

8-го февраля 1927 года произведена операция (проф. В. С. Груздев) удаления указанных разражений, под хлороформным наркозом (8,0). Круговым разрезом у основания, разрастания иссечены, раневая поверхность закрыта узловыми шелковыми швами, причем слизистая уретры соединена со слизистой окружающих частей. В уретру вставлен постоянный катетр. На 10-й день больная выписана из клиники.

Микроскопическое исследование кусочков дало следующее:

Сосочкообразная поверхность карункул покрыта многослойным плоским эпителием. Поверхностные слои этого эпителия в некоторых местах обнаруживают наклонность к орогованию. Многослойным же эпителием покрыты и бухты между сосочками. Базальный слой поверхностного эпителия правильный, цилиндрический, резко отграничен от подлежащей стромы. Поверхностный эпителий образует довольно глубоко проникающие в строму зубцы. В некоторых местах из дна междусосочковых бухт, вглубь стромы направляются ветвистые железоподобные ходы, выстланные многоядным эпителием переходного типа. В донных частях этих ходов, кое где, поверхностный (обращенный в просвет) слой указанного эпителия состоит из правильного однорядного цилиндрического эпителия. Поперечные и косые разрезы этих разветвлений в довольно значительном количестве разбросаны по плоскости препарата. Строма обрисовываемого образования представляется рыхлой, сетчатой, образованной за счет тоненьких отростков веретенообразных и звездчатых клеток. Более мощные волокна образуют сеть в центральных частях сосочков и в глубоких отделах подлежащей стромы, в то время как подэпителиальная зона состоит из широких тонкостенных петель. В петлеобразной строме масса мелких сосудов, особенно в подэпителиальной зоне, имеющих здесь характер капилляров. Некоторые из сосудов расширены, в просвете их изредка встречаются кучки лейкоцитов, располагающиеся пристеночно. По направлению вглубь калибр сосудов увеличивается. Здесь и там встречается рассеянная круглоклеточковая инфильтрация, в особенности около железоподобных ходов и под покровным эпителием. Среди клеток инфильтрата имеются плазматические клетки и лейкоциты. В иных участках стромы инфильтрирующие элементы скопляются очагами вдали от железоподобных ходов. В некоторых участках опухоли инфильтрация очень резко выражена. Особенно резко выступает структура стромы и отношение к ней эпителиальных образований при окраске по Mallory.

При окраске на эластическую ткань орсеином отчетливо видна подэпителиальная эластическая сетка. В строме сосочков эластическая ткань почти отсутствует. По направлению же вглубь, к основанию карункулы, хорошо видны эластические волокна, главным образом по ходу коллагенных волокон. Окраска парафиновых срезов на нервную ткань по Gross-Belschowsky'ю не удалась. Поиски гонококков на срезах при окраске по Gram'у и Кривошееву не увенчались успехом.

Наличие железистых образований, сосочковая поверхность, пролиферация эпителия, неравномерная инфильтрация, главным образом вокруг железоподобных ходов и под эпителием поверхности, богатство опухоли сосудами позволяют наш второй случай причислить к группе папиллярных ангиом.

О напрасных гинекологических операциях.

Приват-доцента В. Г. Дина.

«Больной и врач, воспитавшиеся на громадной переоценке соматических явлений, только уже потом, после операции, приходят к заключению, что и психическая деятельность больного должна подвергаться учету». *Фрейд.*

Только тот хирург не ошибается, который не оперирует. Это—ходячая истина. Ошибки у хирурга могут быть в отношении диагноза, в отношении показаний к операции и, наконец, в отношении оперативной

техники. Хирургия далеко шагнула вперед, гигантски выросла: можно без преувеличения сказать, что по своим достижениям она далеко опередила все другие прикладные науки. Однако, несмотря на огромный пройденный путь, достигнутое является ничтожной величиной по сравнению с тем, что еще нужно пройти и что еще для нас темно и непонятно. Между тем жизнь не ждет и требует подачи медицинской помощи при всяком уровне прогресса медицины. Особенно это относится к хирургии, где неотложная операция часто равносильна спасению жизни. Ввиду громадной ответственности, которую несет хирург перед обществом и—что страшнее всего—перед собственной совестью (а, ведь, немало хирургов заплатило самоубийством за свои ошибки!). здесь особенно тщательно следует разобраться в возможных ошибках, от которых не спасает ни талант, ни знания, ни даже многолетний опыт.

Вопрос о происхождении хирургических ошибок и о способах их устранения, вопрос жгучий и актуальный, в достаточной мере освещен в руководствах по оперативной гинекологии и хирургии и в достаточной мере дебатруется в печати¹⁾. Здесь, конечно, не место разбирать вопрос во всем его объеме. Но на одной стороне дела я хотел бы остановиться—на стороне психологической. Нужно прямо и откровенно сказать: психология у гинекологов не в почете. Между тем в психологии гинеколога и в психологии пациентки как раз именно кроется иногда источник неправильных показаний к хирургическому вмешательству. Недостаточная оценка психологических компонентов заболевания часто является причиной неправильного диагноза; а неправильный диагноз неизбежно влечет за собой неправильную терапию. Вот на этой стороне вопроса, недостаточно освещенной (а возможно и бессознательно затемняемой в медицинской печати), я хотел бы остановиться и разобраться по мере сил и возможности.

