

Современная хирургія и ея отношеніе къ практической медицинѣ *).

Прив.-доц. В. Л. Бормана.

Принято и освящено обычаемъ, чтобы каждый вступающій въ почетный составъ университетскихъ преподавателей начиналъ бы чтеніе своихъ лекцій вступительнымъ словомъ, посвященнымъ или исторіи предмета, который будетъ преподаванъ въ послѣдующемъ изложеніи, или-же лекторъ развертываетъ предъ слушателями свои взгляды по вопросу, такъ или иначе, имѣющему отношеніе къ курсу; наконецъ, можетъ служить не менѣе интересной темой для вступительной лекціи изложеніе плана преподаванія съ мотивировкой его отдѣльныхъ пунктовъ.

Я предполагаю въ настоящее время развить предъ слушателями мои взгляды на соотношеніе хирургіи къ нѣкоторымъ областямъ внутренней медицины и поговорить о значеніи хирургической діагностики для практическаго врача.

Относительно времени для преподаванія хирургической діагностики нужно сказать, что лучше, если ее будутъ слушать люди болѣе или менѣе изучившіе общую патологію, хирургическую патологію и діагностику внутреннихъ болѣзней, но, конечно, изученіе ея можетъ идти параллельно съ изученіемъ діагностики внутреннихъ болѣзней.

Никто не будетъ отрицать, что діагностика, какъ отдѣльный самостоятельный предметъ, не можетъ существовать; всѣ ея успѣхи находятся въ тѣсной связи съ прогрессомъ общей патологіи, науки прочно легшей въ основу всего стройнаго зданія современной медицины.

Да оно и понятно, если имѣть въ виду, что область хирургической патологіи въ частности съ каждымъ днемъ расширяется,

*) Вступительная лекція въ курсъ хирургической діагностики.

вступая все въ болѣе и болѣе тѣсную связь съ внутренней медициной, завоевывая у нея одну область за другой.

Мы можемъ указать терапевтовъ, которые цѣликомъ нѣкоторыя заболѣванія передаютъ въ руки хирурговъ, хотя еще не прошло и 2 десятковъ лѣтъ съ того времени, какъ данная область была совершенно въ компетенціи внутренней терапіи.

Недавно миновало то время, когда дѣятельность хирурга—кругъ патологическихъ случаевъ, среди котораго ему приходилось вращаться, была совершенно изолирована отъ терапевтической клиники. Теперь, мнѣ кажется, никто не будетъ отрицать, что насколько необходимо для хирурга знакомство съ внутренними болѣзнями, настолько-же нужны и для терапевта знанія показаній къ хирургическому вмѣшательству при той или иной болѣзненной формѣ.

Въ бытность мою за границу я былъ пораженъ довѣріемъ терапіи къ ножу хирурга, хотя еще и теперь живо мнѣніе, что хирургическое вмѣшательство является лишь *ultimum refugium* для больного. Результаты, однако, показываютъ иное въ особенности тамъ, гдѣ не упущенъ срокъ для подачи помощи. При современномъ стремленіи внутренней медицины и хирургіи къ возможно близкой связи, роль хирурга расширяется: онъ является ближайшимъ способникомъ въ леченіи и желаннымъ консультантомъ у постели терапевтическаго больного.

Невропатологъ такъ-же не откажется иной разъ ввѣрить своего больного хирургическому леченію. Успѣхъ хирургіи нашего времени зиждется на гениальномъ открытіи Pasteur'a, примѣненнымъ въ практической медицинѣ маститымъ Lister'омъ.

Въ общество проникаютъ все болѣе и болѣе точныя представленія о характерѣ хирургической помощи и, благодаря, этому внѣшность хирургической амбулаторіи мѣняется: хирургу и самостоятельно приходится сплошь и рядомъ безъ помощи надежнаго спеціалиста разбираться въ діагностикѣ тѣхъ внутреннихъ заболѣваній, которыя раньше принадлежали почти совершенно чуждой ему области.

Признано необходимымъ и съ рвеніемъ проводится на практикѣ, гдѣ это возможно, открытіе кабинетовъ, во главѣ которыхъ стоятъ спеціалисты по микробактеріо-химическимъ изслѣдованіямъ, и немало услугъ оказываютъ эти лабораторіи хирургу, въ особенности, при анализѣ отдѣленій и выдѣленій больного; съ чѣмъ въ общихъ чертахъ долженъ быть знакомъ каждый врачъ, а такъ же и врачъ, посвятившій себя хирургіи.

Большая часть готовящихся нести трудъ цѣлителя страждущаго человѣка разсыплется по уѣзднымъ земствамъ нашего безпредѣльнаго отечества, будучи совершенно предоставленными самимъ себѣ.

