

В.П. Образцов

ПРО ПЕРЕНЕСЕННЯ (ТРАНСФЕРЕНЦІЮ) БОЛЬОВИХ ВІДЧУТТІВ У ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ*

Біль, як результат впливу різного роду подразників на чутливі нерви і їх закінчення, відчувається людиною або в місці самого подразнення — місцевий біль, або — при сильному подразненні — він поширюється на сусідні нерви та сплетення і відчувається в ділянці їх розгалуження — іррадіація болів, або ж він може бути перенесеним у ділянку інших нервів, інших сплетень, інших органів. В останньому випадку мається на увазі, що больові відчуття з периферії через нервові центри відображаються, рефлектують у ділянки поширення інших нервів — рефлекторний біль. Ділянка таких болів дуже обширна, і локалізація їх надзвичайно різноманітна й часом є дуже химерною. У фізіології вчення про рефлекси досконало розроблено переважно щодо рефлекторних рухів як наслідків чутливих подразнень. Але відносно рефлекторних больових явищ даних у фізіології не дуже багато, і дані ці є надбаннями клініки, оскільки спостерігаються в людей, і, ймовірно, не в усіх людей, а головним чином у тих, у кого нервова система є зазвичай менш стійкою або внаслідок тривалості соматичних чи психічних страждань, або внаслідок наявності суворо визначених і ясно виражених загальних неврозів, як неврастенія, істерія тощо.

Питання про ці, здавалось би, несподівані локалізації болю при різних недугах внутрішніх — вісцеральних органів, куди відносяться, окрім грудної і власне черевної порожнини, й органи малого таза, а також другорядні органи черевної порожнини, як testiculi, сім'яні канатики тощо, — звичайно, не є новим. Клінічних спостережень у цьому напрямку є багато. Особливо стосовно

цього питання, як і взагалі щодо питання відображених проявів не тільки в чутливій сфері, а й в царинах рухової активності, секреторної, вазомоторної, трофічної, кровотворної тощо, багато говорив і написав покійний *Сергій Петрович Боткін*. Не можу також не згадати про покійного нашого київського терапевта проф. *Є.І. Афанасьєва*, який визнавав неабияке значення відображених проявів.

Якщо ж, однак, я наважуюся знову порушити це питання, то тільки тому, що воно має великий практичний інтерес і для терапевта, і для хірурга, і для гінеколога, і для невропатолога, та, крім того, ще й тому, що в розробці його останнім часом клініцисти пішли дещо новим шляхом, ніж було це до сих пір, стали користуватися методами, які раніше при вирішенні цього питання не застосовувалися.

Першим поштовхом до дослідження явищ, які цікавлять нас тепер, послужив випадок, що спостерігався мною 10 років тому.

Восени 1889 року я оглядав хвору, 42-річну жінку, яка, за її словами, влітку того ж року перенесла в себе в селі напад жовчних кольок. Ці напади спостерігалися в неї за останні 2-3 роки декілька разів. Я призначив їй Карлсбад для попередження повторення цих кольок, але тижнів через три від початку лікування Карлсбадом я був поспішливо до неї запрошений, оскільки знову з'явився напад жовчних кольок. Хвора сильно страждала від болю, локалізованого в надчревній ділянці, що супроводжувався блювотою при дещо підвищеній температурі. На мій подив, печінка, що видавалася на 2 пальці з-під краю реберної дуги по правій сосковій лінії й промацувалася цілковито чітко, при пальпації особливої болісності не виявляла. Збільшення печінки також не можна було довести, оскільки хвора, крім того, страждала на хронічний бронхіт, емфізему й мала мляві черевні стінки, так що край печінки, який промацувався, потрібно було сприймати як наслідок її опущення, а не гострого набрякання під час нападу жовчних кольок. Відтак я став систематично досліджувати черевну порожнину й

* У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018, № 1-4 за 2019, № 1-4 за 2020 та № 1 за 2021 роки) публікацією адаптованих українською мовою оригінальних текстів видатного вітчизняного вченого-клініциста В.П. Образцова редакція започаткувала нову рубрику «Класика методів діагностики». Сьогодні продовжуємо цю тему текстом статті «Про перенесення (трансференцію) больових відчуттів у черевній порожнині» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 г. [Адаптовано Михайлом Дземаном (доцент, к.м.н.), Анатолієм Гладуном (голова технічного підкомітету ПК-6 ТК-20 «Інформаційні технології» зі стандартизації в Україні, доцент, к.т.н.), Олександром Власом (керівник проєкту)].

при пальпації в ділянці правої клубової впадини намацав перитифлітичний інфільтрат, натискання на який спричиняли жорстокі болі, але не в ньому, не в цьому інфільтраті, і не в правій клубовій ділянці, а тільки в надчеревній, викликаючи ті ж самі «жовчні» коліки, на які скаржилася хвора. На другий день температура іще підвищилася, у правій клубовій ділянці виріс tumor завбільшки з куряче яйце, і хвора мала типові ознаки апендициту, який після того ще два рази рецидивував. При подальшому перебігу tumor при пальпації був дещо чутливим, але все-таки й самостійні болі, і спричинені пальпацією tumor'a локалізувалися переважно під ложечкою.

Інший схожий випадок я спостерігав у 1894 році. У 17-річної гімназистки, дуже анемічної, також раптово сталися сильні болі під ложечкою з повторними блювотами, але з нормальною температурою. У всьому животі я нічого не знайшов, що б могло мені пояснити ці болі, тому назвав хворобу тяжкою гастралгією на істеричному підґрунті. Але на другий день підвищилася температура, і я міг знайти місце в правій клубовій впадині, натискання на яке викликало той самий жорстокий гастралгічний біль, який я вважав самостійним. Незабаром розвинувся важкий апендицит перисигмоїдичної форми, що протримав хвору близько 4 місяців у ліжку.

Але ще разючіший приклад такого болю я спостерігав у 1898 році.

Хвора, 18-річна дівчина, прийшла до мене на прийом 9 вересня з такими явищами. Недомагає 2 роки нападами болів під ложечкою, що супроводжуються блювотою та повторюються кожні 4-6 тижнів. Останній напад 5 днів тому стався з підвищенням температури до 38 °С. Чи бували раніше підвищення температури, не знає, оскільки температура раніше не вимірювалася, але пам'ятає, що злегка морозило. Апетит за відсутності нападів задовільний, кашлю немає, серцебиття буває, нудота й блювота під час нападів; жовтяниці не було. Стілець — завжди жорсткий закрепи; сечовипускання без відхилень. Регули неправильні, з болями в попереку, мізерні. Об'єктивне дослідження: добре складена, досить вгодована, серце та легені без відхилень, але пульс — 144. Права реберна дуга тимпанічна на 1 сантиметр. Тонкі кишки тимпанічні, шлунок на рівні пупка; s.-rotatum із вказівний палець; ileum із злегка потовщеними стінками; coecum також із потовщеними стінками, нерухомий, пальпується досить чітко, нечутливий. Донизу від coecum і назовні від ileum промацується тяж, товщиною з великий палець, нерухомий. Пальпаторне натискання на цей тяж викликає різкий біль тільки під ложечкою, слабкий — у правій нозі. У місці натискання біль не відчувається. Болі ці такого самого характеру, як і самостійний біль під час

нападів жовчних кольок, як була названа хвороба раніше.

Наприкінці листопада 1898 року хворій у тутешній хірургічній клініці видалено апендицит проф. Л.А. Малиновським і відтоді жодних нападів у хворої немає.

Мені видається, що ці три випадки до певної міри підходять під ту форму апендициту, яку описав навесні 1899 року Ewald¹ на підставі 5 випадків, які він спостерігав і названу ним appendicitis larvata. Larvata — тому, що хвороба маскується симптомами, властивими будь-якій іншій хворобі, а не апендициту; у наших же випадках, особливо в першому й третьому, апендицит довго маскувався узагальненим суб'єктивним симптомом, а саме — локалізацією болю не в місці захворювання, а в іншому, власне — sub scrobiculo cordis, де він міг бути прийнятий швидше за все за colica hepatica.

Явище це — по факту перенесення болю з одного місця на інше в черевній порожнині при місцевих перитонічних запаленнях — не є рідкісним. Так, Nothnagel² зазначає, що біль при апендициті нерідко на початку хвороби локалізується в лівій половині живота або в epigastrium; при цьому посиляється ще на Fowler'a і Foges'a, які підкреслюють часту на початку апендициту локалізацію самостійних болів у згаданих ділянках. Той же Nothnagel³ щодо початкових суб'єктивних симптомів раку товстих кишок пише: «Я кілька разів спостерігав, що хворі на початку недуги часом мають обмежений біль в інших місцях і відчувають його не там, де потім розвивається пухлина, наприклад, при carcinoma coeci — у ділянці flexurae sigmoideae і навпаки».

Уже із цих посилянь на Nothnagel'я видно, що перенесення больового відчуття в черевній порожнині спостерігається нерідко, причому іррадіація відмічається або самостійно, або при натисканні на будь-яке запалене осереддя, новоутворення тощо.

Але, крім іррадіації болю за наявності перерахованих вище причин цих болів, у черевній порожнині нерідко спостерігається передача також больових відчуттів в інші ділянки з місць, де наявність будь-яких патологічних змін довести важко. Так, ще з початку 90-х років я помітив у деяких хворих появу болю де-небудь у лівому підребер'ї, у лівій клубовій впадині, близько пупка, в epigastrium тощо, при пальпації правої клубової ділянки, а саме її задньої стінки, причому в самій впадині не можна було знайти жодних патологічних явищ.

У 1896, 1897 і частково в 1898 роках, консультуючи хворих, я став відзначати таке віддавання

¹ Berlin. klin. Wochenschr. № 24. 1899.

² Krankheiten des Darmes u. Periton. сmp. 670.

³ Loe. cit., сmp. 229.

або пряме перенесення болю в іншу ділянку, і тут хочу навести короткі нотатки щодо цих хворих.

1. Шн-ер, жінка, 28 років. Шматки слизу у випорожненнях; болі в лівому підребер'ї. Статура й харчування задовільні. Права нирка опущена. Соесит завтовшки 3 сантиметри, стінки не змінені, transversum на 4 сантиметри нижче від пупка, шлунок на 3 сантиметри нижче від пупка, curvatura minor на 6 сантиметрів вище від пупка. Одні пологи. Органи малого таза без змін (проф. Рейн). Колінний рефлекс підвищений. При натисканні на злегка потовщений s.-romanum біль відчувається під ложечкою і в ділянці серця.

2. Б-ая, 45 років. Закрепи, розпирання під ложечкою з болями, часто, якщо не приймає проносних, блювоти. Два рази народжувала; на хвороби матки не страждала. Середнє харчування; права реберна дуга тимпанічна на два пальці (по lin. mamill.). При натисканні в правій клубовій ділянці біль відразу відчувається то зліва від пупка, то трохи далі.

3. Берта К-с, 20 років. Закрепи; іноді головний біль. Одна дитина. Лікувалася від захворювань матки. Харчування нижче середнього. Нижня межа шлунка на пупку. При натисканні на скорочений s.-romanum — біль у надчеревній ділянці, там же біль відчувається й при натисканні в правій клубовій нижче соесі. При натисканні на хребет — ніякого болю. При подальшому натисканні на s.-romanum біль під ложечкою не виникає, але як і раніше, з'являється при натисканні нижче соесі.

4. Д-ая, 30 років. Закрепи, проноси, страшні сні. Страждає яєчниками, ставить мушки на цю ділянку, незаміжня, є болі. Чотири роки тому — плеврит. Харчування середнє. Шлунок на пупку, соесит із дещо потовщеними стінками. При натисканні на задню стінку правої клубової ділянки, нижче соесі — біль, що розходить в напрямку пупка й у поперек.

5. Ресля Гр-ь, 52 роки. Серцебиття, закреп, тисне під ложечкою, відрижки, печії. Ще менструє. Печінка мала, чутлива, соесит у 2 пальці. Припухання правого яєчника (Рейн). Кол. фен. різко підвищений (ред. — очевидно, йдеться про названий іменем Образцова симптом — феномен посилення болю при пальпації правої клубової ділянки при піднятті випрямленої в колінному суглобі правої ноги). При натисканні на ileum біль у надчеревній ділянці.

6. Ю-я, 30 років, жінка. Шість місяців тому були болі в животі з блювотою, тепер — тільки закреп. Троє пологів. Харчування нижче середнього. Шлунок до пупка. Печінка опущена, нечутлива. При натисканні на s.-romanum — біль у ділянці жовчного міхура.

7. Ар-н, 28 років, жінка. Вісім років біль у лівому боці, незначний кашель. Диспепсичних явищ

немає. Стілець правильний. Страждає на жіночі хвороби. Харчування середнє. Органи грудної клітки без відхилень. Обидві нирки опущені. Шлунок до пупка. Соесит розтягнутий. При натисканні на праву клубову — біль у лівій клубовій.

8. Л-ая, 32 роки. Давні закреп. Останні 4 тижні болі в животі; переважно біля пупка. Тиск під ложечкою після їди, відрижка, печія. Стілець тільки після проносного, завжди з боєм. Дванадцять років тому сталась дизентерія. Статура середня. Права реберна дуга тимпанічна на 1 палець. Шлунок до пупка. S.-romanum — із середній палець, скорочений, чутливість внизу живота. При натисканні нижче соесит — біль біля пупка.

9. Ш-ая. 42 роки. П'ятнадцять років болі у верхніх і нижніх кінцівках: часом набряки на нижніх кінцівках. Два роки тому сталася колота рана в животі із випадінням кишок. Апетит нерівний. Є кашель, серцебиття; стілець — то закреп, то пронос зі слизом. Харчування вище середнього. У легенях бронхіальні хрипи. У правій клубовій ділянці черевна стінка випинається; під шкірою лежать кишки. Через гризовий отвір вільно входять до черевної порожнини три пальці. При натисканні на праву клубову — біль sub scrobiculo cordis.

10. До-ій, 36 років, чоловік. Три роки болі в правій клубовій ділянці. Апетит поганий. Печія, відрижка, закреп. Добре вгодований. Печінка досить щільним краєм видається на 4 сантиметри по l. mamill. dextra. Шлунок не доходить до пупка на 8 сантиметрів. При натисканні на праву клубову — біль у лівому підребер'ї.

11. С-ко, 30 років, жінка. Півтора року слабкість, головні болі, болі в нижніх кінцівках, у прямій кишці й попереку. Стілець — то пронос, то закреп. Страждає на жіночі хвороби. Харчування вище середнього. Обидві нирки опущені. Рефлекси підвищені. Печінка при глибокому вдиханні на 2 сантиметри виходить із-під дуги, болюча. Шлунок на 1 сантиметр вище від пупка. Соесит із два пальці. Fissura ani. При натисканні на ліву клубову — біль в epigastrium. При натисканні на promontrium біль поширюється вгору й униз.

12. Г-ч, 27 років, чоловік. В останнє півріччя 2 напади болю в правій клубовій, що тривали по тижню й супроводжувалися блювотою. Апетит задовільний. Закрепи. Статура середня. Обидва внутрішні пахові отвори розширені. Права реберна дуга тимпанічна на два пальці. Шлунок на 6 сантиметрів вище від пупка. S.-romanum із великий палець. Права клубова чутлива. Чітко диференціювати тут що-небудь не вдається. При натисканні на праву клубову — біль у лівій клубовій.

13. В-а, 33 роки. Рік болі в правому підребер'ї; проноси; незначний кашель. Часом відрижка, нудота. Стілець 2-3 рази на добу з болями та

слизом. Слиз у вигляді плівок. Харчування вище середнього. Пальпується вся права нирка. Рефлекси різко підвищені. Права реберна дуга тимпанічна на 1 поперечний палець. Печінка м'яким краєм при вдиханні виходить із-під дуги на 1 сантиметр. У лівій (і правій?) клубовій бурчання. Яєчок глистів не знайдено. Pelveoperitonitis. Зсув і фіксація яєчників (*д-р Яхонтов*). При натисканні нижче соесі — біль у правому підребер'ї.

14. Б-к, жінка, 30 років. Хвора 8 місяців. Спочатку ревматизм, що тривав 6 тижнів із підвищенням температури. Болі в кінцівках, у серці, під ложечкою та в лівому підребер'ї. Поганий апетит; незначний кашель; серцебиття; стілець — то проноси, то закрепи. Худа, бліда. Органи грудей без відхилень. При натисканні нижче соесі — біль, який не відчувається на місці натискання, а відчувається в лівому підребер'ї, під ложечкою та в ділянці серця, іноді — у лівій клубовій.

15. І-ова, жінка, 29 років. Хворіє 2 місяці. Болі в животі, особливо біля пупка; проноси. Нерідко підвищена температура. Кашель, серцебиття, поганий апетит; стілець рідкий, не рясний. Худа; у лівій легені поширені субкрепітуючі хрипи. У харкотинні туберкульозні бацили. Шлунок на 1,5 сантиметра вище від пупка. S.-romanum із великий палець, злегка бурчить. У правій клубовій бурчання. При натисканні на соесит — біль зразу ж нижче від пупка.

16. Б-ко, жінка, 50 років. Два місяці болі в боках, у правій руці і в нижніх кінцівках; слабкість, поганий апетит, серцебиття, відрижка і нудота; закрепи, прискорене сечовипускання. Регули — неправильні, з проміжками у 2-3 місяці. Добре вгодована; правий фланк напружений, чутливий. Пупкова грижа. Печінка при глибокому вдиханні виходить на 2 сантиметри, дуже чутлива. Сеча без відхилень. При натисканні на S.-romanum біль відчувається в правій клубовій; при натисканні на праву клубову — у надчеревній ділянці.

17. Р-ман, чоловік, 35 років. Три роки поганий апетит, розпирання під ложечкою після їди, поколювання в серці, біль у нижніх кінцівках. Закрепи, сечовипускання прискорене. Харчування середнє. Різка pulsatio oipagastica (cardica, stygma neurasthenicum). Печінка по lin. mediana на середині між грудниною та пупком. Шлунок на 1 сантиметр нижче від пупка. S.-romanum тонкий. Сеча і вміст шлунка (пробний сніданок) без відхилень. При натисканні на соесит і нижче біль між грудниною та пупком.

18. П-єва, жінка, 28 років. Хворіє десять років. Раніше щорічно холерина (?) (ред. — *гострий шлунково-кишковий розлад із проявами властивими холері*), тепер болюча точка вище від пупка, важкість під ложечкою після їди. Усі диспепсичні явища до блювоти включно. Схильність до закрепів. Дисменорейні явища. Задовільно вгодована.

Права реберна дуга тимпанічна на 4 сантиметри; шлунок — на 4 сантиметри вище від пупка. Незначне збільшення кислотності шлункового вмісту, незначний стаз, тонкі кишки тимпанічні, товсті не пальпуються. Болюча точка зразу ж вище від пупка (отже, нижче *curvatura major*). При натисканні внизу живота біль відчувається тільки в болючій точці, зразу ж вище від пупка.

19. О-ва, жінка, 30 років. Десять років болі під ложечкою, поганий апетит; болі не залежать від прийому їжі. Биття й завмирання серця. Нудота і часом кисле блювання. Закрепи. При випороженнях багато слизу. Регули з болями. Шість років тому жовтяниця. Худа. Шлунок на пупку; на 1 сантиметр нижче від пупка transversum із великий палець. При натисканні на праву клубову ділянку біль sub scrobicolo cordis.

20. Б-а, жінка, 29 років. Два роки кашель. Кровохаркання; серцебиття; набряки ніг; закрепи. Повторні викидні. Худа. Stenosis ostii mitral. Обидві нирки опущені. Печінка по lin. mediana на 2 сантиметри вище від пупка. Рефлекси підвищені. При натисканні на s.-romanum різкий біль в epigastrium.

21. Г-ман, жінка, 28 років. Біль у лівій клубовій. Стілець 2 рази, між 4-7-ю годинами вечора. При твердому стільці кров. Апетит є. Часом напади сильного болю в правому підребер'ї з прийдешньою легкою жовтяницею. За 4 місяці typhus abdominalis з альбумінурією, уремічними нападами, з тенезмами й болем у лівій клубовій. Добре вгодована. Фланки напружені. Права реберна дуга тимпанічна на 2 сантиметри. Печінка на вдосі виходить на 3 сантиметри: край ущільнений, чутливий. S.-romanum товстий, щільний, болючий. На рівні 3-го сфінктера strictura, ледь пропускає мізинець. При натисканні на печінку біль у верхній частині груднини на рівні 3-го ребра. Там же біль при натисканні на праву клубову.

22. С-ер, жінка, 28 років. Останні півроку часом з'являються на тілі синюваті плями, що переходять потім у жовтий колір. Поява плям супроводжується підвищенням температури, блювотою та утрудненням ковтання. Апетит хороший, стілець правильний. Страждає на жіночі хвороби. Вище середнього вгодована. Права нирка опущена; рефлекси підвищені. Печінка неболісна. При натисканні на праву клубову ділянку біль відчувається під ложечкою і йде вгору по sternum.

23. Б-ер, чоловік, 50 років. Три роки кашель, задишка, біль у правому боці, відрижка; схильність до проносів. Достатньо жирний. Одутле обличчя; слизові ціанотичні. У легенях ослаблені дихальні шуми та бронхіальні хрипи. Серце і нирки без відхилень. Печінка на 2 сантиметри виходить із-під дуги, безпосередньо нечутлива, але при натисканні на її край — біль донизу й вліво від пупка.

24. Р-ко, жінка, 32 років. Хворіє чотири роки, часто проноси, незначний кашель. Апетит поганий. Худа. У легенях розлиті бронхіальні хрипи. Шлунок до пупка. У правій клубовій бурчання. При натисканні на праву клубову — біль відчувається *sub scrobiculo cordis*.

25. Б-ч, жінка, 22 років. Хворіє півтора року. Часто проноси, слабкість, схуднення; випорожнення зі слизом, болями, до і після стільця. Харчування задовільне. Рефлекси підвищені. Тонкі кишки тимпанічні, у правій клубовій бурчання; *s.-romanum* тонкий. При натисканні на *s.-romanum* болі в правій клубовій.

26. О-а, жінка, 33 років. Хворіє рік. Болі в животі; випорожнення тверді, з великою кількістю слизу. Апетит поганий. Вгодована погано. Шлунок на 1 сантиметр нижче від пупка. *S.-romanum* із вказівний палець. *Coesum* злегка розтягнутий, рухливий, стіни не потовщені. При натисканні на *s.-romanum* різкий біль у правій клубовій ділянці; при натисканні на праву клубову біль у лівому підребер'ї; при натисканні на точку нижче від пупка біль під ложечкою.

27. М-а, жінка, 43 років. Два роки схильність до закріпів; відрижка; печія. Бувала блювота. Дітей не було. Добре вгодована. Печінка гладким краєм на вдиху виходить із-під дуги на 2 сантиметри, безболісна. При натисканні на ділянку вище *symphysis* біль під ложечкою.

28. Ч-ій, чоловік, 30 років. Хворіє рік. Ночами тиск у грудях, руки й ноги німіють. Страх, зажура, удари в ділянці серця. Апетит хороший; диспепсичних явищ немає; стілець — щодня 2 рази, правильний. Чотирнадцять років тому стався *lues*. Задовільно вгодований. Серце, легені, органи живота в нормі, тільки рефлекси різко підвищені. При натисканні в правій клубовій ділянці з'являється біль зразу вище від пупка і доходить до верхньої частини *sterni*, поширюючись і в ділянці серця.

29. Б-ен, жінка, 18 років. Хворіє чотири місяці. Уранці задишка, біль у грудях. Часто — кашель. Апетит хороший. Буває серцебиття. Диспепсичних явищ немає. Стілець — то проноси, то закрепи. Регули правильні. Бліда, анемічні шуми на шиї, у серці тони чисті. В обох верхівках ослаблене дихання. Рефлекси підвищені. *Coesum* розтягнутий. При натисканні на *coesum* — біль у правій поперековій ділянці і в ділянці серця.

30. Л-г, жінка, 31 рік. Кашель із харкотинням; пітливість уночі, схильність до проносів; 3 рази народжувала. Виснажена. У правій верхівці при-туплення і бронхіальний видих. *Coesum* дещо розтягнутий; *ileum* йде вертикально, чутливий. При натисканні на *ileum* — біль у ділянці пупка.

31. К-ова, жінка, 28 років. Три місяці болі в ділянці пупка й трохи вище, особливо після їди. Апетит поганий. Часом серцебиття; диспепсичних

явищ немає. Випорожнення 2-3 рази на день зі слизом. Статева сфера не в порядку. Середнє харчування. Шлунок на 1 сантиметр вище від пупка. *Coesum* на 1 сантиметр вище від рівня *spin'a*. По ходу *ilei* промацується завтовшки з мізинець тяж, при натисканні на який виникає біль у ділянці пупка.

32. Т-а, жінка, 30 років. Хворіє 4 роки. Нерідко есзема та жовтяниця, кровоточивість ясен. Нерідко болі в ділянці печінки й під ложечкою. Регули з болями. Незаміжня. Задовільно вгодована. Печінка по *l. mamill.* на 3 сантиметри нижче від дуги, пальпується невиразно. При натисканні на праву клубову — біль у ділянці печінки, переважно в зовнішній її частині і в лівій клубовій ділянці.

33. Л-ич, жінка, 28 років. Одні пологи та 4 викидні. Хворіє рік. Спочатку бронхіт і плеврит. Тепер слабкість, головний біль, пітливість, запаморочення, кашель, серцебиття. Схильність до закріпів. Худа. Вліво й донизу від серцевого поштовху *affrictus* і видих. Права нирка низько. Рефлекси різко підвищені. Шлунок на пупку. *Transversum* на 2 сантиметри нижче від пупка. *Coesum* розтягнутий. При натисканні на *ileum* — біль у лівому підребер'ї.

34. П-іч, чоловік, 44 роки. Хворіє рік. Болі в ділянці серця, що іррадіюють у ліву руку; біль у правому підребер'ї підпирає під ложечку: відрижка; печія; закрепи. Страждав 16 років на геморой, минулого року була операція шишок. Часте сечовипускання. Добре вгодований. *Pulsatio epigastrica*. Серце й легені без відхилень. Рефлекси підвищені. Шлунок на 1 сантиметр вище від пупка. *S.-romanum* товстий. У *rectum* незначне збільшення простати. Печінка на глибокому диханні виходить на 2 сантиметри. При пальпації печінки біль у 2-му міжреберному проміжку, що віддає в ліву руку і наскрізь у спину між лопатками.

35. Ш-к, чоловік, 31 рік. Три роки параліч ніг і затримка сечі; біль у ділянці серця. Апетит задовільний; кашлю немає; буває серцебиття; диспепсичні явища відсутні. Схильність до закріпів. Жовтяниця сталась 4 роки тому. Задовільно вгодований. Параплегія. Серце без відхилень. Печінка м'яким краєм на вдиху виходить із-під дуги на 2 сантиметри. При натисканні на печінку — біль у ділянці лівого соска: при натисканні на праву клубову по ходу промацуваного *ilei* — біль у лівому підребер'ї та в лівій клубовій ділянці.

36. Н-а, жінка, 34 роки. Три викидні. Хворіє рік. Запаморочення, нудота, стискання в ділянці серця, серцебиття; печія, відрижка; біль у правому підребер'ї нападами і в нижніх кінцівках. Стілець правильний. Нудота під час нападів болю в правому підребер'ї. Добре вгодована. Рефлекси підвищені. Печінка пальпується на 3 сантиметри нижче від дуги по *l. mamill.*; край досить щільний,

чутливий. При натисканні на *s.-romanum* біль іррадіює в ділянку жовчного міхура.

37. Д-ич, чоловік, 32 роки. Болі й печіння під ложечкою та в лівому боці; кислий присмак у роті, відрижка. Чотири роки тому страждав від нападів болю під ложечкою, 9 років тому — на жовтяницю. Схильність до проносів. Чотири роки тому *lues*. Добре вгодований. Рефлекси різко підвищені. Права реберна дуга тимпанічна на 3 сантиметри. Тонкі кишки тупо-тимпанічні. Соесит розтягнутий. *S.-romanum* товстий, чутливий. Печінка не промацується. При натисканні на праву клубову — біль під ложечкою та в ділянці серця.

Таким чином, із 37 перерахованих хворих — 29 жінок і 8 чоловіків. За віковими групами вони розподілилися так: більшість була від 20 до 40 років (саме 30 із 37 років). Від 40 до 53 років було 6 хворих і до 20 років — одна хвора.

Передавання болю спостерігалось: при натисканні на *soesum* — 2 рази, на *ileum* — 4, нижче *soesi* — 4 рази; на праву клубову, без визначення окремих органів і ділянок, — 12 разів, при натисканні на *s.-romanum* — 8, на ліву клубову — 1 раз; при натисканні на низ живота — 2; печінки — 4; зразу ж під пупком — 1 раз. Якщо ж ми об'єднаємо органи, які лежать в одній ділянці, то знайдемо, що натискання на праву клубову ділянку викликало передачу болів 22 рази, на ліву клубову — 9, на низ живота — 2 рази і зразу ж під пупком — 1. Місця, куди біль віддавався або переносився, були (сумарно): зразу ж під грудниною — 11 разів, *epigastrium* — 4, ділянка пупка — 3, ліва клубова — 6 разів, вліво від пупка — 2 рази, права клубова — 2, поперек — 1, праве підребер'я — 1, ліве підребер'я — 4, нижче від пупка — 1, ділянка жовчного міхура — 2, больова точка над пупком — 1, верхня частина *sterni* — 3, лівий сосок — 1, ділянка серця — 6 разів.

Звідси ми робимо висновок про те, що *найчастішою локалізацією больових відчуттів на відстані при натисканні на задню стінку черевної порожнини є epigastrium й особливо точка, що лежить зразу ж під мечоподібним відростком*; потім часто біль відчувається в лівій клубовій впадині, у ділянці серця, пупка, у лівому підребер'ї, у верхній частині *sterni*, у ділянці жовчного міхура тощо. У більшості випадків спостерігалось одне місце натискання, що викликало відчуття болю також в одному певному місці, наприклад, надавлювання на *soesum* — відчуття болю під ложечкою; але було багато й таких випадків, де вказано два або три пункти, звідки виходило перенесення болю, наприклад випадок 26 у жінки-неврастенічки з *colica mucosa* натискання на *s.-romanum* викликало біль у правій клубовій, натискання на праву клубову — біль у лівому підребер'ї, натискання на ділянку, що знаходиться зразу ж нижче від пупка, викликало біль під ложечкою.

Звичайно, ми повинні б шукати якихось правил, а то й закономірностей, таких локалізацій болю при натисканні на відстані, але, на жаль, ця законність для нас ще зовсім не ясна. Можна тільки сказати, що *при натисканні на праву клубову впадину біль зазвичай йде не вертикально, а чи по діагоналі, чи горизонтально, при натисканні на s.-romanum біль також частіше локалізується не у вертикальному напрямку, а наближено до діагоналі або горизонтально, тобто в epigastrium, у ділянці жовчного міхура і в правій клубовій впадині*. Велику постійність місця перенесення болю можна помітити при пальпації печінки. При її промацуванні по правій сосковій лінії біль частіше відчувається за *sternum* і дещо вліво від нього на рівні від 2-го до 4-го міжреберних проміжків. Цей висновок я роблю не тільки на підставі цього матеріалу, адже й у наших чотирьох хворих біль локалізувався в ділянці *sterni* у двох, в одного — у ділянці серця і в одного — вліво й униз від пупка. Спостереження ці узгоджуються зі спостереженнями *Glenard'a*⁴, який вказує на часту локалізацію болів у ділянці *sterni* при пальпації болісної печінки, через що виявлення цього перенесення може мати і діагностичне значення, на доказ чого він наводить декілька випадків, коли за наявності цього явища призначалося лікування печінки, що викликало зникнення болів у ділянці серця або у верхній частині *sterni*. Таких прикладів і я бачив декілька, і з них можу навести такий: у червні 1899 року приходив до мене хворий офіцер 34 років зі скаргами на біль у 2-му і 3-му міжреберних проміжках зразу ж вліво від груднини й частково на тому ж рівні й у самій груднині. Серце та аорта без змін, печінка промацується, малочутлива, досить щільної консистенції, край дещо потовщений, при пальпації біль відчувається в ділянці *sterni*. Після Карлсбаду зникнення болів у груднині, як самостійних, так і тих, що виникають при дослідженні печінки.

Відомо: явище перенесення болю спостерігається нерідко при дослідженні органів малого таза, особливо в тих жінок, у яких малий таз часто є місцем походження рефлекторних явищ найрізноманітнішого характеру, у тому числі й болів. Достатня кількість подібного роду явищ спостерігається також хірургами. Особливо кили черевної порожнини різного роду, нездужання яєчка, сім'яного канатика, сечового міхура тощо супроводжуються нерідко локалізаціями болів під ложечкою, біля реберних дуг, біля пупка тощо.

Як же ми можемо пояснити причину появи цих болів не на місці їхнього походження, а на місцях, більш-менш віддалених? У поясненні цих явищ ми маємо великі труднощі. Нам досить

⁴ *La presse medicale* № 41, 1899.

зрозуміла іррадіація болів. Надзвичайно сильне подразнення центру з периферії поширюється по сірій речовині центральних нервових апаратів, з'єднаний із сусідніми чутливими нервовими волокнами, і ми маємо периферичну болісну ділянку, де найсильніше больове відчуття локалізується в місці захворювання, від якого йдуть у вигляді радіусів ділянки з усе більше й більше ослабленими болючими відчуттями. Такий характер болю в ділянці *trigemini*, при зубному болю, такі болі при *angina pectoris*, при жовчній кольці тощо. Але наші випадки, наші явища до іррадіації болів не підходять.

У такому випадку, можливо, можна було б визнати ці явища істеричними, залежними переважно від захворювання жіночих статевих органів. На те, щоб зробити це припущення, є всі підстави. Серед наших хворих величезна більшість жінок, і при тому у віці дітородіння, тобто від 20 до 40 років. І в наших оцінках є посилення на безсумнівні захворювання в жінок тазових органів. Так, хвора № 13 мала *pelveoperitonitis*, зміщення у фіксацію яєчників тощо; але, з іншого боку, є вказівки про інших хворих, де проф. Рейном не знайдено ніяких змін в органах таза.

Присутність серед наших хворих 7 чоловіків також свідчить не про виняткову залежність явища переносу болів від недуги жіночих статевих органів. Загалом на ґрунті однієї істерії навряд чи ми зможемо побудувати всі пояснення цього явища. Ми не робили, припустимо, систематичного дослідження наших хворих власне в цьому напрямку, не визначали точно їх чутливості, поля зору тощо, але в деяких випадках, наприклад у хворої С-к., оперованої з приводу апендициту, ясних відхилень в її шкірній чутливості ми не знайшли. Висновок такий, що навряд чи усі випадки перенесення болю ми можемо пояснити істерією й тільки істерією.

При спробах пояснити це явище ми не можемо не згадати про чудові роботи *Head'a*⁵, лікаря в лондонському госпіталі, і *Faber'a*⁶ з Копенгагена — про появу рефлекторних шкірних гіперестезій при захворюваннях внутрішніх органів.

Із них перший віднайшов те, що рефлекторні болі, при захворюваннях внутрішніх органів, нерідко супроводжуються гіперестезіями шкіри, які займають на тулубі пояси, досить різко окреслені й тотожні з поясами поширення *herpes zoster*. Гіперестетичні або, правильніше, гіпералгезичні пояси, як і пояси *herpes zoster*, відповідають не

ділянці поширення окремих нервів або окремим корінцям спинномозкових нервів, а окремим сегментам самого спинного мозку, до яких за допомогою симпатичних чутливих волокон проводиться подразнення, яке потім поширюється в поясі розгалуження периферичних чутливих нервів, які беруть початок у цьому сегменті. Кількість спинномозкових сегментів із досліджень *Head'a* відповідає кількості нервів, що виходять зі спинного мозку. Дванадцяти спинним (грудним) сегментам відповідають 12 поясів на шкірі, йдуть досить горизонтально. Верхні два пояси поширюються на верхні кінцівки та частково на тулуб, а решта 10 лежать один над одним аж до пахового згину. Таким чином, справа полягає не в тому, що кожен орган має свою власну зону, куди він один посилає свої імпульси, але кожен орган, напевне, знаходиться у зв'язку з низкою сегментів, і ці сегменти можуть бути залучені до поєднаного нездужання при ураженні кількох органів. Так, при недугах аорти й серця можуть виникати гіперестезії від 1-го до 8-го грудних поясів, при недужі легень — від 3-го до 9-го, при нездужанні печінки — від 7-го до 10-го спинного поясу, при нирках — від 10-го до 12-го спинного й 1 — поперекового тощо. При захворюваннях шлунково-кишкового каналу спостерігаються гіперестезії від 7-го до 12-го грудних поясів. При відносно слабкому подразненні з боку внутрішніх органів може з'явитися гіперестезія на шкірі не всього поясу, а тільки у «максимальних» точках, яких у кожному поясі в більшості випадків є дві: одна з них знаходиться біля хребта на спині, а інша — попереду, поблизу від *lin. mediana*. У людей, ослаблених тривалим стражданням, в анемічних, у неврастеніків і в істеричних суб'єктів рефлекторні шкірні гіперестезії часто «генеруються», тобто не обмежуються лише поясом того сегмента, до якого надходить подразнення з боку хворого органа, а подразнення переходить на низку сусідніх і віддалених сегментів, із поширенням гіперестезії у відповідних, нерідко досить віддалених від хворого органа, поясів.

Такий короткий, надзвичайно неповний екстракт результатів геніальних досліджень *Head'a*.

Faber, який працював над тією ж темою незалежно від *Head'a*, підтверджує у згаданій вище статті, яка з'явилася в листопаді 1899 року, його висновки відносно шкірних гіперестезій при захворюваннях органів травлення.

Слід думати, що цими дослідженнями *Head'a* і *Faber'a* можна скористатися й під час пояснення явища трансференції больових відчуттів у черевній порожнині.

⁵ *Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrank., Deutsch. Herausgegeben von Seiffert, Berlin. 1898.*

⁶ *Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 65, стр. 329, 1899.*