За долгие годы моей работы в различных клиниках и лечебных учреждениях России и Германии мне не раз приходилось быть участником или свидетелем таких операций, которые вызывали во мне чувство протеста вследствие их ненужности, бесполезности. Это чувство протеста возникало во мне интуитивно: я чувствовал, что здесь операция ничего не даст, но доказать я этого не мог, ибо мне тогда не хватало, вернее, у меня вовсе не было—знаний и опыта в психоанализе и психотерапии. Кроме того, я, как, впрочем, и другие товарищи по клинике, находился под естественной суггестией авторитета и обаяния профессора. Я не сохранил поэтому соответствующих подробных историй болезни; приведу лишь один случай, особенно ярко оставшийся в моей памяти.

Один из знаменитых наших хирургов попросил меня посмотреть больную. Эта больная страдала приступами мучительных болей под ложечкой и в левом паху. Относительно болей под ложечкой мнения разделились: одни считали их происходящими от язвы желудка, другие же трактовали болезнь как спайки вокруг желудка. Со стороны genitalia я нашел лишь очень чувствительный левый оварий. Более внимательный разбор дал мне основание высказаться за то, что боли были истерического происхождения, без анатомической подкладки. Когда я высказал это свое предположение, то хирург недоверчиво скосил на меня глаза: «Вот именно, сказал он с бодрой улыбкой и со свойственной ему манерой говорит.—вот именно.

¹⁾ Schwalbe. Diagnostische und therapeutische Irrtümer in der Chirurgie und Gynäkologie. 1921.

Я разрежу и посмотрю и здесь (жест на подложечную область), и здесь (жест на низ живота)*. Сказано-сделано. Хирург со свойственной ему исключительно блестящей техникой, вскрыл брюшную полость и желудок, и посмотрел «и здесь, и здесь», но ничего не нашел. С той же молниеносной быстротой, приводившей нас в восхищение и изумление, он зашил брюшную полость. Гладкое заживление, а боли—как были, так и остались.

Другой случай, гораздо более запутанный и сложный, требует более детального описания, но, в целях экономии места, излагается в „телеграфном“ стиле.

Г., 24 лет. Жалобы: сильнейшие боли в пахах, крестце, схватки в заднем проходе, жжение при моче, жидкие бели, депрессия. Психически-отягощенная наследственность. Регулы с 18 лет, болезненны. Замужем 5 лет. 4 искусственных аборта без особых осложнений. После 1-го аборта—резь при моче. боли в апуз. Заподозрена гоноррея. *Ol. santali*, вакцина, промывание пузры, серные ванны—без успеха. После 4-го аборта мучительные тенезмы («ком») в апуз. В качестве возбудителя болей заподозрен геморрой: операция—без всякого улучшения. 2 курса грязелечения вызвали усиление болей. Хотя особых уклонений в *genitalia* не отмечалось—лапаротомия: удалена левая труба, *appendix*, подшита матка. *Prima*. Резкое ухудшение болей. Через 65 дней вторичная лапаротомия. Удален левый оварий. *Prima*. Резкое ухудшение—отчаянные боли внизу живота, в крестце, апуз, уретре, суставах, грудях, затылке. Тогда хирург предложил пангистеректомию. Больная в отчаянии согласилась, но помешала срочная командировка в Москву. Здесь—перманентное хождение по врачам (свыше 18 врачей). Анализы мочи, кала, крови—без уклонений. Рентген: 1-й снимок—без уклонений; 2-й снимок—«неясная перетяжка» поперечной ободочной кишки. Один гинеколог нашел «спайки позади матки», другой—«хроническое раздражение брюшины в заднем Дугласе, раздражение яичников, отечность промежности»; все же остальные признали больную генитально здоровой. И все же: целая медикаментозная симфония (до 150 рецептов) из брома, белладонны, мышьяка, салициловых препаратов и т. д.; массаж промежности, массаж матки; клизмы солевые, капельные, постоянное орошение; компрессы, ванны; электризация, биполярия, синусоидальная фарадизация. Один месяц пребывания в клинике нервных болезней. *Raque-lin* на крестец. Франклинизация. Грелки, ванны, и бром, бром... Боли не прекращались, особенно в суставах; самочувствие—отчаянное из-за поздрений и вылизываний о наркомании. После выписки—консультация с двумя знаменитейшими хирургами. Ректо-и сигмоскопия. На высоте 25 сант. намечается неясное сужение. Предложена лапаротомия для удаления предполагаемых спаек; операция не состоялась из-за протестов родных. Новая консультация другого знаменитого хирурга с лучшим из наших психиатров. Найдено: генитально здорова, спаяк отрицать нельзя, психастения, много психогенного. Предложена..... паравертебральная анестезия. Впрыснуто 100,0 ¹/₂ 20% новокаина. В тот же вечер больная ответила приступами жесточайших болей в руках, ногах, спине, животе. Отчаянным самочувствием и мольбами ко мне—отравить ее. Длительное лечение психотерапией приносило значительное, но временное облегчение. Самочувствие значительно улучшилось, появилась жажда жизни, боли стали переносимыми. Но стояло больно уехать из Москвы—и все возобновлялось, хотя и в менее тяжелой форме. В последний приезд в Москву—лечение в одном из физиатрических учреждений: массаж матки, паровые ванны, *sollut*, горное солнце—без всякого эффекта. Отъезд из Москвы, несколько отчаянных писем—и больная исчезает из моего поля зрения.

Итак, кроме 4-х аборт (тоже напрасные операции) три напрасных операции: геморрой и две лапаротомии и две отмененные (тоже, конечно, напрасные) операции: пангистеректомия и удаление „спаек“. Кроме того, огромное напрасное лечение как медикаментозное, так и физиотерапевтическое. Из длительного наблюдения для меня стало ясно: больная генитально и вообще анатомически—здорова. У нее тяжелая конституциональная астения, выросшая на почве тяжелой наследственности. Приступы болей и отчаяния—суть астенические приступы (вполне соответствующие описанию *Mathes'a*). Оперативная помощь здесь не только бес-

полезна, но и противопоказана. Ее болезнь, подобно некоторым психическим заболеваниям, стоит на границе incurability. Единственное, что могло бы, вероятно, помочь (но вряд ли вылечить), это—длительная психотерапия, при условии изоляции, в связи с разумной и осторожной общей терапией.

Гинеколог всегда должен помнить о том, что нередко операция своим успехом обязана исключительно внушению. Операция во многих случаях является лишь *vehiculum*, проводником внушения. Такая операция часто падает уже на подготовленную почву, так как больная обычно идет на операцию окрыленная надеждой исцеления, с уже готовым раппортом и суперрефлексом доверия. Этим объясняется блестящий успех не раз уже производившейся т. н. „мнимой“ операции (*Scheinoperation*), где соблюдалась вся видимость лапаротомии, но где дело ограничивалось лишь кожным разрезом. Многие хирурги, напр. Küttner, вскрыв брюшную полость по поводу предполагаемого аппендицита и найдя его вполне нормальным, зашивали в таких случаях брюшную полость без дальнейшего вмешательства, т. е. не удаляя отростка, и получали немедленное и длительное излечение.¹⁾

Совершенно прав E. Kehrer²⁾, утверждая, что часть гинекологических операций по поводу стерильности с успехом может быть заменена психическими операциями, устраняющими диспарейнию. И действительно, у меня имеется ряд наблюдений, когда излюбленная при дисменоррее операция—*dilatatio et discisio*—произведенная при том *lege artis* не приносила облегчения, а внушение излечивало больную навсегда³⁾.

Один такой случай (возникновение дисменорреи при внезапном появлении лихорадящего и бредящего отца и излечение ее при помощи абразии) описан Krönig'ом⁴⁾. E. Kehrer⁵⁾ утверждает, что действие ламинарий при диспарейнии основано не только на устранении механических препятствий, но в ряде случаев и на суггестивном излечении диспарейнии, а Ю. В. Снегирев⁶⁾ дает яркое описание гипнотического действия солевых вливаний, где на воображение больной действует вся обстановка „операции“ и успокоительные слова врача, что „теперь боли пройдут совершенно“. Hallauer⁷⁾ собрал 120 случаев, где наркогипнозом вполне была устранена необходимость операции.

Молодой гинеколог с жадностью выискивает в амбулатории „материал“ для будущих своих операций; он, конечно, надеется проделать со временем всю скалу гинекологических операций—от простого выскабливания и до сложнейшей операции Wertheim'a; хорошо, если бы попала для начала небольшая киста без сращения или подвижная ретрофлексия. Первая лапаротомия, конечно, празднуется. Теперь молодой ординатор уже вправе считать себя „настоящим“ гинекологом и уже не-

¹⁾ Цит. по Liek'y: Врач и его призвание. Русск. пер., 1928 г., стр. 90.

²⁾ E. Kehrer. Die Unfruchtbarkeit des Weibes. 1924 г.

³⁾ В. Г. Дик. О психогенной форме дисменорреи и о лечении ее внушением. „Гинеколог и акуш.“, 1925 г.

⁴⁾ Krönig. Значение функциональных нервных болезней для диагностики и терапии в гинекологии. Русск. пер., 1903 г., стр. 69.

⁵⁾ I. cit. стр. 93.

⁶⁾ Ю. В. Снегирев. Боли в гинекологии. Дисс., 1908 г., стр. 233.

⁷⁾ Hallauer. Ztbl. f. Gyn., 1922 г. № 45.

сколько свысока и с законным пренебрежением смотрит на неудостоенных еще лапаротомией товарищей. В дальнейшем круг его хирургических действий, конечно, расширяется и, соответственно этому, расширяется и его круг показаний к хирургическому вмешательству. При достаточном хирургическом зуде и темпераменте эти показания становятся все более и более расплывчатыми и все менее и менее обоснованными. Такая кататимическая установка и такое одностороннее воспитание ведет к узкому механическо-хирургическому умонастроению, которое является источником истинных бедствий для больных.