И все, что приходится дѣлать въ лабораторіи благоустроенной губернской больницы, все это выпадетъ на долю земскаго участковаго врача. Клиника должна стараться, по мѣрѣ возможности, выпустить его во всеоружіи, но время учащагося настолько неполнено, что о тонкостяхъ не приходится уже говорить, по неволѣ ограничиться нужно лишь основнымъ, и цѣль преподаванія будетъ тѣмъ не менѣе достигнута, если общая подготовка дастъ возможность самостоятельно разобраться въ деталяхъ вступающему на тернистый жизненный путь. Хирургическій діагнозъ предрѣшаетъ оперативное вмѣшательство, а потому онъ долженъ быть прежде всего анатомическимъ т. е. необходимо точно опредѣлить мѣсто болѣзненнаго процесса и отношеніе его къ сосѣднимъ областямъ или органамъ, и хирургъ, точно установившій распознаваніе, чувствуетъ себя господиномъ своего дѣла, онъ смѣлъ и въ тоже время осмотрителенъ. Этимъ дѣло еще не завершается: діагнозъ долженъ быть дополненъ изученіемъ причинъ, имѣющихъ болѣе или менѣе прямое вліяніе на видъ заболѣванія и съ этимъ приходится считаться при выборѣ лечебнаго пособія. Посмотримъ, насколько необходимо умѣнье разбираться въ хирургическихъ процессахъ для всякаго врача вообще, какой бы онъ отраслью медицины не занимался. Изъ текущей литературы мы знаемъ не мало случаевъ, гдѣ больные становились совершенно неспособными къ труду из-за крошечныхъ, такъ называемыхъ, надчревныхъ грыжъ; путешествуютъ они отъ одного врача къ другому, записываются въ книги съ діагностикой „Gastralgia“ и, отчаявшись во всемъ попадать къ хирургу. Пустая, почти совершенно безопасная операція возвращаетъ несчастнаго къ жизни, дѣлая его опять дѣеспособнымъ членомъ общества.

Судебный медикъ долженъ быть вполне освѣдомленъ въ области травматическихъ поврежденій, конечно, не столько съ лечебною цѣлью, сколько для кваліфикаціи ихъ при судебно-медицинской экспертизѣ.

Я не буду утомлять слушателей дальнѣйшимъ приведеніемъ примѣровъ, я думаю, и это достаточно уясняетъ мою мысль. Послѣ этого краткаго введенія перехожу къ болѣе детальному изложенію тѣхъ заболѣваній, которыя, становясь на граничной области между внутренней медициной и хирургіей, заставляютъ изученіемъ ихъ заниматься, какъ хирурговъ, такъ и терапевтовъ. Укажу далѣе на значеніе для практическаго, главнымъ образомъ земскаго врача, владѣть умѣло хирургическимъ діагнозомъ и, наконецъ, на желаемую постановку хирургической помощи въ деревнѣ.

Преподаваніе должно быть, по моему убѣжденію, исключительно демонстративное и постепенно вести учащагося отъ простыхъ формъ къ наиболѣе сложнымъ, что, конечно, довольно за-

труднительно, если имѣть въ виду измѣнчивость, качественную и количественную нашихъ амбулаторій; тѣмъ не менѣе, приблизительно выполнить это можно.

Приступая къ больному каждый начинающій долженъ прежде всего выучиться дѣлать осмотръ, долженъ постараться отмѣтить все ненормальное и попробовать изъ этого создать для себя путеводную нить для всего послѣдующаго, что выразится въ ощупываніи, постукиваніи, выслушиваніи и друг. методахъ изслѣдованія —наконецъ, въ завершеніе всего, анамнезъ, затѣмъ уже слѣдуетъ окончательное установленіе діагноза и выработка оперативныхъ или терапевтическихъ показаній. Къ сожалѣнію, эта постановка иной разъ, въ силу независящихъ отъ насъ обстоятельствъ, должна быть кореннымъ образомъ измѣнена и вся процедура значительно сокращается при помѣщеніи анамнеза впереди прочихъ методовъ объективнаго изслѣдованія. Современная хирургія для окончательной діагностики не ограничивается одними лишь перечисленными, мирными, такъ сказать, методами изслѣдованія—она примѣняетъ, такъ называемыя, пробныя операціи, во главѣ которыхъ должны быть поставлены пробная ляпаротомія и трепанакія; о первой изъ нихъ я позволю себѣ сейчасъ высказать свое мнѣніе, о второй скажу далѣе.

Какая цѣль пробнаго чревосѣченія, это ясно; но мнѣ думается, что показанія къ нему должны быть значительно сужены и оно допустимо лишь тогда, когда можетъ вести за собой, если нерадикальное оперативное воздѣйствіе, такъ по крайней мѣрѣ палліативную помощь. Хотя, относясь хладнокровно къ этому героическому приему, нужно замѣтить, что современная оперативная техника, обладая могучимъ предохраняющимъ средствомъ въ видѣ асептики, почти съ вѣроятностью 100 шансовъ, можетъ гарантировать его безнаказанность. Эта операція, не смотря на ея спорное право на существованіе, сослужила немалую службу медицинѣ и хирургіи; благодаря ей мы изучили въ деталяхъ туберкулезный процессъ брюшины и теперь, хотя поступательное движеніе хирургіи въ область внутренней медицины и продолжается, послѣдней почти уступленъ туберкулезный перитонитъ, а хирургіи оставлены преимущественно гнѣзды такъ сказать его проявленія туберкулезный тифлитъ, appendicitis, стриктурирующій туберкулезъ и туберкулезъ женскихъ внутреннихъ половыхъ органовъ. Appendicitis, о которомъ исписаны тысячи страницъ, изученъ благодаря, можетъ быть, слишкомъ активной хирургической помощи и теперь, послѣ точнаго знакомства съ патологической анатоміей этого заболѣванія, значительно суживается показаніе къ оперативному вмѣшательству, хотя, вообще говоря, вопросъ остается и по сію

пору далеко не вполне рѣшеннымъ. Укажемъ напр. на проф. Дельафуа, который, разъ поставленъ діагнозъ аппендицит'а, настаиваетъ тотчасъ же на операци; но есть и другой лагерь, приобщающій къ хирургическому ножу при аппендицит'ѣ по строго спеціальнымъ показаніямъ.

При ближайшемъ знакомствѣ съ литературой даннаго вопроса несомнѣнно вытекаетъ одно, что каждый случай надо индивидуализировать и безусловно каждого больного, страдающаго аппендицит'омъ имѣть подѣ непрестаннымъ врачебнымъ надзоромъ. Въ этой области хирургическій діагнозъ близокъ не только съ одной внутренней медициной, онъ приходитъ еще въ тѣснѣйшую связь съ областью гинекологіи, имѣя въ виду анатомическую близость червяка съ правымъ яичникомъ и казуистика намъ указываетъ, что даже при вскрытіи брюшной полости, трудно иной разъ ориентироваться и установить діагнозъ.

Краса современной хирургіи, несомнѣнно, брюшныя операции. Видная роль здѣсь принадлежитъ гинекологамъ, но за то хирургу выпалъ на долю труднѣйшій отдѣлъ въ этой области и, конечно, прогрессъ тутъ обуславливается совмѣстной работой съ терапевтами.

Сравнительно еще недавно перфоративный перитонитъ при круглой язвѣ желудка и брюшномъ тифѣ сознательно сталъ попадать въ руки врача-хирурга; недавно еще это заболѣваніе имѣло репутацию безусловно смертельнаго процесса. Теперь, хотя небольшой процентъ, всетаки выздоравливаетъ благодаря во время сдѣланной лапаротоміи. Во всякомъ случаѣ мы получаемъ больныхъ съ установленнымъ діагнозомъ и не наша вина, если помощь запаздываетъ.

Всецѣло отвѣтственность ложится на хирурга при пораненіяхъ брюшной полости, здѣсь онъ самолично долженъ разобраться и поставить показанія къ вмѣшательству; это имѣетъ отношеніе, разумѣется, къ тѣмъ случаямъ, гдѣ діагностика затруднена, что бываетъ далеко не рѣдко. И вотъ предъ нами дилемма, что дѣлать?

Въ современной хирургіи ясно обрисовано два направленія: съ одной стороны мы получимъ совѣтъ выжидать, другіе же требуютъ немедленнаго активнаго вмѣшательства; въ частности и тѣ и другіе правы, но съ общей точкѣ зрѣнія—въ каждомъ случаѣ свое.

Желудочно-кишечный трактъ представляетъ изъ себя благодарный объектъ для хирургическаго вмѣшательства и знакомство съ его патологіей является для хирурга не менѣе обязательно, чѣмъ для терапевта; да оно и понятно, если вспомнить, что добрая четверть заболѣваній, хотя бы палліативно, могутъ быть лечимы лишь хирургическимъ ножомъ и, чѣмъ раньше такіе больные попадаютъ въ надлежащія руки, тѣмъ выгоднѣе для нихъ.

Слѣдовательно, для больныхъ не менѣе важно умѣлое и своевременное направленіе ихъ въ надлежащую сторону и прибавлю, что хирургическое леченіе даетъ утѣшительные результаты лишь при своевременной помощи.

Иной разъ внимательный осмотръ живота больного, положеннаго на кровать, вполне отчетливо можетъ указать, что предъ нами. Часто чрезъ покровы живота мы видимъ „сизифову“ работу желудка, испытывающаго препятствіе къ выходу изъ него пищи; и однимъ осмотромъ бываетъ возможно опредѣлить его границы и судить о расширеніи и опущеніи его.

И благо страдальцу, если врачъ съумѣетъ достойно оцѣнить творящееся у него на глазахъ!

Исслѣдованіе желудочнаго сока и двигательной способности желудка даетъ возможность судить съ извѣстной вѣроятностью о качествѣ и характерѣ препятствія и поставить ту или иную прогностику, а главное уберечь для больного время, дорогое для него, при подобныхъ обстоятельствахъ.

Во всякомъ случаѣ этотъ отдѣлъ, являясь пограничнымъ между хирургіей и клинкой внутреннихъ болѣзней, заставляетъ тщательно изучать діагностику и показанія къ оперативному вмѣшательству представителей обѣихъ специальностей, и чѣмъ дружнѣ пойдетъ совмѣстная работа, тѣмъ вѣрнѣе будетъ обезпеченъ прогрессъ въ этой обширной области.

Сравнительно въ послѣднее время все шире и шире проникаетъ въ среду специалистовъ стремленіе подѣлить отдѣлъ мочеполовой медицины съ хирургами—теперь эта дисциплина выделяется въ отдѣльную специальность, насчитывающую среди своихъ дѣятелей немало прославившихъ свое имя; не могу не упомянуть именъ Guyon'a, Israel'a, Albarran'a и др. Насколько близко отношеніе этого подотдѣла клинической хирургіи, хотя бы съ областью внутренней медицины, ясно для всякаго. Современная хирургія въ своемъ наступательномъ движеніи шагъ за шагомъ брала у внутренней терапіи одинъ болѣзненный процессъ за другимъ, но есть и бывало обратное, вотъ примѣръ: ранѣ больныхъ съ *ren mobile* пользовали исключительно терапевты, затѣмъ стали считать каждую блуждающую почку показаніемъ къ хирургическому вмѣшательству, но теперь выборъ гораздо строже.

Практика значительно остудила хирургическія увлеченія и сопутствующія ему явленія. Туберкулезъ почки, гидро и піонефрозъ и опухоли въ недалекомъ будущемъ всецѣло будутъ принадлежностью хирургіи. Въ періодъ разработки находится такъ называемая *neuralgie haematurique* и здѣсь иной разъ помощь хирурга не остается безъ результата.

Разумѣется, говоря о соприкосновеніи внутренней медицины и хирургіи въ области заболѣваній мочеполовой системы, я не имѣлъ въ виду вмѣнить въ обязанность врачу практиканту владѣть всѣми спеціальными методами, какъ то: цистоскопіей и катеторизаціей мочеточниковъ—это удѣлъ клиникъ и благоустроенныхъ больницъ, не то я хочу сказать: быть освѣдомленнымъ въ другихъ простыхъ способахъ изслѣдованія—вотъ что необходимо каждому!

Достоянiемъ новѣйшаго времени являются попытки совмѣстной работы по вопросамъ о леченіи болѣзней органовъ груди.

Полость плевры уже давно была знакома съ благотѣльнымъ вмѣшательствомъ хирурговъ, главнымъ образомъ при остромъ гнойномъ плевритѣ; позднѣе встрѣчаемъ лѣченіе актиномикотическаго пораженія плевры хирургическими приѣмами. Увлеченіе той или иной операціей влечетъ за собою обыкновенно реакцію, такъ было и съ хирургическимъ вмѣшательствомъ при нѣкоторыхъ легочныхъ заболѣваніяхъ: пробовали вскрывать туберкулезныя каверны, пробовали эвакуировать бронхэкстатическія полости и пришли къ убѣжденію, что хирургическое вмѣшательство можетъ принести пользу лишь при строго спеціальныхъ показаніяхъ; за то немало доставили отрады терапевту и хирургу больные, вырванные почти изъ когтей смерти, при удачномъ вскрытіи ножомъ гнойниковъ и гангренозныхъ полостей въ легочной паренхимѣ. Результатами совмѣстной работы по заслугамъ гордится современная медицина!

Что касается опухолей легкихъ, къ сожалѣнію, компетенція хирургическаго ножа простирается только на леченіе кистъ легкаго; плотныя опухоли, повидимому, такъ и останутся принадлежностью внутренней медицины, въ ожиданіи успѣховъ сывороточнаго леченія.

Однимъ изъ лучшихъ способовъ изслѣдованія легочной паренхимы, кромѣ обычныхъ приѣмовъ, является рентгеноскопія и мнѣ лично пришлось наблюдать въ хирургической клиникѣ здѣшняго университета незамѣнимое ея значеніе въ особенности для изученія патологическихъ скопленій въ легочной паренхимѣ.

Болѣзни околосердечной сорочки, ведущія за собою появленіе экссудата, должны быть отчетливо знакомы хирургу, имѣя въ виду современную тенденцію къ ихъ хирургическому леченію въ особенности тамъ, гдѣ процессъ достигаетъ угрожающихъ жизни больного предѣловъ или же выпоть принимаетъ гнойный характеръ. Правда, едва ли далеко простирается хирургическая помощь здѣсь, однако извѣстно, хотя это единичныя сообщенія, гдѣ попутно приходилось удалять порядочныя куски околосердечной сорочки, но это лишь попутно, и наша компетенція здѣсь не простирается далѣе прокола и вскрытія сорочки съ послѣдующемъ ея дренажемъ. Даже раненіе сердца пріобрѣтаетъ нѣкоторый практи-

ческий интерес для современного врача и здѣсь *conditio sine qua non* быстрая діагностика! Энергичное вмѣшательство еще можетъ спасти раненаго и въ литературѣ время отъ времени приходится встрѣчать указанія о благоприятныхъ послѣдствіяхъ при наложеніи шва на раненое сердце. Патологія пищевода и терапія его заболеваний по сіе еще время составляетъ почти непочатую область; одно лишь можно сказать, что съ введеніемъ эзофагоскопіи для насъ открылось кое-что, но этимъ приподнять лишь край завѣсы и до тѣхъ поръ, пока хирургія не выработаетъ пути для широкаго доступа къ этому органу (попытки въ этомъ направленіи дѣлаются и въ настоящее время), до тѣхъ поръ и терапія не подвинется ни на шагъ впередъ.

Изъ современной внутренней медицины невропатологія выдѣлилась въ особую, довольно строго ограниченную, область съ своеобразными методами изслѣдованія и въ этой даже сравнительно еще молодой области замѣчается рѣзко выраженное стремленіе къ хирургическому леченію больныхъ—связь ея съ хирургіей практически выразилась въ типѣ хирурга невропатолога, какъ напр. Horsley.

Сознательное отношеніе хирурга къ тѣмъ областямъ неврологіи, съ которыми ему приходится сталкиваться, безусловно необходимо, тѣмъ болѣе это важно для хирурга, заброшеннаго далеко отъ центровъ.

Обширный классъ больныхъ, страдающихъ невралгіями, истощивъ всѣ свои силы на терапевтическое леченіе, идетъ въ концѣ концовъ къ хирургу и, къ счастью больного и врача, иной разъ далеко несложная операція избавляетъ больныхъ отъ невыносимыхъ мученій, тянущихся десятками лѣтъ. Недавно пришлось намъ наблюдать больную, страдавшую невралгіей *n-vi mandibular*. около 20 лѣтъ, послѣдніе пять лѣтъ приступы усилились, Болѣзнь ее оставляла много на 3—4 ч. въ день въ общей сложности; сна почти не было, больная все время проводила сидя на кровати, покачиваясь изъ стороны въ сторону, и растирая щеку платкомъ; отъ постоянного тренія кожа на щекѣ гипертрофировалась; и все это приносило лишь минуты облегченія! Муки инквизиціи совершенно ничто въ сравненіи съ тѣмъ, что переносила страдальца изо дня въ день въ продолженіи полудесятка лѣтъ. Она была близка къ самоубійству и лишь крѣпкая вѣра въ Божій промыселъ заставляла ее жить и вѣрить въ возможное исцѣленіе. Объ умѣстности хирургическаго леченія ей никто ни разу не сказалъ и лишь въ нынѣшнемъ году ее послали въ хир. клинику. Произведено было изсѣченіе нерва въ самомъ костномъ каналѣ, и больная впервые послѣ 5 лѣтъ спокойно проспала всю ночь. Даже если бы операція дала нѣсколько ночей покоя этой страдальцѣ—сдѣлай ее!..

Больная выписалась изъ клиники вполне выздоровѣвшей. Ничто не можетъ сравниться съ тѣмъ нравственнымъ удовлетвореніемъ, которое получаетъ лечащій врачъ; немала заслуга и того, кто направить эту больную на путь изцѣленія.

Сознаніе выполненнаго долга, м. г. скраситъ тернистый путь врачебной дѣятельности!

Вопросъ объ этиологіи эссенціальной эпилепсіи и до сихъ поръ еще далеко не разрѣшенъ. Существуетъ немало разнообразныхъ мнѣній на ея сущность, а потому и терапія ея въ иныхъ случаяхъ носить чисто терапевтическій характеръ, тамъ же, гдѣ невропатологъ склоненъ видѣть причину въ повышеніи внутричерепного давленія, онъ доверитъ своего больного въ руки хирурга для трепанаціи. Представителемъ этого направленія является, изъ хирурговъ, маститый Косчер; онъ не только накладываетъ своимъ больнымъ постоянный „винтель“, въ иныхъ случаяхъ онъ еще присоединяетъ постоянный дренажъ желудочковъ мозга.

Время и послѣдующее теченіе покажутъ, вѣренъ ли этотъ путь. Изъ сообщеній явствуетъ, что иной разъ получались и утѣшительные результаты.

По мнѣнію другихъ, заболѣваніе симпатической нервной системы—основная причина эссенціальной эпилепсіи. Проф. Janesco изъ Бухареста усиленно проповѣдуетъ вырываніе симп. шейной дѣли, какъ лечебный приѣмъ при падучей. Въ рукахъ его результаты получаютъ удовлетворительные. Надолго ли, время укажетъ. Наконецъ явленіе острой анеміи при эпилептическомъ припадкѣ—нѣкоторые считаютъ за его причину.

Очевидно пока не будетъ изучена анатомическая причина этого заболѣванія и терапія не будетъ имѣть подъ собой твердой почвы.

Болѣе отрадна участь больныхъ, одержимыхъ т. н. парціальной эпилепсіей, въ особенности, гдѣ она находится въ причинной связи съ травмой.

Профессоръ Разумовскій и Даръшевичъ, обладающіе по вопросу о парціальной эпилепсіи солиднымъ матеріаломъ (случаи нѣкоторые прослѣжены по нѣсколькимъ лѣтамъ), настойчиво совѣтуютъ оперативное леченіе, какъ единственный приѣмъ, дающій улучшеніе въ безпросвѣтной жизни несчастныхъ больныхъ.

Далѣе идетъ обширная область ограниченныхъ мозговыхъ нагноеній и опухолей мозга, здѣсь компетенція хирурга внѣ всякаго сомнѣнія. При діагностикѣ данныхъ заболѣваній, въ особенности, при гнойникахъ, умѣнье врача найти источникъ, откуда произошла вся бѣда, предрѣшаетъ видъ оперативнаго пособія. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ ухо служитъ главнымъ источникомъ нагноительныхъ процессовъ внутри черепа и вовремя установить диагно-

стику—является жизненнымъ вопросомъ для больного. При распознаваніи внутричерепныхъ опухолей мы поставлены въ болѣе затруднительное положеніе и практическая хирургія, въ особенности въ лицѣ французскихъ хирурговъ, усиленно совѣтуетъ пробную трепанацію, какъ допустимый діагностическій приѣмъ. Такъ ли это на самомъ дѣлѣ? Думается намъ, что тамъ, гдѣ симптомокомплексъ неясенъ, рискъ, представляемый краниэктоміей ничѣмъ не окупается въ пользу больного и къ прежнему страданію присоединяется опасность инфекціи, тѣсно связанная съ огромной травмой.

Позволимъ себѣ высказать мнѣніе, что этотъ способъ, какъ пробный приѣмъ, долженъ быть значительно ограниченъ и будемъ надѣяться, что дальнѣйшія наблюденія въ клиникѣ, подкрѣпленные патолого-анатомическими секціями, установятъ болѣе точный діагнозъ.

Долженъ замѣтить, что въ отдѣльныхъ случаяхъ хирургическое вмѣшательство увѣнчивалось блестящими результатами. Позволю себѣ сослаться на проф. Bergmann'a, получившаго стойкое выздоровленіе у больного послѣ удаленія опухоли, расположенной въ лобной части большого мозга. Послѣднее извѣстіе отъ больного профессоръ имѣлъ въ концѣ января 1902 г. чрезъ годъ послѣ операціи. Всѣ раньше бывшіе гнѣздные симптомы довольно быстро исчезли, психическая сфера пришла въ норму, не смотря на ея глубокое пораженіе, которое наблюдалось до операціи.

Изъ всего предъидущаго видно, что связь между хирургіей и другими отдѣлами практической медицины становится все тѣснѣе годъ отъ года, обуславливая взаимное преуспѣваніе медицинскихъ наукъ. Параллельно съ ростомъ клинической хирургіи увеличиваются предъявляемыя къ ней требованія, въ силу чего начинаютъ отщепляться отъ нея нѣкоторыя отрасли, хотя въ настоящее время онѣ еще неполнѣ обособились въ совершенно изолированные специальности. Такое раздѣленіе желательно для центровъ, но, разумѣется, оно невозможно въ нашей земской медицинѣ.

Есть два взгляда на практическую хирургію: одни требуютъ, неустанно проповѣдуя, ея децентрализаціи; другіе, оставляя на долю земскаго врача діагнозъ, толкуютъ о централизаціи хирургической помощи, конечно, исключая изъ этого экстренные случаи. Наблюденія надъ повседневной жизнью невольнo заставляютъ примкнуть къ первому положенію.

Будучи почти въ продолженіи 10 лѣтъ знакомъ съ хирургической амбулаторіей, встрѣчая въ ней временами запущенные случаи, я невольнo задавался вопросомъ, что и кто въ этомъ виноватъ?

Виноватъ въ этомъ, конечно, прежде всего низкій уровень развитія нашего крестьянина и малое его довѣріе къ раціональной

медицинской помощи, виновата въ этомъ отчасти и неточность распознаванія. Къ счастью эта ненормальная сторона дѣла годъ отъ года все болѣе и болѣе утериваетъ свои рѣзкія черты и, по-видимому, явленіе обратное сильнѣе и сильнѣе даетъ себя чувствовать: характеръ клинической амбулаторіи мѣняется въ сторону иного направленія все типичное, за немногими лишь исключеніями сельская медицина отбираетъ себѣ, оставляя клиникѣ болѣе сложные случаи и дѣлая ее т. ск. послѣдней лечебной инстанціей. Въ Казани напр. ранѣе былъ обширнѣйшій матеріалъ каменной болѣзни, а теперь количество литіатиковъ становится годъ отъ года меньше; явленіе обусловленное, разумѣется, не уменьшеніемъ заболѣванія, а тѣмъ, что они стали получать помощь у себя дома. Тоже, пожалуй, надо сказать и о грыжевыхъ больныхъ.

Весной и осенью, когда приемы заходятъ за сотню въ день, яснѣе, чѣмъ когда либо видишь необходимость именно въ этой домашней помощи: приѣзжаютъ больные въ огромномъ большинствѣ случаевъ задолго до открытія клиникъ и, грустно видѣть, какъ изъ сотни попадаютъ 15—20 счастливцевъ, а остальные, въ особенности одержимые болѣзнями костей, съ унылымъ лицомъ идутъ искать себѣ утѣхи и пріюта въ прочія больничныя учрежденія, гдѣ ихъ и тамъ преслѣдуетъ та же судьба, а между тѣмъ многіе изъ нихъ при стационарномъ режимѣ могли бы получить облегченіе и дома. Объясняется это слишкомъ малымъ количествомъ пунктовъ для стационарнаго леченія.

Несмотря на массу неблагоприятныхъ условій въ настоящее время замѣчается, о чемъ говорю съ искреннимъ удовольствіемъ, колоссальный ростъ земской медицины и главнымъ образомъ хирургіи, что особенно ясно выступило на хирургическихъ сѣздахъ. Съ величайшей радостью долженъ отмѣтить, что не одна только повседневная хирургія нашла для себя благодарную почву въ деревнѣ: отдѣлъ брюшныхъ операций пользуется большимъ вниманіемъ сельскихъ товарищей. Благодаря неустанной и плодотворной работѣ земскихъ врачей довѣріе къ хирургической помощи среди крестьянъ растетъ, а вмѣстѣ съ этимъ назрѣваетъ потребность въ людяхъ подготовленныхъ для специальной работы.

Я могъ бы указать не одно уѣздное земство, которое имѣетъ при своихъ больницахъ хирургическія отдѣленія съ отдѣльнымъ завѣдующимъ; но еще задолго до настоящаго времени благодарная деревенская почва сзумѣла вырастить и выработать людей, которые своими собственными силами немало способствовали въ скромной обстановкѣ научному прогрессу. Для примѣра укажу на д-ра Ассендельфта, работающаго въ Волжск. бассейнѣ, ему мы обязаны тѣмъ, что онъ выдвинулъ высокое сѣченіе пузыря, какъ преобладающій методъ при леченіи каменной болѣзни; но дѣло то въ

концѣ концовъ всетаки не въ выработкѣ научныхъ положеній и не эта цѣль земскаго врача и всего института земской медицины, которымъ съ правомъ можетъ гордиться наша родина, первая обязанность врача оздоравливать народонаселеніе и это возможно лишь при томъ условіи, если онъ душой отдастся той великой зацѣ, которой посвящаетъ себя еще юношей входя въ университетъ; хирургическая помощь въ сельскомъ быту является наиболѣе желанной, а потому она должна быть подаваема и говорить о какой либо спеціальности не приходится.

Многіе изъ молодыхъ товарищей смущаются обстановкой сельскихъ больницъ, считая ее совершенно неподходящей для оперативной дѣятельности и это мнѣніе настолько глубоко иной разъ западаетъ въ ихъ сердце, что они не охотно берутъ въ руки ножъ; въ особенности, если вспомнить обстановку, среди которой приходилось имъ видѣть хирургическихъ больныхъ въ клиникахъ. Думается мнѣ, что это совершенно несправедливо. Путешествуя заграницей, я во многихъ мѣстахъ видѣлъ, что операціи производятся въ амфитеатрахъ, сплошь и рядомъ, мѣсто, гдѣ стоитъ операціонный столъ, огорожено старыми, скрипучими скамьями, на которыхъ во время лекціи и операціи въ своихъ обычныхъ костюмахъ сидятъ слушатели, тѣмъ не менѣе послѣопераціонное теченіе не хуже того, которое получается при работѣ въ спеціальныхъ операціонныхъ.

