

ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЕ РУССКИЕ
ВРАЧИ

Н. Д. СТРАЖЕСКО, М. М. ГУБЕРГРИЦ,
Ф. А. УДИНЦОВ

61

C-83

+кр

39514



ПРОФЕССОР
В. П. ОБРАЗЦОВ

ГОСМЕДИЗДАТ УССР

ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЕ РУССКИЕ ВРАЧИ

Н. Д. СТРАЖЕСКО, М. М. ГУБЕРГРИЦ,
Ф. А. УДИНЦОВ

ПРОФЕССОР
В. П. ОБРАЗЦОВ

(К 25-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УССР
Киев — 1947



Василий Парменович Образцов
в последние годы жизни.

ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ

В отличие от принятой формы жизнеописания и характеристики знаменитых людей каким-либо одним лицом в этой книге личность одного из талантливейших клиницистов России профессора В. П. Образцова обрисована в трех речах его учеников на совместном заседании Киевского терапевтического общества и Киевского медицинского института им. академика А. А. Богомольца. Заседание было посвящено памяти В. П. Образцова, умершего 25 лет тому назад.

Так живо, так образно, всесторонне и верно ни один из нас в отдельности не мог бы описать и обрисовать В. П. Образцова. Поэтому мы решаемся выпустить в свет жизнеописание В. П. Образцова в форме записанных наших речей. Пусть читатель простит нам это отступление от принятого обычая и, прочитав эту стенограмму, познакомится не только с профессором В. П. Образцовым как ученым и клиницистом, создавшим Киевскую школу терапевтов, но и как с человеком, и, оценив его по достоинству, постарается в своей деятельности ему подражать и следовать!

Киев, 10.IX.1946 г.

Академик *Н. СТРАЖЕСКО*

ВАСИЛИЙ ПАРМЕНОВИЧ ОБРАЗЦОВ

25 лет тому назад умер один из выдающихся русских клиницистов, замечательный врач и ученый, профессор Василий Парменович Образцов.

Он принадлежал к группе ученых, посвятивших всю свою жизнь медицине. Василий Парменович вместе с основоположниками русской медицины: гениальным хирургом Николаем Ивановичем Пироговым, замечательным физиологом Иваном Михайловичем Сеченовым, гениальным врачом и мыслителем клиницистом-терапевтом Сергеем Петровичем Боткиным, современником Боткина Григорием Антоновичем Захарьиным, с нашим гениальным физиологом Иваном Петровичем Павловым, составлял группу, которая дала определенное направление русской медицине, создала оригинальную русскую медицину. Подобно тому как наша музыка создана талантливейшими композиторами, литература — нашими удивительными писателями, произведения живописи, скульптуры — действительно гениальными, оригинальными, самобытными художниками и скульпторами, так эти замечательные врачи придали определенные самобытные черты русской медицине, те именно черты, которые позволяют отличать ее от медицины других стран.

Василий Парменович Образцов происходил из бедной захудалой семьи священника, жившего на далеком севере, в городе Грязовце, Вологодской губернии. Вся семья едва перебивалась, как говорят, с хлеба на воду,

но детям стремилась дать хорошее по тем временам образование. Василий Парменович учился в церковной школе, а затем в Вологодской семинарии.

Вы знаете, конечно, что многие наши ученые, в особенности медики, учились не в гимназии, а в семинарии. Иван Петрович Павлов также закончил Рязанскую семинарию. Тогда воспитанники семинарии получали классическое образование, были знакомы с философией, знали хорошо русскую литературу, древние языки — греческий и латинский. Требования, которые предъявлялись в семинарии, были настолько серьезны, а преподавание так хорошо было поставлено, что многие выходили из духовной семинарии действительно образованными людьми и притом с определенным стремлением продолжать образование. Они не шли в священники, а стремились попасть в университеты, институты, но доступ туда им был по существу закрыт: они были «красными», т. е. революционно настроенными. Указом императора Николая I в университеты и высшие учебные заведения семинаристов, ввиду их «вредного, революционного направления», принимать было запрещено. Только один медицинский факультет имел право принимать семинаристов. В России в то время ощущался острый недостаток во врачах, и поэтому в императорском указе было сделано для окончивших семинарию исключение: они могли поступать в медико-хирургическую академию, на медицинский факультет.

И вот Василий Парменович Образцов, не имея за душой ничего, кроме своих 18 лет и желания учиться, отправляется в Петербург из Грязовца чуть ли не пешком, не имея копейки в кармане. Его крестная мать, просвирня церкви в Грязовце, на черный день дает ему рубль, который сохранился у Василия Парменовича и теперь сохраняется в моей семье. Этот петровский рубль она ему дала для того, чтобы в случае нужды он мог продать его какому-нибудь коллекционеру.

В Петербурге Василий Парменович поступил в Медико-хирургическую академию. Еще в Грязовце и в Вологодской семинарии он участвовал в хоре. Действительно, у него был замечательный тенор. Закончив семинарию, Образцов, конечно, прекрасно знал церковное пение. В Медико-хирургической академии средствами к существованию для него служили небольшие деньги, которые он получал за пение в церковном хоре.

Будучи по складу ума, по убеждениям и стремлениям человеком, всегда готовым прийти на помощь своему народу, человеком левых убеждений, Василий Парменович сразу же попал в студенческий кружок и вскоре сделался активным революционером.

В конце концов жандармерия прорюхала об этом, взяла его на учет, но это его нисколько не поколебало. Революционный кружок продолжал свою подпольную работу. Вскоре Василий Парменович получил задание разыгрывать роль владельца конюшни и собственника замечательного рысака «Варвара». Он нанял помещение, кучера, в действительности такого же студента-революционера, являлся в конюшню каждый день, давал распоряжения и т. д. На деле же этот рысак нужен был революционной организации для задуманного террористического акта. В романе Степняка-Кравчинского «Андрей Кожухов» описано убийство жандармского полковника Карагозова. Среди персонажей романа вы найдете рыжеватого, высокого, чахоточного молодого человека, владельца «Варвара», на котором убивший Карагозова на улице революционер ускакал от преследования. Владельца рысака затем разыскивали по всему Петербургу, но разыскать не сумели. А владельцем был не кто иной, как студент медико-хирургической академии В. П. Образцов.

Блестяще, одним из первых закончив курс Медико-хирургической академии, Образцов получил предложение остаться работать при любой теоретической или

клинической кафедре. Но в те времена аспирантуры не было, правительство и военное ведомство, которому принадлежала Медико-хирургическая академия, средств на это дело не отпускали. Надо было оставленному как-то добывать самому средства. Образцов решил пойти служить в земство. Полтора года он пробыл земским врачом в Великом Устюге Вологодской губернии. Грянула русско-турецкая война, и Образцов записался добровольцем на военную службу. Два с половиной года пробыл он полковым врачом в Румынии. Тогда военные врачи, которые служили за границей, получали содержание золотом. Образцову удалось скопить более тысячи рублей, на которые он решил после войны поехать учиться за границу. Тогда Германия была центром научной мысли, особенно в области медицины. Образцов поехал в Германию, чтобы учиться хирургии, но проф. Фолькман, лучший немецкий хирург того времени, ввиду незнания Образцовым немецкого языка, к себе его не принял. Образцов поехал к знаменитому патологу Рудольфу Вирхову, чтобы изучить основы патологии, однако, опять-таки из-за незнания немецкого языка устроиться не смог и решил отправиться в провинцию, в Бреславль, к Понфику, также известному в то время патологу. Понфик принял его. В. П. Образцов стал работать над морфологией крови и образованием крови в костном мозгу. Работа быстро подвигалась. Понфик был очень доволен Образцовым.

Но вот иссякли деньги, и пришлось думать о возвращении. Когда В. П. Образцов приехал в Петербург и показал результаты своих исследований по кроветворению проф. Зворыкину, занимавшему в то время кафедре гистологии в Медико-хирургической академии, то Зворыкин оценил работу его как выдающуюся и предложил ему стипендию на три месяца с тем, чтобы он мог закончить эту работу, написать докторскую диссертацию и защитить ее. Как я слышал от самого Образ-

цова и как мне приходилось это слышать от Ивана Петровича Павлова, который почти одновременно был с Образцовым в Медико-хирургической академии, защита диссертации В. П. Образцовым произвела в Петербурге огромное впечатление. Предмет диссертации был новым, о кровотоении тогда никто не имел ясного представления, и те идеи, которые Образцов высказал на основе своих наблюдений и экспериментальной работы у Понфика и Зворыкина, были настолько интересны и значительны, что после защиты диссертации Зворыкин предложил Образцову остаться у него при академии для подготовки к профессорскому званию по гистологии. Однако, опять-таки из-за материальных соображений, пришлось Образцову отказаться от этого лестного предложения. Тогда военное министерство предложило ему место заведующего терапевтическим отделением какого-нибудь военного госпиталя. Образцов выбрал Киевский военный госпиталь и вскоре был назначен туда ординатором (так называли тогда заведующего отделением). В это время он получил возможность самостоятельно работать в клинике.

Таким образом, Образцов переменял свое намерение заниматься хирургией. Однако, любовь к хирургии во всей деятельности Образцова была явно подчеркнута. Он всю жизнь занимался во внутренней клинике теми вопросами, которые были близки к хирургии, так называемыми пограничными заболеваниями.

Многие прекрасно еще помнят деятельность В. П. Образцова здесь, в Юго-Западном крае. Когда он получил известность, сделался профессором и знаменитостью, его очень часто приглашали консультантом к хирургическим больным. Можно сказать, что ни один сложный хирургический случай в Киеве не проходил без участия Василия Парменовича в консилиуме. Его мнение, как мнение терапевта, знакомого с пограничными областями, с общей хирургией, гинекологией, акушерством и т. д.,

все ценили. По существу пограничная клиническая медицина была одним из любимых им разделов клинической медицины. Большую часть своей жизни Василий Парменович отдал изучению пограничных областей.

Получив заведывание терапевтическим отделением военного госпиталя, В. П. Образцов прежде всего обратил внимание на странные порядки, которые тогда здесь царили. Ему, побывавшему за границей и видевшему, как там лечатся и как содержатся больные, постановка работы в Киевском военном госпитале показалась плохой. Не минаясь с различными безобразиями, он довольно прямолинейно выступал против порядков в военном госпитале и вооружил против себя начальника госпиталя, который приложил все старания, чтобы беспокойного ординатора перевести куда-нибудь. Совершенно неожиданно Образцов получил назначение в Минский военный госпиталь.

В Киев Образцова влекло то, что Киев был университетским городом, где можно было общаться с профессурой и рассчитывать в конце концов попасть в клиники для научной работы, оставаясь одновременно заведующим отделением в госпитале. Правда, это Образцову не удавалось, потому что профессорская каста неохотно принимала в свою среду новых людей. Тем не менее Минск представлялся Образцову ссылкой. Он стал перед дилеммой: что делать? Ехать ли в Минск, а это значит более или менее обеспеченная жизнь и жалование военного врача, или, выйдя в отставку, заняться частной практикой и первое время влачить с семьей жалкое существование?

Василий Парменович все же решил выйти в отставку и стал заниматься в Киеве частной практикой. Его талант, общительность, веселый характер, чрезвычайно внимательное отношение к больным вскоре заслужили ему популярность. Ему уже не надо было думать

о средствах к существованию. Врачебная практика помогла ему понемногу налаживать жизнь.

Его популярность среди населения так быстро возросла, что, когда в 1887 году открылось место заведующего терапевтическим отделением Александровской городской больницы, которое замещалось по всероссийскому конкурсу городской думой, выбранным оказался он.

Это обстоятельство дало возможность Образцову вплотную заняться клиникой внутренних болезней, не жалея на это дело ни времени, ни труда, ни личных средств. Тогда терапевтическое отделение размещалось в темной, деревянной постройке, в бараках, построенных городом в конце русско-турецкой войны для возвращающихся воинов. В эту городскую больницу, где не было даже научной лаборатории, стекались не только горожане, но и больные из окружающих уездов. Популярность Образцова как врача стала распространяться на Украине. В его отделение на 80 коек, состоявшее из двух полутемных деревянных барачков, стало стекаться очень много интересных больных. Их надо было хорошо обследовать, и Образцов на свои личные средства устроил лабораторию: он купил два микроскопа, некоторые приборы, давал деньги на стекло и на реактивы.

Уже работая в военном госпитале, Образцов главное свое внимание обратил на заболевания брюшной полости. Надо вспомнить, что в те времена, когда хирурги только начали с опаской вскрывать живот при заболеваниях, требующих операции, диагностика заболеваний брюшной полости была примитивна. Исследовать брюшную полость никто не умел, а знаменитый хирург того времени Николай Васильевич Склифасовский, когда его спрашивали перед операцией, что это за заболевание, отвечал коротко: «опухоль брюшной полости». Никто не думал точно диагностировать природу опухоли или

локализовать принадлежность той или иной опухоли к тому или иному органу.

И это не удивительно: не было выработано методов исследования брюшной полости. Образцов, который побывал уже в эти годы не раз за границей у Гергардта старшего, у Лейдена, видел, насколько еще примитивна диагностика болезней брюшной полости, как плохо изучены симптоматология и клиника их не только у нас, но и за границей. В конце концов он решил заняться изучением заболеваний брюшной полости; этому препятствовало, как я сказал, отсутствие методики исследования. Поэтому Василий Парменович стал не только наблюдать больных, но мало-помалу стремился выработать методику исследования брюшной полости.

Оказалось, что аускультация и перкуссия были не пригодны для диагностики заболевания брюшной полости и давали ничтожную помощь врачу при распознавании. Надо было найти новые методы. Василий Парменович стал постепенно совершенствовать метод, который предложил французский врач Гленар (Glénard). Постепенно Образцов создал так называемую методическую скользящую пальпацию брюшной полости, чем и вписал свое имя в историю диагностики и вообще медицины, поставив его рядом с именами Ауенбругера, предложившего перкуссию, и Лаенека — творца метода аускультации. Имя Образцова вскоре стало известно как в России, так и за границей.

Однако те данные, о которых он сообщал устно и в печати, утверждая, что возможно прощупать нормальные части желудка и кишок, что, научившись пальпации, можно отличить нормальное их состояние от патологического, что этим методом можно изучить прижизненную топографию брюшной полости, физические свойства органов и т. д., встретили вначале скептическое отношение со стороны клиницистов и патологоанатомов. Они сомневались в правдивости идей Образ-

цова. А единственным способом проверки прижизненно найденных отношений в брюшной полости тогда была операция или секция, и к ним Образцов прибегал постоянно!

Его статьи по этому поводу вызывали часто иронические замечания в медицинской печати. Никто не верил, что можно прощупать здоровые желудок, петли толстых кишок и т. д.; считали, что все это выдумка, граничащая с шарлатанством.

Когда я был студентом III курса и слушал лекции Образцова по частной патологии и терапии, помню, что он с досадой и в то же время с известной веселостью рассказывал о том, как он делал первое сообщение о пальпации кишок в Обществе киевских врачей и как один почтенный профессор медицинского факультета, выйдя из заседания, говорил другому: «Ну, знаете, я думал, что Образцов вообще чудак, а он просто идиот. Говорит, что можно прощупать кишечник!»

Такое тогда было отношение ко всему новому и в том числе к новым методам исследования, которые были особенно ценны для хирургии, начавшей уже широко применять операционный метод для лечения всевозможных заболеваний брюшной полости. Для этого, конечно, требовалось ставить точный диагноз до операции и составить себе еще до операции представление о положении и о физическом состоянии органов брюшной полости. Однако, надо заметить, что органы брюшной полости, будучи в большинстве случаев подвижны, под влиянием, например, накопления газов в результате разложения пищи в кишечнике, легче смещаются. Очень часто топографические отношения брюшной полости бывают при жизни не теми, которые находят при секции. Это не смущало Образцова. Совместно со своими учениками (к этому времени к нему стали стекаться врачи) он не бросал этих исследований, будучи убежденным в их правильности, и своим методом

открывал все новые факты и даже новые заболевания. Только введение в клиническую практику рентгеновского метода, позволившего при жизни проверять данные пальпации, укрепило метод систематической методической пальпации Образцова и окончательно упрочило положение этой методики среди диагностических методов. Это произошло приблизительно между 1904—1910 гг., когда рентгенологи для исследования брюшной полости стали пользоваться контрастными смесями.

В 1891 году, будучи доктором медицины, а следовательно, имея право читать лекции в университете (по университетскому уставу каждый доктор наук мог подать заявление о том, что он желает излагать тот или другой курс), Образцов сделал попытку приобщиться к преподаванию на медицинском факультете. Два раза с 1891 г. по 1892 г. медицинский факультет забаллотировал его, как недостойного читать курс заболеваний желудка, кишок и брюшной полости. Только в третий раз при баллотировке на факультете он получил большинство и стал читать курс при кафедре диагностики, которая находилась тогда в ведении Ф. А. Леша. Демонстрируя и разбирая на лекции больных, пользовавшихся в его отделении городской больницы, он излагал теорию.

В 1893 году учреждается теоретическая кафедра частной патологии и терапии и на эту кафедру назначается популярный доцент, прекрасный киевский врач Евгений Иванович Афанасьев, который уже был пожилым человеком и страдал туберкулезом легких. Будучи назначен профессором, он только полгода читал лекции, а затем вышел в отставку и рекомендовал министерству просвещения назначить профессором В. П. Образцова. Последний, будучи уже популярным врачом, имевшим большую практику не только среди относительно бедного или среднего достатка населения, но уже и среди высокопоставленных лиц, нашел в лице попе-

чителя киевского округа Вельяминова-Зернова покровителя, который с своей стороны также представил Образцова как кандидата на кафедру частной патологии и терапии. Однако начальник жандармского управления генерал Новицкий, зная о прошлом Образцова и имея подозрения, что Образцов и его жена, также врач, и сейчас имеют связь с прогрессивными революционными кружками в России, воспрепятствовал назначению Образцова и приложил все старания к тому, чтобы министр Делянов не назначил его. Но, как часто бывает в жизни, случай помог Образцову: заболел желудком командующий войсками, знаменитый боевой генерал М. И. Драгомиров. Приглашенный Образцов хорошо и успешно лечил его. Драгомиров приложил немало стараний для того, чтобы аннулировать происки жандармерии. В 1893 г. Образцов, наконец, был назначен на кафедру частной патологии и терапии и стал читать этот курс. Десять лет он пробыл на этой кафедре. Одновременно он заведывал внутренним отделением городской больницы, каждые пять лет переизбираемый Киевской городской думой согласно требованию устава больницы.

Частная патология и терапия как теоретический курс внутренней медицины являлась в общем скучным предметом, который неохотно слушали многие студенты, тем более что Образцов даром слова не обладал. Параллельно читавший тогда курс доцент Зинкевич имел больший успех, чем Образцов. Большинство студентов записывалось к Зинкевичу. Несмотря на то, что Зинкевич излагал хорошо, я могу определенно сказать, что он читал лишь то, что написано в учебниках, а Образцов старался изложить студентам последние новинки, а самое главное, читая частную патологию и терапию, демонстрировал больных по тем разделам внутренней медицины, которые он излагал на лекциях, и разрешал студентам посещать отделение. Этим он

значительно улучшил преподавание частной патологии и терапии. Кроме того, совершенно не считаясь со своим временем, в воскресные дни от 10 до 3 часов Образцов читал клинические лекции, разбирая больных из своего отделения. Эти лекции посещали уже охотно студенты всех старших курсов. Здесь талант Образцова как клинициста, углубленный разбор каждого больного, его оригинальный подход к диагностике, к терапии увлекали слушателей, так что воскресные лекции пользовались большим успехом, и аудитория Александровской больницы была всегда переполнена. Клинические лекции Образцов читал мастерски, а те недостатки его как лектора, которые проявлялись при чтении теоретического курса частной патологии и терапии, совершенно стусевывались и были незаметны, благодаря чрезвычайно интересному талантливому разбору больных.

В это время стала уже постепенно образовываться школа Образцова.

В 1899 г. после экзамена по частной патологии и терапии я получил предложение остаться у него на кафедре; вместе со мной остались еще Янушкевич, Бухштаб и др. В это время у Образцова уже было 5—6 постоянных учеников, которые стали работать раньше меня в отделении: Гусев, Клопотовский, Гончаруков, Каминский, Бобович, Быховский и др. Таким образом, человек десять начали работать вместе с Образцовым постоянно и притом постепенно стали работать научно.

Однако условия для работы в отделении Образцова в Александровской больнице были чрезвычайно тяжелыми и неподходящими для научной работы.

В полутемных бараках Александровской больницы стали постепенно разрабатываться различные чисто научные вопросы клинической медицины. Кафедра частной патологии и терапии начала конкурировать с другими клиниками университета, например, с факульт-

тетской клипкой, которую возглавлял тогда ученик Захарьина — проф. В. В. Чирков. В эти годы Образцов один из первых описал аппендицит, классифицировал формы аппендицита, один из первых указал на существование изолированного катара тонких кишок — энтерита, дал характеристику его и семиотику, отделил колиты от энтеритов по семиотике их, создал диететическое их лечение. Одновременно с этим Образцов стал заниматься болезнями сердца. Не удовлетворяясь определением функции сердца выслушиванием через стетоскоп, он, подобно французской школе Буйо, Потена и Юшара, стал выслушивать сердце непосредственно, без стетоскопа, просто ухом, а также одновременно регистрировать кривые артериального, венозного пульса и верхушечного толчка. Для обучения этой методике я был тогда командирован в Париж, в клинику знаменитого кардиолога Потена, где и научился снимать механические кривые и регистрировать ритмы галопа.

Я был одним из первых учеников Образцова и примерно в течение 20 лет вместе с ним разрабатывал те вопросы, которые его интересовали: диагностику заболеваний брюшной полости, болезни желудочнокишечного тракта и брюшной полости вообще, клинику различных пограничных заболеваний, заболеваний сердца и крови. Я вспоминаю всегда с удовольствием те обходы, которые Образцов организовал и проводил систематично. Он аккуратно являлся в Александровскую больницу в 10 часов утра каждый день и оставался там до 3—4 часов дня, посвящая все свое время изучению и исследованию больных. Как врач он был удивительно наблюдателен и обладал исключительной интуицией

Каким он был клиницистом, рассказывает здесь другой ученик Василия Парменовича — Макс Моисеевич Губергриц, а я этой стороны касаться не буду. Вспомню только случай, который потом послужил первым

поводом к описанию впоследствии Образцовым и мною клиники инфаркта миокарда.

Во второй барак Александровской больницы поступил больной с жестокими болями в области грудины. Боли тянулись уже два дня; больной был в тяжелом состоянии, почти без сознания, почти без пульса. Привычка у Образцова была такая: являясь в Александровскую больницу, он у интерна прежде всего спрашивал, сколько новых больных, чем они больны, и сейчас же шел к ним для осмотра, исследования и назначения лечения. Он подошел к этому больному, сел на табурет возле него, стал его наблюдать, потом исследовать, слушать. Потом он спросил интерна: — Как вы думаете, что у больного? — Последний, что называется, ляпнул: — Ревматизм грудины. — Образцов зажмурил левый глаз (это была его привычка) и продолжал сидеть около больного, ничего не говоря. Скепсис на его лице был нарисован ясно. Я стоял тут же, как и другие ординаторы, и также думал, что же у этого больного может быть? Как бы про себя, я заметил: — А не есть ли это закупорка венечных артерий сердца? — Образцов обернулся удивленно, посмотрел и сказал: — Он, вероятно, прав. — Через день больной погиб. На секции оказалась, действительно, закупорка венечных артерий сердца с последовательным инфарктом. Здесь замечу, что до этого случая никто при жизни инфаркта миокарда не диагностировал, — это был диагноз секции.

Этот маленький эпизод показывает, насколько внимательно подходил Образцов к изучению больного, насколько он владел даром наблюдения и интуиции, которые так необходимы клиницисту.

Я мог бы привести не мало случаев таких же удивительных диагнозов, так как был непосредственным помощником Образцова в течение 20 лет. Все они, несомненно, указывают на исключительный талант Образцова как диагноста и клинициста.

Позволю себе упомянуть еще только об одном случае, относящемся к пограничным областям. В женскую палату клиники поступила больная с жестокими болями в животе. Живот был вздут, температура нормальна. Все мы ее осмотрели и все ничего не понимали. Приезжает в клинику Образцов, и ему докладывают, что поступила больная, у которой все мы не можем поставить диагноз, не знаем в чем дело, а положение больной, повидимому, тяжелое: тошнота, рвота, боли в животе, отсутствуют регулярное выделение газов и стул. Образцов пошел в палату, сел возле больной и начал ее исследовать.

Надо вам сказать, что он со школьной скамьи был приверженцем взглядов Боткина, придавал большое значение объективному исследованию и сравнительно мало уделял внимания анамнестическим данным. Все данные анамнеза, ценные для диагностики, конечно, не ускользали от него, но он всегда считал и на лекциях об этом говорил, что клиницист при постановке диагноза должен уподобляться часовщику. Испортились часы, часовщик открывает механизм, вооружается лупой, смотрит и говорит, что такое-то колесико испортилось, надо его заменить. Так же должен поступать и клиницист. И в этом отношении Образцов завидовал офтальмологам, у которых методика исследования настолько совершенна, что можно не разговаривать с больным, а сразу приступить к объективному исследованию и ставить в большинстве случаев правильный диагноз без собирания предварительных сведений.

У постели этой больной Образцов посидел, посидел и, в конце концов, говорит:—А знаете, что это? Это грыжа Трейца. Тонкая кишка через отверстие Винслова вошла в пресуществующий грыжевой мешок.— Были приглашены хирурги. Никто не согласился с этим диагнозом. Образцов рекомендовал делать операцию. Вскоре появились явления непроходимости. Хирург все же не решился на операцию, и больная погибла при

явлениях перитонита: Вскрывал больную талантливый ученый, патологоанатом Владимир Константинович Высокович. Мы все с замиранием сердца пошли на вскрытие. Вскрывает Высокович и говорит: — Туберкулезный перитонит. — Действительно, брюшина была утолщена. Но Образцов отвечает: — Нет, ты ошибаешься, это грыжа Трейца. Сделай микроскопическое исследование, тогда будем разговаривать. — Дело в том, что при грыже Трейца грыжевой мешок соприкасается с пристеночной брюшиной и два листка брюшины легко срастаются; только микроскопическое исследование может показать, что между слипшимися листками есть покрывающий их эндотелий. Через несколько дней Высокович пришел в клинику и говорит: — Ты прав, я ошибался: это была грыжа Трейца. — Грыжа Трейца вообще очень редкое заболевание. При жизни поставить диагноз, в особенности в первый раз, очень трудно. Потом раза два мы еще ставили такой диагноз и он оказывался правильным. Однако, повторяю, это чрезвычайно трудно.

Я вспомнил это для того, чтобы показать, какой удивительный диагностический и клинический талант был у Образцова.

Уже десять лет Образцов читал лекции по частной патологии и терапии. Когда в 1904 г. освободилась кафедра факультетской терапевтической клиники (ушел в отставку проф. В. В. Чирков), факультет единогласно предложил Образцову перейти на эту кафедру. В этой клинике много лет Образцов лечил больных, вел преподавание, занимался научной медициной. Клиника привлекала внимание не только Киева, не только Украины, но мало-помалу она привлекла внимание всех русских клиник и стала источником знаний и новых идей в области внутренней медицины и пограничных областей.

Образцов не принимал к себе в клинику многих врачей, желавших учиться. Клиника давала материал лишь для работы 10—12 человек, и Образцов больше

этого числа в клинику не набирал. При приеме он руководствовался двумя моментами: с одной стороны, он любил молодежь, только что окончившую университет, знакомясь с нею во время прохождения курса. Тогда на курсе было 100 человек, и профессор прекрасно знал всех студентов. Государственный экзамен давал представление о способностях молодого человека. С дипломом I степени тогда заканчивали всего 8, 10, максимум 15 человек, так как государственный экзамен был очень труден: надо было сдать 24 предмета, причем 4—5 в один день. А киевский медицинский факультет отличался особой строгостью: особенно прижимали теоретические профессора, которые требовали основательных знаний теории. Клиницисты были снисходительнее, но все-таки экзамен у Образцова, который, к слову сказать, не умел экзаменовать, был очень серьезным. И вот, среди этих лиц, окончивших с отличием, Образцов находил каждый год одного-двух молодых людей, наиболее талантливых. В клинике работали постоянно 10—12 человек, но работали из года в год. Это не были лица случайные, это были те, которые шли в школу Образцова по убеждению. Кроме этого были, конечно, и экстерны, которые посещали лекции, обходы и были связаны с клиникой; но основное ядро составляли вот эти 10—12 человек, из которых, к слову сказать, впоследствии все сделались профессорами. Выходя из школы Образцова, они легко становились доцентами, затем получали кафедры и притом не только в России. Когда отделилась Польша, некоторые из них были избраны на кафедры в Польше: Янушкевич был профессором внутренней медицины в Вильно, Гофман — в Познани, Былина — в Варшаве. Так создалась школа, которая по духу и убеждению была продолжательницей школы С. П. Боткина.

Образцов читал три, а иногда четыре раза в неделю двухчасовые клинические лекции, и эти лекции настолько были насыщены фактами, были настолько углублен-

шляги, оригинальными, мастерски построенными, что два часа (Образцов читал без перерыва) протекали незаметно. И посещали эти лекции чрезвычайно охотно не только студенты 4-го и 5-го курсов (хотя лекции были не обязательны в то время), но и врачи города, которые стремились хотя бы на лекциях побывать у Образцова и познать его оригинальный разбор больного.

Условия для научной работы к этому времени в клинике стали лучше, хотя мы приняли факультетскую клинику в очень плачевном состоянии. Не было научного оборудования, не было средств. Штат был недостаточным. Вам покажется, может быть, странным, если я скажу, что весь штат состоял из старшего ординатора, младшего ординатора, фельдшера и фельдшерицы. Они должны были обслуживать больных и вести занятия со студентами. Фельдшерицу мы упразднили и вместо нее пригласили молодого врача, которого, смеясь, называли акушеркой. На деле же он нес обязанности ординатора и, как мы все, вел занятия со студентами. Все врачи были увлечены работой и личностью Образцова, его клиническим талантом. Сама постановка дела в клинике увлекала, так как здесь, не в пример некоторым другим клиникам, действительно делали серьезную работу.

Однако, надо заметить, что создать обстановку в клинике было не легко. Если я вам скажу, что министерство отпустило 300 рублей на кабинет и столько же на библиотеку, то это и были все средства, которые можно было употреблять на научную работу. Но были созданы другие побочные источники: средства, оставшиеся от содержания платных больных, находились в полном распоряжении директора клиники. Так как образцовская клиника пользовалась чрезвычайно большой популярностью среди населения, то иметь 15—20 больных, плативших по 3 рубля в день, было сравнительно легко. Университет же взимал за содержание этих больных 1 рубль в день; таким образом 2 рубля оставались, а из них в кон-

це концов составился тот капитал, который позволил со временем выписать рентгеновский аппарат, электрокардиограф, создать биохимическую лабораторию и т. д.

Я уже говорил, что клиника быстро привлекла внимание всех и вместе с московской клиникой, возглавлявшейся в то время Василием Дмитриевичем Ширвинским, и петербургской клиникой, руководимой тогда учеником Боткина Василием Николаевичем Сиротининым, стала направлять русскую клиническую мысль в области внутренней патологии. «Три Василия», как они сами себя величали, организовывали терапевтические съезды, ставили определенные темы, подготовляли работы и создавали, таким образом, русскую клиническую медицину, основоположником которой надо считать, главным образом, Сергея Петровича Боткина.

Сергей Петрович Боткин является действительным основоположником научной и клинической медицины в России. Московская школа Захарьина, несмотря на то, что сам Захарьин был выдающимся клиницистом, быстро отошла от научной медицины и стала эмпирической. А Сергей Петрович Боткин смотрел на медицину как на науку и старался сделать ее точной, ввел в клинику эксперимент и стремился к точному исследованию больного. Всем ведь известно, что Иван Петрович Павлов 10 лет заведывал физиологической лабораторией клиники Боткина, что из этой клиники вышли не только выдающиеся терапевты, но и патологи, фармакологи и другие специалисты. Это была, действительно, школа, укрепившая русскую научную медицину и придавшая ей оригинальные черты.

Вот так, мало-помалу создалась и киевская терапевтическая школа, которая пользовалась большим вниманием в России, и многие терапевты, возглавлявшие другие кафедры, признавая таланты Образцова, его оригинальность, относились сочувственно к направлению этой

школы, сами старались поддержать все идеи, которые проповедывали Образцов и его школа.

Подходя к 60-летнему возрасту, Образцов почувствовал недомогание: у него появились признаки грудной жабы. Это была могучая и широкая русская натура, как часто это бывает, которая не щадила себя, натура увлекавшаяся. В 65 лет, страдая диабетом, он стал замечать боли в сердце и решил, что он уже не в силах отдавать столько времени работе в клинике и подал заявление факультету о желании выйти в отставку.

Несмотря на то, что факультет убеждал его остаться на своем посту, он был тверд и ушел, признавая, что во главе такой ответственной кафедры, как кафедра факультетской терапевтической клиники, должен стоять человек здоровый, полный энергии и сил.

