ПРОВЕРЕНО
1957 г

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Р. 20. II.
2 экз.

269

26/X 1904

ИЗВѢСТІЯ

ПРОВЕРЕНО
1948 г.

ИМПЕРАТОРСКАГО

ТОМСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

XXIV
5

КНИГА ДВАДЦАТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

Р. 20. II.
1904-969.

ПОСТАВЩИКЪ ДВОРА ЕГО ВЕЛИЧЕСТВА ТОМСКОЕ Т-ВО СКОРОПЕЧАТНИ А. А. ЛЕВЕНСОНЪ ОТДѢЛЕНІЕ.
1904.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

СОДЕРЖАНІЕ ДВАДЦАТЬ ЧЕТВЕРТОЙ КНИГИ.

1. Проф. **П. И. Тиховъ**. Основы современной клинической хирургіи . . . . . 1— 15
2. **М. Райскій**. Къ вопросу о скоропостижной смерти при произвольн. разрывѣ сердца . . . . . 16— 94
3. **Спасскій**. Отчетъ о заграничной командировкѣ . . . . . 95—104
4. **К. Дмитріевскій**. Отчетъ о заграничной командировкѣ 1902 года . . . . 105—110
5. **А. Зиминъ, В. Ф. Дагаевъ и Б. В. Падалка**. Отчетъ Хирургической факультетской клиники . . . . . 111—236
6. **С. Чугуновъ**. Матеріалы для Антропологіи Сибири . . . . . 237—256
7. **К. А. Кытмановъ**. Систематич. каталогъ препаратовъ музея нормальной анатоміи въ Императорскомъ Томск. Университетѣ. . . . . 257—308
8. **Н. В. Вершининъ**. Матеріалы къ ученію о ядовит. нормальн. мочи человѣка 1—154
9. **С. Чугуновъ**. Анатомо-Антропологическія наблюденія вып. I. . . . . 1— 44
10. **А. Раевскій**. Рѣчь передъ диспутомъ 5 декабря 1903 г. . . . . 1— 8
11. **І. Малиновскій**. Рѣчь передъ диспутомъ 1 февраля 1904 г. . . . . 1— 12
12. **И. Н. Шиловъ**. Перепись дѣтей школьнаго возраста г. Томска . . . . . 1—158
13. Обозрѣніе преподаванія въ Императорскомъ Томскомъ Университетѣ на 1903—1904 уч. годъ . . . . . 1— 42
14. Отчетъ Императорскаго Томскаго Университета за 1903 годъ . . . . . 1—172
15. Списки коллекцій безпозвоночныхъ Зоологич. музея Томскаго Университета . . . . . 1— 44

082
Р. 20 11.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ИЗВѢСТІЯ

ПРОВЕРЕНО
1948 г.

ИМПЕРАТОРСКАГО

ТОМСКАГО УНИВЕРСИТЕТА.

КНИГА ДВАДЦАТЬ ЧЕТВЕРТАЯ

ЧИТ. ЗР. ТОМСКАГО УНИВЕРС. БИБЛІОТЕКА

1904-969.

ПОСТАВЩИКЪ ДВОРА ЕГО ВЕЛИЧЕСТВА
ТОМСКОЕ Т-ВО СКОРОПЕЧАТНИ А. А. ЛЕВЕНСОНЪ
ОТДѢЛЕНІЕ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Печатано по опредѣленію Совѣта Императорскаго Томскаго Университета.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Основы современной клинической хирургіи.

П. И. Тиховъ.

(Вступительная лекція, прочитанная въ Томскомъ университетѣ 17 Марта 1903 года.)

М.м. Г.г.!

Не безъ смущенія всхожу я на эту каѳедру, и причиною этого смущенія является не только новизна моего положенія и сознаніе важности обязанностей, возлагаемыхъ на меня факультетомъ съ настоящей минуты, но и воспоминаніе о моемъ предшественникѣ, проф. *Э. Г. Салищевѣ*. Этотъ талантливый клиницистъ за свою относительно недолгую академическую дѣятельность успѣлъ проявить себя, какъ выдающійся хирургъ и какъ смѣлый операторъ: достаточно только вспомнить его операцію вылущенія всей нижней конечности,—операцію, казуистика которой и по настоящее время располагаетъ лишь единичными наблюденіями. Поэтому то, вступая на каѳедру госпитальной хирургической клиники, я не могу не вспомнить перваго и достойнѣйшаго ея представителя, покойнаго *Э. Г. Салищева*.

М.м. Г.г.! Вторая половина истекшаго столѣтія ознаменована чрезвычайнымъ развитіемъ естественныхъ наукъ вообще и медицинскихъ въ частности. Во всѣхъ отрасляхъ медицины за этотъ періодъ произошелъ рядъ крупныхъ перемѣнъ: разработаны новые способы изслѣдованія, усовершенствована его техника, намѣченъ рядъ новыхъ вопросовъ, введены новые способы лѣченія, созданы новыя отрасли знанія, расширены и пополнены прежнія наблюденія и т. д. и т. д. Не чужда такому поступательному движенію осталась и клиническая хирургія. Даже болѣе: прогрессъ медицинскихъ знаній въ ней сказался болѣе осязательнымъ, болѣе яснымъ образомъ, чѣмъ въ другихъ отрасляхъ клинической медицины. И въ самомъ дѣлѣ, сравнивая хирургію первой половины прошлаго столѣтія съ таковою же послѣдняго пятидесятилѣтія, нельзя не видѣть тѣхъ разительныхъ успѣховъ, которыми въ правѣ гордится хирургія нашихъ дней. Въ то время какъ прежняя хирургія вѣдала главнымъ образомъ костную и мышечную систему и сосредоточивала свое вниманіе почти исключительно на оперированіи конечностей, современная намъ хирургія ши-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

роко раздвинула рамки оперативнаго вмѣшательства, занялась всѣми системами человѣческаго тѣла, при чемъ особенное вниманіе обратила на большія полости: брюшную, черепную и грудную. Цѣлый рядъ тѣхъ заболѣваній, которыя пятьдесятъ лѣтъ тому назадъ подлежали исключительно вѣдѣнію внутренней медицины, теперь всецѣло переданы въ руки хирурговъ. Можно даже сказать безъ преувеличенія, что въ настоящее время нѣтъ ни одного уголка человѣческаго тѣла, куда не заглянулъ бы хирургъ, вооруженный ножомъ и пинцетомъ.

Этотъ ростъ клинической хирургіи начался съ хирургіи большихъ суставовъ и именно съ операціи изсѣченія костей при бугорчаткѣ.

Французскому генію мы обязаны этой операціей: *Moreau*—отецъ въ началѣ истекшаго столѣтія впервые задался вопросомъ: слѣдуетъ ли смотрѣть на бугорчатку сустава, какъ на страданіе неизлѣчимое, неизбѣжно требующее ампутаціи конечности? И отвѣчаетъ: „когда каріозный процессъ поражаетъ весь суставъ, я отрѣзаю суставные концы костей, и, благодаря мышечному сокращенію, эти отрѣзки прійдутъ въ соприкосновеніе и съ теченіемъ времени сростутся достаточно прочно“. Отсюда видно, что *Moreau*—отецъ ясно понималъ клиническое значеніе суставныхъ резекцій, но для того времени это было такъ ново, что парижская Academie de chirurgie сочла это предложеніе хирургическою ересью и отказалась напечатать докладъ *Moreau*. Затѣмъ опыты *Heine*, *Ollier*, *Larghi* выяснили значеніе поднадкостничнаго оперированія суставовъ и костей, а *Langenbeck*, *Ollier* и *Volkmann* широко примѣнили эти данныя въ клиникѣ, и при антисептическимъ и асептическомъ оперированіи этотъ видъ оперативнаго вмѣшательства былъ детально разработанъ и теперь примѣняется не только въ клиникахъ, но и во всѣхъ хирургическихъ отдѣленіяхъ. Далѣе слѣдуетъ брюшная хирургія, причемъ здѣсь важную роль сыграла оперативная гинэкологія, которой, разумѣется, чаще приходилось имѣть дѣло съ подлежащими оперированію опухолями брюшной полости. И этотъ отдѣлъ клинической хирургіи разросся на столько, что года два тому назадъ проф. *Снѣгиревъ* опубликовалъ казуистику въ 1001 случай чревосѣченія. А въ 1845 г. *Diffenbach*—одинъ изъ крупнѣйшихъ авторитетовъ того времени—говорилъ: „операціи удаленія яичниковыхъ кистъ всѣ быстро оканчивались смертью. Полость живота совсѣмъ неблагодарное поле для дѣятельности хирурговъ“...

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Однако, великій человѣкъ ошибся въ своемъ пророчествѣ: именно и поразительны успѣхи брюшной хирургіи. Съ легкой руки *Rydigier—Billroth* начали производить изсѣченіе выходной части желудка, а затѣмъ оказалось возможнымъ и удаленіе почти всего желудка или большей его части. Упомяну случаи *Schlater*, у насъ *Разумовскаго*, *Праксина*, *Боброва-Ѳедорова*. Въ настоящее время уже насчитывается до 20 сл. такой операціи на желудкѣ съ 80% успѣха. Посчастливилось и операціямъ на кишечникѣ: грыжесѣченіе, напр., которое въ прежнее время въ рукахъ лучшихъ хирурговъ давало до 40—60% смертнаго исхода, теперь сдѣлалась излюбленной операціей въ нашихъ земскихъ больницахъ, и % смертности для неущемленныхъ грыжъ не превышаетъ 1. Затѣмъ операціи кишечныхъ соустій, неизвѣстныя 30 лѣтъ тому назадъ, теперь насчитываются сотнями, а, можетъ, и тысячами. А такія операціи, какъ изсѣченіе части печени, удаленіе селезенки, почекъ, удаленіе желчнаго пузыря, которыя для прежняго хирурга, не страдавшаго робостью, показались бы ужасными, невозможными или даже прямо абсурдными, теперь располагаютъ уже отдѣльными казуистиками, и каждая изъ этихъ операцій имѣетъ свою главу въ руководствахъ клинической хирургіи, каждой изъ нихъ посвящаются цѣлыя монографіи, спеціально трактующія о хирургическихъ заболѣваніяхъ этихъ органовъ и о способахъ оперативнаго вмѣшательства. Даже поджелудочная железа—этотъ наиболѣе недоступный органъ брюшной полости—и та теперь подлежитъ хирургическому лѣченію.

Черепная полость для прежняго хирурга подлежала оперативному вмѣшательству, исключительно ex casu necessitatis, т. е., только въ случаяхъ, гдѣ операція, такъ сказать, напрашивалась сама собою: травматическія поврежденія черепныхъ костей, скопленіе крови и гноя въ полости черепа, инородныя тѣла—вотъ тѣ показанія, которыми руководился прежній хирургъ, рѣшавшійся оперировать на черепѣ. Да и тутъ результаты операціи были не блестящи: *Malgaigne* показалъ, что всѣ трепанированые въ Парижскихъ госпиталяхъ за 6 л. (1835—1841) умерли, у *Н. И. Пирогова* изъ 9 трепанированыхъ умерло —7. Въ настоящее время рамки оперативнаго вмѣшательства на черепѣ расширились: мозговыя опухоли, извѣстные виды падучей, упорныя невральгіи, нѣкоторыя формы психическихъ заболѣваній,

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

пороки развитія черепа,—вотъ новыя показанія современной намъ хирургіи черепа. И опыты, сдѣланные въ этомъ направленіи, въ общемъ утѣшительны. Такъ по *Starr'y* на 61 сл. операціи по поводу мозговыхъ опухолей въ 42 сл. получилось выздоровленіе, а по *Лысенкову* на 19 сл. этой же операціи, произведенной у насъ въ Россіи, въ 13 сл. получился успѣхъ. Для *Jakson'овской* эпилепсіи извѣстно изъ *Graf'*ской казуистики, что на 92 операціи только въ 4 сл. получился смертельный исходъ, а остальные оперированные перенесли операцію.

Нѣсколько поотстала хирургія грудной полости. Много имѣется причинъ этой отсталости: абсолютная важность для жизни органовъ, заключенныхъ въ этой полости, трудность доступа къ нимъ, рѣзкія функціональныя разстройства, которыми сопровождается всякое раненіе этихъ органовъ,—все это задерживало и задерживаетъ ростъ хирургіи грудной полости. Но и тутъ уже кое что сдѣлано. Такъ операціи на легкомъ, по докладу *Tuffier* на Московск. Международномъ Съѣздѣ, насчитываютъ болѣе 300 случаевъ. Даже сердце—это хирургическое noli me tangere—перестало быть не доступнымъ хирургическому вмѣшательству. Извѣстны уже случаи удаленія инородныхъ тѣлъ изъ сердца, случаи наложенія шва на раны сердца. Недавно у насъ въ отечественной литературѣ вышла солидная монографія д-ра *Напалкова* съ многозначительнымъ заглавіемъ: „хирургія сердца".

Наряду съ полостною хирургіей развивается и хирургія отдѣльныхъ тканей и органовъ. Такъ костнопластическія операціи достигли замѣчательнаго развитія, энергично разрабатывается хирургія нервныхъ стволовъ—даже блуждающій нервъ не разъ служилъ предметомъ оперированія. Труднѣйшая операція изсѣченія Гассерова узла, изсѣченіе симпатическаго нерва насчитываютъ казуистику въ десятки и сотни случаевъ. Упомяну, наконецъ, о пластическихъ операціяхъ, гдѣ мы получили возможность переносить цѣлые куски наружныхъ покрововъ съ одного мѣста на другое, съ нижней конечности на верхнюю и обратно.

Въ самое послѣднее время народилась консервативная хирургія сосудистой системы: вмѣсто прежней лигатуры большихъ сосудистыхъ стволовъ (главнымъ образомъ венъ) начинаютъ все чаще и чаще

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

прибѣгать къ наложенію сосудистаго шва. Извѣстенъ, напр., случай успѣшнаго наложенія шва на нижнюю полую вену (*Schede*).

Словомъ, нѣтъ ни одного органа, нѣтъ ни одного уголка человѣческаго тѣла, на которыхъ современный хирургъ не пытался бы такъ или иначе примѣнить свое искусство и свою смѣлость.

Успѣхи хирургіи нашихъ дней на столько велики, что даже трусливый современный человѣкъ охотно идетъ въ операціонную комнату, вручая довѣрчиво свое здоровье и жизнь ножу хирурга. Не рѣдко приходится слышать заявленіе изъ публики, что изъ всей медицины только хирургія и заслуживаетъ довѣрія. Замѣчаніе это—одностороннее, даже легкомысленное, но оно всего лучше свидѣтельствуетъ о томъ довѣріи, которымъ пользуется хирургія въ глазахъ общества. А такое довѣріе пріобрѣтается только истинными успѣхами.

На чемъ же зиждутся эти успѣхи? Каковы тѣ основы, на которыхъ покоится величественное зданіе современной клинической хирургіи?

Отвѣтъ на этотъ вопросъ, мнѣ кажется, можно найти въ трехъ условіяхъ, выгодно отличающихъ современную хирургію отъ хирургіи прежней, и именно: во-первыхъ, въ строго научномъ направленіи современной хирургіи и въ ея тѣсной связи съ т. наз. теоретическими медицинскими науками, во-вторыхъ, въ примѣненіи обезболивающихъ средствъ и, въ третьихъ, въ возможности правильнаго проведенія послѣоперацiоннаго періода.

Это я и постараюсь доказать.

Не такъ прошло много времени, когда на клиническую хирургію смотрѣли исключительно, какъ на искусство, и этотъ взглядъ былъ распространенъ не только среди публики, но даже и среди крупнѣйшихъ представителей хирургіи прежняго времени.

Въ увлекательныхъ запискахъ *Н. И. Пирогова* мы встрѣчаемъ цѣлый рядъ крайне характерныхъ замѣчаній о малой научной подготовкѣ корифеевъ тогдашней хирургіи. „Въ то время, говоритъ *Пироговъ*, практическая медицина была совершенно изолирована отъ главныхъ ея основъ—анатоміи и физіологіи... Сама хирургія не имѣла ничего общаго съ анатоміей. Ни *Rust*, ни *Gräfe*, ни *Diffenbach* не знали анатоміи... *Rust*, производя Chopart'овскую операцію, наивно

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

сказалъ: „я забылъ какъ это тамъ называются двѣ кости стопы—одна выпуклая, какъ кулакъ, другая вогнутая; такъ вотъ отъ этихъ двухъ костей и отнимается передняя часть стопы". *Gräfe* при крупныхъ операціяхъ, приглашалъ анатома *Schlemm*'а и все время спрашивалъ его: „не проходитъ ли тутъ артеріальный или нервный стволъ?" *Diffenbach* просто игнорировалъ анатомію и вышучивалъ анатомовъ... а однажды послалъ *Müller*'у кусочекъ языка, вырѣзанный у заики, прося опредѣлить, какая это мышца? Даже больше: надъ знаніемъ анатоміи *Diffenbach* смѣялся: существованіе надчревной артеріи, столь важной при грыжесѣченіи, онъ считалъ выдумкою анатомовъ, а желая обругать *Velpeau*, котораго онъ не любилъ, онъ не нашелъ сказать ничего болѣе обиднаго: „это какой то anatomicus chirurgicus": обиднѣе этой клички для клинициста—хирурга *Diffenbach* не могъ выдумать.

Подъ вліяніемъ такихъ воззрѣній на хирургію, какъ на искусство, на хирурга тогда смотрѣли какъ на художника и всего болѣе цѣнили въ немъ техническую сторону оперированія. Много сохранилось разсказовъ о быстротѣ и технической ловкости тогдашнихъ хирурговъ. Такъ *Н. И. Пироговъ* разсказываетъ со словъ *Langenbeck*'а, какъ этотъ послѣдній въ присутствіи одного англійскаго хирурга удалилъ верхнюю конечность съ такою быстротою, что тотъ не успѣлъ надѣть очки, въ то время какъ удаленная конечность пролетѣла у него предъ носомъ и вышибла очки. Тогда въ ходу были такіе эпитеты, какъ „орлиный взоръ", „стальная рука", „львиное сердце", которыми награждались хирурги того времени. Да и въ настоящее время даже среди врачей многіе считаютъ хирурга художникомъ, работающимъ какъ бы по вдохновенію. Нѣтъ спора, для занятія хирургіей требуется извѣстный духовный складъ (смѣлость, хладнокровіе, расторопность, находчивость и т. п.) и нѣтъ сомнѣнія, элементъ творчества необходимъ въ клинической хирургіи, но есть нѣчто, несравненно болѣе важное для хирурга—это научная подготовка. Хирургъ—не скульпторъ, который создаетъ статую, не зная физическихъ и химическихъ свойствъ мрамора, на которомъ онъ работаетъ, хирургъ долженъ знать (и при томъ отчетливо) и анатомію, и физіологію, и патологію того органа, на которомъ онъ оперируетъ. Творчество же лишь оживляетъ и освѣщаетъ тѣ научныя положенія, на которыхъ зиждется операція. От-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

того то запасы опыта и богатства клинической хирургіи ростутъ теперь изъ мѣсяца въ мѣсяцъ, изо дня въ день, тогда какъ при одномъ творчествѣ судьба хирургіи зависѣла бы отъ случайныхъ моментовъ отдѣльныхъ личностей. Современный хирургъ средней величины—богаче опытомъ, чѣмъ болѣе даровитые хирурги прежнихъ лѣтъ, а про художниковъ сказать нельзя: извѣстно даже, что лучшіе памятники искусства принадлежатъ къ временамъ классической древности или эпохѣ возрожденія.

Для доказательства своего положенія, что ростъ современной клинической хирургіи стоитъ въ тѣсной связи съ лабораторною работою и кабинетнымъ изслѣдованіемъ, я ограничусь двумя-тремя примѣрами. Возьму операцію удаленія зоба. 50 лѣтъ тому назадъ эта операція пользовалась самою дурною славою. Даже такіе корифеи хирургіи, какъ *Nélaton*, располагали въ своей практикѣ единичными случаями операціи такого рода. *Malgaigne* говоритъ: „судя по немногимъ случаямъ, которые намъ извѣстны, операція удаленія зоба—одна изъ самыхъ ужасныхъ въ хирургіи“. *Syme* называлъ „отчаяннымъ“ того хирурга, который рискуетъ на нее, а *Mayor* восклицаетъ патетически: „удалять зобъ! При одномъ этомъ словѣ самый безстрашный хирургъ бываетъ объятъ ужасомъ и многочисленныя жертвы этой отчаянной операціи вполнѣ оправдываютъ этотъ страхъ“. *Gurlt* въ 50 г.г. назвалъ операцію удаленія зоба „рѣзней“.

Главнѣйшую опасность этой операціи составляетъ кровотеченіе. Но вотъ анатомическое изслѣдованіе зоба показало, что эту опасность можно предотвратить перевязкою щитовидныхъ артерій, и операція тотчасъ перестала страшить хирурговъ, и казуистика ея сразу обогатилась десятками и сотнями наблюденій. Но вскорѣ ждало новое разочарованіе: оказалось, что послѣ удаленія зоба въ иныхъ случаяхъ развиваются въ высшей степени опасныя осложненія, въ видѣ tetania, cachexia strumipriva, идіотизмъ, и кредитъ операціи опять было подорвался. Но тутъ выручили физіологи, которые путемъ лабораторныхъ опытовъ и кабинетныхъ изслѣдованій выяснили причину подобныхъ осложненій и вмѣстѣ съ тѣмъ научили и избѣгать ихъ, доказавъ, что необходимо оставлять извѣстную часть щитовидной железы въ организмѣ оперуемаго. Въ концѣ концовъ эта „страшная операція“ потеряла свой страхъ и рѣдкій хирургъ теперь не оперируетъ съ успѣ-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

хомъ зоба. *Rererdin* на съѣздѣ французскихъ хирурговъ въ 1896 году сообщилъ уже о 6103 случаяхъ операцій удаленія зоба, собранныхъ имъ изъ литературы. *Kocher* недавно опубликовалъ вторую тысячу операцій удаленія зоба. На VII Пироговскомъ съѣздѣ мы представили обзоръ болѣе 400 случаевъ указанной операціи, собранныхъ нами изъ отечественной литературы. Такимъ образомъ для современнаго хирурга не нужно быть „отчаяннымъ", чтобы приступать къ этой операціи.

Также характерно вліяніе лабораторныхъ изслѣдованій на развитіе черепной хирургіи. До 70 гг. прошлаго столѣтія этотъ отдѣлъ клинической хирургіи представлялъ собою лишь пеструю казуистику болѣе или менѣе курьезныхъ случаевъ поврежденій и заболѣваній черепа съ его содержимымъ, и показанія къ оперативному вмѣшательству были крайне ограничены, а результаты этого вмѣшательства, какъ было сказано выше, весьма плачевны. Но дѣло измѣнилось, когда на помощь клинической хирургіи пришла физіологія, анатомія и гистологія. Проф. *Тауберъ* называетъ физіологовъ *Fritsch*, *Hitzig*, *Ferrier*, *Munk'a* - піонерами мозговой хирургіи. И дѣйствительно, разъ доказано существованіе въ мозгу извѣстныхъ центровъ съ опредѣленными функціями, то само собою явилась мысль такъ или иначе воздѣйствовать на эти центры оперативнымъ путемъ въ подходящихъ случаяхъ. И чѣмъ точнѣе физіологи и анатомы опредѣляли положеніе этихъ центровъ, тѣмъ опредѣленнѣе выяснялась хирургическая патологія мозга, а отсюда и мозговая хирургія изъ пестрой казуистики отдѣльныхъ наблюденій превратилась въ связанную главу клинической хирургіи. Я живо припоминаю то удивленіе, граничащее съ восхищеніемъ, которое охватило цѣлую аудиторію проф. *Bergmann'a*, когда онъ, вскрывъ черепъ, удалилъ недоброкачественную опухоль изъ подкоркового слоя, при чемъ разпознаваніе опухоли было сдѣлано до операціи вполнѣ точно. Какъ это можно было узнать? спрашивалъ меня случайный посѣтитель не медикъ. Отвѣтъ на этотъ вопросъ былъ данъ въ тиши физіологическихъ лабораторій и анатомическихъ кабинетовъ.

Еще одинъ примѣръ вліянія теоретическихъ наукъ на развитіе клинической хирургіи. Удаленіе почки въ настоящее время не представляетъ рѣдкости, но время отъ времени встрѣчаются такіе случаи, гдѣ послѣ удаленія почки при правильномъ теченіи послѣопераціоннаго періода неожидано развиваются уремическія явленія, при

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

которыхъ больной и погибаетъ. Вскрытіе показываетъ тѣ или иныя измѣненія въ оставшейся почкѣ, но выраженныя такъ мало, что клинически ихъ предвидѣть было нельзя. Невольно является вопросъ: какъ и когда можно удалять почку, не рискуя вызвать недостаточную функцію другой почки? Этимъ вопросомъ рѣшается показаніе къ операціи, а потому онъ имѣетъ огромную важность для клинициста хирурга. Отвѣтъ и въ этомъ случаѣ дало намъ лабораторное изслѣдованіе. Проф. *Karany* въ Буда-Пештѣ, изслѣдуя физическія свойства мочи и крови, нашелъ что точка замерзанія этихъ жидкостей, взятыхъ отъ здоровыхъ людей при одинаковыхъ условіяхъ (барометрическое давленіе и т. п.), варіируетъ въ весьма узкихъ предѣлахъ сравнительно съ замерзаніемъ воды. Для крови, напр., онъ нашелъ, что точка замерзанія на 0,56—0,58° ниже замерзанія воды. Но если у животнаго, напр. у кролика, вызвать искусственно острое воспаленіе почекъ (введеніемъ кантаридина), то указанная разница въ замерзаніи крови увеличится до 0,65—0,70° и болѣе. И по отношенію къ человѣку эта проба дала тотъ же результатъ: при нормальной функціи почекъ точка замерзанія крови ниже замерзанія воды на 0,56—0,58, а при недостаточной функціи почекъ она падаетъ ниже. Отсюда и практическій выводъ: если предъ операціей удаленія почки точка замерзанія крови, взятой у больного, будетъ въ предѣлахъ вышеуказанной разницы, то операція, значитъ, показана, и почка, считающаяся здоровою, функціонируетъ въ достаточной степени; если же эта разница выражена больше, то операція представляется опасною въ виду возможности недостаточной дѣятельности другой почки. Д--ръ Н. *Kümmel* въ Гамбургѣ, который много занимался вопросомъ о клиническомъ значеніи пробы замораживанія, приводитъ результаты своихъ 50 случаевъ операціи на почкѣ при предварительномъ примѣненіи этой пробы и дѣлаетъ выводъ: „до введенія въ практику этой пробы я въ 4 случаяхъ потерялъ больныхъ послѣ операціи удаленія почки, такъ я не могъ (ausser Stande war) разпознать функціональную недостаточность другой почки; на эти же 50 случаевъ, обслѣдованныхъ до операціи на пробу замораживанія, ни разу не было неудачи, и наше предположеніе о функціональной достаточности остающейся почки во всѣхъ случаяхъ оправдалось“. Такимъ образомъ проба замораживанія

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

крови и мочи, будучи результатомъ чисто лабораторнаго изслѣдованія, разъяснила одинъ изъ важнѣйшихъ вопросовъ почечной хирургіи и, слѣд., дала новый толчекъ дальнѣйшему ея развитію.

Эти три примѣра—а ихъ можно набрать сколько угодно—достаточно ясно показываютъ, какое могущественное вліяніе оказываютъ такъ называемыя теретическія науки на ходъ и развитіе клинической медицины, и чѣмъ ближе связь между этими науками и практической хирургіей, тѣмъ сильнѣе и многообразнѣе развитіе послѣдней, а личный элементъ творчества въ клинической хирургіи играетъ роль лишь по стольку, по скольку онъ имѣетъ въ основѣ данныя, добытыя научнымъ изслѣдованіемъ. Теоретическія науки по отношенію къ клинической хирургіи являются тѣмъ же, чѣмъ для инженернаго искусства являются математика, физика, механика, динамика.—Вотъ въ этой то связи, интимной, органической и нужно искать одинъ изъ важнѣйшихъ устоевъ современной клинической хирургіи, и въ ней то и дается незыблимая гарантія ея дальнѣйшаго поступательнаго развитія.

Но не нужно забывать, что клиническая хирургія имѣетъ своимъ объектомъ живаго человѣка, т. е. разумное существо, повинующееся непреложному закону, заставляющему его избѣгать страданія. А хирургическія мѣропріятія неизбѣжно сопряжены съ причиненіемъ больному страданій, иногда даже болѣе сильныхъ, чѣмъ сама болѣзнь, по поводу которой предпринимается вмѣшательство. Слѣдовательно, хирургическое лѣченіе по необходимости должно отталкивать отъ себя больныхъ и, такимъ образомъ, клинической хирургіи уже съ перваго шага представляется препятствіе къ ея развитію. Поэтому открытіе обезболивающихъ средствъ является необходимѣйшимъ условіемъ для развитія хирургіи. Такія средства были извѣстны съ временъ глубокой древности—мандрагора у древнихъ евреевъ, гашишъ у китайцевъ, мемфисскій камень въ уксусѣ у грековъ и т. д. Но эти пріемы были слишкомъ, разумѣется, примитивны и несовершенны, чтобы ими можно было пользоваться въ широкихъ предѣлахъ, а потому большинство операцій въ прежнее время производилось все таки безъ анэстезіи. Въ исторіи хирургіи *Gurlt*'а приведенъ снимокъ со старинной гравюры, гдѣ изображено производство ампутаціи голени по поводу огнестрѣльнаго поврежденія: оперируемый сидитъ на стулѣ со связанными руками, съ запрокинутой назадъ головой и съ выкатившимися

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

отъ боли глазами. Да немало сохранилось описаній очевидцевъ, присутствовавшихъ при операціяхъ, производившихся въ недоброе старое время безъ обезболиванія, и вчужѣ становится страшно, когда читаешь, какъ крѣпко привязанный больной со стонами и проклятіями хриплымъ голосомъ умолялъ тогдашняго хирурга прекратить пытку, называемую операціей. Первыя научныя попытки примѣнять обезболиваніе въ цѣляхъ хирургіи были сдѣланы зубнымъ врачемъ *Morton*'омъ воспользовавшимся закисью азота. Затѣмъ *Jakson* въ 1838 г. открылъ обезболивающее дѣйствіе эѳира, а *Simpson* 1847 г. сообщилъ свои наблюденія надъ хлороформомъ на основаніи 87 случаевъ его примѣненія. Трудно теперь представить, какую сенсацію произвели среди хирурговъ эти открытія въ области обезболиванія.

У насъ въ Россіи первый опытъ примѣненія хлороформа былъ сдѣланъ въ Москвѣ въ 1847 г. проф. *Полемъ* при операціи камнесѣченія у 10 лѣтняго мальчика. Но въ высокой степени интересно и поучительно отношеніе къ введенію обезболиванія въ хирургическую практику со стороны одного изъ величайшихъ хирурговъ истекшаго столѣтія *Н. И. Пирогова*. Въ своей статьѣ, посвященной вопросу объ обезболиваніи эѳиромъ, онъ говоритъ: „для хирурга, который въ видахъ пользы своего поціента, силою воли, разсудка и, наконецъ, привычкою успѣлъ единожды побѣдить въ себѣ чувство невольнаго ужаса, производимаго стонами и другими выраженіями боли, производить операцію надъ человѣкомъ, лишеннымъ чувства и воли—занятіе тяжкое и отвратительное“... Далѣе онъ приводитъ нѣкоторыя соображенія противъ усыпленія эѳиромъ: возможность заставить больного во время операціи дѣлать тѣ или иныя сознательныя движенія, „естественность больнымъ ощущеній, какъ неизбѣжное условіе операціи, подобно родовымъ болямъ при родоразрѣшеніи“, но въ концѣ концовъ онъ заключаетъ: „когда я побѣдилъ въ себѣ отвращеніе къ эѳиру... я убѣдился, что пары эѳира—средство, заслуживающее полнаго вниманія врачей, въ одномъ отношеніи обѣщающее *даже совершенно преобразовать всю хирургію*“. Поразительно это колебаніе великаго ума, не принимающаго ничего на вѣру, но все ко всему относящегося съ критической точки зрѣнія, все взвѣшивающаго, все анализирующаго и только тогда уже приходившаго къ извѣстному заключенію! Пророческія слова *Н. И. Пирогова* оправдались: обезболивающія средства преобразовали хирургію и

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

создали ей одно изъ первыхъ условій къ ея росту и развитію. Во времена Крымской компаніи у насъ было, по *Пирогову*, до 10—15000 случаевъ примѣненія общей анэстезіи, да у непріятеля отъ 15000 до 20000 случаевъ. А какое число операцій производится при общемъ обезболиваніи теперь, даже трудно представить себѣ.

Gurlt за 5 лѣтъ съ 1891 по 1896 г. располагалъ казуистикою выше 270000 операцій съ хлороформеннымъ усыпленіемъ. Отдѣльные хирурги располагаютъ десятками тысячъ примѣненій общаго усыпленія—напр. покойный *Грубе* (изъ Харькова) за 37 л. своей практики примѣнялъ хлороформъ 30000 разъ.

Въ настоящее время вопросъ объ обезболиваніи разросся въ чрезвычайно большую главу съ подъотдѣленіями: различаютъ общее, мѣстное и спинномозговое обезболиваніе, и число обезболивающихъ средствъ разрослось до значительныхъ предѣловъ. Для насъ важно лишь то, что современная клиническая хирургія уже перестала быть той инквизиціей, какою она, по необходимости, была для больныхъ прежняго времени. Не даромъ же извѣстный популяризаторъ *Figier* поставилъ хлороформъ въ числѣ чудесъ природы на ряду съ электричествомъ, паромъ и т. п.

Такимъ образомъ, открытіе обезболивающихъ средствъ я считаю вторымъ основнымъ камнемъ клинической хирургіи.

Итакъ, современный хирургъ на основаніи болѣе или менѣе точнаго научнаго изслѣдованія ставитъ распознаваніе болѣзни, намѣчаетъ планъ оперативнаго мѣропріятія, безболѣзненно производитъ операцію. Но этимъ дѣло не оканчивается: наступаетъ послѣопераціонный періодъ—къ чему то приведетъ онъ? Получится ли гладкое теченіе раны, наступятъ ли какія либо осложненія, которыя затянутъ ея заживленіе, а не то и погубятъ оперированнаго? Если мы бросимъ взглядъ на прежнюю хирургію, то увидимъ, что отвѣты на эти вопросы были неутѣшительны. Прежній хирургъ, разобравшись въ болѣзни (часто совершенно правильно) и произведя операцію (иногда блестяще, артистически), оказывался въ самомъ безпомощномъ положеніи въ теченіи послѣоперацiоннаго періода. Онъ не зналъ, что будетъ съ его оперированнымъ: замутится ли теченіе операціонной раны какими либо осложненіями, или оно пройдетъ гладко, потому что всегда, въ каждомъ случаѣ, больному послѣ операціи угрожалъ рядъ осложненій

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

септическаго характера. А такихъ осложненій было много, и они были страшны—піэмія, септицэмія, острогнойный отекъ, рожа, столбнякъ и т. д. и въ лучшемъ случаѣ обильное нагноеніе. Нашъ великій учитель *Н. И. Пироговъ* назвалъ эти осложненія „бичами“ или „египетскими язвами“ хирургіи.

Подобныя септическія осложненія были обычными гостями хирургическихъ палатъ. „80% всѣхъ ранъ, говоритъ *Lindpaintner* о клиникѣ проф. *Nussbaum*, поражались госпитальнымъ омертвеніемъ. Рожа у насъ была на столько обычна, что появленіе ея мы считали нормою; заживленіе первымъ натяженіемъ у насъ не происходило совсѣмъ. Изъ 17 ампутированныхъ—11 умерли отъ піэміи“. Смертность въ клиникѣ *Volkmann* была не менѣе 40%. О томъ отчаяніи, которое повременамъ охватывало хирурговъ того времени при видѣ опустошеній, производимыхъ этими бичами среди оперированныхъ, говоритъ слѣдующее заявленіе *Н. И. Пирогова*: „если я оглянусь на кладбища, гдѣ схоронены зараженные въ госпиталяхъ, то я не знаю, чему болѣе удивляться: стоицимзу ли хирурговъ, занимающихся изобрѣтеніемъ новыхъ операцій, или довѣрію, которымъ еще продолжаютъ пользоваться госпитали у правительства и общества“. И все, что могъ сказать хирургъ утѣшительнаго для больного относительно послѣоперацiоннаго періода, сводилось къ классическому выраженію *Amb. Paré*— „я тебя перевязываю, а вылѣчитъ тебя Богъ“, т. е.: я распозналъ болѣзнь, удалилъ ее операціей, а дальше... дальше... я ничего не знаю, я ничего не могу сдѣлать: тутъ провидѣніе, судьба, случай... и только. Не требуется разъясненій, насколько такой порядокъ вещей тормозилъ развитіе хирургіи. Не даромъ же *Velpeau*, если не ошибаюсь, на предложеніе сдѣлать ему самому операцію резекціи ребра по поводу эмпіемы, отвѣчалъ: „я предпочту умереть отъ руки Бога, чѣмъ отъ руки человѣка“. Не сама по себѣ операція была ему страшна—операція эта одна изъ простыхъ—а страшны были послѣдствія ея, съ которыми *Velpeau* былъ слишкомъ хорошо знакомъ.

Итакъ, для новѣйшей хирургіи нужно было рѣшить эту загадку—развитіе септическихъ осложненій въ послѣоперацiонномъ періодѣ. Это было сдѣлано благодаря знаменитымъ теперь и скромнымъ тогда опытамъ *L. Pasteur*'а, доказавшимъ, что въ живомъ мірѣ кромѣ видимыхъ простымъ глазомъ существъ, есть еще міръ мельчайшихъ орга-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

низмовъ, недоступныхъ невооруженному глазу, но вызывающихъ въ извѣстныхъ случаяхъ рѣзкія физико-химическія измѣненія въ органическихъ средахъ. Этими опытами было положено основаніе бактеріологіи.

J. Lister, эдинбургскій хирургъ, примѣнилъ эти данныя къ клинической хирургіи и этимъ самымъ создалъ т. наз. антисептическій методъ оперированія. Результаты этого метода были ослѣпительны: септическія осложненія выпали изъ практики хирургическихъ клиникъ; раны стали заживать первичнымъ натяженіемъ, послѣопераціонный періодъ сталъ протекать гладко, и хирургъ, так. обр., получилъ возможность видѣть результатъ своей операціи такимъ, какимъ онъ хотѣлъ, а не такимъ, какой давала ему судьба. Антисептическій методъ *Lister*'а далъ больше, чѣмъ отъ него ожидали, породивъ так. назыв., асептическій способъ оперированія, т. е., простоту оперированія и перевязки, абсолютную безопасность въ смыслѣ отравленія и прочную гарантію за гладкое теченіе операціонной раны. Асептическимъ способомъ пользуется теперь вся хирургія, если ей приходится имѣть дѣло съ незараженною раною. Успѣхи клинической хирургіи въ смыслѣ правильнаго проведенія операціонной раны были таковы, что *Volkmann* говорилъ въ 70 годахъ: „Еще недавно хирургъ, кончая операцію, уподоблялся землепашцу, который, засѣявъ свое поле, смиренно ожидаетъ свою жатву и принимаетъ ее таковою, какою бы она ни оказалась... Въ настоящее же время хирургъ подобенъ фабриканту, который напередъ можетъ поручиться за доброкачественность своего товара". А. *Nussbaum* въ 1881 г. заявилъ публично: „за всякое септическое осложненіе операціонной раны хирургъ долженъ отвѣчать предъ судомъ"... Какая разница между этими твердыми, самоувѣренными выраженіями современнаго хирурга и робкимъ выраженіемъ *Amb. Paré*: „я тебя перевязываю, а вылѣчитъ тебя Богъ!".

Въ этой увѣренности въ правильномъ теченіи послѣоперацiоннаго періода мы видимъ третью основу современной хирургіи,—основу, которая служитъ гарантіей дальнѣйшаго развитія послѣдней.

Изъ сказаннаго видно, что клиническая хиругія нашихъ дней удовлетворяетъ тремъ главнѣйшимъ требованіямъ, которыя мы представляемъ ей: во первыхъ, она даетъ возможность болѣе или менѣе правильно и научно разобраться въ болѣзненныхъ формахъ, подле-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

жащихъ оперативному вмѣшательству, во вторыхъ, даетъ возможность оперировать безболѣзненно, и въ третьихъ, даетъ ручательство въ правильномъ теченіи послѣопераціоннаго періода. Съ этими данными нельзя не предвидѣть и дальнѣйшаго роста и развитія клинической хирургіи. Но нельзя однако думать, что величественное зданіе клинической хирургіи закончено; скорѣе даже можно сказать, что лишь заложено ея основаніе, да вчернѣ намѣчено дальнѣйшее строительство, но за то это основаніе незыблимо, а планъ строительства выработанъ научно. Мы, рядовые работники, призваны, чтобы по мѣрѣ нашихъ слабыхъ силъ вести это дѣло въ томъ же поступательномъ движеніи и въ томъ же направленіи, какія намъ указаны нашими предшественниками. Намъ много дано: и методика, и техника, и матеріалъ, и орудія, но за то съ насъ много и спросится нашими преемниками, и чтобы не оказаться въ положеніи лѣнивыхъ евангельскихъ рабовъ, закопавшихъ свой талантъ въ землю, мы должны поддерживать ту интимную и органическую связь клинической хирургіи съ теоретическою медициною, которая является основнымъ камнемъ современной клиники. Нравственное чувство обязуетъ насъ взяться за общее всѣмъ намъ дѣло—развитія научной медицины вообще и клинической хирургіи въ частности, памятуя, что тутъ дѣло идетъ о величайшемъ благѣ—здоровьѣ человѣка, и что полученные въ этомъ отношеніи успѣхи оплачены моремъ страданій болящаго человѣчества. Для насъ, работающихъ въ клиникахъ юнаго еще университета, этотъ призывъ имѣетъ особенное значеніе: такъ какъ нашъ университетъ состоитъ еще въ неоплатныхъ должникахъ предъ государствомъ и обществомъ, то мы должны съ особеннымъ рвеніемъ проводить въ жизнь тотъ свѣтъ научнаго знанія, который загорѣлся въ стѣнахъ нашего университета и который началъ уже проникать въ темныя дебри Сибирской тайги. И въ тотъ часъ, когда наша совѣсть скажетъ намъ, что мы оправдали довѣріе университета, наша земная миссія, какъ врачей будетъ исполнена, а нашъ долгъ предъ государствомъ и обществомъ выплаченъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

2

Къ вопросу о скоропостижной смерти при произвольномъ разрывѣ сердца.

М. Райскаго.

(Изъ лабораторіи судебной медицины Томскаго университета).

Уже издавна въ ученіи о разрывѣ сердца различали разрывы вслѣдствіе воздѣйствія внѣшней силы, называемые травматическими, и разрывы не зависящіе отъ внѣшняго насилія, а обусловленные тѣмъ или инымъ патологическимъ процессомъ въ самомъ сердцѣ. Среди разрывовъ сердца послѣдняго происхожденія можно выдѣлить небольшую подгруппу rupturoe cordis, гдѣ болѣзненный процессъ исходитъ не изъ сердца, а начавшись гдѣ нибудь по сосѣдству, лишь постепенно per continuitatem переходитъ на сердце и ведетъ его къ разрыву. Такъ, въ литературѣ извѣстны случаи разрыва сердца, точнѣе перфораціи его, раковымъ новообразованіемъ пищевода[1]) и круглой язвой желудка[2]). Оставивъ такого рода случаи, а равно и разрывы травматическаго характера, мы въ дальнѣйшемъ изложеніи займемся исключительно разрывами сердца, вызванными тѣми или другими первичными измѣненіями его самого, разрывами, носящими въ общемъ неточное названіе произвольныхъ, самородныхъ, самобытныхъ, спонтанныхъ и т. п. Перечисленныя опредѣленія неточны потому, что въ нихъ нѣтъ указанія на патологическое состояніе разрывающагося сердца, а даже наоборотъ какъ бы подчеркивается возможность разрыва сердца произвольно, самобытно и т. д., словомъ, безъ связи съ какимъ-либо предыдущимъ заболѣваніемъ, чего въ дѣйствительности не бываетъ. Несмотря на неточность приведенныхъ терминовъ, мы всетаки будемъ ими пользоваться, ибо лучшихъ нѣтъ.

[1]) Цитир. по Meyer'y „Spontane Hersquptur" Deutsch. Arel. f. Klin. Med. 43 Bd.
[2]) Fahresber. Virch. 1881, II Bd. 188; 1882, II Bd., 179.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Къ скоропостижной смерти ведутъ весьма многія и очень разнообразныя заболѣванія. Среди нихъ произвольный разрывъ сердца встрѣчается наиболѣе рѣдко. По словамъ, напримѣръ, бывшаго казанскаго профессора Гвоздева[1]), онъ въ теченіи почти двадцатилѣтней профессорской дѣятельности не можетъ припомнить ни одного вскрытія, гдѣ внезапная смерть произошла-бы отъ разрыва сердца, хотя за этотъ періодъ въ его присутствіи произведено около 900 вскрытій. Если, однако, просмотрѣть въ медицинской литературѣ работы, такъ или иначе затрогивающія вопросъ о ruptura cordis, то можно придти къ выводу, что саморазрывъ сердца не есть ужъ очень большая рѣдкость и встрѣчается въ общемъ гораздо чаще, чѣмъ можно думать, судя по только что приведенному заявленію проф. Гвоздева.

Такъ, Девержи на извѣстные 40 случаевъ скоропостижной смерти, послужившихъ ему матеріаломъ для установленія положенія, что наиболѣе частою причиною внезапной смерти является первичный приливъ крови къ легкимъ или одновременно къ легкимъ и къ мозгу, встрѣтилъ одинъ разрывъ сердца. Чрезъ 19 лѣтъ Aran[2]) въ работѣ, доказывающей въ противоположность Девержи происхожденіе внезапной смерти (de mort subite) по преимуществу отъ заболѣванія сердца и сосудовъ, на 202 случая скоропостижной смерти, въ зависимости отъ патологическихъ измѣненій въ сердцѣ и сосудахъ, приводитъ 33 отъ разрыва сердца. Цифра исключительная! Если оставить Quain'a[3]), который на 83 внезапныхъ смертей при жирномъ сердцѣ (Fettherz) насчитываетъ 28 смертей отъ разрыва сердца, то у всѣхъ другихъ авторовъ, какъ современныхъ названнымъ, такъ и послѣдующихъ, относительное количество саморазрывовъ сердца, къ общему числу скоропостижно-умершихъ несравненно меньше. У Herrich'a и Popp'a[4]) на 98 внезапныхъ смертей (der plotzlichen Tode) приходится 3 разрыва сердца; у Farre[5]) на 1087 случаевъ 36 разрывовъ. Позднѣйшіе авторы даютъ цифры еще меньшія. Проф. судебной медицины въ Стокгольмѣ

[1]) „Первичный наружный осмотръ мертваго тѣла извѣстной личности“ Учен. Зап. Каз. У—та 1885 г.

[2]) Цитировано по Key-Aberg'y (см. ниже).

[3]) Eichhorst. „Handb. d. spec. Pathol. u. Terap.“ 1885, Bd. I.

[4]) Цитир. по Key-Aberg'y.

[5]) Тоже.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Key-Aberg[1]), обработавшій матеріалъ судебно-медицинскаго института въ Вѣнѣ съ 1881 по 1886 годъ, на 852 случаевъ скоропостижной смерти нашелъ лишь 15 смертей отъ разрыва сердца. Д-ръ Kleinberg[2]), обработавшій матеріалъ Юрьевскаго судебно-медицинскаго института за 12 лѣтъ (съ 1880 по 1891 включительно) и данныя Рижскаго городового врача за 6 лѣтъ (съ 1886 по 1891 годъ включительно), на 277 вскрытій скоропостижно-умершихъ встрѣтилъ 1 разрывъ сердца. Проф. A. Lesser[3]) на 171 случай скоропостижной смерти имѣлъ тоже 1 разрывъ сердца. Westcott[4]), коронеръ Лондона, приводя 303 случая внезапной смерти, насчитываетъ среди нихъ три разрыва сердца. Старшій городовой врачъ въ Харьковѣ, д-ръ Беллинъ[5]) съ 1879 года за 14 лѣтъ своей дѣятельности на 320 скоропостижно-умершихъ констатировалъ разрывъ сердца два раза. По заявленію д-ра Неболюбова[6]) при казанскомъ судебно-медицинскомъ институтѣ за 25—30 лѣтъ, по крайней мѣрѣ, на 1000 вскрытій внезапно-умершихъ разрывъ сердца встрѣтился два раза. Д—ръ Александровъ[7]) въ 1901 году сообщилъ 162 случая скоропостижной смерти и среди нихъ нѣтъ ни одного отъ разрыва сердца. По даннымъ д-ра Stoenescu[8]) при институтѣ судебной медицины въ Бухарестѣ на 491 случай внезапной смерти приходится три смерти отъ спонтаннаго разрыва сердца. Наконецъ, при кафедрѣ судебной медицины Томскаго университета съ 1891 года по 1903 произведено 275 вскрытій скоропостижно-умершихъ и произвольный разрывъ сердца среди нихъ встрѣтился 2 раза.

Выражая въ процентахъ только что приведенныя цифровыя данныя, мы получаемъ слѣдующее.

---

[1]) Key-Aberg. „Endarteriitis chron. deform. als Ursache plötzlichen Todes". Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. 1888, Bd. 48.

[2]) Kleinberg. „Todesursachen bei plötzlichen Tode". Dis. 1892.

[3]) Lesser. „Die wichtigsten Sectionsergebn. in 171 Fälle plötzlich. Todes". Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. 1888, Bd. 48.

[4]) Brit. Medic. Journ. 17 oct. 1891. Цитир. по Jahresbericht Virchov'a 1891, Bd. I.

[5]) Беллинъ. „Къ вопросу о причинахъ скоропостижной смерти". Вѣстн. Общ. Гиг., Суд. и Практ. Мед. 1893 г., XIX т.

[6]) Неболюбовъ. „Дневн. общ. врачей при Казанск. У—тѣ". 1898 г., III в.

[7]) Александровъ „Къ вопросу о причинахъ скоропостижной смерти". Вѣстн. Общ. Гиг., Суд. и Практ. Мед. 1901 г.

[8]) Stoenescu. „Annal. d'hygiene publique"... 1902, octob.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

По статистикѣ Девержи, обнимающей 40 случаевъ скоропостижной смерти, разрывъ сердца встрѣчается въ 2,5%

Aran'a	202	16,33%	Westcott'a	303	0,99%
Quain'a	83	33,78%	Беллина	320	0,6%
Herrich'a и Popp'a	1087	3,31%	Неболюбова	1000	0,2%
Key-Aberg'a	852	1,75%	Александрова	162	0%
Kleinberg'a	227	0,36%	Stoenescu	491	0,61%
Lesser'a	171	0,58%	Ин. с. м. въ Том.	275	0,73%

Изъ данной таблицы видно, что цифры Aran'a и особенно Quain'a стоятъ особнякомъ. Число смертей отъ саморазрыва сердца среди скоропостижно-умершихъ, показанное у нихъ, такъ велико, что при сравненіи ихъ цифръ съ цифрами другихъ авторовъ ясно выступаетъ полное несоотвѣтствіе однихъ другимъ. Отъ чего это зависитъ? Прежде всего и естественнѣе, казалось, поставить въ связь разницу въ цифровыхъ данныхъ съ тѣмъ, что обѣ работы разбираютъ разрывъ сердца лишь по отношенію къ числу внезапныхъ смертей извѣстнаго и опредѣленнаго вида, а именно: Aran къ числу скоропостижно-умершихъ въ зависимости отъ заболѣванія сердца и сосудовъ, а Quain въ зависимости отъ жирнаго сердца. Кстати отмѣтимъ здѣсь, что Quain и вообще въ его время не различали, какъ теперь, adipositas cordis, то-есть жирное сердце въ узкомъ смыслѣ, отъ degeneratio cordis adiposa, то-есть отъ жирно-перерожденнаго сердца. Отъ указаннаго ограниченія процентное отношеніе разрыва сердца къ приводимому ими числу скоропостижныхъ смертей, конечно, значительно повышается. Но, принимая и эту поправку, нельзя не признать цифръ Aran'a и Quain'a чрезвычайно высокими.

Въ самомъ дѣлѣ, если у Aran'a на 202 скоропостижноумершихъ отъ причинъ, лежащихъ въ сердцѣ и сосудахъ, разрывъ сердца имѣлъ мѣсто въ 33 случаяхъ или въ 16,33%

то у Key-Aberg'a	на	634	15	2,4%
„ Kleinberg'a	„	133	1	0,75%
„ Lesser'a	„	100	1	1%
„ Беллина	„	165	2	1,21%
„ Westcott'a	„	133	3	2,2%
по даннымъ института судебной медицины въ Томскѣ	„	126	2	1,6%

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Разница съ Aran'омъ, какъ видно, очень большая!

Теперь перейдемъ къ Quain'у. По его даннымъ изъ 83 смертей при жирномъ сердцѣ 28 послѣдовали отъ разрыва сердца. Этотъ расчетъ, какъ узнаемъ ниже, былъ когда-то общепризнаннымъ; когда-то вслѣдъ и на основаніи Quain'а утверждали, что именно жирное сердце и есть самая частая и обычная причина разрывовъ сердца. Но приводимыя Quain'омъ цифры, а слѣдовательно и выводъ изъ нихъ, едва ли соотвѣтствуетъ дѣйствительности. Проф. Kisch[1]), воспользовавшись матеріаломъ судебно-медицинскаго института въ Прагѣ, собралъ 19 случаевъ внезапной смерти, въ которыхъ при общемъ ожирѣніи всегда имѣлась degeneratio cordis adiposa, и разрывъ сердца, какъ конечный причинный моментъ смерти, встрѣтился среди нихъ только 1 разъ. Въ той-же статьѣ проф. Kisch попутно упоминаетъ, что въ другихъ, обнародованныхъ имъ, 18 подобныхъ-же случаяхъ разрыва сердца совсѣмъ не было. Слѣдовательно, у проф. Kisch'а на 37 смертей при жирномъ, resp. жирноперерожденномъ сердцѣ имѣется 1 разрывъ сердца, то-есть лишь въ 2,7%, что цитируемый авторъ и подчеркиваетъ. По сравненію съ Quain'омъ, у котораго летальный исходъ отъ rupturae cordis при соотвѣтствующемъ заболѣваніи исчисляется почти въ 34%, процентъ проф. Kisch'а очень небольшой.

Изъ изложеннаго ясно, что если ввести извѣстную поправку къ Aran'у и Quain'у, если сравнивать ихъ данныя съ однородными данными другихъ авторовъ, и то разница между первыми и послѣдними является громадной: цифры Aran'а и Quain'а превосходятъ въ 16—25 разъ цифры Key-Aberg'а, Kleinberg'а, Lesser'а, Беллина, Kisch'а и т. д. Такъ какъ данныя послѣдне-поименованныхъ авторовъ—Key-Aberg'а, Kleinberg'а и другихъ относятся къ опредѣленному мѣсту, охватывая по возможности весь матеріалъ за извѣстный, сравнительно недавній періодъ времени, когда изслѣдованіе и собираніе наблюденій поставлены гораздо точнѣе, то не можетъ быть сомнѣнія въ большемъ соотвѣтствіи истинѣ ихъ данныхъ, а не Aran'а и Quain'а. Относительно послѣднихъ авторовъ тогда придется замѣтить, что значительное число случаевъ разрыва сердца, показанное у нихъ, обусловливается можетъ быть простой случайностью подбора данныхъ, причемъ, весьма

[1]) Kisch. „Ueber plotzliche Todesfälle bei Lipomatosis universalis". Berlin. klin. Wochenschr. 1886, № 8.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

возможно, не обошлось и безъ вліянія взглядовъ эпохи, ибо работы разбираемыхъ авторовъ относятся къ тому времени, когда въ противоположность Девержи внезапную смерть начали ставить въ связь съ патологическимъ состояніемъ сердца и сосудовъ, а разрыву ихъ приписывать чуть не главную роль.

Переходя къ разбору данныхъ остальныхъ авторовъ, мы видимъ, что и у нихъ процентное отношеніе разрыва сердца къ числу скоропостижно-умершихъ значительно колеблется, давая въ общемъ цифры большія у старыхъ авторовъ и меньшія у позднѣйшихъ. У Farre оно, напримѣръ, въ 8 разъ больше, чѣмъ у Kleinberg'a. Но если сравнивать авторовъ, стоящихъ по времени болѣе близко другъ къ другу, то такихъ рѣзкихъ колебаній, насколько позволяютъ судить наши, хотя и не особенно богатыя данныя[1]), не наблюдается. Такъ, согласно секціоннаго матеріала судебно-медицинскихъ институтовъ Вѣны, Дерпта, Казани, Бухареста, Томска, городовыхъ врачей Харьковскаго, Рижскаго, коронера Лондона, проф. Лессера и д-ра Александрова, относящагося къ разнымъ годамъ 2—3-хъ послѣднихъ десятилѣтій, разрывъ сердца среди скоропостижныхъ смертей составляетъ 0,76% (на 3800 вскрытій—29 разрывовъ сердца), давая наибольшее отклоненіе въ сторону плюса для вѣнскаго института. Процентъ послѣдняго равняется 1,75; слѣдовательно превосходитъ въ два раза слишкомъ выведенный средній процентъ. Величина его, разумѣется, отражается на общемъ выводѣ. Если мы, напримѣръ, исключимъ цифровой матеріалъ Вѣны, то среднее число разрывовъ сердца на 100 внезапныхъ смертей будетъ равняться всего 0,47 (на 2950 вскрытій 14 разрывовъ сердца).

Разсматривая однако расчетъ, на основаніи котораго для Вѣнскаго института дана указанная цифра, то-есть 1,75%, едва-ли можно признать его безупречнымъ, по крайней мѣрѣ, для нашихъ исчисленій. Показанный процентъ 1,75, повидимому, выше дѣйствительнаго и повышенъ авторомъ, обработывавшимъ матеріалъ Вѣнскаго института. Какъ можно убѣдиться изъ относящейся сюда и уже цитиро-

[1]) Къ сожалѣнію мы не можемъ привести данныхъ изъ практики вскрытій другихъ университетовъ, помимо упомянутыхъ, за неимѣніемъ ихъ, а равно воспользоваться по данному вопросу богатымъ цифровымъ матеріаломъ отчетовъ медицинскаго департамента, такъ какъ въ нихъ нѣтъ рубрики интересующей насъ скоропостижной смерти.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ванной работы „Endarteriitis chronica deformans als Ursache plötzlichen Todes", Key-Aberg, вычисляя процентное отношеніе разрывовъ сердца къ общему числу внезапныхъ смертей, принимаетъ не всѣ случаи скоропостижной смерти, происшедшіе въ извѣстный періодъ, а во первыхъ, лишь тѣ, гдѣ пріобщенныя данныя о состояніи до смерти и о самой смерти, а равно и данныя обдукціи показываютъ, что смерть была внезапной; и во вторыхъ, исключаетъ изъ разсмотрѣнія всѣхъ скоропостижно-умершихъ моложе 14 лѣтъ. Въ силу второго условія изъ 3272 судебно-полицейскихъ вскрытій Вѣнскаго института за шестилѣтній періодъ, обработанный Key-Aberg'омъ, имъ выброшено 1370, а изъ оставшихся 1902 онъ насчитываетъ лишь 852 случая, удовлетворяющихъ первому требованію, на каковое количество и вычисляетъ процентъ разрыва сердца. Не имѣя точныхъ данныхъ о вскрытыхъ и всетаки не включенныхъ Key-Aberg'омъ въ рубрику скоропостижно-умершихъ, нѣтъ возможности, хотя-бы и приблизительно, установить, насколько приводимый имъ процентъ 1,75 могъ-бы понизиться.

Итакъ, основываясь на вышеизложенныхъ данныхъ, особенно послѣдняго времени, содержащихъ болѣе или менѣе полную разработку всего числа скоропостижныхъ смертей извѣстнаго времени и мѣста, мы должны признать, что процентъ саморазрыва сердца среди причинъ внезапной смерти въ общемъ невеликъ и приближается къ единицѣ, составляя часто лишь нѣсколько десятыхъ процента и колеблясь въ зависимости отъ случая и, можетъ быть, отъ мѣста.

Если смерть отъ саморазрыва сердца рѣдка среди внезапно-умершихъ, то это зависитъ не отъ того, что люди, умирающіе отъ ruptura cordis, умирали-бы не скоропостижно, а слѣдовательно, и не могли-бы быть зарегистрированы въ числѣ скоропостижно-умершихъ, но вообще въ силу рѣдкости самого причиннаго момента, ибо на секціонномъ столѣ паталого-анатома произвольные разрывы сердца встрѣчаются еще рѣже. Такъ, по даннымъ Мюнхенскаго патолого-анатомическаго института[1]) на 12—13 тысячъ вскрытій, начиная съ 1854 г. и по 1888 годъ, наблюдались 7 случаевъ саморазрыва сердца. Въ Московской Маріинской больницѣ за 13 лѣтъ—съ 1886 по 1899 годъ на

[1]) Meyer. „Spontane Herzruptur". Deut. Arch. f. klin. Med. 1888, Bd. 43.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

2500 вскрытій, по заявленію д—ра Рахманинова,[1]) разрывъ сердца встрѣтился 2 раза. Въ Петербургской Маріинской больницѣ на 8500 вскрытій д—ръ Кусковъ[2]) видѣлъ 4 раза саморазрывъ сердца. На 15 тысячъ вскрытій анатомическаго покоя Обуховской больницы[3]) за 25—30 лѣтъ было, по свѣдѣніямъ д-ра Анисимова, лишь 2 случая съ разрывомъ сердца. При паталого-анатомическомъ институтѣ Томскаго Университета[4]) за 10 лѣтъ (съ 1890 по 1900 годъ) было произведено 1000 вскрытій и разрыва сердца не встрѣтилось ни разу. Переводя на проценты только что приведенныя цифры, мы получаемъ

для Мюнхенскаго паталого-анатомическаго института отношеніе саморазрыва сердца къ другимъ родамъ естественной смерти равняется	0,053%
Для Московской Маріинской больницы	0,08%
„ Петербургской Маріинской больницы	0,047%
„ Обуховскаго анатомическаго покоя	0,013%
„ Томскаго паталого-анатомич. институт.	0,0%

Всего въ названныхъ учрежденіяхъ было произведено 40 тысячъ паталого-анатомическихъ секцій; и среди послѣднихъ спонтанный разрывъ сердца наблюдался 15 разъ или въ среднимъ въ 0,037%. Сравнивая данный процентъ съ предыдущимъ, выражающимъ частоту саморазрывовъ сердца при судебно-медицинскихъ вскрытіяхъ, видно, что онъ въ 13—20 меньше предыдущаго, то-есть судебному врачу разрывъ сердца встрѣчается приблизительно въ 13—20 разъ чаще, чѣмъ паталого-анатому.

Произвольный разрывъ сердца извѣстенъ со времени Harvey'я[5]). Morgagni, самъ умершій отъ разрыва сердца, описалъ нѣсколько внезапныхъ смертей въ зависимости отъ разбираемаго страданія. Первая большая статистика случаевъ разрыва сердца принадлежитъ Olivier[6]), который до 1834 года собралъ 49 смертей этого рода. Затѣмъ послѣдовалъ рядъ многочисленныхъ работъ съ сообщеніемъ и собраніемъ

[1]) „Медицин. обозр.“ 1899 г., апр.

[2]) „Больн. Газета Ботк.“ 1897 г., 1352 стр.

[3]) Цитир. по статьѣ д-ра Шиперовича „Больн. Газ. Ботк.“ 1895 г. № 31.

[4]) Романовъ. „Результаты паталого-анатом. вскрытій, произведен. при Императ Томск. У—тѣ съ 1890 по 1900 годъ“. Извѣст. Имп. Том. У—та, кн. 19.

[5]) Meyer „Deut. Arch. klin. Med“. Bd. 49.

[6]) Цитир. по Diction. encyclop. d. scien. medec. XVIII t.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

новыхъ случаевъ rupturae cordis. Въ 1895 г. Robin и Nicolle[1]) насчитали извѣстныхъ въ литературѣ 173 смерти отъ разрыва сердца; причемъ въ это число ими отнесены разрывы отъ причинъ, какъ они называютъ, внѣсердечныхъ, каковы, напримѣръ, прободеніе сердца круглой язвой желудка. Послѣ 1895 года въ разныхъ повременныхъ изданіяхъ почти ежегодно сообщалось нѣсколько случаевъ саморазрыва сердца.

Мы приводимъ здѣсь въ краткой табличкѣ тѣ изъ нихъ, которые намъ удалось собрать, просматривая разныя медицинскія изданія, выходящія въ Россіи[2]).

[5]) Цитир. по статьѣ Pelon въ „Le progres medical". № 25, 1898.

[1]) 12 случаевъ, приводимыхъ ниже, помѣщены въ работѣ д-ра Рахманинова „Медиц. Обозр." 1899 г., 51 т., 720 стр.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
1	Д-ръ Лавровская. „Врачъ“ 1887 г., 817 стр.	Женщина 69 л.	Разрывъ сердца вслѣдствіе закупорки лѣвой вѣнечной артеріи.	.	Внезапно скончалась въ больницѣ на 21-й день по поступленіи.
2	Д-ръ Белинъ. „Русская Бесѣда“. 1888 г., № 27 и 28.	Мужчина 35 л.	Разрывъ избыточной полости сердца, сообщающейся съ лѣвымъ желудочкомъ. Гипертрофія лѣваго желудочка.	Артеріосклеротическихъ измѣненій въ сосудахъ нѣтъ.	Умеръ скоропостижно.
3	D-r Kleinberg. „Todesursachen bei plötzlichen Tode“ Dis. 1892	Женщина на 6 десяткѣ.	„	„	Смерть скоропостижная.
4	Д-ръ Тезяковъ. „Мед. Об“. 1892 г., № 14.	Крестьянинъ 22 лѣтъ.	Въ околосердечной сумкѣ около 18 унцій отчасти свернувшейся крови. Длина и ширина сердца 10 сант. На передней поверхности праваго желудка въ разстояніи 5 м.м. отъ продольной борозды находится щелевидное отверстіе длиною въ 3 сант. Края отверстія неровны, зазубрены; въ просвѣтъ отверстія торчатъ обрывки разорванныхъ мышцъ. Толщина лѣваго желудочка 1 сант., праваго не болѣе 4 мм., изъ которыхъ около четверти является жировидной. Мышца лѣваго желудочка темно-бураго цвѣта, праваго въ области разрыва дряблая, а вблизи ярко-краснаго цвѣта.	На стѣнкѣ аорты подъ заслонками нѣсколько небольшихъ атероматозныхъ утолщеній. О коронарныхъ артеріяхъ не упомянуто. (По автору причина разрыва—жировое перерожденіе праваго желудочка; случайнымъ-же моментомъ могъ быть испугъ или переутомленіе сердца при ловлѣ лошади).	Покойный пошелъ ловить лошадь и черезъ 15 м. былъ найденъ мертвымъ.
5	Д-ръ Белинъ. „Вѣст. Общ. Гиг., Суд.		Въ статьѣ „Къ вопросу о причинахъ скоропостижной смерти“	„	Смерть скоропостижная.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
	и Практич. медицины" 1893 г., 19 т.		упоминаетъ кромѣ описаннаго въ „Русск. Бесѣдѣ" (№ 2 нашей таблицы) еще случай разрыва сердца на почвѣ выраженнаго артеріосклеротическаго процесса аорты и вѣнечныхъ сосудовъ при міокардитическихъ измѣненіяхъ стѣнки лѣваго желудочка.		
6	Д-ръ Соковскій. „Больн. Газ. Боткина" 1893 г. № 47.	Женщина 69 л.	Въ околосердечной сумкѣ много жидкой крови. Разрывъ въ 2, 5 сант. длиной, лежитъ въ наружной части праваго желудочка у верхушки. Внутренняя поверхность сердца около разрыва изрыта кровью и истончена. Мускулатура сердца дряблая съ желтыми полосками. Perforatio septi ventriculorum.	Аорта обызвествлена; коронарные сосуды сердца склерозированы и отчасти тромбозированы.	Умерла внезапно на 7 день.
7	Онъ-же; тамъ же.	Мужчина 28 лѣтъ, крестьянинъ.	Въ полости околосердечной сорочки кровь со свертками. Разрывъ въ 5 сант. длиной находится посрединѣ лѣваго желудочка ближе къ его наружному краю. Въ нижней части разрыва кровяной сгустокъ, фибринозный, отчасти обезцвѣченный и довольно плотный, протяженіемъ до 2 сант. Мышца сердца дряблая, около разрыва почти совсѣмъ исчезла. Эндокардій на передней стѣнкѣ мутенъ; къ нему плотно прилегаютъ сгустки крови. Pericarditis chronica.	Вѣнечные сосуды сердца тромбозированы плотными пробками. (По мнѣнію автора тромбозъ обусловленъ хроническимъ перикардитомъ.)	„Внезапно скончался" въ больницѣ на 8 день по поступленіи.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
8	Д-ръ Гликманъ. „Русская медицина“ 1893 г. стр. 103.	Женщина 50 л. мѣщанка.	Въ полости сердечной сумки много темныхъ кровяныхъ сверстковъ. Сердце увеличено и жирно-перерождено; полное жировое перерожденіе обнимаетъ преимущественно правый желудочекъ. Почти по срединѣ праваго желудочка продольной сквозной разрывъ сердечной стѣнки до 4 сант. длиной. На клапанахъ двустворки атероматозный процессъ. У покойной кромѣ того найдено: на слизистой желудка обширные кровоподтеки и изъязвленія и крупинки мышьяка (химическое изслѣдованіе) По автору бывшее жировое перерожденіе усилилось подъ вліяніемъ отравленія мышьякомъ, что и послужило причиною разрыва сердца.	”	Ж. была помѣщена въ 5 ч. вечера въ камеру для арестованныхъ. Въ 12 ч. ее видѣли покойно спящею, а въ 5 час. утра она найдена безъ признаковъ жизни.
9	Д-ръ Клименко. „Вѣстн. Об. гиг., Суд. и Практ. мед.“ 1894 г. 21 т.	Мужчина 40 лѣтъ, черно-рабочій.	На передней стѣнкѣ лѣваго желудочка продольная трещина около 3 сант. По сторонамъ ея еще двѣ трещины параллельныхъ; всѣ они проникаютъ въ соотвѣтствующій желудочекъ. Стѣнка сердца сильно истончена; мышца буровато-желтаго съ блѣднымъ оттѣнкомъ цвѣта. Полости сердца пусты.	Въ аортѣ небольшое утолщеніе интимы. О коронарныхъ артеріяхъ не упомянуто.	При жизни на сердце не жаловался. Предъ смертью въ теченіи 5 дней находился въ пріемномъ покоѣ, гдѣ пользовался отъ маляріи. По выпискѣ отправился къ рабочимъ казармамъ расположенъ въ нымъ $1^1/_2$ верстахъ отъ пріемнаго покоя. Дойдя до

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ поступила смерть.
					казармъ, М съ крикомъ повалился на землю, схватившись рукою за область сердца, и тотчасъ скончался.
10	Онъ-же; тамъ-же.	Мужчина 42 лѣтъ.	Сердце сильно увеличено. У верхушки сердца разрывъ въ 1 дюймъ, съ неровными краями, проникающій въ лѣвый желудочекъ. Околосердечная сумка въ области верхушки сердца тоже разорвана; полость ея, а равно и груди выполнена темной, отчасти свернувшейся кровью.	Въ аортѣ атероматозный процессъ. О коронарныхъ сосудахъ не упомянуто.	„М., страдавшій часто сердцемъ, внезапно почувствовалъ себя дурно и черезъ нѣсколько минутъ умеръ“
11	Д-ръ Шиперовичъ. „Больн. Газ. Боткина“ 1895 г., № 31 и 32.	Мужчина 54 лѣтъ, чиновникъ,	Разрывъ въ передней стѣнкѣ лѣваго желудочка 0,5 сант. длиной; мышца сердца дряблая, мутная; подъ микроскопомъ въ мышечной ткани явленія начинающагося міокардита. Pneumonia catarrhalis acuta, influenza.	Въ вѣнечныхъ сосудахъ склерозъ.	Въ больницѣ М. переходя со стула на кровать, упалъ и моментально умеръ.
12	Онъ-же; тамъ-же.	Мужчина 80 л.	Поперечный разрывъ длиною въ 1 сант. расположенъ по краю лѣваго желудочка около поперечной борозды. Подъ микроскопомъ: мышца сердца сохраняетъ свою исчерченность; нѣкоторыя волокна въ состояніи жирового перерожденія.	Не упомянуто.	Покойный поступилъ въ больницу съ діагнозомъ influenza. При какихъ явленіяхъ наступила смерть неизвѣстно.
13	Онъ-же; тамъ-же.	Женщина 55 л., солдатская вдова.	Разрывъ передней стѣнки лѣваго желудочка ближе къ перегородкѣ до 1/4 сант. длиной. Pneumonia catarrhalis acuta.	Аорта и коронарныя артеріи сердца атероматозно перерождены.	Умерла скропостижно (судебно-медицинск. вскрытіе); повидимому болѣла инфлюенцой

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
14	Онъ-же; тамъ-же.	Мужчина 36 лѣтъ, крестьянинъ.	Въ полости перикардія много жидкой и отчасти свернувшейся крови. На передней стѣнкѣ лѣваго желудочка около перегородки 2 отверстія въ 1 и 2 сант. длиной. Мускулатура лѣваго желудочка дряблая, въ мѣстѣ разрыва желтаго цвѣта и кое-гдѣ пронизана прослойками соединительной ткани. Толщина стѣнки праваго желудочка 4 мм. лѣваго 8 мм., а въ области разрыва 3 мм. Въ лѣвомъ желудочкѣ у верхушки и въ мѣстѣ разрыва находится плотное, красновато-желтаго цвѣта тромботическое отложеніе. Клапаны сердца безъ измѣненій. Подъ микроскопомъ въ мускульныхъ волокнахъ изъ мѣста разрыва поперечная исчерченность не ясно замѣтна; между волокнами масса грануляціонныхъ клѣтокъ. Influenza.	Въ интимѣ аорты разсѣяны мелкія склеротическія бляшки; въ вѣнечныхъ сосудахъ тоже склеротическія бляшки,—а въ артеріи, ведущей къ лѣвому желудочку, въ мѣстѣ ея развѣтвленія находится свѣжій темно-красный тромбъ, плотно приставшій къ стѣнкѣ.	Умеръ въ больницѣ на 4 день по поступленіи. Въ моментъ смерти, сидя на кровати, разговаривалъ съ пришедшей женой; вдругъ схватился рукой за область сердца, повалился на подушки и умеръ
15	Д-ръ Самгинъ. „Медиц. Обоз.“ 1896 г. 45 т.	Мужчина 19 лѣтъ, чернорабочій.	Перикардитъ. На задней стѣнкѣ лѣваго желудочка извнутри изъязвленіе съ отверстіемъ величиной въ мизинецъ, ведущее въ полость перикардія. Части, прилежащія къ изъязвленію обратились въ детритъ съ микрококками; въ частяхъ-же, расположенныхъ въ отдаленіи отъ	Коронарные сосуды сердца и клапаны безъ измѣненій.	Покойный поступилъ въ больницу съ явленіями суставного ревматизма; затѣмъ у него развился перикардитъ На 10 день пребыванія въ боль-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
			изъязвленія, выступаютъ явленія реактивнаго воспаленія. Мышца сердца рыхлая, тусклая.		ницѣ, желая утромъ въ 5 час. встать съ кровати, вдругъ упалъ; появилась одышка, блѣдность, а спустя 3 минуты наступила смерть.
16	Д-ръ Кусковъ. „Врачъ“ 1896 г. № 2.	Мужчина 58 лѣтъ, профессоръ Университ.	Въ перикардіальной полости до 700,0 отчасти свернувшейся крови. Въ передней стѣнкѣ лѣваго желудочка разрывъ, 4 сант. длиной. Стѣнки сердца въ мѣстѣ разрыва истончены; мышца рыхлая, легко распадается, грязно-желтаго цвѣта.	Аорта сильно склерозирована; правая вѣнечная артерія тоже; въ лѣвой же—интима утолщена, а въ просвѣтѣ ея пробка до 2 сантим. длиной.	Умеръ внезапно на 10 день заболѣванія инфлюенцой. Смерть сопровождалась ощущеніемъ пр иближающагося обморока.
17	Д-ръ Коровинскій „Врачъ“ 1896 г. № 13.	Женщина 56 л.	Разрывъ лежитъ въ правомъ желудочкѣ подъ передней заслонкой arteriae pulmonalis, на которой бородавчатыя разрощенія.	Аорта и легочная артерія атероматозно-перерождены. О коронарныхъ сосудахъ не упомянуто.	Умерла въ больницѣ на 26 день по поступленіи; пребываніе въ больницѣ сопровождалось улучшеніемъ общаго состоянія.
18	Д-ръ Рындовскій; Тамъ-же.	Мужчина 73 лѣтъ.	Разрывъ въ 1 сант. длиной праваго желудочка при рубцовомъ истонченіи стѣнки.	Не упомянуто.	Умеръ внезапно.
19	Д-ръ Воскресенскій; Тамъ-же.	Женщина.	Разрывъ въ области лѣваго желудочка около 1 сант. длиной. Въ области разрыва жировое перерожденіе и истонченіе стѣнки.	Не упомянуто.	Внезапная смерть.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
			Крови въ полости перикардія найдено очень мало, такъ что авторъ сообщенія добавляетъ: „очевидно смерть наступила такъ быстро, что кровь не успѣла вылиться“.		
20	Д-ръ Пчелинъ. „Военно-Медиц. журн.“ 1896 г. май.	Еврей, новобранецъ.	Въ околосердечной сумкѣ громадное количество крови. Полости желудочковъ расширены; стѣнки ихъ истончены, дряблы, сѣроватаго цвѣта; стѣнки-же предсердій, особенно праваго, настолько истончены, что по внѣшнему виду представляютъ полное исчезновеніе мышечнаго слоя и ничѣмъ не отличаются отъ стѣнокъ полыхъ и легочныхъ венъ. На задней стѣнкѣ праваго предсердія два щелевидныхъ отверстія въ 1—3 мм., прикрытыхъ сгустками, и третье—открытое, круглой формы величиною съ булавочную головку. Pneumonia crouposa lobuli inferioris dextri; pleuritis chronica sinistra. По автору—разрывъ здѣсь послѣдовалъ отъ быстро усилившейся, при повышеніи температуры и появленіи крупозной пневмоніи, работы уже предварительно истонченнаго сердца.	Вѣнечная артерія безъ измѣненій.	Поступилъ въ лазаретъ съ поверхностными язвочками на голеняхъ. На 6-й день повышеніе температуры съ ознобомъ и объективные признаки пневмоническаго фокуса въ нижней долѣ праваго легкаго. На слѣдующій день больной разговаривалъ съ сосѣдями передъ сномъ, а ложась часовъ въ 12 въ постель, жаловался на головокруженіе и дурноту и просилъ принести ему воды; затѣмъ внезапно захрипѣлъ и почти моментально скончался.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
21	Д-ръ Кусковъ. „Больн. Газ. Боткина“ 1897 г. 961 стр.	Мужчина 70 лѣтъ.	Два разрыва по 1 сантиметру длиной на передней и задней стѣнкѣ лѣваго желудочка.	Артеріосклерозъ; тромбовъ не замѣтно.	Смерть послѣдовала въ больницѣ на 3-й день холеры.
22	Д-ръ Моисеевъ. тамъ-же 1352 стр.	Мужчина 53 лѣтъ.	По срединѣ лѣваго желудочка сзади разрывъ 2 сантим. длиной. Міомаляція.	Облитерація вѣнечныхъ сосудовъ сердца.	Не упомянуто.
23	Д-ръ Неболюбовъ. „Днев. общ. Врачей при Казанск. у-тѣ“ 1898 г. III в., 140 ст.	Мужчина около 60 лѣтъ, кассиръ.	Въ околосердечной сумкѣ 380,0 рыхло-свернувшейся крови. Сердце увеличено и покрыто ворсинчатыми разрощеніями и фибринозными пленками. По срединѣ передней поверхности лѣваго желудочка продольный разрывъ въ 2 сант. съ неправильными зубчато-зигзагообразными краями. Отъ краевъ разрыва въ толщѣ стѣнки отходятъ пазухи, наполненныя рыхлыми и плотными темными кровяными свертками. Внутренній разрывъ больше, причемъ соотвѣтственно наружному отверстію идетъ почти поперечный надрывъ эндокардія. Стѣнка лѣваго желудочка утолщена, сѣро-желтаго цвѣта. Подъ микроскопомъ въ мышечныхъ волокнахъ оказалось полное исчезновеніе поперечной исчерченности и скопленіе жира. По Неболюбову главной причиной, вызывающій разрывъ сердца, является жировое	Клапаны аорты загрубѣли; внутренняя поверхность ея покрыта желтосѣрыми плотными бляшками. О коронарныхъ сосудахъ не упомянуто.	Въ 11 часовъ покойный пришелъ на квартиру, а утромъ былъ найденъ въ креслѣ мертвымъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
			перерожденіе мышцы его; затѣмъ слѣдуютъ міокардитъ и заболѣваніе вѣнечныхъ сосудовъ.		
24	Д-ръ Делакруа „Больн. Газ. Боткина“ 1898 в. 304 стр.	Мужчина 54 лѣтъ, ученый.	Разрывъ протяж. въ 3 сант. лежитъ на передней стѣнкѣ лѣваго желудочка на 2 сант. выше верхушки. Сердечная мышца вяла, въ высокой степени жирно-перерождена.	Легкій атероматозъ аорты. Лѣвая вѣнечная артерія на 5 сант. выше разрыва сужена, известково перерождена и закупорена.	Утромъ въ день смерти было общее недомоганіе. Въ 1 часъ дня покойный помимо недомоганія почувствовалъ колотье въ области сердца и иррадіирующія боли въ область сердца и въ лѣвую руку; въ 11 часовъ вечера наступила рвота и послѣдовала смерть.
25	Д-ръ Hampeln „St.-Petersb. med. Woch“ 1898 № 48.	Старуха 69 лѣтъ.	Въ полости перикардія 200 куб. сан. частію свернувшейся крови. Разрывъ, длиной нѣсколько миллиметровъ произошелъ въ области аневризмы сердца у верхушки лѣваго желудочка. Внутренняя стѣнка сердца у мѣста разрыва покрыта слоями фибрина.	Не упомянуто.	Умерла въ больницѣ скоро послѣ своего поступленія. Предварительно въ теченіи 4-хъ недѣль жаловалась на одышку и боль въ сердцѣ.
26	Онъ-же; тамъ-же.	Мужчина 44 лѣтъ.	Въ сердечной сорочкѣ много темно-красной свернувшейся крови. Разрывъ лежитъ на задней стѣнкѣ лѣваго желудочка. Серд-	Аортасклерозирована. Коронарныя артеріи сердца въ высокой степени обызвествле-	Умеръ скоропостижно въ больницѣ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
			це увеличено; мускулатура его представляетъ однородную желтоватую массу.	ны, частію совершенно облитерированы.	
27	Онъ-же; тамъ-же.	Мужчина	Въ полости перикардія до 300 куб. сант. крови. Въ лѣвомъ желудочкѣ вблизи перегородки разрывъ, 3 мил. длиной. Мышца сердца въ окружности разрыва дряблая, подъ микроскопомъ—въ достаточно-сильной степени жирно-перерождена. Міокардита нѣтъ.	Артеріосклерозъ аорты. Вертикальная вѣтвь вѣнечной артеріи сердца обызвествлена; на протяженіи 1,5 сант., повидимому, не проходима.	Умеръ внезапно чрезъ 18 ч. послѣ начала приступа, принятаго за почечныя колики (повторный приступъ).
28	Д-ръ Рахманиновъ „Мед. Об.“ 1899 г. 730 стр.	Мужчина 66 лѣтъ, башмачникъ.	Околосердечная сумка растянута свернувшейся кровью. Въ передней стѣнкѣ лѣваго желудочка близъ верхушки и продольной борозды видно щелеобразное съ неправильно зазубренными краями отверстіе до 1,5 сант. величиной. Сердце увеличено, обложено толстымъ слоемъ жира. Стѣнки его утолщены, исключая лѣваго желудочка въ области верхушки, гдѣ мышечный слой рѣзко утонченъ. Здѣсь, въ наиболѣе истонченномъ мѣстѣ, находится вышеописанное щелевидное отверстіе. Міокардій, особенно вблизи верхушки, пронизанъ бѣлыми рубцевыми островками и полосками.	Сосуды сердца замѣтно склерозированы. Въ аортѣ атероматозныя бляшки.	Умеръ въ больницѣ внезапно въ 6 часовъ утра на 6 день по поступленіи.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
29	Онъ-же; тамъ-же.	Женщина 66 л., изъ богадѣльни.	Околосердечный мѣшокъ растянутъ кровью, вблизи верхушки приращенъ къ поверхности сердца. Нѣсколько выше даннаго мѣста на передней стѣнкѣ лѣваго желудочка, вблизи продольной борозды, лежитъ сквозной неправильной формы разрывъ съ неправильными, зазубренными, тонкими, мѣстами нѣсколько вывороченными кнаружи краями, между которыми виднѣется плотный, слоистый кровяной свертокъ. Стѣнка лѣваго желудочка вокругъ описаннаго разрыва на кругловатомъ пространствѣ, діаметромъ въ 6 – 7 сант., истончена, состоитъ по крайней мѣрѣ въ центральныхъ частяхъ изъ одной фиброзной ткани, набухла, а существующее выпячиваніе выполнено упомянутымъ тромбомъ давняго происхожденія, который по лѣвому краю разрыва отсталъ отъ выбухшей стѣнки.	Сосуды сердца рѣзко склерозированы. Въ аортѣ атероматозный процессъ.	Больная внезапно умерла въ больницѣ утромъ, на 3-й день по поступленіи
30	Д-ръ Ручинскій. „Больн. Газ. Ботк.“ 1902 г. № 21 и 22.	Женщина 50 лѣтъ.	Въ полости перикардія до 300 куб. сант. свернувшейся крови. Длина сердца 11,5 сант., ширина 14 сант. Спереди сердца, въ области нижней трети его, на 1,5—2 сант. кнаружи отъ перегородки и на 3—4 сант. кверху отъ вер-	Аорта истончена. Въ верхней части нисходящей артеріальной вѣточки въ мѣстѣ развѣтвленія лѣвой коронарной артеріи, сидитъ плотный тромбъ, длиною до 2 сант.	Покойная поступила въ больницу 22 ноября съ жалобами на припадки удушья, сердцебіенія и сильные отеки. Къ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№	Кто сообщилъ.	Полъ и возрастъ.	Описаніе разрыва и измѣненій въ сердцѣ.	Состояніе сосудовъ и въ частности коронарныхъ артерій сердца.	При какихъ явленіяхъ наступила смерть.
			хушки имѣется продольное, проникающее въ полость лѣваго желудочка отверстіе, длиною нѣсколько больше 1 сант. съ бахромчатыми, покрытыми фибриномъ краями. Мышца сердца дрябла, жирноперерождена, пестраго вида съ обширными желтыми участками, особенно близъ верхушки. Толщина стѣнки праваго желудочка 3—4 мил., лѣваго 10—12 мил. Соотвѣтственно мѣсту разрыва стѣнка сердца истончена и трабекулы покрыты рыхлыми сѣровато красными отложеніями фибрина. Клапаны и отверстія сердца безъ измѣненій.		15 дек. она настолько поправилась, что рѣшила дня чрезъ 3—4 выписаться. 15 и 16 декабря чувствовала себя отлично. 17 дек. встала въ 4 ч., вышла въ залу, гдѣ разговаривала съ дежурной сестрой. Затѣмъ, она пошла въ палату, гдѣ сѣла на стулъ; а чрезъ нѣсколько минуть послышался шумъ паденія тѣла и больная была найдена на полу мертвой.

Къ приведеннымъ въ таблицѣ мы присоединимъ еще два случая саморазрыва сердца, наблюдавшіеся среди скоропостижно-умершихъ, вскрываемыхъ при кафедрѣ Судебной Медицины Томскаго Университета.

Первый относится къ женщинѣ А. М., мѣщанкѣ, 73 лѣтъ, скоропостижно-умершей на ходу на улицѣ 9 ноября 1898 года.

Трупъ ея былъ доставленъ въ анатомическій театръ Университета для судебно-медицинскаго вскрытія, каковое произведено 10 ноября.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Протоколъ вскрытія.

Трупъ женщины 150 сант. росту, тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго; окоченѣніе разрѣшается. Лицо блѣдное съ синеватымъ оттѣнкомъ; на шеѣ и верхней части груди синюха выступаетъ рѣзче; кожа на остальной части тулови ща и конечностей блѣдная. Въ полости рта носа и наружныхъ слуховыхъ проходахъ посторонняго содержимаго нѣтъ. Задній проходъ закрытъ и чистъ; наружные половые органы безъ измѣненій. Знаковъ насилія при наружномъ осмотрѣ трупа не найдено

Мягкіе покровы черепа толсты, умѣреннаго кровонаполненія. Кости черепа цѣлы. Пазухи твердой мозговой оболочки пусты. Мягкая мозговая оболочка слегка отечна, отъ вещества мозга отдѣляется легко. Ткань мозга умѣренной плотности, слегка отечна и малокровна; въ боковыхъ желудочкахъ содержится немного серозной жидкости. По ходу сосудовъ основанія мозга видны атероматозныя бляшки.

Грудная полость. Сердечная сорочка значительно обложена жиромъ; полость ея растянута. По вскрытіи сорочки въ ней оказалось большое количество (около 400 куб. сант.) свернувшейся крови; причемъ кровяной свертокъ, какъ чехолъ, облегалъ сердце со всѣхъ свободныхъ сторонъ. По удаленіи свертка на передней стѣнкѣ лѣваго желудочка виденъ разрывъ въ общемъ линейной формы, лишь нѣсколько s-образно извивающійся. Разрывъ начинается у перегородки между желудочками въ разстояніи 5,5 сант. отъ верхушки сердца и идетъ къ лѣвому сердечному краю и отчасти внизъ къ верхушкѣ. Края разрыва неровны, мелкобахромчаты. Длина разрыва 3,5 сант. Чрезъ толщу сердечной стѣнки ходъ разрыва направляется косвенно спереди назадъ и сверху внизъ. Стѣнки разрыва на этомъ протяженіи неровны, мелкоклочковаты, пропитаны рыхлыми кровяными свертками, легко вымытыми. Длина сердца отъ основанія—выхода большихъ сосудовъ до верхушки 12 сант., ширина—самое широкое мѣсто 11 сант. Правая половина сердца съ поверхности значительно обложена жиромъ, лѣвая-же обложена жиромъ менѣе, преимущественно по направленію и ходу сосудовъ. Толщина стѣнки лѣваго желудочка наибольшая 1,7 сант.;на мѣстѣ разрыва 0,7 сант. Начиная съ мѣста разрыва, по направленію къ верхушкѣ передняя стѣнка лѣваго желудочка истончается такъ, что у верхушки толщина ея ровняется лишь 0,3 сант. Разрывъ произошелъ тамъ, гдѣ сердечная стѣнка, истончаясь, образуетъ доволь-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

но крутой берегъ въ мѣстѣ уменьшенія своей толщины. Если разсматривать разрывъ извнутри, то видно, что трабекулы и мышечныя волокна сердечной стѣнки разорвались поперекъ; снаружи же направленіе разрыва совпадаетъ съ ходомъ мускульныхъ пучковъ. Никакого рубца въ области разрыва въ мышечной ткани сердца не замѣтно. Мышца сердца—лѣваго желудочка красно-бураго цвѣта съ сѣровато-желтымъ оттѣнкомъ, дряблая. Толщина стѣнки праваго желудочка 0,3—0,4 сант. (средняя); мышечная толща ея пророщена жиромъ, кое-гдѣ очень значительно; напримѣръ, у верхушки желудочка при общей толщинѣ стѣнки 0,6 сант. на жиръ приходится 0,4 сант. и болѣе, на мускульную же ткань только 0,1—0,2 сант. Valv. bicuspidalis слегка утолщена; атріовентрикулярное лѣвое отверстіе и аортальное нормальны; клапаны аорты тоже слегка утолщены; у основанія ихъ видны склеротическія бляшки. Синусы Вальсальвы сильно расширены. Въ дугѣ аорты очень слабо выраженный атероматозный процессъ. Клапанный аппаратъ правой половины сердца безъ особыхъ измѣненій. Правое предсердіе и желудочекъ пусты, въ лѣвыхъ-же находятся рыхлые кровяные свертки.

Сосуды сердца снаружи слегка выдаются надъ его поверхностью и извиваются, особенно артеріи средняго колибра, въ видѣ молочно-мутныхъ полосъ и утолщеній. На ощупь большинство артерій, особенно на передней стѣнкѣ сердца, плотны, мѣстами обызвествлены. Наиболѣе рѣзко обызвествленіе выражено въ артеріи, идущей по передне-продольной бороздѣ къ верхушкѣ сердца и отдающей по пути вѣточки къ области разрыва; причемъ эти вѣточки кажутся тонкими, на ощупь плотными шнурами. При послѣдующемъ вскрытіи сосудовъ сердца и болѣе подробномъ изслѣдованіи ихъ оказалось слѣдующее. Коронарныя артеріи начинаются двумя отверстіями въ двухъ расширенныхъ аортальныхъ синусахъ. Передняя изъ нихъ тотчасъ по выходѣ изъ стѣнки аорты дѣлится на двѣ вѣтви, изъ которыхъ одна направляется по передней циркулярной бороздѣ сердца налѣво и назадъ, а вторая по передне-продольной бороздѣ идетъ внизъ къ верхушкѣ. Первая въ небольшомъ разстояніи отъ своего начала мѣстно суживается приблизительно на $^1/_3$ своего просвѣта, затѣмъ опять расширяется; стѣнки ея на всемъ протяженіи неравномѣрно утолщены; кое-гдѣ на внутренней поверхности ихъ видны атероматозныя бляшки. На задней стѣнкѣ сердца отъ описы-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ваемой артеріи отходятъ вѣточки, которыя представляются въ видѣ бѣлесоватыхъ шнурковъ, очень плотныхъ на ощупь. Что касается второй вѣтви, направляющейся по передне-продольной бороздѣ книзу и между прочимъ къ области разрыва, то просвѣтъ ея, въ разстояніи 1 сант. отъ начала, тоже мѣстно суживается, только гораздо сильнѣе, чѣмъ у предыдущей артеріи; а вслѣдъ за суженіемъ тромбозируется до полнаго закрытія сосудистаго просвѣта. Артеріальная стѣнка въ области тромба кольцевидно обызвествлена. Обызвествленіе въ видѣ отдѣльныхъ бляшекъ встрѣчается и далѣе по ходу описываемой артеріальной вѣтви. Задняя коронарная артерія утолщена, мѣстами также содержитъ болѣе или менѣе мелкія атероматозныя бляшки.

Во время вскрытія изъ сердечной мышцы, которая бралась изъ разныхъ мѣстъ около разрыва, а равно и изъ другихъ участковъ сердца, приготовлено нѣсколько препаратовъ (10) простымъ расщепленіемъ мускульной ткани на предметномъ стеклѣ въ каплѣ воды. При изслѣдованіи этихъ препаратовъ подъ микроскопомъ, во всѣхъ мышечныхъ клѣткахъ выступаетъ рѣзкая бурая атрофія со скопленіемъ бураго зернистаго пигмента у полюсовъ мышечныхъ ядеръ,—и кромѣ того видно, что мускульныя волокна изъ окружности разрыва содержатъ въ большомъ количествѣ матовыя, одинаковой величины, зернышки, расположенныя рядами, паралелльными длиннику волоконъ, а кое-гдѣ почти сплошь заполнены такой зернистой массой. Мышечная исчерченность продольная и поперечная въ такихъ волокнахъ выступаетъ большею частію неотчетливо; мѣстами-же ея совсѣмъ не замѣтно. Изрѣдка на ряду съ матовыми зернышками попадаются въ небольшомъ сравнительно количествѣ рѣзко контурированныя, блестящія жировыя зернышки. При прибавленіи къ препарату крѣпкой уксусной кислоты всѣ матовыя зерна растворяются, а блестящія жировыя остаются неизмѣненными. Что касается клѣтокъ мускульной ткани, взятыхъ въ дали отъ мѣста разрыва, то въ нихъ продольная и поперечная исчерченность ясно видны и вообще помимо бурой атрофіи другихъ измѣненій не замѣтно.

Вѣсъ сердца съ началомъ сосудовъ 477,0. Брюшная аорта слегка поражена атероматознымъ процессомъ.

Полости обѣихъ плевръ содержатъ серозную прозрачную жидкость. Легкія свободны, исключая правой верхушки, которая сращена

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

на незначительномъ протяженіи соединительно-тканными перемычками съ грудной стѣнкой. Съ поверхности легкія сѣро-аспиднаго цвѣта. Ткань ихъ всюду проходима для воздуха, на разрѣзѣ кровью наполнена мало. Въ бронхахъ и трахеѣ незначительное количество слизи. Слизистая оболочка дыхательныхъ путей сѣро-багроваго цвѣта.

Селезенка 14, 8 и 2,5 сант. Ткань на разрѣзѣ буровато-краснаго цвѣта съ сѣроватыми прослойками; селезеночная пульпа соскабливается въ значительномъ количествѣ. Печень 26, 17 и 7 сант. Ткань на разрѣзѣ темновато-бураго цвѣта, кровонаполненія средняго. Въ желчномъ пузырѣ около двухъ столовыхъ ложекъ желчи. Почки приблизительно нормальныхъ размѣровъ; поверхность ихъ гладкая; капсула снимается легко, мѣстами съ небольшимъ разрывомъ вещества почки. Ткань почекъ на разрѣзѣ безъ особыхъ измѣненій, кровонаполненія средняго. Мочевой пузырь пустъ; слизистая его блѣдна. Слизистая пищевода синевато-блѣдная. Слизистая желудка блѣдна, покрыта небольшимъ количествомъ слизи; стѣнки желудка тонки, какъ-бы атрофированы. Слизистая кишекъ блѣдна. Въ тонкихъ кишкахъ содержится небольшое количество пищевой смѣси, въ толстыхъ кашице-образный калъ. Матка и яичники старчески атрофированы; въ области дна матки опухоль, величиной въ лѣсной орѣхъ (фиброміома). Влагалище безъ особыхъ измѣненій.

Знаковъ насилія при внутреннемъ осмотрѣ трупа А. М. не найдено.

На основаніи приведенныхъ данныхъ судебно-медицинскаго осмотра трупа мѣщанки М. дано было заключеніе, что скоропостижная смерть ея послѣдовала отъ саморазрыва сердца въ области передней стѣнки лѣваго желудочка, происшедшаго на почвѣ тромбоза передне-нисходящей вѣтви коронарныхъ артерій съ послѣдующимъ некрозомъ соотвѣтствующаго участка міокарда.

Такъ какъ спонтанный разрывъ сердца нечастая находка на секціонномъ столѣ,—слѣдовательно, подробное и тщательное изслѣдованіе патологическихъ измѣненій въ мѣстѣ разрыва никогда не могло быть лишнимъ, то сердце изъ трупа покойной М. было взято въ лабораторію для болѣе детальнаго выясненія общаго состоянія сердечной мышцы и сосудовъ и, вообще, для болѣе точнаго уясненія происхожденія даннаго саморазрыва сердца.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ лабораторіи 11 ноября, то-есть на другой день по вскрытіи, начато, во первыхъ, химическое изслѣдованіе мышцъ сердца на количество въ ней жира, а попутно опредѣлены сухой остатокъ и зола. Такой анализъ былъ нуженъ для подтвержденія, точнѣе для провѣрки данныхъ микроскопическаго изслѣдованія сердечной мышцы во время вскрытія, показавшихъ отсутствіе общаго жироваго перерожденія въ послѣдней. Указанное изслѣдованіе велось такъ. По удаленіи эндокардія изъ толщи сердечной стѣнки по сосѣдству съ разрывомъ взяты три порціи частей мускульной ткани. Взятыя порціи взвѣшены и высушены сначала на водяной банѣ, затѣмъ при температурѣ 105° С. до постояннаго вѣса, каковой и отмѣченъ. Сухой остатокъ, превращенный въ порошокъ, обработанъ повторно (4 раза) этиловымъ эфиромъ. Эфиръ, полученный при обработкѣ, профильтрованъ во взвѣшенныя чашечки и выпаренъ. Остатокъ высушенъ при температурѣ 105° С. до постояннаго вѣса, который и отмѣченъ. Остатокъ отъ обработки этиловымъ эфиромъ сожженъ; зола взвѣшена.

Полученныя при только что описанномъ изслѣдованіи данныя таковы:

процентный составъ, средній изъ трехъ взятыхъ порцій—воды 79,31; сухого остатка 20,69; жира 1,34 и золы 0,69 процентовъ.

Въ частности количественное колебаніе жира въ отдѣльныхъ порціяхъ было очень не велико, а именно:

въ 1 порціи	на	5,5365	сердечной мышцы жира оказалось	0,0757
2	„	5,5385	„	0,0738
3	„	4,9715	„	0,0658,

что на 100,0 мускульной ткани составитъ въ 1 порціи 1,37
во 2 „ 1,33
въ 3 „ 1,33

а въ среднемъ 1,34 жира на 100,0 мышцы, то-есть количество жира въ сердечной мышцѣ покойной М. не превышаетъ нормальнаго количества жира въ мышцѣ сердца, каковое по Perls'у и Hoesslin'у равняется 1,7% (для нормальныхъ субъектовъ—людей), а по Кнастеру 1,42%[1]) (для голодающихъ кроликовъ-самцовъ). Слѣдо-

[1]) Цитиров. по Лукьянову „Основанія общей патологіи клѣтки“ 1890 г.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

вательно, результаты микроскопическаго изслѣдованія и химическаго анализа мускульной ткани изъ сердца М., являясь тождественными, показываютъ, что общаго жирового перерожденія сердечной мышцы, здѣсь нѣтъ.

По вырѣзываніи названныхъ порцій для опредѣленія количества жира, сердце было помѣщено въ крѣпкій 96% спиртъ. Затѣмъ, изъ разныхъ участковъ сердца вырѣзаны отдѣльные кусочки. По достаточномъ уплотненіи, опять въ крѣпкомъ 96% спиртѣ, послѣдніе перенесены на два дня въ целлоидинъ и, наконецъ, по наклеиваніи на пробку помѣщены въ слабый, около 70% спиртъ. Отсюда по мѣрѣ надобности кусочки вынимались; изъ нихъ приготовлялись срѣзы, которые по соотвѣтственной окраскѣ изслѣдовались микроскопически. Указанному изслѣдованію были подвергнуты слѣдующіе участки разорвавшаго сясердца.

I. Кусочекъ изъ передней стѣнки праваго желудочка; срѣзы красились гематоксилиномъ и эозиномъ.

Эпикардій и эндокардій безъ замѣтныхъ измѣненій. Подъэпикардіальный слой жировой клѣтчатки толстъ. Отъ него вглубь стѣнки сердца между пучками мускульныхъ волоконъ и соотвѣтственно ходу ихъ повсюду идутъ цуги жировой ткани; причемъ нѣкоторые изъ послѣднихъ кое-гдѣ доходятъ почти до эндокардія. Въ мышечныхъ волокнахъ ядра соотвѣтствующими красками хорошо красятся; у полюсовъ ядеръ вездѣ видно въ большой или меньшей степени скопленіе зернистаго бураго пигмента. Исчерченность продольная и поперечная въ мышечныхъ клѣткахъ ясно выражена. Вообще, помимо проростанія жировой тканью и бурой атрофіи другихъ измѣненій въ міокардѣ не замѣтно. Въ артеріальныхъ сосудахъ, попадающихся на срѣзахъ, стѣнки утолщены. Утолщеніе почти исключительно падаетъ на внутреннюю оболочку артерій, вслѣдствіе увеличенія ея соединительно-тканныхъ элементовъ.

II. Три кусочка изъ стѣнки лѣваго желудочка, а именно: съ задней его поверхности, передней—выше разрыва и лѣваго края. Срѣзы съ указанныхъ кусочковъ красились гематоксилиномъ и эозиномъ. Въ виду самой ничтожной разницы въ микроскопическомъ строеніи и картинѣ препаратовъ, приготовленныхъ отъ всѣхъ трехъ кусочковъ, мы ограничимся однимъ общимъ описаніемъ ихъ.

Эпикардій и эндокардій почти нормальны или слегка утолщены. Подъ эпикардіемъ слой жировой ткани замѣтенъ не вездѣ; попреиму-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ществу онъ сопровождаетъ сосуды; отростковъ жировой клѣтчатки вглубь мышечной стѣнки почти нѣтъ. Сосуды-артеріи мелкаго калибра съ сильно утолщенными стѣнками, главнымъ образомъ, на счетъ соединительно-тканнаго разростанія интимы артерій; отъ утолщенія стѣнки сосудистый просвѣтъ суженъ. По ходу сосудовъ количество соединительной ткани значительно увеличено. Въ міокардѣ не рѣдко попадаются незначительныя по протяженію гнѣзда соединительной ткани, расположенныя по преимуществу во внутренней половинѣ его и ближе къ эндокардію. Указанныя гнѣзда, повидимому, давняго происхожденія, такъ какъ почти во всѣхъ нихъ процессъ обычной эволюціи соединительной ткани уже закончился и молодая клѣточковая соединительная ткань перешла въ волокнистую, фиброзную. Изрѣдка тамъ, гдѣ соединительнотканные участки относительно велики, среди волокнистой ткани видны часто истонченныя, атрофированныя, иногда едва различимыя, одиночныя мышечныя волоконца или группы волоконецъ (въ 2—5 экземпляровъ), а кое-гдѣ замѣтенъ еще бурый зернистый пигментъ, очевидно, оставшійся здѣсь послѣ полной атрофіи и исчезанія самыхъ мышечныхъ клѣтокъ. Мышечныя клѣтки вездѣ съ хорошо окрашеннымъ ядромъ и съ ясно выступающей поперечной и продольной исчерченностью. У полюсовъ мышечныхъ ядеръ видны кучки буроватаго зернистаго пигмента.

III. Кусочекъ изъ самаго тонкаго мѣста стѣнки лѣваго желудочка, именно, изъ области верхушки сердца спереди, на 4 сант. ниже разрыва. Кусочекъ около 1,5 сант. длиной; направленіе его длиника приблизительно параллельно оси сердца. Окраска гематоксилинъ и эозинъ.

Эпикардій толстъ; по направленію къ разрыву онъ еще болѣе утолщается; въ немъ ясно выступаетъ инфильтрація лимфоидными клѣтками, по преимуществу многоядерными лейкоцитами, но попадается много и мононуклеаровъ. Лимфоидные элементы частію разбросаны среди соединительно-тканныхъ клѣтокъ, а частію сгруппированы болѣе или менѣе неравномѣрно, изрѣдка даже въ видѣ небольшихъ, довольно рѣзко ограниченныхъ, фокусовъ круглой или овальной формы. Подъ эпикардіемъ мѣстами видно скопленіе жировой ткани (по окружности сосудовъ), отъ которой отростковъ вглубь міокарда нѣтъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ части кусочка, ближайшей къ верхушкѣ, вся толща его состоитъ почти сплошь изъ фиброзной ткани. По направленію къ основанію сердца въ толщѣ стѣнки среди соединительной волокнистой ткани начинаютъ попадаться мышечные элементы, которые какъ-бы вклиниваются въ соединительную ткань въ видѣ большей или меньшей величины группъ, а иногда отдѣльныхъ мышечныхъ волоконецъ; причемъ волоконца въ большинствѣ случаевъ истончены, атрофированы, кое-гдѣ почти совсѣмъ утратили свою тонкую структуру и едва узнаются. Чѣмъ дальше отъ верхушки, тѣмъ островки изъ мышечныхъ клѣтокъ становятся все шире, между ними появляются мостики и, въ заключеніе, они сливаются, такъ что въ части кусочка, обращенной къ основанію сердца, мышечная ткань является доминирующей и только рѣдко среди мышцъ видны островки соединительной ткани. Часть такихъ соединительно-тканныхъ гнѣздъ состоитъ изъ фиброзной ткани, слѣдовательно, относительно давняго происхожденія, а часть—меньшая сохранила еще клѣточковое строеніе, то-есть еще сравнительно молодого возраста. Кое-гдѣ въ описываемыхъ островкахъ между соединительно-тканными элементами лежитъ много отдѣльныхъ кучекъ буроватаго пигмента, оставшагося здѣсь, по всей вѣроятности, тоже послѣ атрофіи и исчезанія мышечныхъ волоконъ. Помимо развитія соединительной ткани въ толщѣ міокарда, особенно между мускульными пучками, прилежащими къ концу срѣза, ближайшему къ мѣсту разрыва, видна въ небольшой степени мелко-клѣточковая инфильтрація. Что касается состоянія самой мышечной ткани, то лишь небольшой толщины слой мышцъ, прилежащій къ эндо—и перикардію имѣетъ окрашенныя соотвѣтствующими красками и набухшія мышечныя ядра, а затѣмъ отъ обѣихъ поверхностей вглубь стѣнки, къ центру ея, въ мышечныхъ клѣткахъ ядеръ незамѣтно; ядро-красящія краски ихъ уже не окрашиваютъ. Впрочемъ, кое-гдѣ среди безъ-ядерныхъ, подвергнувшихся некробіозу, клѣтокъ видны мышечныя волокна съ ядрами; это почти исключительно по окружности проходящихъ въ міокардѣ мелкихъ сосудовъ. Въ безъ-ядерныхъ клѣткахъ мышечная исчерченность часто совсѣмъ отсутствуетъ; взамѣнъ ея въ тѣлѣ клѣтокъ выступаетъ въ общемъ не отчетливо выраженная зернистость. Въ мышечныхъ же волокнахъ съ красящимися ядрами въ большинствѣ исчерченность продольная и поперечная ясно замѣтна; но за то на

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

поперечныхъ срѣзахъ протоплазма ихъ такъ рѣзко зерниста, что даетъ впечатлѣніе какъ-бы распада сократительнаго вещества клѣтки на отдѣльныя фибрилли. Фоновая краска (эозинъ) протоплазму мышечныхъ клѣтокъ съ ядрами краситъ въ нѣжный свѣтло-розовый цвѣтъ, безъ ядерныя-же мышечныя волокна окрашиваются ею гораздо интенсивнѣе въ красноватый и даже слегка темно-красный цвѣтъ, такъ что уже по окраскѣ можно легко различать эти два рода мускульной ткани.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о сосудахъ. Артеріи здѣсь, какъ и въ другихъ участкахъ сердца, утолщены; просвѣтъ ихъ суженъ. Какъ и вездѣ суть процесса заключается въ богатомъ размноженіи клѣтокъ внутренней оболочки артерій.

IV. Кусочекъ изъ средины верхней губы разрыва. Срѣзы красились гематоксилиномъ и эозиномъ; затѣмъ, часть срѣзовъ красилась на фибринъ по способу Вейгерта и на микробы по Грамму.

Эпикардій неравномѣрной толщины; къ мѣсту разрыва онъ постепенно утолщается и достигаетъ толщины разъ въ 5 большей по сравненію съ нормой. Слѣдуя утолщенію эпикардія, въ немъ по направленію къ области разрыва увеличивается число клѣточныхъ элементовъ, преимущественно клѣтокъ съ пузырькообразнымъ ядромъ и набухшей протоплазмой; но есть довольно много и лимфоидныхъ клѣтокъ съ небольшимъ преобладаніемъ полинуклеаровъ надъ одноядерными, тоже растущихъ въ количествѣ по мѣрѣ приближенія къ разрыву. Лимфоидные элементы частью разбросаны среди клѣтокъ съ пузырькообразнымъ ядромъ, а частію расположены въ видѣ большей или меньшей длины цуговъ. Надъ эпикардіемъ, начиная отъ края разрыва, лежитъ слой фибрина, который къ концу кусочка, противоположному разрыву, исчезаетъ. Фибринъ на большемъ протяженіи представляется гомогеннымъ небольшой толщины слоемъ, въ которомъ кое-гдѣ всетаки замѣтна нѣжная сѣтчатость съ зернистостью, а изрѣдка и эндотеліальныя клѣтки. Тамъ, гдѣ эпикардій мало измѣненъ, гдѣ на немъ почти или совсѣмъ нѣтъ отложеній фибрина, гдѣ онъ, словомъ, приближается къ нормальному, подлежащія мышечныя клѣтки на большомъ протяженіи въ глубь стѣнки сердца имѣютъ хорошо окрашенныя ядра. По мѣрѣ-же утолщенія эпикардія, появленія на немъ фибринной пленки, слой мышцъ съ красящимися ядрами по-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

степенно становится меньше и уже, сходя вблизи разрыва почти на нѣтъ.

Въ мышечной ткани, составляющей стѣнку разрыва, мышечныхъ ядеръ нѣтъ; исчерченность тоже исчезла; мышечныя волокна здѣсь мелко-зернисты и содержатъ бурый пигментъ; эозиномъ онѣ окрашиваются интенсивно. По направленію отъ разрыва къ основанію сердца среди умершей мускульной ткани начинаютъ попадаться мышечныя клѣтки съ ядрами; причемъ въ центральныхъ частяхъ препарата такихъ ядерныхъ клѣтокъ встрѣчается очень мало, преимущественно по окружности кровеносныхъ сосудовъ; въ поверхностныхъ-же слояхъ ихъ больше, особенно спереди подъ эпикардіемъ, гдѣ ядерный мышечный слой, по мѣрѣ перехода эпикардія къ нормѣ, постепенно растетъ въ числѣ. Какъ въ центрѣ, такъ и подъ эпикардіемъ ядерныя клѣтки сильно зернисты: гораздо зернистѣй, чѣмъ безъядерныя; поперечной исчерченности въ нихъ почти не видно, продольная-же замѣтна; эозиномъ онѣ красятся гораздо слабѣй сравнительно съ безъядерными. Во внутренней части стѣнки, прилежащей непосредственно къ эндокардію, тоже видна довольно ровная, узкая полоса мышечныхъ волоконъ съ красящимися ядрами; она тянется, почти не расширяясь, на протяженіи всего описываемаго кусочка отъ одного края его и до другого. Ядерныя клѣтки здѣсь тоже измѣнены, но иначе, чѣмъ на остальныхъ участкахъ міокарда, а именно: часть волоконецъ, прилежащая къ внутренней оболочкѣ сердца, сохранила набухшія ядра, а главное исчерченность сократительнаго вещества; по направленію-же вглубь стѣнки сердца, на рядѣ клѣтокъ можно прослѣдить, какъ сократительная субстанція постепенно теряетъ свою исчерченность, становится все болѣе и болѣе гомогенной; окраска ея дѣлается все блѣднѣй и, наконецъ, сократительное вещество совсѣмъ исчезаетъ, а отъ мышечныхъ клѣтокъ остаются только ядра да нѣжная сѣтчатость на блѣдномъ фонѣ. Въ описываемомъ подъ эндокардіальномъ слоѣ мускульныя волокна плотно прилегаютъ другъ къ другу. Подъ нимъ идетъ слой тонкихъ, какъ-бы атрофированныхъ мышечныхъ клѣтокъ, доходящій приблизительно до границы внутренней трети стѣнки со средней. Отдѣльныя мышечныя волокна здѣсь раздвинуты, слегка извиты, по интенсивной окраскѣ эозиномъ рѣзко разнятся отъ вышеописанныхъ. Въ промежуткахъ между волоконцами видны въ значительномъ коли-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

чествѣ зернистыя безцвѣтныя массы (экссудатъ) съ большимъ числомъ лимфоидныхъ клѣтокъ и съ большимъ скопленіемъ зернышекъ разной величины, итенсивно красящихся гематоксилиномъ; послѣдняго рода зернышки, по всей вѣроятности, образовались отъ распада ядеръ.

Если прослѣдить только-что описанные два подъэндокардіальныхъ слоя мышцъ въ направленіи къ мѣсту разрыва, то оказывается, что, не доходя немного (1—1,5 мил.) послѣдняго, они совершенно исчезаютъ, точнѣе распадаются и смѣшиваются съ тромботическими отложеніями. Получается новый болѣе ихъ менѣе однородный слой. Онъ состоитъ изъ крупно-петлистой сѣти фибрина, петли которой переполнены зернистыми, зернисто-глыбчатыми и зернисто-сѣтчатыми массами съ большимъ или меньшимъ количествомъ лимфоидныхъ клѣтокъ, преимущественно полинуклеаровъ. Изрѣдка на нѣкоторыхъ срѣзахъ попадаются петли, сплошь наполненныя хорошо сохранившимися красными кровяными шариками съ значительнымъ сравнительно количествомъ бѣлыхъ. Тамъ, гдѣ кончается мышечная ткань и начинается описываемый слой, пучки мышечныхъ волоконъ раздвинуты, а кое-гдѣ изрыты синуозными углубленіями. Отдѣльныя мускульныя волокна здѣсь частію разорваны, частію какъ-бы смяты и разможжены; другія-же отдѣлены отъ общей массы мышцъ и являются въ видѣ островковъ среди зернисто-сѣтчатыхъ массъ фибрина. Указанный слой некротическаго распада съ тромботическими отложеніями составляетъ приблизительно внутреннюю треть стѣнки разрыва. Остальныя двѣ трети протяженія разрыва ограничиваются мышечной тканью. Въ послѣдней вездѣ выступаетъ мелко-клѣточковая инфильтрація. Болѣе другихъ инфильтрированъ участокъ стѣнки на границѣ средней трети съ наружной. Здѣсь видны почти сплошные ряды лимфоидныхъ клѣтокъ, которые, начинаясь отъ поверхности разрыва, идутъ вглубь стѣнки, особенно между пучками мышечныхъ волоконъ по соединительнотканнымъ прослойкамъ, изъ которыхъ нѣкоторыя буквально набиты полинуклеарами. Въ мѣстѣ сильной инфильтраціи стѣнка разрыва неровна, кое-гдѣ въ ней замѣтны какъ-бы порванныя мышечныя волоконца. На остальномъ-же протяженіи двухъ описываемыхъ наружныхъ третей разрывъ, повидимому, прошелъ частью по ходу соединительно-тканныхъ прослоекъ въ мышечной ткани, а отчасти въ мѣстѣ прилежанія или соприкосновенія клѣтокъ между собой;

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

вслѣдствіе чего послѣднимъ пришлось лишь разъединиться, а не надрываться, поэтому поверхность разрыва здѣсь относительно ровнѣй.

Въ толщѣ міокарда описываемаго кусочка встрѣчаются между прочимъ небольшія гнѣзда развитія клѣтокъ соединительной ткани, съ исчезаніемъ мышечной ткани и скопленіемъ бураго пигмента. По ходу разрыва такихъ гнѣздъ не замѣтно.

Эндокардій, какъ и наружная оболочка сердца, неравномѣрной толщины. Онъ утолщается по направленію къ мѣсту разрыва вслѣдствіе того, что клѣтки его набухаютъ, а главное—въ немъ появляется значительная инфильтрація лимфоидными элементами.

Въ сосудахъ—мелкихъ артеріяхъ выступаетъ неравномѣрное утолщеніе внутренней оболочки отъ богатаго размноженія клѣтокъ послѣдней. Отъ утолщенія интимы просвѣтъ артерій значительно суживается, а мѣстами едва проходимъ.

Микробовъ въ ткани при окраскѣ по способу Грамма не найдено.

V. Кусочекъ изъ нижней губы разрыва. Окраска—гематоксилинъ и эозинъ; затѣмъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, часть срѣзовъ красилась на фибринъ по способу Вейгерта и часть на микробы по Грамму.

Эпикардій значительно и довольно равномѣрно утолщенъ; въ немъ много клѣточныхъ элементовъ, особенно съ большимъ пузырькообразнымъ ядромъ и набухшей протоплазмой, среди которыхъ есть немного и полинуклеаровъ. Подъ эпикардіемъ по ходу артеріальнаго сосуда видѣнъ слой жировой клѣтчатки, отъ которой идутъ короткіе отростки вглубь мышечной ткани. Перегородки между жировыми клѣтками очень богаты клѣточными элементами, преимущественно съ пузырько-образнымъ ядромъ. Надъ эпикардіемъ, на протяженіи всего изслѣдуемаго кусочка (около 1 сант. длиной), лежитъ слой фибрина небольшой толщины, то гомогенный, то изрѣдка нѣжно-зернистый.

Если разсматривать участокъ срѣзовъ, граничащій съ разрывомъ, то въ толщѣ стѣнки сердца можно различить двѣ почти равныя половины—внутреннюю и наружную. Въ первой мышечныхъ элементовъ нѣтъ; эндокардіальнаго покрова тоже не видно; мышечная ткань, очевидно, распалась и смѣшалась съ тромботическими отложеніями. Послѣднія, какъ и въ только что описанномъ случаѣ, состоятъ изъ широко-петлистой сѣти фибрина съ отложеніемъ въ ней зернистыхъ,

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

зернисто-глыбчатыхъ и сѣтчато-зернистыхъ массъ съ большимъ или меньшимъ количествомъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Среди петель указаннаго характера на срѣзахъ попадается много и такихъ, которыя содержатъ лежащіе тѣсною группою и хорошо сохранившіе свои контуры красные шарики крови, а между послѣдними опять одно-и многоядерные бѣлые шарики. Описанный слой распада и тромботическихъ отложеній занимаетъ половину толщи стѣнки лишь на протяженіи миллиметровъ 5 по направленію отъ поверхности разрыва къ верхушкѣ сердца, а затѣмъ толща его сразу уменьшается до $^1/_4$ начальной толщины и, наконецъ, становясь постепенно меньше, совсѣмъ исчезаетъ приблизительно въ разстояніи миллиметровъ 7 отъ мѣста разрыва. По прекращеніи тромботическихъ отложеній, эндокардій ясно выступаетъ, причемъ онъ, а ровно и подъэндокардіальная мышечная ткань представляютъ тѣ-же измѣненія, что и въ кусочкѣ изъ средины верхней губы разрыва, а именно: эндокардій слегка утолщенъ и инфильтрованъ; прилежащія къ эндокардію мускульныя клѣточки съ набухшими ядрами и хорошо сохранившейся исчерченностью, но по направленію къ центру міокарда сократительное вещество постепенно теряетъ свою исчерченность, становясь все болѣе гомогеннымъ, блѣднымъ, и, наконецъ, совсѣмъ исчезаетъ. На мѣстѣ клѣтокъ, контуры которыхъ хорошо видны, остаются только мышечныя ядра и нѣжная сѣтчатость по ходу волоконъ. Описываемый слой мышцъ не великъ; онъ состоитъ всего изъ нѣсколькихъ рядовъ клѣтокъ, плотно прилегающихъ другъ къ другу; инфильтрація въ немъ отсутствуетъ. Надъ описаннымъ слоемъ лежитъ слой безъядерныхъ, тонкихъ, какъ-бы атрофированныхъ, слегка извитыхъ мышечныхъ волоконецъ. Большинство изъ нихъ разъединены между собою; промежутки между ними сильно инфильтрированы лимфоидными клѣтками, по преимуществу многоядерными лейкоцитами, и наполнены зернистыми массами, частію не красящимися примѣненными красками, а частію интенсивно окрасившимися гематоксилиномъ. Оба только-что описанные слоя мышцъ занимаютъ приблизительно внутреннюю половину стѣнки сердца, соотвѣтствуя толщѣ участка съ тромботическими отложеніями. Наружную половину стѣнки разрыва, въ общемъ немного меньшую внутренней, составляетъ мышечная ткань; причемъ поверхность разрыва здѣсь тоже сравнительно ровнѣй, такъ какъ нарушеніе цѣлости стѣнки здѣсь

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

произошло главнымъ образомъ по ходу мускульныхъ волоконъ. На границѣ мышечнаго слоя съ участкомъ распада ткани и тромботическими массами, прилегающіе къ нимъ мышечные пучки значительно инфильтрированы, мѣстами раздвинуты и изрыты синуозными ходами, которые наполнены зернистыми или зернисто-сѣтчатыми массами. Отдѣльныя мускульныя волокна здѣсь то разорваны, то цѣлы; иной разъ они лишь постепенно теряются въ сосѣднихъ петлистыхъ образованіяхъ; изрѣдка-же, отдѣлившись отъ общей массы мышцъ, являются какъ-бы вкрапленными среди тромботическихъ отложеній.

Мышечная ткань, составляя на поверхности разрыва лишь половину толщи стѣнки, по направленію отъ разрыва къ верхушкѣ сердца увеличивается въ ширину, а затѣмъ, съ прекращеніемъ широко-петлистой сѣти фибрина съ зернисто-глыбчатыми и сѣтчатыми массами, занимаетъ всю толщу міокарда. Нами уже было отмѣчено, что во внутренней половинѣ стѣнки и въ части, прилежащей къ тромботическимъ отложеніямъ, мышца сердца сильно инфильтрирована; въ наружной-же половинѣ мышечной стѣнки инфильтрація мало замѣтна. Мускульныя клѣтки вблизи разрыва безъ ядеръ; на остальномъ-же протяженіи изслѣдуемаго кусочка ядерныя мышечныя волокна встрѣчаются почти исключительно только вблизи внутренней поверхности сердца, что нами уже описано. Безъядерныя клѣтки зернисты; исчерченности въ нихъ почти не замѣтно; эозиномъ онѣ красятся очень интенсивно. Какъ въ безъядерныхъ, такъ и въ ядерныхъ мускульныхъ клѣткахъ выступаетъ рѣзкая бурая атрофія. Кое-гдѣ на срѣзахъ съ даннаго кусочка, какъ и съ предыдущихъ, видны гнѣзда клѣтокъ соединительной ткани съ большей или меньшей степенью атрофіи и исчезанія мышечной ткани и со скопленіемъ кучекъ бураго пигмента. Одно изъ такихъ гнѣздъ, сравнительно большого протяженія, лежитъ вблизи разрыва непосредственно подъ эпикардіемъ.

Въ сосудахъ—мелкихъ артеріальныхъ вѣточкахъ, внутренняя оболочка сильно утолщена; отъ чего просвѣтъ сосудистый значительно суженъ.

Микробовъ на срѣзахъ не найдено.

IV. Передняя коронарная артерія. Обѣ вѣтви ея, выдѣленныя и разрѣзанныя на мелкія кусочки (до 8 миллим. длиной), частію послѣ декальцинированія въ пикриновой кислотѣ, частію непосредственно по обработкѣ крѣпкимъ спиртомъ (96%), залиты въ целлоидинъ и

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

наклеены на пробку. Поперечные срѣзы съ названныхъ вѣточекъ артерій красились гематоксилиномъ и эозиномъ, а нѣкоторые и метилъ-віолетомъ. Какъ уже отмѣчено при макроскопическомъ осмотрѣ, затромбозированная вѣтвь передней коронарной артеріи, идущая по передней продольной бороздѣ и дающая вѣточки къ области разрыва, вблизи начала тромба кольцевидно обызвествлена; въ дальнѣйшемъ протяженіи обызвествленіе ея выступаетъ лишь въ видѣ бляшекъ, а на уровнѣ разрыва только въ глубокихъ слояхъ интимы замѣтны разбросанныя точечныя отложенія солей извести. Интима по всему ходу сосуда рѣзко и неравномѣрно утолщена, при томъ такъ, что чѣмъ колибръ артеріи становится меньше, тѣмъ интима относительно толще. Отъ такого утолщенія сосудистый просвѣтъ, особенно съ уменьшеніемъ величины артеріи, сильно и неравномѣрно суживается. Такъ, въ участкѣ артеріи, ближайшемъ къ верхушкѣ сердца, просвѣтъ ея состоитъ изъ довольно узкой, слегка веретенообразной формы, щели. Затѣмъ, по направленію къ основанію сердца просвѣтъ становится шире съ неправильными, отчасти угловатыми очертаніями, которыя, лишь постепенно выравниваясь, приближаются къ болѣе или менѣе правильному кругу. Тамъ, гдѣ сосудистый просвѣтъ образуетъ только большей или меньшей величины щель, онъ свободенъ и артерія проходима; на остальномъ-же протяженіи, въ направленіи къ началу артеріи русло послѣдней заполнено тромботическими отложеніями. Тромбъ не представляетъ однообразной картины. Иной разъ онъ состоитъ изъ однороднаго мелко-зернистаго вещества, довольно интенсивно красящагося эозиномъ, съ небольшимъ количествомъ бѣлыхъ шариковъ, ядра которыхъ плохо красятся гематоксилиномъ; то его образуетъ крупно и мелко-петлистая сѣть съ отложеніемъ въ петляхъ нѣжно зернистыхъ и сѣтчатыхъ массъ и съ неравномѣрнымъ скопленіемъ бѣлыхъ шариковъ; причемъ, въ большинствѣ крупныхъ петель шариковъ мало, а въ участкахъ съ мелко-зернистой сѣтью ихъ больше и иногда такъ много, что они почти одни заполняютъ всѣ промежутки между петлями; наконецъ, довольно часто однородныя зернистыя массы и петлистая сѣть лежатъ рядомъ, перемѣшиваясь другъ съ другомъ. Кое-гдѣ тромботическія отложенія, по преимуществу состоящія изъ однороднаго зернистаго вещества, прилегаютъ непосредственно къ интимѣ сосуда; тамъ-же, гдѣ тромбъ принимаетъ болѣе

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

или менѣе слоистое строеніе, между интимой и тромботическими массами видѣнъ значительный по количеству слой бѣлыхъ шариковъ. Изрѣдка, на срѣзахъ среди сѣтчато-зернистыхъ массъ попадаются участки, состоящіе изъ тѣсно-лежащихъ и хорошо сохранившихъ свои контуры красныхъ кровяныхъ шариковъ, какъ-бы въ данномъ мѣстѣ не произошло полнаго закрытія сосудистаго просвѣта. Гдѣ калибръ артеріи малъ и просвѣтъ ея свободенъ, утолщенную внутреннюю артеріальную оболочку составляетъ главнымъ образомъ волокнистая ткань, среди которой лишь въ небольшомъ количествѣ разбросаны соединительно-тканныя клѣтки. Но и на этомъ протяженіи, особенно гдѣ толща интимы велика, въ глубинѣ интимальныхъ слоевъ начинаетъ выступать болѣе или менѣе ясная картина регрессивнаго метаморфоза подлежащей ткани. Вначалѣ среди основной ткани появляются мелко-зернистыя массы; кое-гдѣ количество ихъ увеличивается; онѣ какъ-бы раздвигаютъ основную ткань и тогда послѣдняя образуетъ сѣть, наполненную зернистымъ распадомъ. Живыхъ клѣтокъ, ядра которыхъ красились-бы соотвѣтствующими красками, въ такихъ участкахъ почти не встрѣчается. Съ увеличеніемъ сосудистаго просвѣта, resp. утолщеніемъ интимы, очаги регрессивнаго метаморфоза въ послѣдней становятся больше; въ нихъ явственнѣй начинаетъ обрисовываться сѣтчатость; петли послѣдней, круглой или овальновытянутой формы, становятся шире; кое-гдѣ петли пусты; очевидно, продукты распада (холестеаринъ, жиры и т. п.) растворились при предварительной обработкѣ препарата. На ряду съ описанными встрѣчаются участки сплошь некротизированные; они состоятъ то изъ однаго детрита безъ намека на красящіяся клѣточковыя ядра, то съ значительной мелко-клѣточковой инфильтраціей среди распада; причемъ ядра лимфоидныхъ клѣтокъ отчасти тоже находятся въ состояніи распада. Наконецъ, изрѣдка учащаясь по направленію къ основанію сердца, resp. началу артеріи, среди зернистой, некротизированной массы видны мелкія точечныя отложенія извести. Слои интимы, ближайшіе къ внутренней поверхности ея, особенно тамъ, гдѣ тромбъ состоитъ изъ нѣжно-сѣтчатыхъ и зернистыхъ массъ, слегка инфильтрированы лимфоидными элементами, разбросанными по одиночкѣ. Изрѣдка, въ интимѣ отчетливо выступаютъ сосудистые капиляры съ ясными эндотеліальными клѣтками.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Что касается другихъ составныхъ частей стѣнки описываемой артеріи, то мы скажемъ о нихъ кратко. На протяженіи сосуда, гдѣ калибръ его малъ и просвѣтъ свободенъ, adventitia умѣренно инфильтрирована. Инфильтрація является въ видѣ лимфоидныхъ клѣтокъ, то разсѣянныхъ, то собранныхъ въ группы и образующихъ на поперечныхъ срѣзахъ сосуда островки вытянутой, слегка веретенообразной формы. Въ участкѣ артеріи, гдѣ просвѣтъ относительно широкъ и закупоренъ тромбомъ, описанныхъ измѣненій почти нѣтъ. За то тамъ выступаетъ гораздо въ большей степени, иногда въ формѣ полнаго кольца, мелко-клѣточковая инфильтрація на границѣ средней оболочки съ наружной и рѣже между средней и интимной. Кромѣ того здѣсь-же, по преимуществу въ участкахъ, прилегающихъ къ сильно инфильтрированнымъ некротическимъ очагамъ съ детритомъ въ интимѣ, въ самой толщѣ средней оболочки видны инфильтрація и набуханіе мускульныхъ гладкихъ волоконъ. Амилоиднаго перерожденія въ стѣнкахъ описываемаго сосуда нѣтъ.

Относительно циркулярной вѣтви передней коронарной артеріи замѣтимъ, что, исключая образованія тромба, въ остальномъ качественныя измѣненія являются тождественными съ описанными выше, но выражены здѣсь они слабѣй, особенно инфильтрація сосудистой стѣнки.

Въ заключеніе сдѣлаемъ краткое резюме макро-и микроскопическаго изслѣдованія произвольно разорвавшагося сердца М.

I. Разрывъ, длиной въ 3,5 сант., начинается вблизи перегородки на 5,5 сант. выше верхушки и идетъ, слегка S-образно извиваясь, къ наружному краю лѣваго желудочка и отчасти внизъ.

II. Сердечная стѣнка въ области разрыва слегка истончена (толща ея здѣсь равняется 0,7 сант.). Подлежащая ткань по ходу разрыва во внутренней половинѣ толщи міокарда подверглась распаду и смѣшалась съ тромботическими отложеніями, въ наружной-же сохранила свою структуру, но почти сплошь некротизирована, обильно инфильтрирована лимфоидными элементами и пропитана экссудатомъ. Полный распадъ ткани по направленію длинника сердца занимаетъ небольшой участокъ, до 0,8—1 сант. длиной; его смѣняетъ опять лишь некротизированная, безъядерная ткань. Какъ некрозъ, такъ и инфильтрація съ экссудаціей въ направленіи къ основанію сердца, то-есть кверху

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

отъ разрыва, быстро начинаютъ уменьшаться; по направленію-же книзу указанныя патологическія состоянія продолжаются почти до верхушки сердца. Эпикардій по окружности разрыва утолщенъ на счетъ инфильтраціи, а главное пролиферації клѣтокъ, и покрытъ тонкимъ слоемъ фибрина.

III. Въ лѣвомъ желудочкѣ myocarditis interstitialis chronica. Небольшіе очаги соединительной клѣточковой, а частію и фиброзной ткани разсѣяны здѣсь по всему міокарду; но особенно рѣзко мозолистый міокардитъ выраженъ въ передне-нижней части желудочка у верхушки, гдѣ толща сердечной стѣнки равняется лишь 0,3 сант. и почти сплошь состоитъ изъ волокнистой соединительной ткани.

IV. Мышечная стѣнка праваго желудочка довольно значительно пророщена жировой тканью (adipositas cordis).

V. Коронарные сосуды сердца поражены сильнымъ артеріосклерозомъ съ атероматознымъ перерожденіемъ интимы и отложеніемъ въ ней солей извести. Наиболѣе рѣзко названный процессъ выраженъ въ передне-нисходящей вѣтви, въ которой вблизи отхожденія на почвѣ атероматоза образовался тромбъ.

Изъ приведенныхъ данныхъ видно, что основнымъ, исходнымъ заболѣваніемъ разорвавшагося сердца былъ артеріосклеротическій эндартеріитъ вѣнечныхъ сосудовъ сердца. Вызвавъ постепенное утолщеніе внутренней оболочки коронарныхъ артерій съ послѣдующимъ суженіемъ ихъ просвѣта, эндартеріитъ повелъ къ болѣе или менѣе значительному уменьшенію притока крови, resp. питательнаго матеріала, а чрезъ это—къ атрофіи мускульной ткани и очаговому развитію соединительно-клѣточковой и фиброзной ткани. Наконецъ, эндартеріитъ вызвалъ тромбозъ передней нисходящей артеріальной вѣтви, а слѣдовательно болѣе или менѣе полное прекращеніе питанія въ области, снабжаемой данной вѣтвью. За отсутствіемъ питанія ткань сердечной стѣнки подверглась здѣсь—въ нижне-передней части лѣваго желудочка некрозу и некробіозу. Въ то-же время въ ней начали развиваться реактивныя явленія. Въ міокардѣ наблюдается сильная мелко-клѣточковая инфильтрація съ значительной экссудаціей, а въ перикардіи по преимуществу клѣточковая пролиферація съ отложеніемъ на поверхности слоя фибрина. Затѣмъ, не вдалекѣ отъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

верхней границы некроза, съ внутренней поверхности сердца, гдѣ ткань на протяженіи внутренней половины толщи стѣнки на ограниченномъ пространствѣ подверглась полному распаду, произошелъ надрывъ сердечной стѣнки. Распадающаяся мышечная ткань, отчасти можетъ быть разможенная, смѣшалась здѣсь съ тромботическими отложеніями. Съ дальнѣйшимъ развитіемъ въ наружной половинѣ сердечной стѣнки патологическаго процесса, главнымъ образомъ некроза подлежащей ткани (безъ распада), разорвалась и эта часть стѣнки, оставшаяся еще цѣлой, и послѣдовала смерть[1]).

Теперь перейдемъ ко второму случаю.

Онъ относится къ Б. З. крестьянину Тоб. губ., проживавшему въ г. Томскѣ. Покойный 67 лѣтъ, по занятію сапожникъ, умеръ, сидя за работой, 11-го ноября 1901 г. Трупъ его былъ доставленъ въ анатомическій театръ университета для судебно-медицинскаго вскрытія, каковое и было произведено 17 ноября т. г.

При вскрытіи найдено:

Трупъ мужчины 161 с. роста, тѣлосложенія средняго, питанія слегка ослабленнаго; общій цвѣтъ покрововъ съ багрово-синимъ оттѣнкомъ; окоченѣніе сохранилось; трупъ свѣжій. Голова въ области темени лысая; на остальномъ протяженіи покрыта сѣдыми волосами; поврежденій на головѣ незамѣтно. Лицо съ багрово-синимъ оттѣнкомъ; конъюнктивы слегка налиты, зрачки умѣренно расширены; ротъ закрытъ; языкъ за зубами. Посторонняго содержимаго въ полости рта, носа и наружныхъ слуховыхъ проходахъ нѣтъ. Шея безъ поврежденій; грудь плоская; животъ запалъ; кожа въ пахахъ окрашена въ слабый зеленовато-грязный цвѣтъ. Половые органы нормальны; задній проходъ закрытъ и чистъ. Кровоподтековъ и поврежденій при наружномъ осмотрѣ трупа не найдено.

Мягкіе покровы черепа довольно тонки, сухи и малокровны. Кости свода тонки и цѣлы. Твердая мозговая оболочка въ продольной пазухѣ содержитъ немного крови; мягкая мозговая оболочка слегка отечна, умѣреннаго кровонаполненія, отъ вещества мозга отдѣляется легко. Мозгъ умѣренной плотности; на разрѣзѣ ткань слегка

[1]) Сравни случай разрыва сердца, описанный Duplont въ „Centralbl. f. allgem. Pathol. u patholog. Anat.“ 1901, № 19

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

малокровна. Сосуды основанія мозга содержатъ немного атероматозныхъ бляшекъ.

Грудная полость. Околосердечная сорочка обложена жиромъ, растянута; въ полости ея содержится около 400 куб. сант. свернувшейся крови, которая, какъ чехолъ, облегаетъ сердце со всѣхъ свободныхъ сторонъ. Длина сердца отъ основанія большихъ сосудовъ до верхушки 10,5 сант.; ширина тоже 10,5 сант. Съ поверхности сердце значительно обложено жиромъ, особенно въ области праваго желудочка и по ходу сердечныхъ сосудовъ. Спереди сердца въ области лѣваго желудочка въ разстояніи 3,5 сант. отъ верхушки и 2 сант. отъ перегородки сердца въ перикардіи видны три разрыва, расположенные одинъ надъ другимъ съ промежуткомъ въ 2 и 3 миллим. Разрывы веретенообразной формы (отъ расхожденія краевъ); изъ нихъ два верхнихъ около 8—9 милл. длиной, а 3-й нижній около 1 сант. и шириной (въ срединѣ) всѣ три до 4 милл. Длинникъ разрыва соотвѣтствуетъ ходу волоконъ перикардія, направляясь къ лѣвому краю сердца и слегка внизъ. Перикардій въ окружности разрывовъ, особенно съ верхней лѣвой и нижней сторонъ, отслоенъ отъ подлежащей мышечной ткани; причемъ слѣва и снизу между отслоеннымъ перикардіемъ и міокардомъ видна рыхлосвернувшаяся кровь, отъ чего окраска даннаго участка снаружи представляется черно-красной. Подъ отслоеннымъ перикардіемъ въ мышечной стѣнкѣ видны три разрыва подлежащей ткани. Два изъ нихъ до 0,5 сант. длиной, разъединенные между собою лишь небольшимъ мостикомъ мышечной ткани, лежатъ миллим. на 5 выше разрывовъ въ перикардіи; третій-же около 2 милл. въ длину, соотвѣтствуетъ верхнему разрыву перикардія. Края разрывовъ ровны, гладки; направленіе ихъ совпадаетъ съ ходомъ мышечныхъ пучковъ сердца. Всѣ три разрыва по направленію внутрь стѣнки сердца соединяются и заканчиваются однимъ, который начинается почти тотчасъ надъ описанными разрывами перикардія и идетъ на протяженіи около 12 милл. по направленію къ основанію сердца и слегка вправо, такъ что верхній конецъ его лежитъ почти у перегородки приблизительно на 1,5 сант. выше разрывовъ въ перикардіи. Въ толщѣ стѣнки ходъ разрыва направляется извнутри кнаружи внизъ и влѣво; попутно отъ него отходятъ въ стороны синуозныя углубленія. Если разсматривать сердце извнутри со стороны эн-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

докардія, то видно, что подлежащія тробекулы и мышечные пучки разорваны здѣсь поперекъ; края и стѣнки разрыва неровны, мелкоклочковаты и покрыты рыхлыми, темными, кровяными свертками, легко вымываемыми. Мышечная ткань въ области разрыва легко рвется, сѣроватаго съ легкимъ бурымъ оттѣнкомъ цвѣта; по окружности хода разрыва, особенно во внутренней половинѣ, толща міокарда пропитана кровью. Толщина стѣнки лѣваго желудочка 12 миллим., въ мѣстѣ разрыва 10; толщина праваго желудочка 4—5 мил., причемъ у верхушки сердца толща стѣнки праваго желудочка почти исключительно состоитъ изъ жировой ткани. Соединительно-тканныхъ мозолей при надрѣзахъ сердца не замѣтно, исключая нижней половины задней стѣнки лѣваго желудочка, гдѣ соединительная ткань обильно прорастаетъ мышечную. Клапанный аппаратъ правой половины сердца безъ особыхъ измѣненій; въ лѣвой-же клапаны аорты и двустворка утолщены, а у основанія послѣдней имѣются еще небольшія атероматозныя бляшки. Коронарныя артеріи начинаются двумя отверстіями въ слегка расширенныхъ синусахъ Volsalvae; на ощупь артеріи плотны; стѣнки ихъ утолщены, въ интимѣ видны въ большомъ количествѣ атероматозныя бляшки. Но особенно рѣзко артеріосклеротическимъ процессомъ поражена передняя, нисходящая по продольной бороздѣ къ верхушкѣ сердца, артеріальная вѣточка, которая на 4 сант. выше разрыва такъ суживается отъ неравномѣрнаго утолщенія своей стѣнки, что просвѣтъ ея становится буквально щелевиднымъ и не пропускаетъ самаго тонкаго зонда. Отложенія извести въ стѣнкахъ артерій, повидимому, нѣтъ. Во время вскрытія изъ сердечной мышцы расщепленіемъ ея въ каплѣ воды приготовлено нѣсколько препаратовъ (8). При изслѣдованіи послѣднихъ подъ микроскопомъ оказалось, что въ мускульныхъ клѣткахъ повсюду выступаетъ сильно выраженная бурая атрофія, а помимо этого—въ мышечныхъ волокнахъ изъ области разрыва видно много равномѣрныхъ, матовыхъ, бѣлковыхъ (растворяющихся отъ крѣпкой ac. aceticum) зернышекъ, мѣстами съ полнымъ исчезаніемъ поперечной исчерченности; изрѣдка-же въ такихъ мышечныхъ элементахъ попадаются блестящія, рѣзко контурированныя, жировыя зернышки, но сравнительно въ небольшомъ количествѣ. Въ интимѣ восходящей аорты видны многочисленныя, мѣстами сливающіяся, атероматозныя бляшки, а въ дугѣ и нисходящей аортѣ кромѣ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

того глубокія атероматозныя язвы. Селезенка 12, 8 и 3 сант.; ткань на разрѣзѣ темно-краснаго цвѣта. Печень 26, 17 и 6; поверхность гладкая; ткань на разрѣзѣ буро-краснаго цвѣта, умѣреннаго кровонаполненія. Легкія—лѣвое свободно, правое-же въ заднихъ частяхъ срощено съ грудной стѣнкой соединительно-тканными перемычками; съ поверхности легкія сѣро-аспиднаго цвѣта; ткань ихъ всюду проходима для воздуха, пушиста, въ задней половинѣ полнокровна. Слизистая глотки, гортани и трахеи сине-багроваго цвѣта. Въ полости трахеи и большихъ бронховъ немного слизи. Слизистая пищевода, а равно и желудка сине-багроваго цвѣта, въ желудкѣ сверхъ того складчата и покрыта слизью. Ткань кишекъ безъ особыхъ измѣненій. Почки приблизительно нормальныхъ размѣровъ; капсула снимается легко; поверхность гладкая; на разрѣзѣ ткань умѣреннаго кровонаполненія. Въ мочевомъ пузырѣ немного мочи. Брыжжейка и поджелудочная железа безъ замѣтныхъ измѣненій.

Согласно данныхъ приведеннаго протокола дано было мнѣніе, что скоропостижная смерть З. послѣдовала отъ самопроизвольнаго разрыва сердца. Какъ и въ предыдущемъ случаѣ сердце покойнаго З. взято было въ лабораторію для болѣе подробнаго изслѣдованія процесса, поведшаго къ разрыву,—каковое казалось тѣмъ необходимѣе, что здѣсь, повидимому, не было простого повторенія перваго случая и конечныя причины разрыва были нѣсколько отличны отъ выясненныхъ нами. Указанное изслѣдованіе произведено такимъ-же образомъ, какъ и первое, а потому во избѣжаніе повтореній я приведу лишь результаты изслѣдованія.

Данныя химическаго анализа сердца: процентный составъ средній изъ трехъ порцій.

Воды—67,88; сухого остатка—22,12; жира 0,92 и золы 0,73.

Если эти цифры сравнить съ полученными при анализѣ перваго сердца М., то можно видѣть, что онѣ довольно близко подходить къ тѣмъ, причемъ процентъ жира здѣсь даже меньше; слѣдовательно, общаго жироваго перерожденія міокарда здѣсь тоже нѣтъ.

Теперь обратимся къ изложенію микроскопическаго изслѣдованія[1]). Послѣднему были подвергнуты слѣдующіе участки сердца.

[1]) Это изложеніе не будетъ столь подробнымъ, какъ первое, ибо при сходствѣ микроскопич. картины, нѣтъ нужды пространно и детально повторять разъ сказанное.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

I. Кусочекъ изъ передней стѣнки праваго желудочка; окраска гематоксилинъ и эозинъ.

Эпикардій и эндокардій безъ особыхъ измѣненій. Подъэпикардіальный слой жировой клѣтчатки толстъ; отъ него вглубь міокарда идутъ отростки, доходящіе мѣстами почти до эндокардія. Ядра мышечныхъ клѣтокъ хорошо окрашены; у полюсовъ ядеръ много зернистаго бураго пигмента; продольная и поперечная исчерченность мускульныхъ волоконъ ясно выступаетъ.

II. Кусочки изъ разныхъ участковъ стѣнки лѣваго желудочка; окраска гематоксилинъ и эозинъ.

Эпикардій и эндокардій безъ замѣтныхъ измѣненій. Подъ эпикардіемъ небольшой слой жировой ткани, обычно сопровождающій лишь сосуды. Мышечныя клѣтки съ хорошо красящимся ядромъ и ясно замѣтной исчерченностью; у полюсовъ мышечныхъ ядеръ очень большое количество бурыхъ пигментныхъ зернышекъ. Кое-гдѣ въ міокардѣ попадаются гнѣзда соединительной ткани, въ общемъ немного и по протяженію небольшія, исключая, во первыхъ, задне-нижнюю часть лѣваго желудочка, гдѣ внутренняя большая часть мышечной стѣнки почти сплошь состоитъ изъ фиброзной волокнистой ткани, въ которой лишь постепенно по направленію снаружи увеличивается число форменныхъ мышечныхъ элементовъ, и, во вторыхъ, переднюю область ventriculi sinistri, граничащую съ перегородкой, гдѣ въ міокардѣ, особенно въ подъэпикардіальномъ мышечномъ слоѣ замѣтно значительное развитіе соединительной, но уже клѣточковой, ткани. Мускульныя клѣтки, встрѣчающіяся въ такихъ соединительно-тканныхъ очагахъ въ видѣ большей или меньшей величины группъ, иногда истончены, атрофированы, но еще съ красящимися ядрами и исчерченностью, а часто прямо некротизированы и распадаются, оставляя послѣ себя разной величины кучки бураго пигмента. Сосуды-артеріи, встрѣчающіяся на срѣзахъ, утолщены; при этомъ, почти исключительно на счетъ разростанія внутренней оболочки; отъ чего просвѣтъ названныхъ сосудовъ суженъ, неправильной, часто щелеобразной формы. Наиболѣе рѣзко утолщеніе стѣнокъ, resp. суженіе просвѣта артерій выступаетъ въ мѣстахъ значительнаго развитія соединительной ткани; такъ, напримѣръ, у артеріи, приводящей кровь къ нижне-задней части міокарда, просвѣтъ, расположенный эксцентрически, составляетъ лишь $^1/_3$ толщи интимы въ данномъ участкѣ (наибольшее утолщеніе).

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

III. Кусочки изъ области разрыва; окраска гематоксилинъ и эозинъ и еще—на фибринъ по Вейгерту.

Эпикардій толстъ. Подъэпикардіальный жировой слой, особенно тамъ, гдѣ къ нему близко подходитъ каналъ разрыва, инфильтрированъ лимфоидными элементами, но въ общемъ довольно слабо; лимфоидныя клѣтки—моно и полинуклеары лишь въ небольшомъ числѣ лежатъ между жировыми клѣтками; за то среди послѣднихъ видны гнѣздныя скопленія красныхъ кровяныхъ шариковъ (кровоизліяніе). Нѣкоторые участки и эпикардія и подъэпикардіальнаго слоя закрашены пигментомъ крови въ насыщенный желтовато-оранжевый цвѣтъ.

Что касается мышечной стѣнки, то по окружности разрыва она представляетъ такую картину. Во внутреннихъ двухъ третяхъ толщи стѣнки, гдѣ разрывъ образуетъ одинъ ходъ, въ прилежащей мышечной ткани или совсѣмъ никакихъ форменныхъ элементовъ не замѣтно и стѣнка разрыва состоитъ изъ сплошныхъ зернисто-глыбчатыхъ, какъ-бы слегка сѣтчатыхъ массъ, безъ всякаго намека на структуру, или, если окружающая разрывъ стѣнка и образована тканью, сохранившей свое строеніе, то уже некротизированной, такъ что отъ мышечныхъ клѣтокъ остались лишь остовы совершенно безъ ядеръ и съ едва выступающей исчерченностью; клѣтокъ, resp. ядеръ соединительной ткани среди такихъ мускульныхъ волоконъ тоже не замѣтно. Какъ первые участки, то-есть съ полнымъ распадомъ ткани, такъ и вторые, сохранившіе отчасти строеніе мышечной ткани, фоновой краской (эозиномъ) окрашиваются менѣе интензивно, чѣмъ сосѣдніе. Прослѣживая ходъ разрыва, на большинствѣ препаратовъ можно видѣть, какъ описываемые участки чередуются, образуя двѣ смѣны, а именно: безструктурный прилежащій къ эндокардію слой смѣняется слоемъ некротизированныхъ мышцъ; затѣмъ, опять идетъ участокъ распавшейся ткани, а за нимъ безъядерный мышечный слой. Тамъ, гдѣ разрывъ прошелъ чрезъ мышечную ткань, сохранившую свою структуру, прилежащія къ разрыву мускульныя волокна разорваны, мѣстами-же какъ-бы смяты и разможжены. Кое-гдѣ на описываемомъ протяженіи стѣнки разрыва покрыты отложеніями фибрина, образующаго крупнопетлистую сѣть, наполненную зернистыми массами, изрѣдка со включеніемъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, которые, отчасти утративъ, отчасти-же сохранивъ свою форму, являются въ видѣ прозрачныхъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

или свѣтло-оранжевыхъ болѣе или менѣе цѣльныхъ кружочковъ, плотно прилегающихъ другъ къ другу; бѣлые шарики крови въ подобныхъ скопленіяхъ красныхъ хотя и видны, но въ небольшомъ количествѣ.

По направленію отъ поверхности разрыва въ глубь стѣнки зернисто-глыбчатыя безструктурныя массы идутъ не далеко; онѣ скоро смѣняются мышечной тканью. Волокна послѣдней, по близости распавшихся безструктурныхъ участковъ, представляютъ тѣ же измѣненія, что и ограничивающія разрывъ, то-есть мускульныя клѣтки безъ ядеръ, иногда однородны, почти гомогенны, то зернисты или лишь съ слабо замѣтной поперечной или продольной рубчатостью. Чѣмъ далѣе отъ канала разрыва вглубь, тѣмъ исчерченность мышечная становится отчетливѣе, въ мускульныхъ клѣткахъ, а равно и въ соединительно-тканныхъ, начинаютъ попадаться болѣе или менѣе интенсивно красящіяся ядра; но и среди такой, не подвергшейся некрозу, ткани большинство мышечныхъ волоконъ истончены, червеобразно извиты, мѣстами какъ-бы фрагментированы, часто съ набухшими едва красящимися ядрами. Чѣмъ дальше отъ эндокардія и ближе къ наружной поверхности сердца, тѣмъ протяженіе некротизированной ткани по окружности разрыва становится меньше. Некрозъ не ограничивается описываемымъ участкомъ, то-есть стѣнками разрыва; въ нѣкоторомъ, въ общемъ небольшомъ, отдаленіи отъ послѣднихъ среди болѣе или менѣе сильно измѣненной ткани міокарда тоже попадаются небольшіе островки или полнаго распада ткани безъ какихъ-либо форменныхъ элементовъ (свѣжія гнѣзда), или съ значительнымъ количествомъ соединительно-тканныхъ вытянутыхъ и эпителіоидныхъ клѣтокъ съ многоядерными лейкоцитами и кучками бураго пигмента между ними.

Въ наружной трети хода разрыва толща міокарда состоитъ изъ мышечной ткани, гораздо лучше сохранившей свою структуру. Здѣсь каналъ разрыва вѣтвится и образуетъ нѣсколько маленькихъ ходовъ, частью несквозныхъ. Такіе ходы лежатъ среди мышечныхъ волоконъ, отчасти разрывая ихъ, а отчасти лишь какъ-бы раздвигая. Сами мышечные элементы здѣсь съ ясно выраженной исчерченностью и красящимися, хотя частію набухшими и довольно блѣдными ядрами; изрѣдка-же среди мускульныхъ волоконъ, прилежащихъ къ поверхности разрывовъ, встрѣчаются группы безъядерныхъ клѣтокъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

По окружности разрыва, resp. разрывовъ, на всемъ протяженіи міокарда видны многочисленные желто-оранжевые разныхъ оттѣнковъ островки, состоящіе ихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ съ небольшимъ количествомъ бѣлыхъ. Величина только что указанныхъ островковъ различна; не одинакова у нихъ и граница; то они сравнительно рѣзко отграничены отъ подлежащей ткани, то лишь постепенно теряются въ ней. Основная ткань, то есть мышечная, въ кровоизліяніяхъ перваго рода то разорвана, то раздвинута, иногда какъ-бы смята и образуетъ кое-гдѣ довольно ясно замѣтныя перекладины, похожія на большія петли; въ островкахъ-же безъ рѣзкихъ границъ красные шарики лежатъ между мускульными волокнами, окружая въ большемъ или меньшемъ количествѣ отдѣльные экземпляры послѣднихъ (картина напоминаетъ образованіе геморрагическаго инфаркта).

Въ заключеніе отмѣтимъ, что въ области, чрезъ которую прошелъ разрывъ, въ міокардѣ выступаетъ довольно равномѣрное увеличеніе соединительной ткани, богатой клѣтками; инфильтраціи-же по окружности разрыва почти не замѣтно.

Сосуды-артеріи, попадающіеся на срѣзахъ, сильно утолщены на счетъ обильнаго разростанія элементовъ интимы; просвѣтъ ихъ рѣзко суженъ.

IV. Нѣсколько мелкихъ кусочковъ изъ стѣнки лѣваго желудочка помѣщены были въ жидкость Флеминга; дальнѣйшая обработка была обычной, то есть промываніе, обезвоживаніе (чрезъ крѣпкій 96% спиртъ) и заливка въ целлюидинъ; срѣзы красились сафраниномъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи приготовленныхъ такимъ образомъ препаратовъ видно, что въ срѣзахъ съ кусочковъ, взятыхъ въ большей или меньшей дали отъ разрыва (такихъ было два), мышечная исчерченность продольная и поперечная ясно замѣтна, ядра клѣточныя хорошо красятся, жирового перерожденія мускульныхъ волоконъ нѣтъ; въ срѣзахъ-же съ кусочковъ изъ мѣста разрыва на ряду съ небольшими изрѣдка попадающимися гнѣздами полнаго распада подлежащихъ тканей въ зернисто-глыбчатыя массы, встрѣчаются участки, гдѣ вмѣстѣ съ идущимъ распадомъ ткани происходитъ размноженіе форменныхъ элементовъ, почти исключительно соединительно-тканнаго характера, среди которыхъ особенно много набухшихъ вытянутыхъ клѣтокъ, но есть много эпителіоидныхъ и въ умѣренномъ числѣ полинуклеары; среди клѣточковой ткани кое-гдѣ видны кучки бураго пигмента, кро-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

сящагося флемингомъ въ болѣе или менѣе темный цвѣтъ. Многіе изъ эпителіоидныхъ клѣтокъ и полинуклеаровъ въ такихъ участкахъ заполнены черными жировыми зернышками. По окружности описываемыхъ гнѣздъ прилежащія мускульныя волокна представляютъ разныя стадіи регрессивнаго метаморфоза до некроза включительно; нѣкоторыя-же изъ нихъ, въ общемъ немного, жирно перерождены, причемъ процессъ жирового перерожденія, resp. скопленія черныхъ зернышекъ въ тѣлѣ клѣтки, выраженъ въ разныхъ элементахъ неодинаково, въ большинствѣ—не особенно сильно. Въ заключеніе укажемъ еще, что бурый пигментъ въ мышечныхъ волокнахъ по близости разрыва окрашенъ въ темный цвѣтъ, чего не замѣтно въ клѣткахъ не изъ области разрыва, въ которыхъ онъ остается бурымъ.

V. Коронарныя артеріи; срѣзы съ нихъ красились эозиномъ и гематоксилиномъ. Интима артерій неровномѣрно и сильно утолщена, особенно ram. descendentis anter., идущей къ верхушкѣ сердца, въ которой утолщеніе внутренней оболочки по направленію къ периферіи такъ возрастаетъ, что на уровнѣ разрыва артеріальный просвѣтъ составляетъ лишь одну треть или даже четверть толщи интимы и является въ формѣ неправильной щели, расположенной эксцентрически. Въ глубинѣ слоевъ интимы, особенно въ мѣстахъ ея наибольшаго утолщенія, замѣчаются процессы регрессивнаго метаморфоза съ распадомъ ткани и образованіемъ зернистаго детрита, отчасти растворившагося (при обработкѣ). Отложенія солей извести, а равно клѣточковой инфильтраціи какъ въ интимѣ, такъ и въ media съ adventitia вѣнечныхъ артерій не замѣтно.

Въ заключеніе представимъ краткое резюме данныхъ макро- и микроскопическаго изслѣдованія саморазорвавшагося сердца З.

I. Въ области лѣваго желудочка спереди въ разстояніи 3,5 сант. отъ верхушки сердца и 2 сант. отъ перегородки въ перикардіи видны три параллельныхъ разрыва отъ 0,8 до 1 сант. длиной, совпадающихъ по направленію съ ходомъ волоконъ перикардія. Подъ эпикардіемъ, который здѣсь отслоенъ, въ подлежащей мышечной ткани видны тоже три разрыва отъ 0,2 до 0,5 сант. длиной, но разрывы въ мышцѣ не переходятъ въ разрывы перикардія и лишь одинъ изъ нихъ нижній соотвѣтствуетъ верхнему разрыву въ перикардіи. По направленію внутрь стѣнки описанные разрывы соединяются и кон-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

чаются однимъ большимъ до 1,2 сант. длиной, расположеннымъ ближе къ основанію сердца и болѣе вправо, чѣмъ его начальные ходы.

II. Мышечная ткань, составляющая стѣнку разрыва на протяженіи внутреннихъ двухъ третей некротизирована, частію распалась, а частію содержитъ болѣе или менѣе сохранившіяся мускульныя волокна, которыя по ходу разрыва разорваны, иногда какъ-бы смяты и разможенены; въ наружной-же трети разрыва, resp. разрывовъ, ткань, окружающая ходы послѣднихъ, лучше сохранила свою структуру: въ большинствѣ клѣтокъ здѣсь видны ядра, а въ мышечныхъ волокнахъ и исчерченность. По окружности разрыва среди болѣе или менѣе измѣненной мускульной ткани видны молодыя и болѣе старыя, небольшія по протяженію, гнѣзда регрессивнаго метаморфоза до полнаго некроза и распада ткани и еще кровоизліянія, частію напоминающія геморрогическій инфарктъ, а частію образовавшіяся по всей вѣроятности вслѣдствіе прямого разрыва подлежащей ткани и послѣдующаго изліянія крови. Въ области разрыва въ міокардѣ выступаетъ довольно равномѣрное увеличеніе соединительной ткани, богатой ядрами.

III. Толща міокарда въ правомъ желудочкѣ значительно пророщена жировой тканью (adipositas cordis).

IV. Въ лѣвомъ желудочкѣ myocarditis interstitialis chronica, наиболѣе рѣзко онъ выраженъ въ задне-нижней части, гдѣ большая внутренняя половина сердечной стѣнки сплошь состоитъ изъ фиброзной соединительной ткани.

V. Коронарныя артеріи сердца поражены атероматозомъ; всего рѣзче атероматозъ замѣтенъ въ ram. descendente anter., въ которой интима по направленію къ верхушкѣ сердца такъ сильно утолщается, что просвѣтъ ея, постепенно суживаясь, на уровнѣ разрыва становится буквально щелевиднымъ и едва проходимымъ.

Итакъ, исходнымъ заболѣваніемъ произвольно разорвавшагося сердца З. былъ, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, атероматозный эндартеріитъ вѣнечныхъ артерій сердца. Но если тамъ атероматозъ повелъ къ тромбозу большой артеріальной вѣточки, а послѣдовательно къ некрозу и разрыву міокарда въ области, питаемой даннымъ сосудомъ, то здѣсь въ артеріи—ram. descendente anter. и въ ея болѣе крупныхъ вѣточкахъ, идущихъ къ мѣсту разрыва, трамбоза не най-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

дено, а наблюдается лишь очень рѣзкое суженіе сосудистаго просвѣта. Очевидно, указываемое суженіе вызывало мѣстные, ограниченные, болѣе или менѣе значительные по протяженію, очаги некроза подлежащей ткани, а когда такой некрозъ, до полнаго распада ткани включительно, въ силу тѣхъ или иныхъ причинъ занялъ почти всю толщу стѣнки міокарда, то въ данномъ некротическомъ участкѣ при продолжающейся дѣятельности сердца послѣдовалъ разрывъ послѣдняго; причемъ, гдѣ некрозъ ткани полный, тамъ разрывъ великъ и образуетъ лишь одинъ ходъ; гдѣ же умираніе міокарда слабѣе выражено, тамъ разрывъ вѣтвится и получается въ ткани нѣсколько мелкихъ ходовъ.

Разбирая наши случаи, можно сказать, что по исходному причинному моменту они наиболѣе типичные. Теперь признано, что въ этіологіи спонтанныхъ разрывовъ сердца главное значеніе принадлежитъ именно эндартеріиту коронарныхъ артерій. Указываемая роль сосудовъ выяснилась сравнительно недавно. Не говоря уже о болѣе отдаленномъ времени, даже въ 60 и 70 годахъ прошлаго столѣтія, при описаніи патологической анатоміи произвольно разорвавшагося сердца, все вниманіе обращали на измѣненіе въ мышцѣ сердечной стѣнки; описывали ея цвѣтъ, плотность, эластичность, толщину и т. д. все, что -рѣзко и прежде всего бросается въ глаза; коронарные-же сосуды сердца или оставались въ полномъ пренебреженіи, или если указывалось ихъ патологическое состояніе, что было чаще, то послѣднее отмѣчалось лишь какъ одно изъ заболѣваній разныхъ частей сердца. Отсюда понятно, что разрывъ сердца ставили въ прямую и исключительную зависимость лишь отъ мѣстныхъ измѣненій въ сердечной мышцѣ, измѣненій вторичныхъ, а о связи разрыва сердца съ заболѣваніемъ сосудовъ послѣдняго и не подозрѣвалось.

Только постепенно съ накопленіемъ патолого-анатомическихъ и патолого-физіологическихъ знаній, съ выясненіемъ соотношенія между заболѣваніемъ сосудовъ и измѣненіями въ подлежащихъ тканяхъ, начинаетъ обрисовываться дѣйствительная роль эндартеріита вѣнечныхъ сосудовъ сердца въ происхожденіи саморазрыва его.

Elleaum [1]) первый въ 1857 г. указалъ на зависимость нѣкоторыхъ патолого-анатомическихъ находокъ въ спонтанноразрывающихся сердцахъ отъ пораженія сердечныхъ сосудовъ.

[1]) Цитировано по Barth'у.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ 1868 году авторъ [1]) компилятивной статьи о разрывѣ сердца въ „Nouveau diction.“ Taccaud, высказавъ, что жировое перерожденіе является самой частой причиной ruptura cordis, добавляетъ: „а мы знаемъ съ какою легкостью оно слѣдуетъ за пораженіемъ коронарныхъ артерій“.

Въ 1871 г. Barth [2]), изучая вопросъ о причинныхъ моментахъ ruptura cordis, пришелъ къ убѣжденію, что если выдѣлить крайне рѣдкіе по этіологіи случаи разрыва сердца, то всѣ остальные можно свести къ тѣмъ или инымъ патологическимъ процессамъ въ сердечной мышцѣ, сущность которыхъ заключается въ особомъ измѣненіи питающихъ сосудовъ, состоящемъ въ утолщеніи стѣнки съ суженіемъ сосудистаго просвѣта.

Но если общее значеніе состоянія сосудовъ сердца для саморазрывовъ его къ началу 80 годовъ было болѣе или менѣе установлено, то для указанія ближайшей интимной связи между заболѣваніемъ артерій и послѣдующими измѣненіями міокарда, ведущими къ разрыву, для точной характеристики таковыхъ измѣненій, данныхъ было недостаточно или даже послѣднія были невѣрны, поэтому попытка авторовъ того времени дать отвѣты на только-что указанные вопросы, соотвѣтствуя общему состоянію знаній эпохи, были ошибочны.

Въ началѣ настоящей статьи у насъ указана работа Quain'a, появившаяся въ 1851 г. [3]), по которой выходило, что отъ разрыва сердца почти исключительно умираютъ лица съ жирно-перерожденнымъ сердцемъ, и что жировая дегенерація есть самая частая и обычная причина ruptura cordis. Выводы Quain'a скоро получили общее признаніе. Послѣдующіе авторы повторяли ихъ, иногда подтверждая новыми наблюденіями. Полное господство взглядовъ Quain'a можно отмѣтить и за разбираемое время, то-есть около 80 годовъ. Такъ, мы уже цитировали статью изъ энциклопедическаго словаря Taccaud, которая указываетъ, что самою частою причиною спонтанныхъ разрывовъ сердца бываетъ жировое перерожденіе; причемъ происхожденіе послѣдняго ставится въ связь съ пораженіемъ вѣнечныхъ сосудовъ.

---

[1]) VIII t., 544 p.
[2]) Arch. gener. de medec. 1871, I, p. 31.
[3]) Цитировано по „Handbuch“... Ziemssen'a.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Далѣе, Barth[1]), излагая измѣненіе міокарда въ области разрыва, сводитъ ихъ къ двумъ главнѣйшимъ—интерстиціальнымъ геморрагіямъ и жировому перерожденію, изъ которыхъ послѣднее отсутствовало лишь 1 разъ въ 24 случаяхъ, разобранныхъ Бартомъ. Какъ геморрагіи, такъ отчасти и жировую дегенерацію Barth объяснялъ заболѣваніемъ коронарныхъ артерій, отъ котораго питаніе соотвѣтствующихъ тканей становится недостаточнымъ, а стѣнки артерій ломкими и наклонными къ разрыву.

Постепенно, съ улучшеніемъ и большой точностью изслѣдованія начинаютъ накопляться новые факты, а вмѣстѣ выясняться нѣкоторыя подробности патологической анатоміи спонтанно разрывающихся сердецъ. Новыя данныя указывали на невѣрность общепринятаго представленія о патогенезѣ rupturae cordis и требовали пересмотра его и новаго рѣшенія согласно добытыхъ новыхъ данныхъ. Компилятивная статья о разрывахъ сердца въ Diction. encycloped. d. sciense medic. 1875 г.[2]) стоитъ какъ-бы на перепутьи къ новому рѣшенію. Авторъ ея, говоря о ближайшихъ причинахъ разрыва сердца, согласно старыхъ взглядовъ замѣчаетъ, что ruptura cordis происходитъ наиболѣе часто вслѣдствіе паренхиматознаго жирового перерожденія мышцъ, а затѣмъ продолжаетъ: „не такъ давно стараются и не безъ основанія уменьшить важность жировой дегенераціи насчетъ частичнаго размягченія, которое слѣдуетъ за инфарктомъ сердца, вызваннымъ тромбозомъ или эмболіей сосудовъ“.

Чрезъ 4—6 лѣтъ проф. Lancereaux[3]) въ „Traite d'anatom. patholog.“ уже прямо заявляетъ, что облитерація, resp. тромбозъ коронарныхъ артерій есть самая общая причина спонтанныхъ разрывовъ сердца.

Итакъ, къ концу 80 годовъ для французскихъ авторовъ вопросъ о патогенезѣ rupturae cordis рѣшается довольно ясно и опредѣленно. Если теперь обратиться къ нѣмецкимъ авторамъ, то встрѣтимъ въ общемъ то же самое, хотя и съ небольшимъ отличіемъ. Такъ въ „Handb. d. speciell. Patholog. u. Therap.“ Zimssen'a[4]) 1876 г. помѣщена статья „Spontane Rurtur des Herzens“ проф. Schrötter'a. Послѣдній, излагая этіологію названнаго заболѣванія, говоритъ, что къ произволь-

[1]) Barth. Arch. gener. d. med. 1871, I, p. 24.
[2]) T. XVIII, p. 470.
[3]) T. II, p. 821.
[4]) VI Bd. 241.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ному разрыву сердца наиболѣе часто ведутъ жировая дегенерація и проростаніе жиромъ сердечной мышцы; далѣе, въ качествѣ причинныхъ моментовъ авторомъ перечисляются острый и хроническій міокардитъ съ ихъ исходами; а въ заключеніе, предъ упоминаніемъ о новообразованіяхъ, гуммахъ и эхинококкахъ, говорится о значеніи коронарныхъ сосудовъ. По мнѣнію Schrötter'a сосуды сердца, аневризматически расширенные или сдѣлавшіеся отъ атероматознаго пораженія болѣе ломкими, даютъ иногда первый толчекъ къ разрыву міокарда; а затѣмъ и эмболія ихъ, вызывая ограниченное гнѣздо размягченія, можетъ повести къ разрыву сердечной стѣнки. Изъ изложеннаго видно, что Schrötter вообще не придавалъ большого значенія пораженію вѣнечныхъ сосудовъ въ происхожденіи ruptura cordis; если-же онъ и допускалъ между ними причинную связь, то лишь въ крайне рѣдкихъ случаяхъ.

Статья проф. Schrötter'a воспроизводитъ лишь традиціи прошлаго; въ рядѣ-же нѣмецкихъ работъ, появляющихся съ начала 90 годовъ, по вопросу о патогенезѣ саморазрыва сердца начинаютъ проводиться новые взгляды. На возникновеніе и упроченіе ихъ помимо французской литературы, повидимому, оказало вліяніе изслѣдованіе Weigert'a [1]) „Ueber die pathologischen Gerinnungsvorgänge", появившееся въ 1880 году. Названная работа собственно не касается вопроса о разрывѣ сердца, даже не упоминаетъ о послѣднемъ. Значеніе ея опредѣляется тѣмъ, что въ ней авторъ на ряду со многимъ другимъ выясняетъ и подчеркиваетъ послѣдствія атероматознаго пораженія вѣнечныхъ сосудовъ сердца. По Weigert'у атероматозъ коронарныхъ артерій не рѣдко ведетъ къ закупоркѣ ихъ вѣтвей путемъ тромбоза или эмболіи. Если такая закупорка развивается медленно или-же такъ, что остаются еще коллатеральные пути, хотя и недостаточные для питанія, то наступаетъ медленная атрофія съ гибелью мышечныхъ волоконъ, но безъ поврежденія соединительной ткани. Если-же происходитъ быстрое и полное прекращеніе притока крови къ отдѣльнымъ участкамъ сердца, то здѣсь образуются сухія, похожія на свернувшійся фибринъ массы. При изслѣдованіи такихъ участковъ подъ микроскопомъ, здѣсь не находятъ никакого фибринознаго экссудата, а часто даже кажущуюся нормальной ткань (иногда различается даже исчерченность мускуль-

[1]) Arch. Virchov'a Bd. 79.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ныхъ волоконъ), но всѣ мышечныя волокна и всѣ соединительнотканныя клѣтки здѣсь оказываются безъядерными.

Приведенныя разъясненія Weigert'a, развитыя болѣе подробно его ученикомъ Huber'омъ [1]), даютъ ясную картину тѣхъ измѣненій въ міокардѣ, которыя возникаютъ при атероматозѣ вѣнечныхъ сосудовъ. Въ дальнѣйшемъ оставалось связать названныя измѣненія съ разрывами сердца. Послѣднее сдѣлано Циглеромъ. Въ своемъ руководствѣ къ патологической анатоміи, начиная съ 1-го изданія въ 1881 году, Циглеръ учитъ, что некрозъ при инфарктѣ сердца, которому онъ далъ названіе myomalacia по аналогіи съ encephalomalacia, наичаще вызываетъ разрывъ сердца.

Работавшій у Циглера Веск на матеріалѣ Тюбингенскаго патолого-анатомическаго института подтвердилъ воззрѣнія своего учителя. „При разрывѣ сердца, пишетъ онъ [2]), соотвѣтствующая вѣтвь коронарной артеріи всякій разъ была закупорена отчасти чрезъ утолщеніе интимы, отчасти-же чрезъ пристѣночный тромбъ".

Приписывая анемическому некрозу вслѣдствіе эндартеріита приводящихъ сосудовъ первенствующее значеніе въ происхожденіи разрывовъ сердца, Веск вслѣдъ за Циглеромъ считаетъ неправильнымъ мнѣніе, еще такъ недавно общепризнанное, по которому главнымъ измѣненіемъ міокарда, ведущимъ къ разрыву, было жировое перерожденіе. Для разрыва сердца, говоритъ тамъ-же Веск, нужны два условія: 1) чтобы въ сердечной мышцѣ имѣлись поврежденные участки съ меньшей сопротивляемостью и сцѣпленіемъ, и 2) чтобы сердце еще энергично продолжало сокращаться. Оба указанныя условія на лицо при артеріосклеротической міомаляціи, но ихъ нѣтъ при жировомъ перерожденіи (разлитомъ) сердца; при послѣднемъ сердце можетъ остановиться, можетъ наступить параличъ его, а не разрывъ.

Послѣдующія работы съ сообщеніемъ отдѣльныхъ случаевъ и съ обозрѣніемъ литературныхъ данныхъ подтвердили и упрочили значеніе для rupturae cordis суженія, resp. облитераціи вѣнечныхъ сосудовъ сердца съ послѣдующимъ гнѣзднымъ некрозомъ, Изъ такихъ работъ мы укажемъ, во первыхъ, на изслѣдованіе проф. Neelsen'a[3]), который описалъ 5 встрѣтившихся ему случаевъ разрыва сердца; въ каждомъ

[1]) Arch. Virchov'a Bd. 89
[2]) Beitrage z. patholog. Anat. u. Physiol. B. II, 486.
[3]) Цит. по Schmidt's Jahrbüch. 1888, Bd. 218

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

изъ нихъ онъ нашелъ закупорку соотвѣтствующей артеріальной вѣточки и анемическій некрозъ и ни въ одномъ жирового перерожденія. Затѣмъ, опуская работы Meyer'a, Albert'a, Aschenbrenner'a, Herb'a, Coots'a, Bachanan'a, Squir'a и др., упомянемъ о работѣ Robin et Nicolle „De la rupture du coeur", вышедшей въ 1895 г.; послѣдне—названные авторы показали [1]), что разрывъ сердца происходитъ въ мѣстѣ образованія въ немъ инфаркта-некробіоза мышечныхъ волоконъ и соединительно-тканной основы,—всегда въ зависимости отъ тромбоза артеріальнаго сосуда.

Итакъ, согласно воззрѣнія приведенныхъ авторовъ, которое есть общепринятое, произвольный разрывъ сердца происходитъ наичаще вслѣдствіе артеріосклеротическаго эндартеріита, обычно приводящаго къ тромбозу артеріальной вѣточки и послѣдующему некрозу соотвѣтствующаго участка. Но, подчеркивая значеніе тромботической міомаляціи въ происхожденіи самобытнаго разрыва сердца, названные авторы исходятъ почти исключительно изъ разбора отдѣльныхъ случаевъ ruptura cordis; цифровыхъ данныхъ въ обоснованіе своего положенія они не приводятъ, такъ какъ подтвердить цифрами доминирующее значеніе тромбоза сосудовъ при саморазрывѣ сердца встрѣчаетъ большое затрудненіе. Какъ уже отмѣчено у насъ, въ литературѣ можно насчитать болѣе 200 случаевъ спонтаннаго разрыва сердца, но наблюденія старыхъ авторовъ по указанной выше причинѣ [2]) здѣсь не могутъ идти въ счетъ, да и изъ болѣе позднѣйшихъ сообщеній о разрывѣ сердца не всѣ отличаются достаточной полнотой. Такъ, возьмемъ для примѣра 44 случая (изъ нихъ три неполныхъ разрыва), собранные Meyer'омъ [3]) и относящіеся приблизительно къ 80 и 90 годамъ прошлаго столѣтія. Среди нихъ, какъ видно изъ относящейся сюда работы „Spontane Herzsruptur", непроходимость, resp. тромбозъ какой-либо вѣтви коронарныхъ сосудовъ отмѣченъ 10 разъ, то-есть въ 20%, а именно въ №№ I, II, VIII, 1, 17, 24а), 24б), 26, 27 и 28. Какой-же исходный причинный моментъ въ остальныхъ 34 случаяхъ разрыва сердца? Просматривая сводную табличку Meyer'a можно видѣть, что въ №№ III, 9, 10, 14 и 21 при секціи отмѣчено въ высо-

[1]) Цитировано по статьѣ д-ра Рахманинова въ Мед. Обозр. 1899 г.
[2]) См. страницу 51 и 52.
[3]) Deutsch. arch. f. klin. Med. 1888, Bd. 4

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

кой степени атероматозное перерожденіе и суженіе вѣнечныхъ сосудовъ, слѣдовательно нужно думать, что указанный атероматозъ съ суженіемъ и повелъ къ разрыву сердца. Если, далѣе, изъ оставшихся 29 случаевъ исключить 4, гдѣ ruptura cordis зависѣла 1 разъ отъ распада гуммы (№ 2), другой—отъ разрыва сифилитическаго мозоля (№ 12) и два раза—отъ разрыва аневризмы сердца (№ 22 и 25), да еще № IV, гдѣ о коронарныхъ сосудахъ сказано, что они не измѣнены, то относительно неперечисленныхъ еще 24 разрывовъ сердца ничего положительнаго сказать нельзя; можно лишь предполагать, что въ большемъ числѣ они тоже обусловлены пораженіемъ коронарныхъ артерій. Правда, изъ соотвѣтствующихъ описаній послѣдняго не видно, такъ какъ въ данныхъ 24 сообщеніяхъ авторы ограничиваются лишь описаніемъ измѣненій сердечной стѣнки и совершенно не упоминаютъ о состояніи коронарныхъ артерій: но такое молчаніе о состояніи сосудовъ сердца не есть еще доказательство отсутствія въ нихъ болѣзненныхъ измѣненій—тѣмъ болѣе, что во многихъ изъ этихъ 24 случаевъ указывается хроническій міокардитъ и другія измѣненія сердечной мышцы, которыя, судя по современнымъ даннымъ, могли возникнуть на почвѣ атероматоза сосудовъ сердца; указываются далѣе атероматозъ клапановъ сердца и аорты, хроническое сморщиваніе почекъ и т. д.; словомъ, все болѣзненные процессы, обычно стоящіе въ связи или встрѣчающіеся совмѣстно съ патологическимъ состояніемъ вѣнечныхъ артерій.

Если отъ данныхъ Меуег'а перейдемъ къ случаямъ разрыва сердца, собраннымъ въ нашей табличкѣ и относящимся приблизительно къ 2 послѣднимъ десятилѣтіямъ, то встрѣтимъ отчасти тотъ-же самый недостатокъ, а слѣдовательно и то-же самое затрудненіе при распредѣленіи ихъ по рубрикамъ согласно причиннаго момента.

Въ нашей таблицѣ приведено 30 случаевъ разрыва сердца; если къ нимъ присоединить два описанныхъ нами, то всего получится 32. Среди нихъ тромбозъ вѣнечныхъ сосудовъ, какъ причина саморазрыва сердца, встрѣчается 11 разъ, а именно въ №№ 1, 6, 7, 14, 16, 22, 24, 26, 27, 30 и въ нашемъ одномъ случаѣ, или въ 34 процентахъ. Переходя къ разсмотрѣнію оставшихся 21 случаевъ разрыва сердца, мы находимъ, что только въ 11 изъ нихъ происхожденіе разрыва болѣе или менѣе ясно. Такъ, въ №№ 5, 11, 13, 21 и одномъ, опи-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

санномъ нами, или въ 16% исходнымъ моментомъ для разрыва, повидимому, послужило артеріосклеротическое пораженіе вѣнечныхъ сосудовъ съ послѣдующими гнѣздными измѣненіями міокарда; въ трехъ случаяхъ—(№№ 25, 28 и 29) произошелъ разрывъ сердечной аневризмы; одинъ разъ разорвалась истонченная избыточная полость сердца (№ 2); наконецъ, въ № 15 разрывъ сердца возникъ на почвѣ язвеннаго эндокардита; къ каковой категоріи можно отнести еще и случай № 17, гдѣ авторомъ сообщенія разрывъ праваго желудочка ставится въ связь съ эндокардитомъ клапановъ легочной артеріи. Что касается прочихъ 10 случаевъ, приведенныхъ въ нашей таблицѣ, или въ 31% общаго числа, то изъ описанія ихъ опредѣленнаго заключенія о причинномъ моментѣ разрыва сдѣлать нельзя. Такъ, въ №№ 9, 18, 19 и 20 при описаніи упоминается объ истонченіи стѣнки и жировомъ перерожденіи міокарда въ области разрыва. Но какъ далеко зашло истонченіе? можно-ли здѣсь говорить объ аневризмѣ, какъ въ №№ 25, 28 и 29 или нѣтъ? какое значеніе принадлежитъ отмѣченному жировому перерожденію? каково состояніе вѣнечныхъ артерій?—неизвѣстно.

Далѣе, въ №№ 3, 8, 12, и 23 указывается какъ главнѣйшее измѣненіе—жировая дегенерація мышечной ткани въ мѣстѣ разрыва. Но какъ велико по протяженію и интенсивности жировое перерожденіе? какая причина его? есть-ли на ряду съ жировой дегенераціей какія-либо другія измѣненія въ міокардѣ? въ какомъ состояніи коронарные сосуды сердца?—опять неизвѣстно.

Наконецъ, въ № 10 помимо указанія на мѣсто и длину разрыва сердца говорится лишь объ атероматозномъ процессѣ въ аортѣ, а въ № 4 лишь вообще сообщается случай разрыва сердца.

Указываемая неполнота сообщеній зависитъ отъ самыхъ разнообразныхъ условій. Послѣднія ясно видны изъ разсмотрѣнія литературныхъ источниковъ сообщеній и мы касаться ихъ не будемъ.

Въ заключеніе, разбирая данныя только-что перечисленныхъ 10 случаевъ самоpазрыва сердца, сопоставляя ихъ съ современными научными данными, намъ кажется, что мы вправѣ сдѣлать о нихъ тотъ выводъ, что часть названныхъ самоpазрывовъ сердца, при всей неполнотѣ описанія ихъ, всетаки можетъ быть съ большой вѣроятностью связана съ пораженіемъ вѣнечныхъ сосудовъ сердца, какъ съ ис-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ходнымъ патологическимъ процессомъ; таковы, напр., случаи, описанные докторами Клименко (9), Рындовскимъ (18),Воскресенскимъ (19) и Неболюбовымъ (23); происхожденіе-же другихъ при наличности сообщенныхъ свѣдѣній является прямо загадочнымъ, какъ напримѣръ случай д—ра Гликмана (8), а равно д—ровъ Тезякова (3) и Пчелина (20); наконецъ, вопросъ о происхожденіи третьихъ за отсутствіемъ всякихъ указаній остается открытымъ.

Случаи первой и третьей категоріи едва-ли нуждаются въ какихъ либо дополненіяхъ; о второй-же группѣ мы скажемъ нѣсколько словъ. Нами указаны, какъ загадочные, случаи д—ровъ Гликмана, Пчелина и Тезякова. Въ первомъ изъ нихъ по автору разрывъ зависѣлъ отъ „полнаго жирового перерожденія праваго желудочка", причемъ отравленію мышьякомъ приписывается содѣйствующая роль въ происхожденіи жировой дегенераціи, resp. разрыва. Наблюденіе весьма интересное! Оно стоитъ въ прямомъ противорѣчіи съ раньше приведеннымъ нами положеніемъ, что при диффузномъ жировомъ перерожденіи наступаетъ остановка, параличъ сердца, а не разрывъ. Но въ основѣ названнаго сообщенія д—ра Гликмана лежитъ не точное и детальное изслѣдованіе разорвавшагося сердца, а лишь неполный макроскопическій осмотръ его при вскрытіи, что въ смыслѣ доказательности сводитъ на нѣтъ данное наблюденіе, не смотря на крайній интересъ его.

Малопонятность слѣдующихъ сообщеній—Тезякова и Пчелина заключается, во первыхъ, въ томъ, что они относятся къ субъектамъ молодымъ, въ возрастѣ 21—22 лѣтъ, у которыхъ вообще разрывъ сердца, resp. патологическіе процессы, ведущіе къ разрыву, встрѣчаются крайне рѣдко; главное-же—въ случаѣ д—ра Тезякова, какъ и въ только-что приведенномъ д—ра Гликмана, описывается разрывъ жирно-перерожденнаго праваго желудочка сердца, а въ сообщеніи д—ра Пчелина допускается возможность, что видимо здоровое сердце при усиленной работѣ, вмѣсто обычно наблюдаемой гипертрофіи, подвергается истонченію и разрывается въ области праваго предсердія; при чемъ, о коронарныхъ сосудахъ сердца замѣчено, что они „безъ измѣненій". При наличности такихъ данныхъ названные случаи д—ровъ Тезякова и Пчелина совершенно не вяжутся съ тѣмъ, что мы знаемъ о патогенезѣ саморазрывовъ сердца и являются прямо

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

загадкою, которую пока приходится объяснять исключительно недостаточностью произведеннаго изслѣдованія.

Въ заключеніе разбора малопонятныхъ случаевъ rupturae cordis намъ хотѣлось-бы отмѣтить ту особенность, что наибольшее недоразумѣніе о происхожденіи вызываютъ разрывы праваго желудочка и предсердій; если патогенезъ rupturae ventriculi sinistri для насъ представляется яснымъ, и мы имѣемъ много полныхъ и точныхъ описаній подобныхъ случаевъ, то относительно разрыва праваго желудочка и особенно предсердій не все ясно, и, повидимому, требуется дальнѣйшая разработка, что, можетъ быть, стоитъ въ связи съ рѣдкостью послѣдняго рода фактовъ.

Итакъ, согласно разсмотрѣнія приведенныхъ у насъ сообщеній надо признать, что саморазрывъ сердца наиболѣе часто происходитъ вслѣдствіе пораженія сосудовъ сердца. Изъ нашихъ 32 случаевъ мы можемъ указать лишь три или 9% (№№ 2, 15 и 17), гдѣ спонтанный разрывъ стоялъ внѣ связи съ заболѣваніемъ сосудовъ, и 19—23 случая или въ 60—72%, гдѣ исходнымъ моментомъ являлось пораженіе сердечныхъ сосудовъ [1]).

Самымъ обычнымъ измѣненіемъ сосудовъ, ведущимъ къ разрыву міокарда, является артеріосклеротическій эндартеріитъ съ послѣдующимъ тромбозомъ одной изъ артеріальныхъ вѣточекъ, ведущимъ къ некрозу соотвѣтствующій участокъ сердечной мышцы. Однако, тромбозъ вѣнечныхъ сосудовъ сердца не всегда зависитъ отъ атероматознаго процесса въ нихъ; въ одномъ изъ приведенныхъ въ нашей таблицѣ случаевъ, а именно подъ № 7, авторъ послѣдняго встрѣтившійся тромбозъ ставитъ въ связь исключительно съ хроническимъ перикардитомъ. Какъ уже указано, среди нашихъ 32 случаевъ спонтаннаго разрыва сердца тромбозъ приводящихъ сосудовъ констатированъ 11 разъ или 32% общаго числа и, добавимъ здѣсь, почти въ половинѣ случаевъ или въ 50%, гдѣ патогенезъ разрыва ясенъ.

Для саморазрыва сердца нѣтъ нужды, чтобы приводящій кровеносный сосудъ былъ совершенно непроходимъ; достаточно одного суженія сосудистаго просвѣта, чтобы въ міокардѣ произошли измѣненія, благопріятныя разрыву. Weigert въ своемъ уже цитированномъ

[1]) Около 20% или 7 случаевъ мы относимъ, хотя это и не совсѣмъ точно, къ неизвѣстнымъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

трудѣ [1]) указываетъ на такую возможность. Тамъ онъ приводитъ одинъ случай, гдѣ въ сердцѣ наблюдалась гибель мускульныхъ волоконъ и гдѣ коронарныя артеріи были не повреждены, а лишь только сужены при своемъ отходѣ вслѣдствіе сифилитическаго склероза аорты. Проф. Lansereaux [2]) по данному вопросу прямо заявляетъ: „для возникновенія спонтанныхъ разрывовъ сердца не всегда требуется полная облитерація сосуда, иногда достаточно простого суженія или расширенія послѣдняго".

Нашъ второй случай разрыва сердца можетъ служить лишь новымъ подтвержденіемъ для разбираемаго положенія. Онъ показываетъ, что сильное суженіе просвѣта приводящихъ сосудовъ вызываетъ ограниченные очаги регрессивнаго метаморфоза до некроза и распада подлежащей ткани включительно, которые при значительномъ протяженіи могутъ повести, а въ нашемъ случаѣ повели къ разрыву сердца

Такое происхожденіе саморазрыва сердца, повидимому, встрѣчается не особенно рѣдко. Мы отнесли къ нему изъ 32 случаевъ 5 или 16% общаго числа, при описаніи которыхъ отмѣченъ атероматозный процессъ въ вѣнечныхъ сосудахъ сердца безъ тромбоза. Но, кажется, къ той-же категоріи слѣдуетъ еще отнести, хотя и съ меньшей увѣренностью, случаи докторовъ Клименко (9), Воскресенскаго (19) и Неболюбова (23).На послѣднемъ сообщеніи мы нѣсколько остановимся. Авторъ его говоритъ, что „подъ микроскопомъ въ мышечныхъ волокнахъ оказалось полное исчезаніе поперечной исчерченности и скопленіе жира"; слѣдовательно, названный случай указываетъ на возможность разрыва жирно-перерожденнаго міокарда, каковое заключеніе и дѣлаетъ д-ръ Неболюбовъ, приписывая жировому перерожденію главное значаніе въ происхожденіи спонтанныхъ разрывовъ сердца. Не повторяя здѣсь сказаннаго по поводу сообщеній д-ра Гликмана и Тезякова, мы лишь отмѣтимъ, что намъ совершенно неизвѣстно, какъ производилось данное микроскопическое изслѣдованіе? Можетъ-быть оно ограничивалось лишь изслѣдованіемъ свѣжихъ препаратовъ, приготовленныхъ расщепленіемъ мышечной ткани во время секціи, а такое изслѣдованіе едва-ли даетъ вѣрное представленіе о имѣющихся въ сердцѣ патологическихъ процессахъ, а поэтому едва-

[1]) Arch. Virchov'a. Bd. 74.
[2]) Traite d'anatom. pathologiq. II. 882.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ли достаточно. Вѣдь намъ извѣстно, что при разрывѣ сердца вслѣдствіе артеріосклероза коронарныхъ артерій съ послѣдующимъ суженіемъ сосудистаго просвѣта наблюдается довольно сложная картина. Здѣсь, помимо главнаго измѣненія подлежащей ткани—некробіоза и распада, встрѣчается на ряду съ прочимъ и жировая дегенерація мускульныхъ волоконъ. Такъ какъ препараты, приготовленные изъ свѣжей ткани расщепленіемъ, будутъ содержать жирно-перерожденныя волокна и иногда въ значительной степени, то изслѣдователь, основываясь на нихъ и выдвигая на первый планъ жировое перерожденіе сердечной стѣнки, невольно придетъ къ ошибочному выводу, поэтому только изслѣдованіе на срѣзахъ, изслѣдованіе съ примѣненіемъ спеціальной обработки на присутствіе жира въ подлежащей ткани, можетъ быть признано достаточнымъ и устраняющимъ случайность. Данное соображеніе приложимо и къ сообщеніямъ другихъ авторовъ, въ которыхъ при разрывѣ сердца въ качествѣ основного измѣненія отмѣчается жировое перерожденіе міокарда.

Итакъ, артеріосклеротическій эндартеріитъ съ суженіемъ сосудистаго просвѣта можетъ вести къ остро-протекающимъ патологическимъ измѣненіямъ міокарда, можетъ вызывать, такъ сказать, почти непосредственно разрывъ сердца, но онъ можетъ и посредственно, чрезъ рядъ хроническихъ измѣненій сердечной мышцы, обусловить разрывъ послѣдней. Къ такимъ хроническимъ процессамъ, возникающимъ при атероматозѣ сердечныхъ сосудовъ, надо отнести мозолистый міокардитъ, который впрочемъ иногда возникаетъ какъ послѣдствіе паренхиматознаго міокардита-дегенераціи (Ziegler, Orth, Lancereaux и др.), а главное—образующіяся на почвѣ хроническихъ міокардитовъ и вообще міомаляціи мышечной ткани аневризматическія истонченія сердечной стѣнки. Аневризма сердца заболѣваніе рѣдкое и встрѣчается не часто [1]). Еще рѣже наблюдается разрывъ аневризматическаго мѣшка въ сердцѣ. Такъ, Monneret [2]) на 19 аневризмъ сердца насчитываетъ только три лопнувшія. И всетаки разрывъ сердечной аневризмы среди саморазрывовъ сердца занимаетъ видное мѣсто. По статистикѣ, напримѣръ, Elleaume [3]) изъ 55 спонтанныхъ разрывовъ

[1]) См. И. Левашевъ. „Хроническая аневризма лѣваго желудочка“, отдѣльный оттискъ изъ журнала „Русскій архивъ“ Подвысоцкаго 1898 г.

[2]) Цитир. по ст. Schrötter'a въ Handbuch Ziemssen'a Bd. VI.

[3]) Цитир. по Meyer'у.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

сердца 10 приходится на разорвавшіяся аневризмы сердца. По даннымъ Meyer'a въ 44 случаяхъ rupturae cordis, приведенныхъ въ его таблицѣ, разрывъ aneurismae cordis встрѣчается 3 раза; столько-же разъ, то-есть три, отмѣченъ разрывъ сердечной аневризмы въ 32 сообщеніяхъ, собранныхъ изъ русскихъ медицинскихъ изданій. Въ общемъ итогѣ 16 разрывовъ въ области сердечной аневризмы изъ 131 разрыва сердца или въ 12%.

Помимо облитераціи или суженія коронарныхъ артерій, произвольный разрывъ сердца можетъ быть обусловленъ и другими мѣстными заболѣваніями сердечной мышцы. Группа этихъ „другихъ" заболѣваній, по количеству приходящихся на нее случаевъ, повидимому, не очень многочисленна, но за то довольно разнообразна. Такъ, саморазрывъ сердца не рѣдко происходитъ при язвенномъ эндокардитѣ, когда послѣдній переходитъ на мышечную стѣнку и постепенно приводитъ къ прободенію—разрыву ея. Проф. Osler [1]), собравъ 200 слишкомъ заболѣваній „endocarditis ulcerosae, насчиталъ среди нихъ 33 случая пристѣночного язвеннаго эндокардита, изъ которыхъ 15 кончились перфораціей стѣнки сердца. Изъ случаевъ, собранныхъ въ нашей таблицѣ, къ этой категоріи, повидимому, относится описанный д-ромъ Самгинымъ [2]); затѣмъ можно указать и на сообщеніе подъ № 17, гдѣ авторомъ послѣдняго разрывъ праваго желудочка ставится въ зависимость отъ эндокардита клапановъ arteriae pulmonalis.

Здѣсь-же упомянемъ о возможности разрыва сердца въ области гнѣзднаго гнойнаго міокардита или обсцесса сердца. По Meyer'у два подобныхъ случая сообщены упоминаемымъ уже Elleaume. Въ 1895 году такой случай описанъ Fraser'омъ [3]).

Далѣе, въ литературѣ описаны случаи саморазрыва сердца при сифилитическихъ заболѣваніяхъ послѣдняго; причемъ разрывъ можетъ произойти или въ области гуммознаго пораженія сердца, какъ напримѣръ въ случаѣ, описанномъ Gregoric'омъ [4]), или въ области сифилитическаго мозоля сердца, какъ напр. въ случаѣ, сообщенномъ Dandridge [5]).

[1]) Schmidt's Jahrbuch. Bd. 208, 1885.
[2]) Медиц. Обозр. 1896 г., 45 т.
[3]) Schmidt's Jarhbüch. 1895, Bd. 247
[4]) Virch. Jahresber. 1870 г. Bd. II
[5]) Virch. Jahresber. 1873 Bd., I

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ учебникахъ патологической анатоміи и частной патологіи, а равно и въ отдѣльныхъ статьяхъ (Schrötter, Ziegler, Eichhorst и др.) встрѣчается указаніе на происхожденіе разрывовъ сердца при новообразованіяхъ. Допустить саморазрывъ сердечной стѣнки на почвѣ новообразованія, особенно распадающагося, вполнѣ естественно, но въ дѣйствительности такого рода разрывовъ, кажется, нѣтъ. Правда казуистика показываетъ, что въ сердцѣ наблюдаются первичныя опухоли; въ литературѣ описаны, напримѣръ, случаи первичной саркомы, первичнаго рака сердца и др.[1]). Но подобныхъ случаевъ немного, а главное среди нихъ неизвѣстно ни одного, кончившагося разрывомъ сердца. Что же касается опухолей вторичнаго характера, опухолей—метастазовъ, то онѣ сравнительно съ первичными встрѣчаются чаще; по вычисленію проф. Петрова приблизительно въ 7,5% генерализаціи опухолей, но и при нихъ тоже неизвѣстно ни одного случая, гдѣ бы произошелъ разрывъ сердца въ области метастаза опухоли, если не считать уже отмѣченныхъ нами прободеній сердца распадающимися опухолями пищевода. При метастазахъ новообразованія въ сердцѣ смерть обычно наступаетъ или отъ заболѣванія первично-пораженнаго органа или отъ общаго истощенія и ослабленія организма.

На ряду съ опухолями слѣдуетъ упомянуть о паразитахъ въ сердцѣ, которые, помѣщаясь въ толщѣ міокарда, могутъ, конечно, повести къ разрыву [2]). Такимъ паразитомъ почти исключительно является эхинококкъ въ пузырчатой стадіи своего развитія. Но, помимо того, что пузыри эхинококка въ мышцѣ сердца встрѣчаются крайне рѣдко: Lehne [3]), напримѣръ, до 1896 года могъ собрать въ литературѣ лишь 18 случаевъ пораженія сердца эхинококками,—слѣдуетъ еще замѣтить, что если пузыри названной глисты и вскрываются, то обычно внутрь сердечной полости, такъ что полнаго нарушенія цѣлости сердечной стѣнки не происходитъ, а смерть наступаетъ отъ разстройства кровообращенія. По заявленію Meyer'a до 1888 года наблюдался лишь единственный разъ разрывъ сердца вслѣдствіе эхинококка, это въ случаѣ, сообщенномъ еще въ 40 годахъ Dezemeris [4]);

[1]) Смотри работы Павловской (Больничн. Газ. Боткина 1893 г., № 24 и сл.), Бертенсона (Врачъ 1893 г. № 6 и 7), Петрова (Больн. Газ. Боткина 1897 г. № 20) и Геннинга (Врачъ, 1899 г., № 36.)

[2]) Ziegler Lehrbuch d. patholog. Anat. Bd. II 1898.

[3]) Arch. f. klinisch. Chir. Bd. 52 1896.

[4]) Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43, S. 393.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

съ 1888 года подобнаго случая, какъ можно судить по ежегоднымъ литературнымъ обозрѣніямъ, не было.

При изложеніи этіологіи произвольнаго разрыва сердца, въ заключеніе слѣдуетъ остановиться на вопросѣ о саморазрывѣ здороваго сердца. Возможенъ-ли подобный саморазрывъ? Старые авторы, какъ напр. Olivier [1]), авторъ статьи о разрывахъ сердца въ энциклопедическомъ словарѣ 1834 года, отвѣчали утвердительно. Они допускали, что значительное поднятіе кровяного давленія, обусловленное психическимъ-ли возбужденіемъ, тѣлеснымъ-ли напряженіемъ или суженіемъ сосудистыхъ устій, можетъ повести къ разрыву даже здоровое сердце. Въ основѣ приведеннаго возрѣнія лежали отдѣльныя наблюденія, по которымъ будто-бы разрывались сердца со здоровой мышечной тканью. Но уже издавна (первый Blaud [2]) въ 20 годахъ прошлаго столѣтія) оспаривалась возможность такого разрыва. Съ теченіемъ времени, чѣмъ богаче становился матеріалъ, чѣмъ лучше и точнѣе онъ изслѣдовался, тѣмъ возможность разрыва здоровой сердечной мышцы становилась все болѣе и болѣе сомнительной. Авторы второй половины 19 вѣка уже категорически отвергаютъ такую возможность, объясняя противоположныя сообщенія неточностью и недостаточностью наблюденія. Подобное объясненіе кажется вполнѣ естественнымъ относительно сообщеній, идущихъ отъ стараго времени, когда при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ микроскопъ совсѣмъ не употреблялся, а все изслѣдованіе ограничивалось лишь макроскопическимъ осмотромъ, да и то не всегда полнымъ, когда и научныя знанія о болѣзненныхъ процессахъ были невелики, но, повидимому, оно приложимо и къ описаніямъ болѣе позднимъ. Такъ, въ 1894 году Griffon [3]) сообщилъ случай саморазрыва сердца, въ которомъ, по его заявленію, клапаны, эндокардій и сосуды были безъ измѣненій, а сердечная мышца по цвѣту, толщинѣ и консистенціи казалась нормальной, словомъ сообщилъ случай разрыва здороваго сердца. Но вотъ въ 1896 году къ приведенному описанію Griffon [4]) добавляетъ, что „точное микроскопическое изслѣдованіе этого, кажущагося здоровымъ, сердца показало почти полную закупорку (Verschloss) соотвѣт-

[1]) „Nouveau diction.“ Jaccaud 1868, V t., 543 p.
[2]) Цитир. по Meyer'y. 393 c. тр.
[3]) Schmidt's Jahrbüch. 1895, Bd. 247
[4]) Scmidt's Jahrbüch. Bd., 258 1898.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ствующей вѣтви коронарной артеріи при едва замѣтныхъ слѣдахъ склероза въ остальной части артеріальнаго ствола". Фактъ поучительный! Онъ ясно показываетъ, какъ ненадежны отрицательныя данныя, полученныя при макроскопическомъ изслѣдованіи, и какъ осторожно къ нимъ слѣдуетъ относиться. Если къ сказанному прибавить, что во всѣхъ, насколько позволяютъ судить просмотрѣнныя нами работы, доселѣ тщательно изслѣдованныхъ случаяхъ произвольнаго разрыва сердца, сердечная мышца въ мѣстѣ разрыва всегда была поражена тѣмъ или другимъ патологическимъ процессомъ, всегда была болѣзненно измѣнена, то надо признать, что мнѣніе, отрицающее возможность разрыва сердца при здоровой мышечной стѣнкѣ, вполнѣ справедливо,—тѣмъ болѣе, что указываемый для такихъ разрывовъ главный факторъ, т. е. поднятіе кровяного давленія не обладаетъ приписываемымъ ему разрывающимъ дѣйствіемъ на сердце, такъ какъ попытка (Davy и Duerenil) [1]) экспериментально вызвать разрывъ сердца чрезъ искусственное повышеніе давленія оказалась безрезультатной, а прямое наблюденіе у кровати больного и на секціонномъ столѣ убѣждаютъ, что повышеніе кровяного давленія и вообще требованіе усиленной работы отъ сердца ведутъ лишь къ гипертрофіи послѣдняго, пропорціональной первымъ, или—если требованіе оказалось не по силамъ сердцу, то къ параличу его, а не разрыву [2]).

Если повышенное внутрисердечное давленіе не ведетъ здоровое сердце къ разрыву, то при наличности извѣстныхъ измѣненій въ

[1]) Цитир. по Meyer'у—406 s.

[2]) Д-ръ Соковскій въ своей работѣ „О самобытномъ разрывѣ сердца„ (Больн. Газ. Боткина 1893 г., № 47) приводитъ между прочимъ такую выдержку: „Brouardel (слѣдуетъ сноска—Annal. d'hygien. publique 1886, XV t.) описываетъ случай разрыва сердца у 19 мѣсячнаго ребенка, гдѣ смерть произошла вслѣдствіе задушенія. Разрывъ сердца былъ обусловленъ внезапнымъ перерывомъ кровообращенія въ сонныхъ артеріяхъ, почему сердце переполнилось кровью и вызвались чрезчуръ сильныя сокращенія его, которыхъ не перенесли нѣжныя мышцы ребенка". Прочитавъ данную выдержку, всякій придетъ къ заключенію, прямо противоположному тому, которое нами только что высказано, то-есть что при нѣкоторыхъ условіяхъ, а именно при внезапномъ повышеніи кровяного давленія, по крайней мѣрѣ у дѣтей, можетъ произойти, а въ указанномъ случаѣ произошелъ разрывъ здороваго сердца. Если однако сдѣлать согласно сноски справку, то оказывается, что приведенная выдержка изъ работы д-ра Соковскаго совершенно невѣрна. Какъ можно видѣть изъ цитируемаго доклада Brouardel'я въ Soc. de medec. leg. de France, въ сердцѣ названнаго 19 мѣсячнаго ребенка найдено слѣдующее: 1) у основанія аортальныхъ заслонокъ мелкія плотныя старыя разращенія; 2) на 1 сант. ниже передней полулунной заслонки аорты изъязвленіе линейной формы до 1 сант. протяженіемъ, достигающее почти задней поверхности art. pulmonalis; стѣнки изъязвленія неровны; на поверхности его бѣловато-сѣрые фибринозные клочки, и 3] неполный разрывъ передней стѣнки лѣваго желудочка. Изъ изложеннаго ясно, что здѣсь о разрывѣ здороваго сердца едва ли можетъ идти рѣчь. Самъ Brouardel въ заключеніе доклада высказалъ такое мнѣніе, что здѣсь разрывъ сердца произошелъ на почвѣ изъязвленія, а асфиксія лишь содѣйствовала происхожденію разрыва.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

сердечной мышцѣ такое повышеніе можетъ содѣйствовать разрыву, ускорять его. Положимъ, произошелъ тромбозъ какой-либо вѣточки коронарныхъ артерій; соотвѣтствующій мышечный участокъ, какъ лишенный притока крови, подвергается постепенному умиранію. Пока сердце работаетъ обычно, умирающій участокъ міокарда еще выдерживаетъ внутри желудковое давленіе; но вотъ почему-либо кровяное давленіе повысилось и умирающая ткань, resp. сердце разрывается. Указанная послѣдовательность допустима и при другихъ заболѣваніяхъ сердца, вызывающихъ саморазрывъ его. Отсюда понятно, почему въ предварительныхъ свѣдѣніяхъ о лицахъ, умершихъ отъ ruptura cordis, часто отмѣчается, что смерть ихъ наступила въ тотъ или иной моментъ, сопровождающійся значительнымъ запросомъ на работу сердца. Такъ, извѣстно, что Филиппъ II, король испанскій, умеръ отъ саморазрыва сердца, получивъ извѣстіе о проигранной битвѣ при Piacenza. Психическій инсультъ всетаки рѣдко является каплей, переполняющей чашу; наиболѣе часто послѣдней служитъ тѣлесное напряженіе, сопровождающее, напримѣръ, разныя отправленія организма, какъ-то дефекацію (смерть Георга II, короля англійскаго), рвоту, кашель и др., или являющееся при усиленныхъ движеніяхъ—бѣгѣ, восхожденіи на лѣстницы и т. д. Сюда-же слѣдуетъ отнести и эпилептическій припадокъ. Такъ какъ указываемыя состоянія суть только содѣйствующія произвольному разрыву сердца, то понятно, что послѣдній можетъ произойти и независимо отъ нихъ. Случаи, когда смерть отъ ruptura cordis наступала среди полнаго покоя, тоже не рѣдки.

Возрастъ лицъ, умирающихъ отъ саморазрыва сердца, обычно очень глубокій; это все старики и старухи. По статистикѣ, напримѣръ, Elleaume, обнимающей 48 смертей этого рода, средній возрастъ покойныхъ равняется 65 годамъ; въ 35 случаяхъ, приведенныхъ въ таблицѣ Meyer'a, онъ приближается къ 61 году, а въ 29 случаяхъ, собранныхъ нами, къ 54 годамъ. Возрастъ въ общемъ почтенный! Но значеніе преклонныхъ лѣтъ для происхожденія спонтанныхъ разрывовъ сердца выступитъ еще рѣзче, если извѣстные случаи смерти отъ саморазрыва сердца распредѣлить согласно возраста лицъ, погибшихъ отъ названнаго заболѣванія. Пользуясь, напримѣръ, наиболѣе богатыми данными Robin'a и Nicolle'я, можно привести такую табличку относительно 156 смертей отъ ruptura cordis:

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

28 лѣтъ—	1	случай разрыва сердца или около	0,6	процентовъ.
30—40 „	— 6	„	4	„
40—50 „	—11	„	7	„
50—60 „	—17	„	11	„
60—70 „	—42	„	27	„
70—80 “	—61	„	39	„
80—90 „	—17	„	11	„
90 „	— 1	„	0,6	„

Итакъ, изъ 156 случаевъ смерти отъ произвольнаго разрыва сердца, двѣ трети или 66% падаютъ на возрастъ между 60 и 80 годами. Такое явленіе вполнѣ естественно. Оно стоитъ въ полномъ соотвѣтствіи съ ученіемъ о происхожденіи саморазрывовъ сердца, согласно котораго главный исходный моментъ есть хроническій эндартеріитъ коронарныхъ сосудовъ сердца, а послѣдній есть заболѣваніе по преимуществу преклоннаго возраста[1]). Но такъ какъ на ряду съ эндартеріитомъ къ саморазрыву сердца изрѣдка могутъ вести другіе, указанные выше, болѣзненные процессы, которые встрѣчаются и въ болѣе молодомъ возрастѣ, то нѣтъ удивительнаго, что смерть отъ rupturae cordis, хотя и крайне рѣдко, похищаетъ молодыхъ субъектовъ. Ellaume, напримѣръ, сообщаетъ случай разрыва на почвѣ язвеннаго эндокардита у 22-лѣтней женщины; каковой возрастъ по Meyer'у наименьшій; наблюдавшійся до 1888 г.; въ нашей таблицѣ приведено сообщеніе д-ра Самгина (№ 15), по которому саморазрывъ сердца произошелъ у 19 лѣтняго парня и тоже вслѣдствіе язвеннаго эндокардита.

Что касается пола, то мужчинъ среди умершихъ отъ разрыва сердца больше, нежели женщинъ. По наиболѣе богатой статистикѣ Robin'a Nicolle'я среди 173 случаевъ этого рода насчитывается 93 мужчинъ и 80 женщинъ или 54% первыхъ и 46% вторыхъ. Доминированіе мужского пола надъ женскимъ опять стоитъ въ прямой связи съ эндартеріитомъ, какъ заболѣваніемъ, наиболѣе часто встрѣчаемымъ у мужчинъ. По статистикѣ Edgren'a[2]), приведенной въ Nothnagel'евскомъ руководствѣ къ частной патологіи и терапіи, изъ 100 случаевъ артеріосклероза 79 приходится на мужчинъ и только 21 на женщинъ. Если эти цифры сравнить съ только-что приведенными

[1]) Nothnagel. „Spec. Pathol. u. Therap. XV, III, 1, 71.
[2]) Тамъ-же.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

цифрами Robin'a и Nicolle'я, то, пожалуй, можно заключить, что у женщинъ артеріосклерозъ относительно чаще ведетъ къ саморазрыву сердца, чѣмъ у мужчинъ.

Въ заключеніе нѣсколько словъ о мѣстѣ разрыва сердца. Хотя послѣднее можетъ разорваться въ любой своей части, но въ громадномъ большинствѣ случаевъ разрывъ происходитъ въ области лѣваго желудочка. Такъ, по той-же статистикѣ Robin'a и Nicolle'я на 173 rupturae cordis насчитывается:

139 разрывовъ лѣваго желудочка.
20 „ праваго желудочка.
8 „ праваго предсердія.
2 „ лѣваго предсердія.
и 4 „ вмѣстѣ обоихъ желудочковъ.

Локализація разрывовъ по преимуществу въ стѣнкѣ лѣваго желудочка не зависитъ, какъ можно-бы думать, отъ существующаго высокаго давленія въ немъ, ибо разрывъ сердца, какъ мы знаемъ, не связанъ съ высотой давленія крови. Очевидно, причина даннаго явленія заключается въ частой локализаціи въ области лѣваго желудочка патологическихъ процессовъ, ведущихъ къ разрыву міокарда. Въ частности отмѣтимъ, что излюбленнымъ мѣстомъ разрыва въ лѣвомъ желудочкѣ является нижне-передняя половина его, что стоитъ въ связи съ фактомъ частаго пораженія атероматозомъ именно передней нисходящей вѣтви arteriae coronariae [1]).

При саморазрывѣ сердца обычно бываетъ одинъ разрывъ, но наблюдались случаи, гдѣ было 2, 3 и даже 5 [2]) разрывовъ. Такъ, въ случаѣ Andral'я на задней стѣнкѣ лѣваго желудочка открывались пять продольныхъ отверстій, а въ случаѣ Blaud имѣлись два полныхъ разрыва—по одному въ каждый желудочекъ, и три неполныхъ, изъ которыхъ два помѣщались на поверхности лѣваго желудочка, а одинъ—на правомъ. Во второмъ случаѣ, описанномъ нами, было на передней стѣнкѣ лѣваго желудочка три разрыва, которые, соединяясь по направленію внутрь, заканчивались однимъ.

Первымъ послѣдствіемъ разрыва сердца является кровотеченіе въ околосердечную сорочку. Количество крови, изливающейся въ по-

[1]) Смотри Huber „Arch. Virch. Bd. 89, а также Lansereaux „Traite d'anatom. patholog.“, Ziegler „Handb. d. patholog. Anatomie“ и др.
[2]) Diction encyclop., XVIII t.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

лость перикардія, бываетъ различно, но въ общемъ небольшое. Какъ показываютъ наблюденія при секціи умершихъ отъ rupturae cordis, оно въ большинствѣ колеблется отъ 200 до 500 куб. сант. Указываемая потеря крови сама по себѣ не можетъ повести къ exitus laetalis; слѣдовательно, причину послѣдняго надо искать въ другихъ моментахъ и прежде всего въ механическомъ сдавливаніи сердца излившейся кровью съ послѣдующей невозможностью для него дилятаціонныхъ фазъ. Правда, изъ патологіи намъ извѣстно, что въ полости околосердечной сумки иногда скопляется большое количество транссудирующей жидкости, а равно и воспалительнаго экссудата, по меньшей мѣрѣ болѣе, чѣмъ крови при саморазрывахъ сердца, и однако остановки сердца не происходитъ. Въ объясненіе такой разницы можно указать на то, что при транссудатѣ и экссудатѣ жидкость скопляется постепенно; сердце здѣсь какъ-бы успѣваетъ приспособляться къ новому фактору своей дѣятельности, можетъ быть даже до нѣкоторой степени регулируетъ сообразно со своей силой количество пропотѣвающей жидкости; при разрывѣ-же сердца наступаетъ быстрое наполненіе околосердечной полости кровью; отъ чего діастола сердца сразу-же сильно затрудняется, а соотвѣтственно—крови изъ венъ притекаетъ меньше и меньше выбрасывается въ артеріальную систему, пока при наростающемъ напряженіи въ полости перикардія не наступитъ полная остановка сердца[1]).

Далѣе, нельзя отрицать возможности рефлекторной остановки сердца[2]) въ зависимости отъ саморазрыва. За допущеніе подобнаго происхожденія смерти говорятъ случаи, гдѣ при разрывахъ сердца въ полости около сердечной сорочки наблюдалось крови такъ мало, что о механическомъ затрудненіи движенія сердца не можетъ быть и рѣчи, какъ, напримѣръ, въ случаѣ д—ра Воскресенскаго (№ 19 нашей таблицы).

Если синкопе рефлекторнаго характера, возникающее въ самый моментъ разрыва, обусловливаетъ почти мгновенную смерть, то первая изъ указанныхъ причинъ для своего развитія требуетъ извѣстнаго времени, хотя и непродолжительнаго, такъ какъ при нарушеніи цѣлости стѣнки сердца кровь должна быстро изливаться и быстро наполнять полость околосердечной сумки. Правда, изъ казуистики

[1]) Сравни Cohnheim „Vorlesung. u. allgem. Pathol“. Bd. I 18—19.
[2]) Смотри Eichhorst „Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. 1885, I Bd., 753.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

раненій сердца[1]) намъ извѣстно, что люди съ рѣзанными и другими ранами сердца жили нѣсколько часовъ и даже дней послѣ нанесенія раненій, но не надо забывать, что въ такихъ исключительныхъ случаяхъ дѣло идетъ или, во первыхъ, о непроникающихъ ранахъ сердца, когда начавшееся выздоровленіе съ заживленіемъ раны нарушается разрывомъ ткани, оставшейся неповрежденной орудіемъ, и почти мгновенной смертью, или если и о проникающихъ раненіяхъ, такъ сравнительно небольшихъ, сопровождающихся относительно небольшимъ нарушеніемъ цѣлости міокарда, иногда направляющихся болѣе или менѣе косо въ толщѣ сердечной стѣнки и всегда при наличности здоровой мышцы, которая способна хорошо сокращаться и какъ-бы отчасти заполнять образующійся дефектъ и не давать ему по возможности проявляться. Подобныхъ условій при произвольныхъ разрывахъ сердца нѣтъ, ибо, какъ мы знаемъ, они возникаютъ въ участкахъ, гдѣ мышечная ткань сердца патологически измѣнена: будетъ-ли то смерть ея до распада мускульныхъ клѣтокъ включительно или разнаго рода перерожденія до полной замѣны соединительной тканью и т. д., словомъ тамъ, гдѣ сократительныхъ свойствъ у сердечной стѣнки уже нѣтъ или почти что нѣтъ. Поэтому разъ при такихъ условіяхъ происходитъ разрывъ сердца, кровь должна быстро, изливаться и наполнять перикардіальную полость, resp. смерть наступаетъ быстро, конечно, съ извѣстными колебаніями во времени въ зависимости отъ величины и хода разрыва, отъ общей мышечной силы сердца, наступленія обморочнаго состоянія и т. д.

Сопоставляя только-что сказанное съ соотвѣтствующими наблюденіями, мы на первый взглядъ какъ-бы не находимъ полнаго подтвержденія. Правда, авторы, затрогивавшіе вопросъ о характерѣ смерти при разрывѣ сердца, какъ напримѣръ Barth, Schrötter, Lansereaux, Eichhorst, Hofmann, Meyer, Robin и Nicolle, Pelou, Шиперовичъ, Brouardel, Hampeln, Ручинскій и другіе указываютъ, что очень часто смерть наступаетъ весьма быстро: человѣкъ умираетъ какъ-бы пораженный молніей среди видимаго относительнаго здоровья. Какъ характерный образчикъ такого рода смерти можно привести случай, заимствованный у проф. Бруарделя[2]). 60-лѣтній поливальщикъ улицъ

[1]) Fischer. Arch. klin. Chirur. 1868 Bd. IX.
[2]) „ La mort et la mort subite“ 278.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Парижа шелъ рядомъ со своей лошадью, везущей бочку. На пути онъ теряетъ сознаніе и падаетъ подъ колеса своей повозки. Его тотчасъ поднимаютъ, но онъ уже мертвъ. На вскрытіи у покойнаго оказался разрывъ сердца. Бартъ[1]), разбирая 22 смерти отъ произвольнаго разрыва сердца, о которыхъ у него имѣлись предварительныя данныя, насчитываетъ среди нихъ 11 случаевъ съ только-что указаннымъ характеромъ, то-есть половину. Но рядомъ и, повидимому, въ значительномъ числѣ встрѣчается смерть отъ саморазрыва сердца иного рода, смерть среди болѣе или менѣе тяжелыхъ болѣзненныхъ припадковъ, послѣ нѣсколькихъ часовъ и даже дней отъ начала ихъ, иногда даже съ промежуточнымъ улучшеніемъ. Такъ, у цитированнаго Барта[2]) есть примѣры смерти чрезъ 2, 3, 5 и 11 дней отъ начала заболѣванія, а Eichhorst[3]) по вопросу о скорости смерти при ruptura cordis приводитъ между прочимъ случай Мау'я, гдѣ летальный исходъ послѣдовалъ лишь на 17 день.

Если обратиться къ разсмотрѣнію случаевъ смерти отъ самобытнаго разрыва сердца, собранныхъ въ нашей таблицѣ, то найдемъ приблизительно то же самое. Изъ 32 приведенныхъ у насъ сообщеній 11 относятся къ лицамъ скоропостижно-умершимъ, то-есть умершимъ среди видимаго здоровья и поэтому подвергшимся судебно-медицинскому вскрытію. Изъ остальныхъ 21 случаевъ 17 произошли въ лѣчебныхъ заведеніяхъ или вообще въ теченіе болѣзни; относительноже 4 смертей ничего положительнаго за неизвѣстностью сказать нельзя. Не касаясь первой группы, о лицахъ второй, то-есть объ умершихъ въ больницахъ, надо сказать, что смерть ихъ рѣдко слѣдовала вскорѣ по принятіи въ лѣчебницу, какъ напримѣръ въ случаѣ д—ра Hampeln'a (№ 25 нашей таблицы); обычно она наступала лишь послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго пребыванія больныхъ въ лѣчебницѣ. Такъ согласно данныхъ послѣдней графы нашей таблицы смерть при саморазрывахъ сердца наблюдалось на 3 день по поступленіи въ больницу (№ 29), на 4 (№ 14), на 6 (№ 28), на 7 (№№ 6 и 20), на 8 (№ 7), на 10 (№ 16), на 21 (№ 1) и т. д. Иногда смерть слѣдовала послѣ видимаго улучшенія въ здоровьѣ больного; больной приготовлялся къ выпискѣ, а неожиданная развязка прекращала жизнь.

[1]) Arch. gener. d. med. I t., 1871.
[2]) Тамъ-же.
[3]) Handb. d. spec. Pathol. u. Ther.—уже цитированное.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Таковъ, напримѣръ, случай, описанный д—ромъ Ручинскимъ (№ 30 нашей таблицы).

Разсматривая характеръ предварительныхъ болѣзненныхъ припадковъ при произвольныхъ разрывахъ сердца, описанныхъ разными авторами, можно замѣтить, что они разнообразны и непостоянны. Среди нихъ на первый планъ выступаютъ то явленія общей слабости, то сердечные симптомы, иногда симптомы типичной грудной жабы, то явленія рѣзкаго диспноэ; наблюдались даже явленія рѣзкаго раздраженія желудочно-кишечнаго канала, такъ что являлось подозрѣніе объ отравленіи. Проф. Brouardel[1]) приводитъ, напримѣръ, такой случай. Нѣкто N отправился къ одному изъ своихъ родственниковъ. Прибывъ въ жилище послѣдняго, онъ жаловался на сильныя судорожныя боли въ желудкѣ; его тошнило и рвало; лицо было сильно налито, губы ціанотичны. Послѣ нѣсколькихъ часовъ страданія N умеръ. Думали, что здѣсь имѣло мѣсто отравленіе. На судебномъ вскрытіи оказалось, что у покойнаго N были двѣ сквозныхъ трещины въ области лѣваго желудочка сердца, resp. разрывъ сердца. Но такъ какъ въ желудкѣ и кишкахъ тоже найдены явленія раздраженія слизистой оболочки ихъ, то исключить совершенно въ данномъ случаѣ отравленіе было нѣсколько затруднительно, ибо можно предполагать, что разрывъ сердца здѣсь есть лишь случайное совпаденіе съ отравленіемъ, которое, вызвавъ рвоту и т. п., только содѣйствовало происхожденію разрыва; поэтому рвотныя массы и содержимое желудочно-кишечнаго канала были подвергнуты химическому изслѣдованію на присутствіе въ нихъ яда. Результатъ изслѣдованія былъ отрицательный.

Итакъ, если въ однихъ случаяхъ смерть отъ саморазрыва сердца слѣдуетъ буквально внезапно, то встрѣчаются примѣры и довольно многочисленные, гдѣ она наступаетъ среди разнообразныхъ болѣзненныхъ симптомовъ и болѣе или менѣе медленно. Указываемое замедленіе чрезчуръ продолжительно, чтобы уложить его въ рамки индивидуальныхъ особенностей разрыва и вообще въ частныя свойства факта; но съ другой стороны помимо этой индивидуальности нѣтъ ничего, чтобы могло объяснить замедленіе въ наступленіи смерти. Поэтому едва-ли будетъ ошибочнымъ, если припадки, предшествую-

[1]) „La mort et la mort subite“ 281 p.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

щіе въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени смерти отъ разрыва сердца, отнести къ періоду, не послѣдующему за разрывомъ, а предшествующему ему. Въ такомъ случаѣ свое объясненіе они найдутъ, не говоря о болѣзняхъ другого рода, отчасти въ разныхъ заболѣваніяхъ сердца, сопутствующихъ обычно разрыву, особенно же въ эндартеріитѣ вѣнечныхъ сосудовъ, мозолистомъ міокардитѣ, ожиреніи сердца и т. д., отчасти въ одномъ изъ ближайшихъ причинныхъ моментовъ спонтаннаго сердечнаго разрыва, именно въ тромбозѣ[1]) той или иной вѣтви коронарныхъ артерій съ послѣдующей міомаляціей; наконецъ, можно допустить зависимость иныхъ симптомовъ и отъ самаго разрыва сердца, такъ какъ иногда разрывъ совершается постепенно; на что указываютъ извѣстные случаи неполнаго разрыва сердца[2]).

За изложенное пониманіе болѣзненныхъ припадковъ, предшествующихъ часто смерти отъ разрыва сердца, за отношеніе ихъ именно ко времени, предшествующему разрыву, говорятъ болѣе подробное ознакомленіе съ ними и анализъ ихъ постепеннаго развитія и окончанія летальнымъ исходомъ, такъ какъ подобное изученіе убѣждаетъ, что среди этихъ припадковъ смерть всетаки наступаетъ почти всегда неожиданно, какъ-бы внѣ зависимости и связи съ ними. Въ послѣднемъ смыслѣ Barth[3]) и говоритъ о 22 умершихъ отъ разрыва сердца, о которыхъ у него имѣлись предварительныя свѣдѣнія: „tous les malades sont morts brusquement“, хотя иные изъ нихъ умерли на 2, 3, 5 и 11 день отъ начала болѣзненныхъ явленій.

Если просмотрѣть сообщенія о спонтанныхъ разрывахъ сердца, собранныя нами, то невольно придешь къ тому-же выводу, что и Barth. Всего въ нашей таблицѣ приведено 32 случая саморазрыва сердца. Въ 11 изъ нихъ, какъ уже упоминалось, было произведено судебно-медицинское вскрытіе; слѣдовательно, эти 11 смертей послѣдовали внезапно, среди видимаго относительнаго здоровья. Далѣе, 17 случаевъ произвольнаго разрыва сердца произошли въ тѣхъ или другихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ и вообще въ теченіе болѣзненнаго процесса; причемъ, какъ уже указывалось, смерть здѣсь наступала въ разные дни послѣ заболѣванія и нахожденія въ больницѣ—

[1]) Сравни Lansereaux „Trait. d'anat. pathol. II t., 822 p.
[2]) Meyer. „Deutsch. arch. f. klinisch. Medicin Bd. 43.
[3]) Arch. gener. d. med. 1871, I t.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

до мѣсяца включительно. Знакомясь съ описаніемъ хода болѣзней у этихъ 17 субъектовъ, можно убѣдиться, что и среди нихъ летальная развязка всегда наступала всетаки неожиданно, внезапно. То, напримѣръ, больной умеръ, переходя со стула на кровать (№ 11); то покойный предъ смертью, сидя на кровати, разговаривалъ съ пришедшей навѣстить его женой, вдругъ схватился за область сердца, повалился на подушки и умеръ (№ 14); иной разъ состояніе больного улучшалось; больной готовился къ выпискѣ изъ больницы,—и вдругъ неожиданно наступала смерть, resp. разрывъ сердца (№ 30). Почти въ каждомъ изъ разбираемыхъ 17 случаевъ саморазрыва сердца, если нѣтъ описанія послѣднихъ минутъ жизни соотвѣтствующаго субъекта, то всегда въ сообщеніи встрѣчаются помѣтки, кратко характеризующія смерть его. Помѣтки обычно такого содержанія: „умеръ внезапно“, „внезапно скончалась“, „умеръ внезапно въ 6 часовъ утра“ и т. п. Отступленіе отъ данной характеристики представляетъ лишь случай за № 21, въ которомъ летальный исходъ послѣдовалъ на третій день заболѣванія холерой и въ которомъ нѣтъ ни описанія явленій, при которыхъ наступила смерть, ни общей характеристики ея; слѣдовательно, названный случай всего естественнѣй отнести къ категоріи неизвѣстныхъ. Что касается недостающихъ до 32—4 саморазрывовъ сердца, гдѣ неизвѣстно о мѣстѣ смерти, то въ двухъ изъ нихъ, а именно въ №№ 19 и 18, авторы соотвѣтствующихъ сообщеній подчеркиваютъ, что смерть ихъ произошла внезапно, а въ остальныхъ двухъ—№№ 12 и 22, вообще о характерѣ смерти не упомянуто.

Итакъ, если исключить изъ 32 приведенныхъ у насъ случаевъ спонтаннаго разрыва сердца 3, въ которыхъ неизвѣстно, какъ въ нихъ наступила смерть, то о прочихъ 29 мы скажемъ, что въ нихъ смерть всегда слѣдовала внезапно, неожиданно, причемъ человѣкъ умиралъ или среди видимаго относительнаго здоровья или въ теченіе какого-либо болѣзненнаго процесса, иногда лишь только случайно осложняющаго саморазрывъ сердца, иногда-же обычно сопутствующаго ему.

Въ заключеніе намъ кажется умѣстнымъ остановиться на выясненіи значенія случайно осложняющихъ болѣзней въ происхожденіи произвольныхъ разрывовъ сердца. Какъ показываетъ употребленное нами названіе, таковыми могутъ быть самые разнообразныя заболѣванія, но согласно данныхъ, приведенныхъ у насъ въ сообщеніяхъ, это пре-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

имущественно остро-инфекціонныя заболѣванія. У насъ насчитывается 17 случаевъ саморазрыва сердца, которые по предварительнымъ свѣдѣніямъ послѣдовали въ теченіе того или другого болѣзненаго состоянія: изъ нихъ почти половина имѣла мѣста во время инфекціонной болѣзни. Такъ, разрывы сердца наблюдались въ теченіе крупозной пневмоніи (№ 20), холеры (№ 21) и особенно часто при инфлэнцѣ, а именно 6 разъ (№№ 7, 11, 12, 13, 14, 16). Нѣкоторые изъ авторовъ, обративъ вниманіе на совпаденіе саморазрывовъ сердца съ той или иной инфекціей, начали приписывать встрѣчающемуся инфекціонному страданію извѣстную роль въ происхожденіи самого разрыва.

Такъ, д-ръ Шиперовичъ [1]), описавъ 4 случая ruptura cordis, гдѣ въ каждомъ имѣлось заболѣваніе инфлюэнцой, говоритъ: „толчкомъ или, если такъ можно выразиться, ближайшимъ возбудителемъ разрыва описанныхъ четырехъ сердецъ, очевидно, явилась инфлюэнцная инфекція“; и далѣе, развитіе положенія о тяжести инфекціи инфлюэнцы заканчиваетъ: „такъ или иначе, но несомнѣнно, что инфлюэнца имѣетъ огромное вліяніе на сердце и что она можетъ давать опасный поводъ къ разрыву сердечной мышцы“.

Д-ръ Кусковъ [2]), въ своемъ докладѣ въ засѣданіи врачей Маріинской больницы о двухъ спонтанныхъ разрывахъ сердца, изъ которыхъ одинъ случился во время заболѣванія холерой, а другой инфлюэнцой, говоритъ: „и въ этихъ случаяхъ инфекціонная болѣзнь на почвѣ артеріосклероза была вызывающимъ моментомъ разрыва“.

Въ 1902 г. Ручинскій [3]) въ статьѣ о „произвольномъ разрывѣ сердца“ тоже отмѣчаетъ нѣкоторую зависимость между саморазрывомъ сердца и острыми инфекціонными заболѣваніями, которыя дѣйствительно могли-бы вести къ сильному ослабленію сердечной мышцы.

Изъ сказаннаго видно, что поименованные авторы, пытаясь установить связь между разрывами сердца и той или иной инфекціей, высказываютъ лишь общее положеніе о зависимости первыхъ отъ второй; точно этой связи они не опредѣляютъ. Соотвѣтственно изложеннаго никакой опредѣленности въ данномъ ученіи нѣтъ. Мы, напримѣръ, сравнительно ясно представляемъ себѣ роль тромбоза или вообще суженія коронарныхъ артерій въ происхожде-

[1]) Больн. Газ. Ботк. 1895 г., №№ 31 и 32.
[2]) Больн. Газ. Ботк. 1897 г., 961 стр.
[3]) Больн. Газ. Ботк. 1902 г., №№ 21 и 22.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ніи саморазрыва сердца. Мы знаемъ, что при названныхъ заболѣваніяхъ въ міокардѣ образуются некротическія ограниченныя гнѣзда; мышечная ткань, а частью и соединительно-тканная въ такихъ гнѣздахъ начинаетъ постепенно распадаться и, наконецъ, при продолжающейся дѣятельности сердца разрывается. Теперь спросимъ: какъ можетъ повести къ разрыву сердца общая инфекція?

Ядъ такой инфекціи, разносясь кровью, дѣйствуетъ на весь организмъ и въ частности на все сердце. Если онъ, скажемъ, поражаетъ міокардъ, вызываетъ въ немъ тѣ или другія патологическія измѣненія, то поражаетъ и измѣняетъ вездѣ, во всѣхъ областяхъ сердца. Но допустить въ настоящее время возможность разрыва сердца, всецѣло захваченнаго патологическимъ процессомъ, не мыслимо, ибо теперь, согласно съ Ziegler'омъ и Beck'омъ, признается, что только сердце мѣстно пораженное, сердце съ ограниченнымъ болѣзненнымъ процессомъ и достаточно крѣпкое и сильное для продолженія своей работы, можетъ разорваться; при общихъ-же дегенеративныхъ или другихъ процессахъ въ сердцѣ послѣднее можетъ остановиться, то-есть можетъ наступить параличъ его, а не разрывъ.

Кромѣ того, если разсмотрѣть сообщенія, давшія основаніе вышеупомянутымъ авторамъ указать на связь саморазрыва сердца съ инфекціонными заболѣваніями, то едва-ли можно придти къ признанію указываемой связи. Такъ, у насъ отмѣчено 8 произвольныхъ разрывовъ сердца, происшедшихъ въ теченіе какой-либо инфекціонной болѣзни. Изъ нихъ 6 случаевъ во время инфлюэнцы. Но въ трехъ изъ послѣднихъ при секціи констатированъ тромбозъ соотвѣтствующей вѣтви коронарныхъ сосудовъ, то-есть имѣется на лицо обычная и наиболѣе частая причина ruptura cordis; слѣдовательно, инфлюэнца здѣсь является въ полномъ смыслѣ случайно осложняющей болѣзней и говорить о связи ея съ разрывомъ едва-ли возможно.

Далѣе, въ двухъ случаяхъ изъ шести при вскрытіи отмѣченъ артеріосклерозъ вѣнечныхъ артерій. Послѣдній, какъ мы знаемъ, при извѣстной степени развитія самъ по себѣ, безъ содѣйствія другихъ моментовъ, можетъ повести сердце къ разрыву. Какія-же данныя за то, что здѣсь на саморазрывъ сердца имѣла еще вліяніе инфлюэнца. Да, повидимому, никакихъ кромѣ факта существованія или точнѣе— кромѣ происхожденія разрыва послѣ заболѣванія инфлюэнцой. Отъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

6 случаевъ остается еще одинъ. Но свѣдѣнія о немъ (№ 12 нашей таблицы) такъ неполны и недостаточны, что едва-ли можно изъ описанія его дѣлать вообще какіе-бы то ни было выводы.

Что касается, наконецъ, спонтанныхъ разрывовъ сердца во время заболѣванія холерой (№ 21) и крупозной пневмоніей (№ 20), то въ первомъ изъ нихъ, какъ и въ части предыдущихъ случаевъ, указанъ артеріосклерозъ коронарныхъ артерій, слѣдовательно, приложимы и тѣ-же разсужденія; о второмъ-же, въ описаніи котораго о сердечныхъ сосудахъ сказано, что они не измѣнены, намъ придется повторить разъ уже написанное: „что онъ является загадкою, которую пока приходится объяснять недостаточностью произведеннаго изслѣдованія“. Если-бы въ послѣднемъ случаѣ разорвавшееся сердце было подвергнуто детальному микроскопическому изслѣдованію, если-бы микроскопическія измѣненія были точно опредѣлены и въ результатѣ изслѣдованія получились-бы въ общемъ тѣ-же данныя, что и теперь, то естественно происшедшій разрывъ сердца объяснить дѣйствіемъ инфекціи на мышцу и послѣдующимъ жировымъ перерожденіемъ ея. Но такого изслѣдованія не производилось; да и результаты его едва-ли-бы оказались тождественными съ имѣющимися теперь.

Итакъ, согласно разбора приведенныхъ данныхъ, мы должны заключить, что въ нихъ нѣтъ никакихъ основаній для признанія вліянія на разрывъ сердца той или иной инфекціонной болѣзни. Однако, отрицать совершенно возможность такого вліянія тоже нельзя. Пусть, напримѣръ, артеріальный тромбозъ на почвѣ атероматоза обусловливаетъ разрывъ сердца; но можетъ быть ядъ инфекціи, вызывая измѣненія крови или какъ-либо иначе, содѣйствуетъ преждевременному образованію тромба, а при извѣстныхъ измѣненіяхъ сосудистой стѣнки вызываетъ его, resp. онъ содѣйствуетъ происхожденію разрыва. Можно представить и другія возможности. Высказывая ихъ, мы всетаки опять подчеркнемъ, что это есть лишь предположенія и что данныхъ опыта или наблюденія для принятія такихъ предположеній, повидимому, нѣтъ.

Микроскопическіе препараты изъ произвольно-разорвавшихся сердецъ, описанные въ настоящей работѣ, были демонстрированы проф. патол. анатоміи Феодору Ивановичу Романову, которому приношу глубокую благодарность за его указанія и совѣты.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Литература:

Meyer. „Spontane Herzruptur". Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43

Гвоздевъ. „Первичный осмотръ мертваго тѣла извѣстной личности". Учен. Зап. Казанск. У-та 1885 г.

Eichhorst. Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. 1885, Bd. I

Key-Aberg. „Endarteriitis chroh. deform. als Ursache plötzl. Todes" Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1888, Bd. 48.

Kleinberg. „Todesursachen bei plötzlich. Tode" Dis. 1892.

Lesser. „Die wichtigsten Sectionergebn. in 171 Fälle plötzl. Todes" Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1888, Bd. 48.

Westcotte. Brit. med. Journ. 17 oct. 1891, цитир. по Jahresber. Virchov'a 1891, Bd. II.

Беллинъ. „Къ вопросу о прич. скоропост. смерти". Вѣстн. Общ. Гигіены, Судебн. и Практическ. Мед. 1893 г., т. 19.

Александровъ. „Къ вопросу о скоропостижной смерти". Вѣстн. Общ. Гиг., Суд. и Практ. Мед. 1901 г. Іюнь.

Неболюбовъ. Дневн. Общ. врачей при Казанск. У-тѣ 1898 г., III в.

Stoenescu. Annal. d'hygien. publ. 1902, oct.

Kisch „Ueber plötzlich. Todefälle bei Lipomatosis Univers." Berl. Klin. Wochenschr. 1886, № 8.

Романовъ. „Результаты патолого-анатом. вскрытій при Томскомъ У-тѣ съ 1890 по 1900 г." Изв. Импер. Томск. У-та, кн. 19.

Pelou. Le progr. medic. 1898, № 25.

Лавровская. Врачъ 1887, 817 стр.

Беллинъ. Русск. Бесѣда 1888, №№ 27 и 28.

Тезяковъ. Медиц. Обозрѣніе 1889, № 14.

Соковскій. Больн. Газ. Боткина 1893, № 47.

Гликманъ. Русск. Медиц. 1893 г., 103 стр.

Клименко. Вѣстн. Общ. Гиг., Суд. и Практ. Мед. 1894 г., 21 т.

Шиперовичъ. Больн. Газ. Ботк. 1895 г., №№ 31 и 32.

Самгинъ. Медиц. Обозр. 1896 г., 45 т.

Кусковъ. Врачъ 1896 г., № 2.

Коровинскій. Врачъ 1896 г. № 13.

Brouardel. La mort et la mort subite 1895.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Рындовскій. Врачъ 1896 г., № 13.
Воскресенскій. Врачъ 1896 г., № 13.
Пчелинъ. Военно-Медиц. журн. 1896 г., Май.
Кусковъ. Больн. Газ. Ботк. 1897 г., 961 стр.
Моисеевъ. Больн. Газ. Ботк. 1897 г., 1352 стр.
Делокруа. Больн. Газ. Боткина 1898 г., 304 стр.
Hampeln. St. Petersb. med. Wochenschr. 1898, № 48.
Рахманиновъ. Медицин. Обозр. 1899 г., 51 т.
Ручинскій. Больн. Газ. Ботк. 1902 г., №№ 21 и 22.
Duplant. Centralbl. f. allgem. Pathol. u. patiol. Anat. 1901, № 19.
Barth. Arch. gener. de medec. 1871, I t.
Nouv. diction. Jaccaud. VIII t.
Diction. encycloped. d. science medic. XVIII t.
Lansereaux. Traite d'anatom. patholog. II t. (1879—1881)
Schrötter. Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. Ziemssen 1876, Bd. VI.
Weigert. Arch. Virch. Bd. 79.
Huber. Arch. Virch. Bd. 89.
Ziegler. Lerb. d. pathol. Anat. II. Bd.
Beck. Beitr. z. pathol. Anat. u. Phys. Bd. II.
Neelsen. Цитир. по Schmidt's Jahrbüch. 1888, Bd. 218.
Левашовъ. Русск. Арх. Подвысоцкаго 1898 г.
Osler. Цитир. по Schmidt's Jahrbuch. 1885, Bd. 208.
Fraser. Цит. по Schmid's Jahrbuch. 1895, Bd. 247.
Gregorie. Цит. по Jahresber. Virch. 1870, Bd. II.
Dandridge. Цит. по Jahresber. Virch. 1873, Bd. I.
Павловская. Больн. Газ. Ботк. 1893, № 29 и сл.
Беренсонъ. Врачъ 1893 г. № 6 и 7.
Петровъ. Больн. Газ. Ботк. 1897 г., № 20.
Геннингъ. Врачъ 1899 г., № 36.
Lehne. Arch. f. klin. Chirurg. 1896, Bd. 52.
Лукьяновъ. Основанія общей патологіи клѣтки, 1890 г.
Griffon. Цит. по Schmidt's Jahrbüch. 1895, Bd. 247 и 1898, 258 Bd.
Brouardel. Annal. d'hygien. publ. 1886, XV t.
Nothnagel'евское —Spec. Pathol. u. Ther. XV, III, I.
Cohnheim. Vors. üb. allgem. Pathol. I Bd.
Fischer. Arch. f. klin. Chirurg. 1868, Bd. IX.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

3

ОТЧЕТЪ О ЗАГРАНИЧНОЙ КОМАНДИРОВКѢ.

Прозектора СПАССКАГО.

Цѣлью моей поѣздки за границу было съ одной стороны познакомиться съ заграничными физіологическими лабораторіями и постановкой преподаванія физіологіи, главнымъ образомъ практическихъ занятій по ней и съ другой—заняться въ лабораторіи профессора d'Arsonval надъ вопросомъ о физіологическомъ дѣйствіи токовъ высокаго напряженія. Въ виду этой послѣдней цѣли въ половинѣ февраля новаго стиля 1902 г. я пріѣхалъ въ Парижъ. Вскорѣ по пріѣздѣ туда мнѣ удалось повидаться съ профессоромъ d'Arsonval и переговорить съ нимъ о моемъ желаніи заняться подъ его руководствомъ. Къ сожалѣнію, оказалось, что профессоръ d'Arsonval въ это время былъ занятъ въ laboratoire de medecine на rue Klod-Bernard секретными опытами для морского министерства, а съ приборами для высокаго напряженія, установленными въ его лабораторіи въ College de France, работалъ въ это время проф. Данилевскій. Такимъ образомъ, если бы даже и была возможность заняться съ токами высокаго напряженія тотчасъ же, я былъ бы лишенъ руководства проф. d'Arsonval, занятаго въ другомъ мѣстѣ, а для меня было очень важно его непосредственное руководство, такъ какъ только при этомъ условіи я могъ выяснить причину того, отчего результаты моихъ личныхъ опытовъ надъ физіологическимъ дѣйствіемъ токовъ высокаго напряженія въ Томскѣ стоятъ въ такомъ противорѣчіи съ выводами самого d'Arsonval. Проф. Данилевскій долженъ былъ кончить свои работы въ началѣ мая и проф. d'Arsonval предложилъ мнѣ заняться послѣ него, о чемъ обѣщалъ извѣстить меня письмомъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Такимъ образомъ я долженъ былъ ждать очереди болѣе двухъ мѣсяцевъ. Тогда я рѣшилъ заняться первой половиной моей программы—слушать лекціи и слѣдить за практическими занятіями студентовъ по физіологіи въ Ecole de medecine.

Съ 1 марта начался лѣтній семестръ 1901—1902 учебнаго года. Курсъ физіологіи въ это время читалъ проф. agrégé Langlois 3 часа въ недѣлю о кровообращеніи и животной теплотѣ. Его лекціи были исключительно теоретическія—безъ опытовъ и демонстрацій. Это обстоятельство объясняется тѣмъ, что демонстраціи и практическія занятія со студентами ведутся отдѣльно въ лабораторіяхъ и подъ руководствомъ другихъ профессоровъ и ихъ препараторовъ, а въ виду того, что теоретическія лекціи въ то же время и необязательны для зачета семестровъ, онѣ не особенно охотно посѣщаются студентами, которые большую часть времени, за исключеніемъ обязательныхъ для нихъ работъ въ лабораторіяхъ и больницахъ, проводятъ въ подготовкѣ къ экзаменамъ на externe и interne.

Благодаря своеобразному, исключительно практическому, вступившему безъ всякихъ измѣненій во второе столѣтіе своего существованія, направленію медицинскаго образованія въ Парижской Ecole de medecine, своеобразенъ и распорядокъ занятій въ ней. Утромъ до 12 час. теоретическихъ лекцій не читается совсѣмъ; въ это время студенты работаютъ въ больницахъ, при чемъ руководителями ихъ здѣсь являются, во первыхъ, ихъ же товарищи, получившіе первую степень медицинской іерархіи—званіе externe, во вторыхъ, internes,—званіе, составляющее pium desiderium всякаго студента, нѣчто соотвѣтствующее нашему ординатору (съ тѣмъ однако же различіемъ, что французскій interne, назначаемый по конкурсу на 4 года, въ теченіе которыхъ онъ послѣдовательно проходитъ по всѣмъ клиникамъ, не можетъ за все это время защищать тезы и eo ipso практиковать), и, наконецъ, chef de service—высшая медицинская степень. Въ это же время, т. е. до 12 час. читаются клиническія лекціи въ больницахъ. Съ 2—6 час. послѣ полудня идутъ практическія работы въ лабораторіяхъ и читаются теоретическія лекціи, входъ на которыя свободенъ для всѣхъ желающихъ.

Кромѣ лекцій Langlois въ свободное отъ работъ въ лабораторіи время я слушалъ лекціи проф. Bouchard (общая патологія и терапія),

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

проф. Gautier (біологическая химія), agrégé Launois (гистологія), agrégé Broca (біологич. физика), agrégé Guinéo (анатомія) и въ зимнемъ семестрѣ, который начинается въ Парижѣ съ 1 ноября, проф. Richet (физіологія). Общій характеръ лекцій по преимуществу теоретическій; исключеніе представляютъ талантливыя лекціи проф. Gautier, все время сопровождаемыя демонстраціями и опытами, производимыми самимъ проф. Gautier при помощи ассистента. Проф. agrégé Broca также сопровождаетъ свои лекціи объ электричествѣ въ медицинѣ демонстраціей соотвѣтственныхъ аппаратовъ. Остальные лекторы ограничиваются рисунками и иногда проэкціями микроскопическихъ препаратовъ на экранѣ, какъ это чаще дѣлаетъ въ концѣ своихъ глубоко интересныхъ, изложенныхъ живымъ языкомъ лекцій проф. agrégé Launois. Помимо лекцій въ Ecole de medecine я посѣщалъ лекціи проф. François Franck и проф. d'Arsonval въ College de France.

Практическія занятія по физіологіи со студентами въ теченіе лѣтняго семестра 1901—1902 г. велись въ лабораторіяхъ Laborde (laboratoire de physiologie) и Weiss (laboratoire de physique biologique). Вслѣдствіе болѣзни Laborde (недавно умершаго) его замѣнялъ Camus и его братъ interne. Въ лабораторіи же Weiss, кромѣ его самого, со студентами занимались его препараторы Carvallo и Sandos. Благодаря громадному количеству студентовъ, они раздѣлены для практическихъ занятій на группы по 30 человѣкъ въ каждой и такимъ образомъ одна и та же серія опытовъ повторяется въ теченіе нѣсколькихъ недѣль. Собственно практическихъ работъ въ тѣсномъ смыслѣ здѣсь почти нѣтъ, а есть только демонстраціи приборовъ, препаратовъ и опытовъ, которые ведутся, правда, очень полно, что понятно при такомъ большомъ персоналѣ, занимающемся этими демонстраціями и не имѣющемъ никакихъ другихъ обязанностей. Студенты научаются самостоятельно владѣть только офтальмоскопомъ, сахариметромъ и кромѣ того другъ на другѣ изучаютъ Pflüger'овскій законъ сокращенія мышцъ примѣнительно къ цѣлямъ электро-діагностики. Для этой послѣдней цѣли въ лабораторіи Weiss расположены на столахъ распредѣлительныя доски съ вольтметромъ, миліамперіметромъ, катушкой Du-Bois-Reymond, включателемъ и извратителемъ тока и т. п. Токъ берется отъ батареи аккумуляторовъ.

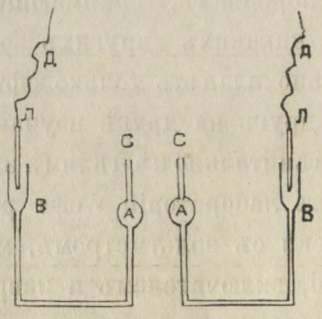
Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ теченіе зимняго семестра 1902—1903 г. практическихъ занятій по физіологіи не велось.

Проф. Weiss въ одно изъ первыхъ моихъ посѣщеній его лабораторіи предложилъ мнѣ заняться у него надъ мало разработаннымъ вопросомъ о ходѣ перерожденія и возрожденія нерва и мышцы, вопросомъ, интереснымъ съ физіологической и нервопатологической точки зрѣнія. Эта работа давала мнѣ кромѣ того возможность ближе стать къ лабораторіи, познакомиться съ техникой опытнаго въ работахъ по электрофизіологіи проф. Weiss. Въ виду того, что благодаря совершенно случайному обстоятельству — необычайной смертности въ томъ году лягушекъ въ аквaріумахъ лабораторіи,—я не могъ довести работу до конца и подробный докладъ о ней отложу до окончанія ея въ Томскѣ, въ настоящемъ отчетѣ я представлю тотъ сырой матеріалъ, который я имѣю.

Я расщемлялъ n. ichiadicus на одной сторонѣ у возможно большаго количества лягушекъ (130), оставляя другую сторону, какъ контрольную, и потомъ въ различные промежутки времени послѣ операціи бралъ лягушку, приготовлялъ нервно-мышечный аппаратъ и изслѣдовалъ возбудимость нерва и мышцы, сравнивая найденныя цифры съ здоровой стороной, какъ нормой. Само собой разумѣется, что операція производилась асептически; лягушки послѣ операціи хранились при приблизительно ровной температурѣ, искусственно питались. Опыты съ нервно-мышечнымъ аппаратомъ производились во влажной камерѣ на неполяризующихся электродахъ Weiss, которые состоятъ изъ двухъ капиллярныхъ трубокъ (рис. 1.) U-образно изогнутыхъ и имѣющихъ два расширенія a и b; первоначально эти трубки

Рис. 1.



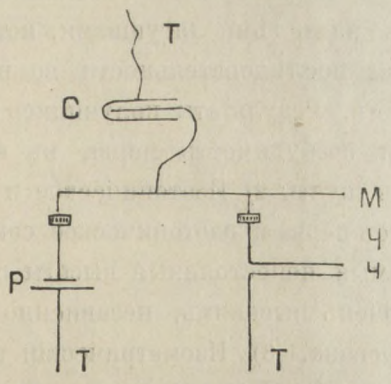
Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

заполняются физіологическимъ растворомъ поваренной соли, потомъ отверстія с закрываются пальцемъ и изъ расширеній b и прилегающей къ ней части капиллярной трубки физіологическій растворъ выливается вонъ, а взамѣнъ его наливается насыщенный растворъ сѣрнокислаго цинка, въ который погружается амальгамированный цинковый стержень d; нервъ накладывается на остающіеся смоченными физіологическимъ растворомъ концы c и c, а проволоки g и g отводятся къ источнику раздраженія.

Порядокъ изслѣдованія былъ таковъ: 1) опредѣлялась возбудимость нерва съ помощью конденсатора Weiss; 2) записывались кривыя: а) изотоническаго и в) изометрическаго сокращенія, с) изометрическаго тетануса, т. е. общей силы, которую способна развить мышца и д) изотоническаго тетануса, т. е. наибольшей степени укороченія мышцы при ея сокращеніи; 3) раздраженіе непосредственно мышцы при тѣхъ же условіяхъ. Раздраженіе наносилось съ помощью саннаго аппарата Du-Bois Reymond; токъ брался всегда наибольшій.

Конденсаторъ, предложенный Weiss'омъ для опредѣленія возбудимости нерва, имѣетъ такое устройство: одинъ или два аккумулятора P (рис. 2) заряжаютъ однимъ полюсомъ внутреннюю обкладку

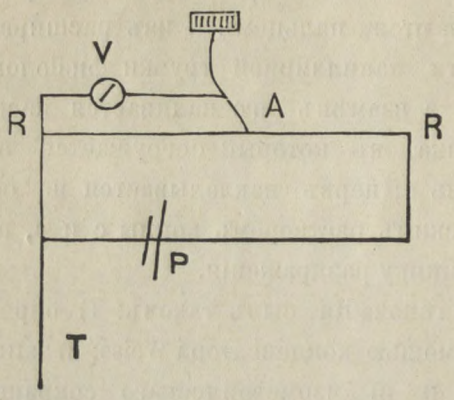
Рис. 2.



конденсатора C., наружная обкладка котораго, равно какъ и второй полюсъ аккумулятора, сообщается съ землей T. Рычагъ M черезъ правильные промежутки времени замыкаетъ токъ въ A и тогда конденсаторъ разряжается черезъ нервъ, положенный на неполяризующіеся электроды E, E и черезъ землю. Для того, чтобы можно было при этомъ брать для раздраженія нерва различное напряженіе, токъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Рис. 3.



отъ аккумулятора P (рис. 3) поступаетъ сначала въ реостатъ R R съ большимъ сопротивленіемъ (не менѣе 100—200 Омъ) и уже оттуда, передвигая контактъ A, отвѣтвляютъ желаемаго напряженія токъ въ конденсаторъ; вольтметръ W показываетъ напряженіе этого тока.

Первоначально предполагалось брать для опыта каждые три дня по лягушкѣ и такимъ образомъ прослѣдить постепенный ходъ перерожденія и возрожденія нерва и мышцы въ продолженіе возможно большаго періода времени—до полнаго возстановленія ихъ функцій. Но благодаря упомянутой усиленной смертности лягушекъ, я потерялъ изъ нихъ 110; отъ первоначальнаго плана пришлось отступить и экспериментировать надъ тѣми лягушками, которыя оставались въ живыхъ безъ строгой послѣдовательности во времени и закончить изслѣдованія 110 днемъ. Результаты получились слѣдующіе:

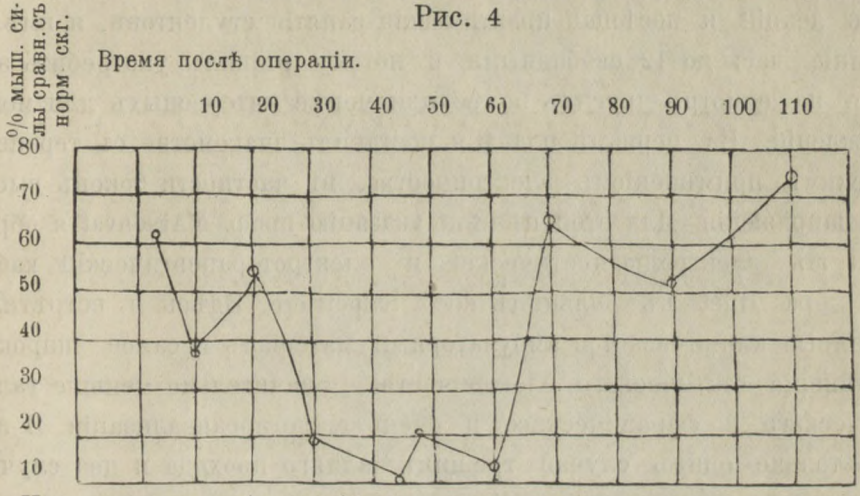
1) Электрическая возбудимость нерва въ конденсаторѣ Weiss'a все время равнялась нулю. 2) Изотоническое и изометрическое сокращеніе и тетанусъ съ нерва и изотоническое сокращеніе и тетанусъ съ мышцы давали самыя непостоянныя высоты подъема кривой, отъ чуть замѣтныхъ до очень высокихъ, независимо отъ времени, когда лягушка была оперирована. 3) Изометрическій тетанусъ съ мышцы далъ болѣе удовлетворительные результаты, которые можно видѣть на прилагаемой кривой (рис. 4):

Мышечная сила, начавшая падать съ 7-го дня, на 40-й достигла minimum'a, 10% своей первоначальной величины; потомъ постепенно повышаясь, на 110-й день показывала 75% по сравненію съ здоровой стороной. Эта кривая не представляетъ строгаго постепеннаго паде-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

нія и подъема мышечной силы. Идетъ ли обыкновенно кривая при перерожденіи и возрожденіи нерва и мышцы болѣе правильнымъ путемъ, достигаетъ ли и на который день послѣ операціи нормальнаго уровня—это составитъ предметъ моихъ послѣдующихъ работъ.

Рис. 4



Изъ другихъ лабораторій для меня представляла интересъ лабораторія Gréant въ Jardin des plantes, такъ какъ, какъ самъ Gréant, такъ и его ассистентъ д-ръ Nicloux, занимаются анализами газовъ крови и я хотѣлъ видѣть и изучить ихъ технику. Этотъ французскій способъ, по сравненію съ чаще примѣняемымъ у насъ нѣмецкимъ, отличается большей простотой. Здѣсь нѣтъ сложныхъ пріемниковъ для крови; для этой цѣли употребляется простая круглодонная съ длиннымъ горломъ колба, соединяющаяся съ помощью толстаго каучука съ высасывающимъ аппаратомъ. Опредѣленное количество крови берется шприцемъ изъ кровеноснаго сосуда и тотчасъ же переносится въ колбу черезъ особенную трубку, проходящую до дна ея. Пробка, закрывающая колбу съ проходящими черезъ нее трубками, запирается водяннымъ запоромъ. Газы переводятся обычнымъ путемъ въ эвдіометръ; кислородъ поглощается пирогалловой кислотой, углекислота—ѣдкимъ каліемъ.

Въ маѣ проф. Данилевскій долженъ былъ кончить свои опыты съ токами высокаго напряженія, и я ждалъ отъ проф. d'Arsonval, согласно его обѣщанію, письма съ увѣдомленіемъ, что я могу начать заниматься въ его лабораторіи. Не получая долго этого письма, въ іюнѣ я напомнилъ d'Arsonval о его обѣщаніи письмомъ, но отвѣта не

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

получилъ. Въ виду предстоящихъ каникулъ я рѣшилъ подождать до сентября, но осенью я уже не засталъ въ Парижѣ проф. d'Arsonval, выѣхавшаго по болѣзни на всю зиму въ деревню.

Занятый послѣполуденное время работой въ лабораторіи, слушаніемъ лекцій и посѣщая практическія занятія студентовъ, я имѣлъ утренніе часы до 12 свободными и потому рѣшилъ употребить это время на осмотръ другихъ болѣе или менѣе интересныхъ для меня учрежденій. На первомъ планѣ я поставилъ знакомство съ терапевтическимъ примѣненіемъ электричества, въ частности токовъ высокаго напряженія. Для этой цѣли по указанію проф. d'Arsonval я обратился въ электродіагностическій и электротерапевтическій кабинетъ д-ра Huet въ больницѣ de la Salpètrière. Здѣсь я встрѣтилъ громадный клиническій и амбулаторный матеріалъ и самое широкое примѣненіе статическаго электричества, значительно меньше гальваническаго и фарадическаго и очень мало арсанвализаціи. Я видѣлъ только одинъ случай трещинъ задняго прохода и два случая проказы, въ которыхъ д-ръ Huet пользовался токами высокаго напряженія, при этомъ онъ употребляетъ резонаторъ Oudin, а примѣненія способа аутокондукціи я совершенно не видѣлъ. Докторъ, завѣдующій другимъ электротерапевтическимъ кабинетомъ для амбуляторныхъ больныхъ при той же больницѣ (фамилію его я забылъ), не примѣняетъ совершенно-высокаго напряженія и на основаніи своей практики сомнѣвается въ какомъ либо терапевтическомъ дѣйствіи этихъ токовъ.

При больницѣ de la Salpètrière имѣется отдѣльный кабинетъ для радіографіи, посѣщеніе котораго для меня представляло извѣстный интересъ, такъ какъ въ нашей физіологической лабораторіи установлены приборы для этой же цѣли. Въ радіографическомъ кабинетѣ de la Salpètrière я имѣлъ случай убѣдиться въ громадныхъ преимуществахъ лампочекъ съ платиновымъ регуляторомъ степени разрѣженія воздуха въ ней и видѣть прекрасные снимки наиболѣе глубокихъ частей тѣла. Здѣсь же я видѣлъ примѣненіе для этой цѣли статической машины тренія вмѣсто употребляемой обыкновенно спирали Rumkorf'a.

Въ этой же больницѣ, благодаря любезному разрѣшенію проф. Dèjerine я имѣлъ возможность посѣщать его клинику и видѣть и

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

изслѣдовать громадный и разнообразный клиническій матеріалъ, собранный въ этой самой обширной парижской больницѣ для нервныхъ больныхъ.

Изъ другихъ клиникъ я посѣщалъ клинику Babinski въ больницѣ de la Pitié и видѣлъ, съ какою легкостью и чистотой Babinski производитъ пробный спинно-мозговой проколъ; въ каждое мое посѣщеніе его клиники я видѣлъ не менѣе двухъ такихъ проколовъ и тутъ же могъ убѣдиться, какихъ результатовъ можно достичь, широко примѣняя новый недостаточно изслѣдованный и съ точки зрѣнія строгой критики, быть можетъ, неодобряемый пріемъ. Дѣло идетъ о замѣченномъ при мнѣ докторомъ Babinski вліяніи спинно-мозгового прокола на такъ называемый le vertige valtaique у страдающихъ пораженіемъ слуха. Въ то время, какъ до прокола у этихъ больныхъ vertige valtaique появляется только по 10—15 милліампер., послѣ выпусканія назначительнаго количества спинно-мозговой жидкости уже 5—7 милліампер. достаточно, чтобы констатировать его появленіе и кромѣ того послѣ этого прокола значительно улучшается слухъ у этихъ больныхъ; фактъ, заслуживающій дальнѣйшей разработки какъ съ физіологической, такъ и терапевтической точки зрѣнія. Здѣсь же, а потомъ въ засѣданіи общества невропатологовъ я видѣлъ демонстрированныхъ д-ромъ Babinski больныхъ къ его сообщенію „de l'équilibre volitionnel statique et de l'équilibre volitonnel cinetique", сообщенію очень интересному, какъ бросающему свѣтъ на физіологію мозжечка. Вообще въ лицѣ Babinsky я встрѣтилъ пытливаго наблюдателя, имѣющаго прекрасный coup d'oeil.

Послѣднимъ изъ осмотрѣнныхъ мною учрежденій была гипнотическая лѣчебница для бѣдныхъ больныхъ, помѣщающаяся, если не ошибаюсь, 49, rue St-André-des-Arts и находящаяся въ завѣдываніи проф. Berillon. Здѣсь на обширномъ кругѣ больныхъ, я видѣлъ примѣненіе различныхъ способовъ вызыванія искусственнаго сна, наблюдалъ производство внушенія и его терапевтическое дѣйствіе, разнообразные гипнотическіе опыты проф. Berillon и слушалъ нѣкоторыя его лекціи о гипнотизмѣ. Говоря объ этой лѣчебницѣ и проф. Berillon, широко примѣняющемъ гипнотизмъ, какъ лѣчебное средство, я не могу не упомянуть о проф. Déjerine, какъ горячемъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

противникѣ этого способа лѣченія и примѣняющемъ въ подобныхъ случаяхъ изоляцію больныхъ и психическое лѣченіе; я имѣлъ случай видѣть блестящіе результаты, полученные имъ при помощи такого лѣченія.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

4

Отчетъ по заграничной командировкѣ 1902 года.

Лаборанта Общей Патологіи

К. ДМИТРІЕВСКАГО.

Поддерживая мое ходатайство о командировкѣ въ Европейскую Россію и заграницу, высокоуважаемый профессоръ Дмитрій Ивановичъ Тимофеевскій указалъ въ свое время Совѣту Императорскаго Томскаго Университета и цѣль этой поѣздки. Въ виду этого я считаю излишнимъ говорить въ своемъ отчетѣ о тѣхъ задачахъ, которыя я преслѣдовалъ въ своей заграничной командировкѣ, замѣчу однако, что мои планы были очень скромны, такъ какъ я получилъ отпускъ только на 8 мѣсяцевъ, изъ которыхъ долженъ былъ потратить около мѣсяца на дорогу.

Изъ россійскихъ, университетскихъ городовъ я пробылъ больше мѣсяца только въ Петербургѣ. За это время я имѣлъ возможность прослушать въ Институтѣ Экспериментальной медицины курсъ бактеріологіи, пользующійся большою популярностью среди русскихъ врачей. Цѣль этого курса—практическое ознакомленіе съ бактеріологической методикою и, по моему мнѣнію, онъ ведется съ такимъ умѣніемъ и знаніемъ дѣла, что слушатели въ короткое время вполнѣ успѣваютъ практически ознакомиться съ основами бактеріологическихъ изслѣдованій.

Кромѣ посѣщенія лекцій по бактеріологіи, я, воспользовавшись разрѣшеніемъ нашего извѣстнаго физіолога И. П. Павлова, присутствовалъ при операціяхъ, которыя дѣлались въ его лабораторіи. Здѣсь мнѣ удалось видѣть два раза операцію искусственнаго образованія малаго желудочка по способу проф. Павлова, а также и другія операціи въ брюшной полости.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Хотя мнѣ пришлось пробыть въ Петербургѣ недолго и такимъ образомъ видѣть у проф. И. П. Павлова немногое, но и это немногое было для меня въ высшей степени поучительнымъ, такъ какъ я на дѣлѣ видѣлъ, насколько сложныя и продолжительныя операціи можно производить на животныхъ при извѣстномъ навыкѣ и при подходящей обстановкѣ, о которой позволю себѣ сказать нѣсколько словъ.

Операціонное отдѣленіе физіологической лабораторіи Петербургскаго Императорскаго Института Экспериментальной Медицины состоитъ изъ ряда комнатъ: въ первой изъ нихъ животныя получаютъ ванну и обсушиваются на особыхъ платформахъ; въ слѣдующей комнатѣ животныя подвергаются наркозу и подготовляются къ той или другой операціи; третья комната служитъ для стерилизаціи инструментовъ, бѣлья, а также для подготовки къ операціи экспериментаторовъ; четвертая—собственно операціонная комната, хорошо освѣщенная не только съ боковъ, но и сверху; въ этой же комнатѣ устроены цѣлесообразныя приспособленія для операцій при искусственномъ освѣщеніи. Прежде чѣмъ войти въ операціонное отдѣленіе, каждый изъ посѣтителей надѣваетъ на ноги резиновыя галоши, вымытыя въ сулемѣ и стерилизованный халатъ.

Для помѣщенія оперированныхъ животныхъ имѣется рядъ особенныхъ комнатокъ, отдѣленныхъ капитальною стѣною отъ операціоннаго отдѣленія. Въ каждой изъ этихъ комнатокъ, окрашенныхъ бѣлою масляною краскою,—цементовый полъ и устроены особыя приспособленія, посредствомъ которыхъ весь полъ можетъ быть обмытъ, не заходя въ самую комнатку.

Въ Институтѣ Экспериментальной Медицины я осмотрѣлъ (насколько, конечно, позволяли мнѣ мои химическія познанія) химическую лабораторію, гдѣ могъ ознакомиться практически съ поправками въ методѣ опредѣленія амміака въ органическихъ веществахъ, предложенномъ проф. Ненцкимъ въ недавнее время и которымъ я уже пользовался въ одной изъ своихъ работъ.

Съ особеннымъ же вниманіемъ и интересомъ мною были осмотрѣны лабораторія Общей Патологіи при Институтѣ Экспериментальной Медицины и таковая же при Военно-Медицинской Академіи.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Изъ Петербурга, по совѣту нашего извѣстнаго профессора Общей Патологіи С. М. Лукьянова, я отправился въ началѣ февраля 1902 г. въ Парижъ, гдѣ мнѣ удалось устроиться въ Институтѣ Пастера и поработать подъ руководствомъ нашего извѣстнаго соотечественника, профессора И. И. Мечникова.

Профессоръ И. И. Мечниковъ предложилъ мнѣ интересную, но вмѣстѣ съ тѣмъ и довольно трудную по выполненію работу, принимая во вниманіе кратковременность моей командировки. Иммунизація морскихъ свинокъ противъ тетаническаго яда—съ этого я долженъ былъ начать свою работу—дѣло очень нелегкое, тѣмъ болѣе, что морскимъ свинкамъ невозможно сразу впрыскивать чистый тетаническій ядъ, хотя бы и въ очень малыхъ дозахъ. Поэтому приходится сначала впрыскивать ослабленный ядъ и затѣмъ уже переходить на чистый токсинъ. Нужно замѣтить, что въ литературѣ я нашелъ опредѣленныя указанія относительно способа иммунизаціи морскихъ свинокъ противъ столбнячнаго яда. Въ первое время я началъ руководствоваться такими указаніями авторитетныхъ изслѣдователей, но вскорѣ долженъ былъ отказаться отъ предложеннаго раньше метода, такъ какъ, примѣняя его съ большею осторожностью и даже значительно уменьшивши дозы впрыскиваемаго яда, я, къ своему величайшему огорченію, потерялъ въ первые 22—23 дня больше 20 свинокъ. Въ виду этого пришлось видоизмѣнить способъ иммунизаціи животныхъ противъ тетаническаго яда и хотя впослѣдствіи, руководясь своими собственными соображеніями, я и достигъ хорошихъ результатовъ, но моя работа затянулась, и я уже не могъ посѣтить другіе заграничные университеты, какъ предполагалъ это вначалѣ.

Работа, сдѣланная мною у проф. И. И. Мечникова напечатана въ Annales de l'Institut Pasteur, и я считаю своимъ долгомъ заявить здѣсь, что въ послѣдніе 2 мѣсяца мои опыты производились подъ непосредственнымъ наблюденіемъ проф. Мечникова. Въ своемъ настоящемъ отчетѣ я позволю себѣ высказать свою сердечную благодарность высокоуважаемому профессору И. И. Мечникову какъ за его руководство и тотъ интересъ, съ которымъ онъ слѣдилъ за ходомъ моей работы, такъ и за то, что онъ устроилъ меня въ Пастеровскомъ Институтѣ въ такое время, когда въ его отдѣленіи не было ни одного

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

свободнаго мѣста: по просьбѣ г. Мечникова я могъ помѣститься въ лабораторіи Roux.

Работая въ лабораторіи M. Roux, именно въ томъ отдѣленіи ея, гдѣ занимаются ММ. Nicolle, Borrel (ассистенты M. Roux) и гдѣ въ 1902 г. изучали бактеріологическую методику французскіе и американскіе врачи, я имѣлъ полную возможность присмотрѣться къ практическимъ пріемамъ, примѣняемыхъ въ Пастеровскомъ Институтѣ при бактеріологическихъ изслѣдованіяхъ. Кромѣ того, въ особомъ отдѣленіи Пастеровскаго Института, находящемся въ завѣдываніи M. Martin'a, я ознакомился со способомъ приготовленія тетаническаго яда, а у M. Marmorek'a съ методикой приготовленія антистрептококковой сыворотки.

За послѣдніе годы при Пастеровскомъ Институтѣ открыто физіологическое отдѣленіе, которымъ завѣдуетъ M. Delezenne. M. Delezenne и его ассистентъ Froin, во время моего пребыванія въ Парижѣ особенно интересовались вопросами, разрабатываемыми въ лабораторіи проф. Павлова и мнѣ не разъ приходилось присутствовать при тѣхъ операціяхъ на животныхъ, которыя я раньше видѣлъ въ физіологическомъ отдѣленіи Петербургскаго Института Экспериментальной Медицины. Должно замѣтить, что физіологическое отдѣленіе Пастеровскаго Института по своему устройству во многомъ уступаетъ физіологической лабораторіи нашего Института Экспериментальной Медицины, тѣмъ не менѣе ММ. Delezenne и Froin при своихъ операціяхъ на животныхъ получаютъ очень хорошіе результаты. Такой благопріятный исходъ сложныхъ операцій, такое гладкое теченіе послѣоперационнаго періода объясняется, по моему мнѣнію, въ значительной степени тѣмъ обстоятельствомъ, что при Институтѣ Пастера имѣются очень хорошія помѣщенія для животныхъ и уходъ за ними порученъ опытнымъ и исполнительнымъ служителямъ.

Послѣ того, какъ моя работа у профессора Мечникова наладилась и у меня оказалось свободное время, я пользуясь любезностью одного изъ ассистентовъ проф. Мечникова (M. Weinberg'a), могъ устроиться въ лабораторіи извѣстнаго французскаго патолого-анатома, профессора Letulle'я (Professeur agrégé, Medecin des Hopitaux de Paris), который занимается въ недавно выстроенной больницѣ Boucicaut.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

При этой больницѣ, устроенной согласно новѣйшимъ требованіямъ гигіены, находится очень хорошая паталого-анатомическая лабораторія, гдѣ производятся вскрытія и микроскопическія изслѣдованія секціоннаго матеріала, причемъ отъ каждаго трупа обыкновенно берутся для микроскопическаго изслѣдованія почти всѣ главнѣйшіе органы и ткани. Въ этой же лабораторіи находится и отдѣленіе для химическаго и микроскопическаго изслѣдованія клиническаго матеріала.

Въ 1902 году проф. Letulle приготовлялъ для печати свое руководство къ техникѣ вскрытія труповъ и поэтому эти послѣднія производились съ особою тщательностью и совершенно своеобразно. Считаю излишнимъ входить въ какія либо подробности о техникѣ вскрытій, примѣняемой проф. Letulle'мъ, такъ какъ въ недалекомъ будущемъ должно появиться, какъ я уже говорилъ, руководство этого патолого-анатома.

По предложенію проф. Letulle'я я занялся и спеціальною работою „объ измѣненіяхъ въ Pankreas при туберкулезѣ и другихъ болѣзняхъ". Къ сожалѣнію, я не успѣлъ вполнѣ закончить эту работу съ одной стороны потому, что мнѣ приходилось еще подбирать матеріалъ, главнымъ же образомъ потому, что M. Letulle уѣхалъ въ Германію въ августѣ мѣсяцѣ и такимъ образомъ я не могъ показать ему всѣ мои препараты. Всего мною было обработано 69 Pankreas и препараты оставлены мною частью проф. Letulle'ю, по его личному желанію, частью же привезены въ Томскъ. До сихъ поръ я еще не могу сказать, найдетъ ли проф. Letulle возможнымъ сдѣлать отъ моего имени докладъ въ Парижскомъ патолого-анатомическомъ обществѣ на основаніи того матеріала, который былъ мною обработанъ въ его лабораторіи: въ апрѣлѣ 1903 г. я получилъ любезное письмо отъ проф. Letulle'я, въ которомъ онъ извѣщаетъ меня, что ему до сихъ поръ не переданы по какому то недоразумѣнію мои препараты и мои замѣтки о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ Pankreas при разныхъ заболѣваніяхъ.

Работу о Pankreas, начатую мною у проф. Letulle'я, я продолжаю въ Томскѣ, но, къ сожалѣнію, въ текущемъ году я не могъ (по случаю болѣзни высокоуважаемаго Дмитрія Ивановича Тимоѳеевскаго) сосредоточиться на этой работѣ; во всякомъ случаѣ я не теряю на-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

дежды обработать уже собранный мною въ Томскѣ матеріалъ въ недалекомъ будущемъ.

Какая бы судьба не постигла мою работу о Pankreas, все же я считаю свои занятія у проф. Letulle'я очень полезными для себя: въ лабораторіи этого ученаго я видѣлъ немало весьма интересныхъ вскрытій, здѣсь же я ознакомился съ методикою патолого-анатомическихъ изслѣдованій.

Занимаясь у гг. профессоровъ Мечникова и Letulle'я спеціальными работами, я при всемъ своемъ желаніи не могъ часто посѣщать лекціи профессоровъ Парижской Медицинской Школы и Сорбонны. Предпочтительно я слушалъ лекціи Bouchard'a, Gautier и Charrin'a и затѣмъ еженедѣльно бывалъ на засѣданіяхъ Парижскаго патолого-анатомическаго общества. Кромѣ того, я посѣщалъ засѣданія, устраиваемыя черезъ каждыя двѣ недѣли при институтѣ Пастера. На этихъ собраніяхъ ученыхъ докладываются какъ самостоятельныя работы, такъ и рефераты вновь появившихся изслѣдованій, и по поводу тѣхъ и другихъ обыкновенно происходитъ живой обмѣнъ мнѣній, въ которыхъ принимаютъ участіе такіе выдающіеся ученые, какъ Duclaux, Roux, Мечниковъ, Nocard и др., а иногда и выдающіеся ученые другихъ странъ.

Такъ какъ по идеѣ учредителей этихъ собраній—„Ces réunions dans lesquelles il n'y avait ni maîtres, ni élèves, où chacun devenait instituer a son tour", то они очень жизненны и въ высшей степени поучительны, какъ это можно видѣть изъ „Bulletin de l'Institut Pasteur, revues et analyses des travaux de bactériologie, médecine, biologie générale, physiologie, chimie biologique" (publication bi—mensuelle).

Заканчивая свой краткій отчетъ, я считаю своимъ долгомъ высказать глубокую благодарность Совѣту Императорскаго Томскаго Университета, назначившему мнѣ пособіе на заграничную поѣздку.

Лаборантъ Общей Патологіи **К. Дмитріевскій.**

20 Апрѣля 1903 года.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

9a

СПИСОКЪ РАБОТЪ,

ВЫШЕДШИХЪ ИЗЪ КЛИНИКИ

профессора РОГОВИЧА.

К. А. Кытмановъ. Отчетъ хирургической факультетской клиники за $18^{93}/_{94}$.

N. Rogowitsch. Zur Frage über die Käse und Buttercysten der Brustdrüse. Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. Band XVIII.

А. П. Морковитинъ. Processus vermiformis и oxyuris vermicularis. Хирургія 1901 г.

Онъ же. Elephantiasis нижней конечности. Лѣт. Русск. Хирург. 1900 г.

А. Н. Зиминъ. Случай закрытія потери въ черепѣ надкостничнокостнымъ лоскутомъ изъ большеберцовой кости (по Seydel'ю). Врачъ 1900 г. № 40.

Онъ же. Къ статистикѣ поврежденія аппарата, разгибающаго колѣно (2 сл. перелома чашки и 2 разрыва собств. связки надколѣнника). Хирургія 1902 г.

Онъ же. Острое нагноеніе послѣ brisement forcé. Сибирск. Врачебн. Вѣдом. 1903 № 14.

Онъ же. Къ казуистикѣ лѣченія слюнныхъ свищей. Хирургія 1903.

Онъ же. Одновременная перевязка arter. axill., venae axillar. et cephalicae. Сибирск. Врачебн. Вѣдом. 1903.

Онъ же. Случай риносклеромы. Сибирск. Врачебн. Вѣд. 1903 г.

Онъ же. Два случая разрыва рубца послѣ чревосѣченія. Русскій Врачъ 1903 г.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ПРЕДИСЛОВІЕ.

До 1903 г. вспомогательный персоналъ Хирургической Факультетской клиники ограничивался двумя ординаторами. Текущая работа по клиникѣ отнимала много времени, и ординаторы не имѣли возможности заниматься составленіемъ отчета. Съ 1903 года штаты клиники увеличены: прибавлены ассистентъ и лаборантъ. Кураторскіе листы стали вести ординаторы, и составленіе отчета сдѣлалось возможнымъ.

Выпуская этотъ отчетъ за $190^2/_3$ учебный годъ, я счелъ полезнымъ прибавить къ нему данныя по нѣкоторымъ отдѣламъ за предыдущіе годы, казавшіяся мнѣ болѣе интересными и относительно которыхъ сохранились пригодныя къ употребленію записи. Эти данныя прибавлены отчасти въ видѣ исторій болѣзней, отчасти—тамъ, гдѣ исторіи болѣзней представлялись болѣе или менѣе однообразными, въ видѣ общихъ очерковъ.

Предъ большинствомъ отдѣловъ приведены во избѣжаніе повтореній краткія описанія соотвѣтственныхъ операцій въ томъ видѣ, какъ онѣ производились у насъ, затѣмъ и въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ ходъ операцій описанъ въ существенныхъ чертахъ.

Эти краткіе описанія, упрощая изложеніе, вмѣстѣ съ тѣмъ даютъ возможность читателю сразу составить себѣ представленіе о примѣнявшихся въ нашей клиникѣ оперативныхъ методахъ, а кромѣ того, быть можетъ, помогутъ моимъ бывшимъ слушателямъ отчетливѣй вспоминать то, что имъ приходилось видѣть въ клиникѣ. За вкравшіяся опечатки извиняюсь.

Проф. Н. А. Роговичъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ОГЛАВЛЕНІЕ

Стр.

Общій характеръ веденія дѣла. 1

Болѣзни и поврежденія головы 12

Defectus nasi 13
Defectus palat duri 15
Fibroma basis cranii 17
Гнойное воспаленіе сосцевиднаго отростка 18

Болѣзни шеи.

Lymphadenitis tuberculosa 23
Стенозъ гортани, трахеотоміи, ларингофиссура 24
Зобъ 25
Новообразованія 29

Грудь.

Empyema 32
Cancer mammae 32

Болѣзни и поврежденія живота.

Peritonitis tuberc. 36
Echinococcus hepatis 37
Новообразованія въ полости живота 41
Болѣзни желудка 44
Хроническое воспаленіе червеобразн. отростка 58
Пупочныя грыжи 71
Травматическая грыжа 73
Паховыя грыжи 74
Бедренныя грыжи 87
Anus praeternaturalis 88

Болѣзни мочевого пузыря 90

Камни мочевого пузыря 91
Новообразованія мочевого пузыря 94

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Почка

Камень почки 96
Подвижная почка 97

Болѣзни яичка и сѣмянного канатика 99

Varicocele 99
Hydrocele 102
Funiculocele 103
Tuberculosis testiculi 103

Болѣзни прямой кишки.

Ракъ прямой кишки 105
Геморрой 109

Болѣзни и поврежденія нижнихъ конечностей 114

Застарѣлый вывихъ бедра 115
Несросшійся переломъ бедра. 116
Кокситъ 117
Туберкулезъ бедра 118
Bursitis 119
Lymphangoitis 120
Gonitis purulenta 121
Cancer femoris 122
Neuralgia post amputationem 122
Tuberculosis genu 123
Genu recurratum 125
Ankilosis genu. 126
Tuberculosis tibiae 126

Списокъ работъ, вышедшихъ изъ клиники.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Отчетъ хирургической факультетской клиники.

Составленъ ассистентомъ клиники А. Зиминымъ и ординаторами В. Ф. Дагаевымъ и Б. В. Падалка.

подъ редакціей Н. А. РОГОВИЧА.

За 1-ый годъ существованія хирургической факультетской клиники съ 1-го окт. 1891 г.) отчетъ составленъ докторомъ К. А. Кытмановымъ. Въ виду того, что прошло уже 12 лѣтъ со времени появленія этого отчета и многое въ устройствѣ клиники и способѣ веденія дѣла измѣнилось, нелишне будетъ дать нѣсколько предварительныхъ краткихъ замѣчаній о томъ и другомъ.

Хирургическая клиника факультетская занимаетъ 2-ой этажъ праваго крыла общаго каменнаго зданія клиникъ Томскаго Университета, заканчивающійся деревяннымъ баракомъ. Кромѣ кабинета профессора изъ двухъ комнатъ, квартиры ординатора, помѣщеніе состоитъ: изъ трехъ большихъ палатъ женскаго отдѣленія, могущихъ вмѣстить по 4 человѣка каждая, большой мужской палаты на 8 человѣкъ и трехъ маленькихъ на 2 человѣка каждая. Между мужскимъ и женскимъ отдѣленіемъ помѣщаются: перевязочная объемомъ въ 150 куб. метровъ, двѣ ванныя и при нихъ отдѣленные перегородкой до половины высоты комнаты, ватеръ-клозеты. Чрезъ маленькій корридоръ, въ который, кстати сказать, выходитъ дверь на черный ходъ, противъ перевязочной находится операціонная. Операціонная представляетъ высокую (6 ар.) свѣтлую комнату съ площадью пола равной 100 метр. и объемомъ въ 425 к. м.; оконъ въ ней семь на три стороны, одно двойное по величинѣ (передъ которымъ расположенъ операціонный столъ), съ матовыми стеклами, сглаживающими рѣзкость свѣта въ яркіе дни,— окно обращено на югъ. Верхняго свѣта нѣтъ; нагрѣвается операціонная простой голландской печью съ двумя подтопами, помѣщающимися въ этой же комнатѣ; температуру можно поддерживать до 20—22° по Р. Стѣны выкрашены масляной краской, потолки съ карнизами, полы деревянные безъ стока, почему общее мытье комнаты затруднительно.*) Мебель состоитъ изъ операціоннаго двойного дере-

*) Въ настоящее время операціонная перестраивается.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

вяннаго стола, двухъ столовъ для инструментовъ, стола для перевязочнаго матеріала, умывальника, классной доски,—въ операціонной производится чтеніе лекцій надъ больными,—и 1½ дюжины различной высоты табуретовъ, окрашенныхъ въ бѣлую краску, которыми пользуются студенты, чтобы лучше видѣть, располагаясь на нихъ, вокругъ операціоннаго стола. Хирургическая клиника располагаетъ еще одной палатой въ общемъ заразномъ баракѣ и двумя комнатами въ подвальномъ этажѣ, предназначенными для лабораторіи и пока неустроенными. Всѣ помѣщенія, за исключеніемъ упомянутой операціонной и перевязочной, окрашены водяной колерной краской, ежегодно возобновляемой, имѣютъ деревянные, крашенные въ желтый цвѣтъ полы; освѣщеніе электрическое; отопленіе печами голландками; вентиляціи, за исключеніемъ оконныхъ форточекъ, которыми не приходится пользоваться, нѣтъ.

Плата за содержаніе больного въ общей палатѣ 7 руб., въ отдѣльной 50 руб., часть больныхъ (до ½ и болѣе) можетъ быть принята безплатными; система довольствія трактирная; безплатнымъ больнымъ и съ платой въ 7 рублей выписывается содержаніе въ предѣлахъ 20 коп., платнымъ въ 50 р. въ предѣлахъ 40 коп.

Общее число кроватей двадцать, что крайне недостаточно, почему многимъ интереснымъ въ смыслѣ дидактическомъ больнымъ приходится отказывать, больные для консервативнаго леченія почти совершенно не принимаются и часто амбуляторно дѣлаются такія операціи, для которыхъ было бы лучше постельное содержаніе. На каждаго больного приходится около 62 к. м. помѣщенія; прислуги 8 человѣкъ.

Амбуляторія занимаетъ двѣ комнаты въ особомъ зданіи, гдѣ сосредоточены амбуляторіи всѣхъ клиникъ и факультетскихъ и госпитальныхъ. Пріемы больныхъ ежедневные. Въ амбуляторіи подъ руководствомъ клиническаго персонала и главнымъ образомъ съ конца перваго полугодія оперируютъ студенты IV курса: вскрываютъ нарывы, флегмоны, экзартикулируютъ пальцы, вылущаютъ фибромы, липомы, туберкулезныя железы въ подходящихъ случаяхъ, атеромы, оперируютъ раки губы, накладываютъ повязки, съемные корсеты, туторы и пр.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Каждый больной выдается двумъ студентамъ кураторамъ, которые самостоятельно ведутъ скорбные листки помимо тѣхъ, которые ведутся для клиники ординаторами. Больному, поступающему въ клинику, часто совѣтуется сходить въ баню; въ день поступленія дѣлается мыльная ванна, затѣмъ въ день операціи и изрѣдка наканунѣ. Предъоперационная очистка кожи въ настоящее время принята слѣдующая. Утромъ часа за два предъ операціей сбриваются волосы, и кожа моется кипяченой щеткой съ простымъ мыломъ теплой, нестерилизованной водой, затѣмъ сулемой 1 : 1000 съ мыльнымъ спиртомъ, послѣ чего накладывается на операціонное поле сулемовый компрессъ, больной забинтовывается. Во время приготовленія къ операціи хирурга, больной еще разъ уже въ самой операціонной моется подогрѣтымъ сулемовымъ растворомъ съ мыльнымъ спиртомъ, укрывается стерильной простыней и помѣщается на операціонномъ столѣ, покрытомъ такой же простыней; у уснувшаго больного еще разъ протираютъ кожу стерильной марлею, смоченной спиртомъ и сулемовымъ растворомъ; иногда при операціяхъ на мошонкѣ, гдѣ кожа трудно поддается чисткѣ, при операціяхъ въ брюшной полости линія разрѣза и въ опасности пупокъ смазывается іодной настойкой. По наступленіи наркоза больной покрывается новой свѣжей стерильной простыней съ овальнымъ въ центрѣ ея отверстіемъ,— это удобнѣе, чѣмъ пользоваться двумя, тремя полотенцами или кусками марли для обкладыванія операціоннаго поля.

Порядокъ приготовленія рукъ совершается въ общемъ такъ же, какъ операціоннаго поля: мытье рукъ теплой нестерильной водой съ простымъ мыломъ, очистка ногтей; споласкиваніе въ тазу сулемовымъ растворомъ, снова мытье теплой водой стерильной щеткой и мыльнымъ спиртомъ и надѣваніе стерильныхъ халатовъ, которые берутся прямо изъ барабановъ; на голову иногда надѣваются полотняныя шапочки, борода и усы обтираются сулемовымъ компрессомъ. Все это продѣлывается въ первязочной комнатѣ; въ операціонной руки моютъ спиртомъ и въ заключеніе еще разъ сулемовымъ растворомъ; на все это приготовленіе уходитъ отъ 15 до 20 минутъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда приходилось имѣть дѣло съ гнойными больными и, не успѣвъ побывать въ бани, приступать къ полостнымъ опера-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ціямъ, вводилась еще добавочная чистка рукъ: мытье 1% растворомъ марганцово-кислымъ кали и смываніе его насыщеннымъ растворомъ щавелевой кислоты. Студенты въ своихъ тужуркахъ тѣснятся вокругъ операціоннаго стола, частью прямо на полу, частью на табуретахъ.

Инструменты кипятятся въ 1% растворѣ соды, лежатъ въ 1% растворѣ карболовой кислоты; ножи не кипятятся, а вытираются спиртомъ и лежатъ вмѣстѣ съ другими инструментами; подаются они фельдшерицею.

Марля для вытиранія раны берется прямо изъ маленькихъ барабанчиковъ, въ которыхъ она и стерилизуется. Шелкъ обработывается такимъ образомъ: наматывается въ два—три слоя на предметныя стекла и погружается не менѣе какъ на сутки въ равную смѣсь спирта съ эфиромъ, затѣмъ наматывается на металлическія катушки, находящіяся въ металлическомъ ящикѣ и стерилизуется вмѣстѣ съ перевязочнымъ матеріаломъ и халатами въ аппаратѣ Schimmelbusch'a. Такой стерилизаціей мы довольны и перешли къ ней отъ прежняго способа—кипяченія шелка въ 1‰ растворѣ сулемы. Ближайшимъ помощникомъ является ассистентъ, почти совершенно удаленный отъ гнойныхъ операцій. Помогаютъ при операціи и кураторы даннаго больного, накладывая торзіонные пинцеты, вытирая рану, разводя крючками ее и пр.

На кожу послѣднее время накладываются серфины Mischel'я, оставляющіе послѣ себя прекрасный рубецъ, исключающія возможность нагноенія въ уколахъ; наложеніе ихъ мало болѣзненно, почему хлороформированіе можно оставлять раньше, чѣмъ при наложеніи шелковыхъ швовъ; эта же ихъ особенность представляетъ большое удобство при оперированіи подъ кокаиномъ.

Въ одной и той же операціонной дѣлаются чистыя, полостныя операціи и гнойныя (остеоміэлиты, мастоидиты и пр.). Операціонная вся нѣсколько разъ въ году моется растворомъ сулемы (1 : 5000—10000).

За исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ, операціи и перевязки проводятся строго асептически: ни сулемы, ни карболки, ни іодоформа на рану не употребляется; только при операціяхъ на прямой кишкѣ, туберкулезныхъ сочлененіяхъ и нѣкоторыхъ другихъ пользуются іодо-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

форменными тампонами; при операціяхъ на желудкѣ и кишкахъ слизистая протирается сулемовымъ (1 : 1000) компрессомъ. На раневую поверхность нѣсколько разъ во время операціи обильно поливается теплый стерильный физіологическій растворъ повареной соли, тщательно потомъ осушиваемый. Этимъ растворомъ во время операціи моются и руки хирурга, помимо сулемоваго раствора, тазъ съ которымъ стоитъ подлѣ операціоннаго стола. Чистыя раны, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ (зобъ, ампутаціи, резекціи, при которыхъ почти немыслимо остановить совершенно кровотеченіе), зашиваются наглухо безъ тампоновъ. Повязка обычно марлевая съ древесной или гигроскопической ватой. Изрѣдка накладывается коллодійная: берется тонкимъ слоемъ вата, смачивается въ чашечкѣ коллодіемъ и накладывается или прямо на рану, или предварительно закрытую двумя—тремя узенькими полосками марли. Серфины удаляются на 4—6-й день; если былъ вставленъ тампонъ, то онъ удаляется чрезъ день—два и потомъ или совершенно не вставляется, или вводится маленькій и очень поверхностно.

Гнойныя раны, за очень рѣдкими исключеніями, ничѣмъ не промываются и тампонируются стерильной, простой или ксероформенной, марлей. При нехорошихъ, обширныхъ флегмонахъ иногда употребляются ванны изъ теплаго сулемоваго раствора (1 : 2000—3000). Атоническія, плохо выполняющіяся полости промываются иногда растворомъ ляписа (1 : 300—1000). Вяло заживающія раневыя поверхности обычно перевязываются съ мазью Микулича.

Для наркоза чаще всего употребляется хлороформъ, рѣже эфиръ, для тонзиллотоміи и выскабливанія миндалины Luschk'a—бромистый этилъ; первый употребляется по капельному способу; вторымъ и послѣднимъ (5,0—15,0 заразъ на маску) наркозъ ведется по удушающему способу. Маленькія операціи иногда дѣлаются подъ $^1/_2$—1% растворомъ кокаина. Алкоголикамъ впрыскивается предъ операціей 0,01 морфія. Наркозъ ведетъ или врачъ со студентами или студенты подъ руководствомъ врача. Послѣднее только со второй половины года. При операціяхъ на лицѣ, шеѣ, головѣ маска стерилизуется и хлороформаторъ готовитъ свои руки какъ хирургъ. Выше колѣнъ при наркозѣ на больного накидывается широкій поясъ, застегиваемый

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

подъ столомъ, тогда не требуется много рукъ удерживать возбужденнаго больного.

Не смотря на нѣкоторыя неблагопріятныя условія: отсутствіе чистой изолированной операціонной, присутствіе студентовъ безъ халатовъ непосредственно у операціоннаго стола и пр., теченіемъ ранъ мы довольны, % нагноеній очень небольшой.

Всѣхъ большихъ операцій было сдѣлано 121, на нихъ приходится пять случая смерти, при чемъ два изъ нихъ, хотя и происшедшихъ в скорѣ послѣ операціи, когда наркозъ былъ уже прекращенъ, все же должны быть разсматриваемы въ зависимости отъ наркоза, одинъ больной умеръ отъ истощенія, одинъ послѣ трахеотоміи, сдѣланной по поводу дефтеритнаго стеноза, и одна смерть стояла въ зависимости отъ операціи. Мы не приводимъ общаго процента нагноенія, потому-что сдѣланныя нами операціи слишкомъ разнообразны по своему значенію, кромѣ того процентъ нагноенія за одинъ годъ не даетъ еще понятія о характерѣ послѣ операціоннаго теченія. Въ позапрошломъ году, напр. на 33 случая радикальной операціи грыжи не было ни одного нагноенія въ нынѣшнемъ году на 20 операцій грыжи три случая поверхностнаго нагноенія.

Число больныхъ, посѣтившихъ амбуляторію хирургической факультетской клиники, не считая повторныхъ, за 190^2/$_3$ учебный годъ было 1308. По болѣзнямъ онѣ раздѣляются слѣдующимъ образомъ:

Cancer linguae—1.
Caries dentis—303.
Gingivitis—9.
Paruils—33.
Atheroma—20.
Ranula—1.
Cancer labiae infer—19.
Frenulum breve linguae—2.
Mastoiditis—3.
Meningocele—2.
Perforatio cranii—1.
Highmoritis—1.
Stomatitis ulcerosa—4.
Parotitis—3.
Cancer cranii—1.
Cancer palpebrae—1.
Necrosis maxillae infer—3.
Angina phlegmonosa—2.
Cancer labiae superior—1.
Lymphadenitis purulenta—4.
Lymphadenitis tuberculosa—38.
Cancer maxillae infer.—10.
Epulis—1.
Epithelioma faciei—6.
Cystoadenoma labii infer—5.
Fractura maxillae infer—2.
Epistaxis—1.
Cancer colli—1.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Struma—11.
Deffectus nasi—4.
Labium leporinum—6.
Corpus alienum in naso—2.
Deffectus palatimolli—2.
Ulcus rodens—1.
Слюнной свищъ—1.
Deffectus palati duri—1.
Angioma—2.
Deffectus labiae infer—1.
Periostitis maxillae inter—1.
Naevus pigmentosus—2.
Erysipelas—4.
Mastitis—11.
Fractura radii—6.
Distorsio artic pollicis—1.
Fibroadenoma mammae—1.
Caries costae—1.
Ankylosis cubiti—2.
Tuberculosis cubiti—2.
Subluxatio claviculae—1.
Fractura claviculae—4.
Adenoma sudoriferum—2.
Hygroma—2.
Caries vertebrae—1.
Cancer mammae—9.
Kyphosis—26.
Panaritium—51.
Lipoma—11.
Tendovaginitis—5.
Luxatio humeri—5.
Phlegmone—33.
Fractura ulnae—1.
Spondylitis tuberculosa—7.
Luxatio digiti—1.
Fractura costae—2.
Corpus alienum (игла)—15.
Fistula post resect. costae—1.
Fractura humeri—1.
Caries palangue digiti I—1.
Empyema—1.
Ganglion—2.
Ragades mammae—2.
Bursitis—6.
Hernia inguinalis—59.
Hernia umbilicalis—3.
Hernia lineae albae—2.
Hernia cruralis—1.
Tumor abdominis—1.
Hypospadia—1.
Balanopostitis—1.
Bartolinitis pur.—1.
Hypertrophia prostat—1.
Cancer ventrienli—2.
Orchitis—5.
Epidydimitis tuberculosa—1.
Varices haemorrhoidales—42.
Echinococcus hepatis—3.
Anus praeternaturalis—1.
Cancer recti—2.
Calculus vesie. urin.—4.
Cancer oesophagi—1.
Fistula ani—2.
Prolapvus recti—3.
Cryptorchismus—1.
Periproctitis—4.
Appendicitis—5.
Bubo inguinalis—6.
Dilatatio ventriculi—1.
Funiculitis—1.
Fistula urethrae—1.
Strictura urethrae—1.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Polipus recti—1.
Hydrocele—9.
Condilomata acuminata penis—3.
Stenosis oesofagi—10.
Cystoma ovarii—1.
Пробка изъ орѣховой скорлупы inano—1.
Spina bifida—1.
Tumor vesicae urinariae—1.
Phimosis—4.
Varicocele—6.
Epidydimitis—3.
Ren mobile—1.
Coxitis—16.
Tuberculosis ossis ilei—1.
Osteomyelitis—16.
Tuberculosis pedis—5.
Gonitis tuberculosa—22.
Fistula articul. genu—1.
Gonitis traumatica—3.
Ankylosis genu—11.
Genu varum—1.
Gonitis chronica—3.
Tuberculosis femoris etcruris—1.
Arthritis traumatica—9.
Arthritis rheumatica—8.
Periostitis traumatica—10.
Osteosarcoma—2.
Myositis—6.
Distorsio—16.
Fibroma—6.
Furunculus—12.
Mures articulares—1.
Verruca—5.
Vulnus punctum—3.
Carbunculus—3.
Luxatio femoris—3.
Trombosis venae saphenae m.—1.
Neuroma post amputationem—1.
Fibrosarcoma—3.
Sarcoma—2.
Subluxatio tibiae—1.
Vulnus incisum—6.
Clavus—12.
Cicatrix—4.
Vulnus morsuvm—2.
Ulcus simplex—11.
Лушковская миндалина—6.
Hypertrophia tonsillar.—3.
Combustio—16.
Angina follicularis—6.
Abscessus—35.
Ulcus perfor. pedis—1.
Fractura tibiae et fibulae—1.
Contusio—50.
Vulnus contuso-laceratum—17.
Vulnus selopetarium—6.
Разрывъ связокъ колѣн. сустава—1.
Unguis incarnafus—9.
Caro luxurians—4.
Osteoma—1.
Fractura femoris—1.
Congelatio—7.
Ischias—3.
Chondroma—4.
Tuberculosis culcanei—1.
Corpus alienum въ ухѣ—2.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Малыя операціи, не требующіе особаго ухода за больными, дѣлались обыкновенно амбуляторно въ особой комнатѣ, помѣщающейся рядомъ съ той, въ которой принимали больныхъ. Операціи производились отчасти и студентами IV курса подъ руководствомъ ординаторовъ; студенты начинаютъ оперировать къ концу 1-го и особенно во 2-мъ семестрѣ, когда они научатся мыть руки, обращаться съ инструментами и стерилизованнымъ матеріаломъ.

Большинство операцій производилось безъ наркоза, нѣкоторыя подъ мѣстной анэстезіей кокаиномъ (0,5%) и нѣкоторыя, наконецъ, подъ хлороформнымъ наркозомъ. Всѣхъ малыхъ операцій въ отчетномъ году было 384, изъ нихъ студентами сдѣлано 144.

По роду заболѣваній малыя операціи распредѣляются такъ:

	Всего.
Panaritium	29
Caries phalangae tertiae	1
Abscessus	29
Lipoma	6
Atheroma	19
Unguis incarnatus	5
Epithlioma	4
Sarcoma	2
Amputatlio digitorum	9
Phimosis	1
Fibroadenoma mammoe	2
Fistula ani	2
Corpus alienum in manu	12
Carbunculus	1
Phlegmona	23
Lymphadenitis	25
Periproctitis	1
Cysto adenoma	3
Cavies maxill. inferior	7
Fibroma	4
Clavus	3
Cicatrires	4
Bubo ingninalis	6

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

	Всего.
Tubérc. articul. pedis [впрыскиваніе іодоформа]	1
Labium leporinum	2
Digitus sextus	1
Fistulae tuberculosae	3
Lumphadenitis strumosa	1
Lyxatio cubiti	1
Parulis	6
Furunculosis.	7
Resectio digiti II.	1
Cancer labii inferior	8
Angioma	1
Condylomafa	1
Defectus lobii infer.	2
Прорѣзыв. носов. отверстій	3
Vulnus ineisiv (налож. швовъ)	2
Lympaden. carcenomat	1
Rinoplostica.	1
Exarticulatio digiti	1
Sequesstrotomia	1
Извлеченіе пули	1
Bartolinitis	1
Abtcess. gland. submax	1
Uretrotomia interna	2
Ganglion	1
Пересадка кожи по Tiersch'y	1
Verruca	2
Caries dentis	130

Наложено гипсовыхъ повязокъ 18 и сдѣлано клеевыхъ корсетовъ 13.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

По горловымъ и носовымъ болѣзнямъ на пріемахъ, кромѣ повторныхъ, за $190^2/_3$ учебный годъ было 388 человѣкъ. По болѣзнямъ они дѣлятся.

Pharyngitis chronica--29.
Pharingitis chronic. sicca--20.
Pharyngitis granulosa—17.
Pharyngitis lateralis—14.
Laryngitis chronica—13.
Laryngitis subacuta—4.
Laryngitis tuberculosa—12.
Laryngitis acuta—17.
Lues laryngis—7.
Paralysis chordae vocal.—1.
Pachydermia laryngis—2.
Paresis chordae vocal.—3.
Polypus nasi--10.
Лушковская миндалина—29.
Crista nasi—9
Rhinitis acuta—5.
Rhinitis chronic. atrofic.—27.
Rhinitis chronica—8.
Rhinitis hypertrofic.—72.
Angina follicularis—6.
Hypertrophia tonsillar.—23.
Deviatio septi nasi—9.
Fistula tracheae—1.
Angina catarrhalis acuta—12.
Eczema narium—10.
Gingivitis—2.
Obliteratio apertur. nasi—1.
Epistaxis—9.
Parulis—1.
Higmoritis—2.
Corpus alien. in naso—1.
Peritonsillitis—2.
Phlegmone полости рта—1.
Furunculus nasi—1.
Lues nasi—10.
Abscessus tonsillae—1.

Сдѣлано носовыхъ операцій:

Удаленіе гипертрофированной раковины	60
Удаленіе Лушковской миндалины	53
Удаленіе кристы	27
Удаленіе гипертрофированныхъ миндалинъ	24
Удаленіе носовыхъ полиповъ	10
Гайморитъ, трепонація Гайморовой полости	5
Итого	179

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

I.

Поврежденія и болѣзни головы и лица.

1). Vulnus sclopetarium capitis.

А. К., 18 л., живетъ въ Томскѣ, дѣвица, поступила въ клинику 10 февраля, выписалась 8 марта 1903.

30 декабря 1902 г. выстрѣлила съ цѣлью самоубійства изъ револьвера въ правый високъ. Черезъ часъ была доставлена въ городскую больницу въ безсознательномъ состояніи съ слабымъ и рѣдкимъ пульсомъ. Рана очищена, извлеченъ небольшой осколокъ кости, наложена повязка. Больная вскорѣ пришла въ сознаніе, но не могла произнести ни одного слова и не могла глотать воду и твердую пищу. Эти явленія держались съ недѣлю, затѣмъ постепенно возстановилась способность рѣчи и глотанія. Черезъ мѣсяцъ больная вышла изъ больницы здоровой, только ранка еще не вполнѣ зарубцевалась. 9 февраля у больной случился припадокъ: внезапно начало подергивать языкъ, лѣвую половину лица и руку; припадокъ продолжался минуты три, сознаніе было потеряно. Послѣ этого больная доставлена въ клинику.

Больная крѣпкаго тѣлосложенія, питанія хорошаго, немного блѣдна. Лѣвая глазная щель шире правой, лѣвый уголъ рта опущенъ, plica nasolabialis сглажена. Конечностями владѣетъ одинаково хорошо. Говоритъ ясно, но, по словамъ больной, не такъ отчетливо, какъ раньше. Глотаетъ пищу хорошо. Органы груди и живота здоровы.

Въ клиникѣ два раза повторился припадокъ, аналогичный описанному.

21 февраля. Когда ранка совсѣмъ зарубцевалась, сдѣлана операція. Разрѣзъ кожи на мѣстѣ рубца. Удалены два отломка кости: одинъ величиной въ квадратный сант., другой немного меньше. При послѣдующихъ перевязкахъ отдѣлился еще небольшой кусочекъ кости. Рана зарубцевалась, больная выписалась, и первое время чувствовала себя хорошо, но спустя двѣ недѣли припадки возобновились и при томъ стали наступать чаще и держаться дольше.

2). Epistaxis.

А. И., 68 л., живетъ въ Томскѣ, поступила въ клинику 21 февраля 1903 г. по случаю кровотеченія изъ носа. Сдѣлана передняя

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

тампонація носа, и кровотеченіе остановилось. Больная съ дѣтства страдаетъ наклонностью къ сильнымъ кровотеченіямъ: малѣйшія раненія, царапины кожи вызываютъ у нея значительное кровотеченіе, трудно поддающееся остановкѣ. 26 февраля выписалась.

3). Defectus nosi.

В. П. 25 л. изъ Томск. у., жена діакона. Поступила въ клинику 22 марта, выписалась 29 апрѣля 1903 г.

Въ семьѣ братъ боленъ сифилисомъ. Больная съ 9 лѣтъ страдаетъ сифилисомъ; въ 1901 г. провела курсъ лѣченія. Носъ заболѣлъ 6 лѣтъ тому назадъ: былъ сначала насморкъ, а потомъ язвы въ носу, поведшія къ разрушенію носовой перегородки костной и хрящевой. Подъ вліяніемъ лѣченія процессъ остановился.

Кромѣ разрушенія носовой перегородки у больной перестроировано правое крыло носа; носъ запалъ.

Въ клиникѣ дѣлалось впрыскиваніе подъ кожу носа парафина, благодаря чему носъ немного приподнялся.

4). Defectus nasi.

Ц. С. 50 л., еврейка изъ Маріинск. у., поступила въ клинику 24 января, выписалась 12 февраля 1903 г.

Заболѣла лѣтъ 20 тому назадъ: на спинкѣ и бокахъ носа появились поверхностныя кожныя язвы, долгое время онѣ локализировались только на кожѣ, но затѣмъ проникли вглубь на костную основу носа и разрушили ее; косточки постепенно выдѣлялись изъ язвы. Пять лѣтъ тому назадъ въ клиникѣ сдѣлана пластическая операція съ кожно-костнымъ лоскутомъ со лба. Черезъ года полтора лоскутъ этотъ запалъ, такъ какъ костная основа разрушилась.

Указаній на lues нѣтъ.

Тѣлосложенія крѣпкаго; питанія хорошаго; органы груди и живота здоровы. Носъ совершенно плоскій, только кончикъ носа притянутый кверху рубцомъ, выдается въ видѣ вишни.

31 января операція—Rhinoplastica.

Костно-кожные лоскуты взяты съ обѣихъ щекъ. Заживленіе съ нагноеніемъ. Носъ приподнялся мало.

5). Defectus nasi.

А. Л. 28 л., изъ Енисейской губ., замужняя, поступила въ клинику 8 марта, выписалась 29 апрѣля 1903 г.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ дѣвицахъ была здорова; замужъ вышла 19-ти лѣтъ; вскорѣ послѣ замужества почувствовала общее недомоганіе, а затѣмъ головныя боли и ломоту въ рукахъ и ногахъ. Лѣтъ пять тому назадъ заболѣлъ носъ: выдѣлялась вонючая жидкость, на слизистой носа въ большомъ количествѣ засыхали корки, подъ ними образовались язвы, поведшія къ разрушенію носовой перегородки.

Года четыре тому назадъ лѣчилась отъ сифилиса втираніями ртутной мази и микстурой (jod. kal.). Дѣтей не рожала.

Больная крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Хрящевая и кожная части носовой перегородки разрушены, кончикъ носа запалъ, язвъ нѣтъ. Органы груди и живота здоровы. Жалуется на головныя боли.

13 марта операція возстановленія носовой перегородки: кончикъ носа освѣженъ, изъ верхней губы выкроенъ лоскутъ во всю толщу губы шириной въ $^1/_2$ сант. и пришитъ къ кончику носа такъ, что основаніе лоскута осталось соединеннымъ съ губой, разрѣзъ подъ лоскутомъ зашитъ. Черезъ пять дней, когда лоскутъ приросъ къ кончику носа, онъ былъ отрѣзанъ у основанія и вшитъ въ верхній уголъ разрѣза, образуя такимъ образомъ кожную перегородку носа. Конецъ носа немного приподнялся, но оставался все же сплюснутымъ; впрыскиваніе парафина мало помогло дѣлу.

6). Defectus nasi.

М. И., переселенецъ изъ подъ г. Омска, 20 л., холостъ, поступилъ въ клинику 18-го января 1903 г.

Мать и отецъ по словамъ больного здоровы.

Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней указываетъ на какой-то язвенный процессъ на носу и плечѣ, неизвѣстно когда начавшійся и закончившійся лѣтъ 10 тому назадъ. Больной слабаго тѣлосложенія, плохого питанія. Отъ носа у больного остались только кончикъ и небольшая часть спинки. Хрящей нѣтъ; носовыя кости тоже разрушены. Верхняя губа укорочена и приращена къ верхней челюсти. Укороченіе губы происходитъ на счетъ правой ея половины. Ротъ едва пропускаетъ указательный палецъ. На небѣ деффектовъ нѣтъ. Вокругъ носа на губѣ рубецъ, имѣющій форму бабочки. Рубецъ поверхностный, не лучистый. На правомъ плечѣ, занимая верхнюю его половину, такой же поверхностный рубецъ. Шейныя железы немного

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

увеличены. Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

22 января больной отказавшись отъ операціи—выписался.

7). Deffectus nasi.

К. Х., 21 л., кр. Тамбовской губ., холостой, поступилъ въ клинику 22 февраля 1903 года.

Года 2 тому назадъ заболѣлъ носъ. Вывалились косточки; lues отрицаетъ. Вообще ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Больной правильнаго сложенія, питаніе удовлетворительное.

Въ носу нѣтъ перегородки какъ костной, такъ и кожной. Крылья носа сильно втянуты рубцемъ внутрь. На кожѣ около носа поверхностный рубецъ краснаго цвѣта. Сильныя измѣненія и рубцовыя стягиванія дужекъ, язычка и мягкаго неба. Железы паховыя и шейныя прощупываются. На кожѣ тѣла еще никакихъ рубцовъ нѣтъ. Внутренніе органы нормальны.

28 февраля операція: отсепарированы крылья носа отъ втягивающаго ихъ рубца; на кончикѣ носа освѣженъ край и туда вшитъ лоскутъ, взятый изъ губы, основаніемъ своимъ оставшійся прикрѣпленнымъ къ губѣ. Края разрѣзовъ губы сшиты подъ лоскутомъ. Хлороформъ 20,0—20 минутъ. Въ ноздри вставлены тампоны. Лоскуту дали прирости къ кончику носа и 10 марта его нѣсколько подрѣзали у основанія, а 28 марта подъ наркозомъ лоскутъ былъ отрѣзанъ отъ губы, губы сшиты, а лоскутъ вшитъ въ верхній уголъ, образовавъ такимъ образомъ кожную перегородку носа.

22 апрѣля вспрыснутъ парафинъ въ лѣвое крыло носа; кожа немного поднялась.

28 апрѣля вспрыснуто еще парафину въ спинку носа и правое крыло. Кожа почти не поднимается. Больной выписался. Температура послѣ вспрыскиванія не повышалась.

8). Deffectus palati duri luetic.

Г. Г., 30 лѣтъ, Каинскій мѣщ., холостой, поступилъ въ клинику 5 января 1903 года.

Десять лѣтъ тому назадъ была язва на членѣ; не лѣчился. 3 года тому назадъ появилась язва на правой голени. Въ іюнѣ 1902 года появилась опухоль на твердомъ небѣ, которая потомъ изъязви-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

лась. Въ сентябрѣ 1902 года сталъ лѣчиться впрыскиваніями ртутью. Язва на ногѣ закрылась, а на небѣ осталось отверстіе.

Больной крѣпкаго сложенія и хорошаго питанія. Органы груди и живота уклоненія отъ нормы не представляютъ. Железы шейныя, паховыя и подмышечныя увеличены и тверды. На правой голени, по срединѣ ея, лучистый рубецъ, спаянный съ tibia.

На твердомъ небѣ по средней его линіи болѣе кзади лежитъ отверстіе величиною съ крупное зерно боба; кзади отъ него отверстіе поменьше съ булавочную головку. Говоритъ въ носъ.

17 января. Операція безъ наркоза: два боковыхъ разрѣза, проникающихъ до кости, по краю альвеолярнаго отростка верхней челюсти. Мягкія ткани отдѣлены отъ кожи распаторомъ; края отверстія освѣжены (оба отверстія соединены) и сшита 4-мя швами. Между костью и мягкими тканями вставлены іодоформенные тампоны.

19 января. Тампоны на половину вытянуты и отрѣзаны. Швы не прорѣзываются.

21 января. Перемѣнены тампоны—раны чистыя.

22 января. Перемѣнены тампоны—отдѣляемаго немного; сняты швы, швы прорѣзались. Края освѣженнаго отверстія срослись.

23 января. Мѣсто швовъ смазывается растворомъ ляписа 4%.

24 января. До сихъ поръ больной получалъ только чай въ небольшомъ количествѣ. Дано молоко и бульонъ.

26 января. Вставлены небольшія тампоны; полость подъ мягкими тканями стала значительно меньше.

28 января. Тампоны удалены совсѣмъ.

29 января выписался съ небольшими ранками у альвеолярнаго отростка. Данъ 4% раствора ляписа для смазыванія и полосканіе борной кислотой.

Температура все время нормальная.

9). Cancer Cranii.

К. А., мѣщ. г. Томска, 70 л., женатъ, сторожъ на отвалѣ. Поступилъ въ клинику 13 января 1903 года.

Больной небольшого роста, правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго, на видъ еще крѣпкій. Въ декабрѣ минувшаго

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

года у него ущемилась грыжа—на лѣвой сторонѣ, паховая—и ему была сдѣлана операція. Другихъ болѣзней никакихъ не было.

Тоны сердца глуховаты. Легкія здоровы. Печень, селезенка никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Моча нормальна. Желудокъ дѣйствуетъ исправно. Рѣзко выраженный артеріосклерозъ.

На головѣ, на мѣстѣ схожденія лобной съ теменными костями находится язва, приблизительно квадратной формы съ поперечникомъ пальца въ $3^1/_2$. Края язвы возвышены, плотны, неровны. Дно язвы неровное, грязное, на днѣ язвы есть небольшое отверстіе, ведущее въ полость черепа. Язва спаяна съ костями. Язва существуетъ года 2.

17 января появилась сильная головная боль и дрожь во всемъ тѣлѣ. Температура 36^0, пульсъ 110. Зрачки нормальны. Впрыснутъ морфій. 19 января больной выписался безъ операціи.

10). Fibroma basis cranii.

И. Ч., кр. Томской губ., 40 л., чернорабочій, женатый, поступилъ въ клинику 16 марта 1903 года.

Пять лѣтъ тому назадъ наткнулся носомъ на сучекъ, послѣ чего носъ у него сталъ болѣть. 2 года тому назадъ замѣтилъ у себя въ носу опухоль, которая продолжала рости до настоящаго времени.

Раньше ничѣмъ не хворалъ. Больной правильнаго сложенія и хорошаго питанія.

Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

Правая сторона носа сильно выпячена, носовыя кости нѣсколько разошлись. Правую ноздрю занимаетъ довольно плотная опухоль. Такая же опухоль видна изъ за мягкаго неба, главною массой съ правой стороны. Носомъ дышать не можетъ.

24 марта. Операція—хлороформъ 15,0 грм.—30 м. Носъ расщепленъ по длинѣ. Часть опухоли удалена петлей черезъ носъ. Остальная часть опухоли удалена, послѣ предварительнаго расщепленія мягкаго неба, съ помощью роспатора и щипцовъ черезъ ротъ. Разрѣзъ носа и мягкаго неба зашитъ; вставленъ большой тампонъ.

25 марта. Головная боль. Температура вечеромъ 38^02.

26 марта. Тампонъ немного подтянутъ. Температура вечеромъ 39^02.

27 марта. Тампонъ удаленъ и вставленъ меньше. Температура вечеромъ 38^03. Рана мягкаго неба отчасти разошлись.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

28 марта. Сняты швы. Въ ранѣ около глаза немного гною. Рану не разводили.

7 апрѣля. Рана зажила. Больной выписался.

Температура съ 28 нормальна.

Гнойное воспаленіе сосцевиднаго отростка.

Операція мастоидита одна изъ тѣхъ, которая производится довольно часто въ нашей клиникѣ. Мы производимъ ее во всѣхъ тѣхъ случаяхъ остраго и хроническаго нагноенія средняго уха, когда появляются боли въ сосцевидномъ отросткѣ, остающіяся или увеличивающіяся по интенсивности въ продолженіи нѣсколькихъ дней, затѣмъ при появленіи отека кожи, покрывающей сосцевидный отростокъ и, какъ само собой понятно, при появленіи гнойнаго періостита за ухомъ T°, насколько мы могли замѣтить, не во всѣхъ случаяхъ бываетъ сколько нибудь повышена. Операція производится всегда подъ хлороформомъ и начинается полулуннымъ разрѣзомъ отъ верхушки сосцевиднаго отростка за linea arcuata superior, проникающимъ сразу до кости. Затѣмъ мягкія части отскребаются отъ кости кпереди и кзади настолько, чтобы, во первыхъ, наружная поверхность сосцевиднаго отростка была открыта, а, во вторыхъ, былъ обнаженъ весь задній и верхній край наружнаго слухового прохода.

Кость начинали всегда долбить отступя немного кзади отъ spina suprameata и немного ниже lineae arcuatae superioris. При долбленіи, по крайней мѣрѣ въ началѣ, старались не переходить за линію, дѣлящую сосцевидный отростокъ пополамъ. Кортикальный слой переднихъ отдѣловъ сосцевиднаго отростка удаляется обыкновенно весь. Затѣмъ сбиваются всѣ перегородки между отдѣльными пневматическими пространствами, и надъ верхнимъ и заднимъ краемъ наружнаго слухового прохода вскрывается antrum mastoideum. Всѣ закоулки, послѣ предварительнаго изслѣдованія маленькимъ согнутымъ щупомъ, вскрываются. Острый ложечкой выскабливаются грануляціи. Весьма часто приходится сбивать костяную стѣнку синуса. Въ результатѣ такой операціи получается глубокая костная рана съ болѣе или менѣе равномѣрнымъ дномъ, облегчающимъ свободный стокъ гноя. Фрезъ для сглаживанія кости не употребляется. Въ antrum вставляется тоненькій тампонъ, а затѣмъ тампонируется вся

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

рана. Заживленіе происходитъ обыкновенно гладко. Степень пораженія нагноеніемъ пневматическихъ пространствъ не во всѣхъ случаяхъ бываетъ одинакова. Такъ мы помнимъ одинъ случай, гдѣ пневматическія пространства были свободны отъ гноя, только содержали въ себѣ большее количество крови, и, только послѣ того, какъ была удалена костная пластинка синуса, обнаружено было присутствіе небольшого количества гноя, расположившагося въ видѣ ленточки вдоль венозной стѣнки.

11). Mastoiditis.

В. С., 18 л., студентъ технологъ, поступилъ въ клинику 5-го сентября 1902 года.

Страдалъ раньше въ Туркестанѣ лихорадкою.

Сложенія правильнаго; нѣсколько истощенъ.

Внутренніе органы нормальны.

Область праваго сосцевиднаго отростка выдается и покрыта красной отечной кожей. Болѣзненность по заднему краю m-li sternocleido-mastoidei.

6-го сентября операція подъ хлороформомъ. Разрѣзъ чуть чуть позади задней складки уха, вплоть до кости. Вышло около двухъ столовыхъ ложекъ гною. Затекъ спускается позади m-li sterno-cl.—mastoidei, и здѣсь, въ наиболѣе низкомъ мѣстѣ, сдѣлано противоотверстіе. Типичное трепанированіе antri mastoidei. Отростокъ сильно склерозированъ; пневматическія пространства уменьшены; въ нихъ содержится незначительное количество гноя. Вставлены тампоны. Первые дни послѣ операціи больной чувствовалъ себя слабымъ. T° была нормальна; появилась желтуха, по всѣмъ вѣроятіямъ послѣдствіе хлороформа. 15-го сентября T° повысилась до 38,1 и держалась повышенной 5 сутокъ, доходя до 38,6. Повышеніе T° сопровождалось явленіями, знакомыми больному по приступамъ лихорадки, которая была у больного въ Туркестанѣ.

21-го сентября больной выписался для амбуляторнаго лѣченія. Рана окончательно закрылась мѣсяца черезъ три. Перевязки вначалѣ дѣлались черезъ день, а потомъ черезъ 2 дня.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

12). Mastoiditis.

И. Н., 45 л., почетный гражданинъ г. Томска, поступилъ въ клинику 2-го сентября 1902 года съ явленіями mastoiditis на лѣвой сторонѣ.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Внутренніе органы нормальны.

13-го сентября. Операція подъ хлороформомъ: трепанація сосцевиднаго отростка.

19-го сентября. Выписался для амбуляторнаго леченія. T° все время нормальна. Перевязки дѣлались черезъ день.

13). Mastoiditis.

П., мальчикъ 7 лѣтъ заболѣлъ инфлюэнцей, послѣ которой появилось гноетеченіе изъ уха. Въ настоящее время кожа за ухомъ немного отечна; область processi mastoidei болѣзнена. Типичное вскрытіе antri mastoidei.

Послѣ операціи больной былъ увезенъ домой и лечился дома.

14). Mastoiditis.

В. Д., 34 лѣтъ, крестьянинъ Уфимской губерніи, вдовый, поступилъ въ клинику 10 марта 1903 года. Боленъ уже 5 мѣсяцевъ. Сначала болѣло лѣвое ухо; изъ него шелъ гной. Затѣмъ стала появляться опухоль въ области processus mastoideus. Головныхъ болей не было. Ничѣмъ болѣе не хворалъ. Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго.

Область лѣваго сосцевиднаго отростка выдается и болѣзнена; кожа на немъ отечна. Изъ лѣваго уха течетъ густой гной. Внутренніе органы нормальны.

17-го марта. Трепанація сосцевиднаго отростка. Отростокъ сильно склерозированъ. Въ пневматическихъ пространствахъ гною много. Вставлены тампоны. 22-го марта. Рана очистилась. 31-го марта. Кость покрылась грануляціями. 1-го апрѣля. Больной выписался для амбулаторнаго леченія. Первая перевязка черезъ два дня послѣ операціи. Затѣмъ нѣсколько перевязокъ черезъ день и потомъ перевязка черезъ два дня. Температура все время нормальна.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

15). Fractura maxillae inferioris.

Б. Ш., мѣщ. г. Нижнеудинска, 33 л., женатый, поступилъ въ клинику 2-го января 1903 года.

Пять мѣсяцевъ тому назадъ больной получилъ ударъ бутылкой въ подбородокъ, при чемъ у него сломалась нижняя челюсть. На другой день ему была наложена повязка въ больницѣ. Въ ноябрѣ мѣсяцѣ на мѣстѣ перелома образовался абсцессъ, который былъ вскрытъ, при чемъ былъ удаленъ костный секвестръ. Послѣ операціи больной уѣхалъ въ Иркутскъ, гдѣ ему былъ удаленъ еще секвестръ.

1½ года тому назадъ получилъ сифилисъ. Съ тѣхъ поръ продѣлалъ 2 курса противусифилитическаго леченія вспрыскиваніями ртути. Послѣдній курсъ закончилъ въ іюнѣ 1902 года. Внутренніе органы какихъ-либо замѣтныхъ измѣненій не представляютъ. Не сильно выраженная adenopatia universalis. Нижняя челюсть между внутренними рѣзцами нѣсколько подвижна. Есть три свища: 2 подъ боковыми вѣтвями челюсти—подкожные и одинъ тотчасъ подъ средней частью челюсти; послѣдній свищъ проникаетъ въ кость. Изъ свищей выдѣляется гной.

7-го января. Операція подъ хлороформомъ: разрѣзъ мягкихъ тканей отъ средняго свища до того мѣста губъ, гдѣ она уже свободна. Разрѣзъ до кости. Внизу челюсть имѣетъ небольшую спайку. Вытащенъ первый лѣвый рѣзецъ. Средній свищъ проходитъ въ его ячейку. Около этой ячейки сѣрыя грануляціи, которыя были выскоблены. Остальные два свища тоже выскоблены. Вставлены іодоформенные тампоны. Операція продолжалась ½ часа – хлороформу вышло 20,0.

Рвоты послѣ наркоза не было.

9-го января. Перевязка: гною немного, рана очищается.

16-го января. Рана чистая.

18-го января. Рана поверхностна.

20-го января. Больной выписался, съ небольшой поверхностной ранкой для амбуляторнаго леченія. Челюсть неподвижна.

Во время пребыванія въ клиникѣ получалъ іодистый калій.

16). Cancer linguae и дна полости рта.

И. М., 50 лѣтъ, Екатеринбургскій мѣщанинъ, женатый, поступилъ въ клинику 26 сентября 1902 года.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Раньше ничѣмъ не хворалъ. Въ іюлѣ мѣсяцѣ сталъ сначала чувствовать боли въ подъязычной области, а затѣмъ появилась язва.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны.

Правая половина дна рта и языка заняты язвой съ плотнымъ фунгознымъ дномъ и плотными вывороченными краями. Кзади язва доходитъ до зуба мудрости нижней челюсти. На языкѣ занимаетъ главнымъ образомъ его нижнюю и боковую поверхность, самая же спинка языка почти на всемъ протяженіи, кромѣ праваго края, свободна отъ язвы. Кнаружи язва переходитъ на слизистую оболочку, покрывающую челюсть, немного не доходя до зубного края. Кпереди нѣсколько переходитъ за среднюю линію. Подчелюстныя железы справа, слѣва и по средней линіи плотны и увеличены. При микроскопическомъ изслѣдованіи взятыхъ изъ язвы кусочковъ, оказалось, что имѣемъ дѣло съ плоскоклѣточковымъ ракомъ.

12-го октября. Операція подъ хлороформено-морфійнымъ наркозомъ и началась съ вылущенія железъ справа, слѣва и по серединѣ. Затѣмъ, послѣ того какъ боковыя раны были зашиты, средній разрѣзъ былъ продолженъ кверху, и всѣ мягкія ткани разсѣчены вплоть до челюсти. Нижняя челюсть перепилена по серединѣ цѣпочечной пилой. Распиленныя половины разведены и затѣмъ ножницами и отчасти Paquelin'омъ удалена опухоль съ большей частью правой половины языка. Кроветочащіе сосуды захватывались пинцетами и перевязывались.

Въ общемъ заживленіе гладкое, если не считать небольшого послѣдовательнаго кровотеченія черезъ нѣсколько дней послѣ операціи. Выписался 17-го ноября 1902 года.

Въ октябрѣ 1903 года пришелъ опять; на мѣстѣ язвы рецедива нѣтъ, но появились железки на правой сторонѣ шеи—одна подъ челюстью, а другая у внутренняго края m-li sterno-cl.—mastoidei на уровнѣ подъязычной кости. Обѣ желѣзы удалены.

17). Tuberculosis linguae, laryngis et pulmonum.

Г. П., артистъ, 44 л., женатый, поступилъ въ клинику 8 января 1903 года.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

20 лѣтъ тому назадъ получилъ сифилисъ. Мать и отецъ больного умерли оба отъ рака желудка. Кромѣ сифилиса больной страдалъ хроническимъ кашлемъ.

3 мѣсяца тому назадъ замѣтилъ небольшой прыщикъ на языкѣ, который потомъ изъязвился; язва постепенно увеличивалась. Черезъ мѣсяцъ, послѣ появленія прыщика заболѣло горло, усилился кашель, пропалъ голосъ, стало выдѣляться большое количество пѣнистой мокроты.

При изслѣдованіи легкихъ найдено, что правое легкое при перкуссіи даетъ болѣе глухой тонъ, чѣмъ лѣвое. Кромѣ того въ правой верхней долѣ повсюду крепитація. Сердце и остальные внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

На языкѣ больного въ лѣвой его части, недалеко отъ кончика, видна язва величиною съ 20-ти копѣечную монету; края ея подрыты и возвышаются въ видѣ валиковъ; очертаніе неправильное. Дно язвы чисто.

Гиперемія голосовыхъ связокъ, припухлость въ заднемъ черпаловидномъ пространствѣ.

Въ мокротѣ найдены туберкулезныя бациллы.

Изслѣдованіе кусочка, взятаго изъ языка, подъ микроскопомъ дало ясную картину туберкулеза.

15 января. Больной выписался.

II.

Болѣзни шеи.

18). Lymphadenitis colli tuberculosa.

Н. Д., 22 лѣтъ, проститутка, живетъ въ Томскѣ, поступила въ клинику 25 февраля, выписалась 27 февраля 1903 года.

Съ полгода тому назадъ заболѣла сифилисомъ; съ октября 1902 года лежала въ венерическомъ отдѣленіи городской больницы, сдѣлано 40 впрыскиваній. Два мѣсяца тому назадъ начали увеличиваться шейныя лимфатическія железы. Одна нагноилась и была вскрыта въ больницѣ. Рана зажила.

Тѣлосложенія правильнаго, питанія хорошаго. Органы груди и живота здоровы. На шеѣ справа по ходу m—li sterno-cleido-mastoidei прощупывается три, величиной въ голубиное яйцо, железы, довольно плотныя: двѣ другія меньшихъ размѣровъ подъ нижней челюстью справа.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

26 февраля. Операція—вылущеніе железъ подъ хлороформомъ. Послѣ вылущенія двухъ подчелюстныхъ железъ больная перестала дышать; примѣнено искусственное дыханіе; черезъ пять минутъ больная начала дышать. Рана зашита; вылущеніе остальныхъ железъ отложено.

27 февраля больная выписалась для амбуляторнаго лѣченія. Рана зажила per primam intentionem.

19). Stenosis laryngis luetica.

Е. Л., 24 лѣтъ, крестьянинъ Черниговской губерніи, женатый, поступилъ въ клинику 31 января 1903 г.

Больной правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Годъ тому назадъ ему была сдѣлана трахеотомія по поводу сифилитическаго стеноза гортани. Трубку до сихъ поръ вынуть не удается ввиду наступающей асфиксіи. При ларингоскопіи видно, что середина голосовыхъ связокъ спаяна рубцомъ. Впереди и сзади рубца есть отверстія діаметромъ 3—4 м.м. Внутренніе органы нормальны. Лимфатическія железы повсюду увеличены, но довольно мягки.

Эндоларингеальнымъ способомъ разрушить рубцовую спайку не удается, вслѣдствіе крайней чувствительности больного. Говоритъ едва слышнымъ сиплымъ голосомъ.

2 января. Появилась головная боль. Голова болитъ главнымъ образомъ ночью. Данъ іодистый калій. Къ 16 февраля головныя боли утихли.

18-го февраля. Операція. Laryngofissura. Гортань разрѣзана; разсѣченъ рубецъ соединяющій связки. Рана зашита.

20 февраля вечеромъ. Температура поднялась до 39°.

21 февраля. Сняты швы, и кожная рана разведена на всемъ протяженіи, такъ какъ въ глубинѣ оказался гной; вставленъ тампонъ. Температура упала до 37,6° вечеромъ. Затѣмъ рана, постепенно очищаясь, зажила подъ тампономъ къ 12 марта. Температура все время нормальна. 12-го же была вынута трахеотомическая трубочка. Дышетъ свободно. Говоритъ хотя и хриплымъ голосомъ, но гораздо громче. При ларингоскопіи прежняго рубца не видно; края голосовыхъ связокъ свободны.

15 марта. Выписался.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

20) Stenosis laryngis luetica.

К. М., 25 л., Томскій мѣщанинъ, переплетчикъ, холостой, поступилъ въ клинику 1 марта 1903 года.

1-го марта больной былъ привезенъ въ клинику почти въ асфиксіи. Сейчасъ-же была сдѣлана tracheotomia superior. Черезъ трубочку дышетъ хорошо.

Больной слабаго тѣлосложенія, плохого питанія.

Въ анамнезѣ lues. Сейчасъ только adenopatia univ. Внутренніе органы нормальны.

2 февраля. Ночью трубочка закупорилась сгусткомъ крови, который былъ удаленъ.

5 февраля. Больной выписался съ трубочкой.

T° все время нормальная.

Кромѣ вышеизложенной трахетоміи за $190^2/_3$ учебный годъ было еще сдѣлано 9 трахеотомій у дѣтей, по поводу дифтерита, изъ дѣтской клиники. Изъ нихъ одинъ ребенокъ умеръ. Остальные выздоровѣли.

Зобъ.

Чтобъ избѣжать повтореній скажемъ нѣсколько словъ о примѣнявшейся у насъ техникѣ вылущенія зоба, такъ какъ въ общихъ чертахъ, она во всѣхъ случаяхъ была болѣе или менѣе однообразна.

Наружные покровы шеи раздѣлялись немного повыше jugulum sterni посредствомъ, такъ называемаго, воротничковаго разрѣза Kocher'a; одинъ изъ угловъ разрѣза—на сторонѣ большей величины опухоли, поднимался кверху до высоты большого рожка подъязычной кости. Разрѣзъ проникалъ до поверхности грудино-сосковыхъ и грудино-подъязычныхъ мышцъ; кровоточившіе сосуды захватывались и перевязывались; разрѣзанная platysma, вмѣстѣ съ подлежащимъ листкомъ фасціи отслаивалась отъ поверхности грудино-подъязычныхъ мышцъ кверху, до подъязычной кости; край m-li ster. cleid.- mastoidei всегда обнажался и при томъ обыкновенно на обѣихъ сторонахъ. Послѣ этого происходило раздѣленіе по средней линіи грудино-подъязычныхъ мышцъ, которые затѣмъ вмѣстѣ съ грудино-щитовидной мышцей отдѣлялись тупымъ путемъ отъ поверхности зоба и крючкомъ отклонялись въ сторону.

Послѣ этого происходило вывихиваніе зоба, и затѣмъ перевязывались вдвойнѣ и перерѣзывались v.v. thyreoideae imae, перевязыва-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

лась, но не перерѣзывалась, art. thyreoidea inferior; перевязывались и перерѣзались v. et. art. thyr. superiores и прибавочныя вены, если таковыя оказывались. Затѣмъ перешеекъ, захватываемый двумя зажимами, постепенно между ними, перерѣзывался и перевязывался. Освобожденная опухоль отрѣзывалась ножницами, при чемъ всегда оставлялась задняя стѣнка, прилежащая къ самой гортани, во избѣжаніе возможности раненія n-vi laryngei recurrentis.

Надъ jugulum sterni въ рану вкладывался маленькій тампонъ и рана зашивалась швами или серфинами. Кровотеченіе при операціи обыкновенно бывало незначительнымъ, за исключеніемъ одного случая, гдѣ были многочисленныя сращенія между поверхностью зоба и мышцами. Въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣлалось не половинное удаленіе, а только вылущеніе узла, главные сосуды щитовидной железы предварительно не перевязывались, а, по мѣрѣ вылущенія узла, захватывались отдѣльные кровоточившіе сосуды. Тампоны необходимо удалять черезъ два дня; болѣе продолжительное оставленіе тампоновъ затягиваетъ заживленіе раны. Швы удалялись на пятый день.

21) Struma colloides.

П. Я., 12 л., крестьянка Томской губ., поступила 3 сентября, выписалась 9 октября 1902 г.

Начала заболѣванія больная не помнитъ; давно уже ущупывала у себя на шеѣ небольшую опухоль, которая постоянно медленно увеличивалась.

Въ настоящее время опухоль занимаетъ передній отдѣлъ шеи равномѣрно распространяясь въ обѣ стороны отъ средней линіи до внутреннихъ краевъ m-li st-cl-mastoidei, длинный діаметръ ея сант. 10. Кожа надъ ней нормальна, подвижна. Опухоль при глотаніи смѣщается.

28 сентября сдѣлана операція—половинная экстирпація зоба. Зобъ паренхиматозный. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

22) Struma colloides.

М. А., 50 л., уроженка Томской губ., поступила въ клинику 11 января, выписалась 25 января 1903 г.

Опухоль появилась 20 лