. Против кашля ночью самую большую услугу оказали несколько капель синильной кислоты¹. К 7 часам утра наступили тяжелые стеснения в груди; пульс был очень мал и почти не сосчитывался, останавливался, дыхание стало затрудненным, взгляд начал угасать, и в 8 часов утра больной скончался.

Вскрытие произведено 4 октября. Труп крайне истощенного человека, воскового цвета. Мошонка была сморщена, на правой ее стороне имелось разрастание размером крупнее грецкого ореха, связанное с отверстием гнойника, имевшим размеры около 4 см. На левой стороне имелась полость диаметром 2,5 см, набитая черным кровяным сгустком.

Более подробное исследование. 1. Справа. Разрастание, находившееся около полости гнойника, состояло из красновато-грязной ткани, в которой тесно прилегали друг к другу беловато-серые лучистые пленки. В веществе вторичного продукта в отдельных местах были вкраплены мелкие гнойные полости размерами с конопляное зерно. Основание всего этого разрастания постепенно сливалось с окружающими мягкими тканями, так что нельзя было установить, откуда оно исходит. Дело в том, что от самого яичка не осталось и следа. На этом месте имелось небольшое количество рыхлой серой массы и отдельные изолированные мелкие гнойные полости. Придаток был увеличен, на разрезе красновато-серого цвета и почти наполовину заполнен отложениями серовато-белого рыхлого творожистого вещества (туберкулезно-скрофулезное вещество). Эта же масса целиком наполняла и семявыносящий проток, растянутый до толщины пальца.

¹ Речь идет о разведенной синильной кислоте, — см. в этом томе Фармацевтический справочник к «Анналам».



2. Слева. Tunica dartos была здесь очень отечна, но ближе к поверхности более плотная и сине-багровая. Само яичко здесь уже отсутствовало, а вместо него имелась полость величиной с куриное яйцо, переходящая в кожное отверстие. Это место было еще туго наполнено кровяными сгустками, ибо отсюда происходили последние кровотечения. Придаток был увеличен, но не настолько, как справа; он состоял почти только из отдельных замкнутых гнойных полостей и вверх, в сторону семявыносящего протока, переходил в вышеописанное творожистое вещество, которое и здесь заполняло весь растянутый семявыносящий проток.

Паховые железы были резко увеличены, но содержали больше творожистого вещества, чем железистой ткани. Подобный вид имели также увеличенные поясничные лимфатические железы, расположенные вдоль аорты. Вены семенного канатика были немного варикозно расширены. Предстательная железа и оба семенных пузырька были увеличены почти в два раза во всех своих размерах, уплотнены и на разрезе почти целиком состояли из упомянутого творожистого вещества.

Легкие были на ощупь неровные, местами узловатые; они были отечны, особенно правое. Верхние доли легких с обеих сторон содержали многочисленные просовидные бугорки. В сердечной сумке было немного больше серозной жидкости, чем обычно. Жировые отложения здесь были значительны. Мышца сердца была очень дряблая. В печени во многих местах имелись небольшие гнойнички, величиной с конопляное зерно, заключенные в толстую оболочку и содержавшие небольшое количество гноя. Правая почка большая и здоровая, левая – размягчена, содержит вкрапленную в ее вещество салоподобную массу. Кишечный канал бледный, нормальный.

Случай 27. Огромное зобоподобное перерождение клетчатки шейных лимфатических желез. Приступы удушья. Частичное иссечение. Значительное уменьшение опухоли. Ослабление приступов. Флебит внутренней яремной вены. Смерть.

Ганс Шульц, батрак из Альт-Войдомы, принят в хирургическую клинику 26 августа 1838 г. Больному 29 лет, он крепкого сложения. Не помнит ни о какой болезни из более раннего возраста; в частности, его железистая система никогда не была поражена. Два, три и четыре года назад он по одному разу в год страдал болью в горле, которая, если судить по его словам, по-видимому, была связана с воспалением левой миндалины и всегда самостоятельно прекращалась через 3–4 дня. Прошлой осенью левая подчелюстная область припухла, и в таком состоянии, при незначительной болезненности и умеренной припухлости, она оставалась почти без изменений до середины апреля нынешнего года. В это время больной простудился. На следующий день после этого на левой стороне шеи появилась широкая, не особенно болезненная припухлость. На третий день эта припухлость распространилась на переднюю поверхность левого надплечья и на левую половину груди, а через грудину – немного на правую сторону; кроме того, она перешла на левую половину лица, дойдяверху до глаза. Эта опухоль, по словам больного, была мягкой, красной и безболезненной. Она не мешала свободному дыханию, глотание же было затруднено и болезненно. Во рту накапливалась слюна. При этом у больного была довольно сильная лихорадка, и в



течение 3–4 дней он лежал в постели. По истечении примерно 4 дней опухоль на лице и на груди исчезла и только под подбородком оставалось болезненное затверждение величиной с кулак. В дальнейшем эта припухлость стала мягкой и флюктуирующей. Наконец, по истечении в общей сложности 4 недель врач вскрыл ее разрезом, в результате которого вытекло около одного штофа гноя. Гнойник зажил после тампонады корпией в течение 2 недель, и в этой области осталось только некоторое затверждение и чувствительность.

Спустя две недели после заживления гнойника пораженный участок подвергся резкому внешнему воздействию, а именно: в середине июня больной получил сильный удар в левую половину шеи оглоблей запряженного экипажа. При периодических, но не резких, не пульсирующих, а тупых болях опухоль постепенно выросла до таких размеров, которые она имеет в настоящее время. На протяжении этого времени на поверхности припухлости образовались тут и там мелкие язвочки, которые больной повредил при снятии повязки, причем из них просачивалось несколько капель полупрозрачной, полугнойной жидкости. Некоторые из этих язвочек заживали, между тем как другие возникали вновь.

В настоящее время состояние опухоли таково. Она неподвижна, занимает левую сторону шеи в виде неправильного полушария, продольный диаметр которого равен 17,5 см, а поперечный – 32,5 см; вся периферия опухоли составляет 52,5 см. Ее границы таковы. Начинаясь наверху впереди середины левого уха, она спускается косо вниз и вперед, вначале прикрывая нижнюю челюсть, но оставляя затем совершенно свободными переднюю часть нижней челюсти и подбородок и проходя непосредственно позади него. Вправо она спускается косо от подбородочного отдела нижней челюсти в сторону и вниз, достигая здесь внутренней трети ключицы. Нижняя граница опухоли идет точно по внутреннему концу правой ключицы, через яремную вырезку грудины и внутреннюю половину левой ключицы; между этими частями и опухолью можно погрузить палец. Задняя граница опухоли поднимается вверх от середины левой ключицы и идет дугообразно, образуя выпуклость кзади, до левого уха, располагаясь кзади от него. Эта выпуклость не достигает до срединной линии затылка, а проходит на расстоянии 5 см от нее. Задняя верхняя часть опухоли находится так высоко под ухом, что наружное ухо оттесняется ею кверху.

Что касается выстояния опухоли, то опухоль увеличивается, начиная от края нижней челюсти, в такой степени, что наиболее возвышенная часть ее выдается над уровнем щеки, пожалуй, сантиметров на 7,5. Кожа над опухолью натянута и немного смещается над нею, преимущественно по краям и меньше в середине. Цвет и строение кожи большей частью нормальны, за исключением участков около язвенных отверстий, где она красная, местами сине-багровая и истонченная. Из числа открытых язвенных отверстий на самой выпуклой части опухоли рассеяно 4–5 отверстий. Самое крупное из них имеет в поперечнике 1–1,25 см, а самое малое – 2,5 мм. Из этих отверстий можно выжать немного гнилостной жидкости, а из отверстия, находящегося на расстоянии 2,5 см над яремной вырезкой грудины, выдавливается и гной.

Опухоль довольно равномерной плотности, упругая, не бугристая; в настоящее время совершенно безболезненная. Что касается состояния граничащих



с опухолью образований, то она, по-видимому, лишь сильно смещает соседние органы, поскольку они подвижны, из их обычного положения, не вовлекая их, однако, в патологический процесс.

Далее, на правой стороне шеи, между ухом и серединой ключицы, на границе описанной опухоли имеется другая, менее значительная опухоль такой величины и формы, как половина гусиного яйца, покрытая кожей нормального строения. Это гортань, смещенная опухолью из своего нормального положения; над нею прощупывается дугообразное тело – подъязычная кость, а у наружной части ее отчетливо определяется пульсация правой общей сонной артерии. Пульсация левой общей сонной артерии нигде не определяется, так как она, по-видимому, расположена под опухолью. Следовательно, находящиеся на шее органы настолько смещены из их нормального положения и сдавлены, что функция их вследствие этого заметно нарушена. Прохождение воздуха через гортань и дыхательное горло и в самом деле осуществляется с большим трудом, глотание весьма затруднено; в случае увеличения опухоли и усиления производимого ею давления обе эти функции вскоре, пожалуй, могут стать совсем невыполнимыми.

Обратный отток крови от головы заметно затруднен; этим объясняется сильная головная боль, от которой больной в последнее время страдает все больше и больше. На дне полости рта опухоль выдается не слишком высоко, но все же настолько, что левый край языка и левая половина мягкого неба оттеснены ею кверху и вправо; вследствие этого емкость полости рта существенно уменьшена, тем более что из-за наружного сопротивления, оказываемого опухолью, нижняя челюсть может быть отведена от верхней всего лишь на 1,25 см. Что касается общего состояния больного, то он еще сохранил хороший вид и силы; его не лихорадит, у него хороший аппетит, но он может принять лишь небольшое количество пищи. Стул нормальный. Сон хороший, если он не нарушается мучительной головной болью. Слух на больной стороне сохранен.

30 августа. Больной уложен на операционный стол с немного откинутой назад головой. Брюшистым скальпелем на опухоли был очерчен овальный разрез, глубиной в несколько линий. Продольная ось этого овала примерно соответствовала воображаемой линии, соединяющей сосцевидный отросток с грудино-ключичным сочленением. Несколько кровотокающих сосудов перевязаны. Из нижнего конца разреза проведен дополнительный разрез кнаружи и книзу, в сторону надплечья, длиной около 6 см; кровотокающие сосуды тотчас же перевязаны. В то время как оператор был занят отделением кожи по краям разреза от опухоли, с больным случилось нечто вроде обморока, к чему вскоре присоединились тяжелейшие затруднения дыхания, тризм и неподвижность зрачка, так что больной уже имел вид умирающего. Только благодаря непрерывному применению мер оживления удалось вернуть больного к жизни. После этого была наложена легкая повязка с тампоном и агариком, укрепленная липким пластырем. Затем больной был перенесен в кровать. Кровопотеря была незначительной и составляла не более 120 г. Пульс был 96, интермиттирующий и неправильный. Больной был очень утомлен и принял свойственное ему до сих пор своеобразное положение, а именно: он лежал на лице и коленях, но дышал уже легче, чем при поступлении в клинику.



В 4 часа пополудни: пульс 108, неправильный, интермиттирующий и малый, дыхание более свободное. Так как больной уже полностью пришел в себя, то можно было приступить к продолжению операции. Сначала оператор проник ножом через разрезы, образующие овал, в глубину и иссек участок опухоли толщиной приблизительно 5 см. После этого было удалено еще несколько участков опухоли длиной 5–7,5 см и толщиной до 4 см по направлению книзу, в сторону ключицы, и один участок в сторону трахеи, причем кровоточащие артерии были тотчас же перевязаны. Потеря крови была незначительной, она не превышала 120–150 г. Когда теперь была предпринята попытка определить границы опухоли пальцем и осторожно удалить из глубины еще несколько участков опухоли, в нижнем углу раны показался внутренний край грудино-ключично-сосковой мышцы, распластанной на опухоли.

Больной попросил немного пить, и после того, как он едва лишь сделал несколько глотков, повторился описанный утром приступ: тяжелый обморок, тризм и серьезнейшие нарушения дыхания, к чему еще присоединились приступы судорог. Больной лежал с мертвенно бледным лицом, синими губами, судорожно стиснутыми зубами, с выдвинутой вперед нижней челюстью, с закрытыми глазами; при насильственном раскрытии глаз зрачок оказался неподвижным и закатившимся вверх. Несмотря на самые энергичные меры по оживлению больного, все описанные явления быстро усиливались и достигли такой степени, что больного одно время можно было уже считать скончавшимся; лишь очень медленно к больному возвратились признаки жизни и сознания. Пульс опять стал ощутимым, очень малый и очень частый. После наложения повязки больной был перенесен в постель.

Напиток, поднесенный больному, вызывал, как сегодня утром, после обморока, затруднения глотания. Ввиду того что больной еще находился в состоянии оцепенения и для того, чтобы устранить усиленный прилив крови к голове вследствие приступа, больному был назначен пузырь со льдом на голову, равно как частые приемы возбуждающих средств для поднятия упавших сил. К вечеру нос и конечности больного похолодели. Назначения: теплый чай и горячие кирпичи к ногам.

31 августа. Ночь больной провел без сна и часто требовал пить. Сегодня утром пульс все еще очень мал, неправильный и интермиттирующий, очень частый – 120. Сильная жажда, но больной, кроме чистой холодной воды, ничего не хочет пить. После того как он легко и хорошо проглатывает воду, у него все же опять начинаются судорожные движения глотательных мышц, поперхивание и затрудненное дыхание, но затем он снова начинает дышать спокойно и даже гораздо свободнее, чем это было для него возможно в момент поступления в клинику. Ввиду того что пузырь со льдом для больного тягостен, его снимают. Нос и конечности еще холодные, хоть и не столь резко, как вчера вечером. Со вчерашнего утра больной ничего не ел и даже ничего не просил есть; он так же слаб, как вчера.

1 сентября. Ночью больной спал мало, но много и чаще пил. Сегодня утром пульс был несколько лучше; он был чуть сильнее, менее частый – 102, но еще немного интермиттирующий. Состояние сил больного несколько улучшилось.



Он более не жалуется на головную боль. Нос и конечности на ощупь теплые. Смена повязки. Место операции имеет очень грязный и черный вид. Обертывание с *Solutio calcar. chlorinic.*

Со 2 по 3 сентября. Сегодня утром пульс значительно лучше и спокойнее, 96 ударов. Больной жалуется на тяжесть в голове. Он лежит большую часть дня с закрытыми глазами, но не спит, вяло отвечает на обращенные к нему вопросы. *Rp. Pulv. carb. vegetab., Pulv. flor. Chamom. aa 15,0*, для повязки.

4 сентября. Ночью больной спал довольно хорошо. Теперь заметно разительное уменьшение опухоли (можно думать, что опухоль доведена по меньшей мере до половины). Гортань, смещенная прежде вправо и лежавшая на одном уровне с сосцевидным отростком височной кости, теперь полностью вернулась в свое нормальное положение. После клиновидного иссечения части вторичного продукта осталась глубокая гноящаяся полость со свищевыми ходами вверх и в стороны, однако отнюдь не причинявшая болей. Сегодня наложена лигатура на верхнюю часть опухоли величиной с куриное яйцо. Наложение лигатуры немного утомило больного, и он получил 6 капель опийной настойки. К вечеру у больного был легкий и непродолжительный приступ озноба, после чего ему был подан теплый чай и 6 капель опийной настойки. Пульс стал полнее и кожа влажной. Поставлена простая клизма.

5 сентября. Ночью больной спал мало. Сегодня утром пульс был 130, но притом полный и ровный. Сильная жажда.

7 сентября. В 5 часов вечера был приступ озноба длительностью в полчаса, после чего последовал пот, кожа была горячая; пульс полный, мягкий, волнообразный. В остальном состояние больного без изменений. Раневая поверхность выделяет обильное количество гнойной жидкости. Назначение: теплый чай и *Aq. oxymuriat.*

С 8 по 9 сентября. Пульс, как до сих пор, умеренно ускорен и то более, то менее полный. Озноб не повторялся. По ночам больной большей частью хорошо спит. Аппетит умеренный. Вид больного еще очень изнуренный.

10 сентября. Сегодня с помощью свищевых ножов Блёмера произведен небольшой надрез опухоли на границе перевязанного участка, вблизи нижней челюсти. Повязка с *Agaricus* и *Pulv. styptic.* после перевязки одной артерии. Пульс, общее состояние и дыхание удовлетворительны.

11 сентября. Вчерашнее оперативное вмешательство не имело никаких дурных последствий. Поздно вечером больного охватило особое беспокойство. Он боялся, что ему предстоит провести плохую ночь. До настоящего времени больной об этом ни разу не говорил. Со стороны пульса не произошло никаких изменений, и вид больного остался прежний.

12 сентября. Ночь больной провел беспокойно, поворачивался с боку на бок. Сегодня утром больной съел почти весь свой завтрак, но время от времени стонал. Больной то садился, то опять ложился с закрытыми или же открытыми глазами; на лице чаще всего выражение боли. Во время утренней визитации, в 10 часов, состояние больного было следующее. Больной почти все время стонет, глаза его закрыты; лицо часто передергивается от боли. На вопросы, обращенные к нему, он отвечает с опозданием, невнятно и повторяя большей



частью одни и те же ответы, которые, однако, не соответствовали заданным ему вопросам. Зрачок реагирует на свет; крылья носа немного поднимаются при каждом вдохе, а при разговоре он как-то необычно двигает обоими углами рта, так что ротовое отверстие похоже на косо-поперечно протянутую щель. Голова больного глубоко вдавлена затылком в подушки. Мокрота вязкая, коричневая и зловонная; язык и губы сухи, покрыты коричневым налетом. Кашля нет, но дыхание более затруднено, чем прежде, и грудная клетка поднимается довольно сильно. Выстукивание дает ясный звук, дыхательный шум чист, и только в более крупных бронхиальных ветвях слышны влажные хрипы. Пульс частый, 120, но полный. При надавливании на живот, а также на все другие части тела, как, например, на конечности, у больного страдальчески подергивается лицо. Отделяемое из раны – обильное. После смены повязки больной лишь короткое время казался более спокойным. Назначения: лед на голову, раздражающая клизма с *Magnes. sulf.* и за каждое ухо по 6 пиявок.

В 1 час дня начался сильный озноб, причем больного бросало в кровати во все стороны; кожа при этом была горячая и сухая, пульс же не прощупывался, и больной оставлял все вопросы без ответа. После этого наступил проливной пот, особенно на лице и прежде всего на лбу, в виде больших капель. В то же время пульс был сильный, полный, толчкообразный, 125 ударов в минуту.

В 5 часов пополудни больной был в том же состоянии, которое мы описали сегодня, но только сознание было более омрачено; больной все время съезжал к ножному концу постели и тут же возвращался сюда после того, как его приподнимали кверху. Пульс был без изменений. Было сделано пробное кровопускание в количестве 60 г. Кровь отличалась особенным цветом, похожим на мясной бульон; она была очень жидкой и быстро давала *crusta oedematosa* с избыточным количеством сыворотки.

В 8 часов вечера больной не мог ответить ни на один вопрос, а когда его посадили в кровати для смены белья, он не мог сидеть без посторонней помощи; он очень стонал и болезненно вздрагивал, когда прикасались к его правому локтю. Исследование этого места показало, что область локтевого сустава слегка припухла, горяча и немного покраснела, как при рожистом воспалении. Дыхание более затрудненное. Пульс был полный. Больной очень бледен, на лице выражение страха и боли. В 5 часов утра он внезапно умер.

Вскрытие предпринято 14 сентября, т. е. через сутки после смерти. В органах полости черепа не найдено ничего необычного. Исследование места основного заболевания, т. е. перерождения на шее, показало следующие изменения. Одна часть раневой поверхности была покрыта пиогенной мембраной, а другая – гноем и омертвевшей клетчаткой. На разрезе опухоль имела вид такой же салоподобной массы, которая была замечена на прижизненно иссеченных кусках (см. ниже Замечания). Щитовидная железа не участвовала в этом перерождении, но оно наблюдалось в слюнных железах, так как они частично были спаяны с опухолью. *A. carotis communis* лежала в глубине патологически измененных тканей, тесно спаянная с ними. В том месте, однако, где благодаря операции была удалена более значительная часть опухоли и, следовательно, были открыты более глубокие ткани, где и при жизни видна была пульсация артерии, она лежала

почти обнаженная, покрытая только слоем стеатоматозной массы толщиной 2,5 мм, по просвет ее был свободен.

*V. jugularis communis innominate*¹ и ее продолжение², внутренняя яремная вена, содержали кровяной сгусток, но в первой вене он был красноватый и хрупкий, во второй – уже более грязного цвета, более размягченный и нагноившийся. Внутренняя оболочка второй вены была окрашена в грязно-красный цвет; она была утолщена и уже не выглядела гладкой. Далее кверху вена стала совсем дряблой и на расстоянии примерно 4 см от слияния с подключичной веной она совершенно терялась в перерожденной клетчатке обнаженных во время операции слоев. Вблизи черепа, в менее перерожденной части опухоли, можно было опять обнажить вену и проследить ее верхний отдел. Из одной венозной ветви, открывавшейся в изъязвленной части опухоли, можно было выдавить гной. Тот участок внутренней и общей яремных вен, который лежал в середине гноящейся опухоли, был явственно воспален и в одном месте изъязвлен. Кроме того, данная вена была оттеснена на 2,5 см от общей сонной артерии отложением ложного продукта. Блуждающий нерв также был оттеснен вторичным продуктом примерно на 4 см в глубину от тех сосудов, с которыми он обычно лежит в одном общем влагалище. В этом нерве имелось утолщение длиной около 4 см и толщиной 7,5 мм. Весь этот нерв был прочно спаян с окружающими его стеатоматозными тканями.

На правой стороне шеи соответствующие кровеносные сосуды и нервы в своем положении и строении оставались почти неизменными. Но и здесь глубже расположенные в виде тяжа лимфатические железы, сопровождающие кровеносные сосуды, были также несколько утолщены и перерождены.

При вскрытии грудной полости в правом плевральном мешке был обнаружен сгусток крови весом приблизительно 1 кг. Строение этого сгустка свидетельствовало о том, что он свежего происхождения. В результате поисков источника этого кровоизлияния он был обнаружен в ихорозной полости легкого, куда открывалось несколько кровеносных сосудов (ветви легочной артерии и вены), которые также содержали кровяные сгустки. Полость имела в поперечнике несколько дюймов, располагалась в передней и средней легочных долях³ и сообщалась с плевральным мешком. Стенки ее были изъязвлены и мягки, а окружающие ткани воспалены. В ней были еще остатки более крупных сосудов и бронхиальных ветвей. Кроме того, на плевре имелись толстые наслоения пластического выпота, также свежего происхождения.

Легкие нигде не содержали туберкулезных отложений, были в некоторых местах более или менее отечны, большей же частью нормального строения. Но по краям легочных долей ощупыванием можно было обнаружить в 7–8 местах очаги гепатизации конической формы размером 1,25–2,5 см, из которых некоторые на разрезе оказались темно-красными, с выступающими кое-где каплями гноя, а другие оказались уже полностью нагноившимися. Более тонкие вены,

¹ Имеется в виду *v. anonyma sinistra*.

² Речь идет о притоке безымянной вены.

³ Имеются в виду верхняя и средняя доли.



возникавшие из этих конических печенений, были воспалены и содержали кровяные сгустки и капли гноя. Более крупные венозные стволы легких не были поражены, если не считать красноты, отнюдь не воспалительной, зависящей от пропитывания кровью; не были поражены и предсердия сердца. Ветви дыхательного горла содержали сгущенную ихорозную слизь.

Третичные гнойные отложения были найдены в следующих местах: в правом локтевом суставе, под средней ягодичной мышцей и под грудной стенкой. В ягодичной области гной осел между мышцами, на груди – между плеврой и треугольной мышцей грудины, а также между волокнами этой мышцы. Во всех этих местах нельзя было найти кругом никаких следов воспаления, которые можно было бы считать причиной местного образования гноя. В остальных частях тела не обнаружено ничего ненормального.

Замечания

Я не располагаю подробными статистическими обзорами, чтобы сказать с математической точностью, что вторичные продукты лимфатических узлов в наших здешних краях встречаются значительно чаще, чем другие виды ложных организаций. Но это факт, что на протяжении двух лет я уже несколько раз удалял здесь довольно значительные перерождения лимфатических желез или лечил их другими способами. Я знаю также от других врачей, занимающихся оперативной хирургией, что они часто предпринимали подобные иссечения.

Что меня особенно поразило при изучении удаленных вторичных продуктов лимфатических желез, – это большое разнообразие их строения. Если бы мы хотели удовлетвориться маловыразительным названием «опухоль лимфатических желез», то можно было бы смешать продукты самых разнообразных патологических процессов. Виды перерождения этих желез, которые мне пришлось уже видеть до сих пор, – а я видел несомненно меньшую часть их, – были следующие.

1. Обычные хронические воспалительные перерождения, которые я нередко удалял из очага нагноившихся бубонов; я бы обозначил этот вид перерождения термином «*воспалительная гипертрофия*». Поперечный разрез такой опухоли не представляет в основном ничего ненормального, если не считать изменения эластичности ткани. Как известно, в случае вовлечения затвердевшего бубона в этот патологический процесс нагноение развивается больше в смежной пластинчатой клетчатке, окружающей лимфатические железы, чем в самой железистой ткани. Однако очень часто можно найти в гнойном очаге отдельные разбросанные, отчасти уплотненные, отчасти распадающиеся лимфатические железки. Хроническое воспалительное или гипертрофическое состояние желез обыкновенно сопровождает также другие виды перерождения этой ткани, например отложение туберкулезного вещества и т. д., и именно поэтому можно легко смешать очень далеко зашедшие отложения гетерогенных веществ в веществе желез с простым хроническим аденитом или с так называемым доброкачественным опуханием желез.

2. *Перерождение* лимфатических желез, напоминающее *селечодную молоку*. Во всяком случае, я не могу найти более подходящее сравнение как для цвета, так и для степени плотности перерожденных желез, которые я несколько раз



удалял из подмышечной впадины или из подчелюстной области. Такого рода была огромная опухоль желез, которую я удалил из подмышечной впадины у одного латыша – садовника (см. выше случай 4). Опухоль была подвижная, бугристая, состояла из нескольких частей, совсем не была твердая, а скорее обладала в известной степени эластичностью. Резко расширенные кожные вены над опухолью придавали ей в известной степени злокачественный, фунгозный вид. Развитию вторичного продукта отнюдь не предшествовало какое-либо воспаление, какое-либо болезненное состояние всего организма, которое могло бы в какой-то степени объяснить возникновение вторичной организации (см. выше).

При анатомическом исследовании удаленной массы я обнаружил следующее. 1) Опухоль состояла из нескольких округлых железистых долей, каждая величиной с небольшое куриное яйцо. 2) Оболочка из клетчатки, которая не всюду легко отделялась от долек железы, образовала капсулу железы. 3) В этой клетчатой капсуле разветвлялись многочисленные сосуды, которые в некоторых местах имели довольно значительную величину. Так, например, с капсулой был спаян ствол подлопаточной артерии, и его пришлось перерезать во время операции непосредственно у места отхождения от подкрыльцовой артерии. Особенно сильно развиты были несколько венозных стволов. 4) Наружная поверхность каждой отдельной доли опухоли представлялась после вылуцения из капсулы гладкой и обладала приятной на ощупь эластичностью. 5) На разрезе эти доли были желтовато-белыми, совершенно однородными и лишенными эластичности, так что при давлении пальцем на поверхности разреза можно было наблюдать небольшое углубление. Нельзя было различить никаких следов нормальной железистой ткани. Как уже сказано, поверхность разреза своей окраской и плотностью больше всего походила на молоку соленой голландской селедки. В этой массе я не мог распознать никаких следов сосудов, никаких размягчений, никакого заметного различия слоев; все было совершенно однородным. И до сих пор, после того как опухоль пролежала 2 года в спирту, в ней не наступило никаких существенных изменений.

3. Уже совсем иным было перерождение железы, которое описано в случае 25. Я не могу назвать его более подходящим именем, как *стеатоматозное перерождение*. При перерезке ножом она оказывала такое же сопротивление, как стеатома, или сальная опухоль; она была тверже, чем перерождение в случае 2¹. Вся опухоль состояла только из одной железы, которая достигла размеров куриного яйца. Уже во время операции я заметил на наружной поверхности один участок, который был мягче всей остальной части опухоли; я сделал неглубокий надрез в этом месте и нашел небольшую полость, содержащую кровяной сгусток. Это открытие меня озадачило на несколько мгновений, и у меня возникло возможно не совсем неправдоподобное подозрение, что в конце концов я имею дело с перерожденной сосудистой опухолью, тем более что я совсем не видел внутренней яремной вены, несмотря на то что в ране лежала обнаженная сонная артерия. Куда исчезла вена?

¹ Имеется в виду перерождение, описанное в п. 2 на стр. 421.



При исследовании вторичного продукта после его удаления оказалось, что на разрезе он отнюдь не представляет однородного вещества. Стеатоматозная масса, снабженная капсулой из клетчатки (которая осталась на месте), составляла большую часть опухоли; лимфатическую железистую ткань можно было обнаружить лишь в небольшом количестве. В отдельных местах, впрочем, опухоль казалась зернистой и обладала синевато-красноватым цветом, свойственным лимфатическим железам. Наконец, один участок, расположенный ближе к наружной поверхности, действительно образовал небольшую пазуху, наполненную кровяным сгустком. В остальном не было заметно никаких следов размягчения, никаких намеков на отложение туберкулезного вещества. Опухоль сидела изолированно и была подвижна; ее легко можно было вылущить из капсулы.

Я должен прибавить здесь еще несколько слов о положении этого вторичного продукта и о самой операции. Перерождение, очевидно, относилось к глубоко сидящим лимфатическим тяжам, сопровождающим шейные сосуды. После удаления опухоли я совершенно отчетливо прощупывал поперечные отростки шейных позвонков. По-видимому, опухоль сначала лежала, подобно многим лимфатическим железкам в нормальном состоянии, у наружного края шейных сосудов. При дальнейшем развитии, однако, она приняла направление кзади, причем, вероятно, она не была в состоянии преодолеть самый задний листок шейной фасции. Впоследствии же, наконец, она растянула эту пластинку шейной фасции, образующую общее влагалище для сонной артерии, внутренней яремной вены и блуждающего нерва, далее опухоль раздвинула общую сонную артерию и блуждающий нерв и выпятила их вперед. Однако я не могу указать, что при этом случилось с внутренней яремной веной; во время всей операции она совсем не попадалась на глаза. Кровообращение у данной больной было в известной мере нарушено; об этом свидетельствует то обстоятельство, что больная замечала иногда резкую бледность пораженной стороны, иногда же противоестественную красноту ее.

Удаление опухоли, несомненно, не принадлежало к обычным экстирпациям кистовидных опухолей. Хотя опухоль заметно пульсировала и еще до операции указывала на положение какой-то крупной артерии, я все же никак не мог предвидеть, что встречу здесь с таким поразительным изменением в положении общей сонной артерии и блуждающего нерва. Разумеется, я должен был работать крайне осторожно и послойно рассекать кожу, подкожную мышцу шеи и шейную фасцию, как при разрезе для обнажения артерии. Лишь после того, как края раны были осторожно раздвинуты, я начал отпрепаровывать ножом и пинцетом клетчатку, которая соединяла общую сонную артерию и блуждающий нерв с передней поверхностью опухоли. Ни одна артерия не кровоточила, так что я вскоре мог легко развести сонную артерию и блуждающий нерв раневыми крючками в разные стороны. Между этими двумя образованиями я достиг отчасти пальцами, отчасти черенком скальпеля шейных позвонков, вылуцив таким образом всю опухоль из ее клетчатой оболочки.

Какую роль при образовании этого псевдопродукта играла небольшая полость, заполненная кровяным сгустком, я не могу установить. Вероятнее всего, я

думаю, она возникла в результате какого-то размягчения или другого подобного процесса внутри опухоли.

4. Опухоли желез с отложениями туберкулезного вещества я также удалял несколько раз. Я не привожу здесь никакой особенной истории болезни; достаточно, если я скажу, что подобные отложения в ткани желез в наших краях встречаются не так уже редко; по-видимому, они чаще всего располагаются в верхних областях тела и особенно в подчелюстной области. Несколько лет назад я удалил у двух больных целые пакеты распухших лимфатических желез под нижней челюстью на обеих сторонах. Оба эти больные были в остальном вполне здоровы; это были уже взрослые люди, и *habitus* их нельзя было признать ни выраженным скрофулезным, ни туберкулезным. Опухоли существовали уже ряд лет; впрочем, они были подвижны и состояли из многочисленных долей. У одной особы я удалил совершенно изолированную железу такого же строения в височной области. Эта больная, тоже имевшая хороший внешний вид, по-видимому, имела задатки цветущей чахотки.

При экстирпации опухолей желез главное состоит в рассечении фасции и капсулы, которая для каждой отдельной железы образуется за счет клетчато-фиброзных продолжений фасции. Только при наличии очень крупных конгломератов подобных желез чистое вылущение опухоли из капсулы становится невозможным. При вылущении желез в подчелюстной области, которое я выполнял чаще всего, я поступал следующим образом.

1) Прежде всего все основание опухоли следует захватить пальцами, извлечь из глубины и при этом одновременно натянуть кожу над опухолью. После этого проводится разрез параллельно нижнему краю нижней челюсти через кожу, подкожную жировую клетчатку и волокна подкожной мышцы шеи.

2) Проводится тщательный разрез через фасцию или через фиброзную капсулу, так что в отдельных местах надрезаются и самые железки.

3) Теперь я стараюсь давлением пальцев с обеих сторон раны вытолкнуть железы через разрез в капсуле. Затем я беру крючкообразные щипцы Мюзэ, захватываю ими выведенные наружу железы и стараюсь выпрепаровать их из капсулы с помощью черенка скальпеля. Таким образом, можно легче всего избежать повреждения сосудов и особенно вен, спаянных с наружной поверхностью капсулы. Если же захватить опухоль крючковатыми щипцами до рассечения фасции, то подобное повреждение сосудов неизбежно и операция продолжается значительно дольше, так как кровотечение служит ей помехой, а в подчелюстной области при этом всегда захватывается или перерезается подчелюстная слюнная железа. Я говорю об этом на основании опыта, ибо когда я не следовал этому правилу, то отсекал иногда несколько кусочков подчелюстной железы, что, впрочем, не оказывает никакого влияния на заживление раны.

Следовательно, главное правило таково: не следует слишком спешить при первых разрезах, необходимо тщательно рассекать фасцию и капсулу и идти вглубь не раньше как убедившись в том, что продвигаешься между железами и капсулой, а не между железами и соседними органами. Впрочем, повреждение наружной челюстной артерии в большинстве случаев будет неизбежно. Она проходит между перерожденными железами и спаяна с капсулой; ее пульсация



видна и определяется пальпацией между железами. В таком случае я предпочитаю перевязать ее перед рассечением в двух местах и рассечь между этими лигатурами. С этой целью я продвигаю под артерию пинцет с двойной лигатурой, затем я разъединяю обе нитки лигатуры и т. д. Этот прием мне особенно помогал во время перевязок сосудов при глубоко лежащих железах, например в подмышечной впадине. Когда видишь, что эти железки уходят все больше вглубь, в те слои, где залегают крупные кровеносные сосуды, то необходимо все время следить за ними с помощью пальца, производить анатомические разрезы небольшим брюшистым скальпелем, расширять кожную рану, растягивать края раны крючками и т. д. Но вернемся опять к делу.

Вообще, когда замечают несколько отдельных конгломератов лимфатических желез на шее или отдельные распухшие железки, то можно сказать с наибольшей вероятностью, особенно когда опухоль существует уже долгое время, что речь идет здесь о туберкулезных отложениях в железистой ткани. Как я уже упомянул выше, эти больные необязательно должны обладать именно скрофулезным или туберкулезным внешним видом. Патологоанатомические изменения железы весьма своеобразны. 1) Сама железа представляется распухшей и затвердевшей; в ней явственно выражены признаки воспалительной гипертрофии. 2) На разрезе видна одна или несколько желтоватых масс, отложившихся в центре железистой ткани. В большинстве случаев наблюдается не осумкованная, а инфильтративная форма туберкулеза. Отложившееся вещество распадается; оно твердовато и лишь в последующих стадиях размягчается и делается творожистым. Во многих случаях подобные отложения, безусловно, дают повод для развития абсцессов. Правда, я не могу это доказать патологоанатомическими препаратами. Но я лечил одного больного, у которого, как я думал, имело место затверждение железы; я хотел вылущить эту железу, но после разреза обнаружил заключенную в железе небольшую полость, заполненную жидким гноем. Затвердевшая ткань железы мешала определить флюктуацию. После эвакуации гноя эта полость в течение 10 месяцев не поддавалась никакому лечению ни внутренними, ни наружными средствами (йод, преципитат ртути, прижигания). Больной был молодой человек цветущего, но скрофулезного вида; опухоль у него существовала уже в течение нескольких месяцев и являлась последствием пониженной кожной транспирации. Я думаю, что эта упорно не поддававшаяся лечению гнойная полость, не имевшая, впрочем, склонности к образованию свищей, также образовалась в результате размягчения туберкулезного отложения.

В большинстве случаев подобного рода я считаю экстирпацию показанной, особенно когда больной уже достиг полного развития, когда он не обнаруживает явного предрасположения к туберкулезу, не страдает никакой выраженной дискразией, а перерождение сконцентрировано лишь в нескольких железах и тянется долгое время. Рассасывания подобной опухоли едва ли можно добиться. Туберкулезное вещество всегда будет обнаруживать неукротимое стремление к размягчению и к созданию себе выхода наружу. Чтобы избавить больного от бросающегося в глаза и крайне мешающего ему уродства (когда железа расположена в подчелюстной или в височной области) и, что самое главное, чтобы воспрепятствовать возникновению гнойной полости, упорно не поддающейся



закрытию, необходимо предпринять экстирпацию. Рану я закрываю узловатым швом, чтобы получить первичное натяжение. Где этот вид заживления не удастся, надо пытаться с помощью повязки, оказывающей глубокое давление, воспрепятствовать образованию гнойных затеков и удерживать в соприкосновении стенки раневой полости.

5. Другие продукты, относящиеся к вторичным образованиям, также могут откладываться в лимфатических железах. Сюда относятся, как известно, мозговик и скирр. При раковых язвах нижней губы я обыкновенно находил опухание небольшой лимфатической железы под подбородком. Ее можно также отчетливо прощупать у людей, обнаруживающих задатки скрофулеза. Я обыкновенно удаляю ее; очень часто я находил в ней несколько капель беловатой жидкости, которая выбрасывается из железы при сдавлении ее пальцем или пинцетом. Но что особенно заслуживает внимания хирургов, это так называемое струмозное перерождение лимфатических желез Скарпы, сопровождающее описанную им *struma testiculi*. Мне кажется, что поражение, названное Шенлейном трипперным скрофулезом, есть то же заболевание, что и скарповская струма. Случай 26 содержит описание аналогичного вторичного продукта.

При поверхностном исследовании можно было бы, пожалуй, принять струму яичка и поясничных желез за мозговик, и Ф. Вальтер в своей известной статье о затвердении, скирре и пр. (Gräfe's u. Walther's Journal der Chirurgie) не устанавливает никакой разницы между этими страданиями. Однако изучение препарата, предоставленного мне случаем 26 и сравненного мною с медуллярной опухолью сальника, невольно вынуждает меня к тому, чтобы сказать вместе со Скарпой: «По моему мнению, ничто во всей хирургии не доказано более твердо и лучше, чем тот факт, что опухоль яичка, о которой идет речь, т. е. *struma testiculi*, не имеет ни малейшего сходства с *fungus medullaris malignus*». Правда, я не могу с определенностью утверждать, соответствует ли струма Скарпы как раз этому моему случаю или она является в точности тем же, что Шенлейн называет трипперным скрофулезом. Насколько я понял описание обеих болезней у этих знаменитых врачей, характерным в развитии обоих вторичных продуктов является поражение поясничных желез, все время прогрессирующее, заканчивающееся гектикой и быстро ухудшающееся, особенно после удаления перерожденного яичка; характерным является наконец возникновение болезни преимущественно у молодых скрофулезных субъектов. В моем случае течение заболевания очень точно совпадает с этим описанием. Очевидно, здесь принимает участие застарелый триппер. Во время лечения больного в клинике течь из мочеиспускательного канала несколько раз то усиливалась, то уменьшалась. При первом исследовании больного я склонялся больше к тому мнению, что имею дело с сифилитическим орхитом. До возникновения заболевания яичка больной страдал шанкрами. Опухоль яичка развивалась быстро; она была, очевидно, воспалительной природы и перешла в нагноение. Что касается расположения свищевых ходов, то я ошибся. При первом исследовании я полагал, что свищевые ходы распространяются только в клетчаточном слое мошонки. В нескольких местах, мне казалось, они проникали, пожалуй, немного глубже, но это я вполне мог объяснить утолщением слоя клетчатки мошонки. Правда,



больной рассказывал, будто из прорвавшихся отверстий в мошонке отошло большое количество беловатого нитевидного вещества. Но кто не знает, сколь обманчивы подобные рассказы больных, которые таким же образом описывают и омертвевшую клетчатку. При рассечении свищевых ходов мне показалось также подозрительной чрезмерная чувствительность больного; но он принадлежал как раз к малодушным и раздражительным субъектам. Из вскрытых ходов неоднократно отходило большое количество грязного беловато-серого вещества, в котором, однако, ни разу не было обнаружено своеобразного нитевидного строения семенных канальцев; оно, очевидно, представляло собой скорее омертвевшие отложения.

Больной казался мне еще достаточно крепким, чтобы выдержать специфическое, перестраивающее лечение, состоящее в применении декокта, во внутреннем применении каломеля и отчасти ртутных, отчасти йодных средств снаружи. Правда, во время лечения я не раз высказывал свои подозрения относительно специфического перерождения и трипперного скрофулеза мошонки, но явный успех лечения, примененного в течение первых двух месяцев, казалось, говорил больше в пользу первого моего предположения. После отторжения упомянутого перерожденного вещества опухоль с обеих сторон уменьшилась по меньшей мере наполовину. Гектические явления в это время еще отнюдь не преобладали. Только свищевые ходы все никак не заживали. Семявыносящий проток теперь на ощупь был явно уплотненным и узловатым, и, пожалуй, можно было уже почти с уверенностью сказать, что отверстия в мошонке связаны с веществом яичек. Но я прошу своих читателей обратить особенное внимание в истории болезни на то обстоятельство, что вид язвы на мошонке почти до самой смерти не представлял ничего необычного, а только глубокую гранулирующую полость. Правда, однажды в левосторонней язве показалось нечто вроде грибовидного разрастания, но отнюдь не похожего на то, что мы наблюдаем при прорыве злокачественного мозговика. Это никоим образом не были грануляции вида цветной капусты, окруженные приподнятым краем и легко кровоточащие. На правой стороне полость оставалась до самой смерти без дальнейших изменений. Что касается паренхиматозного кровотечения, наступившего незадолго до смерти на левой стороне, то оно не имело никакого отношения к грибовидному разрастанию, а возникло из разрушенной паренхимы самого яичка. Уже одно то обстоятельство, что местные явления в развитии вторичного продукта в этом случае так отличались от подобных же при мозговике (а следовательно, и сосудистой опухоли, если мы не будем понимать последнюю в ошибочной трактовке Монуара), может служить бесспорным доказательством, что здесь перед нами было несомненно другое специфическое перерождение яичка, а никак не настоящий мозговик. Анатомическое исследование еще больше подтверждает это предположение.

Указанные Скарпой признаки струмозно перерожденной железы таковы.

1) Инъецированная при анатомическом исследовании жидкость легко проникает в перерожденную железу, но обыкновенно выходит из сосудов.

2) Содержимым ее – на разрезе – является компактное вещество, богатое сосудами, пропитанное жидкостью, похожей на яичный белок (иногда жирной, зернистой, напоминающей сыворотку от молока).



3) Между струмозно перерожденной железой и окружающими ее тканями всегда можно найти некоторые следы свернувшейся лимфы. Это скарповское описание анатомических признаков вторичного продукта является далеко еще не исчерпывающим.

На своем препарате я не производил никакой инъекции сосудов, и поэтому я не вправе судить, дала ли бы она мне такие же результаты, какие привел Скарпа. При исследовании опухоли мне больше всего бросалось в глаза следующее.

1) Большое сходство отложения по цвету и плотности с тем сортом сыра, который в Лифляндии носит известное название «Кнарркäse». Так как оба яичка были почти полностью разрушены, то лучше всего было изучить строение отложившегося вещества в обоих семявыносящих протоках, в предстательной железе и семенных пузырьках. Увеличенная наполовину предстательная железа состояла на разрезе только из этой беловатой массы, похожей на творожный сырок. От перегородок, от двух различных веществ, из которых состоят другие злокачественные вторичные продукты (как скирр, фунгус), здесь не было и следа: это была вполне однородная масса. 2) Там, где образовалось это чужеродное отложение, исчезли всякие следы организации. Например, предстательная железа представляла собой мешок из фиброзной капсулы, который был целиком набит творожистой массой. Нормальное клетчатое строение и плотность предстательной железы бесследно исчезли; впрочем, форма железы и отверстие мочеиспускательного канала оставались полностью такими же, какими их находят при нормальном состоянии железы. То же самое можно сказать о семявыносящих протоках: плотноватые стенки, исчезнувший в этих протоках канал – на их месте видно одно лишь отложившееся вещество, но в одних местах это вещество образовалось в более значительных количествах, чем в других местах, что и придавало семявыносящим протокам узловатую форму. Наконец, семенные пузырьки состояли, как и в нормальных условиях, из зигзагообразно сложенных семенных ходов, заполненных, однако, тем же веществом. 3) Клетчатка вокруг перерожденных поясничных желез была, правда, уплотнена, но, кроме этого, я не мог заметить ничего необычного в области этих перерождений. 4) Хотя вторичный продукт стоял, безусловно, на высшем уровне своего развития, я все же нигде не мог найти какого-либо размягчения или хотя бы несколько красноватых точек, которые обычно наблюдаются при переходе мозговика в сосудистую опухоль (в последней стадии заболевания). Все это представляло, как уже было сказано, однородную беловатую массу. Совпадение образования этого отложения с развитием милиарного туберкулеза в легких также доказывает родство обоих этих вторичных образований.

Таким образом: 1) ход развития вторичного продукта и 2) анатомическое исследование достаточно свидетельствуют о том, что действительно существуют перерождения яичка, которые отличаются своей склонностью к метастазированию, своей злокачественностью, сопровождаются поражением поясничных желез, поскольку они связаны с имеющимися в организме дискразиями; и все же эти перерождения отнюдь не идентичны мозговика, хотя некоторые авторы и считают их аналогичными описанной Скарпой струме яичка или подлинному трипперному скрофулезу.



6. Наконец, мне надлежит упомянуть еще об одном псевдопродукте, о котором сообщено в случае 27. Он развился не в самих лимфатических железах, а скорее в клетчатке, окружающей эти железы. Я хотел бы назвать его *«струмозным или стеатоматозным перерождением клетчатки, окружающей лимфатические шейные железы»*. Шенлейн (см. его Лекции, том 4, стр. 278) упоминает об одной форме трипперного скрофулеза, которую он называет наружной или верхней. Этот скрофулез начинается на шее в той области, где лежит околоушная слюнная железа, и у углов нижней челюсти. «Эти опухоли нанизываются друг на друга наподобие четок, следуют ходу сонной артерии, спускаются отсюда ниже и проникают, наконец, в грудную полость. Редко они достигают брюшной полости, ибо смерть наступает уже раньше вследствие сдавления дыхательных органов. Эти опухоли отличаются тем, что не проявляют никакой склонности к нагноению. Только на поверхности их кожа в отдельных местах подвергается воспалению и изъязвлению; однако нагноение со стороны центра, как при истинном скрофулезе, здесь не имеет места; эти опухоли состоят из плотных бугристых масс. Они появляются также во всех тех отделах подкожной клетчатки, где и нет лимфатических желез» (см. Шенлейн, и т. д.).

В этом описании я нахожу большое сходство с нашим случаем 27. Тем не менее в некоторых отношениях имеется существенное расхождение. 1) У нашего больного мы не можем доказать заражение триппером. Больной отнюдь не принадлежал к кахектичным скрофулезным субъектам, но был крепок и хорошо сложен; по своей хорошо развитой мускулатуре он мог быть, пожалуй, причислен к атлетам. 2) Болезнь началась с крупного абсцесса подкожной клетчатки, и впоследствии мы видим уже во вторичном продукте склонность к нагноению, которое локализовалось отнюдь не только поверхностно, ибо некоторые свищевые ходы проникали довольно глубоко в самое вещество псевдопродукта. Разумеется, нагноение возникло не в глубине опухоли, не путем размягчения ее массы; однако нам не следует забывать, что и при так называемых нагнаивающихся скрофулезных опухолях желез гнойный процесс очень часто развивается только в подкожной клетчатке за пределами самой железы. 3) В нашем случае, наконец, заболевание мне совсем не кажется таким злокачественным, как это обыкновенно бывает при настоящем трипперном скрофулезе. Я хорошо понимаю, что не могу привести никаких прямых доказательств в подтверждение этого взгляда, — больной ведь умер. Но если мы вспомним, что причина смерти (флебит внутренней яремной вены) ни в какой мере не зависела от злокачественности вторичного продукта, что, напротив, размеры опухоли после операции и особенно после возникновения нагноения на месте иссечения опухоли значительно уменьшились, так что гортань, например, почти полностью возвратилась в свое нормальное положение, далее, что поверхность нагноения не обнаруживала ничего необычного, — если мы все это вспомним, то, как мне кажется, можем, пожалуй, с полным правом заключить, что, если бы к заболеванию не присоединилось развитие флебита, мы могли бы ожидать значительного расплавления псевдопродукта и, может быть, полного выздоровления больного. Трипперный же скрофулез, напротив, не уступает всем известным средствам и отличается быстрым прогрессированием именно после травматического вмешательства.

Исследование препарата и иссеченного участка опухоли показало в нашем случае следующее. 1) Локализацией вторичного продукта являлись не столько сами лимфатические железы, сколько в гораздо большей степени клетчатка за пределами лимфатических шейных желез, и именно лимфатических желез, которые располагаются по ходу сонной артерии на шее. Хотя поверхность опухоли была бугристая и состояла из многочисленных шаровидных долей соответственно тем областям, в которых залегают более крупные скопления лимфатических желез (как непосредственно под нижней челюстью и над самой ключицей), все же основание опухоли – более глубокая часть псевдопродукта – целиком спаялось с окружающими тканями. Сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв были раздвинуты массой вторичного продукта и как бы впаяны в середину опухоли. Если же, напротив, поражены только самые железы, они могут достигнуть значительной величины и при этом все же оставаться подвижными, а следовательно, могут оставить лежащие рядом сосуды, нервы и пр. непораженными. Убедительное доказательство этого мы имеем в нашем случае 4. Но что особенно говорит в пользу того, что в нашем случае 27 перерождение локализовалось именно в клетчатке, – это 2) разрез вторичного продукта. На этом разрезе можно отчетливо выделить две различные составные части опухоли. Одно вещество, похожее на сало или, еще лучше, на молоку селедки, не обнаруживает определенного строения, а является однородным и содержит в себе (на разрезе) устья венозных сосудов. Это вещество, однако, окружает сонную артерию, внутреннюю яремную вену и блуждающий нерв; оно отложилось даже между волокнами этого нерва и распространяется до самых шейных позвонков. В свежем состоянии это вещество обладало еще какой-то влажностью, так что при более сильном давлении из него можно было выжать немного жидкости, а в некоторых местах оно действительно обнаруживало полное сходство с хронически отечной собственно кожей (как, например, вокруг застарелых язв стопы). Самую незначительную составную часть опухоли составляли несколько лимфатических узлов, которые были также впаяны в вышеупомянутую массу вторичного продукта. На разрезе опухоли эти железы можно было ясно отличить от отложившегося вещества уже с первого же взгляда по их синеватому цвету, округлой форме и еще довольно сохранившемуся дольковидному или ацинозному строению.

В моих глазах описанный вторичный продукт отличается: 1) своим спаянием с соседними органами, 2) своей склонностью к постоянному увеличению и 3) своей тенденцией к нагноению и изъязвлению, которое, правда, отнюдь не проникает в глубину. Эти три характерных явления мы находим при хронических уплотнениях в паховой области (при бубонах), и это, по моему мнению, служит как раз доказательством того, что в обоих случаях перерождение начинается в клетчатке, лежащей вне лимфатических желез. Причинные моменты остаются и при струмозном перерождении железистого вещества столь же неясными, как и при многих других перерождениях желез.

Я признаю, что экстирпация опухоли в случае 27 была опасным предприятием, однако я был подготовлен к трудностям. Я очень хорошо знал, что мне не удастся удалить без остатка всю массу вторичного продукта. Но так как я,



с другой стороны, был убежден, что этот псевдопродукт не является ни *скирром*, ни *фунгусом*, то решился на частичное иссечение его в полной надежде на то, что я этим уменьшу неимоверное смещение органов и затруднение дыхания и что оставшая часть опухоли расплавится вследствие нагноения раны или полностью исчезнет в результате резорбции. Следовательно, во время операции все сводилось к тому, чтобы оставить нетронутыми спаянные с опухолью сосуды и нервы. Так как я собирался удалить одну лишь поверхностную часть вторичного продукта, так как, далее, я отчетливо сознавал, что он возникает из более глубоко расположенных образований, то мог не опасаться повреждения сонной артерии, яремной вены и блуждающего нерва. При этом я старался производить разрезы послойно и все время проверять положение сосудов ощупью и глазом. Когда я обнаружил в нижнем углу раны волокна грудино-ключично-сосковой мышцы, то это послужило для меня предостережением против дальнейшего продвижения, тем более что я нашел эти волокна спаянными с опухолью. Тем не менее я чистосердечно признаюсь, что от повреждения внутренней яремной вены меня спас скорее счастливый случай, чем искусство, – последующее анатомическое исследование опухоли показало мне, что этот сосуд был отделен от ножа слоем опухоли не толще 2,5 мм.

Два страшных обморока во время этой операции заслуживают особого упоминания. Второй обморок и в самом деле был столь глубоким, столь истощающим и длился так долго, что я почти убежден в следующем: если бы мы хоть на одно мгновение помедлили с применением самых сильных приемов оживления (как, например, струя воды из большого шприца и с большого расстояния на сердечную ямку), то больной навсегда остался бы в том состоянии, в каком он тогда лежал на операционном столе. Причина этих безусловно необычных обмороков для нас до сих пор остается загадочной. Они не являлись ни следствием кровопотери, которая едва достигала нескольких унций, ни следствием истощенной чувствительности, – обмороки наступили по истечении всего лишь нескольких минут от начала операции. О вхождении воздуха в вену также не могло быть и речи, так как ни один венозный ствол не был поврежден и мы не слышали никакого своеобразного шума. Непривычное и тягостное положение больного наполовину на спине, наполовину на больной стороне и несколько неизбежных во время операции потягиваний за опухоль, спаянную с блуждающим нервом и гортанью, можно было бы, пожалуй, считать причиной обмороков, тем более что перед потерей сознания наступили явные затруднения дыхания (синий цвет лица и губ, пена изо рта и судороги). Бросалось в глаза и то, что в обоих случаях обморок наступил тотчас же после проглатывания небольшого глотка воды, которая была поднесена больному, после чего непосредственно и возникли затруднения дыхания.

Невзирая на все указанные опасные явления, невзирая на то, что положение яремной вены посреди перерожденной массы сделало бы ее повреждение безусловно смертельным, поскольку вхождение воздуха в правое сердце стало бы неотвратимым (как с больным Ульриха), невзирая на то, что этот случай закончился смертью, – я все же не могу совершенно категорически отвергнуть в подобных случаях частичную экстирпацию. Наблюдение над больным в течение

нескольких дней после операции уже показывает нам, что опухоль значительно уменьшилась в своем объеме, что гортань вновь приобрела свое почти нормальное положение, что затруднения дыхания полностью исчезли. Я уже радовался, когда на 6-й день после операции исследовал периферию опухоли, что наступивший процесс нагноения с такой очевидностью ведет к расплавлению вторичного продукта и что впоследствии не представит особого труда удалить некоторые оставшиеся еще доли опухоли.

Таким образом, частичная экстирпация, безусловно, достигла своей цели. Кто не усмотрит из истории болезни, что смерть явилась скорее последствием случайности? Стоило бы образоваться еще несколькими слоям отложившейся массы над стволом внутренней яремной вены, и она, безусловно, осталась бы нетронутой процессом изъязвления. Достойно внимания при этом то обстоятельство, что изъязвление венозного ствола не сопровождалось никаким кровотечением. Так как вена лежала очень близко к месту иссечения опухоли, то она уже подверглась воспалению и была закупорена кровяным сгустком, прежде чем дело дошло до изъязвления ее стенок.

В этой интересной истории болезни остается еще много материала для размышления, особенно по поводу того, что касается явлений флебита при жизни и при исследовании после смерти. Однако об этом я скажу немного подробнее в «Приложении».

Случай 28. Изъязвившаяся липома в области надплечья со значительными отростками под лежащими здесь мышцами. Большое сходство со злокачественным вторичным продуктом. Экстирпация. Образование свищей. Гангрена раны со вторичным кровотечением. Рассечение свищей. Каленое железо. Выздоровление.

Иоганн Лёгузар из Сомеля, крестьянин, 60 лет, флегматической конституции и еще довольно хорошо сохранившегося внешнего вида, рассказывает, что, кроме лихорадочного заболевания, которое два года назад приковало его к постели на 16 недель, он никогда ничем значительным не болел. Восемь лет назад он заметил на левом надплечье, немного сзади, под нормальной кожей небольшую ограниченную опухоль размерами примерно с фасоль; эта опухоль была подвижной, твердоватой на ощупь и безболезненной даже при давлении. Опухоль постепенно увеличивалась в размерах, однако не мешала больному выполнять его повседневную работу. Так эта уплотненная овальная опухоль достигла примерно 12,5 см в длину и 10 см в ширину; тогда, т. е. год назад, на нее упало бревно, чем было вызвано довольно сильное воспаление. Больной ощущал в этом месте значительное напряжение, сопровождавшееся пульсирующими болями, которые, однако, вскоре исчезли после прорыва опухоли, благодаря чему выделилось довольно значительное количество ихорозной жидкости. В стремлении вызвать заживление этой изъязвившейся поверхности больной часто посыпал ее медным купоросом (т. е. универсальным средством против всех заболеваний у нашего простого народа), но в данном случае это средство себя не оправдало. Поэтому больной обратился за помощью в наше учреждение.

В день его приема, 24 ноября 1837 г., на левом надплечье, несколько сзади, имелась изъязвившаяся опухоль; температура ее не была изменена, а границы



со всех сторон определялись довольно отчетливо. Опухоль лежала косо: снаружи и сверху вниз; форма ее приближалась к овальной; она имела в длину 15 см и в ширину 10 см. Вследствие этого она закрывала задний край дельтовидной мышцы, акромиальную часть трапецевидной, равно как частично большую круглую мышцу и широкую мышцу спины. Небольшую часть ее можно было проследить и до наружного края лопатки. Края язвы были твердые, приподнятые, но только в такой степени, что они находились на одном уровне с кожей, и в них видны были ясные следы рубцовой ткани, которая в некоторых местах достигала ширины 5–7,5 мм и даже больше и окружала неровную изъязвленную поверхность. На ней виднелись различные грибовидные выпячивания грязного (сине-багрового) цвета, покрытые в отдельных местах грязным, похожим на сало, белым веществом. В других местах на этой поверхности видны были опять-таки углубления, которые выделяли скудное количество зловонной ихорозной жидкости. Вокруг опухоли просвечивают через кожу венозные сосуды. В отдельных местах, но неравномерно, отмечалось уплотнение, причем в отдельных участках поверхность была на ощупь более тестоватая. Поверхность опухоли была нечувствительна к давлению, равным образом больной не имел основания жаловаться на местные или общие боли; при этом его пощадили и ревматические поражения, столь распространенные среди сельского населения; нет также никаких нарушений функций целого организма. Окружающие ткани, по-видимому, не изменены, разве только соседние подмышечные железы очень незначительно увеличены.

26 ноября. Вторичный продукт подвергся экстирпации. С этой целью он был окаймлен у своего основания двумя косо направленными эллиптическими разрезами и после этого постепенно отделен от подлежащих частей. Чем больше мы проникали вглубь, тем более становилось ясно, что мы имеем здесь дело с липомой, так как шаровидные и яйцевидные жировые части ее были здесь совершенно нетронуты и заключены в особые капсулы. Во многих местах, однако, они были тесно спаяны с фасцией и поэтому их пришлось срезать вместе с последней, так как их нельзя было отпрепарировать. Значительная часть дельтовидной мышцы, позади заднего края которой уходил в глубину крепкий тяжистый отросток псевдопродукта, большая круглая мышца, верхняя часть широкой мышцы спины и участок трехглавой мышцы были обнажены начисто, как в анатомическом препарате (фасция, покрывающая эти мышцы, целиком была спаяна с опухолью, и поэтому пришлось ее удалить). На разрезе иссеченного псевдопродукта была весьма отчетливо видна ткань липомы. (Все остальное об операции и препарате см. ниже в «Замечаниях».)

Рану лишь частично удалось стянуть липкопластырными полосками ввиду недостатка кожи. Обнаженная часть раны была покрыта корпией и маслом, после чего наложены компресс, повязка и косынка. После обеда повязка слегка покраснела вследствие незначительного вторичного кровотечения. Но последнее остановилось само собой. В ране, все время остававшейся вялой, на 20-й день после операции внезапно были обнаружены два участка, подвергшиеся омертвению: один у заднего края раны, другой у заднего края дельтовидной мышцы, где образовался короткий свищевой ход, который был рассечен. При

обычном антисептическом лечении (наружном) и общеукрепляющем (внутреннем) лечении гангренозные ткани постепенно отторглись; при этом, однако, гангрена во втором месте проникла в глубину почти до надкостницы, как вдруг (на 27-й день) из этой гангренозной ямы началось артериальное кровотечение. Кровь вытекала не толчками, но все же с такой силой, что за короткое время, потребовавшееся для тампонады этой полости, больной потерял примерно 360 г крови.

Спустя 2 дня после этого оба гангренозных участка были подвергнуты действию каленого железа, а еще через 2 дня второе место снова было подвергнуто основательному прижиганию. Вся же поверхность раны была подвергнута воздействию каленого железа *per distans*¹. Через несколько дней был замечен большой свищевой ход, который исходил из глубокой гангренозной ямы и тянулся по передней поверхности плеча кверху и кнутри. Было наложено противоотверстие, а два небольших слепых мешка были вскрыты.

На протяжении 5 дней применение каленого железа *per distans* было повторено еще два раза по всей крайне вялой раневой поверхности, причем с таким благоприятным результатом, что вся рана, не исключая и гангренозных участков, вскоре стала живо гранулировать, свищевой ход начал с каждым днем уменьшаться и наконец совсем закрылся. На 62-й день после операции, когда больной по собственному желанию был выписан, рана сузилась до площади примерно в 6 см².

Случай 29. Значительная гипертрофия клетчатки правой срамной губы. Иссечение. Шов. Выздоровление.

Матрена Антоновна, русская, из Валка, 30 лет, плеторического крепкого сложения, помнит только, что в молодости страдала лихорадочным заболеванием. С тех пор до появления настоящего заболевания была совершенно здорова. Зимой 1833 г., подмываясь во время месячных, больная немного простудилась, что, однако, не заставило ее слечь в постель. Спустя несколько дней после этого в правой паховой области показалась твердая припухлость, которая стала красной, вызывала сильный зуд и достигла размеров куриного яйца. Наконец, на верхушке она стала мягкой и прорвалась, в результате чего выделился гной с примесью крови. Это удерживало больную в постели в течение двух недель, пока длилось нагноение. Впоследствии (более точно она не могла указать время) ниже прежней образовалась новая опухоль, ставшая красной, размягченной и зудящей. Она распространилась вниз, в большую срамную губу на той же стороне, и губа вследствие этого немного увеличилась в объеме. Затем припухлость большой губы стала непрерывно увеличиваться в размерах, пока, наконец, около года назад, после предшествовавших колющих и пульсирующих болей, не прорвалась на левой ее стороне, пониже половой щели. Началось гноетечение, но нагноение не оказывало никакого влияния на опухоль, и язва зажила, а опухоль, как и раньше, все увеличивалась в своих размерах. Полтора года назад у больной на пятом месяце беременности был выкидыш.

Настоящее состояние больной таково.

¹ *Per distans* или *per distantiam* (лат). – на расстоянии.



От лонного бугорка и правой паховой области, включая правую большую губу, продолговатая, близкая к округлой, свободно свисающая опухоль распространяется до середины бедра. Эта опухоль, которую можно полностью обойти в области большой срамной губы, имеет у основания обхват около 34 см, а у ее конца 40 см. Сверху и сзади она мягка, а снизу и спереди плотновата и при этом на ощупь упруга, нормального кожного цвета (только с небольшим красноватым оттенком) и с неровной, покрытой эскориациями, поверхностью. Последние расположены особенно на левой, передней и нижней стороне опухоли, где имеется также несколько мелких язвочек. Эрозии подобного рода спускаются также вниз по внутренней поверхности обоих бедер. Опухоль безболезненна, но обладает нормальной чувствительностью; давление на нее пальцем не оставляет никакого углубления. Этой опухолью левая срамная губа отеснена еще более влево; в остальном же не заметно никаких отклонений от нормы.

При внутреннем исследовании было найдено, что малые губы хрящеобразно уплотнены и несколько увеличены. Влагалище нормально, только выделение слизи усилено. Помимо зуда в опухоли, который больная испытывала в тепле, общее состояние ее во всех отношениях ни в малейшей степени не было нарушено.

27 августа. Экстирпация опухоли. Основание опухоли окаймлено двумя полулунными разрезами, обращенными выпуклостью вверх, причем таким образом, что наружный разрез, начавшись справа от лонного сочленения, доходил до промежности, а внутренний разрез имел ту же начальную и конечную точки, но только проводился с внутренней стороны опухоли, образуя дугу над правой малой губой. Основание опухоли после этого отделялось неглубокими сечениями то с правой, то с левой стороны, пока вся опухоль не была отделена. Кровоточила только одна небольшая артерия, причем кровотечение прекратилось само собой. В верхних двух третях рана была соединена узловатыми швами, а нижний угол раны оставлен открытым. Поверх раны сделаны холодные обертывания. Опухоль весила свыше 1600 г. На разрезе кожа оказалась утолщенной до 2,5 см и больше, ткань ее белая, блестящая, как сало, пронизанная неправильными, вытянутыми в поперечном направлении петлями. Кнутри от этой стеатоматозно гипертрофированной кожи имелась только рыхлая, сильно отекая клетчатка, т. е. все это в совокупности представляло отечную гипертрофию правой большой срамной губы.

В верхних двух третях раны первичное натяжение удалось полностью. Дряблые грануляции в нижней трети раны уступили применению ляписа *in substantia*¹, так что 25 сентября больная могла быть выписана как полностью выздоровевшая.

Случай 30. Рецидив полипа носа. (Продолжение истории болезни крестьянина Иоганна, эстонца из поместья Воллюст, напечатанной в «Анналах» хирургической клиники в Дерпте за 1837 г., стр. 206–207).

Единственно ненормальное, что отмечалось с тех пор, заключалось в следующем: носовая слизь всегда бывала красной вследствие постоянной примеси кровянистой жидкости. Но в сентябре 1837 г. вновь появился зуд в передней стенке правой половины носовой полости, и вскоре за тем началось опухание

¹ In substantia (лат.) – в неразведенном виде.



нижнего и среднего участка. Эта припухлость постепенно увеличивалась, принимая внешний вид, как описано выше (в «Анналах» первого года издания); только в этот раз не наступил прорыв через носовые кости и правая подглазничная область распухла сильнее, чем в прошлый раз. В таком виде больной снова обратился за помощью в клинику и 14 января 1838 г. был принят в хирургическое отделение.

17 января. Сегодня было предпринято удаление вторичного продукта следующим образом. Сначала вся правая половина носа была рассечена снизу, т. е. от правого крыла носа кверху до корня носа, после чего весь полип был более тщательно исследован. Оказалось, что полип отчасти прорастал многими и широкими корнями из гайморовой полости, отчасти сзади прикреплялся по всей ширине к носовой перегородке, а сверху был связан с решетчатой костью. Вообще по мере того как этот полип отделялся все больше с помощью пуговчатого ножа Потта от окружающих тканей, обнаруживалось его крайне разнообразное строение. При этом на поверхности он был скорее пузырчатым, в глубине и в сторону основания – более фиброзным; более того, в сторону своих прикреплений он настолько прорастал в рыхлые кости носовой полости и соседних решетчатой и гайморовой полостей, что казалось, будто он даже раздвинул костные волокна. Чтобы извлечь весь полип из гайморовой полости, пришлось провести добавочный поперечный кожный разрез, исходя из первого, через скуловую кость до наружного угла глаза, после чего можно было удалить переднюю и внутреннюю стенки полости. Поскольку вторичный нарост в то же время вверху совершенно спаялся со скуловой костью, то и эта кость в большей своей части была удалена с помощью костных ножниц, а также долота и молотка; в частности, таким путем был отсечен весь глазничный край скуловой кости вместе с нижнеглазничным каналом и отрезками содержащихся в нем нижнеглазничного нерва и нижнеглазничной артерии. Таким образом возникла широкая и глубокая полость, которая тянулась вдоль носовой перегородки и небной пластинки верхнечелюстной кости назад, доходя в глубине до клиновидной кости. Стенки этой полости составлялись из выступавших костных пластинок, частей слизистой оболочки и из оставшихся обрывков удаленной вторичной опухоли, проникавших в каждую щель, в каждое отверстие; все, что было еще доступно отсюда, было отчасти отрезано, отчасти же оторвано. Между тем наступило уже время предоставить больному покой, поскольку он впадал в тяжелое обморочное состояние и был очень изнурен. Поэтому вся полость была набита агариком и шариками из корпии; больной был уложен в постель, а на голову и всю правую сторону лица были положены ледяные обкладывания. Непосредственно после операции пульс был очень мал и достигал лишь 80 ударов в минуту. Больной жаловался на боли в передней части головы. Вечером: пульс уже улучшился и дошел до 100 ударов в минуту; головная боль стала слабее; правый глаз несколько чувствителен.

В последующие дни лихорадка была умеренной, а боли в ране были столь незначительны, что на 3-й день ледяные обкладывания можно было отменить.

На 4-й день, при вполне хорошем общем состоянии, была подвергнута действию каленого железа та часть раневой полости, которая была связана



с верхнечелюстной полостью, а на следующий день еще и та часть ее, которая соответствовала решетчатой кости и продырявленной пластинке. Под влиянием ароматических орошений и повязки с *Ung. basilic. c. T-ra Myrrh*, на первоначально грязной и зловонной поверхности вскоре появились живые грануляции, и еще один только раз понадобилось коснуться каленым железом нескольких оставшихся корней полипа на небном отростке правой верхней челюсти. Через 5 недель после операции с целью ускорения рубцевания было начато ежедневное смазывание раневой поверхности растворами адского камня в восходящей концентрации (от 0,06 до 0,72 г на 30 мл воды). В то же время отдельные места, где возникали особенно толстые и зловонные корки, прижигались ляписом in substantia, после чего образование корок уменьшилось.

6 июня больной был выписан по собственному желанию с указанием явиться вновь к началу ближайшего семестра для соединения краев раны.

Замечания

К случаю 28. Этот случай я привел здесь, чтобы 1) показать трудности в диагностике, с которыми мы сталкиваемся в некоторых случаях при изъязвлении доброкачественных вторичных продуктов, и в частности липомы и стеатомы; 2) как четкое доказательство целительной силы каленого железа при разрушительных и особенно при специфических гангренозных процессах.

Если мы представим себе язвенную поверхность у 60-летнего больного, которая выделяет грязную и зловонную ихорозную жидкость, дно которой отчасти покрыто крупными сине-багровыми фунговыми разрастаниями, отчасти изъедено в виде омерзительных, грязных углублений с приподнятыми краями, а вокруг язвы просвечивают венозные сплетения, – то едва ли кто-либо из нас будет сомневаться в том, что мы имеем здесь дело с карциноматозной язвой; и все же это было не так. Когда я исследовал ткани в окружности опухоли, то нашел, что язва сидела на выпуклом основании, что это выпуклое основание во многих местах было покрыто рубцовой тканью, а в других местах, напротив, при прощупывании представлялось в глубине тестоватым. Далее полное отсутствие боли и, наконец, рассказ больного о том, что опухоль в этой области до прорыва имела особенно большие размеры и что лечение язвы состояло в применении медного купороса, – все это побудило меня уже сразу после поступления больного рассматривать эту болезнь как *изъязвленную липому – стеатому*.

Диагноз имел для меня, безусловно, большое значение. Настоящую карциному при таком распространении и положении, при столь длительном существовании и в таком возрасте я бы не стал удалять.

На операции, которая отнюдь не принадлежала к очень легким вмешательствам, подтвердилось то, что я и прежде имел возможность несколько раз наблюдать. Дело в том, что липомы, сидящие на более широком, неясно отграниченном основании в тех областях тела, где мышцы образуют различные клетчаточные пространства (как, например, в надключичной области, в области надплечья и т. д.), обыкновенно дают отростки, состоящие из округлых жировых тяжей и распространяющиеся в глубину, иногда до самой надкостницы. Такого рода был и известный случай с липомой у актера Бекмана, которая была принята несколькими отличными



берлинскими хирургами за злокачественный фунгус и была счастливо удалена ГрEFE. Она простиралась под прямой мышцей бедра до надкостницы бедренной кости. Такого же рода была и липома в нашем случае. Она уходила под задний край дельтовидной мышцы, между большой и малой круглыми мышцами и длинной головкой трехглавой мышцы, и достигала надкостницы непосредственно под бугорками плечевой кости. Анатомическое исследование показало нам липоматозную массу, которая ближе к язвенной поверхности была уже плотной и салоподобной, а на разрезе состояла из явственных белых волокон.

Возникновение после операции гангрены на гранулирующей поверхности хорошего, но вялого общего вида я положительно не могу объяснить иначе, как размножением миазматически-контагиозной инфекции, которая в то время проявилась в нашей клинике у нескольких больных. Гангренозные пятна сначала показались в самых глубоких местах раневой поверхности. Когда гангрена стала расширяться кругом и появилось значительное кровотечение в сочетании с ознобом, изменением черт лица и малым лихорадочным пульсом у старого человека, то прогноз, естественно, мог быть поставлен только самый неблагоприятный. Тем больше ценю я в данном случае великолепное действие каленого железа (сначала *per contactum*¹ на гангренозные места, а затем на расстоянии – на всю поверхность), после того как были тщетно испробованы другие местные антисептические средства. Применение каленого железа я сочетал с ранним рассечением свищевых ходов, чтобы таким образом воспрепятствовать распространению гангрены в глубину и под кожей, а также в межмышечные промежутки, далее – с внутренним употреблением хины, водки и с питательной диетой.

К с л у ч а ю 29. Опухоль большой срамной губы, подобная удаленной мною в данном случае, наблюдалась уже неоднократно. Она интересна своим сходством с липомой, и все же по своему строению она не имеет никакой аналогии с этим ложным продуктом. На разрезе удаленной опухоли можно было явственно различить два вида ткани: одна принадлежала кориуму, другая – подкожной клетчатке. Кориум утолщен; его волокнистое строение еще ясно видно, и все же эти волокна настолько сильно утолщены, что ткань напоминает тот перерожденный кориум, который мы наблюдаем поблизости от застарелых язв стопы. Путем сильного надавливания пальцами можно выжать из кориума жидкость. Другой составной частью вторичного продукта является клетчатка. Ее перерождение также может быть лучше всего сравнено с хроническим отеком клетчатки вокруг застарелых язв стопы. Волокна и ячейки очень сильно развиты; даже легким давлением можно выжать много жидкости. Уже через несколько часов после операции опухоль весила значительно меньше, чем тотчас после операции, причем в блюде, на котором она лежала, скопилось большое количество вытекшей серозной жидкости.

В отношении происхождения этого псевдопродукта важно отметить, что внутри него не видно никаких следов жировой ткани, хотя, как известно, в нормальном состоянии большие срамные губы содержат большое количество жировой ткани, особенно в области основания. Следовательно, жировая ткань исчезает

¹ *Per contactum* (лат.) – путем прикосновения.



при этом перерождении, которое я обозначаю термином: *гипертрофия большой срамной губы*; исчезновение жира и составляет существенную разницу между этим ложным образованием и липомой. Не относится ли эта опухоль к слоновости, которая также встречается в наших краях? По моему мнению, кориум еще недостаточно сильно перерожден, чтобы заслужить название «слоновость». Как, кажется, вытекает из рассказа больной, опухоль сначала происходила из клетчатки паховой области и распространялась оттуда дальше вниз в большую губу. Во время операции я старался сохранить возможно больше кожи и слизистой оболочки, чтобы затем использовать это для образования новой большой губы, что было выполнено с помощью узловатых швов.

К случаю 30. В предыдущем выпуске «Анналов» я высказал мнение, что под названием полипов носа описываются совершенно разные вторичные продукты. Лишь впоследствии я читал об этом в весьма интересной статье маститого Дельпеша: «Des cancers des machoires» в его *Mémorial des Hôpitaux du Midi, etc.*, t. II, 1830, стр. 212.

Его взгляд на носовые полипы, основанный на длительном и обширном опыте, произвел на меня большое впечатление, поскольку он подтвердил мои убеждения не в одном только пункте. Здесь дается приведенная Дельпешем патологическая анатомия обыкновенного, везикулезного полипа носа. 1) На наружной поверхности – эпителий, придающий этой поверхности блестящий вид. 2) Под этой кожей имеется серозная инфильтрация – отек подлежащего клетчаточного слоя, содержащего расширенные более или менее крупные кровеносные сосуды. 3) Позади этого слоя – фиброзная перепонка, которая в нормальном состоянии служит основой для слизистой оболочки носовой полости и надкостницей для костей носа. Эта фиброзная ткань инъецирована, пропитана серозной жидкостью, но лишь в небольшой степени утолщена вследствие ее плотности и неподатливости. 4) В некоторых случаях между этим слоем и костью имеется отложение нового псевдомембранозного слоя. 5) Сама кость, наконец, в некоторых местах утолщается, покрывается сталактитообразными отложениями или размягчается, крошится и омертвевает.

Исходя из этого описания, Дельпеш разъясняет, что заболевание должно локализоваться главным образом в фиброзной оболочке кости или в самой кости и что везикулезно-полипозное образование, выходящее наружу из ноздрей, является только последствием более глубокого поражения, подобно тому как отмечается отечность клетчатки в тех случаях, когда воспаление или другой патологический процесс локализуется в глубже расположенных фиброзных образованиях. Таким образом, пузырьчатые полипы представляют собой только отражение, только симптом перерождения надкостницы костей носовой полости. В пользу такого взгляда ясно говорит тот известный факт, что эти полипы после их удаления рано или поздно появляются вновь и что, напротив, рецидивы наблюдаются значительно реже, если вместе с полипом удаляются щипцами также кусочки костей (например, раковины). В указанном сочинении можно найти также пример аневризматического перерождения внутренней челюстной артерии, которое в начальных стадиях появлялось под видом крупного пузырьчатого носового полипа и было принято за таковой, так что полип был выдернут. Лишь



впоследствии быстрый рост опухоли, пульсация ее и, наконец, патологоанатомическое вскрытие выявили истинное местоположение вторичного продукта.

Наш случай 30 служит также отчетливым доказательством того, что локализацией пузырчатых (и тем более других, так называемых саркоматозных) полипов отнюдь не является одна только слизистая оболочка носовой полости. Наружная поверхность ложного продукта в нашем случае представляла собой, очевидно, пузырчатый полип. Когда я оперировал больного около года назад путем полного рассечения одной половины носа, то я совсем легко мог отделить весь ложный продукт с помощью пальцев и поттова пуговчатого ножа. При исследовании основания опухоли можно было отчетливо заметить, что она исходила своими корнями из костей носа, что ее корни имели фиброзное или, как это обыкновенно называют, саркоматозное строение и что кости носа, из которых все раковины были спаяны с опухолью, полностью утратили свое нормальное строение. Они были рыхлые, крошащиеся, шероховатые. Многочисленные костные частицы были погребены в массе самого псевдопродукта.

Год спустя больной заметил возврат своей болезни. Когда он обратился к нам за помощью, опухоль достигла почти своих прежних размеров, с той лишь разницей, что та часть опухоли, которая лежала впереди, в подглазничной области, была явно связана с верхнечелюстной костью. Уже на основании одного наружного исследования можно было предвидеть, что корни опухоли стали гораздо многочисленнее и что они исходят из самой костной ткани. Таким образом, я совсем не сомневался в этом глубоком происхождении ложного продукта; поэтому мой план операции был следующий. Во - п е р в ы х , насколько возможно удалить все те части костей лица и носа, с которыми опухоль была связана. Во - в т о р ы х , после удаления вторичного продукта прижечь каленым железом большую часть раневой полости; применять это повторно в течение всего периода лечения и поэтому, в - т р е т ь и х , разрезы, которые могут потребоваться для обнажения всех корней вторичного продукта, не соединять швами с тем, чтобы таким образом иметь возможность наблюдать за состоянием внутренней поверхности в течение всего периода лечения и обеспечить каленому железу более легкий доступ ко всем неровностям и карманам раневой полости. В - ч е т в е р т ы х , наконец, когда вся гранулирующая поверхность уже затянется рубцом, освежить заново края кровавым путем и соединить их обвивным швом.

Я не уверен, что в нашем случае мог бы найти применение новый метод Диффенбаха, заключающийся в том, чтобы при костных опухолях верхней челюсти разрез вести по срединной линии носа и лица. Дело в том, что этот разрез пригоден как раз для быстрого соединения краев раны, но стал бы, безусловно, препятствием там, где в дальнейшем потребуются свободное наблюдение за состоянием всей раневой полости. Образующий при этом оперативном методе лоскут покрывал бы значительную часть раневой поверхности, загораживал бы доступ к носовой полости, а кроме того, при подобном выкраивании лоскута значительно увеличились бы размеры нагнаивающейся поверхности. Поэтому разрез через правую половину носа прямо по рубцу, образовавшемуся после разреза, сделанного год назад, и, кроме того, добавочный поперечный разрез через кожу щеки в области скуловой кости послужили мне для того, чтобы обнажить переднюю, щечную



(подглазничную) часть вторичного продукта и получить свободный доступ к носовой полости. Однако операция показала мне, к сожалению, невозможность добраться отсюда до всех корешков полипа, так как эти корни состояли из трех частей. Дело в том, что носовая часть опухоли исходила 1) из всех раковин, 2) из костной и хрящевой носовой перегородки, 3) из решетчатых клеток, так что этим самым довольно крупная часть опухоли была связана с основанием черепа. Глоточная часть опухоли произрастала 4) из носовой поверхности мягкого неба и 5) из боковых частей хоан. Наконец, щечная часть опухоли исходила 6) из всей внутренней поверхности гайморовой полости и из sinus sphenomaxillaris, 7) из скуловой кости и внутренней части нижнего края глазницы.

Насколько возможно, я удалял части этих костей крепким ножом, костными ножницами, долотом и молотком. Однако многочисленные корешки в решетчатых ячейках я не мог проследить глубже. Поэтому каленое железо применялось преимущественно в этом месте. (Прочее об этой операции ср. с историей болезни.)

Исследование удаленной опухоли показало нам нечто небезынтересное для патологической анатомии полипов. И на этот раз можно было отчетливо различить две составные части ложного продукта: 1) везикулезную и 2) фиброзную, волокнистую часть. Одна часть полипа, происходившая из решетчатых клеток, была чисто пузырьчатого строения, т. е. состояла из пузырьков различной величины желтовато-белого цвета, которые в общем обнаруживали большое сходство с винным желе и в одних местах имели консистенцию отечной клетчатки, а в других – студня.

Другая часть полипа, исходившая из носовых раковин и скуловой кости, напротив, была на ощупь значительно плотнее и, очевидно, состояла из двух тканей. 1) Она образовала множество кругловатых выпячиваний различных размеров, снабженных плотной и неподатливой оболочкой, походившей на псевдомембрану. На разрезе опухоли можно было видеть, что эта оболочка посылая многочисленные беловатые волокнистые отростки во внутреннюю часть вторичного продукта, благодаря чему последний был разделен на отдельные доли, которые в свою очередь были наполнены пузырьевидным веществом, так что разрез опухоли, пожалуй, можно было в некоторой степени сравнить с лимоном в разрезе. 2) Основание или корни этой части полипа, связанные с названными костями, тоже имели плотное строение, напоминающее утолщенную хроническим воспалительным процессом надкостницу, и без труда отделялись от подлежащих костей. От этой ткани отходили также несколько беловатых полос в сторону центра опухоли, которые древовидно разветвлялись в ней. 3) Наконец, исследование кости имело для нас чрезвычайно важное значение. Костные поверхности, на которых полип покоился посредством только что описанных корней, во многих местах были на ощупь неровные и шероховатые и крошились; необходимо особенно отметить, что пузырьевидное вещество целиком заполняло ячейки губчатой костной ткани, что можно было отчетливо видеть невооруженным глазом. В центре этой части псевдопродукта, окруженном со всех сторон опухолевой массой, видно было несколько изолированных кусков кости, крошащихся и опять содержащих в своих ячейках пузырьевидное вещество.



Разве это исследование не доказывает ясно, что ложный продукт произошел от надкостницы и от самих костных ячеек? Как в соответствии с этим должен быть назван вторичный продукт? Является ли он истинным полипом? Я отвечаю: нет, так как это название должно обозначать одни лишь разрастания слизистой оболочки. Я полагаю, что именно подобный ложный продукт лучше всего заслуживает названия *везикулезного перерождения кости*. Описание пузырчатого полипа, данное нами выше по Дельпешу, очевидно, не совсем подходит к нашему случаю. Дельпеш говорит о везикулезном преобразовании слизистой оболочки носа как об отражении глубже лежащего костного поражения. Только в этом смысле и наш случай относится к той же категории. Мы видим, однако, что на нашем препарате пузыревидное вещество является существенной составной частью вторичного продукта, что его нельзя рассматривать как простой отек клетчатки (см. выше описание Дельпеша). Оно заполняет костные ячейки, и следует принять с большей вероятностью, что весь патологический процесс начался с отложения этого пузыревидного вещества в костных ячейках и что части костей, импрегнированные этой массой, потеряли свою жизнедеятельность, омертвели, точно так же, как при спондилартрокаце костные участки становятся некротичными и свободно лежат в полости (см. выше Костные заболевания).

Мы можем, следовательно, надеяться на полное разрушение опухоли не раньше чем все болезненные участки костей, импрегнированные пузыревидной массой, будут удалены и их нутритивная деятельность будет перестроена посредством каленого железа. Самым надежным, несомненно, будет прижигание оставшихся костных поверхностей с тем, чтобы вызвать их некроз и дожидаться отторжения гангренозных костных частей. Только путем возбуждения этого разрушительного процесса в костной ткани можно быть уверенным, что в ней начнется новая нормальная вегетационная деятельность, которая предотвратит возврат данного поражения.

Я должен при этом известить своих читателей, что, к сожалению, у нашего больного в третий раз возник рецидив заболевания и что корни вторичного продукта проникли еще дальше в костную ткань, особенно в верхнечелюстную кость. В настоящее время он опять лечится у нас. Я выполнил операцию уже в третий раз, причем я удалил значительную часть верхнечелюстной кости. Дальнейшее об этом будет сообщено в следующем выпуске «Анналов».

Примечательно в нашем случае и то обстоятельство, что после удаления нижней стенки глазницы и нижнеглазничного нерва глаз не только полностью сохранился, но и в дальнейшем не обнаруживал никаких признаков [патологической] реакции. Сознание также не было нарушено ни в малейшей степени, несмотря на близость опухоли (через решетчатые клетки) к мозгу.



IV. Паховая аневризма

Случай 31. Паховая аневризма. Перевязка наружной подвздошной артерии с помощью лигатурных палочек. Вторичное кровотечение. Перевязка общей подвздошной артерии. Гангрена раны. Противоестественный задний проход. Пернициозные приступы озноба. Смерть.

Степан Егорович, с бумажной фабрики в Раппине, 28 лет, провел, по его словам, здоровую молодость, но 8 лет назад страдал шанкром; несмотря на то что он не выходил из дому и по совету одного врача принимал против этой болезни пилюли и еще какие-то другие средства, болел он в течение 8 недель. Слюнотечения не было.

Два года назад у больного без всякой внешней причины внезапно начались рези в животе, поясничные боли и частые позывы на мочеиспускание, причем моча его была с примесью крови и, по его словам, состояла даже из чистой крови. Вместе с тем иногда появлялся понос, также с примесью крови. Через 2 месяца кровавое мочеиспускание прекратилось, но с тех пор моча дает белый осадок, похожий на яичный белок. Учащенные позывы на мочеиспускание имеют место еще и сейчас, а испражнения время от времени делаются жидкими, с примесью кровавых прожилок. Наконец, 5 месяцев назад больной заметил на бедре небольшую пульсирующую опухоль, которая хоть и не причиняла боли, но на глазах увеличивалась. В то же время бедро стало ослабевать при ходьбе. Вначале опухло все бедро, а когда отек здесь уменьшился, то стала значительно опухать голень.

Status praesens. Весь вид больного кахектический, лицо землистого цвета, а все тело тощее. В верхней трети правого бедра имеется опухоль величиной больше кулака, заметно пульсирующая. Начинаясь под пупартовой связкой, она простирается вниз на ширину ладони соответственно ходу бедренной артерии; цвет кожи над ней – нормальный. Опухоль в целом имеет форму полушария, на котором находятся два бугра: один круглый, поменьше, расположенный непосредственно под пупартовой связкой, на вид натянутой, и один более крупный, скорее конический, положение которого соответствует середине опухоли. На коже в области опухоли, с наружной стороны, видно несколько синеватых пятен. Стенки опухоли на ощупь не то чтобы толстые, а скорее эластичные и сильно пульсирующие. Если легко сдавить артерию пальцем выше пупартовой связки, то чувствуется, как кровь протекает под пальцем с жужжанием. Это жужжание ощущается вдоль всего хода наружной подвздошной артерии, насколько ее можно проследить через брюшную стенку. Стетоскопом можно выслушать в опухоли шум, напоминающий шум кузнечных мехов. Отчетливее всего он слышен непосредственно под пупартовой связкой.



Если сдавить артерию выше пупартовой связки, то пульсация в опухоли прекращается и она уменьшается в объеме. Но как только давление ослабевает, опухоль тотчас же снова принимает свой прежний объем. Голень представляется отечной, при давлении и резких движениях она болезненна, но красноты нет. Через брюшную стенку ощущается пульсация аорты. Однако при выслушивании стетоскопом отсутствует своеобразный дующий шум. В груди дыхательный шум всюду ясный. Пульс нормальный, сердечный толчок не чрезмерно сильный, но с помощью стетоскопа выслушивается дующий шум, распространяющийся в переднее средостение и в верхнюю часть левой половины грудной полости.

При катетеризации определяется сокращение мочевого пузыря и чувствительность его шейки. Предстательная железа при прощупывании через прямую кишку представляется немного увеличенной и тоже чувствительной к давлению. Больной указывает также, что при испражнении он ощущает здесь колющую боль. Нигде нельзя было определить пальцем геморроидальные узлы.

В остальном в данный момент общее состояние ничуть не нарушено. Только временами больной жалуется на стреляющие боли в области крестца. Кроме того, как уже сказано, довольно часто появляются поносы с примесью крови в испражнениях и в моче выпадает слизистый осадок.

19 ноября. Больной жалуется на дурной вкус во рту; последние три дня не было стула. Больному была сделана размягчающая клизма; поставлено 5 пиявок в окружности заднего прохода, а внутрь назначена сатурация.

20 ноября. Был стул. Больной жалуется на боли по внутренней поверхности правого бедра и в области мочевого пузыря, причем здесь особенно при давлении. На область мочевого пузыря поставлено 10 пиявок; внутрь назначен порошок из *Crem. tart.*, *Magn. carb.*, *Flor. sulf.* Так как после принятия порошка стула не было, вечером поставлена клизма.

21 ноября. Стул один раз. Чувствительность в области пузыря прекратилась.

24 ноября. Произведена перевязка наружной подвздошной артерии выше пупартовой связки. Кожный разрез сделан на 3 поперечных пальца выше пупартовой связки и параллельно ей. Наружный угол раны находился на расстоянии 2 поперечных пальцев от передней верхней подвздошной ости, а внутренний угол на таком же расстоянии от бугорка лонной кости. Равномерными сечениями, свободно от руки, рассечены кожа с подкожной клетчаткой, поверхностная фасция, апоневроз наружной косой мышцы и слой мышц – внутренней косой и поперечной мышцы живота. В наружный угол раны, через перерезанные мышцы, стала выпячиваться беловатая пластинка. Она тотчас же распознана как поперечная фасция, захвачена пинцетом, надрезана и затем рассечена на желобоватом зонде до внутреннего угла раны, где она становится тоньше и интимнее спаяна с апоневрозом. Теперь в ране предлежала обнаженная брюшина, которая была осторожно и лишь немного отслонена с помощью обоих указательных пальцев; после этого сразу же можно было прощупать артерию. Она была напряжена, очень живо пульсировала, причем пальцем не обнаруживалось ничего ненормального ни со стороны ее размеров, ни со стороны ее строения. Теперь артерия была осторожно отпрепарирована с помощью желобоватого зонда, и после отодвигания мягких тканей вверх пульсирующую артерию можно было



видеть в глубине раны на протяжении 1,25 см. При сдавлении артерии немедленно прекращалась пульсация и всякое передвижение в аневризматическом мешке. Сперва под артерию продвинут желобоватый зонд, а затем зонд заменен аневризматической иглой Дешана, снабженной крепкой шелковой нитью средней толщины. Семенной канатик, надчревная артерия и подвздошная вена при этом даже не были видны.

Теперь больному предоставлено несколько минут покоя. При поисках и распознавании артерии в глубине большую услугу оказала столь характерная для этого места лимфатическая железа, расположенная на артерии. Так как она продолговата и воспринимает пульсацию от самой артерии, то ее не следует смешивать с последней. После извлечения аневризматической иглы шелковая нить продолжала оставаться под артерией; эта нитка была проведена в лигатурную палочку Грефе, и с ее помощью артерия была стянута. Уже сразу при первых поворотах всякая пульсация в аневризматическом мешке прекратилась. Затягивание лигатуры отнюдь не причиняло больному боли и не вызывало ни малейших припадков. Кровотечение, которое было, впрочем, весьма незначительным (около 60 г), вскоре прекратилось, и можно было приступить к соединению краев раны, что было выполнено с помощью липкопластырных полос. В середине раны лигатурная палочка была оставлена на артерии в отвесном положении и окружена валиком из мягкой корпии, удерживаемая в своем положении полосками липкого пластыря. Она подпрыгивала ритмично в ране, изохронно ударам пульса. В аневризматическом мешке никакая пульсация вообще больше не определялась.

Операция подействовала на больного в очень незначительной степени, и после нее никаких особых отклонений у него не отмечалось. Правая нога повсюду сохраняла свою теплоту; пульс 80 ударов в минуту, эластичный, как прежде. Операция была окончена в 12 часов пополудни. В 2 часа пульс был несколько ускорен и твердоват; в 6 часов вечера пульс был 90 ударов. Правый надколенник и пальцы стопы тепловаты. К подошве положена бутылка с теплой водой. Больной жаловался на жгучую боль в ране. Около 11 часов вечера началось сердцебиение и появилось какое-то ощущение оглушенности. Пульс 100, твердоватый; усилилась жажда. Тотчас же было сделано кровопускание на правой руке количеством в 180 г. Вскоре после этого больной почувствовал большое облегчение. Сердцебиение и оглушенность прекратились, пульс 80, мягкий.

25 ноября. Больной почти всю ночь спал спокойно. Жажда продолжается. Больной указывает на какое-то чувство полноты в правой паховой области. Правая нога такая же теплая, как левая, она онемела только один раз в 7 часов утра. Два дня продолжается запор, поэтому поставлена клизма. Вечером: боль в области пупка и около раны; боль усиливается при давлении, разговоре и дыхании; пульс около 100, твердоватый; правая нога тепла на ощупь. Было сделано кровопускание в 150 г, на болезненное место живота поставлено 15 пиявок. Был один раз стул.

26 ноября. Живот безболезненный; пульс 100, несколько напряженный; беспокойства не было. Правая нога везде теплая. Вчера вечером после клизмы был стул. В опухоли не ощущается никакой пульсации. Лигатурная палочка

подскакивает в ране ритмично с пульсом. Назначено: Rp. Pulv. *h-bae* Digit. 0,0075, Nitr. *depurat.*, Sacch. *alb.* aa 0,3. DS. По 1 порошку каждые 3 часа. Вечером: больной лежит совершенно спокойно. Из наружного угла раны выделяется немного жидкого ихорозного гноя. Рана была здесь промыта, после чего на это место наложены новые полоски липкого пластыря.

27 ноября. Липкий пластырь снят. Края раны были спаяны в глубине лимфатическим веществом, а на поверхности края ее разошлись на 2,5–5 мм и щель между ними была заполнена серым гноем. Лигатурная палочка стояла в ране отвесно и очень сильно пульсировала. Она была затянута крепче, на три зубца, на рану наложена повязка с дигестивной мазью. Пульс 90, мягкий, правая нога теплая; в аневризматическом мешке пульсация отсутствует. Вечером после клизмы был стул.

28 ноября. Повязка снята. Лигатурная палочка подпрыгивала в ране еще очень живо и была окружена жидким гноем, заполнявшим также всю раневую щель, которая в наружном углу раны в одном месте была глубже. Общее состояние больного довольно хорошее; пульс 88, эластичный. Полная смена повязки, как накануне.

29 ноября. Повязка снята. Нагноение вокруг лигатурной палочки и в наружном углу раны было сегодня еще обильнее, чем вчера. Лигатурная палочка еще подскакивала сильно в раневом канале. Нитка на палочке была откручена, и один конец нитки перерезан недалеко от конца палочки в самом раневом канале, после чего палочка вместе с ниткой была с легкостью удалена. На нитке висел гнойный обрывок омертвевшей клетчатки. Вся рана была подвергнута орошению и очищена, затем закрыта плюмассо с дигестивной мазью, поверх чего положен липкий пластырь. В аневризматическом мешке пульсация не появилась, и казалось, что все идет хорошо. Однако сразу же после наложения повязки между полосками липкого пластыря начала вытекать алая кровь. Пластырь тут же был снят, и теперь из всей раны с большой скоростью потекла алая кровь. Тотчас же было произведено сдавление сосуда обеими руками выше раны. После того как сильно пульсировавшая артерия была прощупана через брюшные стенки кончиками пальцев и здесь сдавлена, кровотечение остановилось.

Так как нельзя было терять время, то тут же было решено лигировать артерию выше места прежней перевязки или же перевязать общую подвздошную артерию. В то время как один помощник сильно сдавливал кровоточившую артерию пальцами тотчас выше первой раны, был сделан новый разрез через кожу и мышцы параллельно первому, но только на 3 пальца выше него. Поперечная фасция была быстро обнажена. Она была приподнята пинцетом, надрезана и рассечена на подведенном желобоватом зонде. Теперь глазам представилась брюшина с лежащими за нею внутренностями. Брюшина отслоена обоими указательными пальцами от задней поверхности поперечной фасции. Однако при этом обнаружилось, что ближе к пупартовой связке брюшина была тесно спаяна с окружающими тканями посредством возникших уже пластических отложений. Брюшина была порвана концами пальцев, после чего уже со стороны брюшной полости можно было почувствовать биение артерии. Над ней брюшина была вторично порвана пальцем, и только теперь можно было



изолировать артерию, чтобы провести позади нее аневризматическую иглу, что удалось с большим трудом. После этого артерия была тут же крепко стянута подведенной ниткой; сдавление ниже было прекращено, и всякое кровотечение прекратилось.

Вся кровопотеря определена только в 180 г – настолько быстро и с такой выдержкой прижатие сосуда было выполнено [помощником]. Рана стянута полосками липкого пластыря, поверх сделаны ледяные обкладывания.

Через каждые 5–10 минут дается внутрь пилюля из льда и каждые 2 часа 0,03 г *Digit.* с 0,3 г *Nitrum*, растворенные в миндальной эмульсии. Сразу же после перевязки артерии у больного начались сильные боли в ране, которые, однако, после прикладывания пиявок (20 штук) смягчились. Пульс 88, мягкий; больной был бледен и охвачен беспокойством. Вечером. Правая нога чаще немеет, но температура ее нормальная. Последовательное кровотечение из укулов пиявок весьма значительное. Живот немного эластично напряжен. Пульс 100, мягкий. Никаких вторичных кровотечений не было, как и сердцебиений или головокружений. В назначениях ничего не изменено.

30 ноября. Ночью больной почти совсем не спал из-за душевных волнений и последовательного кровотечения из укулов пиявок. Сегодня в 7 часов утра он жаловался на резкое колотье в новой ране и выше нее. В этом месте живот был болезненный и несколько напряженный. Была поставлена размягчающая клизма, после которой вышло незначительное количество испражнений, но зато отошло большое количество газов. Вскоре после этого больной спокойно спал в течение получаса. Но так как после сна не все еще боли в области раны прошли, хотя больной и чувствовал значительное облегчение, причем пульс был немного возбужденный, то было сделано кровопускание в количестве 150 г и вокруг пупка поставлено 15 пиявок. Внутри было назначено: *Rp. Calom. 0,12, Sacch. alb. 0,6*, каждые 3 часа по 1 порошку, а в промежутках между ними каждые 2 часа 0,015 г *H-bae Digital.* Повязка осталась нетронутой. Вечером. Больной все время лежал спокойно и иногда засыпал минут на 10–20. Боли в животе полностью отсутствуют, нет и боли в ране. Места укулов пиявок частично еще кровоточили. У больного неоднократно возникало чувство теплоты в области сердца. Пульс 124, мягкий, маловатый. Прием внутренних лекарств продолжался, а в области сердца производились обкладывания с крепким уксусом и со льдом. Стула не было.

1 декабря. Ночью больной временами спал, но большей частью бодрствовал. После клизмы сегодня утром отошел только небольшой кусочек кала. Каломеля израсходовано около 1,2 г. Пульс около 104, твердоватый; вид больного выражает беспокойство и некоторую изнуренность. Болей в животе нет. Каломель отменен, а прием наперстянки по 0,015 г каждые 2 часа продолжается. К напитку прибавляется несколько капель *Elixir, acid. Haller.* Сделано уксусное обкладывание области сердца, а поверх него пузырь со льдом. Повязка не тронута. Вечером. Никаких существенных изменений не произошло. Пульс 120, твердоватый. Временами появляется икота. Иногда больной спит.

2 декабря. Больной спал мало, но беспокойства и болей не было. Стула не было, пульс 104, неполный, но твердоватый. Нижняя рана была обнажена. Она



имела грязный вид, но выделения скудные. Рана была подвергнута орошению раздражающим раствором и перевязана с такой же мазью. Верхняя рана не была обнажена. Назначения: все лекарства отменяются; в качестве диеты порция фруктов в холодном виде. В качестве напитка остается: *Dec. Hord. с Acid. Hall.* Ледяные и уксусные обкладывания области сердца. Размягчающая клизма. Вечером. Благодаря холодным обкладываниям наступило легкое познабливание. После клизмы отошел небольшой кусочек кала. Пульс 108, твердый и напряженный. Временами появляется икота. Ледяные обкладывания отменяются.

3 декабря. Больной спал ночью только временами; к утру у него было какое-то непродолжительное тяжелое ощущение в груди, несколько раз были позывы к испражнению. Однако после клизмы, поставленной в 5 часов утра, никаких испражнений не последовало, а тенезмы временами повторялись. Пульс 112, не такой твердый, как вчера вечером. Нижняя рана была обнажена. Ихорозного гноя оказалось немного больше, чем вчера. Рана за это время покрылась слабыми грязновато-красными грануляциями. После тщательного орошения раны она была посыпана красным преципитатом, затем наложена повязка с *Ung. basilic.* Верхняя же рана осталась с прежней повязкой. Назначения: больной получает время от времени чайную ложку фруктового мороженого, к обеду чашку чистого мясного бульона (но принимать в остуженном виде). Уксусные обкладывания груди. Вечером. Сегодня после обеда был трижды стул, причем последний раз особенно обильный и жидковатый. Живот не болит. В груди часто возникает чувство тепла. Пульс 110, твердоватый. Чашка бульона.

4 декабря. Ночью больной спал довольно много. К утру он еще раз испытал ощущение теплоты в груди. Пульс 102, твердоватый. Сегодня обнажены обе раны. На нижней образовалась тонкая пленка из слизи и преципитата; отделение ихорозного гноя было здесь умеренное. В верхней ране после разреза кожные края разошлись на 5–7,5 мм, раневые поверхности имели грязно-серый вид и выделили небольшое количество ихорозного гноя. Лигатурная нить осталась нетронутой. После того как обе раны были осторожно орошены настоем ромашки, они были покрыты смолистой мазью, поверх которой положены длинные полоски липкого пластыря. Лекарства совсем не давались, уксусные же обкладывания груди продолжались; больной получал фруктовое мороженое и к обеду чашку охлажденного мясного бульона. Вечером. Ничего особенного не произошло. Пульс 108, слегка напряжен; с середины вчерашнего дня стула не было.

5 декабря. Обе раны обнажены. Они имели такой же вид, как вчера, только вокруг наружного угла верхней раны появились эскориации, вероятно, вследствие раздражения очень острым гноем с резким кислым запахом. Сюда положена простая мазь, а в раневые щели дигестивная мазь. Общее состояние как накануне, только артерии сегодня пульсируют живее, особенно сильно выражена пульсация в надчревьe, а также выше обоих мест перевязки справа и над пупартовой связкой слева. Пульс 120 ударов в минуту. Назначения: *Rp. H-bae Dig. purp. 0,015, Sacch. alb. 0,6*, по 1 порошку каждые 3 часа. Холодные обкладывания на область сердца. К обеду чашка остуженного бульона. Вечером. Стул один раз. Пульс 110. Выделения верхней раны просочились через всю повязку.



6 декабря. Верхняя рана выглядела сегодня еще хуже, чем вчера, причем вся поверхность ее гангренозна и начинает отторгаться с краев. Выделения очень острые, зловонные и обильные. Окружающие ткани болезненны, и кожа здесь частично омертвела. Рана подверглась орошению раздражающим раствором, после чего наложена повязка с дигестивной мазью. Нижняя рана имеет лучший вид, в ней видны следы грануляций. Она перевязана таким же способом. Общее состояние как вчера; пульс 112, не особенно твердый. Вечером. После клизмы был стул.

7 декабря. Никаких существенных изменений не произошло. Пульс 108, мягкий. Верхняя рана сегодня имеет еще более грязный вид, чем вчера. Выделения очень обильны. На нее положена повязка с *Ung. basilic. (30,0)* и *T-ra Myrrh. (3,75)*, а плюмассо в течение всего дня многократно смачивалось настоем ромашки с настойкой мирры. Наперстянка отменена, и назначена только клизма, вслед за которой последовал обильный стул. Слизистая оболочка полости рта немного афтозна; это запоздалое последствие употребления порошков каломеля. Больной получает настой ромашки с медом и бурой для частого полоскания рта и камфорное масло для смазывания.

8 декабря. Выделения из верхней раны становятся очень обильными, так как начинается отторжение гангренозного струпа. Даже при нежном надавливании на живот выше раны из глубины обильно вытекает гной. Рана подвергнута орошению следующим отваром: *Rp. Cort. Chin. 90,0 ad Dec. 720,0, T-rae Myrrh. 30,0*. Смоченное этим отваром плюмассо введено в рану и смачивалось им же каждые полчаса. Большой палец правой ноги на ощупь холодный; в течение двух последних дней больной жаловался на боли в этом пальце. Однако цвет кожи его нормальный. Общее состояние как вчера; пульс 108. Появляется довольно сильный аппетит. Лекарства не давались. Вечером вследствие чрезвычайно сильных выделений из верхней раны пришлось опять сделать перевязку. Пульс достигал 110 и снова был очень сильный. Больной ощущал также несколько раз теплоту в груди. Были даны 2 порошка наперстянки по 0,03 г и опять сделаны ледяные обкладывания на область сердца.

9 декабря. Выделения из верхней раны, в которой отторжение всего омертвевшего продвигается все дальше, чрезвычайно обильны. После того как рана была очищена, она целиком засыпана порошком из *Cort. Chin. (30,0)* с *Flor. Chamom.* и покрыта корпией, смоченной в назначенном накануне декокте хины, обогащенном сегодня хлорной водой (по 30,0 на 360,0 декокта); корпию надлежит смачивать этим декоктом каждые полчаса – вид раны улучшился, она перевязана, как вчера¹. Пульс 108, не твердый. Язык немного обложен, влажный. Назначена *Acid. phosphor. dilut.* по 5 капель каждые 3 часа, а в качестве диеты тепловатый бульон и мясной студень, подслащенный сахарным сиропом.

10 декабря. Так как в течение двух дней не было стула, то к полуночи больному поставлена размягчающая клизма. Когда вскоре после этого начались позывы к испражнению, через повязку верхней раны просочилось около 90–120 г коричневой жидкости с большим количеством пузырей, и пока еще

¹ По-видимому, эта фраза относится к вечернему обходу врача.



происходила дефекация, через повязку непрерывно просачивалась коричневая густоватая жидкость, от которой исходил настолько явственно каловый запах, что едва ли можно было дольше сомневаться в наличии калового свища. Это истечение из раны длилось всю ночь и продолжалось еще сегодня утром. Около 3 часов утра больной был охвачен сильным ознобом, причем его бросало по всей кровати и он ощущал сильный холод. У больного был осунувшийся вид, пульс очень скорый и малый. Был дан порошок: *Pulv. Dov. 0,3 с. Chinin. sulf. 0,12*. Через 10 минут приступ окончился. Вся его продолжительность составляла 20 минут. Во время этого приступа и после него больной был охвачен беспокойством. Через час, в течение которого дыхание было очень затрудненным, больной засыпал несколько раз на полчаса.

Во время утренней визитации пульс был 128, средней силы; язык обнаруживал склонность к высыханию и был обложен коричневым налетом. Верхняя рана была очень грязная, но после тщательной ее очистки в ее внутреннем углу можно было видеть покрытый грануляциями наружный край прямой мышцы живота, а в том месте, где лежала лигатурная нить, было видно углубление 2,5 см в поперечнике, грязного вида, но с начинающимся уже гранулированием по краям. В глубине лежал небольшой кружок, который легко можно было определить как пахнущий калом кусок яблочной шелухи. Однако нигде нельзя было обнаружить отверстия в кишечнике. Это углубление было отделено от другого, меньшего, такого же грязного углубления в наружном углу раны посредством гранулирующей перегородки. Нижняя рана была почти вся покрыта бледными грануляциями, и только в середине имелся уходящий в глубину грязный участок. Перевязка обеих ран сделана как накануне. Внутри назначен порошок хинина (по 0,12 г на прием), к каждому порошку прибавлять по 2 капли опийной настойки. Вечером. Ничего особенного не произошло. Верхняя рана почти совсем не мокла. Каловых масс не было замечено. Больной много спит. Смена повязки. Из порошков хинина исключен опий.

11 декабря. Ночью больной очень много спал. Ничего примечательного не случилось. Озноба не было. Сегодня утром пульс был 118, не твердый. Повязка на верхней ране была лишь мало пропитана серовато-белым густым гноем. Каловых масс не было видно. Однако, когда рана была обнажена и очищена, в средней ямке, из которой свисала лигатура, под наружным краем прямой мышцы живота можно было видеть мелкие порции вышедшего кашицеобразного кала, так что наличие калового свища, причем именно в этом месте, теперь было доказано с полной очевидностью. Из наружной ямки можно было проникнуть пальцем или зондом в широкий свищевой ход длиной около 10 см, который распространялся между брюшными мышцами в направлении к поясничной области. Теперь в конце этого хода фистульным ножом Блёмера было проделано небольшое противоотверстие, а самый ход сдавлен посредством градуированных компрессов. Раны перевязаны, как раньше. Внутри больной получил: раствор хинного экстракта с сернокислым хинином и с несколькими каплями фосфорной кислоты. В качестве диеты телячий студень с фруктовым сиропом и 3 чашки мясного бульона в день. Через полчаса после перевязки наступил общий озноб (второй приступ); в это время пульс упал, но не был более ускоренным,



чем утром. Вся кожа была теплая. Руки, тело, ноги, нижняя челюсть дрожали. Приступ продолжался $\frac{3}{4}$ часа. В лечении ничего не было изменено. Вечером. Больной немного потел. Повязка полна густоватого кала, который после снятия повязки и применения клизмы обильно вытекает из свищевого отверстия вместе с большим количеством газов. На рану, которая, впрочем, не изменила своего довольно хорошего вида, наложена рыхлая повязка, а поверх свищевого отверстия положена большая губка.

12 декабря. Всю ночь больной провел спокойно, временами даже спал. Язык только изредка суховат. Пульс 112, мягкий. В верхней ране оказалось лишь немного кала. Только наружный угол ее еще остается грязным. Свищевые ходы прокладывают себе дорогу также вверх и вниз. Нижняя рана сохраняет довольно хороший вид, кроме все еще грязной середины. Повязка как накануне. Вечером. Больной сильно потел в течение нескольких часов. Смена повязки. После этого больной жаловался на неприятное общее самочувствие. Он тотчас же получил 0,3 г хинина с 6 каплями настойки опия. Применение микстуры тоже продолжалось.

13 декабря. В 4 часа утра началось легкое познабливание, которое с небольшими перерывами продолжалось до 6 часов 30 минут (третий приступ). В течение дня больной в остальном чувствовал себя, как прежде. Язык все время оставался немного влажным. Appetit исчез еще не полностью. Пульс 120, мягкий. Состояние обеих ран как накануне. Течь из калового свища небольшая. Повязка та же. В 5 часов 30 минут вечера после испуга, вызванного падением небольшого столика, наступил приступ озноба, который начался с ощущения холода во всей груди (четвертый приступ). Больной рассказывал, что у него такое чувство, будто вся его грудь заливается студеной водой; это чувство распространяется отсюда на спину и вызывает дрожь. Кожа всего тела, особенно на лбу, была огненно горячая, пульс 130, очень подавленный. Приступ длился $\frac{3}{4}$ часа. После этого охваченный беспокойством больной постепенно успокоился.

Без всякой предшествовавшей причины в полночь в повязке верхней раны показалась алая кровь. Ассистент хирургической клиники, который находился тут же, тотчас частично обнажил рану, и теперь из глубины верхней раны неудержимо и с большой силой хлынула алая кровь. Левым кулаком была прижата сильно пульсировавшая брюшная аорта, а правой рукой в это время в рану был введен агарик. Вначале кровь беспрепятственно снова изливалась по бокам и через губку. Когда же вся раневая щель была поспешно набита и полностью закрыта большими кусками агарика, то кровь лишь в небольшом количестве еще прокладывала себе дорогу наружу. После этого кровоостанавливающий порошок был высыпан в изобилии на губку, сверху набросана целая гора рыхлой корпии, которая прижата была компрессом и сильно натянутыми полосками липкого пластыря. Кровотечение полностью остановилось, но больной был в высшей степени изнурен. Он потерял, пожалуй, больше фунта крови и вследствие этого имел чрезвычайно осунувшийся вид. К концу кровотечения он начал немного заговариваться, что продолжалось в течение большей части ночи. Пульс сделался нитевидным, он быстро и неотчетливо дрожал под пальцем.



14 декабря. Тампон еще хорошо держится. Кровь больше не показывалась. После того как больной почти всю ночь тихо бредил, а в общем лежал спокойно, мучимый только сильнейшей жаждой, он сегодня утром в полном сознании, лежит спокойно, но в высшей степени изнурен. Пульс 128, слабый; дыхание несколько затрудненное. Язык коричневый и совершенно сухой до самого кончика. Коричневый, кашицеобразный кал без примеси крови (которая, вероятно, могла бы попасть во время кровотечения через каловый свищ в кишечный канал) отходил несколько раз через заднепроходное отверстие. В течение всего дня больной так и лежал совершенно спокойно; тампон стоял на своем месте без следов крови. В 6 часов вечера пульс был 140, очень слабый; дыхание несколько затрудненное. Потребовав бульон, больной поел его с большим аппетитом и сразу же после этого скончался, в 6 часов 30 минут, без предсмертной борьбы, без хрипения, сделав один глубокий вдох.

Вскрытие было сделано через 40 часов после смерти. Внешне вся левая нога казалась похудевшей, правая отечна, но не чрезмерно. Аневризматическая опухоль не изменила своего объема. Нижняя рана, где был перевязан сосуд, представляла собой щель, заполненную дряблыми грануляциями; верхняя рана была целиком заполнена агариком, пропитанным кровью. При вскрытии брюшной полости можно было видеть, что многие петли тонкого и толстого кишечника срослись с брюшиной по всей окружности верхней раны, так что из раны со всех сторон нигде нельзя было попасть в свободную брюшную полость. Напротив, середина раны сообщалась с отверстием в толстой кишке (*colon ascendens*), сросшимся со всех сторон с краями этой раны; отверстие имело в диаметре 7,5–10 мм. Немного кзади и кнаружи от этого места находилась подвздошная артерия, окруженная и окутанная лимфатическим сгустком, частично уже расплавленным.

Правая общая подвздошная артерия была на границе средней и нижней трети окружена лигатурой, которая уже перерезала артерию. Оба конца артерии разошлись на 1,25 см. Верхний конец длиной около 4 см, если считать от бифуркации брюшной аорты, содержал в своей полости сгусток длиной около 2 см, отчасти кровяной, отчасти лимфатический, рыхло спаянный с внутренней оболочкой артерии. Этот тромб был прорван на небольшом участке вблизи свободного перерезанного конца артерии. Несомненно, из этого места накануне смерти больного произошло вторичное кровотечение. Средняя и внутренняя оболочки артерии были перерезаны, наружное же артериальное влагалище в задней своей части еще сохранилось и служило рыхлым связующим звеном между обоими концами артерии. Периферический конец артерии был целиком окутан вышеупомянутым лимфатическим сгустком, в котором еще рыхло держалась лигатура. На 1,25 см ниже верхнего конца этого отрезка артерии отходила совершенно свободно проходима подчревная артерия; однако на этой стороне она уже казалась немного тоньше, чем на левой стороне. Средний участок артерии, заключенный между верхней и нижней лигатурами, длиной около 4 см, был совсем изолирован (конец общей подвздошной артерии и начало наружной), так как сверху он был отрезан верхней лигатурой, а снизу – нижней. Этот отрезок артерии был совершенно непроходим, так как он целиком был выполнен отчасти кровяным, отчасти лимфатическим сгустком.



Теперь перейдем к исследованию места нижней перевязки; здесь оба конца артерии разошлись на расстояние около 1,25 см, оба были перерезаны полностью и омывались ихорозной жидкостью. От верхнего конца артерии на этом месте перевязки до пупартовой связки было примерно 2 см. Этот конец артерии также был целиком закупорен кровяным сгустком.

В области самой пупартовой связки уже начинался аневризматический мешок. Он был величиной с кулак и на 5 см ниже паховой связки сообщался с просветом артерии посредством большого овального отверстия в задней стенке ее, длиной около 2 см. Но аневризма образовала еще один слепой мешок, расположенный кверху и книзу от этого отверстия, позади артерии, так что вверху и внизу уплощенные участки артерии длиной по 1,25 см лежали на самом мешке. В том месте, где оба этих артериальных конца сообщались с мешком, оболочки их были очень истончены. Поясничная мышца была сильно отодвинута мешком кнаружи. Наружными покровами аневризматического мешка служили кожа с ее клетчаткой, затем весьма истонченные и спавшиеся в один листок пластинки фасции, на наружной поверхности мешка – бедренный нерв, расплюснутый, с раздвинутыми волокнами, и после этого самый мешок, уже весьма истонченный в двух местах и здесь прочно сращенный с подкожной клетчаткой. Весь аневризматический мешок был заполнен студневидным темным кровяным сгустком.

Следует упомянуть еще о двух значительных гнойных затеках, связанных с верхней раной, служившей для перевязки артерии. Один из затеков образовал ход кнаружи, между поперечной мышцей живота и подвздошной мышцей, а другой – ход вниз, с внутренней стороны поясничной мышцы. Стенки обоих этих ходов были покрыты коричневатым, грязным, прочно сидевшим слоем.

Внутренняя поверхность аорты сплошь содержала более или менее желтоватые, местами немного выпуклые отложения кашицеобразного вещества между средней и внутренней артериальными оболочками. Но в дуге аорты этот процесс зашел уже дальше. На вогнутой стороне дуги имелось выпячивание всех слоев артерии длиной около 2 см, в форме наперстка. Точно такая же картина наблюдалась непосредственно выше одного из трех полулунных клапанов аорты в направлении к сердечному ушку, и сам аортальный клапан, лежавший тут же под этим местом, образовал вместо обычной полулунной перепонки форменный мешок, своим отверстием направленный вверх, в сторону дуги аорты. В самой дуге аорты имелись еще три ямки с морщинистыми краями, зачатки будущих наперстковидных аневризм. Само сердце было в хорошем состоянии, разве только сухожильные струны в левом желудочке были короче обычного. Легкие были бескровные и спавшиеся. Все органы брюшной полости были в самом хорошем состоянии, равным образом в мозгу не было найдено никаких отклонений.

Замечания

О значении этого случая мне совсем не приходится больше говорить. Я хочу только разобрать немного подробнее следующие моменты.

1. Механизм возникновения аневризмы. В этом отношении мы можем, я думаю, разделить так называемые самопроизвольные аневризмы на две большие



группы: во-первых, такие, возникновению которых, как мы видим, предшествует и ее сопровождает явная дискразия, как, например, ревматизм, ртутная болезнь и т. п. Обычно можно при этом обнаружить сопутствующую вторую причину, причем часто поводом для развития аневризмы является значительное травматическое повреждение. Если принять во внимание, как часто ревматизм проявляется воспалительно-пластическими отложениями в клетчатке и в органах, имеющих серозно-фиброзный покров, если подумать о том, как сильно ртутная болезнь предрасполагает к изъязвлению и другим разрушительным процессам в тканях нашего тела, то не приходится удивляться, почему малейшее травматическое повреждение уже может вызвать у подобных дискразических субъектов разрыв перерожденных оболочек артерий и, следовательно, образование аневризмы. При этом следует отметить, что подобного рода патологические отложения имеют место преимущественно в местах бифуркаций артерий. По этой причине бифуркации сонной артерии, подколенной и бедренной артерий больше всего подвергаются образованию аневризм. Особенно благоприятные условия для развития аневризмы создаются там, где бифуркация артерии лежит среди неподатливых сухожильных образований, как, например, бифуркация подколенной артерии.

Второй вид самопроизвольной аневризмы возникает, как сотня других проявлений процесса образования псевдопродуктов, без всякой ясной причины. Нередко сопровождает аневризмы кахектический *habitus*; по-видимому, кахексия выражена здесь еще сильнее, чем при первом виде аневризмы. Однако трудно установить, следует ли рассматривать эту кахексию как причину или как следствие образования аневризмы. Цвет лица и вся физиономия своеобразны; они показывают нам, что это заболевание не сосредоточивается в одном артериальном стволе, но распространяется на всю сосудистую систему. Точка зрения некоторых современных патологов, и в частности Шенлейна, будто аневризмы являются раками артерий, имеет некоторое обоснование. Не разделяя полностью взглядов этого гениального врача относительно образования кровяных сгустков в аневризмах и т. д., я все же думаю, что в пользу идентичности патологического процесса при образовании аневризмы и при возникновении ложного продукта говорят уже общеизвестные исследования Скарпы. Они почти ежедневно подтверждаются вскрытиями трупов и доказывают, что аневризматический артериальный ствол или даже вся артериальная система перерождена, поскольку между средней и внутренней оболочками сосудов образовались стеатоматозные, атероматозные и другие отложения. Процесс образования псевдопродукта в оболочках артерий, независимо от того, рассматривать ли его вместе с некоторыми французскими патологами как следствие хронического воспаления артерий или нет, предшествует, очевидно, образованию аневризмы, причем особенно широкое распространение он получает при втором виде аневризм.

Я оставляю открытым вопрос о том, следует ли этот процесс сравнивать или даже идентифицировать именно с процессами образования злокачественных вторичных продуктов в других органах, т. е. с карциномой или фунгусом. Тот факт, что подобного рода отложения в оболочках артерий обнаруживают непреодолимое стремление к распространению и к изъязвлению наподобие раков,



можно, пожалуй, объяснить строением и функцией артериальной системы. Состоя из тканей, обладающих незначительной степенью организации, ломкие и непрерывно растягиваемые кровяной волной с более или менее значительной силой, дергаемые и натягиваемые в результате сокращения и тяги мышц и особенно апоневрозов, артерии способствуют распространению разрушительных процессов больше, чем другие образования тела. Мне, может быть, будут возражать, что нередко можно видеть пульсацию крупных артериальных стволов в очагах гангренозных изъязвлений, причем сами артерии остаются непораженными. Может быть, мне приведут опыты на животных Гунтера, Амюсса (Виллардебо), в которых образование аневризм путем разрушения клетчатой оболочки, прижигания и т. д. обычно не удается. На это я отвечаю, что здоровая артерия благодаря низкой степени ее организации, ее эластичности, благодаря ее клетчатой оболочке, несомненно, может противостоять вредным воздействиям больше, чем другие ткани тела. Но если ее ткань уже перерождена, то это перерождение совсем не должно быть злокачественной или разрушительной природы, чтобы быстро привести к разрушению и прободению стенок артерии. Доказательство этого мы видим в кровотечениях из артерий ампутационных культи и из других гноящихся поверхностей. Находящийся в состоянии хронического воспаления артериальный ствол, с тех пор как Дюпюитрен так удачно сравнил его с салом, безусловно никем не подвергается перевязке. Следовательно, совершенно обычное, доброкачественное, воспалительное отложение пластического вещества между оболочками артерии предрасполагает их к разрушению и разрыву в такой же точно степени, как отложение гетерогенных веществ при образовании аневризмы, причем эти вещества совсем не должны быть обязательно злокачественными, карциноматозной или фунгозной природы.

Если мы теперь захотели бы приложить сказанное к нашему больному, то сразу же возникает вопрос: к какой категории самопроизвольных аневризм должен быть отнесен наш случай? Прижизненные явления – шум кузнечных мехов в области сердца, по ходу аорты – и вскрытие показывают нам глубокое поражение артериальной системы, а именно: чрезвычайно обширное отложение гомогенного желтоватого и твердоватого вещества между внутренними оболочками сосуда, без оссификаций, разбросанное группами по всей аорте; уже начавшееся образование аневризмы в виде наперстка в дуге; своеобразное поражение одного из клапанов аорты. Образованию аневризмы отнюдь не предшествовало травматическое повреждение; опухоль образовалась в такой области, где артерии в меньшей степени подвержены дерганью и другим вредным воздействиям. Все это причины, которые говорят в пользу совершенно самопроизвольного развития аневризмы и скорее злокачественного характера перерождения. История болезни, однако, повествует нам также о том, что образованию аневризмы предшествовали болезненное состояние мочевых органов, геморроидальные явления, сифилитическое поражение и, вероятнее всего, ртутное лечение, – разве все эти обстоятельства не составляют достаточных причин для развития аневризмы?

Не отрицая известной причинной связи между всеми указанными обстоятельствами и образованием аневризмы, я все же не думаю, чтобы наши современные

знания нам позволили доказать эту связь самым точным образом. Поэтому я воздерживаюсь от всяких дальнейших гипотез и отмечу только следующее. Наш случай, как и сотни других случаев наружных самопроизвольных аневризм, нам показывает, что подобные больные, помимо местного страдания, поражены также другими заболеваниями, которые свидетельствуют о более глубоком происхождении аневризмы.

2. Поскольку в данном случае я еще до вскрытия был убежден в так называемом аневризматическом диатезе, то решение вопроса о том, имеются ли здесь показания к перевязке, имело большое значение, тем более что довольно распространенный вторичный шум в области сердца дал нам право диагностировать по меньшей мере поражение клапанов. Не говоря уже о том, что после наложения лигатуры в подобных случаях обычно наблюдается вторичное кровотечение, мы должны были еще опасаться более быстрого развития внутренней аневризматической болезни и даже разрыва внутренней аневризмы, когда она уже достигла определенной степени развития. Я думаю также, что в этом отношении мы можем различать на практике следующие случаи.

1) Аневризматический диатез, характеризующийся наличием множественных наружных аневризм в различных областях тела или осложнением отчетливо выраженной внутренней аневризмы. 2) Аневризматический диатез, который выражается в развитии одной только наружной самопроизвольной аневризмы в сочетании с дискразическим внешним видом, очень распространенной пульсацией и жужжанием в артериальных стволах и вторичными шумами в области сердца и клапанов. 3) Наконец, такие случаи, когда наружная аневризма возникает у прежде здоровых и хорошо сложенных субъектов без какой-либо предшествующей травмы. Эти случаи, собственно говоря, не должны быть отнесены к аневризматическому диатезу. Хотя аневризма и в этих случаях является непосредственным результатом патологического отложения между оболочками артерии, все же это отложение должно рассматриваться лишь как местный болезненный процесс, который только местами обнаруживается в артериальных стволах. Разумеется, существует много переходных форм между этой последней и второй категорией случаев, так что подчас различие между ними исчезает.

Первый ряд случаев безусловно принадлежит к таковым, где операция противопоказана, во всяком случае с некоторыми исключениями, например, когда нельзя точно установить, что имеется у больного: аневризма аорты или аневризма безымянной артерии (лигатура по способу Браздор-Уардропа). Третий ряд можно характеризовать так, что при нем почти безусловно требуется перевязка сосуда в качестве радикального метода лечения. В соответствии с этим, по-видимому, труднее всего поставить показания к операции по поводу аневризмы во втором ряде случаев, к которому относится и наш случай 31.

Все же, если мы хотим быть последовательными, мы должны признать, что постановка показаний здесь ни на волос не труднее и не легче, чем при сотне других важных операций; более того, показания к оперативному лечению аневризмы ставятся даже более рационально, чем ко многим другим оперативным вмешательствам. Дело в том, что статистическая вероятность, которая служит



основанием для определения степени необходимости перевязки артерии при наружных аневризмах, может быть найдена гораздо легче, чем при других хирургических заболеваниях, где она осложняется или затемняется многочисленными побочными обстоятельствами. Так, из 180 случаев оперативного лечения аневризмы по методу Анэль-Гунтера, которые Лисфранк приводит в своей диссертации (*De diverses méthodes pour l'oblitération des artères*, 1835), в 32 случаях наблюдалось вторичное кровотечение как следствие операции, что составляет 1 случай из 6. Если к этому прибавить еще другие опасные для жизни осложнения, связанные с этим методом операции, то это соотношение будет равно 1:4. Для полной ясности мы, собственно говоря, нуждаемся еще в статистической таблице смертности в случаях наружных аневризм, предоставленных силам природы; однако такой у нас еще нет. Но кто знаком с течением болезни, тот может, пожалуй, смело утверждать, что так называемое самопроизвольное излечение аневризм является одним из наиболее редких событий в животном мире и что приводимые Годжсоном случаи подобного рода являются лишь патологической казуистикой.

Теперь к установке показаний к операции нас может привести следующее рассуждение: если я предоставляю аневризматического больного силам природы, то я обрекаю его на верную смерть. Было бы полнейшей бессмыслицей, если бы я в данном случае рассчитывал на самопроизвольное выздоровление, т. е. на редчайшее исключение. Напротив, если я оперирую больного по методу Анэль-Гунтера, то смерть является всего лишь вероятной. Правда, эта вероятность смерти покажется врачу не очень малой, если он знает по собственному опыту, что значит терять одного больного из 6 и даже из 4. Однако это все еще ничто в сравнении с перспективой верной смерти. Следовательно, в этом отношении не трудно сделать выбор. Но теперь только начинается запутанная сторона дела: если предоставить больного силам природы, то он, безусловно, умрет, но в большинстве случаев только по истечении более продолжительного времени. Если на опухоли не появилось гангренозное пятно, если аневризма развилась не слишком стремительно, если, наконец, образ жизни больного может быть видоизменен под врачебным наблюдением, то может пройти еще несколько лет, пока дело дойдет до роковой катастрофы. Напротив, если оперировать больного, то смерть может наступить вероятнее всего между 6-м и 24-м днем, так как именно в это время чаще всего наблюдаются вторичные кровотечения. Итак, с одной стороны, более верная, но более поздняя смерть, с другой же стороны – лишь вероятная смерть, но зато и более ранняя. При верной смерти жизнь может еще некоторое время продолжаться; напротив, при вероятной смерти жизнь может быть либо сохранена, либо укорочена.

Я признаюсь: разумеется, само по себе нелегкое дело – выбрать такое средство, которое может спасти нас от верной смерти, но при этом в то же время подвергает нас опасности другой смерти, нисколько не менее вероятной и к тому же еще скорее наступающей, причем это средство сулит нам только улучшение (я говорю здесь лишь о моей второй категории аневризматических больных) и ничуть не предохраняет от возврата заболевания. Но трудность отпадает для меня, если я думаю, что с другими хирургическими операциями дело обстоит

не лучше. Повторяя слова Бишá: «Les opérations sont des moyens terribles, où la certitude d'une mort éloignée ne se rachète souvent que par la probability d'une mort plus prochaine»¹, – я утешаю себя той мыслью, что и другие человеческие спекуляции, связанные с теми же трудностями при выборе средств, почти ежедневно предпринимаются нами без дальних размышлений.

В нашем случае опасность, связанная с разрывом аневризматического мешка, казалась мне значительно более угрожающей, чем опасность, которая могла возникнуть на почве усиления заболевания сердца или клапанов, чего следовало опасаться после перевязки подвздошной артерии. В самом деле! Одного просвечивающего синеватого пятна на поверхности опухоли было уже достаточно, чтобы вызвать наше подозрение, тогда как стетоскопические исследования, сопоставленные с незначительными субъективными явлениями у больного, нам отнюдь не показывали далеко зашедшего заболевания сердца. Вскрытие также в значительной степени подтвердило это предположение. Со своеобразным органическим изменением аортального клапана и с мелкими аневризмами аорты наподобие наперстков больной, несомненно, мог прожить еще несколько лет. Напротив того, аневризматический мешок в нескольких местах уже был истончен. Следовательно, я считал перевязку наружной подвздошной артерии показанной, причем как можно скорее. На всякий случай я хотел еще несколько дней наблюдать за больным, чтобы немного разобраться в других его заболеваниях, как гематурия, явления со стороны брюшных органов и т. д. Нарушения кровообращения в брюшных органах, которые всегда в большей или меньшей степени сопровождают аневризматический диатез, и возникшие на этой почве скопления крови в венозной системе этих органов являлись, несомненно, единственной причиной этого геморроидального страдания, которое мы наблюдали у нашего больного в довольно ясно выраженной форме. Поэтому какое-то предварительное лечение, состоявшее в применении легких слабительных средств, мне показалось далеко не бесполезным.

3. Что касается самой операции, то я считал целесообразным описать технику ее в истории болезни. Дело в том, что далеко еще недостаточно изучать различные методы перевязки сосудов на трупах. Начинаящий хирург должен прежде всего освоиться с различными затруднениями, с которыми можно встретиться при перевязке, хотя бы из описания клинических случаев. В своей хирургической анатомии артерий я более подробно списываю различные методы операции при перевязке наружной подвздошной артерии. Здесь я хочу отметить только следующее. 1) Артерия может быть перевязана либо непосредственно над пупартовой связкой и без перерезки внутренней косой и поперечной мышцы живота, либо на 2–3 поперечных пальца выше этой связки и с перерезкой этих двух брюшных мышц. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается в обоих случаях. 2) Бесполезно при разыскивании артерии руководствоваться положением семенного канатика, как указывают некоторые авторы. 3) Преимущества первого метода состоят в том, что брюшину совсем не приходится обнажать и что можно

¹ Операции – это ужасные средства, при применении которых уверенность в том, что смерть отдалена, часто покупается только ценой вероятности смерти более близкой (перевод с французского) (прим. переводчика).



избежать вреда, сопряженного с перерезкой мышц (например, кровотечения, нагноения и пр.). Недостатком этого метода является то обстоятельство, что лигатура при нем может быть наложена слишком близко к двум важным коллатеральным ветвям (нижней надчревной артерии и артерии, огибающей подвздошную кость). Во избежание этого необходимо более тщательно обследовать место отхождения обеих этих ветвей от подвздошной артерии. Если окажется, что они отходят на расстоянии нескольких линий выше пупартовой связки, то либо следует наложить лигатуру выше, либо эти две ветви должны быть перевязаны двумя отдельными лигатурами; и то и другое нетрудно сделать.

В нашем случае я не мог поступить по этому способу, который я проверил на трупах несколько сот раз. Близость аневризматического мешка позволяла подозревать в данном случае наличие патологических изменений в оболочках сосудов. Таким образом, я считал более целесообразным наложить здесь лигатуру по возможности дальше. Поэтому я выбрал обыкновенный метод с рассечением брюшных мышц. 4) Большое значение имеет то правило, которому меня научили мои исследования о соотносительном положении фасций и артериальных стволов: «При перевязке подвздошной артерии прежде всего необходимо обращать внимание на поперечную фасцию».

Я хорошо знаю, что операторы, не являющиеся анатомами, скажут мне, что операция на живом и операция на трупе – вещи совершенно разные, что на живом невозможно точно определить различные слои и ткани. Все это вполне правильно, если изучать анатомию только по книгам, на сухих препаратах или даже на трупах, но без малейшего практического применения. Что касается меня, то в отношении многих операций я вообще не нахожу никакой разницы, производятся ли они на живых людях или на трупах, за исключением того, что на живых они выполняются еще легче (ампутации, экзартикуляции). Выполнение многих других операций облегчается благодаря упражнениям на трупах. К ним относятся главным образом разрезы для обнажения артерий. Так обстоит дело и с перевязкой наружной подвздошной артерии. Кто тщательно и повторно изучал на трупах поперечную фасцию в ее связях и взаимоотношениях с брюшными мышцами, брюшиной и артериями, тот, несомненно, убедится в том, «что без тщательного отделения этой фасции никогда нельзя быть застрахованным от повреждения брюшины при перевязке подвздошной артерии». И, что еще важнее, каждое рассечение поперечной фасции во внутреннем углу раны почти неизбежно будет сопряжено с повреждением брюшины. Поэтому я усвоил себе такое нерушимое правило: «после рассечения ножом первых мышечных волокон внутренней косой мышцы оставаться в наружном углу раны (я делаю горизонтальный разрез параллельно пупартовой связке)» и здесь прежде всего обнажать поперечную фасцию. Она появляется в виде желтоватого листка, прочно связанного с поперечной мышцей живота (этим она отличается также от брюшины).

Оставаясь все время в наружном углу раны, я захватываю поперечную фасцию двумя пинцетами, разрываю или рассекаю ее, держа кончик брюшистого скальпеля совсем горизонтально. Со стороны отверстия я ввожу под фасцию желобоватый зонд, причем, однако, стараюсь держаться зондом ближе к фасции и боковыми



движениями зонда отделяю фасцию от брюшины. Теперь поперечная фасция лежит натянутой на зонде. Я разрезаю ее только до середины раны. Тотчас же в разрезе появляется брюшина в виде голубоватого листка. Теперь я проникаю в рану указательным и средним пальцами, натягиваю этими двумя пальцами нерассеченные до сих пор во внутреннем углу раны волокна внутренней косой и поперечной мышцы живота и перерезаю их послойно опять снаружи внутрь, не опасаясь повреждения брюшины, которая лежит под пальцами, будучи защищена ими. Если производить эту операцию иначе, если действовать ножом без разбора то в наружном, то во внутреннем углу раны, можно попасть как раз на ту часть поперечной фасции, которая прочно спаяна с сухожильной частью поперечной и внутренней косой мышцы. Брюшина здесь опять-таки прочнее связана с поперечной фасцией, чем в наружном отделе, ближе к подвздошной кости. Одно движение ножа в этом месте – и разрез для обнажения артерии превращается в проникающую рану брюшной полости.

Наш случай со всей очевидностью подтверждает точность этих правил, почерпнутых из исследований фасций на трупах. Вся операция протекала так же хорошо, как на трупе. Поперечную фасцию нетрудно было различить в наружном углу раны. Перевязка удалась без каких-либо затруднений. В качестве проводника на пути к артерии можно назвать еще лимфатическую железу, которая лежит на подвздошной артерии и почти всегда существует.

4. Наложение лигатурной палочки. Не без раскаяния думаю я теперь о наложении этого прибора, столь много обещавшего и столь мало эффективного при перевязке артерий. Моей целью было удалить лигатуру как можно скорее, так как я очень боялся пережить еще раз такой случай, как случай 97 первого года издания настоящих «Анналов» (см. стр. 215). Артериальный свищ с его последствиями был еще слишком жив в моей памяти. Поэтому я решился удалить лигатуру как можно скорее. С действием этих инородных тел при временном лигировании я был слишком хорошо знаком, чтобы предвидеть все недостатки моего предприятия. Однако я несколько раз видел в берлинской клинике Грефе применение лигатурной палочки с вполне счастливым исходом, а в известном случае перевязки безымянной артерии, в котором Грефе также использовал свою лигатурную палочку и который закончился несчастливым, неблагоприятным исходом, как мне кажется, отнюдь не может быть приписан наложению этого аппарата, так как вторичное кровотечение наступило лишь через 6 недель после операции. Я знал также, что Буйальский производил перевязки крупных артериальных стволов очень часто с помощью своего компрессора (своего рода *presse-artère*¹).

Опыты на крупных животных с лигатурной палочкой Грефе (например, на сонной или бедренной артерии крупных собак или лошадей) обычно протекают вполне счастливо. Но мы должны остерегаться того, чтобы из этих опытов делать выводы для наших операций у аневризматических больных. Болезненно измененная, перерожденная артерия совершенно иначе реагирует на действие инородного тела, чем здоровый сосуд. Поэтому все, что говорилось о пользе временной лигатуры на основании вивисекций, является лишь относительно

¹ Presse-artère (франц.) – артериальный зажим.



правильным. Временная лигатура – это прекрасный идеал. В то самое мгновение, когда нам кажется, что мы его уже достигли, печальная действительность нам показывает, как неизмеримо далек он еще от нас! Тем не менее летопись искусства здесь еще не закончена. Временная лигатура заслуживает еще дальнейшей проверки. По моему мнению, мы уже дошли до того, что вправе сказать: *«Идеал при наложении временной лигатуры будет достигнут только в том случае, если средняя и внутренняя оболочки артерии (обычно они перерезаются лигатурой) срастутся, а наружная оболочка артерии не подвергнется разможжению, изъязвлению или омертвлению»*.

Я еще недавно предпринял несколько опытов на сонных артериях лошадей и крупных собак с лигатурной палочкой Грефе, причем я обнаружил другой ее недостаток, который, несомненно, разделяют с ним все инструменты подобного рода (рисунок это покажет нагляднее). Дело в том, что если лигатурную палочку завинчивать до тех пор, пока лигатура аккуратно не охватит ствол артерии, а средняя и внутренняя оболочки артерии не разорвутся, то произойдет следующее. 1) Нижний конец инструмента, снабженный отверстием, вдавливается в наружную клетчатую оболочку сосуда натяжением лигатуры или действием винта. Если через три дня после перевязки или позднее исследовать перевязанную артерию, то нередко (может быть, и всегда) можно найти черное пятно на поверхности клетчатой оболочки, точно соответствующее тому месту, где лежала лигатурная палочка. Это явление, которое я наблюдал дважды после перевязки сонной артерии у крупной собаки с помощью лигатурной палочки Грефе (в последней ее модификации), с очевидностью показывает, сколь высока степень разможжения или давления. У животных с их высокими пластическими способностями вторичное кровотечение, которое неизбежно должно было бы последовать за отторжением этого омертвевшего участка, предотвращается образованием совершенного наружного лимфатического сгустка. У аневризматических же больных совсем не приходится ожидать, по крайней мере в большинстве случаев, столь благоприятного действия пластического процесса. 2) Если после разрыва средней и внутренней оболочек артерии еще больше завинтить лигатурную палочку, то возникнут два примечательных изменения: во-первых, оба конца разорванных оболочек артерии, средней и внутренней, втягиваются в просвет артерии, точь-в-точь как при torsion, связанной с так называемым refoulement (по Амюсса); во-вторых, наружная, клетчатая оболочка артерии, противостоящая разрыву, втягивается вследствие натяжения лигатуры в отверстие палочки и ущемляется в нем. Это происходит главным образом тогда, когда отверстие в палочке несколько покрупнее.

Рисунок (см. атлас) показывает нам перевязанную таким способом сонную артерию собаки. Может быть, мне возразят на это тем, что эти два примечательных явления могут быть легко предотвращены, если действовать винтом лигатурной палочки умеренно. Однако, как учит мой опыт на животных, действие винта совсем не так легко поддается регулированию. Если кто думает, что действие лигатуры при наложении лигатурной палочки ограничивается только сдавлением артерии, сплющиванием ее оболочек, то он глубоко ошибается. Лигатура в то же время перерезает внутреннюю и среднюю оболочки артерии. Во время

действия винта можно отчетливо ощутить издаваемый ими своеобразный треск, и – что самое главное – это является единственным верным признаком того, что просвет артерии полностью закрыт, ведь прекращение пульсации ниже лигатурной палочки может наступить и при неполном закрытии просвета артерии. В этом я вполне убедился при перевязке аорты у животных с помощью лигатурной палочки. Следовательно, если полагаться на этот признак (на исчезновение пульсации), то можно подвергнуть себя величайшей опасности вторичного кровотечения, причем эта лигатура в известной степени превращается в *ligature d'attente*¹, наложение которой, по достаточно известным причинам, почти всегда влечет за собой вторичное кровотечение.

Я позволю себе при этом поднять вопрос, на который я не могу еще в достаточной мере ответить. Нельзя ли из изменений артерий, вызываемых наложением лигатурной палочки и описанных мною выше, сделать какое-нибудь полезное применение при перевязках артерий? Что иное представляют собой в сущности все эти изменения перевязанной артерии, как не своего рода закручивание артерии с заворачиванием разорванных оболочек ее, средней и внутренней? Однако процесс заращения при закручивании сосуда, по-видимому, более совершенный, не так легко переходит в процесс изъязвления, как это имеет место при перевязке, так что если бы можно было применить торсию при аневризмах, следовательно, при ненарушенной непрерывности артерии, то ее, несомненно, во многих отношениях следовало бы предпочесть перевязке, и именно потому, что для закрытия просвета артерии при торсии совсем не требуется наличия инородного тела (причины изъязвления).

Если видоизменить в некоторой степени конструкцию лигатурной палочки, то не может ли это действие лигатурной палочки, которое я так случайно открыл, заменить при лечении аневризм как упомянутые преимущества торсии, так и достоинства обычной перевязки артерий? Что мне особенно бросилось в глаза при исследовании сонной артерии, перевязанной с помощью лигатурной палочки, – это наружная клетчатая оболочка, сложенная в складку и ущемленная в отверстии лигатурной палочки; в течение трех дней она еще сохраняла свой нормальный вид и не обнаруживала никаких признаков омертвения или изъязвления. Может быть, несколько оборотов лигатурной палочки могут вызвать настоящее закручивание артерии, не приводя к ее перерезке? Может быть, наложение палочки таким способом, – причем можно старательно добиваться осуществления подобного заворота разорванных артериальных оболочек, – выгоднее, чем обычный способ наложения? Мне представляется более чем вероятным, что облитерация артериального ствола при такого рода завороте может произойти значительно скорее и, следовательно, может допустить более раннее удаление инструмента. Словом, я представляю решение этого важного вопроса времени и опыту.

Как действовала лигатурная палочка в нашем случае? Я думаю, бесспорно так, как я это указывал в пункте 1. Разрыв средней и внутренней артериальной оболочки и частичное омертвление клетчатой оболочки соответственно тому

¹ *Ligature d'attente* (франц.) – длительная лигатура.



месту, где лигатурная палочка приходила в соприкосновение с наружной поверхностью артерии, далее, изъязвление и кровотечение после удаления струпа вместе с лигатурной палочкой, – вот те последствия, которые возникли после наложения этого инструмента в нашем случае.

5. Перевязка общей подвздошной артерии. Имелось ли достаточное показание для перевязки данного сосуда в нашем случае? Не было ли возможности остановить кровотечение посредством тампонады, давления, расширения раны и новой перевязки на старом месте? На это я отвечаю: ток крови был слишком сильный, рана все время наполнялась артериальной кровью, больной принадлежал к слабым кахектичным субъектам, применение давления в этой области больные редко выносят, – все это вместе в достаточной степени говорило против попытки сдавления. За исключением из ряда вон выходящего случая Гваттани, в котором кровотечение было остановлено прямым давлением после вскрытия паховой аневризмы (по методу Антиллуса), я не знаю никого, кому бы удалось так легко справиться с кровотечением из аневризматически измененной подвздошной артерии. Счастливый случай Дюпюитрена (см. *Leçons orales*, t. 4, стр. 546), в котором повторное кровотечение после перевязки наружной подвздошной артерии было остановлено с помощью давящего аппарата, не относится к той же категории, что и наш случай. В случае Дюпюитрена источником кровотечения служил нижний конец артерии и, вероятнее всего, отходившая между лигатурой и аневризмой надчревная артерия. В нашем случае, напротив, вытекая, очевидно, из сердечного конца сосуда, кровь лилась с большой силой, так что рана сразу же наполнялась, и только сильное давление выше раны приводило к остановке кровотечения. Так как по указанным причинам действенность сдавления мне казалась в высшей степени сомнительной, так как в случае Дюпюитрена оно с трудом переносилось больным и явилось поводом к возникновению большого гнояника и почти полному истощению больного, то в моем распоряжении оставалось только два средства: либо перевязка кровоточащей артерии, либо перевязка общей подвздошной артерии. Однако новейшая хирургия нас научила тому, что значит перевязать воспаленную или покрытую грануляциями артерию. Хрупкая ткань артерии разрывается под лигатурой, и я не знаю ни одного случая, где подобная перевязка обошлась бы без вторичного кровотечения. Интересное наблюдение, относившееся к аневризме подколенной артерии и описанное в *Gräfe's Journal der Chirurgie* нашим профессором д-ром Вальтером, представляет, пожалуй, счастливое исключение из этого правила. Но и в этом случае перевязка бедренной артерии производилась в самом месте кровотечения (после того как артерия уже была однажды перевязана по поводу аневризмы подколенной артерии) лишь тогда, когда большая часть раны уже зарубцевалась и напор крови был значительно ослаблен предшествовавшей перевязкой наружной подвздошной артерии.

Таким образом, я считал перевязку общей подвздошной артерии в нашем случае единственным надежным кровоостанавливающим средством. Я не хотел долго медлить с операцией, ибо, как известно, все кровотечения, повторяющиеся уже по несколько раз, значительно труднее поддаются остановке (вследствие

водянистого состава крови), а запас сил у нашего больного был в самом деле не таков, чтобы выдержать несколько повторных кровотечений.

Я решился, следовательно, не теряя времени, на перевязку общей подвздошной артерии. Последствия этой операции казались мне в нашем случае не столь опасными, как в других свежих случаях. Коллатерали после первой перевязки были уже достаточно развиты, о чем свидетельствовало хорошее состояние больной конечности. Равновесие в общей системе кровообращения регулировалось в достаточной степени. Правда, я довольно хорошо видел все трудности выполнения этого вмешательства. Каждый, кто войдет в мое положение, несомненно, сочтет его затруднительным. Один помощник должен был прижать подвздошную артерию непосредственно над раной самым тщательным образом, иначе больной мог бы, если судить по силе кровотечения, истечь кровью тут же под руками. Чтобы не мешать помощнику, стоявшему перед больным, я стал спиной к больному, лежавшему в кровати. Разрез, проведенный на три поперечных пальца выше первого разреза и параллельно ему, оказался слишком близок к наружному краю прямой мышцы живота, так что этот край был обнажен во внутреннем углу раны. Перерезка апоневроза поперечной мышцы, которая во избежание ранения брюшины производилась очень осторожно, составляла наибольшую трудность при этом разрезе. Впрочем, до сих пор еще все шло как по маслу. Я начал отделять обнаженную брюшину пальцем. Это происходило также довольно легко, за исключением того места, где был сделан первый разрез для перевязки наружной подвздошной артерии. Я предвидел, что серозная оболочка, покрытая в результате первой операции пластическими выпотами, спаиваясь с соседними тканями, хрупкая, едва ли будет отделяться от них без разрыва; так оно и случилось. Несмотря на то что я обращался с тканями самым осторожным образом, мой указательный палец теперь очутился в брюшной полости. Небольшой кусок сальника выпал в рану, и мне оставалось только наложить лигатуру на артерию через брюшную полость. Я отчетливо ощущал пульсацию артерии. Кишки не представляли никакого препятствия. Однако теперь возникла новая трудность. После того как артерия была уже изолирована с помощью пальца и аневризматическая игла Дешана была проведена под артерией, оказалось необычайно трудно извлечь лигатуру из ушка иглы.

Я не могу не отметить здесь, сколь полезны в этом отношении вивисекции. При перевязке брюшной аорты у животных я обычно встречал те же самые трудности и для их устранения обыкновенно делал узелок на конце лигатуры, который находился в ушке иглы. Таким образом мне всегда удавалось легче его разыскать, захватить его ногтями указательного и большого пальцев и извлечь его в рану. В спешке я забыл об этих мелких предосторожностях, а уже подведенную иглу я не хотел извлечь обратно; мне удалось наконец с величайшим трудом захватить нить. Вообще мои опыты на трупах и на животных научили меня тому, что при глубоко лежащих артериальных стволах главная трудность состоит не в подведении крючка под артерию, а именно в захвате лигатуры. В самом деле! Если только подумать, что петля лигатуры в ушке крючка, когда последний уже подведен под артерию, туго натянута, окутана разорванной клетчаткой, влажная, то не приходится удивляться, что выполнение этого акта операции



столь затруднительно, особенно если еще прибавить, что при глубоко лежащих крупных артериальных стволах едва только самый кончик подведенного крючка приходит в соприкосновение с исследующим указательным пальцем. Могут ли все эти трудности быть устранены с помощью аневризматической иглы Дезо и других игл, построенных по тем же принципам (как игла Арендта и т. д.)?

С использованием подобных инструментов связаны многие недостатки, особенно при перевязке тазовых артерий. 1) Нижняя дуга трубки иглы Дезо слишком мала и плоска; приходится придавать этому инструменту очень косое направление, чтобы обвести его конец вокруг артерии, что применить на артериях таза очень трудно. 2) Пружина не так легко выходит из трубки. Если же она несколько ослабела, то она не преодолееет сопротивления, которое оказывает клетчатка сосудистого влагалища. Если же пружинка слишком сильна, то хотя она и выскакивает из своей трубки, но тут же искривится и легко скроется за соседними органами. 3) Конец пружины может легко согнуться или отломиться, что однажды и случилось при перевязке подключичной артерии. 4) Наконец, если пружинка и выскочила вместе с лигатурой из трубки, то все же не всегда легко при глубоко расположенных артериях освободить нить из ушка пружины.

Так как я исхожу из другого принципа и опыт мне показал, что главная трудность состоит в том, чтобы отыскать лигатуру и освободить ее из ушка аневризматической иглы, то я просил изготовить мне иглу следующей конструкции (впоследствии я испытал ее на трупах и животных). Игла состоит из 1) трубки, которая так же дугообразна, как в иглах Дезо и Арендта, но образует большую дугу; трубка снабжена деревянной рукояткой, просверленной в середине, что я считаю совершенно обязательным. Рукоятка должна быть достаточно длинной и крепкой, так как иглой приходится работать как рычагом (игла Арендта не имеет такой ручки). 2) Кончик этой трубки делается съёмным; он имеет в длину $\frac{1}{4}$ дюйма¹ и попросту надвигается на остальную часть трубки, как крышка футляра для иголок, так что кончик, захваченный двумя пальцами, может быть легко удален. Кончик снабжен отверстием и желобком, что позволяет прикрепить к нему нить. 3) Слабая тонкая пружинка, для которой имеется соответствующее место в трубке, на верхнем своем конце снабжена пуговкой. Последняя служит для того, чтобы в случае надобности легко вытолкнуть подвижный кончик трубки. Необходимость пользоваться пружинкой возникает не всегда.

Способ употребления описанного инструмента весьма прост. Сперва укрепляют шелковую нить на кончике трубки, затем протягивают нить через канал трубки, пока через отверстие рукоятки иглы не выйдет конец нитки. После этого соединяют кончик с трубкой, так что вся лигатура целиком находится внутри инструмента. Один конец ее свисает из отверстия ручки. Кончик трубки сидит прочно, особенно тогда, когда нитка еще натянута. Теперь игла проводится обычным путем под артерией. Большим и указательным пальцами другой руки стараются захватить кончик, что нетрудно сделать, так как он имеет достаточную длину. У кого пальцы толстые и короткие, тот может воспользоваться для этой цели пинцетом или корнцангом. Если и это не помогает, то можно воспользоваться

¹ Примерно 6 мм.





пружинкой, которую вводят в трубку через отверстие в рукоятке. Небольшого давления на эту пружинку уже достаточно, чтобы сделать кончик подвижным. Следовательно, назначение пружинки в нашем инструменте состоит только в том, чтобы сделать более свободным соединение кончика с трубкой. Когда кончик захвачен и извлечен, то остается только выдернуть трубку с рукояткой, и лигатура лежит под артерией. Рисунок сделает еще более ясным применение этого простого аппарата.

Я возвращаюсь к нашему случаю. Признаюсь чистосердечно, что после наложения лигатуры я не был еще полностью убежден, что перевязал действительно общую подвздошную артерию. Как я мог это узнать? Кровотечение остановилось после перевязки мгновенно, но разве то же самое не могло случиться после перевязки наружной подвздошной артерии тотчас ниже места отхождения подчревной артерии? Высокое положение разреза также ничего еще не доказывало. Я должен был немного спуститься своими пальцами вниз, чтобы отделить брюшину; место перевязки артерии не точно соответствовало наружной ране. Место бифуркации артерии я не мог различить пальцами, и у меня не было времени для того, чтобы ориентироваться более тщательно. Откровенно говоря, я сомневаюсь также, чтобы и в других случаях всегда удавалось ясно определить место бифуркации артерии как единственно верную примету. Особенно случай В. Мотта, счастливо закончившийся, представляется мне в этом отношении более чем подозрительным. Он делал свой разрез параллельно пупартовой связке и только на 1,25 см выше нее. Я хорошо знаю, что он проследил пальцем артерию до самого мыса крестцовой кости. Однако это не является для меня надежной приметой. За мыс можно принять также часть крестцово-подвздошного сочленения, а, кроме того, положение бифуркации аорты бывает различным. В своем описании он не упоминает о том, точно ли он определил место бифуркации.

Я не знаю также, полностью ли уверен профессор Саломон, не представивший нам еще, насколько мне известно, точного описания своего случая, в том, что он перевязал общую подвздошную артерию, а если убежден, то на каком основании? Как я слышал, его больной впоследствии умер в другой больнице от какой-то иной болезни. Мне неизвестны также результаты вскрытия, если оно вообще было сделано.

Одним словом, до смерти моего больного я не был уверен, перевязал ли я общую подвздошную артерию или наружную подвздошную тотчас ниже места отхождения подчревной артерии. В обоих случаях результат мог быть только в высшей степени надежный. После перевязки общей подвздошной артерии я должен был опасаться возврата кровотечения вследствие окольного кровообращения через анастомозы подчревной артерии, а после перевязки наружной подвздошной артерии – вторичного кровотечения вследствие недостаточности процесса заживления (так как лигатуру пришлось наложить непосредственно ниже отхождения подчревной артерии). Кровотечение в действительности и наступило, но значительно позднее, когда больной уже был истощен целым рядом непредвиденных заболеваний. Но ведь кровотечение произошло из места второй перевязки, а это может быть объяснено только патологическим состоянием оболочек артерии (см. протокол вскрытия).



Особого упоминания заслуживает также разрез, который я произвел для перевязки общей подвздошной артерии. Только в силу необходимости я воспользовался вышеуказанным местом и направлением, однако, если бы я имел свободный выбор, я бы никогда не последовал методу Валентайна Мотта. Я и в самом деле не понимаю, почему этот отличный хирург проводит свой разрез так близко к пупартовой связке (на 1,25 см выше нее).

6. Повреждение брюшины. В одном письме В. Мотт отмечает, что в 6 перевязках наружной подвздошной артерии, выполненных им, ни разу не произошло повреждение брюшины. Это он приписывает своему методу обнажения и отделения брюшины со стороны внутреннего пахового кольца. По анатомическим основаниям, уже упомянутым мной выше, я не могу рекомендовать этот способ. Изложенные мною выше правила, основанные на изучении строения и положения поперечной фасции живота, я считаю наиболее целесообразными. При упражнениях на трупах под моим руководством еще ни разу не случилось, чтобы учащиеся повредили брюшину, если только они проделывали отверстие в поперечной фасции в наружном углу раны. При перевязке наружной подвздошной артерии в нашем случае я был застрахован от повреждения брюшины так же, как и при упражнениях на трупе. Напротив, повреждение брюшины во время второй операции, при перевязке общей подвздошной артерии, я могу приписать только тому обстоятельству, что серозная оболочка вследствие воспалительного процесса сделалась хрупкой и была сращена с соседними тканями. Об этом с очевидностью свидетельствует также то место, где произошел разрыв брюшины. Подобное несчастье произошло недавно и с В. Моттом при его последней перевязке внутренней подвздошной, т. е. подчревной, артерии. Он приписывает это неосторожным движениям очень беспокойного больного во время операции.

Весьма примечательно, что как в моем случае, так и у больного В. Мотта не наступило никакого перитонита. Несмотря на то что у моего больного рана совсем не заживала, он в течение всего времени не жаловался на сколько-нибудь значительные боли при пальпации живота, так что я назначил антифлогистическое лечение (пиявки и несколько гран¹ каломеля) скорее для предотвращения этого опасного воспаления. Вскрытие также показало нам отсутствие каких бы то ни было признаков перитонита или энтерита, за исключением ограниченного местного сращения брюшины с кишкой, соответствовавшего наружной ране. Так внутренние силы организма потешаются над нашими убогими умствованиями. Где можно себе представить более благоприятные условия для развития перитонита, чем в нашем случае? Две брюшные раны, из которых одна была проникающей, а другая была связана с обнажением брюшины, повторное введение пальцев и инструментов в брюшную полость, присутствие инородного тела (лигатуры) в брюшной полости, причем оно находилось в постоянном соприкосновении с кишечными петлями, далее – гангрена наружной раны, распространившаяся до самой кишки, дискразический больной – все вредные потенции сконцентрировались, так сказать, у одного субъекта, чтобы возбудить

¹ Один гран равен примерно 0,06 г.



воспаление, и все же он погибает от другого заболевания, которого меньше всего приходилось опасаться; я имею в виду гангрену раны и толстой кишки.

7. Гангрена раны и толстой кишки. В чем следует искать причины этой гангрены? Она шла снаружи внутрь, распространялась медленно, закончилась прободением толстой кишки и этим самым ограничила себя определенными пределами. Как кишка была поражена гангреной, пожалуй, нетрудно объяснить. Это была как раз часть толстой кишки, непосредственно примыкавшая к слепой; после операции она оказалась расположенной позади раны. Здесь образовались сращения между кишкой и брюшиной (см. рисунки), которые, по-видимому, и помешали дальнейшему распространению гангрены.

Может быть, следующие два обстоятельства помогут объяснить столь неожиданное развитие гангрены в брюшной ране. 1) В то самое время, когда этот больной лежал в палате, мы имели еще двух больных – одного с натечным абсцессом на почве спондилартрокаце, другого с гнойным флебитом на почве осложненного перелома. Они отравляли воздух, и через короткое время нагноившиеся раны трех других больных приняли дурной, гангренозный вид (у ревизора с фунгусом сустава, у 60-летнего больного после вылуцения липомы и у третьего больного с сифилитическим паховым бубоном). Наш аневризматический больной был, правда, первым, у кого рана стала гангренозной. Травматическое вмешательство у него также было тяжелее, чем у других. 2) Еще обстоятельство, которое заслуживает здесь внимания, – это влияние первой перевязки на состояние мягких тканей, из которых составляется передняя брюшная стенка. Кровообращение в разветвлениях надчревной артерии и артерии, огибающей подвздошную кость, распространяющихся в передней брюшной стенке, в большей или меньшей степени прекращается вследствие перевязки общей подвздошной артерии (ибо лигатура накладывается выше обеих этих ветвей). Вследствие новой перевязки общей подвздошной артерии нарушение кровообращения в капиллярных сосудах указанных артерий, а следовательно, и в передней брюшной стенке, еще более усиливается, и таким образом могло случиться, что травматическое вмешательство на этой ослабленной почве больше способствовало развитию разрушительного процесса, чем пластического.

8. Состояние нижней конечности после перевязки общей подвздошной артерии было вполне удовлетворительным в течение всего времени от момента перевязки до самой смерти. Если не считать легкого чувства онемения и незначительной отечности, в нижних конечностях не отмечалось ничего необычного.

Еще недавно я слышал, что один хирург с большим опытом сомневался в возможности восстановления коллатерального кровообращения после перевязки общей подвздошной артерии. Для таких сомневающихся я изложу здесь следующие удивительные факты, которые я наблюдал в своих опытах на животных. Чтобы получить правильное представление о различных способах развития окольного кровообращения, необходимо изучать его после перевязки брюшной аорты, особенно у более крупных животных. 1) Наложив лигатуру на брюшную аорту с помощью лигатурной палочки, можно произвольно вызвать паралич задних конечностей, если петлю лигатуры затянуть настолько, чтобы пульсация в участке аорты ниже места лигатуры полностью прекратилась. Если заставить



животное встать, оно волочит задние конечности за собой. Если же постепенно расслабить лигатуру посредством палочки, то животное постепенно начинает вставать. 2) Если обнажить у собаки бедренную артерию и завести лигатуру с палочкой под брюшную аорту, не затягивая ее, если сделать затем прокол бедренной артерии, чтобы составить себе представление о силе кровотечения из нее, и если теперь внезапно затянуть лигатуру на аорте, то можно заметить, что кровотечение из бедренной артерии тотчас же прекратится; но через $1\frac{1}{2}$ –2 минуты кровотечение опять возобновится, причем сначала кровь будет вытекать по каплям (лучше всего перерезать теперь половину бедренной артерии поперек), а потом в виде небольшой струи. 3) Рассечение передней брюшной стенки, а следовательно, разрушение анастомозов между внутренней грудной артерией и надчревной¹ не имеет никакого влияния на это кровотечение из бедренной артерии. Следовательно, основные анастомозы, которые служат для восстановления коллатерального кровообращения после перевязки брюшной аорты, должны располагаться отчасти в самой брюшной полости (в содержащихся в ней внутренностях), а отчасти в задней ее стенке. Ветви поясничных артерий и связи брыжеечных артерий должны быть, следовательно, главными агентами при развитии окольного кровообращения после перевязки аорты. 4) Кровотечение из бедренной артерии после перевязки аорты не достигает такой же силы, как до перевязки. Слабая струя крови, вытекающая из отверстия в бедренной артерии, через несколько минут постепенно иссякает, так как это отверстие закупоривается кровяным сгустком (что не так быстро происходит до перевязки аорты). Но стоит только сделать прокол в бедренной артерии немного выше, чтобы истечение крови опять возобновилось. 5) Задние конечности животного при этом обыкновенно нечувствительны и холодны, их можно резать, не вызывая боли у животного, а раны либо совсем не кровоточат, либо очень незначительно, так что, например, перерезанные мышцы остаются совершенно сухими, но их сократительная способность еще не истощена, а после их перерезки и раздражения они энергично сокращаются. 6) Главными анастомозами являются, как сказано, отнюдь не связи между надчревной и внутренней грудной артериями, но именно поясничные ветви. Даже брыжеечные артерии, по-видимому, не имеют у животных большого значения для коллатерального кровообращения. Если у большой собаки перевязать брюшную аорту примерно на 5 см выше бифуркации, перерезать переднюю брюшную стенку и сделать прокол брюшной аорты непосредственно ниже лигатуры не позднее 3 минут после перевязки, то кровь уже бьет струей. При этом можно отчетливо различить истоки поясничных ветвей непосредственно ниже лигатуры. Поток крови продолжается, если наложить еще вторую лигатуру на аорту, причем сразу же ниже поясничной ветви, так что последняя оказывается расположенной между двумя лигатурами аорты. 7) Часть аорты, расположенная ниже лигатуры, не пульсирует, она кажется спавшейся, также и бедренная артерия; тем не менее кровообращение в последней продолжается, хотя и ослаблено. 8) Паралич задних конечностей, хоть и является обычным последствием перевязки аорты, все же наблюдается

¹ Имеется в виду нижняя надчревная артерия.



в самых различных степенях. Парезы мочевого пузыря и прямой кишки также представляют собой нередко наблюдаемые осложнения. 9) Крупные животные лишь редко переживают операцию. Вскрытие обнаруживает только переполнение сердца и дыхательных органов кровью. Затруднения дыхания и крик животного сразу же после затягивания лигатуры также свидетельствуют о том, что причина смерти состоит в нарушенном равновесии кровообращения и в приливах крови к центральным органам. Напротив, мелкие животные значительно лучше переносят эту операцию. У некоторых кошек и мелких собак я не наблюдал никаких параличей задних конечностей; они иногда сами соскакивали с операционного стола без каких бы то ни было затруднений. Причиной такой разницы можно считать различные соотношения между емкостью ствола аорты и емкостью всех ее ветвей у больших и малых животных. 10) Постепенное затягивание лигатуры (путем закручивания ее), в результате чего аорта полностью закрывается только через 4–6 дней, уменьшает опасность для жизни. При этом методе многие животные остаются в живых после операции.

Можно принять с большой вероятностью, что если бы у человека лигатура накладывалась между обеими брыжеечными артериями, успех операции был бы значительно более надежным, – анастомозы обеих брыжеечных артерий являются истинными иносуляциями. Следовательно, если лигатура будет наложена на аорту между этими двумя сосудами, то кровь будет непрерывно поступать из верхнего отдела артерии через эти иносуляции в нижний отдел; напротив, при перевязке ниже нижней брыжеечной артерии для поддержания коллатерального кровообращения служат одни только поясничные ветви. В первом случае распределение крови оказалось бы значительно равномернее, а приливов крови к центральным органам можно было бы опасаться меньше, чем после перевязки по методу Э. Купера. (Все эти результаты я подтвердил более чем 60 опытами на животных, и большинство из них приведены уже раньше в моей диссертации: «Num vinctura aortae abdominalis in aneurysmate inguinali tutum ac factu facile sit remedium?», Dorpati, 1832.)

9. Наконец, приступы озноба. Уже выше (см. главу о травматическом флебите) я привел этот случай в качестве примера того, что наблюдаемые нами приступы озноба не всегда связаны с флебитом, в данном случае они совершенно напоминали приступы так называемого перниционного озноба. Однако подобные приступы озноба принадлежат, безусловно, к более редким, хотя Фрике и утверждает обратное (см. выше), но и в этих случаях мы обнаруживаем более или менее обширное нагноение, гнойные полости, свищи, наполненные грязным ихорозным гноем. Мы невольно, таким образом, приходим к той мысли, что, может быть, и здесь имел место переход гноя в кровь и что, по-видимому, только небольшая продолжительность болезни помешала развитию других явлений заражения крови (как абсцессы легких, частичные воспаления вен). Это второй случай, о котором мы сообщаем в наших «Анналах», когда озноб наблюдался незадолго до смерти и когда на вскрытии была найдена распространенная, глубоко расположенная гнойная полость между брюшными мышцами, наполненная гноем шоколадного цвета. Возникает вопрос: остался ли бы больной в живых, не будь этих приступов



озноба? Правда, с образованием противоестественного заднего прохода гангрена остановилась, но кровотечение, наступившее незадолго до смерти, все же было отчасти последствием этого процесса, отчасти несомненно следствием перерождения оболочек артерии.

В нашем случае заслуживает еще особого упоминания следующее. 1) Отхождение подчревной артерии между лигатурой общей подвздошной артерии и кровоточащим местом (на наружной подвздошной артерии) все же не оказывало никакого влияния в смысле поддержания кровотечения. 2) Выпячивание аортального клапана в форме наперстка, или аневризма клапана (см. рисунок).



V. Мочевые свищи

Случай 32. Мочевой свищ с огромным перерождением мошонки. Сечение промежности по особому методу. Удаление перерожденных тканей путем повторных частичных иссечений. Выздоровление.

П. фон Б... в, штабс-капитан, 52 лет, крепкого телосложения, брюнет с живыми чертами лица, так что легко можно догадаться о холерическом темпераменте его. Картина его болезни такова. Почти вся мошонка превращена в громадный ложный продукт. Верхняя часть ее гладкая, отечная, вследствие чего своеобразные в этом месте морщины исчезли, а оболочки кажутся утолщенными. Сами яички представляются здесь лежащими свободно, нормальной величины. Напротив, средняя и нижняя часть мошонки имеет размеры детской головки и сильно перерождена. Исходя из промежности, не доходя на два пальца до заднепроходного отверстия, на мошонку распространяется перерожденная масса, доходящая до середины мошонки; она имеет сферическую, но в общем совершенно неправильную форму. Вершина ее образует более значительную поверхность, чем основание, или место прикрепления на мошонке. Периферия составляет по длине, направленной сверху вниз, сантиметров 15–17, а по ширине 7,5 см. Две кожные борозды делят всю эту перерожденную массу на три части, между тем как мелкие добавочные бороздки тянутся по всей поверхности, однако не проникая далеко вглубь. Наружный покров состоит из гладкой и тонкой кожи. Во многих местах видно, как гнойная слизь вытекает из сотни скрытых отверстий, глубоко проникающих внутрь всей массы; некоторые из этих отверстий окружены нежным мясом. При пальпации получается ощущение чего-то среднего между консистенцией сала и плотностью скирра. Вся промежность в ширину и длину тверда, как доска, причем эта твердость уходит в полость таза, но точно определить ее границы невозможно. Боль в этой уплотненной массе отсутствует.

На половом члене внешне не обнаруживается ничего необычного, только на головке имеются отдельные рубцы – следы перенесенного шанкра; равным образом справа и слева в паховой области видны большие рубцы, возникшие, по словам больного, от заживших бубонов.

При мочеиспускании у больного можно видеть, что моча большей частью вытекает по каплям и лишь в незначительном количестве выходит из мочеиспускательного канала. Значительно больше мочи просачивается между бороздами перерожденной массы, из уже упомянутых отверстий; одно из наиболее крупных, по-видимому, находится более впереди. Эти отверстия скрыты между складками и могут быть замечены только по просачивающейся моче или по выдавливаемой слизи. В эти отверстия зондом проникнуть далеко не удастся; от них,



по-видимому, начинаются весьма извилистые ходы. Моча мутная, дает слизистый осадок, временами перемешана с кровянистыми хлопьями. Если исследовать мочеиспускательный канал даже самым тонким бужом, то на расстоянии 10 см от наружного отверстия зонд наталкивается на непреодолимое препятствие деревянистой плотности и даже при всевозможных поворотах и вращениях он не может продвинуться дальше. Своим пузырем больной владеет полностью, он может выдавливать мочу и ее задерживать.

Предстательная железа при прощупывании через прямую кишку представляется твердой, она расположена очень глубоко и спаяна с плотной тканью промежности. Прямая кишка нормального строения, геморроидальных узлов нет.

Что касается общего состояния больного, то оно, пожалуй, очень близко к гектическому: лихорадочный жар в лице, ускоренный пульс, обложенный язык, слабость и очень часто повторяющиеся приступы озноба – вот те явления, которые, по словам больного, возникли уже несколько месяцев тому назад. Необходимо еще упомянуть о том, что весьма обширные варикозные узлы большой подкожной вены тянутся от стопы до паховой области; они горячи и очень болезненны при дотрагивании, что, несомненно, свидетельствует об их субинфламматорном состоянии.

А н а м н е з . Уже в течение ряда лет больной страдает тугоподвижностью и болями в суставах, особенно в сочленениях пальцев рук и ног, причем бывали и обострения этих болей и ремиссии. Кишечник всегда действовал вяло, кал был твердый и темный. С другой стороны, мы видим, что больной как в своей молодости, так и впоследствии предавался излишествам в половой жизни, что он страдал бубонами и шанкрами, а также трипперами, продолжавшимися то короткое, то длительное время. Еще за год до возникновения только что описанного местного поражения больного в течение длительного времени мучил триппер. Как уже упомянуто, год спустя, т. е. семь лет назад, больной сильно промочил ноги и тяжело простудился, причем одновременно с этим произошла полная задержка мочи. В связи с этим последним обстоятельством состояние больного вскоре сделалось угрожающим. Его доставили в госпиталь в Ригу. Начавшаяся уже раньше лихорадка здесь все более усиливалась. Наступил сильнейший озноб, за которым последовали жар и проливной пот. Нижняя часть живота вздулась, промежность распухла, сделалась горячей и красной. Эта припухлость и краснота распространялись на верхнюю часть бедер. Такое состояние продолжалось несколько дней, после чего припухлость на промежности почернела. Здесь был сделан разрез, через который выделились гной и моча. Это была единственная врачебная помощь, оказанная больному.

В течение двух месяцев больной поправился, но с тех пор моча постоянно выделяется через промежность. Тогда же был впервые применен катетер, но он натолкнулся на большое препятствие в мочеиспускательном канале. В таком состоянии больной был выписан и вернулся к своим служебным обязанностям в рижском гарнизоне. В дальнейшем довольно часто наступала задержка мочи, сопровождавшаяся резкими приступами озноба и лихорадкой. Все это проходило, когда природе удавалось с помощью этих реакций обеспечить моче отток через новые пути. Вокруг свищевых ходов на мошонке и промежности



через некоторое время начали возникать бугристые возвышения, которые в дальнейшем увеличивались и сливались между собою, превращаясь в массу уже описанного выше строения. При этих разнообразных обстоятельствах протекло всего 7 лет, пока больной в мае текущего года не стал хлопотать об отставке и получил ее.

8 июня 1837 г. больной был принят в клинику, к тому времени, когда начинаются летние каникулы. В течение последних больной находился в клинике все время в горизонтальном положении, применял припарки на промежность и мошонку, чтобы предотвратить задержку гноя и мочи, часто принимал теплую ванну, и ежедневно на несколько часов ему вводили в мочеиспускательный канал буж, сделанный из оболочек кишки. В течение всего этого времени, несмотря на самый тщательный уход, однажды произошла задержка мочи, причем больной был охвачен резким ознобом, длившимся около часа, и сильной лихорадкой. После того как мочеиспускание снова восстановилось, все угрожающие явления были устранены. Довольно частые запоры требовали время от времени применения клизмы или *Infus. laxativum*. В течение каникул (один месяц) буж хоть и продвинулся на несколько линий дальше (длина введенной части составляет теперь 10,75 см), но сейчас, как и прежде, невзирая на все старания, остается невозможным разыскать в этой перерожденной массе тонкое, как волос, отверстие мочеиспускательного канала.

После того как, несмотря на постоянное применение припарок, бужей и вторные прижигания (по методу Лаллемана), в течение двух месяцев в состоянии больного не было замечено никакого существенного улучшения, я решился на операцию. Дело в том, что я хотел проложить путь к мочевому пузырю снаружи через перерожденную массу. Это было осуществлено 20 августа в том виде, как описывается ниже (см. замечания). Назначения после операции: тепловатая ванна; внутрь *Extr. Hyosc.* в эмульсии. Отхождение мочи через промежностную рану.

21 августа. Удалось провести катетер средней толщины через член в мочевой пузырь, здесь катетер был оставлен. Большая часть мочи выделяется теперь через него, и лишь небольшое количество просачивается при этом через промежностную рану.

22 августа. После обеда возникли боли в области мочевого пузыря и промежности; поэтому катетер удален. На болезненную область мочевого пузыря поставлено 12 пиявок; позднее припарки.

С 23 августа по 10 сентября. Катетер сменяется каждый день, но иногда оставляется и на более длительные сроки, когда чувствительность больного это допускает. В промежутках делаются тепловатые ванны.

11 сентября. Иссечение трех четырехугольных кусков из перерожденной массы в правой половине мошонки. Два более крупных куса были размерами в 6 см², а третий был наполовину меньше. В ткани видны были лучистые хрящевидные пластинки, перемешанные с мягким веществом типа клетчатки. Кровоточившие артерии не могли быть перевязаны; поэтому сделана тампонада.

16 сентября. Из перерожденных участков мошонки иссекаются два новых куса такого же строения, как предыдущие, толщиной и длиной с палец; основание их на ощупь мягкое. Четыре мелких кровоточивших артерии перевязаны,



а против паренхиматозного кровотечения применена тампонада; позднее – простая повязка.

20 сентября. Иссечение нижнего участка, т. е. остатков перерожденной ткани, двумя полулунными разрезами у основания массы; перевязка нескольких артерий; тщательная тампонада, тем не менее сильное вторичное паренхиматозное кровотечение, из-за чего у больного неоднократно возникали обмороки. Возобновление тампонады. После этого – небольшой озноб в течение получаса, устраненный теплым чаем с *Liq. Hoffmanni* и несколькими каплями *Tinct. thebaic.*

С 22 сентября по 12 октября. Края раны, а время от времени вся раневая поверхность, основательно прижигаются ляписом; раны перевязываются с плюассо, смоченным раствором ляписа (1,875 г на 180 мл воды), после чего хоть и не разрастаются живые грануляции, но все же следует очищение и уменьшение раны. Ежедневная смена этой повязки и сдавливающее обертывание полосками липкого пластыря всей мошонки, на которой давно уже отмечался отек. Ежедневное введение более толстого эластического катетера (№ 7–8), что также удается с легкостью. При мочеиспускании большая часть мочи вытекает через катетер, а некоторое количество также через нижний угол промежностной раны.

С 13 по 19 октября. Частые боли в мочевом пузыре и в луковице; опухание последней. Предписано катетер каждый день на несколько часов удалять и более толстый катетер заменять более тонким. Одновременно делались общие ванны и тепловатые промывания мочевого пузыря.

20 октября. На нижней половине все уменьшающейся раневой поверхности замечены два тонких свищевых хода на расстоянии 1,25 см один от другого, ведущие оба к одной и той же точке на катетере. С помощью желобоватого зонда оба хода соединены в одно отверстие. Они вскоре облитерировались, как вскоре после иссечения перерожденной ткани мошонки полностью исчезли и все тонкие свищевые ходы, заключенные в этой ткани.

26 октября. Опять удалось ввести более толстый катетер.

15 ноября. С целью ускорения заживления раны на промежности сделано прижигание внутренних краев раны с помощью аппарата Лаллемана и смазывание наружных краев настойкой шпанских мушек.

22 ноября. Так как указанные приемы не принесли большой пользы, то вокруг свищевого отверстия был наложен в хрящевидной ткани кисетный шов крепкой шелковой нитью и сильно затянут. Вследствие расхождения шва он ежедневно затягивается вновь после предварительного смазывания краев раны изнутри.

С 27 по 30 ноября. Извлечение шва, оказавшегося бесполезным. Прижигание изнутри посредством зонда Лаллемана, снаружи – чистым ляписом.

С 20 по 26 декабря. Чувствительность в области мочевого пузыря, равно как правого семенного канатика и яичка, и последующее опухание с усилившейся болезненностью последнего потребовали отмены давящей повязки, а также более частого удаления катетера на длительный срок, теплых припарок, втираний неаполитанской мази и даже назначения 15 пиявок. В течение нескольких



дней продолжались также выделения крови с мочой, против чего применялись вливания в пузырь теплой воды.

С 1 по 6 января. Больной выдерживал катетер только несколько часов в день.

19 января. Большая рана после иссечения перерожденной ткани мошонки в значительной части уже зарубцевалась. Свищевой ход на промежности порядочно сузился. С окончательным заживлением, однако, дело не ладится.

24 января произведено прижигание всего свищевого хода посредством остроконечного каленого железа. Через несколько дней последовало отторжение струпа. Показались хорошие грануляции, которые стимулировались ляписом, довольно плотно заполняли все наружное отверстие и, казалось, хотели закрыть свищевой ход снаружи. Более того, при мочеиспускании без катетера сюда просачивалось всего лишь несколько капель мочи. На повторное прижигание возлагались еще большие надежды, но больной не мог уже дольше задерживаться в клинике и 13 февраля покинул учреждение с обещанием ходить с катетером в мочеиспускательном канале еще достаточно продолжительное время, так как не было уверенности в том, что сморщивающее действие рубцовой ткани уже прекратилось.

Мошонка опять приобрела свои нормальные размеры. На нижней и задней ее поверхности имелись значительные рубцы; свищевой канал почти нитевидный. Катетер № 10 с легкостью проходит до перепончатой части, но отсюда его приходилось продвигать дальше с некоторым усилием, прежде чем он попадал в мочевой пузырь. При мочеиспускании без катетера через свищ выделялось только несколько капель мочи, а когда больной сгибал верхнюю часть тела, моча из свища почти совсем не выделялась. (См. также замечания ниже.)

Случай 33. Пузырно-влагалищный свищ, расположенный непосредственно ниже влагалищной части матки. Неудавшееся применение шва. Каленое железо. Нарушение диеты. Перитонит. Смерть.

Елизабет Посерт, 35 лет, из Риги, хорошо сохранившегося внешнего вида, три раза тяжело рожала. После четвертых родов, при которых ей оказывали помощь несколько старых женщин, образовался пузырно-влагалищный свищ. Сразу же после рождения мертвого мальчика (роды были при ягодичном предлежании) появились длительные боли внутри влагалища, особенно острые в первые дни. Одновременно в течение восьми дней продолжалось необычное истечение лохий, которое можно было скорее назвать кровотечением. Послеродовой период протекал прискорбно: в течение 8 месяцев больная была прикована к постели, при этом она боролась с сильными болями, лихорадочными явлениями и большой слабостью. Через неделю после родов больная заметила, что моча не только не выделяется естественным путем через мочеиспускательный канал, но непрерывно без всяких позывов на мочеиспускание просачивается через влагалище, вызывая воспаление и экскориации половых органов и окружающей кожи.

Больная была принята в хирургическую клинику 11 ноября 1837 г., причем исследование показало следующее. Половые органы и окружающая кожа были влажны от мочи, местами видны на них экскориации; большие срамные губы немного опухли. На верхней стенке влагалища, непосредственно под влагалищной



частью матки, пальцем можно было определить отверстие овальной формы; самый длинный диаметр составлял примерно 2,25 см, наиболее короткий – 1,5 см. Через отверстие можно было попасть прямо в пузырь, причем стенки пузыря и влагалища были сращены. Края отверстия были утолщены, но не каллезны, и болезненны. Влагалищная часть матки стояла довольно глубоко и имела несколько разрывов. Влагалище было широкое, его слизистая дряблая и рыхлая, мочеиспускательный канал не сужен. На два поперечных пальца выше пупка имелась грыжа белой линии, возникшая, вероятно, вследствие беременности, а под нею рубец, оставшийся после абсцесса.

Через неделю после принятия в клинику была произведена операция по методу Диффенбаха, но без успеха. Ввиду очень глубокого расположения свища наложение швов удалось лишь в недостаточной степени. После отхождения швов были сделаны повторные попытки прижечь отверстие остроконечным каленым железом. После третьего прижигания и после того как больная допустила значительную погрешность в диете (она предавалась пьянству), начались боли, и дело дошло до настоящего перитонита. Несмотря на применение сильнейших антифлогистических средств, больная скончалась на седьмой день от начала перитонита.

Вскрытие. Покровы живота и груди содержали отложения жира – следствие того, что больная любила выпивать и нередко по ночам пила водку. В грудной полости не было ничего необычного. В брюшной полости печень, желудок и диафрагма были оттеснены кверху раздутым кишечником, имелись сращения кишечных петель с брюшной стенкой. Брюшинный покров кишечника инъецирован; кроме того, имеются обильные скопления гноя в брюшной полости. Самая крупная гнойная полость лежала выше пупка, вокруг желчного пузыря. Последний, также печень и селезенка были нормальны. Задняя стенка желудка красновата. Кишечный канал на внутренней поверхности сплошь покрыт слизистым гноем, особенно в тех местах, которые соответствовали инъецированному брюшинному покрову. Почки в нормальном состоянии. Матка с ее связками, трубы, яичники, прямая кишка и задняя стенка мочевого пузыря спаялись между собой и превратились в один общий ком. Правый яичник содержал несколько мелких гнойников, а левый – несколько темно-красных пятен. Мочевой пузырь имел размеры грецкого ореха, перегородка между ним и влагалищем истончена. Во влагалище, имевшем нормальное строение, свищ открывался непосредственно под влагалищной частью матки. Таз уменьшен во всех направлениях. На внутренней поверхности лонного соединения прощупывался выступ.

Замечания

Надо обладать весьма обширным опытом, чтобы сказать в наши дни что-либо новое о заболеваниях мочевого аппарата, после того как этот раздел патологии изложен с такой полнотой в работах Шопара, Ч. Бэлла, Лаллемана, Сивиаля, Амюсса, Леруа. И все же лечение этих страданий до сих пор оставляет желать еще многого. При лечении этих заболеваний мы в настоящее время нуждаемся не в открытии новых лечебных методов, но скорее в уточнении показаний к применению уже известных нам хирургических приемов.



С этой точки зрения я и хочу рассмотреть свой случай 32. В смысле распространения свищевых ходов и степени каллезного перерождения этот случай, несомненно, должен быть отнесен к редчайшим. Нижняя часть мошонки превратилась в настоящий вторичный продукт, который был отделен совершенно отчетливо от верхней части мошонки каменно плотным его основанием, глубоко уходящим в промежность корнями. Необычайные размеры перерожденной массы и скиррозная плотность последней исключали всякую мысль о возможности вызвать ее расплавление или рассасывание. Самые тонкие бужи, введенные в мочеиспускательный канал всевозможными способами, всегда встречали непреодолимое препятствие, деревянистую плотность в области перепончатой части. На основании исследования промежности снаружи и со стороны прямой кишки, а также из рассказа больного следует, что нижняя стенка перепончатой части вместе с участком луковичного отдела мочеиспускательного канала были разрушены гангреной, отторгнуты и впоследствии превращены в хрящеподобную рубцовую ткань. Так как больной в момент поступления в клинику еще выделял мочу по каплям, то моча, очевидно, проложила себе дорогу через эту рубцовую ткань, причем верхняя стенка перепончатой части, по-видимому, еще сохранилась, нижняя же, напротив, была замещена этой рубцовой тканью. Количество свищевых ходов в мозолистых отложениях было поистине неисчислимо. Заслуживают внимания также огромные варикозные узлы на венах нижних конечностей и именно в состоянии воспаления, а кроме того, существующая уже некоторое время гектика.

Что здесь оставалось делать? Восстановление остатков естественного мочеиспускательного канала путем расширения и прижигания показалось мне при повторных попытках невозможным. Хотя эластические бужи немного проникали в остатки этого канала, но после двухмесячного применения они входили дальше едва на несколько линий. Может быть, удалось бы проложить путь к шейке мочевого пузыря путем прижиганий спереди назад. Но в то время я не обладал еще инструментом Леруа. С каутеризационным аппаратом Лаллемана, который производит прижигание от центра к периферии, мне тоже не удалось достигнуть большего. Когда я теперь еще размышляю о том, что часть нижней стенки мочеиспускательного канала длиной по меньшей мере в 6 см была разрушена гангренозным процессом и заменена рубцовой тканью, я полагаю, мне можно простить, что при применении бужей, зондов и каутеризационных аппаратов я боялся заблудиться в этой ткани. Одним словом, чем чаще я исследовал больного, тем естественнее мне казалась идея восстановить разрушенную нижнюю стенку мочеиспускательного канала снаружи посредством оперативного вмешательства. Оперативные методы, примененные нами у нашего больного, заслуживают, как мне кажется, некоторого внимания практиков.

Первая операция состояла в восстановлении нижней стенки мочеиспускательного канала за счет рубцовой ткани промежности. Правда, метод отличался от обыкновенной *boutonnière*¹. Наше намерение не состояло в том, чтобы дать выход накопившейся в мочевом пузыре моче, а, как уже сказано, создать новый

¹ Boutonnière (франц.) – здесь «наружная уретротомия».



путь. Желобоватый зонд, введенный в мочеиспускательный канал до суженного места или до рубцовой ткани, служил мне путеводителем. Сделав разрез на промежности, я попал в настоящую хрящеподобную ткань, которая при разрезании хрустела под ножом. Кончик зонда был обнажен, но чем руководствоваться теперь, чтобы попасть в мочевой пузырь? При натуживании больного для мочеиспускания моча не вытекала через сделанное отверстие. Исследование раны пальцем и зондами не обнаруживало ничего, кроме однородной массы, плотной, почти скirrosной. Я пытался теперь превратить свою операцию в своего рода *cathétérisme forcé*¹ с той лишь разницей, что мой метод должен был быть значительно более надежным. Я ввел теперь катетер в мочеиспускательный канал до раны на промежности. Я надавливал концом его в сторону рубцовой ткани, направляя его на указательный палец. Затем я сделал небольшой разрез этой ткани и пытался провести конец катетера в этот разрез. Так я резал все дальше, производя лишь мелкие разрезы в рубцовой ткани и продвигая катетер через них все дальше, держась, однако, при этом в должном отдалении от прямой кишки. Мне пришлось произвести таким образом в перерожденной промежности рану глубиной по меньшей мере 7,5 см, чтобы попасть наконец катетером в пузырь. Я считаю такой метод оперирования более надежным, чем собственно *cathétérisme forcé*.

Я направляю свой катетер по указательному пальцу, исследую пальцем сделанные мной разрезы, нащупываю кончик катетера; следовательно, я не могу заблудиться, или это по крайней мере не произойдет так легко, как при форсированной катетеризации. Не думаю также, чтобы разрез, произведенный в рубцовой ткани, увеличивал опасность операции. У нашего больного не было никакой существенной реакции, если не считать приступов озноба, которые, как известно, сопровождают даже незначительные раздражения мочевыводящих путей.

Когда катетер был введен в мочевой пузырь, он оставался здесь как ущемленный. Мочевой пузырь, несомненно, был гипертрофический и резко сокращенный. Впрыснутая в пузырь жидкость выходила обратно в виде струи, что меня убедило в том, что катетер действительно находится в пузыре.

Я не могу сказать, что операция относится к числу трудновыполнимых, и я могу ее только рекомендовать в подходящих случаях всем начинающим хирургам. Осторожность в проведении разрезов, заключающаяся в постоянной ориентировке по зонду и по пальцу, – вот и все необходимое для этой операции.

Вторая операция состояла в частичном удалении ложного продукта. История болезни рассказывает о том методе, которым я воспользовался для достижения цели.

Только небольшой, впоследствии тонкий как волос, свищ в рубцовой ткани промежности устоял против всевозможных попыток его закрытия. Очевидно, эта ткань была причиной того, что рана после операции обнаруживала столь небольшую склонность к заживлению. Прижигания, каленое железо, кисетный шов Диффенбаха испытывались поочередно без всякого успеха. Однако

¹ Cathétérisme forcé (франц.) – форсированная катетеризация.





непрерывность мочеиспускательного канала была полностью восстановлена, мошонка была уменьшена до своих нормальных размеров, и больной покинул клинику вполне довольный своим состоянием. Недавно (через полгода после выхода из клиники) я получил от него письмо, в котором он меня извещает, что упорно не поддававшийся лечению свищ закрылся сам собой, что мочится он вполне хорошо и без эластического катетера, что он теперь вернулся на свою службу. Я признаюсь, что боюсь рецидива болезни, если он перестанет пользоваться эластическим катетером. Тем не менее тот, кто видел больного до его поступления в клинику, едва ли поверит, что ужасное обезображивание мошонки и столь далеко зашедшая гектика так счастливо устранены.

Мне кажется, что эта выполненная мною операция отличается в некоторых отношениях от других подобных вмешательств. Я думаю, что с помощью разреза на промежности, выполненного указанным способом, можно с большим успехом видоизменить *cathétérisme forcé*; во всяком случае, этим приемом можно лучше себя застраховать от ранения прямой кишки и задней складки брюшины.

Случай 33 я привел только с той целью, чтобы показать опасность каленого железа. Как известно, это средство было особенно рекомендовано Дюпюитреном. В нашем случае нарушение диеты, по-видимому, способствовало распространению перитонита. Я не привел более подробного анатомического описания свища, так как он уже столь превосходно описан Жобером. Что же касается неудачи с оперативным закрытием свища, то едва ли мне нужно еще указывать, что это не является редкостью, ибо знаменитый Диффенбах, который специально занимался этим делом и изобрел такое множество гениальных оперативных методов, тоже не может сообщить о большом количестве счастливых результатов своего лечения.



VI. Радикальное лечение грыжи. Выпадение прямой кишки

Случай 34. Радикальная операция по поводу паховой грыжи по способу Майора с помощью point-piqué¹. Неполный успех.

Подмастерье ремесленник, 25 лет, страдавший паховой грыжей (величиной с куриное яйцо), принят в клинику 12 октября 1837 г. для радикальной операции.

16 октября. Радикальное оперативное лечение грыжи по Майору с помощью point-piqué. Грыжа была вправлена, после чего по оси пахового канала образована и натянута косая складка²; благодаря этому наружное паховое кольцо было сдавлено таким образом, что при кашле и натуживании грыжа больше не появлялась. Теперь было наложено три стеганых шва (point-piqué), причем сначала средний, соответствующий внутреннему паховому кольцу, затем нижний и наконец верхний. На одной стороне каждый шов еще до протягивания был прикреплен к небольшому цилиндру из губки. После того как все три шва были проведены, они были крепко натянуты на другой стороне прочно удерживаемой кожной складки над бужом из клеенки и завязаны.

После операции на кожной складке появилась небольшая краснота. При кашле грыжа больше не появлялась. Кожная складка была слишком мала (она представляла собой валик длиной 6,25 см, высотой 1,25 см, шириной 1,25 см), чтобы можно было ее опрокинуть на бок; она была окружена необработанной корпией, после чего наложена простая паховая грыжевая повязка. Кроме того, назначены: горизонтальное положение, покой, слабая диета. Вечером. Больной указывает на незначительную болезненность в области грыжи. Нет никаких признаков воспаления ни в грыжевом мешке, ни в животе.

19 октября. Кожная складка дряблая, не горячая, не красная.

22 октября. Сегодня удалены верхний и нижний швы, в то время как средний оставлен на месте. В области верхнего шва из обоих уколов выступило по крупной капле густого гноя, а из уколов нижнего шва вытекло много доброкачественного гноя (больше 30 г). Кожная складка и окружающая кожа стали красными, но болезненность имеется только при более сильном давлении. Это место покрыто корпией и цератом, а сверху наложена грыжевая повязка.

22 октября. Последний шов извлечен, но здесь выделилась лишь небольшая капля гноя. Это место покрыто корпией и цератом, а сверху наложена грыжевая повязка.

¹ Point-piqué (франц.) – стеганый шов.

² Речь идет о складке из кожи и подкожной клетчатки.



24 октября. Кожная складка почти целиком выровнялась; все же она, как и близлежащая кожа, еще остается немного красной. Кроме того, все это место на ощупь плотновато вследствие отложения пластической лимфы. Через места проколов, оставшиеся еще открытыми, вторично проведены 3 стеганых шва, но грыжевая повязка более не наложена.

29 октября. Сегодня удалены швы, лежавшие до сих пор совершенно спокойно. При надавливании на окружающие ткани гной не просачивается. Кожная складка не исчезла, а оставалась в виде плотного красного валика толщиной с палец. Окружающие ткани в глубине, особенно в направлении пахового канала, на ощупь представлялись уплотненными, что было вызвано пластическими отложениями. Место операции покрыто небольшим количеством корпии, затем наложена колосовидная повязка.

30 и 31 октября. Из отверстий проколов гной больше почти совсем не выделяется. Кожная складка почти полностью сравнялась, но при ощупывании она кажется в глубине утолщенной. Повязка та же.

2 ноября. При ходьбе, кашле, смехе и т. д. грыжа больше не выступает.

13 ноября. Грыжа, которая и в предыдущие дни временами немного выскальзывала, сегодня при сильном кашле опять выступила, но меньше, чем до операции. Пластические отложения у наружного пахового кольца и по ходу пахового канала большей частью уже рассосались. В области наружного пахового кольца прощупывается еще незначительное затвердение, и здесь заметны рубцы от уколов.

Случай 35. Радикальная операция по поводу паховой грыжи по способу Майора. Счастливый, но неопределенный исход.

25 октября. Радикальное грыжесечение по способу Майора, с помощью трех points-riqués, у 22-летнего крестьянина, страдающего свежей паховой грыжей. Грыжа находится еще в паховом канале и имеет размеры куриного яйца. Операция протекала быстро и счастливо. Больной испытывал лишь незначительную боль во время проведения нитей. Валик из захваченной в складку кожи имел лишь 1,25 см в толщину и ширину и 5 см в длину и был затянут швами. После операции сморщенная кожная складка покрыта рыхлой корпией, а сверху положена грыжевая повязка. Вечером. Возникшие на месте операции боли дальше не распространяются.

26 октября. Боли в месте операции немного усилились, но краснота на кожной складке была незначительной. Наложено еще больше корпии, и поверх снова положена грыжевая повязка. Сегодня и вчера был по одному разу стул.

27 октября. Кожная складка стала красной и очень чувствительной; брюшная полость свободна; поэтому грыжевая повязка отменена, а вместо этого кожная складка покрыта рыхлой корпией, и поверх нее положена колосовидная повязка на область тазобедренного сустава.

31 октября. Швы удалены. Из нижнего внутреннего отверстия от прокола просочилось много гноя. Кожная складка была красной, немного чувствительной и слабо припухшей. Наложена корпия с цератом и колосовидная повязка на область тазобедренного сустава.



1 ноября. Можно было выдавить еще немного гноя. Отверстия на местах проколов расширились до более крупных язв; кожная складка стала более плоской, она красна и твердовата на ощупь. Повязка та же.

С 3 по 8 ноября. Кожная складка почти совсем плоская. Из отверстий на местах проколов едва выделяется немного гноя. Накладывается грыжевая повязка и по обе стороны от пахового канала – узкая градуированная лонгета.

11 ноября. Отверстия на местах проколов гранулируют. Кожная складка почти окончательно выровнялась. У внутреннего ее края, где лежал буж, имеется изъязвленная полоса длиной около 4 см. Повязка с цератом, колосовидная повязка на область тазобедренного сустава и грыжевая повязка.

1 декабря. Места проколов только теперь полностью зажили.

При сильном кашле и натуживании из пахового канала ничего не выпячивается; вокруг него прощупываются твердоватые пластические отложения.

8 декабря. Больной вынужден был заниматься несколько дней тяжелой работой – поднимать, таскать и т. д., но грыжа при этом не появлялась. Утолщения вследствие пластических отложений по ходу пахового канала и в области наружного пахового кольца больше не прощупываются. Больной выписан.

Случай 36. Радикальная операция при пупочной грыже по Боннэ. Перитонит. Рецидив грыжи.

13 мая. Сегодня произведена радикальная операция по поводу пупочной грыжи у 8-летнего ребенка. Пупочная грыжа возникла вскоре после рождения, она имеет цилиндрическую форму; сам ребенок скрофулезный. После вправления грыжи грыжевой мешок захвачен в поперечную складку и пронизан двумя крепкими [энтомологическими] булавками, после чего еще проведена третья булавка, накрест с первыми, в поперечном направлении. Кончики булавок были отрезаны, а вокруг них самих обвиты несколько ниток: частью вокруг булавок, проколовших самый грыжевой мешок, частью – над ними, вокруг поперечной булавки. Наружные слои грыжевого мешка, очевидно, были утолщены, ибо при проталкивании булавок ощущалось немалое сопротивление. Ребенок был очень чувствителен.

14 мая. Состояние ребенка довольно хорошее; ночью он спал, ни на что не жалуется. Кожа в области проколотого грыжевого мешка имеет нормальный цвет. Живот нигде не чувствителен. Был стул.

15 мая. После обеда появились отчетливые признаки лихорадки: дыхание учащено, сопровождается хрипением, кожа горит, пульс ускоренный и более полный. Ребенок жалуется на боли в горле и жажду, однако нигде в области живота чувствительность [при давлении] не определяется. Вечером. Эмульсия с *Hyoscyamus*, обкладывание с *Aq. Goulardi*. Размягчающая клизма.

16 мая. Местами в области живота отмечается чувствительность при давлении. Пульс лихорадочный и твердоватый. Язык обложен белым налетом, влажный. Дыхание еще хрипящее, имеется небольшой кашель. После клизмы дважды был кашицеобразный стул. Кожа в области грыжевого мешка имеет обычную окраску, при дотрагивании он чувствителен. Энтомологические булавки извлекаются. 10 пиявок вокруг пупка на некотором расстоянии одна от другой. Припарка. Каломель.



17 мая. Понос. Пульс спокойнее, мягче. Язык, как накануне. Тепловатая ванна.

18 мая. Живот еще немного чувствителен. 10 пиявок на живот.

19 мая. Понос прекратился. Язык беловат, аппетита нет совсем. Пульс мягкий и малый. Ребенок немного ослабел. Живот нечувствителен, но отмечается небольшое эластическое вздутие.

20 мая. Девочка очень слаба, у нее осунувшийся вид. Дыхание еще хрипящее; пульс очень малый; живот впалый, грыжевая припухлость дряблая, с нормальным цветом кожи. *Rp. Decoctum Lich. Carrag. cum Sir. Diacod.*

21 мая. Девочка хоть и слаба, но, по-видимому, немного поправилась.

26 мая. Опять начались поносы (до 4–5 водянистых испражнений в день). Девочка выглядит бледной и обессиленной. Клизма с опиумом. Затем хина с настоек валерианы.

29 мая. Больная становится бодрее и сегодня даже немного вставала.

С 1 по 5 июня. Девочка в довольно хорошем состоянии и может быть выписана. В отношении пупочной грыжи дело обстоит точно так же, как до операции, она имеет те же размеры и форму и вправляется.

Замечания

Каждому, кто серьезно интересуется успехами нашего искусства, не покажется удивительным, что я и в настоящем выпуске «Анналов» привожу случаи радикального оперативного лечения грыжи, которые заслуживают особого внимания, как мне кажется, благодаря новизне предмета, несмотря на то что они заканчивались не особенно счастливо или результат лечения был неопределенным, недостаточным.

Как известно, мы обладаем в настоящее время нижеследующими методами радикальной операции, причем все они являются отражением новейших успехов хирургии.

1. Метод Бельма, еще недавно значительно им усовершенствованный. В прошлом выпуске я сообщил об одном несчастном случае, в котором результатом применения этого метода был смертельный перитонит. Причина смерти мне теперь достаточно ясна: животный пузырь, который я ввел в очень просторную шейку грыжевого мешка посредством прокола, был слишком велик, заполнял всю шейку и обусловил слишком высокую степень раздражения. Я наблюдал также у собак, что иногда после введения более крупного рыбьего пузыря в брюшную полость развивается смертельный перитонит. Напротив, пузыри меньших размеров (если они изготовлены не из кондома) бесследно исчезают, причем они, естественно, рассасываются. Несколько раз также я переносил пластическую лимфу, которая выпотеваает в значительном количестве при воспалении серозных оболочек из воспаленной плевры одной собаки в брюшную полость другой. Это пластическое вещество тоже всегда бесследно исчезало.

На основании своих опытов, поставленных на животных, я могу, следовательно, отметить следующие степени реакции или следующие различные изменения в состоянии серозных оболочек и введенного материала, взятого у животных. 1) Исчезновение (рассасывание) без особых изменений в состоянии



серозной оболочки; это – минимальная реакция. 2) Экссудативное воспаление, образование кисты вокруг инородного тела такой же формы, как последнее, утолщение стенок этой кисты, причем пересаженный пузырь либо подвергается рассасыванию, либо остается в нетронutom виде, окруженный кистой. Полного пронизывания пузыря пластическим веществом, так чтобы он спаялся с кистой и образовал единое целое, я не наблюдал. 3) Образование кисты вокруг пузыря, когда самый пузырь рассасывается, а киста наполняется гноем, наблюдалось в интересном опыте на собаке, приведенном мною в «Анналах» первого года издания (стр. 95 и рисунок). 4) Наконец, максимальная реакция заключается в том, что в месте расположения пузыря образуется выпот с распространением воспаления по всей брюшине, что обыкновенно заканчивается смертью.

Очень трудно, если не совсем невозможно, заранее определить при методе Бельма степень реакции на введение животных материалов в шейку грыжевого мешка. Конечно, верно, что путем введения в серозную полость мелких кусочков пузыря животных или (как сейчас это делает Бельма) полосок, изготовленных из подобного вещества, нельзя никогда вызвать гнойное или опасное воспаление (естественно, если операция производится только через небольшой прокол). Но я никогда не поверю также, что эти полоски, даже если привести их в самое тщательное соприкосновение с внутренней поверхностью шейки грыжевого мешка (что, несомненно, будет сопряжено с большими затруднениями), способны вызвать такую степень выпотевания, которая достаточна для полного закрытия грыжевых ворот. Я привожу здесь результаты моего опыта еще и потому, что метод Бельма был недавно удостоен проверки матадором немецкой хирургии Филиппом Вальтером (в Gräfe's Journal der Chirurgie). Этот знаменитый хирург возлагает большие надежды на радикальное оперативное лечение грыж по методу Бельма. Что касается меня, то не плохой исход моего первого опыта, а только что приведенные результаты опытов на животных, невозможность заранее определить степень реакции и неопределенность в предпринятых Бельма наблюдениях над больными – вот что удерживает меня от попыток повторения его метода.

2. Метод инвагинации Жерди, по-моему, может быть испытан лишь тогда, когда стенки пахового кольца легко прощупываются, когда это отверстие значительно расширено шейкой грыжевого мешка, так что можно свободно проникнуть в него хотя бы одним пальцем. Во время моего пребывания в Париже Жерди сказал мне, что он выполнил по своему способу 50 операций. Но результат большинства этих случаев остался невыясненным, поскольку больные, выписанные из больницы, никогда не появлялись вновь. Когда я оцениваю метод Жерди *a priori*, после того как испытал способ Майора и после того как я сам недавно попытался применить метод Жерди, то могу сказать о последнем одно лишь неблагоприятное. Результат, по-видимому, столь же ненадежен, как при методе Боннэ.

3. Метод Боннэ состоит в образовании кожной складки впереди грыжевого отверстия, причем в складку захватывается также грыжевой мешок (разумеется, после вправления грыжи) и далее в наложении обвивного шва, который укрепляется с помощью пробки. Столь же ненадежен и метод Майора.



4. Метод Майора, предложенный врачебной публике в кратком и четком изложении в небольшой работе о радикальном лечении грыж (Math. Maior¹, *Von der Radikalkur der Brüche*, aus dem franz. von Finsler, Zürich, 1837), я хочу сейчас подвергнуть надлежащей оценке на основании собственных двух случаев. Если прочитать на стр. 23 этого труда, что «1. Бедренная грыжа чудовищных размеров у 43-летнего субъекта была излечена радикально в течение 5 недель. 2. Двойная паховая грыжа таких размеров, что ни один бандаж не мог ее удержать, была излечена в 23 дня» и т. д., если Майор далее говорит: «После выхода настоящего труда (с октября 1836 г. по январь 1837 г.) я неоднократно имел возможность выполнить эту операцию и продолжать наблюдение над ранее оперированными больными; ...у молодых людей, а также у больных с незначительным расширением брюшного кольца², независимо от того, молодые они или старые, заживление происходит в общем надежно и быстро; в противоположных случаях (у старых людей и у больных с очень большим брюшным кольцом), напротив, нельзя рассчитывать на радикальное излечение, но операция дает то важное преимущество, что грыжа легче удерживается с помощью бандажей», – когда все это, говоря я, читаешь, то даже в отчетах самую автора находишь разительные противоречия. В самом деле, больных с скромными грыжами он объявляет радикально излеченными сразу же после операции, а менее чем через полгода он уже сомневается в радикальном излечении указанных больных. Но не говоря уже обо всем этом, из его слов вытекает, что для радикального лечения по этому методу подходят одни лишь свежие грыжи, другие же только улучшаются. Однако, как известно, это такое слово в медицинском наречии, которое иногда звучит весьма двусмысленно. Поэтому оставим пока без внимания степень улучшения, которую нам обещает метод Майора при застарелых грыжах, и рассмотрим только те случаи, в которых, по уверениям автора, наступает быстрое и надежное (радикальное) излечение грыжи.

Прежде всего коротко изложим основные принципы Майора. Он уверен (стр. 3), что грыжевой мешок «следует за выпавшими внутренностями и при вправлении опухоли ускользает вместе с нею обратно в брюшную полость» (см. цит. соч., стр. 3). Я, право, не знаю, как мне расценить эти слова опытного хирурга: является ли это предположение результатом его исследований на трупах или это только догадка? Если исследовать на трупе даже самые малые грыжи, размерами не больше наперстка, то можно установить, что грыжевой мешок не всегда следует за внутренностями при вправлении. Как же можно, следовательно, высказывать подобное положение в таком обобщающем смысле? Когда слышишь аксиомы, находящиеся в противоречии с общепризнанными и имеющие такое большое значение, то, естественно, требуешь и основательных доказательств. «Следовательно, если Боннэ, – говорит наш автор, – хочет захватить во время операции эту нежную оболочку (грыжевой мешок), то она ускользает как от пальцев, так и от воздействия инструментов». Это положение будто вытекает из первого и, следовательно, оно так же мало обосновано, как и первое. Еще менее доказал

¹ На французском языке фамилия этого хирурга пишется Maugor.

² Брюшное кольцо – наружное паховое кольцо.



Майор непосредственными наблюдениями то, что он в своей операции не захватывает грыжевого мешка. Тот факт, что операция не была связана ни с какой реакцией, еще мало говорит в пользу этого утверждения. Метод Бельма в его последней модификации (с желатиновыми полосками) тоже как будто вызывает небольшую реакцию, хотя при этом методе и повреждается грыжевой мешок. Как редко наблюдается воспаление после парацентеза брюшины по поводу асцита! Вообще закон, гласящий: «После травматических повреждений серозные оболочки очень склонны к общему распространению воспаления», слишком обобщен. При этом, конечно, очень многое зависит от характера повреждений. Вхождение воздуха, обнажение наружного клетчаточного слоя брюшины¹ являются чрезвычайно важными факторами для возбуждения воспалительного процесса.

При методе Майора грыжевой мешок, особенно при свежих грыжах, так же легко может быть захвачен в складку вместе с другими тканями, как и при методе Боннэ. Напротив, при старых грыжах, при которых слои, расположенные снаружи от грыжевого мешка, очень утолщены, кожа с подкожной клетчаткой и другими слоями действительно может быть приподнята в одну большую складку, причем грыжевой мешок остается незатронутым, в чем я убедился на основании опытов на трупах. Грыжевой мешок ускользает из пальцев, но нельзя сказать вместе с Майором, что «он ускользает вместе с внутренностями при их вправлении».

В своем методе Майор придает наибольшее значение следующему. 1) *Сильное натяжение кожи над паховым кольцом закрывает это отверстие в первые моменты.* Вполне правильным наблюдением является тот факт, что при свежих малых грыжах кожа, собранная в складку перед паховым кольцом, действительно противодействует образованию опухоли. В этом каждый может убедиться, и я сам видел это в своих случаях. Я заставлял больного стоять, кашлять, а грыжа, пока я держал кожную складку пальцами, не появлялась. Напротив, при старых мошоночных грыжах только путем впячивания кожи в паховый канал и путем закрытия последнего указательным пальцем удается удержать вправленные внутренности на месте, если заставить больного вставать и ходить. Таким образом, я не знаю, каких размеров должна быть складка в подобных случаях, чтобы достигнуть этой цели. В одном случае Майора складка покрывала все наружные половые органы. 2) *Наступающее непосредственно после операции опухание подкожной жировой клетчатки.* Возникающее вследствие воспаления опухание и выпотевание пластического вещества при методе Майора, по его словам, будто бы распространяется вглубь, в сторону брюшного кольца и закупоривает или по крайней мере уменьшает это отверстие. Что касается гребня или выступа, который образуется из кожной складки, то «он скоро исчезает отчасти из-за недостаточного притока соков, атрофии, отчасти вследствие полного отторжения этой кожной складки».

Выпотевание пластического вещества, которому Майор придает столь большое значение, действительно образуется, как об этом свидетельствуют и наши случаи, причем образуются эти выпоты прежде всего вокруг пахового кольца.

¹ Имеется в виду предбрюшинная клетчатка.



Но полного закрытия этого отверстия, разумеется, нельзя ожидать, особенно потому, что грыжевой мешок не всегда может быть вправлен, – это я считаю доказанным. Если при небольших свежих грыжах удастся вправить грыжевой мешок обратно в брюшную полость, то может, конечно, случиться, что пластическое вещество будет выпотевать в клетчатку по ходу семенного канатика во всем паховом канале. Может быть, это имело место и в нашем случае 36. Но с какой легкостью такое выпотевание может рассосаться? Почему клетчатка, расположенная вне грыжевого мешка, должна обладать меньшей рассасывающей способностью, чем клетчатка всего тела? Общеизвестно, как быстро обширные выпоты пластического вещества в клетчатке могут исчезнуть благодаря всасывающей способности ткани. И далее: как может столь незначительное отложение устоять против постоянного действия брюшных мышц?

Когда грыжевой мешок вправлен обратно, то от брюшных мышц не требуется значительного напряжения, чтобы вновь вытолкнуть эту ослабленную часть брюшины, после того как пластическое вещество, отложившееся в паховом канале, частично рассосалось. Если же грыжевой мешок не вправлен, то подобное отложение может лишь в незначительной степени уменьшить размеры шейки (разумеется, снаружи); в таком случае выпадение внутренностей совершается еще легче.

Если кто желает вместе с Майором «поддержать утолщение и уплотнение выпотевшей лимфы посредством защитного давления» (стр. 19), тот забывает, что именно это самое давление усиливает рассасывание вновь отложившегося вещества, и в наших случаях мы видели, как после наложения бандажа и давящего аппарата экссудат с каждым днем уменьшался. Таким образом, выпотевание пластического вещества вне грыжевого мешка вокруг пахового кольца отнюдь не принадлежит к надежным средствам против рецидива грыжи, независимо от того, вправлен ли грыжевой мешок или нет.

Что касается изменений в кожной складке, столь лаконически описанных Майором, то я должен признаться в непонимании того, что должно обозначать исчезновение этой складки вследствие атрофии и от недостаточного притока соков. Почему приток соков в этой складке должен уменьшиться? Правда, эта складка сразу же после операции остается благодаря стеганому шву ущемленной, однако это ущемление вызывает только застой крови, воспалительное опухание, которое в конце концов может перейти в гангрену, – но ведь это не атрофия; то, что происходит с кожной складкой после удаления стеганого шва, не может, как мы сейчас увидим, называться атрофией. Вообще Майор слишком поверхностно описал изменения в кожной складке, а может быть, и не хотел описать. Эта идея столь же остроумна, столь же естественна в его методе, сколь и в методе Жерди; предотвратить выход грыжи путем натяжения кожи, образования кожной складки перед грыжевыми воротами. Я думаю, что это и являлось главной целью при разработке его метода, а не закрытие пахового кольца пластическим экссудатом. «Если, – говорит он, – в том месте, мимо которого проходит грыжа при своем выпадении, чтобы спуститься в яичко (что это должно обозначать?), крепко стянуть кожу в продольную складку, то будет легко даже выше пальцев задержать грыжу в ее поступательном движении»



(цит. соч., стр. 9) и тут же далее: «Из этого вполне естественно вытекает, что продолжают поиски средства, которое было бы в состоянии выполнять функцию этих пальцев». Нахождение такого средства действительно является главной задачей во всем методе, но как и чем это выполнить? Этому и должен служить «стеганный шов» (см. выше историю болезни), что тоже вполне правильно. Но как долго кожная складка должна удерживаться в своем положении посредством стеганого шва? Чтобы определить это, было бы важнее всего подробнее описать изменения, происходящие в этой складке.

Из наших случаев и из некоторых моих наблюдений, относящихся к применению метода Жерди, вытекает следующее. 1) В первые дни после наложения шва клетчатка кожной складки подвергается воспалению, как и клетчатка в окружности пахового кольца. В большинстве случаев воспаление переходит не только в пластическое выпотевание, но и в нагноение, во всяком случае швы, несомненно, будут нагнаиваться, так как их по Майору оставляют на 6–9 дней и так как они удерживают мягкие ткани в значительном натяжении. Ткани паховой области безусловно не задержат распространения гнойного процесса, а, напротив, будут способствовать ему, так как расположенная здесь клетчатка является пластинчатой и рыхлой. 2) Как только швы будут удалены между 6-м и 9-м днем, кожная складка расправится, – она исчезает, как на это указывает и Майор, но отнюдь не в результате атрофии, а просто потому, что «то средство, которое заменяло пальцы» – т. е. *point-à-point* (стеганный шов), удалено. Можно было бы *a priori* утешаться мыслью, что это средство после; удаления заменится выпотеванием клейкого пластического вещества в клетчатку складки. Что может быть более естественно? Откладывается пластическое вещество, которое склеивает обе внутренние поверхности кожной складки. И все же опыт показывает нечто совершенно иное. Как только давление, производившееся на кожную складку посредством стеганых швов, устранено, воспаленная клетчатка растягивается во всех направлениях и раздвигает обе кожные пластинки, из которых состояла складка, врозь. Теперь надежда на сопротивляемость кожной складки пропала, и это такой момент, о котором, мне кажется, Майор нарочито забыл упомянуть. Теперь уже не остается ничего больше, как только удовлетвориться экссудацией пластической лимфы, закрытием пахового кольца и т. д. 3) Но это выпотевание, к сожалению, с каждым днем убывает; продолжающееся нагноение (в нашем случае 36 с 30 октября по 1 декабря) также немало способствует тому, чтобы вызвать рассасывание отложившегося нового вещества, и через несколько недель ткани паховой области приобретают почти такое же строение, как до операции.

Удалось ли когда-либо доктору Майору сохранить кожную складку, я не знаю; однако, насколько явствует из его краткого описания, она исчезала и у его больных, но не в результате атрофии, как он думает, а, как учат наши истории болезни, совсем другим путем.

Следовательно, при радикальном лечении грыж мы должны вернуться к старым принципам и стараться возбудить экссудативный процесс в шейке самого грыжевого мешка. *Изобретение такого средства, которое вызовет закрытие шейки грыжевого мешка, не подвергая больного опасности перитонита или повреждения семенного канатика*, – вот что и сейчас должно оставаться для нас

идеалом радикального лечения грыж. Я испытываю в настоящее время, и, как кажется, с хорошим результатом, применение аппарата при паховых грыжах, который вызывает закрытие шейки грыжевого мешка снаружи внутрь, – однако я не собираюсь описывать здесь подробнее свой метод. Сперва я хочу убедиться в эффективности и в недостатках этого способа на основании достаточного количества наблюдений.

Так как предмет еще совсем нов, то мои читатели не взыщут с меня за то, что я привел все три истории болезни *in extenso*. Моей целью было описать механизм патологического процесса и обратить внимание не некоторые пункты, которых мы не находим в работе Майора.

Хотя я предвидел все только что приведенные возражения против метода Майора уже *a priori*, до своих опытов, я все же хотел высказать свои взгляды не раньше чем я убедился в их правильности на основании опыта. Если мы и не видели тотчас же рецидива грыжи в случае 35, пока больной находился у нас на глазах, то мы должны все же остерегаться того, чтобы сделать отсюда вывод, будто заболевание действительно радикально излечено. Впрочем, если метод Майора когда-нибудь еще сможет дать надежду на совершенное устранение грыжи, то это, несомненно, будет иметь место только в таких случаях, как наш случай 35, т. е. при незначительных свежих грыжах, расположенных еще в паховом канале.

Что касается метода Боннэ, то он в большей степени реализует идею радикального лечения. Уколы через шейку грыжевого мешка действительно могут вызвать в нем экссудативный процесс; повреждения семенного канатика можно легко избежать, а развития перитонита не так уж приходится опасаться, как это думает Майор. В нашем случае 36, правда, развился перитонит, но я думаю, что у детей и особенно при пупочных грыжах радикальное лечение всегда опаснее, чем в других случаях. Кроме тех условий для распространения воспаления, которые заключаются в возрасте, конституции ребенка и пр., необходимо еще, по-моему, принять во внимание, что участок брюшины, соответствующий области пупка, наиболее подвержен воспалению, причем и боль при перитоните здесь наиболее сильно выражена, и явления, обнаруживаемые при вскрытии, тоже обычно показывают, что область пупка является главным очагом воспаления.

Впрочем, пользуясь способом Боннэ, можно безусловно приостановить дальнейшее распространение воспаления, если удалить булавки при первых же признаках его. Но опыт должен решить, является ли степень раздражения при методе Бонна достаточной для закрытия шейки грыжевого мешка и не произойдет ли после удаления булавок то же самое, что и при методе Майора. Находящиеся в состоянии раздражения внутренние стенки грыжевого мешка должны, по-моему, оставаться в соприкосновении более длительное время, и, чтобы обусловить сращение, это прилегание стенок должно быть значительно более точным, чем при методе Боннэ. Отсутствие этих двух условий (более длительного и более точного прилегания находящихся в состоянии раздражения поверхностей) является, по-моему, главной причиной того, что этот метод так часто не имеет успеха и при варикоцеле. Поэтому метод Боннэ, как



и метод Майора, обещает еще мало-мальски благоприятный результат только при свежих небольших грыжах.

Случай 37. Значительное невраправимое выпадение прямой кишки. Повторные безуспешные попытки вправления. Начинающийся упадок сил. Вправление. Радикальное лечение по Дюпюитрену. Выздоровление.

Андрей, русский, извозчик, 29 лет, атлетического телосложения, принят в хирургическую клинику 5 октября 1837 г. по поводу значительного выпадения прямой кишки.

Status praesens. На месте заднепроходного отверстия у нашего больного имеется опухоль величиной с детскую головку. На конце опухоль имеет отверстие, в которое можно углубиться насколько позволяет палец. Внутри палец натывается на складчатую слизистую оболочку. Опухоль покрыта красной слизистой оболочкой, выделения которой вследствие соприкосновения с воздухом превратились в желтоватые пленки. Толщина стенок этой опухоли внизу доходит до 5 см, что обусловлено сильным отеком. Длина выпавшего отрезка составляет приблизительно 12,5 см. Следовательно, слизистая оболочка выведена из нормального положения на длину 25 см. Форма опухоли грушевидная; книзу она толще всего. Наружная и внутренняя стенки далеко не на всех местах допускают полное смещение. На месте исчезнувшего заднего прохода опухоль по всей своей периферии отграничена, т. е. между опухолью и заднепроходным жомом нельзя высоко продвинуться пальцем, который наталкивается на слепую складку. В верхней части опухоли сильно пульсируют достаточно крупные артерии. Сфинктер заднего прохода расслаблен и на опухоли перетяжки не образует. Температура опухоли несколько повышена. Боли не особенно значительны. В общем самочувствии отмечается лишь небольшое отклонение от нормального состояния, особенно если принять во внимание, что только за 18 часов до осмотра больному было сделано весьма значительное кровопускание. Язык слегка обложен.

5 октября. Сразу же после поступления больного были предприняты повторные попытки вправления опухоли, однако все они были безрезультатны. Выпавший отрезок еще сильнее распух, сделался твердым, пурпурного цвета. Чтобы вызвать ослабление всего организма, было предпринято сильное кровопускание в 720 г, в течение которого было сделано еще несколько попыток вправления. Но и они не привели ни к чему, так как диафрагма очень сильно давила навстречу, а выпавшая часть была чрезвычайно опухшей. После того как и от теплой ванны длительностью в полчаса ослабление еще не стало настолько значительным, чтобы больной находился в состоянии, похожем на обморок, то больной был уложен в кровать, а выпавшая кишка была покрыта компрессами с холодным раствором квасцов; до этого было поставлено 30 пиявок.

Что касается а н а м н е з а, то необходимо отметить, что больной уже в течение нескольких лет страдал вправимым выпадением, что за 24 часа до поступления в клинику у больного после резкого натуживания во время дефекации внезапно выпала еще одна более крупная часть прямой кишки, причем после повторных попыток вправление прямой кишки стало невозможным.

7 октября. Опухоль сделалась немного более вялой. Поверхность ее серовато-белая, влажная. Живот ниже пупка немного чувствителен, язык слегка



обложен; пульс мягкий, частый. У основания выпавшей кишки с левой стороны сделан разрез длиной 10 см. Две крупных артерии тотчас же начали сильно кровоточить и были перевязаны. Глазу представилась более твердая поверхность разреза толщиной 1 см, под которой стали выступать выпуклые мягкие ткани, похожие на сальник и даже на кишечник. Однако более тщательное исследование показало, что это только сильно отечная клетчатка, которую легко можно разорвать двумя пинцетами. Рана заполнена корпией, пропитанной маслом, затем выпавший отрезок кишки был окутан припарками, и во время позыва к испражнению была поставлена масляная клизма с сернокислой магнезией, но жидкость вскоре вышла обратно с небольшим количеством разжиженного кала.

9 октября. Выпавший отрезок стал чуть мягче. Была предпринята более настойчивая попытка вправления, причем со стороны нижнего отверстия был продвинут сначала внутренний листок. Таким образом были с трудом введены обратно две трети выпавшей кишки, а снаружи осталось только колбасовидное кольцо толщиной в 2 поперечных пальца; но тут больной снова начал очень сильно тужиться, и весь пролабированный отрезок с большой силой выскочил целиком наружу. Поэтому всякие попытки вправления были оставлены. Опухоль была покрыта припаркой. Кроме того, была поставлена клизма, а внутрь назначено касторовое масло. После этого с 5 до 8 часов вечера происходило почти непрерывное выделение жидких каловых масс. Помимо того, после обеда в течение полутора часов продолжался озноб.

13 октября. У больного осунувшийся вид; его лихорадит, особенно по вечерам. Все же приступы озноба больше не повторялись. Выпавшая кишка на ощупь мягче, у ее основания более отчетливо, чем прежде, ощущается пульсация крупных артерий. Живот нечувствителен, зато весьма болезненна выпавшая часть, особенно ночью, когда боль мешает спать. Выпавшая часть выделяет значительное количество гноя и слизи. Учащается расстройство мочеиспускания. Выпавшая кишка покрывается тряпочкой, пропитанной 01. *Hyosc.* и 01. *Oliv. aa*; поверх этого накладывается припарка. К вечеру дано 2 порошка; в каждом из них содержится по 0,03 г опия.

29 октября. Сегодня были предприняты новые попытки вправления выпавшего отрезка кишки, но довольно долго они были безрезультатны. Наконец, когда больной был повернут на живот с возвышенным положением таза, попытки вправления были повторены особенно настойчиво с помощью 6 рук; при этом внутренний листок слизистой проталкивался вверх, благодаря чему весь выпавший отрезок уменьшился на $\frac{1}{3}$; внезапно при совокупном действии 6 рук все толстое колбасовидное образование сразу проскочило внутрь. При этих попытках вправления диафрагма больше не оказывала того упорного сопротивления, которое прежде сводило на нет все попытки вправления, так как больной теперь в значительной степени потерял свои силы. Только таким образом стало возможно осуществить вправление. Впрочем, на выпавшей части кишки, в сущности, никаких существенных изменений не произошло, за исключением того, что верхняя часть ее была плотнее на ощупь вследствие отложения пластического вещества между пластинками обоих листков слизистой оболочки.



После удавшегося вправления немедленно была начата радикальная операция по методу Дюпюитрена. Для этой цели из края заднепроходного отверстия было иссечено четыре клиновидных участка, причем кровоточила одна небольшая артерия. Зияющие раны были заполнены агариком и корпией; все отверстие заднего прохода было закрыто корпией, поверх которой был положен компресс, закрепленный Т-образной повязкой. Больной получил 8 капель опийной настойки, что вечером было повторено отчасти с целью успокоения его, отчасти же специально ради задержки стула.

Вскоре после вправления больной стал жаловаться на позывы к мочеиспусканию, но не был в состоянии выделить мочу; это, безусловно, было вызвано давлением вправленного отрезка на нижнюю часть шейки мочевого пузыря. Вечером, наконец, когда эти расстройства мочеиспускания еще более усилились, ему удалось выделить большое количество мочи, что доставило ему большое облегчение.

30 октября. Больной хорошо спал; моча выделялась хорошо два раза. Сегодня в 7 часов утра был стул, причем выпадение кишки более не повторилось, так как уже наступило воспалительное опухание. Повязка была сменена.

31 октября. Дело идет в желательном направлении. Стул бывает; выпадение кишки не повторяется.

7 ноября. Поверхности разрезов гранулируют и рубцуются со стороны углов. Повязка с дигестивной мазью.

9 ноября. Раны от разрезов сильно стягиваются. Больной начал ходить и чувствует себя довольно хорошо. По его просьбе он выписан.

Замечания

Явления, которые я описал в истории болезни, в достаточной мере доказывают, что болезнь состояла в выпадении, а не в инвагинации прямой кишки, хотя размеры опухоли, внезапное появление и невозможность вправления говорят в пользу внедрения.

Как объяснить непреодолимое препятствие для вправления? У авторов мы находим лишь следующее объяснение. 1) Значительное опухание выпавшей части, наступающее особенно в том случае, когда она была подвержена в течение некоторого времени действию внешнего воздуха. Хотя в нашей истории болезни и отмечена значительная отечность выпавшего отрезка, все же необходимо отметить, что это описание составлено лишь через сутки после начала болезни. Когда больной был доставлен к нам вскоре после выпадения, я нашел выпавшую слизистую лишь умеренно отечной и мало чувствительной. Впоследствии, когда было предпринято несколько попыток вправления и протекло уже 18 часов, тогда только образовалась значительная отечность слизистой. Таким образом, эта отечность не могла служить препятствием при наших первых попытках вправления. 2) Еще менее в нашем случае могут быть повинны органические перерождения слизистой оболочки, геморроидальные узлы и т. п. 3) В нашем случае отсутствовало и ущемление или перетяжка выпавшей части волокнами растянутого сфинктера заднего прохода, что в случае, описанном Дельпешем, было устранено надрезами этой мышцы. Напротив, здесь сфинктер был скорее



расслаблен, так что можно было легко ввести указательный палец между выпавшей частью и сфинктером.

Может быть, это сопротивление в нашем случае объясняется следующим образом: 1) внезапным значительным увеличением выпавшей части кишки вследствие натуги и 2) что самое главное, очень сильным сокращением диафрагмы и верхнего сфинктера прямой кишки. Действие диафрагмы можно было отчетливо ощущать при вправлении. Больной непроизвольно делал очень сильный вдох, и тогда все, что было вправлено со стороны слизистой прямой кишки, с огромной силой опять выбрасывалось наружу. Что касается сокращений верхнего сфинктера, то я должен заметить сперва, что этот пучок мышечных волокон, описанный Нелатоном, лежит приблизительно на 10 см выше заднепроходного отверстия, т. е. именно в том месте, где чаще всего встречаются сужения прямой кишки. Функция этой мышцы, как указывает Вельпо, состоит в том, что она удерживает каловые массы выше нижнего расширения прямой кишки, куда они спускаются только во время дефекации, и далее в том, чтобы во время этого акта делить каловые массы на части посредством сокращений и препятствовать их возвращению в толстые кишки. Если мы теперь будем считать все это правильным, то можем признать вероятным и то, что этот сфинктер и при вправлении выпавшей части непременно представит значительное препятствие. Но, чтобы получить правильное представление обо всем механизме, мы должны сперва установить, состояла ли в нашем случае выпавшая часть только из слизистой оболочки или из всех трех слоев стенки прямой кишки.

До сих пор все авторы считали, что так называемый *prolapsus ani* представляет собой не что иное, как выпадение одной только слизистой оболочки. Складчатое строение этой оболочки, ее рыхлая связь с другими оболочками и, напротив, прочное соединение прямой кишки с соседними тканями приводились в пользу такого взгляда, и все же этот взгляд, по-видимому, не вполне и во всяком случае не всегда соответствует патологической анатомии выпадения. В своей «*Anatomie chirurgicale*» (стр. 37, изд. 3) Вельпо сообщает, что Нелатон демонстрировал анатомическому обществу в Париже два препарата, которые показывают, что выпадающая часть состоит из всех трех слоев стенки прямой кишки. Величина выпавшей части в нашем случае, очевидно, говорила в пользу того, что большая часть ее была образована слизистой оболочкой, только верхний отрезок ее, по-видимому, включал все три оболочки кишки. Этот отрезок был более плотным на ощупь, и артерии пульсировали здесь очень сильно (разрез, сделанный нами в этой опухоли, чтобы в какой-то степени добиться ее спадения посредством кровотечения и нагноения, показал нам под слизистой оболочкой только отечную клетчатку без всяких следов мышечных волокон). Поэтому мы можем с большой долей вероятности предположить, что и положение *m. sphincter superior* было изменено. Он находился ниже, и, побуждаемый вследствие этого к более сильному сокращению, он сопротивлялся нашим попыткам вправления, в чем его поддерживало действие диафрагмы.

Так как опухание выпавшей части после применения приведенных средств изменилось лишь в незначительной степени, так как приходилось опасаться отложения пластического вещества в клетчатке под слизистой оболочкой



и других перерождений, так как, наконец, и весь организм страдал от местного заболевания, то я полагал, что пора приступить к решительным действиям. Дело в том, что я хотел наложить лигатуру на выпавшую часть. Рассказывают, что Буайе в одном случае (не указано, вправимого или невправимого выпадения) перетянул основание опухоли несколькими нитями, смоченными в едком кали (см. Lepelletier, Des haemorrhoides et de la chute du rectum, 1834, стр. 153). Такой метод я считал в нашем случае опасным, так как выпадение было весьма значительным и верхняя часть выпавшей кишки, вероятно, содержала все три оболочки прямой кишки. Поэтому я хотел наложить лигатуру другим путем. Мой план состоял в следующем: под контролем указательного пальца провести в глубину большую кривую иглу, снабженную двойной крепкой нитью, через отверстие выпавшей части, проколоть изнутри кнаружи всю толщу ее (вначале ту ее половину, которая лежит ближе к копчику), разделить теперь свисающие из отверстия две нити, ввести каждую нить в такую же кривую иглу и снова под контролем указательного пальца выколоть обе иглы изнутри кнаружи, в ту часть выпавшей кишки, которая лежит ближе к промежности. Теперь весь выпавший отрезок кишки делится с помощью двух нитей на две боковые половины, каждая половина отдельно перетягивается нитью, причем лучше всего с помощью лигатурной палочки или инструмента для перевязки полипов. Если бы я не обошелся двумя лигатурами, то мог бы сделать также 4 вкола, разделив таким образом весь выпавший отрезок на 4 части, и перевязать каждую в отдельности. После окончания такой операции я собирался ввести в пролапс толстую эластическую трубку.

Операция, выполненная таким образом, по моему мнению, имела бы то важное преимущество, что полость выпавшей части кишки при этом осталась бы свободной, что действию лигатуры подверглись бы одни только стенки ее или наружная и внутренняя периферия основания ее. Следовательно, сдавление тканей могло бы быть выполнено сильнее и точнее, поскольку лигатура пришла бы в соприкосновение с обеими поверхностями слизистой оболочки (внутренней и наружной), но, что самое главное, выход кала при таком способе наложения лигатур отнюдь не оказался бы прегражденным.

К счастью, последняя попытка вправления удалась полностью. При вправлении я старался сначала продвинуть снаружи внутрь и вверх внутренний листок слизистой оболочки выпавшего отрезка. Руки помощников поддерживали те части слизистой, которые уже были вправлены. При этом я производил медленное, но сильное давление на отечную клетчатку, и только благодаря совместному взаимодействию всех 6 рук вправление наконец удалось.

Чтобы предотвратить новое выпадение, я сразу же после вправления произвел операцию Дюпюитрена. Так как заднепроходное отверстие было очень растянуто, то я клиновидно иссек не только кожную складку, но и часть *m. sphincter ani* и старался заживить конусовидную рану *per granulationem* с последующим развитием рубцовой ткани.

VII. Ринопластика

Случай 38. Дефект спинки носа. Глубокая борозда между костной и хрящевой частями носа. Очень плоский и широкий кончик носа. Ринопластика. Новый способ улучшения.

Вильям Тироль, столяр из Риги, 33 лет, по словам его родителей, в течение первых 3–4 лет своей жизни страдал тяжелой формой рахита, но был совершенно излечен, так что на протяжении остальной части своей молодости он обладал безукоризненным здоровьем, если не считать временами возникавших незначительных опуханий шейных желез. В возрасте 23 лет он заболел триппером и получил от одного врача внутреннее средство против этой болезни и мазь для прикладывания к половому члену. Последний факт более чем вероятно свидетельствует о том, что триппер осложнился шанкром.

Так как больной работал на городских весах и подвергался влияниям погоды, то вследствие простуды у него возникло сильное опухание шейных желез, которое вскоре достигло очень высокой степени. Поэтому врач послал его в паровую баню и велел ему лежать там в сухом жару с рассеянными по поверхности тела березовыми почками. Однако в результате такого лечения опухание желез в течение 8 дней усилилось до такой степени, что больной потерял речь и, наконец, даже сознание. Но способность к глотанию в это время будто не терялась. Приглашенный к больному д-р Р. освободил его из бани; дал ему ртуть внутрь в виде пилюль, а снаружи – в виде втираний, и против все еще не прекращавшегося триппера какую-то эмульсию. Благодаря этому лечению вместе с слюнотечением наступило быстрое улучшение и как триппер, так и опухание желез исчезли полностью.

Считая себя выздоровевшим, больной еще во время ртутного лечения предпринял в суровую мартовскую погоду поездку за 5 км. Последствием этого явилось сильное и болезненное опухание носа и особенно спинки носа. Впоследствии вместе с носовой слизью выделялись гной и кусочки кости; кроме того, отторгся один более крупный секвестр. Хотя больной находился постоянно на лечении у д-ра Р., но с уменьшением опухоли постепенно провалилась и спинка носа. Посредством цитманнова декокта и лечения голодом больной был избавлен, наконец, д-ром Р. от своего страдания, так что, кроме указанного обезображивания носа, осталась только сухость левой половины носа.

4 года назад больной, по его словам, на почве страха заболел рожей глаза. Правый глаз совершенно распух, стал красным, но безболезненным. Д-р. Е. рекомендовал прикладывать теплые припарки, благодаря чему припухлость опала, но у внутреннего угла глаза она вскрылась. Выделился гной, и с тех пор в этом месте имеется небольшое отверстие, из которого постоянно текут слизь и слезы.

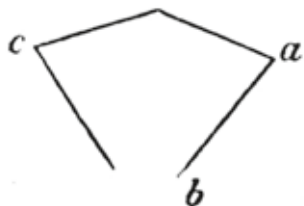


Status praesens: профиль больного (см. табл., рис. 1 и 2)¹. На границе между костной и хрящевой частью носа имеется глубокая борозда, особенно сильно выраженная справа (рис. 2), так что здесь эта борозда отделяет и кожу щеки от хрящевой части носа. Кончик носа немного вздернут; спинка носа запала и совсем уплощена. Профиль больного обнаруживает некоторое сходство с изображенным у Диффенбаха русским больным (рис. 1); только в нашем случае пограничная борозда значительно глубже, и поэтому все уродство более заметно. Верхняя губа велика и тоже выдается вперед.

Вид спереди таков. 1) Разделяющая борозда имеет форму полулуния, направленного выпуклостью вверх (рис. 3). 2) Хрящевая часть носа уплощена, она кажется широкой и косо расположенной, так что слева она стоит ниже, чем справа. 3) Спинка носа, в середине совсем запавшая, образует с обеих сторон два валикообразных утолщения.

Наконец, обозреваемая снизу хрящевая часть носа кажется еще более косой и изуродованной, чем спереди. Дело в том, что кожная перегородка носа резко смещена вправо, правая ноздря образует совершенно лежащий овал, а левая – напротив, косой овал, идущий слева направо. Так как крылья носа уплощены, обе ноздри кажутся значительно больше, чем в нормальном состоянии (ср. рис. 11, на котором правая ноздря изображена уже в исправленном виде).

Помимо сказанного, у внутреннего угла правого глаза имеется слезный свищ, соответствующий нижней части слезного мешка. Его легко узнать по узкому, калибром с волос, отверстию, из которого вытекают слизь и слезы, и по мелким похожим на губку грануляциям, вырастающим со стороны дна.



Первая операция (30 июля) состояла: 1) из выкраивания лоскута треугольной формы из кожи лба и 2) из двух разрезов, проведенных через старый нос. Один из них разделил кожу спинки носа на две половины и представлял собой только продолжение разреза *ab*, окаймлявшего левый край лоскута; этот первый разрез заканчивался у борозды, отделявшей костную часть носа от хрящевой. Второй разрез шел поперек через самую борозду; при формировании этого разреза

я, несомненно, допустил ошибку; я опасался того, что хрящевая часть получит слишком мало питания, и поэтому я не перерезал весь хрящ целиком, а провел разрез только через кожу и подкожную клетчатку. Этот последний разрез был предназначен, естественно, для соединения с самой широкой частью лоскута *ac*. Чтобы увеличить количество кровавых соприкасающихся точек, я отслоил еще в пределах борозды полоску кориума шириной 5 мм. Как рану на лбу, так и лоскут я соединил с помощью 26 энтомологических булавок и 4 узловатых швов, по известному диффенбахову методу. Новый нос имел широкую спинку и изгиб на хрящевой части, который тянулся поперек через весь нос. Если бы я сделал этот разрез через хрящ сразу проникающим в носовую полость, то эта

¹ Как уже было отмечено, рисунки к «Анналам» второго года издания отпечатаны не были.



борозда безусловно менее бросалась бы в глаза, чем теперь. Но после опухания и дальнейшего выпячивания лоскута приходилось опасаться еще больше, что борозда станет глубже и заметнее.

В течение всего дня новый нос сохранил цвет и температуру обыкновенной кожи. Ледяное обкладывание на лоб. Обкладывания из *Aq. Goulard*, на нос. Вечером к *Aq. Goulard*, прибавляется немного *Spir. vin*.

1 августа. Легкая отечность лица и особенно нижних век. Новый нос имеет цвет кожи, он теплый, блестит; первичное натяжение, по-видимому, удалось повсюду. За исключением немногих игл почти все швы из носа удалены, и повсюду в местах уколов показалось немного крови. Общее состояние хорошее.

2 августа. Сегодня извлечены последние иглы. Только в отдельных местах показались капельки гноя. К вечеру внезапно началась колющая боль в ране на лбу и во вновь образованном носу, но без изменения цвета кожи. Поставлено 12 пиявок к обоим вискам. Вечером 6 пиявок на новый нос.

5 августа. Отек лица опал. Рана на лбу в серединегноилась. Левый край прижившего носового лоскута отошел и слегка нагнаивается.

6 августа. Рана на лбу сильно гноится, как и левый край прижившего лоскута, на котором внизу намечается отторжение небольшого уголка.

С 8 по 11 августа. Небольшой уголок на левом крыле носа уже отторгся. Открытые места на носу начинают заживать. Нагноение на внутренней поверхности лоскута почти полностью прекратилось.

12–13 августа. Один только левый угол носа еще не зажил, и при давлении на пересаженный лоскут вытекает довольно много гноя. Рана на лбу начинает рубцеваться. Впрыскивание в отверстие раствора ляписа.

С 1 по 3 сентября. Нагноение еще продолжается, и на левом крыле носа из одного участка вблизи кончика носа тоже выделяется гной.

5 октября. До сегодняшнего дня впрыскивания ляписа проводились ежедневно, и каждый день в каком-либо месте у нижнего края лоскута показывалось немного гноя.

Сегодня (5 октября) было предпринято первое исправление носа. Форма носа до этого была следующая (ср. рис. 4, 5 и 6): пересаженный лоскут хорошо создавал спинку носа, но только она казалась немного более выпуклой, чем это необходимо. У корня носа с правой стороны имелось выпячивание в виде оливо, возникшее вследствие поворота лоскута. По обеим сторонам носа, где он переходит в щеку, имелась рубцовая кайма. Напротив, нижний край лоскута был сильно стянут, так что между ним и кончиком носа имелась глубокая борозда, которая шла поперек через весь нос, и, таким образом, этот лоскут был отделен от остатка естественного носа, имевшего в длину 6 мм. Борозда, уж очень бросавшаяся в глаза *en face*¹, еще резче выступала в профиль; при этом спинка носа представляла сперва выпуклую кпереди дугу, ограниченную сверху продолговатым сильным выпячиванием, а внизу – глубокой бороздой, за которой следовала пуговка, образованная кончиком носа. Во время операции был принят такой план: кожный мостик лобного лоскута рассечь не раньше, чем будут завершены все остальные

¹ *En face* (франц.) – вид спереди.



исправляющие операции. Сначала была рассечена полностью борозда между старым и новым носом. Кончик носа, совершенно отделенный и висевший только на крыльях носа, был оттянут книзу. Теперь из нижнего края новой спинки носа во всю ее ширину отрезана полоска шириной 2,5 мм, и после этого несколькими разрезами, проведенными в глубине старого носа параллельно кожной поверхности, создана возможность оттянуть кончик носа от лица. Затем этот кончик мог быть приведен в соприкосновение с освеженным краем новой спинки носа по всей его периферии и этим самым был вытянут из глубины. В этом положении кончик носа был закреплен швами, после того как из спинки нового носа был иссечен продолговатый овал кожи и был наложен обвивной шов, который отчасти укрепит и кончик. Форма носа стала такой, как это изображено на рис. 7, 8 и 9.

Целью этой операции было исправление ошибки, допущенной при первой операции. Борозда благодаря этой второй операции была как бы иссечена. Однако шаровидно выпуклая форма лоскута на спинке носа, его твердость, возникшая вследствие отложения пластического вещества, и поразительная склонность больного к нагноению сделали сомнительным полный успех второй операции, хотя непосредственно после этой операции форма носа была заметно улучшена и борозда представлялась значительно более плоской. Что касается иссечения из спинки носа участка кожи с очертаниями миртового листка, то это было сделано с той целью, чтобы уменьшить чрезмерное выпячивание спинки и этим самым сделать менее заметной поперечную борозду, чтобы уменьшить, наконец, ширину носа. Впрочем, впоследствии я сожалел, что в один прием предпринял слишком большое оперативное вмешательство. После этого, пожалуй, приходилось опасаться нагноения, особенно в том углу, где на спинке носа сходились оба разреза. Дальнейшее, к сожалению, подтвердило это предположение. Кровотечение во время операции было не особенно сильным. С каждой стороны носа на кожу щеки было поставлено по 5 пиявок и сделано ледяное обкладывание носа.

7 октября. Весь нос, особенно новая его часть, отекает; немного отекали также щеки и веки. В остальном нос бледен и тепловат на ощупь. Все булавки были удалены, причем в отдельных местах отмечено начавшееся незначительное нагноение. Из правой ноздри вытекло много жидкого гноя. Тепловатые обкладывания из *Aq. Goulard*.

8 октября. В поперечном раневом крае отмечается сплошное поверхностное нагноение, а в перпендикулярном к нему – только местами. Отек всего носа и обеих щек еще держится.

11 октября. Отек полностью исчез. Продольная рана на спинке носа гноится очень незначительно, на поперечной ране почти вся правая половина зажила как будто первичным натяжением; однако на спинке носа и слева имеются слабые грануляции. Это место подвергнуто прижиганию ляписом.

С 15 по 18 октября. Только еще несколько мелких участков не зарубцевались. Они прижигаются ляписом. Но поперечная борозда носа, к сожалению, снова тянется кнутри.

25 октября. Из одного маленького участка на спинке носа еще выделяется гной. Сегодня был перерезан питающий кожный мостик, имевший вид эллиптического возвышения у корня носа длиной 1,5 см и шириной 0,75–1 см, твердого



на ошупь. Он был окаймлен у своего основания двумя полудунными разрезами, захвачен зубчатыми пинцетами и как бы вылуцен. После того как края кожи были еще немного отделены от подкожной клетчатки, они были соединены шестью обвивными швами и одним узловатым швом. Ледяные обкладывания.

27 октября. В нижнем углу раны края незначительно расходятся.

28 октября. Очень много гноя выделялось из отверстия на левой половине носа, где новый нос сходитя со старым. Обкладывания с *Aq. Goulard*.

31 октября. Выделение гноя из отверстия на левой стороне значительно, особенно при надавливании на немного распухший кожный лоскут. Более кпереди, на месте рубца, тоже открылось небольшое отверстие, из которого при давлении вытекает гной. На левой стороне кожного лоскута сделан небольшой разрез, чтобы отсюда проложить дорогу гною в полость носа. Здесь была воткнута режущая игла, выведенная отсюда в самую полость носа, затем введена заволока, верхний конец которой был закреплен на лбу, а нижний конец свисал из ноздри. После этого гноетечение уменьшилось на протяжении двух недель, но полностью не прекратилось. Верхнее отверстие сообщается с нижним у угла носа через поверхностный свищевой ход; рассечение последнего. Вскрытый свищевой ход каждый день заполняется корпией и уже заметно затягивается, так что через 4–5 дней отверстие становится уже совсем незначительным, а на дне его имеется небольшое грибовидное разрастание.

10 декабря. На правой стороне носа сегодня в рубце вскрылось небольшое отверстие, которое пришлось рассечь ножницами немного кверху, так как здесь образовался небольшой слепой карман.

Так как я видел, что каждое новое оперативное вмешательство всегда заканчивалось нагноением и изъязвлением, то я предположил, что почва, на которой я оперировал, вероятно, еще дискразическая. В самом деле, даже в новых пересаженных частях раны заживали не первичным натяжением, как это обыкновенно имеет место. В то же время все продолжающееся гноетечение из тончайшего отверстия в области слезного мешка мне также показалось подозрительным, причем я думал, что оно находится в связи с поражением кости. Поэтому я хотел подвергнуть больного еще до различных попыток альтирирующему курсу лечения. Малые дозы сулемы (0,006 г pro dosi) в сочетании с легкими декоктами, казалось мне, лучше всего соответствовали этому намерению. Далее я расщепил небольшое отверстие в области слезного мешка, обнаружил при зондировании полное смещение слезноносового канала из его обычного положения, велел производить вливание раствора ляписа в свищевое отверстие и т. д.

После того как в течение 6 недель было израсходовано около 0,3 г сулемы и я убедился, что в состоянии раны произошло мало изменений, но в то же время оно чрезвычайно менялось, поскольку из отверстия в углу вновь созданной спинки носа гной либо не показывался, либо при нежном надавливании выступал по каплям, то я отменил сулему и назначил больному курс лечения цитманновым декоктом. В таком состоянии я оставил своего интересного больного, так как предпринял заграничное путешествие.

В мое отсутствие у больного развилась желтуха, которая продолжалась 3 недели, причем она не уступала примененным средствам до тех пор, пока в заднем



проходе не показались геморроидальные узлы. Один из них лопнул, и таким образом наступило облегчение. Состояние свищевых отверстий тоже менялось, но отверстие в углу новой спинки носа почти ничего больше не выделяло. Профессор Вальтер, который руководил хирургической клиникой в мое отсутствие, предпринял новое исправление носа. Целью операции было заполнить борозду между новой спинкой носа и старым кончиком его, которая теперь, после предшествовавшего нагноения, опять сделалась глубже и резче бросалась в глаза.

5 мая 1838 г. он провел два разреза, которые окаймили всю борозду и проходили от одной стороны носа до другой, отпрепарировал кожу от этой борозды и получил таким образом раневую поверхность шириной 1 см, которая проходила параллельно нижнему краю носа. Чтобы заполнить это пространство, он выкроил на обеих щеках по одному лоскуту, которые проходили от границы крыла носа и щеки косо вниз и кнаружи, отпрепарировал эти лоскуты, освободил их от излишков жира, висевшего на них, и соединил образовавшиеся ранки с помощью энтомологических булавок, так что эти швы с обеих сторон легли как раз по нососщечной складке. Перевернутые и отпрепарированные кожные лоскуты вполне соответствовали раневой поверхности на носу, были укреплены здесь узловатыми швами, а на середине спинки носа соединены вместе посредством одной энтомологической булавки. Теплые примочки из воды на нос.

6 мая. Лоскуты резко красные. 4 пиявки.

7 мая. Опухание щек, верхней губы и спинки носа. Лоскуты имеют хороший вид. На спинке носа они еще обильно покрыты черной свернувшейся кровью, и их состояние поэтому неизвестно. Сегодня на каждой щеке удалено по 4 булавки, а на носу несколько нитей. Тут и там показывается немного гноя. Нос заложен, в него вливают теплую воду.

8 мая. Все булавки и нити удалены. Лоскуты красные, опухшие, а на спинке носа синевато-красные, места проколов кожи кое-где слегка нагноились; разрез на правой щеке совершенно свободен от гноя, но на левой стороне имеется немного гноя, хотя никакого зияния здесь еще нет. Щеки тоже распухли. Поставлено 4 пиявки на лоскут и 4 на щеки. Сильное вторичное кровотечение; холодные обкладывания с чистой водой.

10 мая. Концы лоскутов на носу омертвели; это место покрывается перувианским бальзамом, а границы здоровой кожи прижигаются ляписом.

12 мая. Рана на правой щеке полностью зажила, на левой – тоже почти полностью, но несколько уколов еще гноятся; припухлость лоскутов уменьшилась. Омертвевшие ткани на спинке носа отторглись, и показалось хорошее дно. Прижигание ляписом; ранка покрыта корпией с водой.

1 июня. Заживление было полное, как вдруг несколько дней назад в том месте, где правый лоскут сходится со спинкой носа, обнаружен свищевой ход глубиной 7,5 мм. Однако благодаря ляпису он вскоре зажил.

30 июня. Сегодня предпринято следующее исправление носа. На спинке иссечен овал, чтобы рубцом приподнять крылья носа. Эта рана была закрыта тремя [энтомологическими] булавками и двумя узловатыми швами. В то же время кожные лоскуты, образованные 5 мая, перерезаны у своих оснований и укреплены выше в направлении спинки носа, после того как часть основания



была отсечена. Компрессы с не слишком холодной водой. Легкая рожа. Пиявки. Местами нагноение. Частичное заживление *per granulationem*.

После моего возвращения из Парижа я нашел нос в следующем состоянии. Рис. 10 дает верное изображение больного с левой стороны: совершенно то же обезображивание видно и с правой. Спинка носа стояла очень хорошо, в середине ее был едва заметный рубец; напротив, на левой стороне виден был более глубокий рубец, соответственно тому месту, где всегда скапливался гной и где был вскрыт свищевой ход (см. 31 ноября). Борозда между старым и новым носом, которая противостояла всем нашим попыткам, отсутствовала, но, к сожалению, на месте ее с каждой стороны был виден уродливый ком, образовавшийся из вновь пересаженного кожного лоскута, выпуклый, округлый, красноватого цвета, а сверху и снизу отделенный от старого и нового носа новыми бороздами. Кроме того, два рубца проходили в косом направлении книзу на коже обеих щек, соответственно тем местам, с которых были взяты кожные лоскуты. Естественно, что пересаженный лоскут в результате нового отложения на его внутренней поверхности сократился, сделался шаровидным, – одним словом, претерпел все изменения, которые мы наблюдаем также при пересадке кожного лоскута со лба.

Я еще долго размышлял над тем, что в данном случае еще может быть предпринято для исправления формы носа. Несмотря на все пережитые мучения, больной еще сохранил бодрость (как мне сообщили, он был влюблен). Следовало ли мне опять иссечь оба пересаженных лоскута? Но это означало бы повторение старой операции, и у этого больного, столь склонного к нагноению, пришлось бы снова опасаться того же. Нижняя часть вновь созданной спинки носа вследствие нового образования грануляций и рубцевания на ее внутренней поверхности опять втянулась бы вглубь, и тогда опять возникла бы новая борозда. При более тщательном рассмотрении кончика носа и ноздрей снизу я установил, что ноздри чрезмерно растянуты вширь и уплощены. Они образовали два больших лежащих овала, и я подумал, что если бы мне удалось их сузить и превратить оба овала в круглые отверстия, то этим самым я сузил бы всю хрящевую часть носа и приподнял бы ее из глубины. Каждый согласится со мною, что эта идея была совершенно естественной и рациональной. Кончик носа обладает тремя упорами; мягкой перегородкой носа, или вертикальной опорой, и двумя сводами, состоящими из хрящевых полос, составляющих обе ноздри. Если эти последние недостаточно выпуклы, если они лежат плоско, то и кончик носа меньше выступает вперед. Следовательно, моя задача заключалась в том, чтобы сделать свод более крутым.

Я ничего подобного не читал и описываю теперь данную операцию так, как я ее впервые выполнил (3 августа 1838 г.). 1) Я иссек вставленный лоскут на правой стороне двумя полулунными разрезами, при этом я совершенно отделил старый нос на этой стороне от новой спинки, или, другими словами, я сделал разрезы, проникающие в полость носа. 2) Я перерезал хрящевое кольцо в правой ноздре насквозь в направлении линии *a* (см. рис. 11). Путем другого подобного разреза я иссек из этого хрящевого кольца кусок хряща шириной приблизительно 0,6 см (см. *b*, рис. 11). 3) Затем я соединил разрез *a* с *c* посредством обвивного шва, и отверстие ноздри с правой стороны стало явственно меньше, круглее. Теперь свод стоял круче, и вместо лежащего овала я получил почти круглое



отверстие. Буква *d* на рис. 11 показывает нам исправленную таким образом ноздрю правой стороны. 4) Наконец, с помощью того же обвивного шва я соединил оба края раны, возникшие вследствие иссечения лоскута, и форма носа с правой стороны оказалась существенно исправленной. Борозда, или, вернее сказать, две борозды (см. рис. 10, *a, b*) и безобразный ком исчезли; кончик носа стал больше выдаваться вперед.

Я не хотел повторить эту операцию одновременно на левой стороне, ибо опасался, что более крупное травматическое вмешательство опять повлечет за собой более высокую степень воспаления и нагноения. Назначения; обкладывания холодными тряпками и кисловатое питье.

4 августа. Края раны и соседние ткани, особенно на спинке носа, распухли и слегка покраснели.

5 августа. Все швы удалены, и на края раны положена тряпочка с маслом, а поверх нее обкладывание с тепловатой гулярдовой водой. Края раны соединились, но покраснели вместе с ближайшими окружающими участками и распухли.

6 августа. На краях раны имеется незначительное нагноение.

9 августа. Один участок на спинке носа гноится.

15 августа. Рубцевание закончено.

22 августа. Операция повторена на левой половине носа, причем она выполнена точь-в-точь как на правой стороне 3 августа: иссечение валика посредством проникающих разрезов, далее иссечение части крыла носа шириной приблизительно 7,5 мм, а после этого наложение 6 [энтомологических] булавок. Ледяные обкладывания.

24 августа. Сегодня удалены все булавки, так как на краях раны и соседних участках отмечалось значительное раздражение.

30 августа. В середине раны, приблизительно на протяжении 2,5 см, края раны превратились в язвы с ихорозным отделяемым. На рану насыпан красный преципитат ртути и положена повязка с красной преципитатной мазью.

2 сентября. Раздражение уменьшилось, боли смягчились. На рану насыпан красный преципитат ртути.

С 3 по 5 сентября. Язва держится упорно. Края ее приподняты, она причиняет незначительную боль. На рану насыпается красный преципитат ртути.

6 сентября. Края раны становятся более плоскими, язва уменьшается. Края прижигаются ляписом; повязка, как до сих пор, с красным преципитатом ртути.

С 15 по 17 сентября. Язвочка зарубцевалась. Рубец и особенно соседние ткани покраснели.

18 сентября. Для смягчения раздражения рубцовой ткани и с целью одновременного устранения покраснения рубца и соседних тканей назначено: *Rp. Acet. saturn. 30,0, Aq. dest. 240,0*, накладывать на рубец.

19 сентября. Покрасневшие места со вчерашнего дня после применения *Acet. sat.* приняли почти нормальную окраску кожи. Назначение: продолжать применение *Acet. sat.*

9 октября. В области glabella, немного ниже, с целью сужения корня новообразованного носа и удаления находящегося здесь небольшого валика, был иссечен отвесный овал кожи и косо книзу от него, на верхней части правой



половины носа, также вырезан косой остроконечный овал кожи, чтобы приподнять опустившееся правое крыло носа. Но одновременно имеется в виду удалить также свищевой ход, находящийся в пределах иссеченного овала. Соединение с помощью [энтомологических] булавок; обкладывания с *Aq. Goulard* комнатной температуры, так как больной плохо переносит холодные обкладывания.

10 октября. Края раны и окружающие ткани сильно покраснели и припухли, раздражены. Назначения: *Aq. Goulard* отменяется, пораженные участки покрывать оливковым маслом.

16 октября. Краснота и припухлость почти полностью исчезли. Некоторые места, которые гноятся, прижигаются ляписом.

24 октября. Рана полностью зарубцевалась; восстановлена нормальная окраска окружающих тканей и краев раны.

6 ноября. Больной выписан. После всех исправлений форма носа была такой, как это представлено на рис. 12, 13, 14. Лучше всего удалось исправление кончика носа посредством двух операций, которые я выполнил на ноздрях. Если сравнить рис. 13 и 11, то разница в состоянии до и после операции будет отчетливо видна.

Таким образом, данное наблюдение учит нас следующему. 1) При пересадке нового лоскута со лба в тех случаях, когда старый кончик носа сохранен, мы должны сделать поперечный разрез, проведенный на границах хрящевой части старого носа и предназначенный для соединения с самой широкой частью лобного лоскута. Разрез всегда следует проводить через всю толщу хряща, т. е., другими словами, этот разрез должен проникать в полость носа. 2) Вживление новых кожных лоскутов для выравнивания борозды никоим образом не служит для исправления уродства, так как они в силу известных законов, свойственных органическому миру, превращаются в шаровидные комки и вместо одной борозды будут отделены от соседних тканей двумя бороздами. 3) Иссечение небольших кусков разной формы из хрящевых колец ноздрей принадлежит к лучшим средствам для того, чтобы приподнять приплюснутый кончик носа и сузить слишком плоский хрящевой отдел носа. 4) Наконец, данный случай показывает нам, что существуют некоторые люди, которые по неизвестным причинам обладают поразительной склонностью к нагноениям и изъязвлениям, и, что особенно примечательно, эти причины носят местный характер и остаются скрытыми только в какой-либо части того или иного органа или области тела. Так оно было и в нашем случае: правая половина носа обнаруживала поразительную склонность к изъязвлению и нагноению, а левая – меньше. Кожа щек не разделяла этой особенности, и раны, образовавшиеся после иссечения кожных лоскутов со щек, зажили почти целиком первичным натяжением.

Я старался объяснить с помощью рисунков различные изменения, которые нос претерпевал в своей форме шаг за шагом. Вообще следует весьма сожалеть о том, что крайне интересные истории болезни Диффенбаха мало пояснены подобными рисунками. Два рисунка, из которых один относится к старому портрету, другой – к новому, иллюстрируют слишком внезапный переход от плохого к хорошему и недостаточно ясно показывают в развитии сложный механизм, который предшествовал этому превращению.



Приложение

Во время печатания настоящих «Анналов» я повторно пытался вызывать флебит и производил у животных впрыскивание гноя в вены. Результаты показались мне интересными во многих отношениях, поэтому я хочу здесь коротко сообщить о них и осветить практическое их значение.

I. Многим врачам, несомненно, покажется совершенно невероятным, если я, основываясь на вивисекциях, скажу, что «нормально устроенная венозная система отнюдь не принадлежит к тем тканям организма, *которые* отличаются особенной склонностью к распространению воспаления. Это находится в очевидном противоречии с общепринятыми до сих пор представлениями о венозной системе; однако что же лежит в основе этих столь распространенных представлений? Насколько мне известно, с тех пор как внутренняя оболочка вены сравнивается с серозной оболочкой, ее считают очень склонной к воспалению и особенно к распространению воспаления в центральном направлении. По-видимому, опыт также подтверждает этот взгляд, принятый скорее *a priori*, так что Руст сказал однажды в своих лекциях, что «ему мало понятно, почему это воспаление наблюдается после кровопусканий не столь часто». Но если мы рассмотрим теперь имеющиеся в хирургии факты, которые, по-видимому, столь неопровержимо подтверждают эту склонность внутренней оболочки вены к воспалению, то они нам только доказывают, что 1) после каждого травматического вмешательства на вене, сопряженном с обнажением наружной или внутренней ее оболочки, всегда следует ожидать опаснейших последствий, что 2) продолжительное соприкосновение обнаженной наружной или внутренней оболочки вены с инородными телами, едкими веществами и т. д. также заканчивается гнойно-изъязвляющим воспалением и распространением последнего до главных венозных стволов.

Оперативное лечение варикозных расширений вен или варикоцеле, перевязки вен после ампутаций, развитие флебита матки после тяжелых родов и т. д. и представляют собой те хирургические факты, которые, по-видимому, ставят вне всяких сомнений опасную склонность вен к флогистическому процессу, – и все же выводы из этих фактов, которые повсеместно так усердно проповедуются, говорят скорее о спекуляции, чем об объективном суждении по данному предмету. Почти все указанные операции, после которых можно ожидать воспаления вен с его опасными последствиями, предпринимаются только на больных венах. Либо оболочки вены уже до операции утолщены в результате субинфламматорного процесса, как при расширении вен нижней конечности, при варикоцеле, либо они вместе с другими мягкими и твердыми образованиями конечности разделяют *вследствие дискразической конституции и порочного состава всей крови* склонность к разрушительным процессам. Верно, конечно, и то, что мы наблюдаем





Рис. на лит. Копрада. Грав. на лит. Фед. Росс. Воин. Хроник. (В. Давыдов.)

Н. Пирогов
Николай Иванович

ПИРОГОВЪ.

Действительный Статский Советникъ, Заслуженный Профессоръ ИМПЕРАТОРСКОЙ С.Петербургской Медико-Хирургической Академии, Докторъ Медицины, по собственному желанію находившійся въ Севастополѣ для призванія раненныхъ, почти во все время происходившихъ тамъ военныхъ дѣйствій (съ 25 Октября 1854 по 20 Июня и 6 Августа по 25 Декабря 1855 г.), и заведывавшій Крестовоздвиженское Общественное погребеніе с раненныхъ въ Крыму.

N. PIROGOFF, Conseiller d'Etat actuel.



иногда и у здоровых, крепких людей развитие гнойного флебита после наружных повреждений. Но в таком случае либо травматическое воздействие было очень сильным, так что органическая ткань перенесла основательное сотрясение, как это, например, имеет место при осложненных переломах (ср. также наш случай 1), либо объяснение следует искать, скорее, в своеобразной индивидуальности больного, в состоянии окружающих тканей, чем в этой склонности вен к воспалению. В самом деле, если бы эта склонность в тканях, из которых построены вены, была столь преобладающей, то почему в сотне других подобных случаев вены остаются совершенно свободными от воспаления? Как часто после ампутации самые мелкие вены, как и крупные венозные стволы, перевязываются без всяких дурных последствий. Некоторые практические хирурги, которые производили в своей жизни самые серьезные операции, знают о флебите и его опасностях только понаслышке и т. д.

Таким образом, на основании многочисленных фактов, предоставляемых нам хирургией в этом отношении, мы можем сделать следующий вывод: флебит, равно как другие опасные последствия хирургических операций, например рожа, столбняк и др., требуют для своего развития: либо 1) патологического состояния тканей (оболочек вен), подвергшихся травматическому воздействию, либо 2) патологической, по меньшей мере – особенной конституции больного или порочного состояния окружающих вены тканей, либо 3) наконец – это, вероятно, является самым главным – *особого вида повреждения*. Как уже было сказано, обнажение вены, соприкосновение ее с внешним воздухом или другими чужеродными и раздражающими телами, по-видимому, в наибольшей степени благоприятствуют развитию флебита.

Однако, что в моих глазах *положительно* опровергает подобного рода склонность вен к воспалению, это именно опыты на животных. Не следует мне возражать на это тем, что у животных предрасположение к патологическим процессам в тканях вообще слабее выражено, чем у человека. Против этого я тотчас же привожу повреждения кишечника и черепа, которые у животных столь же часто сопровождаются смертельными воспалениями, сколь и у человека.

Я пытался вызывать всевозможными способами гнойное воспаление в крупных венозных стволах у собак и лишь в редких случаях достигал цели. Читатель составит себе представление о силе раздражителей, которые я применял с этой целью, если я ему скажу, что повторил на собаках более 15 раз следующий опыт без всякого результата. Я обнажал весь шейный отдел внутренней яремной вены (от грудины до нижней челюсти), перевязывал периферический конец, перекручивал или перевязывал все периферические ветви, которые впадали в основной ствол этой вены, накладывал вторую лигатуру на сердечный конец этой вены и в участок вены, заключенный между двумя лигатурами, путем прокола вены непосредственно над нижней лигатурой производил впрыскивания растворов сулемы различной концентрации, едкого кали, смазывал всю внутреннюю поверхность посредством *Butyrum antimonii*, *Lapis infernalis*, вводил в вену деревянные палочки, смазанные едким кали, затем перевязывал вену в третий раз сразу же выше места прокола, после чего распускал верхнюю, периферическую лигатуру. Часть вены, подвергшаяся всем этим мероприятиям, опять

наполнялась кровью и расширялась. Затем я закрывал кожную рану швом и ни разу не наблюдал распространения воспаления, исходящего из этого места, вверх или вниз. Иногда животные погибали. Вскрытие показывало очень часто полное исчезновение всего подвергнутого прижиганию участка вены, но без дальнейших явлений заражения крови или распространения флогоза.

Несколько раз я вводил эластические бужи в бедренную вену вплоть до нижней полой вены. Инородное тело целиком заполняло просвет вены. В одном случае животное жило после операции 6 недель без каких-либо осложнений. Животное было убито, и при исследовании я нашел воспаление вены всюду, где она приходила в соприкосновение с бужом; далее – образование кровяного сгустка, растворение последнего, нагноение, утолщение венозных оболочек. На верхнем же конце бужа образовалась пластическая экссудация, и воспаленный участок вены этим самым был изолирован от верхней здоровой части, а по ту сторону пластического выпота не было никаких следов воспаления. В некоторых случаях бужи из кишечной струны, введенные в просвет внутренней яремной вены, исчезали совершенно бесследно, не вызвав никакого воспаления. Д-ру Караваеву удалось 3 раза вызвать воспаление вены путем введения в нее бужа и свинцовой проволоки. Но в одном случае он должен был ввести три различных инородных тела (два бужа и одну свинцовую проволоку), смоченных чернилами, в обе бедренные вены и во внутреннюю яремную вену. В этом случае возникла общая реакция с затруднением дыхания и смерть наступила через 16 дней после операции. Вскрытие обнаружило все признаки воспаления вены, выпот в плевре, несколько гнояников в легких, очаги опеченения и абсцессы в мышцах и т. д.¹

Конечно, верно то, что Крювелье обычно удавалось путем впрыскивания раздражающих жидкостей в периферический конец вены (например, чернил) вызывать у собак флебит, но главное действие жидкости сосредоточивается в данном случае преимущественно на периферической венозной системе, на капиллярных сосудах. Кроме того, я признаю, что наличие чужеродного вещества в системе капилляров (как венозных, так и артериальных) обычно вызывает нагноение и *дальнейшее распространение* воспаления. Это свойство, однако, периферическая сосудистая система разделяет со всей клетчатой тканью, и поэтому оно не может рассматриваться как своеобразная особенность одних только вен.

Выше я уже отметил, что вены воспаляются преимущественно в том случае, когда повреждение связано с *обнажением* наружной или внутренней оболочки вены. При новом методе оперативного лечения варикоцеле по Бреше, насколько мне известно, в 150 случаях воспаление не наблюдалось ни разу, хотя весь пучок варикозных вен раздавливается щипцами вместе с кожей до образования струпа. Почему же реакция при этом методе такая легкая, почему на границе струпа не образуется гнойный флебит, в то время как при разрезе, при перевязке

¹ Не могу не отметить здесь одного явления, которое я наблюдал несколько раз при введении бужей в бедренную вену: это – *перемещение* бужа, если не закрепить его после введения лигатурой. Так, например, однажды у небольшой собаки буж из кишечной струны, введенный в бедренную вену, мы нашли через 42 часа в правом желудочке и в легочной артерии. В другой раз я нашел подобный буж в нижней полой вене приблизительно на расстоянии 5 см от того места, где я его ввел в просвет вены.



патологически измененной вены воспаление с его последствиями развивается так часто? Это, по моему мнению, может быть объяснено только таким образом, что сдавление щипцами Бреше сосредоточивается только на тонкой, как волос, линии и что больная вена не подвергается воздействию наружного воздуха. Если же провести разрез через кожу и наложить те же щипцы на обнаженный пучок вен, то данный метод, я убежден, сделался бы таким же опасным, как всякая другая операция при варикоцеле.

II. Искусственное заражение крови у животных путем впрыскиваний гноя в сердечный конец сосуда имеет в общем, о чем я уже упоминал выше, как при жизни, так и после смерти величайшее сходство с явлениями гнойного флебита у человека. Однако течение болезни после впрыскивания гноя имеет также свои отличия. 1) Впрыскивание 3,75–7,5 г гноя в вену собаки средней величины вызывает почти мгновенно общую реакцию. Последняя, однако, обыкновенно исчезает, и если повторить подобное впрыскивание после большого перерыва, то животные почти каждый раз выживают. У меня еще недавно была собака, у которой я производил впрыскивание гноя (по 5,5–7,5 г) три раза на протяжении двух недель. У собаки развилось адинамическое состояние, потеря аппетита, рвота и т. д. и все же животное постепенно оправилось и жило дальше без каких-либо расстройств. Следовательно, если ставить себе целью вызвать искусственно заражение крови, то указанное количество гноя следует впрыскивать всегда с более короткими промежутками, через 2–3 дня. У человека же, напротив, – если он страдает флебитом, существует очаг нагноения, из которого гной непрерывно поступает в кровь и таким образом все время поддерживает ее заражение. 2) Главные явления после впрыскивания гноя таковы: адинамическое состояние и сразу же после вмешательства своеобразное оглушение. Очень часто я видел, что животное либо лежит некоторое время распластавшись на земле, либо принимает стоячее положение, в котором оно остается в течение нескольких минут как оглушенное, затем шатается, припадает на задние ноги, как пораженное параличом. О других явлениях (как рвота, расстройства дыхания, поносы и т. д.) я уже упомянул раньше. Выраженного приступа озноба я не наблюдал (иногда происходит только своеобразное дрожание кожи); это, впрочем, не должно нас удивлять, если мы примем во внимание, что *febris intermittens* с приступами озноба у животных не наблюдается. Проявления флебита у людей чрезвычайно различны. Во всех случаях, которые я наблюдал, было выраженное адинамическое состояние; в этом отношении флебит, следовательно, аналогичен гнойной инфекции у животных. Приступы озноба, напротив, являются особенностью флебита только у человека. Они, пожалуй, всегда имеют место. Впрочем, в одном случае, который я недавно наблюдал, они, по-видимому, прекратились раньше, чем я увидел больного. На протяжении двух недель, после того как больной перенес ампутацию, ни разу не наблюдалось ни познабливания, ни чего-либо подобного, и все же вскрытие обнаружило отчетливые признаки гнойной инфекции и вторичные абсцессы легких.

III. Свойства и количество гноя, впрыснутого в вены животным, оказывали несомненное влияние на скорость, с которой развивались общие явления инфекции. Дурной гнилостный гной *действует заметно скорее*. Если взять более значительное количество (свыше 7,5 г) и впрыснуть в сердечный конец



вены, то животное погибает иногда внезапно или очень скоро. В этом случае при вскрытии можно обнаружить темные пятна в легком, переполнение правого сердца, очень темный цвет венозной крови. Иногда венозная кровь казалась мне и более жидкой.

IV. Если после впрыскивания гноя возникают явления гнойной инфекции, то вскрытие всякий раз показывает изменения в легких. На одном рисунке я пытался представить различные степени этих патологических изменений. Если животное после повторных впрыскиваний гноя вскоре погибает, то в одном и том же легком можно видеть следующие изменения. 1) Мелкие темные петехиальные пятна. На разрезе легочное вещество в этих местах кажется более компактным. 2) Более крупные темные пятна, возникшие, очевидно, вследствие слияния многих мелких пятен. Эти пятна, особенно на краях легочных долей, принимают скорее коническую форму. На разрезе легочное вещество в этих местах явно уплотнено. 3) Конусовидные и иной формы дольковые абсцессы, окруженные более темной каймой; последняя развивается, очевидно, из темных пятен, ибо на поперечном разрезе некоторых из этих пятен отчетливо видны желтоватые точки; при надавливании из таких пятен выделяется гной. В разветвлениях легочной артерии можно проследить до этого места темный сгусток крови. 4) Наконец, более или менее значительные очаги опеченения, особенно в нижних долях легких.

Это своеобразное патологическое превращение легочного вещества доказывает нам с полной очевидностью, что гной, содержащийся в кровяном русле, не откладывается в паренхиме легкого в виде гноя, как указывали некоторые авторы, а этим отложениям предшествуют определенные изменения в веществе легких, состоящие в выпотевании крови из капиллярных сосудов легочной артерии в клетчатую ткань легкого, в частичном *воспалении концевых разветвлений легочной артерии* с исходом этого воспаления в нагноение, – словом, в легочном гнойном флебите.

У человека я еще не имел случая наблюдать развитие вторичных флебитических гнойников легкого из темных пятен. Дале же, который обладал большим количеством наблюдений над маточным флебитом, описывает почти аналогичный процесс. При этом он говорит, что *первая степень* характеризуется появлением кровяной инфильтрации, в центре которой иногда можно найти несколько вен, наполненных гноем; *вторая степень* характеризуется наличием плотного, сначала черноватого, а в дальнейшем беловатого ядра; *третья*, наконец, – размягчением и развитием истинной гнойной полости.

V. Инфицированная кровь поразительно изменена. Я пытался перелить ее другому, здоровому животному, но до сих пор безрезультатно. Однако, по моему твердому убеждению, дальнейшие опыты покажут нам, что особенные свойства этой крови несомненно вызовут своеобразные последствия, если ее перелить в вены здорового животного.

В настоящее время не может подлежать никакому сомнению, что флебит, так называемые метастатические абсцессы после серьезных хирургических



операций и так называемое всасывание гноя представляют собой один и тот же патологический процесс. Теперь возникает вопрос, имеющий огромное значение в практическом отношении: что такое пернигиозный приступ озноба немецких хирургов? На этот вопрос мы в значительной степени уже ответили описанием отдельных случаев. Мы видели, что в некоторых случаях вскрытие не обнаруживает никаких разительных изменений в жизненно важных органах. В двух случаях, если не считать огромной гнойной полости между мышцами (после травматического повреждения и у аневризматического больного), я нашел легкие, печень и вены в совершенно нормальном состоянии. Мы знаем, далее, что раздражения (особенно травматические) мочевыводящих путей сопровождаются совершенно аналогичными приступами потрясающего озноба, в то время как кровь или внутренние органы при этом не бывают хоть сколько-нибудь патологически изменены. Следовательно, мы можем заключить с полным правом, что озноб после травматических повреждений представляет собой *симптом различных патологических процессов*. Тем не менее мне представляется в практическом отношении наиболее подходящим различать две формы травматического озноба: одна форма является чисто нервной болезнью без материальных (во всяком случае видимых) изменений крови или внутренних органов; *другая* форма является последствием измененного состава крови. В разграничении этих обеих форм у постели больного состоит важнейшая задача практического врача, ибо от этого зависит весь план лечения. До сих пор у меня не было верного признака, чтобы диагностировать эти две формы после травматических повреждений.

Я здесь, разумеется, не говорю о тех типичных случаях, в которых после хирургической операции, после травматического повреждения оперированная или поврежденная часть делается болезненной и отекает, где имели место явления выпотевания в плевральную полость (Blasius, Analect., Bd. 1, H. 2, стр. 196) или крепитирующие хрипы (Lisfranc, Lancette française), где образовались третичные гнойники в суставах или опухания суставов вследствие гнойных выпотов. Этот ряд явлений, связанных с повторными ознобами, естественно, не оставляет в душе наблюдателя никакого сомнения относительно наличия заражения крови или флебита.

Рассмотрим, однако, другие случаи, когда, например, у травматического или оперированного больного внезапно, без видимой причины, появляется озноб, причем рана имеет дурной вид, больной после озноба остается изнуренным, рана находится на половых частях или недалеко от мочевыводящих органов, или же на голове, других подозрительных припухлостей нет, нет никаких изменений в грудных органах, — к какой же категории в таком случае должен быть причислен подобный приступ озноба? Считать ли его чисто нервным явлением или это начинающийся флебит? Следует ли здесь дать опий и хинин или сделать кровопускание? У одного пожилого человека подобные приступы озноба появлялись повторно после ампутации полового члена и сочетались с сухостью раны и нарушением мочеиспускания; я самым тщательным образом исследовал область предстательной железы, грудную полость и т. д., но ничего ненормального не обнаружил. С точки зрения медицинской политики правильное подумать о самом худшем и лечить так, как если бы в данном случае пришлось



иметь дело с начинающимся флебитом, и, несомненно, в большинстве случаев положительный или отрицательный антифлогистический метод окажется полезнее всего. Необходимо, однако, признать, что не у всех оперированных или травматических больных кровопускание окажется совсем индифферентным, даже если оно не превышает 120 или 180 г.

В последнее время мне в нескольких случаях удавалось по виду выпущенной крови самым точным образом распознавать измененный состав крови при гнойном флебите. У двух больных я мог во время истечения крови из вены сказать, что здесь имеется общее заражение крови. Поэтому я поставил себе теперь за правило в травматических случаях после каждого приступа озноба сразу же делать пробное кровопускание; 30 или 60 г крови уже достаточны для подтверждения диагноза. Если кровь инфицирована, то цвет и консистенция венозной крови в этом случае значительно изменены. Я не могу придумать лучшего сравнения для этой крови, чем сравнение с крепким мясным бульоном. При этом кровь настолько водяниста, что при рассматривании капли против света она кажется просвечивающей. Достаточно видеть такую кровь один раз, чтобы тотчас же отличить ее от нормальной крови. После того как подобная кровь постоит, на ней очень скоро образуется беловатая *пленка*. Последняя поразительно отечна, путем давления пальцем можно выжать большое количество сыворотки; сгусток плавает в серозной жидкости. Похожую на эту кровь я до сих пор не видел, поэтому я считаю ее в высшей степени характерной. Подобное состояние крови я наблюдал также у животных после впрыскивания гноя в вену. Поразило меня то, что я наблюдал у одного больного: после кровопускания (количеством до 360 г), когда приступы озноба повторялись уже неоднократно, больной был изможден и все же наступило улучшение. Конечно, оно продолжалось недолго. Кровопускание было сделано во время жара, когда пульс был полный и сильный. Некоторые французские хирурги приводят против кровопускания в подобных случаях наблюдение Мажанди относительно того, что кровопотеря увеличивает рассасывающие способности, – при этом, однако, предполагают, что гной всасывается через вены, а это, как мы уже видели, неправильно. Все же некоторые авторы приводят, пожалуй, более правильное противопоказание для кровопускания. Дело в том, что раны на месте кровопускания у таких больных легко воспаляются и могут давать повод для развития нового флебита с его последствиями.

Как уже было сказано мною выше, если адинамическое состояние развилось и имеются налицо все явления заражения крови, то я воздержался бы от всех изнуряющих средств и прежде всего стал бы лечить рану в большинстве случаев припарками и индифферентными средствами, за исключением разве только некоторых случаев, когда, например, сильный озноб развивается после того, как рана внезапно сделалась сухой. В этом случае, по совету Ларрея, я привлек бы на помощь средства, способствующие образованию струпа, и даже каленое железо. При этом у меня невольно возникает вопрос: излечим ли вообще флебит в этом состоянии, т. е. в стадии заражения крови и возникновения вторичных абсцессов легкого? Вероятность выздоровления в подобном случае, по-видимому, еще значительно меньше, чем у больного, страдающего явным раком или грибовидным мозговиком. Так как мы знакомы с механизмом развития



патологического процесса, то мы можем представить себе также механизм, посредством которого природа могла бы остановить развитие гнойного флебита. Это значит: 1) необходимо устранить первичный очаг заболевания; 2) гной, появившийся в крови из вторичных легочных абсцессов, должен в некоторой степени исчерпать себя в результате новых нагноений в периферических отделах тела или усиления естественных выделений (как, например, в слизистой оболочке кишечного канала); 3) возможность излечения будет зависеть, вероятно, в значительной степени от того, происходят ли третичные или периферические гнойные отложения путем простого выпотевания в ткани или каким-либо иным путем. В самом деле, если раздражающие свойства зараженной гноем крови вызвали новые частичные воспаления вен в периферических частях тела, если периферический флебит уже перешел здесь в нагноение, тогда этой инфекции не предвидится конца! Если же, напротив, гнойные отложения возникают в мышцах и в суставах скорее в результате своего рода выпотевания (например, в одном случае, который я наблюдал, подобные рассеянные гнойники возникли после нагноения внутренней яремной вены в треугольной мышце грудины, трехглавой мышце плеча и др., причем соседняя клетчатка и мышечные волокна полностью сохранили свое нормальное строение), то нетрудно себе представить, что кровь таким путем очищается в некоторой степени от гетерогенных гнойных молекул. Впрочем, как бы там ни было, мы до сих пор имеем лишь весьма немногочисленные случаи бесспорного выздоровления после травматического гнойного флебита.

Мне известно только два случая, в которых имелись налицо все явления заражения крови: в обоих после предшествовавшего отчетливого поражения легкого, подтвержденного перкуссией и аускультацией, гнойники образовались в отдаленных областях. В одном из этих случаев наступил также профузный понос. Авторы обоих этих случаев (Лисфранк и Блазиус) особенно превозносят рациональное лечение, которое они применяли. Я должен признаться, что очень сомневаюсь в эффективности хинина, тонизирующих и других средств в тех случаях, когда дело дошло уже до вторичных отложений гноя. Образованию гнойников в клетчатке и поносам больные, несомненно, более обязаны выздоровлением, чем сернокислому хинину или ратании. Антифлогистическое лечение. *Tartarus emeticus* и везикаторы относятся к тем средствам, которые, бесспорно, вселяют надежду в наибольшей степени. Антифлогоз может быть применен только в начале заболевания при первом появлении озноба или при не вызывающих сомнения явлениях местного воспаления. Действие *Tartarus emeticus* и везикаторов может рассматриваться как подобие благотворного направления, в котором действует *vis medicatrix*¹; первый усиливает секрецию слизистой оболочки кишечного канала и кожи, последние же вызывают образование очага нагноения на поверхности кожи; оба похищают из крови те вещества, которые служат составными частями гноя. Недостатков хинина я уже касался выше.

Я заканчиваю свое сочинение ответом на другой, не менее важный вопрос: какой метод лечения ран должен считаться наиболее надежным для предотвращения

¹ *Vis medicatrix [naturae]* (лат.) – исцеляющая сила [природы].



флебита? Так как в больничной практике флебит наблюдается чаще всего после ампутации, то в новейшие времена особенно тщательной проверке подверглось лечение ампутационных ран. В своей диссертации «Thèse de la réunion immédiate des plaies» Сансон следующим образом делит случаи хирургических заболеваний, после которых в парижских больницах наблюдается флебит: «1) иногда флебит уносит больных после ампутаций, когда последние производятся по поводу хронических, негнойных поражений конечностей; 2) *немного* чаще – в результате ампутации, произведенной непосредственно после тяжелого травматического повреждения, прежде чем появились первые воспалительные явления; 3) значительно чаще – когда ампутации подвергается конечность с хронически обильно гноящейся поверхностью; 4) наконец, чаще всего или почти всегда – когда ампутация произведена после обширного травматического повреждения, но уже после стадии воспаления и нагноения». Главной причиной флебита в этих случаях Сансон считает нагноение ампутационной раны и задержку гноя в ней. После ампутации нагноение почти неизбежно. Различия в строении тканей, из которых состоит ампутационная рана, делают их малопригодными для непосредственного соединения. Задержки гноя, по мнению Сансона, также трудно избежать. Поскольку кожа обладает большей склонностью к сращению, кожная рана заживает значительно скорее, чем мышечная. Прямым последствием этого является скопление и задержка гноя на дне ампутационной раны. Чтобы устранить эти недостатки, чтобы воспрепятствовать развитию флебита, Сансон рекомендует прежде всего смешанный метод соединения раны после ампутаций. Он состоит в том, что между краями раны по всей ее длине вкладывается плюмассо, а для сближения краев раны накладываются липкопластырные полоски. Преимущества этого метода, по мнению Сансона, состоят в том, что сперва соединяется дно раны, в то время как поверхностная часть ее остается открытой, образуя желоб для вытекания гноя.

Что особенно бросается в глаза в этом якобы статистическом сообщении Сансона относительно частоты флебита, это пункт, в котором говорится, будто флебит наблюдается после ампутации чаще всего в том случае, *когда этой операции предшествовало более или менее профузное нагноение*; именно это наблюдение и навело врачей на мысль о гнойных метастазах. То обстоятельство, что рана при этом обычно становится сухой, казалось, еще более подтверждало данную мысль. Как же мы должны при нынешнем состоянии науки объяснить этот факт, это удивительное сочетание флебита с предшествовавшим нагноением? Наблюдение над некоторыми больными, о которых я сообщу в дальнейшем, научило меня тому, что при осложненных переломах, которые были запущены и очень долго гноились, развивается, я бы сказал, *латентное* заражение крови. Воспаление и нагноение в костномозговой полости кости, по-видимому, больше всего благоприятствуют смешению гноя с общей массой крови (излишне здесь говорить, что венозная система костномозговой полости очень хорошо развита). Следовательно, в подобных случаях часто придется ампутировать при таких условиях, когда вследствие предшествовавшего латентного флебита гной имеется в крови, когда уже развились вторичные легочные абсцессы.

Ампутация, новое травматическое вмешательство, которое требует новой воспалительной деятельности и, следовательно, усиленного притока крови



к поврежденным тканям, неизбежно должна сопровождаться возникновением в этих тканях третичного периферического воспаления вен. Не следует также думать, что распознавание перед ампутацией вторичных легочных абсцессов при таких хронических гнойных поражениях костей является легким делом. Перкуссия грудной клетки может дать ясный звук, дыхательный шум так же, как при рассеянных свежих туберкулах, не всегда заметно изменен, приступы озноба не всегда отчетливо выражены, или они легко могут быть смешаны с гектическим познабливанием. Коротко говоря, наблюдение над несколькими больными подобного рода учит меня тому, что, по-видимому, один только своеобразный вид выпущенной венозной крови, полученной в результате небольшого пробного кровопускания, может бросить некоторый свет на истинное страдание больного. Однако, помимо этого заражения крови, существовавшего еще до ампутации и совершенно развившегося, мы не должны забывать, что кровь у больных, лежащих с осложненными переломами, затяжными нагноениями и т. д. в переполненных и плохо проветриваемых больницах, безусловно должна быть изменена в ее химически-витальных свойствах. Если принять во внимание, в частности, что непрерывное всасывание гнойных молекул, которое никак нельзя отрицать, имеет место у подобных больных, с одной стороны, и что, с другой стороны, плохой воздух, насыщенный гнойными испарениями, проникает через легкие, если к этому еще прибавить раздражающее и инфицирующее влияние этого воздуха на свежую раневую поверхность после ампутации, выполняемой обычно в перерожденных тканях, то нас не может удивлять тот факт, что из-за стечения такого количества неблагоприятных моментов в парижских больницах так часто развивается флебит и заражение крови.

Может ли при подобных условиях немного помочь делу тот способ, посредством которого соединяют ампутационную рану? Мне кажется, едва ли. Сэрр, который видел так много счастливых случаев лечения *per primam intentionem* после ампутаций в хирургической клинике в Монпелье под руководством Дельпеша, не был счастливее в применении этого метода в парижских больницах, чем сами парижские хирурги. Смешанный способ соединения ампутационных ран, описанный Сансоном и применявшийся также Ларреем, Буайе, Дюпюитреном, ничуть не уменьшил опасность флебита в парижских больницах. Напротив, мы знаем, что Дельпеш, Грефе и Хелиус – истые приверженцы лечения *per primam intentionem* – очень счастливы в своих результатах (у Хелиуса, например, как 14:1¹). Я сам в здешней клинике, соединяя все ампутационные раны швами или полосками липкого пластыря и стремясь заживить их *per primam*, насчитываю 5 смертельных исходов на 20 ампутаций. Я не хочу этим сказать, что первичное натяжение всегда при этом удается, по крайней мере часть, а то и большая часть раны заживает первичным натяжением, тогда как остальная часть представляет значительно меньшую нагнаивающуюся поверхность.

Таким образом, мы можем, как мне кажется, заключить, что способ соединения ампутационной раны не оказывает такого большого влияния на развитие флебита, как это признается Сансоном и другими французскими хирургами.

¹ Имеются в виду 14 случаев выздоровления при одном случае смерти.





Меня удивляет, что Хелиус на собрании немецких врачей и естествоиспытателей в этом году (1838) во Фрейбурге (насколько я знаю из письма одного французского врача в «Gazette médicale») утверждал, будто главная причина того, что ампутации в парижских больницах так часто не удаются, заключается в слишком раннем снятии повязки после ампутации и, следовательно, в нарушении соединения раны. Напротив того, мне кажется, что именно хирурги Парижа, раньше снимающие повязку после операции (например, Лисфранк в больнице Питье), являются и наиболее счастливыми, так как при таком образе действий лучше всего можно заметить изменения в ране и, следовательно, применить наиболее подходящий метод лечения.

Содержание

Анналы хирургического отделения клиники императорского университета в Дерпте. 1836–1837	4
Предисловие.....	6
I. Наружные повреждения	8
II. Воспаление и его переходы в другие патологические процессы	81
III. Язвы	143
IV. Гангрена	200
V. Вторичные продукты	219
VI. Смешанные случаи	271
Обзор подвергшихся лечению глазных заболеваний, составленный в виде таблицы	285
Анналы хирургического отделения клиники императорского университета в Дерпте. 1839	301
Предисловие.....	304
I. Травматические повреждения	312
II. Органические заболевания костей и суставов	389
III. Вторичные продукты	440
IV. Паховая аневризма	474
V. Мочевые свищи	503
VI. Радикальное лечение грыжи. Выпадение прямой кишки	512
VII. Ринопластика	527
Приложение	536





Николай Иванович Пирогов

Собрание сочинений в десяти томах

Том II. Труды по клинической хирургии (1837–1839)

Составление и техническое редактирование: *Ю.Л. Шевченко, К.В. Забелин*

Корректор: *Е. В. Старинец*

Набор текста: *А. А. Грезнева*

Компьютерная вёрстка: *П. В. Иванов*

Подписано в печать 20.01.2022. Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Гарнитура SchoolBook. Печать офсетная. Бумага офсетная.

Объём 34,25 п. л. Тираж 500 экз.

Редакция историко-литературного журнала «Странник»

Тел.: +7(910) 113–07–28, +7(920) 665–60–16

E-mail: strannik278@yandex.ru

ISBN: 978-5-907315-18-1



9 785907 315181