В 1917 году разразилась революция. Вскоре после установления советской власти Образцова привлекли опять к преподаванию и он некоторое время руководил им, хотя клиникой заведывал покойный профессор А. К. Зиверт, так как здоровье Образцова неуклонно ухудшалось. Выйдя в отставку, Василий Парменович Образцов стал отдавать все свое время общественной работе.

Надо сказать, что еще за десять лет перед тем он был выбран президентом Киевского общества врачей. Это общество в Киеве было захирело вследствие того, что появилось новое научное физико-медицинское общество при университете, в котором принимали участие вся профессура, все научные работники. Но тем не менее у общества врачей были свои задачи, и Образцов, выйдя в отставку, согласился быть председателем Киевского общества врачей. После революции, когда вместо общества врачей появился союз врачей, то несмотря на то, что тогда бушевали политические страсти и были разные партии, киевская врачебная общественность все же выбрала председателем союза В. П. Образцова.

До конца своей жизни он оставался на этом посту, относясь в высшей степени добросовестно к своим обязанностям председателя союза врачей. В Киеве очень часто происходила тогда смена властей. Образцову приходилось защищать врачей, и только уважение к нему лично в большинстве случаев позволяло ему добиться удачи.

Но от науки, от преподавания в это время он уже отошел, продолжая только заниматься консультативной практикой, которая у него была огромной. Затем он сократил и ее. В силу экономических особенностей, которые были тогда в стране, практика начала падать, и Образцов стал нуждаться. Затем у него начал прогрессировать артериосклероз и вскоре случился инсульт; он потерял способность речи и функцию правой руки. Функция правой руки вскоре восстановилась, но дар речи так и не возвращался, и это Образцова ужасно угнетало. Больные перестали его посещать. Он не раз покушался на самоубийство, но за ним очень следили. Живя в собственном роскошном доме по улице Ленина, № 60, в доме, который, однако, не отапливался, 12 декабря Образцов захворал гриппом. Грипп осложнился воспалением легких. Ученики Образцова постарались поместить его в Георгиевскую больницу. Это было частное лечебное учреждение на Георгиевском проулке.

Несмотря на свою могучую натуру, Образцов не справился с пневмонией и 14 декабря умер на 74-м году жизни.

Все поколения русских врачей с благодарностью и гордостью будут вспоминать его имя.

Профессор М. М. ГУБЕРГРИЦ

ОБРАЗЦОВ КАК КЛИНИЦИСТ

Вся деятельность В. П. Образцова протекала в Киеве. Здесь он начал свою медицинскую жизнь в качестве ординатора Киевской городской больницы, здесь расцвел его талант, здесь он проложил совершенно новые пути во внутренней медицине, вскоре признанные медицинским миром в России и за границей и доставившие автору громкую славу одного из лучших клиницистов мира. Здесь вокруг Образцова в Александровской больнице выросла целая школа ученых, быстро приобретшая известность далеко за пределами Киева. Затем факультетская терапевтическая клиника, во главе которой встал и оставался до конца своей жизни Образцов, завоевала одно из первых мест среди медицинских школ нашего отечества, а из многочисленных его учеников можно назвать немало создавших себе почетную известность научными трудами и сделавшихся руководителями кафедр и создателями школ в разных высших медицинских учреждениях России и за границей. Созданная Василием Парменовичем оригинальная терапевтическая школа явилась в начале XX века первой терапевтической школой не только в Киеве, но, пожалуй, и во всей России. Руководимая им терапевтическая клиника по своему научному авторитету стала первой терапевтической клиникой нашего отечества, а ее директор — первым клиницистом-терапевтом начала XX века в России.

Чем же характеризуется эта клиника, каковы заслуги Василия Парменовича как клинициста в развитии отечественной внутренней медицины и медицины всего мира?

В течение своей богатой клинической деятельности Василий Парменович всецело отдавался изучению заболеваний органов брюшной полости и сердца. Им были выработаны оригинальные методы исследования заболеваний органов брюшной полости, проложившие совершенно новые пути в деле распознавания заболеваний этих органов. Он создал новый оригинальный метод исследования желудка и кишок, благодаря которому диагностика заболеваний этих органов была поставлена на совершенно прочную научную базу.

При изучении заболеваний органов брюшной полости, как и вообще заболеваний внутренних органов, методика исследования имеет громадное значение для решения чисто клинических задач. В этом отношении до конца прошлого столетия дело обстояло не совсем благополучно. Несмотря на введение в клинику заболеваний этих органов методики исследования желудочным зондом, даже исследование желудка зависело в значительной степени от искусства того или иного клинициста, ибо клиницисты при этом, как и при исследовании органов грудной полости, по преимуществу пользовались тремя методами: инспекцией, перкуссией и аускультацией, тогда как пальпация не играла почти никакой роли и производилась совершенно бессистемно и без научного обоснования. Это интересно еще и потому, что в историческом развитии медицины этот способ исследования человеческого организма играл большую роль с самого начала существования ее: уже Гиппократ, ощупывая людей, определял температуру тела, шероховатости на поверхности его, различные наросты, увеличение желез, всякие опухоли и т. д. Однако, если этот метод на протяжении многих веков в диагностике вообще и в диагностике заболеваний органов брюшной полости в част-

ности играл большую роль, то детальная его разработка и создание из него тонкого инструмента, при помощи которого мы в настоящее время имеем возможность ставить диагноз заболеваний органов живота, является достижением и заслугой нашего знаменитого русского клинициста В. П. Образцова, создавшего эпоху в диагностике заболеваний органов брюшной полости.

В 1886 г. появилась первая касающаяся этого вопроса статья Василия Парменовича, которая затрагивала вопрос о прощупываемости отдельных отрезков желудочнокишечного тракта. В этой статье Образцов утверждал, что у каждого нормального человека при систематическом ощупывании определяются отрезки желудочнокишечного тракта. Его учение о пальпации органов брюшной полости не устарело до сегодняшнего дня и еще на долгое время останется основным при исследовании органов брюшной полости.

Образцов показал, что при помощи разработанного им метода систематической, методической пальпации, которой затем его учениками было дано название «глубокой, скользящей пальпации», мы имеем возможность определить местоположение и дать характеристику желудка и всех отрезков толстой кишки, слепой кишки, восходящей толстой, поперечной ободочной, нисходящей толстой кишки и сигмы, определить конечную часть тонкой кишки, впадающей в слепую, прощупать червеобразный отросток и нижнюю границу желудка, привратник его, печень, селезенку и почки.

В дальнейшем при помощи пальпации Образцова мы получили возможность не только прощупывать в брюшной полости определенное тело, но и устанавливать принадлежность его к тому или иному органу, дифференцировать его.

Пальпация, созданная и разработанная Образцовым и его школой, основывается на следующих принципах.

Ощупывание вообще, как и всякое восприятие, базируется на контрасте. Если бы не было тени, мы не знали бы, что такое свет; если бы не было различных степеней твердости и мягкости, мы не знали бы, что такое твердое и мягкое. Мы можем пальпировать отдельные органы только тогда, когда между ними и окружающими их телами наощупь есть какая-нибудь разница. Другой принцип ощупывания органов в животе базируется на движении этих органов.

Вся брюшная полость закрыта покровами: с одной стороны — костным, нижней частью грудной клетки, позвоночником и тазовыми костями, с другой стороны — оболочкой, которую представляет собой брюшной пресс, состоящий из мышечного слоя и кожи. Задача пальпации заключается в том, чтобы через эту оболочку прощупать находящиеся в брюшной полости органы. Когда одни органы брюшной полости по консистенции отличаются от других органов той же полости, в то же время фиксированы и не так легко подвижны, то можно «поймать» тот или иной орган пальпирующей рукой. К числу органов, которые относительно менее подвижны, ибо имеют не особенно длинную брыжейку, принадлежат отрезки толстых кишок. Тонкие кишки имеют чрезвычайно длинную брыжейку, подвижны во всех направлениях и поэтому, за исключением своего терминального отрезка, не пальпируются. Для того, чтобы определить не только существование этого органа, но и характеризовать его консистенцию, гладкость его стенок, болезненность и т. д., мы должны иметь возможность этот орган прижать к какой-нибудь твердой поверхности. Такой поверхностью для органа брюшной полости является задняя стенка, представляющая мощный конгломерат мышц, связанных с позвоночником и грудной клеткой, а также с костями таза.

Нужно, однако, добавить, что Образцов научил нас прощупывать и такие органы, которые мы не можем при-

жать к задней брюшной стенке и которые расположены более или менее поверхностно. Вот здесь на первый план выступает упомянутый принцип движения.

В чем заключается сущность образцовской пальпации? Она называется глубокой, потому что все стремление при ней заключается в том, чтобы возможно глубже проникнуть в брюшную полость через внешний покров живота с целью прижать к задней его стенке тот или иной орган. Скользящей она называется потому, что пальпирующая рука как бы скользит по органу. Это нужно представлять себе следующим образом: прощупывая отрезок кишки, погружают руку в глубь живота, стремясь дойти постепенно до задней его стенки, и, достигнув этого, «скользят» по органу перпендикулярно к длинной его оси до тех пор, пока не дойдут до края его. При этом можно заставить орган проскользнуть под пальпирующей рукой и выскользнуть из-под нее. Тогда получается совершенно явственное ощущение, зависящее от характера прощупываемого органа, поверхности его, плотности и т. д.

Однако Образцов учил, что для изучения всех доступных пальпации органов брюшной полости эта пальпация должна быть методической, совершаемой в определенном порядке. Благодаря этому, как уже указано выше, удастся прощупать все указанные отрезки толстых кишок, желудок и т. д. Благодаря этой пальпации можно определить точно местоположение прощупываемого органа и, таким образом, установить, с каким органом или отрезком кишки мы имеем дело: с большой ли кривизной желудка, поперечной кишкой и т. д., а следовательно, обнаружить и установить наличие какого-нибудь постороннего тела или опухоли в животе, особенности их, к какому органу они относятся.

Образцов учил, что начинать прощупывание следует с *S. hepaticum*, тут же прощупать и *colon descendens*. Затем следует перейти на правую половину живота, где прощупываются *coecum*, *colon ascendens*, терминаль-

ная часть ilei и appendix. Затем определяются нижняя и правая границы желудка, причем прощупываются историческая часть его, colon transversum. После этого переходят к прощупыванию нижнего края печени, селезенки и почек.

Анатомическое положение органов брюшной полости дало возможность Образцову утверждать, что всякий из отрезков желудочнокишечного тракта и всякий из описанных органов имеет определенную локализацию, т. е. находится в определенном месте, и потому, на основании локализации того или иного органа, мы можем до известной степени определять, с каким именно органом или с каким отрезком кишки в данном случае мы имеем дело. Конечно, как указывает Образцов, это определяется только с известной долей вероятности, потому что органы брюшной полости не являются фиксированными и у разных людей, даже у одного и того же субъекта, они могут менять свое местоположение в зависимости от различных типов строения тела и пр. Однако при помощи методической топографической пальпации можно определить, что прощупываемый орган, даже находящийся не в обычном месте, является именно таким-то органом, а не другим.

Образцов установил и целый ряд добавочных деталей, на первый взгляд мелочей, которые являются необходимыми для успешной пальпации органов брюшной полости.

Производя пальпацию и ударяя в подложечной области, Образцов наблюдал особый акустический феномен, который назвал «шумом плеска». При этом он обратил внимание на то, что одновременно с шумом плеска получалось ощущение соприкосновения пальца с жидкостью. Это послужило основой для выработки методики определения нижней границы желудка путем вызывания шума плеска, место прекращения которого при движении от мечевидного отростка по белой линии,

как Образцов указал, и является нижней границей желудка.

Ввиду того, что этот метод сочетает в себе пальпацию и выслушивание определенных акустических явлений, Образцов назвал его «перкуторной пальпацией желудка». И до него шум плеска наблюдался различными авторами: Озером, Шомель, Бушаром, однако только при расширении желудка. Заслуга Образцова заключается в том, что он из этого факта, отмеченного указанными авторами только при патологических изменениях в желудке больного, создал метод, при помощи которого мы в настоящее время имеем возможность точно установить границу органа.

Параллельно нужно указать, что Образцов создал свою собственную технику перкуссии, вначале употреблявшуюся им только при исследовании органов брюшной полости, а затем и при выстукивании сердца. Он называл ее «непосредственной перкуссией одним пальцем».

Метод, который он предложил, был впервые применен, по словам Образцова, «под влиянием необходимости». Когда он во второй половине 80-х годов стал определять нижнюю границу желудка посредством перкуторной пальпации, посредством шума плеска, а затем должен был найденную границу желудка проверять перкуссией, — обычная перкуссия молоточком и плессиметром не давала возможности такой проверки.

Поэтому он должен был найденную нижнюю границу желудка фиксировать указательным пальцем левой руки и при перкуссии ограничиваться одной только правой. Он пользовался при этом одним указательным пальцем правой руки, именно мякотью его ногтевой фаланги. Чтобы увеличить силу удара этого пальца, он стал заводить ульнарную его часть за радиальную поверхность среднего пальца и заставлял затем указательный палец соскальзывать со среднего, производя легкий

удар. Такие удары он производил в epigastrium, продвигаясь вниз до тех пор, пока тимпанический тон желудка не переходил в тимпанический тон кишок. В дальнейшем, разрабатывая пальпацию кишок, он опять-таки проверял найденные посредством пальпации границы толстых кишок посредством перкуссии, особенно при определении границ соесі. Выделяя из общей массы органов брюшной полости какой-либо отдельный орган (например, почки) и приведя его в соприкосновение с передней брюшной стенкой, Образцов старался левой рукой удерживать орган в таком же изолированном положении, а указательным пальцем правой руки вышеописанным образом перкутировал.

После таких перкуторных исследований органов брюшной полости он перешел к тому же способу перкуссии грудных органов, причем перкуссия сердца по этому способу дала ему некоторые факты, которые расширили сведения о положении сердца и его границах.

Применение непосредственной перкуссии одним пальцем дает возможность проверить не только нижнюю границу желудка, определенную при помощи шума плеска, но и левую границу по левой реберной дуге. При невозможности применить к определению нижней границы желудка перкуторной пальпации ценность такой проверки особенно велика, так как дает достоверную линию нижней границы желудка у тех 30% больных, у которых перкуторная пальпация неприменима в силу каких-либо причин (большая тучность брюшных покровов и т. п.).

Непосредственная перкуссия одним пальцем дает прекрасные результаты и при определении границ печени, в особенности нижней ее границы. Ограничение последней от находящихся по соседству желудка и кишок при помощи обычной перкуссии молоточком и аплессиметром или же двумя руками не дает результатов, тогда как при помощи образцовой перкуссии удается в подавляющем большинстве случаев путем фиксирования нижнего

края печени довольно точно отграничить его от рядом находящихся органов.

Эта методика перкуссии может легко открыть истинный характер органа, который мы прощупываем. В особенности это относится к уплотненным стенкам полого органа, имитирующего иногда печень, или же к опухолям полых органов. Изолированная перкуссия по Образцову дает в подобных случаях возможность установить, что прощупываемое образование не есть печень или другой плотный орган, а является опухолью желудка или кишок.

Образцов указал, что перкуссия соеси является также проверочным и дополнительным методом, причем методом важным: без него одна пальпация может давать нередко только приблизительную уверенность в том, что мы имеем дело со слепой кишкой. Прощупав нижнюю границу соеси и фиксируя указательным пальцем левой руки найденную границу, нужно проверить эту последнюю: слепая кишка содержит гораздо больше газов, чем тонкие кишки, и дает звук, гораздо более громкий, чем лежащие в правой подвздошной ямке петли тонких кишок.

Наконец, образцовская перкуссия является единственным методом для изучения местоположения и характера тонких кишок, прощупывание которых, как уже указано, недоступно, за исключением терминального их отрезка.

Трудно переоценить значение открытия Образцовым метода пальпации органов брюшной полости. Это открытие можно поставить в один ряд с той революцией, которая произошла в диагностике заболеваний внутренних органов после открытия метода аускультации и перкуссии гениальными Лаенекем и Пиори. Благодаря методу Образцова диагностика заболеваний органов брюшной полости стала прочно на ноги. То, что раньше являлось уделом только очень немногих врачей, часто интуитивно

ставивших диагноз того или иного заболевания органов брюшной полости, после разработки Образцовым и его школой метода пальпации стало доступным всякому врачу, овладевшему методом.

Эта методика дала возможность Образцову разработать диагностику и указать ряд новых симптомов при целом ряде заболеваний органов живота. Так, пользуясь своей методикой, Образцов в 1890 г. нашел, что при пальпации правой подвздошной области у больных с брюшным тифом кроме *soe sim* прощупывается еще один кишечный цилиндр, который он идентифицировал с терминальной частью *ilei*. Пальпируемый цилиндр имел специфические особенности: при давлении в нем наблюдались мелкое урчание, чувствительность, кишка нередко меняла свою плотность и наощупь оказывалась неровной. Эти особенности *ilei* повторялись в значительном количестве случаев при брюшном тифе и позволили Образцову, а после него и всем овладевшим методом образцовой пальпации врачам, ставить предположительный диагноз брюшного тифа еще до бактериологических и прочих методов исследования больного.

Одновременно с этим Образцову удавалось прощупать там же, в правой подвздошной области, увеличение мезентериальных желез, в некоторых случаях достигавших размеров небольшой сливы. В дальнейшем Образцов установил, что эти увеличенные, иногда чувствительные мезентериальные железы прогностически неблагоприятны.

Это наблюдение Образцова (к сожалению, полузабытое в настоящее время) позволяет поставить не только правильный диагноз заболевания брюшным тифом в ряде случаев, представляющих дифференциальнодиагностические трудности, но и тяжелый прогноз.

В конце XIX и в начале XX века диагностика, в особенности дифференциальная диагностика между энтеритом и колитом, была чрезвычайно шаткой. Объяс-

ялось это, с одной стороны, тем, что химические исследования, которые так много дают нам в настоящее время при изучении воспалительных и функциональных заболеваний желудочнокишечного тракта, тогда были еще мало разработаны, а с другой стороны, тем, что физическое исследование при заболеваниях органов брюшной полости еще не было разработано вовсе. Большим вкладом в эту область явилась статья Образцова об общей симптоматологии энтеритов и колитов. В сущности, физическая симптоматология энтерита в этой работе была указана впервые. Образцов, в первую очередь, показал, что поносы при энтерите, являющиеся основным симптомом поражения тонких кишок, имеют целый ряд особенностей, характерных именно для этого заболевания. Он указал, что диарейный стул жидок, в нем много воды и он не содержит видимой макроскопически слизи или содержит ее крайне ничтожное количество. Для этих поносов характерны слабо выраженные боли или даже полное отсутствие их. Последнее Образцов считает выдающимся субъективным симптомом колитов.

Он нашел, что перкуссия области тонких кишок дает ясный тимпанический звук, нередко с металлическим оттенком, особенно в правой подвздошной области, вместо тупо-тимпанического звука при нормальном состоянии тонких кишок.

Наконец, посредством пальпации он первый констатировал наиболее важный объективный феномен при энтеритах — урчание, отмечаемое чаще всего в правой подвздошной впадине, в петлях тонких кишок, расположенных в последней.

Он указал, что толстые кишки при энтеритах нередко дают высокий тимпанический звук с металлическим оттенком, а при пальпации определяются расширение всей colon и громкое урчание в ней. Он обратил внимание на то, что пальпация coli, как и петель тонких кишок, при энтеритах обычно не вызывает ощущения боли.

Толстые кишки, по мнению Образцова, играют при энтеритах совершенно пассивную роль, растягиваясь вливающимися в них сверху, из тонких кишок жидкостями и газами точно таким же образом, как они растягиваются снизу жидкостями, вводимыми посредством клизмы. Этой пассивной ролью и объясняются их физические свойства при энтеритах.

Клиническая симптоматология колитов или воспалительного поражения слизистой оболочки толстых кишок представляет, по Образцову, совершенно отличную от энтеритов картину. Здесь сразу нужно подчеркнуть то, на что один из первых обратил внимание Образцов: это не описанная до него форма острого колита, наблюдающаяся чаще всего во время гриппозных эпидемий, которую он предложил назвать *colitis gripposa*. Локализуется этот процесс нередко в области слепой кишки. Заболевание характеризуется обильным кашицеобразным стулом, в котором каловые массы смешаны с массой макроскопически видимой слизи, иногда с кровью. Это главный объективный симптом острых колитов. Второй симптом такой же важности, как и первый, это самостоятельная боль, локализуемая то в правой подвздошной области, то в anus, то во всем животе.

Совершенно определенную картину дает объективное физическое исследование. Эта картина резко отличается от картины при энтеритах: colon в целом либо в отдельных своих частях представляется в виде цилиндра умеренной плотности, шириной в 2—3 пальца, болезненного, с утолщенными стенками, дающего при перкуссии притупленно тимпанический звук.

Эта клиническая картина, описанная Образцовым, остается в части субъективных симптомов и данных объективного физикального исследования точной до настоящего времени. Наши знания насчет кишечника уточнились, расширились благодаря рентгеновскому методу, однако основная симптоматология этих заболева-

ний — энтеритов и колитов — разработана В. П. Образцовым.

Образцов разработал также клиническую картину и дифференциальную диагностику рака и туберкулеза слепой кишки. Им описана клиническая картина перитифлита как одной из клинических форм аппендицита, при которой изменения выражены преимущественно вокруг слепой кишки. Это описано им еще в 1896 г., когда клиника аппендицита и диагностика его еще не получили широкого распространения в мировой литературе, у нас же в России Образцов был первым, обратившим внимание на это заболевание.

Клинической картине рака и туберкулеза слепой кишки Образцов посвятил две работы: первая из них носит название «К распознаванию рака и бугорчатки слепой кишки, бугорчатого перитифлита и бугорчатки подвздошной кишки»; вторая называется «К диагностике рака и туберкулеза слепой кишки». В обеих работах Образцов, описывая клиническую картину рака слепой кишки, говорит, что распознавание особых затруднений не представляет. При раке слепой кишки обычно имеется резко ограниченная плотная опухоль, дающая при постукивании тупой барабанный звук; часто изменяются форма опухоли и ее плотность; опухоль обычно очень подвижна, что вполне сходится с указанием Нотнагеля. Характерной для этого заболевания, по Образцову, является последовательность сужения отверстия, ведущего из тонкой в толстую кишку; сужение развивается довольно быстро, при наличии последовательных явлений со стороны тонких кишок в виде болей, утолщения стенок и усиления перистальтики. При этом в тонких кишках отмечаются громкое урчание и шум плеска при непосредственной перкуторной пальпации их. В области тонких кишок выявляется металлический оттенок перкуторного звука.

Все эти три признака указывают на присутствие ненормально большого количества жидкости и газов в

тонких кишках, точно так же как бурная перистальтика, повторяющаяся периодически, говорит об имеющемся сужении.

При туберкулезе слепой кишки Образцов считает характерными два главных признака: пропитывание стенок слепой кишки, представляющееся при ощупывании в виде опухоли, и наличие коховских палочек в испражнениях. У больного с туберкулезом слепой кишки наблюдаются либо запоры, либо поносы, причем последние являются, по мнению Образцова, выражением катарального воспаления тонких кишок, энтерита. Пропитанная слепая кишка обычно бывает подвижной, причем подвижность ее является, по мнению Образцова, одним из диагностических признаков; он указывает, что пропитывание следует отнести за счет внутри-, а не внекишечного разращения ткани, т. е. что имеется поражение слизистой, а не сывороточной оболочки слепой кишки.

Образцов также устанавливает дифференциальную диагностику между раком и туберкулезом слепой кишки, причем указывает, что главное клиническое различие между раком и туберкулезом слепой кишки, не говоря о присутствии туберкулезных бацилл, заключается в том, что при раке мы не прощупываем самой слепой кишки, а прощупываем опухоль, между тем как при туберкулезе в большинстве случаев мы отчетливо прощупываем саму слепую кишку со всеми ее характерными свойствами, определяем ее форму, эластичность и т. д.; лишь только стенки ее утолщены, инфильтрированы; инфильтрация постепенно уменьшается по направлению вверх, т. е. к *colon ascendens*. Это развитие туберкулезного инфильтрата связано с последующим соединительнотканным туберкулезом и может охватывать не всю окружность слепой кишки, а локализоваться в ее наружном или внутреннем отделе; обычно этот местный инфильтрат совершенно отчетливо прощупывается вместе с другими мало измененными частями слепой кишки.

Не то при раке, который может занять часть сое или распространиться даже на всю слепую кишку. Этот полый орган может превратиться в почти массивный с едва заметным каналом. При этом слепая кишка сохраняет, до известной степени, свою форму; клинически через брюшную стенку прощупывается обыкновенно солидный *tumor* овальной или пирамидной формы, а не сама слепая кишка.

Единственное, что иногда говорит о сходстве опухоли со слепой кишкой, это вырезка на ее дне соответственно положению *taenia longitudinalis*, которая нередко настолько выражена, что через брюшную стенку можно ввести в нее палец.

Образцов обратил внимание еще на одну особенность — на положение слепой кишки, часто встречающееся при ее поражении раком или туберкулезом: она часто лежит выше своего среднего уровня. Если слепая кишка у мужчин находится на 1 см выше *linea interspinalis*, а у женщин на этой линии, то при заболевании туберкулезом или же раком слепой кишки нижняя граница ее может быть выше уровня *spinae* на 4—5 и даже больше сантиметров. Образцов объясняет это склеротическим сжатием брыжейки слепой кишки при раковой и туберкулезной инфильтрации. В связи с этим и *ileum* становится на гораздо большем протяжении доступной для пальпации, чем обыкновенно.

Это мастерское описание клинической картины, главным образом дифференциальной диагностики, сделанное у нас в России первым Образцовым, а в мировой литературе совпавшее с описанием клинической картины Нотнагелем, является непревзойденным и в настоящее время, и всякому, кому приходится встречаться с этими заболеваниями слепой кишки, дифференциально-диагностические указания Образцова в симптоматологии этих заболеваний являются необходимым подспорьем для постановки правильного дифференциального диагноза.

Образцов описал новую форму заболевания толстых кишок, а именно особую форму аппендицита, локализующегося в тазу в левой подвздошной ямке (газовые формы аппендицита и перисигмоидиты). Он обратил, прежде всего, внимание на то, что при перисигмоидитах встречается как первая клиническая форма образование лежащего над симфизом вала, тянущегося в левую подвздошную ямку. Этот вал, обычно не толще трех поперечных пальцев, дает тупо тимпанический тон и при пальпации болезнен. В левой подвздошной ямке можно ясно доказать переход этой петли в colon descendens, что можно подтвердить методом инфуляции (вдувания) воздуха через заднепроходное отверстие.

Может наблюдаться еще и вторая форма перисигмоидита: образование треугольника в виде груши, определяемой над лобком, позади правой прямой мышцы живота. В этом месте обычно прощупывается воспалительный экссудат, которого нет ни в правой, ни в левой подвздошных ямках. Опухоль, лежащая над лонным сращением, тесно прилегает к передней брюшной стенке и подчас настолько напоминает переполненный мочевой пузырь, что исследователь обычно сейчас же требует катетер, чтобы выпустить мочу из переполненного пузыря; однако через катетер вытекает нормальное количество мочи, а форма опухоли и после опорожнения мочевого пузыря остается неизменной. Опухоль несколько болезненна, дает иногда урчание при перкуссии, притупленный тимпанический звук. Экссудат в таких случаях локализуется между двумя отрезками сигмовидной кишки и передней брюшной стенкой.

При второй форме перисигмоидита верхняя граница воспалительного экссудата точно соответствует анатомическому месту начала S-romatum, причем распространение воспалительного процесса вверх наблюдается кнаружи от кишки, почему Образцов и предложил такую форму перисигмоидита называть *perisygmoiditis*

externa. Однако, говорит Образцов, встречаются такие формы перисигмоидита, когда воспаление брюшины локализуется около всей сигмовидной кишки, поражая оба листка мезосигмы.

Что касается происхождения перисигмоидитов, то Образцов считает, что гнойные перисигмоидиты являются в большинстве случаев аппендицитом, тазовым аппендицитом, при котором инфильтрат поднимается вверх к S-gonatum.

Образцов касается вопроса о тазовых формах аппендицита, причем указывает на две формы, при которых наблюдается скопление экссудата в Дугласовом пространстве. Одна из них протекает вообще доброкачественно, под видом острого илеуса или даже простого копростазы. Клиническая картина этого заболевания следующая: острая болезненность в животе, главным образом в нижней части, скоро наступающая рвота, отсутствие стула и газов, часто дизурические явления. При объективном исследовании живот вздут, диафрагма стоит высоко; кроме метеоризма и незначительной чувствительности в нижней части живота, не определяется ничего особенного. Сигмовидная кишка иногда напряжена и мало болезненна. Нигде не определяется наличие какого-либо инфильтрата, однако при исследовании через прямую кишку выявляются некоторое напряжение и пастозность передней стенки прямой кишки в области Дугласова пространства. В дальнейшем выпячивание передней стенки становится все яснее и через нее просупывается несколько неясное затвердение, производящее впечатление кишечной петли с утолщенными стенками.

В дальнейшем довольно болезненный экссудат становится все плотнее и может достигнуть величины яблока или кулака. Он локализуется чаще всего в правой половине Дугласова пространства, иногда переходит за среднюю линию и распространяется влево; редко он локали-

зуются преимущественно слева и только отчасти по средней линии.

Вскрытие экссудата довольно нередко происходит в rectum, иногда в мочево́й пузырь или во влагалище.

Образцов особенно подчеркивает значение как у мужчин, так и у женщин пальпаторного исследования через прямую кишку, при котором часто отмечается изменение слизистой оболочки в виде отечности, утолщения ее складок, упругого напряжения ее с мясно определяемыми более стойкими частями; в некоторых случаях выпот прощупывается как плотное образование, иногда размягчающееся, величиной от сливы до размеров кулака взрослого человека.

Эти выпоты нередко сочетаются с явлениями динамического илеуса. Образцов отмечает, что эти формы аппендицита при злокачественном течении могут давать обширные изменения по всему ходу толстой кишки до левого подреберья, причем нередко встречаются метастатические гнойники в отдаленных органах (энцефалиты, паротиты).

В этих работах Образцов неоднократно подчеркивает, что без ощупывания прямой кишки тазовый аппендицит не поддается определению. При этом, если встречается указание на воспалительный процесс в низу живота и в подвздошных впадинах и вообще в нижней части живота не находится инфильтрат, следует обязательно пальпировать прямую кишку. Это ощупывание прямой кишки обязательно при перисигмоидитах, так как нарывы в левой подвздошной впадине часто развиваются последовательно за тазовыми аппендицитами и спускаются в малый таз. У женщин эти выпоты нередко нужно дифференцировать от выпотов, являющихся следствием заболевания женских половых органов. Указывая на подчас непреодолимые трудности дифференциальной диагностики этих заболеваний Образцов тем не менее дает целый ряд дифференциально-диагностических симптомов, которые

позволяют все-таки поставить этот дифференциальный диагноз.

Уже выше указывалось, что в те годы, когда писались указанные работы Образцова, диагностика аппендицитов вообще, как и клиническая картина их, была не совсем разработана. Образцов описал новую форму низко расположенного аппендицита с локализацией в левой половине живота. Образцов дал дифференциальную диагностику этих заболеваний и тем самым участвовал в построении клиники аппендицита.

И не только эту новую клиническую форму заболеваний желудочнокишечного тракта описал Образцов. Он третьим в мировой литературе прижизненно, перед операцией, распознал редкое заболевание — грыжу Трейца, до него описанную Штаубенмейером и Габерером-Вотреном. Это заболевание заключается в том, что тонкие кишки проходят в забрюшинный мешок, лежащий в *fossa duodenojejunalis*. Образцов говорил: «при постановке нашего диагноза мы были в лучших условиях, чем наши предшественники, главным образом, потому, что мы могли воспользоваться при изучении нашей больной пальпацией кишок». Точную клиническую картину грыжи Трейца Образцов дал первым в мировой литературе.

Из этого краткого описания видно, что сделано Образцовым в клинике заболеваний брюшной полости, явствует великое значение Образцова в истории медицины как создателя совершенно нового метода исследования органов брюшной полости, благодаря которому ему удалось обогатить клинику описанием новых, до него не известных и не диагностированных заболеваний.

В последний период своей клинической деятельности Образцов уделял много внимания изучению заболеваний сердца и в этой области также обессмертил свое имя.

До исследований Образцова применялась обычная методика выслушивания сердца, т. е. сердце выслушивалось в стетоскоп. Это было одной из причин того,

почему при патологических условиях мелодия сердца считалась всегда состоящей из двух тонов. Образцов первый в России стал выслушивать сердце непосредственно, т. е. прикладывая ухо к предсердечной области. Исходил он при этом из следующих соображений: приложив ухо к предсердечной области, мы слышим сердечные звуки более громкими, хотя и менее отчетливыми, чем при выслушивании стетоскопом, и имеющими больше свойство шумов. Кроме того, через 5—10 и до 20—30 секунд от начала непосредственного выслушивания мы замечаем появление вместе с первым звуком нового слабого металлического или звенящего звука, который, постепенно проясняясь и усиливаясь, оттесняет, в конце концов, первый физиологический звук и становится на его место; вследствие этого мы вместо первого глухого, протяжного, низкого звука слышим металлический, звенящий, высокий звук, приближающийся по своим свойствам к музыкальному тону. Металлические свойства при этом приобретает только первый звук, второй же остается обычного свойства и при непосредственном выслушивании сердца не изменяется.

Объясняет Образцов все это тем, что при непосредственном выслушивании сердца в наружном слуховом проходе образуется замкнутая полость, в которой колебания грудной стенки, обусловленные оплотнением сердечной мышцы во время систолы, вызывают образование ряда воздушных волн с их многократным отражением от барабанной перепонки, от стенок слухового хода и ушной раковины к грудной стенке исследуемого и обратно.

Этот факт, установленный Образцовым, имеет большое практическое значение. Распознавательное значение появления металлического звука может сказаться, прежде всего, при обильных скоплениях жидкости в полости эколосердечной сумки, когда сердце оттесняется от передней грудной стенки и при систоле не касается ее,

например, при экссудативных перикардитах и т. д. В этих случаях образования металлического тона не произойдет. Положительно значение ударного тона при непосредственном выслушивании сердца и в случае сердечного галопа. Эта методика исследования дала Образцову возможность первому в нашем отечестве выслушивать сердечный галоп, который, как известно, был описан Потенем в 1875 г. Сердечный галоп различного характера и, по видимому, различного происхождения в разных случаях не выслушивался значительным числом исследователей именно потому, что вследствие глухости, а подчас и тихости он при выслушивании сердца стетоскопом ускользал от внимания исследователей. Образцов, введя в обязательную практику выслушивание сердца стетоскопом и непосредственно, дал возможность каждому врачу выслушивать сердечный галоп. Последний имеет очень большое семиологическое значение, ибо его считают признаком, указывающим на слабость сердечной мышцы, другими словами — на сердечную недостаточность.

Правда, в последнее время различают различные формы галопов. Есть, например, ритм протодиастолического галопа у неврастеников, который не имеет особенно дурного прогностического значения, однако, ритм классического пресистолического галопа и в настоящее время считается признаком, указывающим на значительное ослабление функциональной способности сердечной мышцы.

Ритм галопа состоит из трех тонов, причем третий тон возникает в пресистоле, протодиастоле или мезодиастоле. Образцов считал, что этот третий галопный тон обусловлен возникновением прибавочного тона при добавочном ударе сердца о грудную стенку; этот удар меньше воспринимается нами как звуковое ощущение через стетоскоп, однако при непосредственном выслушивании недостаточного сердца мы через несколько се-

кунд от начала выслушивания начинаем слышать сперва металлический первый тон, за которым следует не изменившийся второй тон; кроме того, предшествует первому тону или же следует за вторым тоном такой же, как и первый тон, металлический звук, который затем обособляется от первого или второго тона в значительно меньший по силе, но тождественный по свойству прибавочный тон. Мы слышим тогда совершенно отчетливо два металлических тона и один обыкновенный.

В дальнейшем Образцов, начав выслушивать различного рода галопы, подверг критике существующие теории их возникновения и выставил положение, что галопный третий тон есть в сущности производное раздвоенных тонов сердца. Таким образом, Образцов установил преемственность в развитии расщепления и раздвоения тонов и возникновения ритма галопа.

Изучая галоп, он первый отметил, что этот ритм может выслушиваться не только при резкой слабости сердца, но и у неврастеников, у которых выслушивается протодиастолический галоп, обозначаемый Образцовым как «мелодия переделки», где первый тон будет систолический, второй — диастолический и третий — прибавочный.

Он указал, что различные формы галопов могут, в зависимости от состояния больного, переходить одна в другую. Так, протодиастолический галоп может переходить в пресистолический и наоборот.

Изучая различные мелодии сердца у больных и здоровых людей, в дальнейшем, заключительном периоде своей деятельности Образцов выставил положение о том, что нормальная мелодия сердца состоит не из двух тонов, а из трех. Это положение развил и горячо пропагандировал его ученик М. М. Губергриц, а затем оно было подтверждено рядом голландских, французских, немецких, испанских, бразильских и аргентинских исследователей и клиницистов, причем все сошлись в мнении, что

нормальный третий тон является результатом быстрого растяжения мышцы сердца в протодиастоле. Этот нормальный третий тон приблизительно в двести раз слабее предшествующего ему второго тона, а потому до Образцова и Губергрица не выслушивался, ибо сердце выслушивали почти всегда только через стетоскоп. Через стетоскоп же этот тон (вследствие указанной слабости его) не может выслушиваться.

Образцов внес много нового в симптоматологию недостаточности клапанов аорты. Пальпируя верхушечный толчок, он определил двойной подъем его, что было зарегистрировано и на кардиограмме. Затем он установил раздвоение пульсовой волны на крупных сосудах — подключичной и сонной артериях. Одновременно с этим аускультуруя сердце, он установил, что при недостаточности аортальных клапанов выслушивается раздвоение первого тона.

Все эти три установленных им явления он объяснял двойным сокращением левого желудочка, обусловленным переполнением его кровью при этом пороке, и назвал этот феномен бисистолией.

В дальнейшем бисистолия Образцова была подтверждена многими русскими и иностранными авторами (Гергардт). Нужно, однако, отметить, что, к сожалению, в настоящее время в целом ряде отечественных учебников описанные Образцовым симптомы, нередко помогающие поставить правильный диагноз, не упоминаются.

Заболевания аорты вообще привлекали внимание В. П. Образцова. Он описал еще один аускультативный симптом, позволяющий в трудных случаях правильно поставить дифференциальный диагноз склероза начальной части аорты и ее клапанов. Этот симптом заключается в раздвоении первого тона, выслушиваемого только во втором межреберье справа. Образцов объяснял это выделением первого сосудистого тона. Как известно, первый тон, выслушиваемый в сердце, складывается из че-

трех пар компонентов. Они выслушиваются как один звуковой феномен вследствие близости по времени возникающих один за другим феноменов. При заболевании аорты та часть первого тона, которая обусловлена растяжением начальной части аорты (вследствие ригидности ее стенок), запаздывает, потому первый тон на аорте раздваивается или расщепляется, и этот феномен имеет очень большое патогенетическое и дифференциальнодиагностическое значение.

Завершением работ, посвященных изучению заболеваний сердца, является та работа Образцова, в которой он первый в мире вместе со своим ассистентом Н. Д. Стражеско описал клинику тромбоза коронарных артерий. В статье «К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца» дается клиническая картина этого заболевания, до указанных авторов никем не описанного. Авторы отметили внезапное начало болезни: при совершенно полном сознании появляются резкие боли за грудиной, с отдачей в шею, голову и левую руку, повторяющиеся через короткие промежутки и не оставляющие больного от начала заболевания иногда до самой смерти; это состояние Образцов назвал status anginosus по аналогии со status epilepticus. Вторым ведущим симптомом является недостаток воздуха, достигающий иногда высоких степеней и не позволяющий больному лежать и дышать. И, наконец, третье субъективное расстройство состоит в чувстве тягостного и сильного давления в эпигастрии и в подпирании под сердце, что служит некоторым препятствием для свободного и полного дыхания.

При объективном исследовании у больных отмечают-ся бледные, иногда цианотичные покровы и слизистые оболочки, нередко цианотические, холодные конечности, причем кожа наощупь холодна. При инспекции шеи отсутствуют или крайне слабо выражены пульсаторные движения в шейных венах. Сердечный верхушечный тол-

чок отсутствует и при пальпации. Сердце расширяется преимущественно влево. При аускультации стетоскопом тоны очень слабые, глухие; непосредственное выслушивание обнаруживает явственное пресистолическое раздвоение первого тона или галоп. Ритм большей частью правильный. Что же касается пульса, то в сонных артериях он прощупывается слабо, в лучевой артерии или вовсе не прощупывается, или имеет характер нитевидного!

Этот симптомокомплекс в той или иной форме остается без изменения до конца.

Повторяю, этот симптомокомплекс до появления указанного описания никому не был известен. В тех пор он вошел во всю мировую литературу, и в настоящее время диагностика тромбоза коронарных сосудов ставится правильно в значительном проценте случаев даже без инструментальных исследований (электрокардиографии).

Даже на основании этого краткого изложения легко понять, какую громадную роль сыграл В. П. Образцов в развитии внутренней медицины в нашем отечестве и во всем мире. Он является автором новой методики исследования заболеваний органов брюшной полости, и это открытие аналогично и равноценно по значимости открытию аускультации Лаенекем и перкуссии Ауенбругером при диагностике заболеваний органов грудной клетки. Благодаря этой методике клиника заболеваний желудочно-кишечного тракта обогатилась описанием клинической картины новых нозологических единиц. Он дал новую симптоматиологию при целом ряде сердечных заболеваний, модифицировав наше представление о нормальном и патологическом сердце. Он вместе со Стражеско впервые описал клиническую картину тромбоза коронарных сосудов сердца, вошедшую в мировую литературу и не потерявшую своего большого значения и в настоящее время.

Совершенно естественным поэтому было стремление многих научных работников клинической медицины при-

близиться к Образцову, учиться у него и, выучившись, продолжать его дело. Создалась школа в истинном смысле этого слова — киевская терапевтическая школа, которая наравне с петербургской школой С. П. Боткина и московской — Т. А. Захарьина явилась современной русской терапевтической школой. В этом — бессмертная заслуга В. П. Образцова, который вошел в историю русской и мировой медицины как один из талантливейших ее представителей.

ВОСПОМИНАНИЯ О В. П. ОБРАЗЦОВЕ

Факультетская терапевтическая клиника Киевского университета, руководимая В. Образцовым, являлась одной из передовых клиник России, и вполне понятно, что много молодых врачей, только что окончивших университет и решивших посвятить себя изучению терапии под руководством Василия Парменовича, стремились попасть в его клинику. Однако Василий Парменович строго и осторожно относился к подбору молодых врачей. Тогда штат преподавателей в клинике был очень мал, поэтому не только молодые врачи, бывшие тогда ординаторами, но и старые врачи продолжали посещать эту клинику в качестве экстернов и помогали в преподавании штатному персоналу. С клиникой Образцова не рвали связи его первые ученики в Александровской больнице; тесно были связаны с его клиникой некоторые лучшие представители других специальностей, главным образом хирурги и гинекологи, так как Василий Парменович любил пограничные области. Постоянными членами нашего коллектива являлись хирург Яков Иванович Пивовонский, акушер-гинеколог Дмитрий Антонович Абуладзе и многие другие.

Таким образом, коллектив клиники был довольно большой.

Благодаря авторитету, которым пользовался Образцов как клиницист и как диагност, в его клинику стреми-

лись попасть больные не только из Юго-Западного края, но и больные из самых отдаленных уголков нашей необъятной России, направлявшиеся сюда с невыясненным диагнозом, со сложными заболеваниями; состав больных в клинике был всегда весьма разнообразным и интересным.

Обследование больных в клинике стояло на современном уровне науки. Все, что являлось новым в смысле методики исследования, благодаря энергии Н. Д. Стражеско, сейчас же внедрялось в обиход нашей клиники. В клинике был организован рентгеновский кабинет, в котором работал Вебер, один из видных тогда знатоков рентгенологии; М. М. Губергриц занимался тогда электрокардиографией; А. А. Былина изучал вопросы пищеварения; В. Н. Михайлов разрабатывал функциональную диагностику почек и печени. Как только появился кровавый метод определения венозного давления, аппарат сейчас же был приобретен клиникой.

В клинике существовали две лаборатории: одна специально для студентов, другая — для врачей. Все лабораторные исследования проводились самими лечащими врачами, никаких специальных лаборантов не было. При этом проводился не только обычный лабораторный анализ, но и внедрявшиеся уже в обиход некоторые химические исследования и функциональные диагностические пробы. Каждый врач, ведущий больного, должен был самостоятельно производить все необходимые анализы всем больным и особенно тем, которые подлежали демонстрации на лекциях; ординатор чувствовал себя нередко очень плохо, если тот или иной анализ оказывался у больного невыполненным.

Лекции Василия Парменовича всегда увлекали не только студентов, но и врачей. Эти лекции отличались большой содержательностью, точностью анализа наблюдаемых явлений у постели больного и простотой изложения.

Особенно ценными для нас, молодых врачей, были обходы Василия Парменовича. Он учил нас тактичному, гуманному отношению к больному человеку. Он учил нас клиническому мышлению у постели больного, строгому анализу и наблюдению при тщательном объективном исследовании больного, учил сопоставлять эти наблюдения с данными, полученными при помощи лабораторных и инструментальных методов.

Доведенное до вершин искусства пальпаторное умение Василия Парменовича позволяло ему разбираться в топографии и свойствах органов брюшной полости и прямо поражало своей точностью. Я никогда не забуду случая, когда Василий Парменович, пальпируя однажды воспаленный червообразный отросток, установил в нем наличие калового камня величиной с горошину. Больной был оперирован покойным проф. Малиновским, и операция с точностью подтвердила это.

Несмотря на свои блестящие диагностические способности, Василий Парменович в то же время, надо сказать, был очень осторожным в своих окончательных выводах; в тех случаях, когда диагностика для него лично казалась почему-либо неубедительной, он не спешил с выводами и никогда не стеснялся сознаться в своем незнании. «Не знаю, братцы», — говорил он в таких случаях.

Особенно осторожны были его выводы, когда случай представлялся необычным, редким. Он не сразу тогда ставил диагноз. Диагноз Образцова поражал точностью. Он почти всегда, за малым исключением, подтверждался на операционном столе или на секции. Когда больной выздоравливал без диагноза, Василий Парменович говорил: «Вам хорошо — вы выздоровели, а каково нам, в какую рубрику заболеваний мы должны отнести вашу болезнь?».

К тонким диагнозам Образцова относится целый ряд случаев, о которых упоминал в своих воспоминаниях Н. Д. Стражеско. Знаменитый случай грыжи Трейца,

случай множественного стеноза тонких кишок, диагностированный Василием Парменовичем и блестяще подтвержденный на операции, были опубликованы в заграничной прессе.

Я мог бы здесь привести целый ряд диагностических шедевров. Большинство диагнозов В. П. Образцова, как я сказал, подтверждались блестяще на операционном столе или на секции. Если иногда обнаруживался разрыв между клиническим и патологоанатомическим диагнозами, то Василий Парменович очень тяжело это переживал. «Эти случаи, — говорил он обычно, — ничего не прибавят к нашей славе». Такие диагностические ошибки всегда подвергались в клинической семье строгому анализу.

Патологоанатомическая секция производилась или самим проф. Высоковичем, или его прозекторами Недельским, Константиновичем, Титовым и др. Несмотря на то, что патологоанатомы, как известно, придирчивый народ, очень часто патологоанатомическая диагностика оказывалась не во всем точной; так было, например, с грыжей Трейца, когда патологоанатомы сперва поставили диагноз туберкулезного перитонита. Секции подвергались все умершие, невзирая на чины и звания; никаких скидок в этом отношении не делалось. На вскрытиях обычно присутствовала вся клиника во главе с Василием Парменовичем.

В период заведывания факультетской клиникой с 1904 по 1922 г. Образцов продолжал главным образом заниматься вопросами кардиологии. Ими занимались тогда многие сотрудники клиники и особенно много Н. Д. Стражеско, который тогда уже не только производил клинические исследования, но и посвятил целый ряд экспериментальных работ отделу патологии сердца. К этому времени относится, например, имеющая значение и до настоящего времени его работа о мелодии сердца при болезни Адамс-Стокса. К этому времени относится также его работа о периодических колебаниях кровяно-

го давления, зависящих от деятельности сердца, к вопросу о влиянии сердечных средств на блуждающие нервы; при этом Н. Д. Стражеско применял собственные оригинальные методы при экспериментальном исследовании и т. д. К этому же времени (1910 г.) относится и описание клинической картины инфаркта миокарда, сделанное Василием Парменовичем совместно с Н. Д. Стражеско.

Вопросами кардиологии занимались у нас многие сотрудники, и на IV съезде терапевтов в Киеве большинство докладов о заболеваниях сердца было сделано сотрудниками нашей клиники во главе с Николаем Дмитриевичем.

Научно-исследовательскую работу в клинике вели в большей или меньшей степени все ближайшие сотрудники Василия Парменовича, разрабатывая, по заданию его или нашего старшего товарища по клинике Н. Д. Стражеско, те или иные вопросы патологии.

Ни один сколько-нибудь заслуживающий внимания случай не оставался без детального изучения и затем опубликования в периодической печати или демонстрации на заседании физико-медицинского общества, общества врачей.

За каждой выполняемой работой тщательно следил Василий Парменович, перед докладом или опубликованием апробировал, вносил соответствующие поправки.

Несмотря на трудности в смысле оснащения клиники, все-таки литературой как отечественной, так и заграничной мы были вполне обеспечены.

Наша деятельность в клинике слагалась из работы лечебной, педагогической и научной. В педагогический процесс включались студенческие обходы, причем студенты всегда посещали клинику не только днем, но и по вечерам. Это, конечно, имело огромное значение для изучения динамики заболеваний курируемых больных. Кро-

ме того, при клинике существовала поликлиника, и на поликлинических приемах всегда присутствовали и принимали участие студенты.

Пример дисциплинированности и аккуратности показывал нам сам Василий Парменович, который ежедневно в определенное время бывал в клинике и обязательно прежде всего осматривал тяжелобольных. Нередко он посещал клинику и по вечерам, что, конечно, делали обязательно и мы.

Мы все жили тогда одной очень тесной, дружной семьей, объединенные глубоким уважением и любовью к нашей клинике и нашему учителю. Эти дружественные отношения между многими из нас, оставшихся еще в живых, зародились еще в стенах клиники и сохраняются до последнего времени.

В клинике Василий Парменович был очень строг и требователен как по отношению к себе, так и по отношению к нам, его ученикам. Но когда мы собирались нашей тесной, дружной семьей вне стен клиники, Василий Парменович становился нашим старшим товарищем. Тогда проявлялась его прекрасная русская натура, его любовь к народу, его любовь к нашей Родине с ее бесконечными степями, дремучими лесами, с широкой русской рекой Волгой. Василий Парменович безгранично любил русские песни и сам исполнял их с большим мастерством. Тогда в нем пробуждался старый студент Военно-медицинской академии, который в 60-х годах всегда стоял во главе передовой части русского революционного студенчества.

Василия Парменовича все любили, все глубоко уважали, у него было много почитателей, друзей и учеников. Это уважение к Василию Парменовичу, любовь к нему ярко выразились в чествовании его по случаю 35-летия педагогической и общественной деятельности.

25 лет прошло со дня смерти этого знаменитого русского клинициста. В стенах клиники, где собрались пришедшие почтить его память, зародилась школа В. П.

Образцова, в стенах этой клиники она формировалась, здесь воспитывались ее лучшие представители, которые продолжают развивать его учение. Многие из учеников Василия Парменовича создали уже свои собственные школы — это Н. Д. Стражеско, М. М. Губергриц. Целый ряд учеников Образцова возглавляли и возглавляют терапевтические кафедры в различных институтах нашего Союза. Многих из его учеников уже нет в живых. На нас, остающихся в живых, лежит прямая обязанность способствовать дальнейшему внедрению идей великого терапевта, передать их через наших учеников грядущему поколению советских врачей.

Как бы ни развивалась наша наука, какие бы достижения она ни имела, какие бы новые методы исследования ни появлялись, методы Образцова никогда не утратят своего значения.

С его именем навсегда останутся связанными многие вопросы патологии. Никогда не померкнет слава покойного учителя, одного из замечательных русских клиницистов. Его имя, как имена Боткина, Захарьина, Остроумова, прочно вошло в историю нашей клинической медицины.

НАУЧНЫЕ РАБОТЫ профессора В. П. ОБРАЗЦОВА

1. К морфологии образования крови в костном мозгу у млекопитающих, диссертация на степень доктора медицины, 1880.
2. Об исследовании желудка и кишок.
3. О физическом исследовании кишок.
4. О диагностическом и прогностическом значении прощупывания мезентериальных желез при брюшном тифе.
5. О расширении желудка.
6. К общей симптоматологии энтеритов и колитов.
7. К распознаванию рака и бугорчатки слепой кишки, бугоркового перитифлита и бугорчатки подвздошной кишки.
8. К диагностике рака и туберкулеза слепой кишки.
9. О переносе (трансференции) болевых ощущений в брюшной полости.
10. Об энтероптозе.
11. О перисигмоидитах и тазовых формах аппендицита.
12. О прощупывании привратника желудка.
13. О тазовых аппендицитах у женщин.
14. К распознаванию грыжи.
15. К этиологии подвижных почек.
16. О нахождении сердечного галопа при непосредственном выслушивании сердца.
17. О раздвоенных и прибавочных тонах сердца при непосредственном его выслушивании.
18. О прерывистом, разделенном на два приема, сокращении левого желудочка сердца (бисистолии) и о явлениях на артериях при недостаточности клапанов аорты.
19. Нейрозы сердца.

20. О непосредственной перкуссии одним пальцем.
21. Случай тазового нагноения.
22. Два случая печеночных гнойников (к учению о поддиафрагматических нарывах).
23. К симптоматологии и диагностике тромбоза венечных артерий сердца.
24. О лечении дизентерии.
25. Болезни желудка, кишок и брюшины.
26. О нормальном 3-м тоне сердца, доклад в Обществе киевских врачей, 1918.

О Г Л А В Л Е Н И Е

	Стр.
Академик Н. Д. Стражеско. — Место предисловия : : : : :	3
Академик Н. Д. Стражеско. — Василий Парменович Образцов :	5
Профессор М. М. Губергриц. — Образцов как клиницист : : :	26
Профессор Ф. А. Удинцов. — Воспоминания о В. П. Образцове	52
Научные работы профессора В. П. Образцова	59

Редактор М. И. Снежин
Технический редактор Е. Н. Розенцвейг
Корректор Н. К. Скурят

БФ 01621. Заказ № 2324. Слано в производство 4/VI. Подписано к печати 7/VI Печати. листов 2. Уч.-изд. листов 2,77. Тираж 20.000.
Цена 2 руб. 50 коп.

Напечатано с готовых матриц Киевской Областной типографии в Харьковской обл. полиграф. ф-ке, Сумская 13, зак. № 4—2322.