Догадъ въ Лондонѣ и по сію пору работаетъ въ той же палатѣ, въ которой больная потомъ лежитъ въ послѣопераціонномъ періодѣ. Прекрасные результаты получаютъ и многіе земскіе врачи, занимающіеся хирургіей, и результаты ихъ дѣятельности выдерживаютъ самую строгую критику. Работаютъ они, конечно, не въ той обстановкѣ, которую мы имѣемъ въ центральныхъ учрежденіяхъ. Чѣмъ же ихъ удачу мы должны объяснить?

Ясно, что главный центръ тяжести лежитъ не въ особымъ образомъ устроенныхъ операціонныхъ залахъ, а въ чемъ то другомъ и смѣю думать, что это „нѣчто“ вполне достижимо и въ обстановкѣ любой земской больницы: это „нѣчто“—чистота рукъ оперирующаго и его помощниковъ, чистота поля операціи. инструментовъ и перевязочнаго матеріала, что говоря вообще, достижимо и въ простой обстановкѣ. Если всѣ эти требованія выполнены добросовѣстно, больной имѣетъ всѣ шансы на послѣдующее асептическое теченіе раны. Зараза изъ воздуха далеко не такъ страшна, какъ то, что мы вносимъ въ рану нашими руками и вообще чрезъ прикосновеніе (Contactinfection нѣмцевъ). Имѣя все это въ виду, думаю, что каждый искренно желающій быть полезнымъ болящему и получившій нѣкоторое хирургическое воспитаніе съ спокойнымъ сердцемъ можетъ браться за ножъ.

Я остановился на разборѣ дѣятельности земскаго врача потому, что большинство по окончаніи курса пойдутъ работать „на ниву народную“ и главная задача клиники посильно стараться пригготовить ихъ къ этой почтенной дѣятельности.

Позволю себѣ еще разъ вернуться къ вопросу о централизаціи хирургической помощи. Для Россіи она негодна по чисто географическимъ условіямъ: наши пути сообщенія слишкомъ несовершенны, прибавимъ къ этому условію зимней и осенней или весенней ѣзды, широкія петли желѣзнодорожнаго сообщенія, и ясно будетъ, что тамъ, гдѣ районъ не такъ обширенъ, какъ у насъ, гдѣ пути сообщенія и удобнѣе и быстрѣе, тамъ централизація даже желательна.

Немало выпущено изъ нашего университета врачей и, съ гордостью можемъ замѣтить, что они съ честью поддерживали репутацію родного Университета и имена Миславскаго, Кузнецкаго и др. неизгладятся изъ памяти населенія Восточной Россіи. Среди земскихъ тружениковъ стяжали себѣ репутацію недюжинныхъ хирурговъ Козловскій, Багаевскій, Спасо-Кукоцкій, Цандеръ и мн. др.

Этимъ годомъ нашъ родной университетъ заканчиваетъ первое столѣтіе своего существованія, да будетъ мнѣ позволено высказать мои пожеланія на грядущее столѣтіе: немало въ прошломъ можно насчитать именъ, которыми вполнѣ заслуженно гордится наша *alma mater*; теперь университетъ обставленъ, въ смыслѣ учебно-научныхъ пособій, неизмѣримо богаче, чѣмъ 2—3 десятка лѣтъ т. н., а потому и питомцы его при настоящемъ положеніи найдутся въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ, чѣмъ ихъ предшественники, тѣмъ не менѣе, тѣ немалую услугу сослужили и наукѣ и жизни, неся свѣтъ просвѣщенія въ многомилліонный русскій народъ и посѣвъ ихъ не загложъ на нивѣ народной, а потому, дай Богъ, чтобы новыя плеяды интеллигентныхъ работниковъ съ неменьшими рвеніемъ и вѣрой въ преуспѣваніе науки неуклонно по пути прогресса шли бы вооруженные твердой вѣрой въ свое призваніе и съ любовью къ темному люду, среди котораго они должны, какъ сѣятели, бросать сѣмя знаній!

Роль Казанскаго университета, какъ просвѣтительнаго центра для Востока Европейской Россіи, неизмѣнно, конечно, останется за нимъ и на новое столѣтіе и много еще остается сдѣлать въ этомъ громадномъ районѣ. Дай Богъ, чтобы и теперь немало славныхъ страницъ онъ занесъ въ свою лѣтопись...