„Темперамент в хирургии, говорит С. П. Федоров¹⁾, мешает еще правильно оценивать результаты своих действий, допускает суггестию и приводит хирурга к преждевременным заключениям и к переоцениванию своих новых открытий, часто слишком рано публикуемых. Хирурги, обычно, не считаются при оценке своих успехов с самовнушением. Его самокритика страдает. А для больных, говорит Лик, это часто разбитые надежды, телесные и душевные страдания; много ненужных жертв было бы избегнуто“.

Когда делаются напрасные операции? Тогда, когда не учитывается возможность психогенной этиологии заболевания. Ни один орган половой сферы женщины не избавлен от напрасных операций.

Начнем хотя бы с наружных genitalia. Было время, когда считали (да и теперь иногда считают) клитор источником нервных заболеваний.

„Сколько женщин, говорит в своей диссертации Friedman²⁾, было изуродовано иссечением клитора, предложенным для излечения неврозов и психозов, а, ведь, ни при истерии, ни при пудучей или связанных с половыми эксцессами психозах ничего нельзя достигнуть удалением здорового клитора“.

При упорном зуде производят, как *ultimum refugium*, иссечение губ. После этого зуд нередко возобновляется в рубце, так как прурит бывает часто центрального, психогенного происхождения. Иссечение *hymen'a*, насильственное расширение или даже рассечение *constrictori cunni* являются излюбленными пособиями при вагинизме, несмотря на то, что все почти признают психогенную природу вагинизма. Дилатация и выскабливание сделались для гинеколога почти что универсальным средством при болезнях матки. Он *larga manu* применяет ее и при белях, и при болях, и при слишком сильных, и при слишком слабых регулах. Но при этом он забывает заглянуть в психику женщины и подумать о том, какое громадное влияние имеют переживания женщины на ее секреторную и менструальную функции. Как часто излюбленная при дисменоррее операция—дисцизия или экспизия в бесчисленных ее модификациях—не достигает цели, когда в основе заболевания лежит спастический вегетативный невроз.

Даже в тех случаях, когда налицо имеются грозные признаки острого, тяжелого заболевания (то, что англичане называют, „*acut abdomen*“—„острый живот“), и где, казалось бы, хирург входит во все свои законные права, даже и там операция может оказаться напрасной: я имею в виду астенический приступ. Вот какими яркими штрихами описывает этот приступ Mathes³⁾:

¹⁾ С. П. Федоров. Хирургия на распутье. 1927 г.

²⁾ Цит. По Моl'l'ю. Гипнотизм. Русск. пер., 1909 г., стр. 342.

³⁾ P. Mathes. Конституциональные типы женщины. Русск. пер., 1927 г., стр. 108.

„Астенический приступ может вспыхнуть внезапно, подобно буре, вызывающей смятение среди вегетативных функций: таковы: резкая прострация, бледность, рвота, вздутый живот, холодный пот, неопределенная сильная боль в животе, недостаток воздуха, обложенный язык; все это соединяется с чувством страха по поводу серьезности и опасности положения. Терзаемая опасениями больная не находит покоя в постели, ей не помогают никакие усилия, которые предпринимаются окружающими с целью облегчить ее страдания. Не один уже хирург, введенный в заблуждение угрожающими явлениями, вскрывал в таких случаях брюшную полость, чтобы там ничего не найти“.

Такого рода случай описан Геренштейном¹⁾, где после аппендэктомии появилось сильное вздутие, боли и тяжелое общее состояние, где *laparotomia* ничего не обнаружила и где повторные приступы были излечены д'арсонвализацией, которая послужила проводником внушения.

Если врачебная мысль не может мириться с такими напрасными, подчас уродующими операциями, то еще больший протест должны встретить напрасные операции в брюшной полости.

В особенности повезло в этом отношении, конечно, ретрофлексированной матке. За что только ее ни фиксируют и к чему только ее ни фиксируют! Как часто и как охотно привлекают к ответственности подвижную ретрофлексию для объяснения явлений не только в тазу, но и в областях отдаленных. К счастью, за последние годы замечается некоторое отрезвление в этой области: так. Theilhaber²⁾ прооперировал за 14 лет 1000 ретрофлексий, отказался от коррекции матки, и за следующие 30 лет своей деятельности оставил 4000 флексий без операции и вполне доволен результатами; Jaschkes³⁾ на 1000 случаев *retroflexio mobilis* не нашел разницы в явлениях по сравнению с *anteflexio*, а Kneise⁴⁾ за последние 15 лет вовсе не оперирует неосложненных ретрофлексий.

С тех пор как Mac Dowel 120 лет тому назад произвел первую овариотомию—с тех пор яичник сделался объектом ожесточенного истребления со стороны хирургов и гинекологов.

„Что сделали с этим вмешательством, восклицает Лик⁵⁾, в последующее время. Без всякой надобности приносятся в жертву тысячи яичников, бессмысленно калеча, большею частью под диагнозом „хронического оофорита“, бесчисленное множество цветущих женщин“.

По какому только поводу не удаляли и не удаляют яичников! По свидетельству Pozzi⁶⁾ показания к „нормальной овариотомии“ (т. е. к удалению здорового яичника) были установлены впервые Battey'ем в Америке, Hegar'ом в Германии и Lanson-Tait'ом в Англии. В новейшее время Opitz⁷⁾ не отказывается в тяжелых случаях дисменоррей от кастрации. Windscheid⁸⁾ приводит 91 случай кастрации с успехом по поводу истерии. Lomer⁹⁾ описывает много случаев удаления

¹⁾ Геренштейн. Введение в практическую психотерапию. 1927 г., стр. 36.

²⁾ Theilhaber. Ztbl. f. Gyn. 1924 г., № 44.

³⁾ Jaschke. Zur Symptomathologie der Retroversio-flexio uteri. Beiträge zur Problema d. Gyn. und. Carzinomforsch. S. 117—123.

⁴⁾ Kneise. Ztbl. f. Gyn. 1924. № 12.

⁵⁾ Лик. Врач и техник в хирургии. Нов. хир. арх. Т. 16. кн. 2, 1928 г.

⁶⁾ Pozzi. Руководство клинической и оперативной гинекологии. Русск. пер. 1897 г., стр. 611.

⁷⁾ Menge und Opitz, Handbuch der Frauenheilkunde. 1913 г. S. 579.

⁸⁾ Windscheid. Ztbl. f. Gyn. 1901 г. S. 1316.

⁹⁾ Lomer. Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie.,

мало измененных яичников благодаря незнанию этиологии овариальных болей.

Само собой понятно, что число опубликованных напрасных кастраций неизмеримо меньше числа неопубликованных. Заметим здесь кстати и подчеркнем, что хирург гораздо бережнее относится к мужским половым железам, чем к женским. Вовсе нет необходимости в углубленном психоанализе, чтобы вскрыть мотивы такого неравномерного отношения к обоему полу.

Лик в своих протестах против напрасных и необоснованных операций—не одинок.

„Гиртль (цитируя по статье С. П. Федорова) выступает с открытым протестом, говоря, что операторы прикрываются „*ius impune occidendi chirurgorum*“—правом хирурга действовать безнаказанно, а Шпренгель говорит о „кастрационном неистовстве“, охратившем врачей, держащих в руках нож. Карл Франц, крупный современный гинеколог, в своем руководстве (1925 г.) пишет следующее: больная жалуется на боль в спине, истечения, головные боли, слабость, запоры, отсутствие аппетита, депрессию, и у нее находят ретрофлексию матки или сращения яичника. Склонный к операциям хирург сейчас же готов пришить ей на место матку или вырезать яичник. При этом внушении врача, что всякая сделанная операция помогает, действует только временно, а потом болезненное состояние ухудшается. Сколько женщин, восклицает Franz, испорчено такими операциями без показаний! Возьмем еще т. н. хронический аппендицит. Сколько сделано и сколько продолжают делать иссечений червеобразных отростков, чтобы видеть потом оперированных больных с теми же болезненными симптомами; и для многих теперь сомнительно, существует ли действительно хронический аппендицит!“.

Какие моменты способствуют осуществлению напрасных операций? Укажем на главнейшие. Высоко стоящая асептика и усовершенствованная техника, с одной стороны, и высокоразвитая способность женских половых органов к заживлению—с другой—делают операции сравнительно безопасными, хирургическое вмешательство остается безнаказанным. Отсюда—увлечение хирургическим методом, который становится почти единственным способом лечения для гинеколога. Bier¹⁾ как-то обмолвился крылатым словом: „от частого оперирования глупеют“. Этого, несколько грубоватый афоризм Bier'a, не только великого хирурга, но и большого мыслителя, повидимому следует расшифровать в том смысле, что постоянное, непрерывное оперирование суживает горизонты врачебного мышления, понижает самокритику, ведет к косности и трафарету. Ту же мысль, но только в обратной форме, выразил Kuhlénkamp²⁾: „Воздержание от операции есть искусная работа утонченной мысли, строгой самокритики и тончайшего наблюдения“.

Другим источником напрасных операций является анатомотропизм, т. е. узкое механистическое, органолокалистическое мышление современного рядового гинеколога. Такое мышление является продуктом неправильного нашего медицинского воспитания. Мы все воспитались на учении Вирхова. Говорить о значении целлюлярной патологии, об этом главнейшем этапе развития медицинской мысли—было бы здесь, конечно, неуместным; без целлюлярной патологии нет медицины, и без знания целлюлярной патологии—нет врача. Однако, этот этап уже пройден; мы его впитали в себя, усвоили, ассимилировали его; но на этом не остановились: со времени создания Вирховского учения медицинская

¹⁾ Bier. Berliner ärztliche Zeitschrift. год 2-ой, кн. 1-я.

²⁾ Цит. по Liek'y l. c.

мысль шагнула далеко вперед; правда, немало исписано бесполезной бумаги, но огромные приобретения все же налицо: выросла и неудержимо продолжает расти эндокринология; развивается учение о конституции; разрабатывается плодотворное учение о вегетативной нервной системе; широко раздвинулись рамки изучения мозговых функций. Все эти учения, охватывающие функции всего организма, невольно заставляют современного гинеколога значительно расширить свой медицинский кругозор и стать действительно гинекологом, т. е. исследователем, изучающим женщину во всем ее целом, во всех ее жизнепроявлениях.

К сожалению, рядовой гинеколог с большим трудом и крайне редко отказывается от привычной ему „анатомической“ точки зрения на сущность и происхождение болезни. Он охотнее идет по проторенному уже пути и предпочитает оставаться в полости малого таза; здесь он ищет *locum morbi* и здесь он творит свою терапию, обычно в виде той или иной операции: здесь он сосредоточивает свои интересы и редко испытывает потребность окружать себя притоком свежего воздуха...

„Я подхожу, говорят Liek¹⁾, к тяжелому упреку, который нужно бросить современной хирургии и ее вождям: соучастие в упрощении врачебного мышления, насаждение грубого механически-материалистического восприятия больной и здоровой жизни, пренебрежение, если не презрительное отношение, к душевным процессам“.

Последствием такого упрощенного механического мышления является укрепление в сознании гинеколога следующего тезиса: „*cum hoc, ergo propter hoc*“; тезис этот заключается в том, что если наряду с симптомом мы находим то или иное анатомическое отклонение от нормы, то мы склонны почти без критики принять это отклонение за источник симптома и полагаем, что, устранив или исправив это отклонение, мы тем самым уничтожим и симптом.

Таких уклонений от нормы в полости малого таза к услугам гинеколога имеется немало. Главным козлом отпущения является, конечно, ретрофлексированная матка—от нее все качества.

Еще совсем недавно большой славой в качестве возбудителя болезни пользовался кистозно перерожденный яичник, который и удалялся десятками, если не сотнями. К счастью, он теперь попал под защиту эндокринологии. Охотно сажая на скамью подсудимых разрыв шейки, ощущение вагины, небольшой разрыв промежности, сужение шейки, даже безобидную эрозию. Если эти аномалии отсутствуют, то объектом обвинения делаются „спайки“, а если при вскрытии брюшной полости и спаяк не находится, то, чтобы не закрыть брюшную полость без операции обратно, находим себе выход из положения, обрушившись на *appendix*: его всегда нетрудно найти удлинненным, утолщенным или подвернутым; если же он правильной формы, то всегда можно все же найти некоторую гиперемию или пару паутинных наслоений, или спаяк—и операция, в огромном большинстве случаев, конечно, напрасная—оправдана.

Благодаря такому „анатомическому“ воспитанию у гинеколога развивается и укрепляется ряд условных рефлексов: дисменоррея, бесплодие: сужение шейки—расширение, диспизия; бели, кровотечение: эндо-

¹⁾ Liek. l. c., стр. 86.

метрит—выскабливание; вагинизм: himen—его эксцизия; боли, бесплодие при ретрофлексии—один из бесчисленных способов ее коррекции¹⁾.

Во что превратились, благодаря такой постановке дела, наши клиники и другие гинекологические учреждения? Пусть на это ответят наши авторитеты.

„Специальные гинекологические учреждения, говорит В. Ф. Снегирев²⁾, до клиник включительно заняты разработкой хирургической гинекологии. Нельзя не признать, что это не клиники для изучения женских болезней, а хирургические препаровочные, где удаляются матки, придатки, скопления и т. д.“.

Еще более убийственную характеристику дает Liek³⁾:

„Каждую женщину, говорит он, тем или иным путем попавшую в клинику, клали на стол; всякое незначительное опущение оперировалось; небольшой надрыв шейки сшивали, почти всегда предпослав этому кольпотомию, вытащив придатки; яичники, казавшиеся мне совершенно здоровыми, накалывали, уменьшали в размерах и т. д.“.

Так же приблизительно высказывается и А. Mayer⁴⁾.

„Путь, полный разочарований, проходят больные, над которыми производится ряд или даже серия операций. После операции A l.-A d a m s удаление придатков, затем аппендектомия. Затем, после нефронекии или гастро-энтеростомии последнее средство—экстирпация матки. Исчерпав этот технический репертуар и достигнув вершины оперативного пути, убеждаются, что лишенная матки женщина не больна гинекологически“.

P. Mathes⁵⁾ в своем блестящем описании астенического приступа говорит:

„Если при следующем астеническом приступе боли перемещаются выше или дальше кзади, то скоро находится хирург, который пришивает почку, удаляет желчный пузырь, приподнимает, или даже резецирует, желудок. Впрочем, в большинстве случаев за все отчитывается слепая кишка, так как эта операция легко выполнима и популярна“.

Большим пособием в деле осуществления напрасных операций является во многих случаях соответствующая психическая установка пациентки. Мы расспрашиваем больную, выслушиваем ее жалобы, сопоставляем их с данными объективного исследования и делаем вывод о необходимости операции. При этом, однако, мы забываем часто заглянуть за кулисы видимой картины болезни—в психику больной. А в ней, в этой психике, мы можем иногда найти факты, которые могут опустить взявшую скальпель руку. Возьмем хотя бы свойственную некоторым больным склонность к гиперболической оценке симптомов своей болезни.

„Есть больные, говорит Kretschmer⁶⁾, особенно среди женщин, для которых любимой темой разговоров являются „их“ болезни, напр., желчные камни и др. Эти пациентки говорят о „своих“ болезнях каждую минуту, со всяким встречным, в вагонах трамвая, в гостиницах, с такими подробностями, с такой любовью, как о своих детях; болезнь дает возможность окружить себя ореолом страдания, необычайности“.

¹⁾ Эти операции так вошли в обиход, что часто слышишь от больных: мне делали (resp. советовали) чистку, надсечку, подшивку и т. д.

²⁾ Речь на первом съезде российск. гинекологов и акушеров в 1903 г.

³⁾ Liek. l. c.

⁴⁾ A. Mayer. Ztbl. f. Gyn. 1926, № 14.

⁵⁾ P. Mathes. Konstitutionstypen der Frau. Halban-Seitz. Bd. II. Русск. пер. 1927.

⁶⁾ Kretschmer. Внушение. Русск. пер., 1925 г. Фрагмент из его „Медич. психологии“.

Вот этот „ореол“ часто и толкает больную на операцию. В отношении некоторых больных не будет преувеличением сказать, что они идут на операционный стол не ради болезни, а ради операции.

В некоторых случаях движущей пружиной является „перенесение“, т. е. привязанность, любовь пациентки к врачу.

„Причина преходящего успеха многих операций, говорит P. Mathes¹⁾, кроется в совершенно другой области. Милый и любезный женский врач своею личностью и заботливым участием завоевывает „доверие“, т. е. любовь своих пациенток. Благодаря этому, в их омраченную душу снова проникает луч света; покойное содержание в постели понижает возбудимость вегетативной нервной системы, и больные выздоравливают, несмотря на тот вред, который причиняет всякая операция“.

На меня произвел сильное впечатление случай, имевший место в нашей клинике:

Немолодая больная лежала у нас по поводу сальпингоофорита. Консервативное лечение ликвидировало все воспалительные явления, но боли остались, и больная настаивала на операции. Так как объективных данных для операции не было, а больная, что называется „залежалась“, то я предложил больной выпиться. Тогда я получил от нее полное отчаяния письмо, в котором она с полной откровенностью раскрыла мотивы ее настоячивых требований операции: она без памяти влюбилась в одного из наших ординаторов; она с циничной откровенностью списывала свои к нему сексуальные вожделения; она при помощи операции надеялась привлечь к себе симпатии ничего не подозревавшего ординатора. С большим трудом удалось мне заставить несчастную эротоманку выписаться и обратиться к психиатру.

Таким образом, кататимическое настроение гинеколога, воспитанного на „анатомизме“ и жаждущего оперативной деятельности—с одной стороны, и кататимическое настроение пациентки, видящей (часто бессознательно) в операции средство к осуществлению своих заветных стремлений—с другой стороны,—создают благоприятную атмосферу, в которой быстро созревает необходимость ненужной подчас операции. Krönig²⁾ называет такое состояние больных—*furor operatorius passivus*, идущий навстречу истинному *furor'u* врача.

Каково отношение хирурга к произведенной им напрасной операции? Одни, сделав в „поте лица своего“ операцию, смывают его и со спокойной совестью идут в ординаторскую, где за стаканом чая обсуждают с товарищами детали операции, не давая себе труда проанализировать самую суть заболевания. Другие, убедившись в ненужности сделанной операции, упрекают себя в том, что зря удалили ни в чем неповинный аппендикс, но не обследовали и не пришили почку, которая, очевидно, и является источником болей. Третьи, убедившись в беспечности операции, по вполне понятным причинам умалчивают о них и, верные психологическим законам, „вытесняют“ их в бессознательную свою сферу. Наконец, четвертые, самые малочисленные, имеют мужество признаться в своей ошибке, учиться на ней и учить других, публикуя эти случаи. Впрочем, в этой группе чаще всего выступают те, авторитет которых стоит так высоко, что ничем уже непоколебим, или те немногочисленные независимые врачи, для которых истина во сто крат дороже личного благополучия.

¹⁾ P. Mathes, L. c.

²⁾ Цит. по P. Mathes.

Как избежать напрасных операций? Здесь не место разбирать этот вопрос во всем его объеме, но на одной стороне вопроса я хотел бы остановиться. При постановке диагноза мы охотно дифференцируем гинекологическое заболевание с заболеванием аппендикса, S-romalium, позвоночника, почек и др. Но при этом мы в огромном большинстве случаев забываем продифференцировать психогенные заболевания женской половой сферы. Мы забываем о мощном воздействии психики на вегетативные центры и функции. А между тем накопилась уже достаточная литература и даже казуистика, которая должна бы, кажется, напоминать гинекологу о том, что явления и симптомы, исходящие по всем видимостям от определенного органа, на деле оказываются нередко чисто психогенными.

Для того, чтобы укрепить в сознании гинеколога понятие о психогенезе соматических явлений, необходимо соответствующим образом корригировать воспитание нашей молодежи. Во многих клиниках (в особенности в Западной Европе) больная „подается“, вернее „вкатывается“, в аудиторию на кресле, с покрытой головой и с обнаженными genitalia, повернутыми к аудитории. Я глубоко убежден, что гинекология неизмеримо выиграла бы, а много операций было бы избегнуто, если бы больная повертывалась также к аудитории своей головой, т. е. своим душевным миром. Студенты и молодые врачи должны слышать с кафедры не только об оперативной или физиотрической терапии, но и о психотерапии.

„Необходимо, говорит А. Мауег, преподавать психотерапию, чтобы будущее поколение врачей не делало бесчисленных операций зря, считаясь только с соматическими данными. Психотерапия нужна не только для научного исследования генеза заболеваний, но и для выработки оперативных показаний, ибо много имеется рук, „предрасположенных“ к ножу“ (messerbereite).

Читатель обратил, вероятно, внимание на обилие цитат в моей статье. Эти многочисленные цитаты приведены не случайно, а вполне сознательно. Я предвижу, конечно, ряд возражений и, быть может, яростных нападков по моему адресу. Нападать на меня—дело, конечно, не трудное, но, ведь, моим оппонентам, нападая на меня, придется нападать и на Снегирева, Krönig'a, С. П. Федорова, Bier'a, А. Mayer'a, E. Kehreга, Franz'a, Liek'a и других, которые являются общепризнанными авторитетами в хирургии. Здесь роль моих оппонентов становится невыгодной и, во всяком случае, мало благодарной... Но, конечно, не для самозащиты привлек я эти всеми нами чтимые имена. Целью моей было—сконцентрировать в одном месте разрозненные протесты против напрасных операций тех, кого мы числим в первых рядах хирургии и гинекологии и из которых некоторые являются нашими признанными вождями и учителями. Моей целью было также подчеркнуть, что протесты и осуждения напрасных операций исходили от крупных хирургов в их зрелом и даже пожилом возрасте, т. е. тогда, когда значительная часть их жизненного и врачебного пути уже была пройдена, т. е. тогда, когда они, вероятно, сумели сделать выводы из собственных, неизбежных для каждого врача ошибок, и когда они могли уже зорко и объективно разобраться в ошибках своих младших товарищей, пребывающих еще в кипении хирургического угара.

Эти цитаты должны, мне кажется, заставить нас крепко призадуматься и внимательно пересмотреть наши показания к хирургическому вмешательству при гинекологических заболеваниях.

„Уже пришло время, говорят Е. Кеггер¹⁾ (да простит мне читатель еще одну, последнюю, цитату), чтобы признать операции, основанные на слабых показаниях, профессиональной ошибкой и чтобы подобные операции исчезли из наших операционных“.

После всего сказанного, я считаю себя вправе настаивать на пересмотре наших оперативных показаний. Такой ревизионизм будет не только благодетелем для наших больных, но и освежающе подействует на гинекологию как на дисциплину, т. е. как науку о больной женщине.

Из Клиники болезней носа, горла и уха Казанского гос. унив. (Директор— проф. В. К. Трутнев).

К вопросу о лечении хронических гнойных отитов болгарской палочкой²⁾.

Д-ра **З. И. Вольфсона** и д-ра **О. А. Васильевой**.

Больные с хроническим поражением ушей годами безрезультатно посещают наши амбулатории, подвергаются всяким терапевтическим вмешательствам и, в конце концов, теряют всякую надежду на излечение. Остается, как *ultimum refugium*, хирургическое вмешательство в виде радикальной операции, но последняя не дает нам уверенности, что мы освободим больного от его страданий. Поэтому внимание отнагов давно направлено в сторону изысканий новых путей для лечения хронических гнойных отитов.

За последнее время появились работы по вакцино-и серотерапии гнойных отитов (Утенков, Тальпис, Coates, Дайхес и др.). К сожалению, особенно благоприятных результатов авторы не получили. Применение антивируса по Безредка также не получило широкого распространения. Гораздо более заманчивым является идея Мечникова о бактериальных антагонистах, основанная на том, что такой биологический агент, как *b. bulgaricus*, продуцируя молочную кислоту, обладает способностью производить могучее лечебное действие на разные патологические процессы, вытесняя другие патогенные микроорганизмы³⁾.

Тем охотнее мы приступили к лечению болгарской палочкой гнойных хронических отитов, что при этом способе лечения для нас есть надежда, что живой биологический агент проникает в глубокие отделы среднего уха, недоступные при обыкновенном способе консервативного лечения: продолжая размножаться в полости среднего уха, лактобациллы создадут неблагоприятную среду для развития патогенных микробов, а молочная к-та будет способствовать сморщиванию гиперплазированной слизистой.

¹⁾ Е. Кеггер. Die Unfruchtbarkeit des Weibes. 1924 г., стр. 108.

²⁾ Сообщено в секции Рино-лар.-отиатрии Об-ва врачей при Казанском университете 10/III 1928 г.

³⁾ В 1925 г. Меерович и Калинин сообщили об успешном лечении хронических гнойных процессов среднего уха культурой болгарской палочки, а в 1927 г. Дядченко тем же способом получал в 34% случаев гнойных отитов полное выздоровление.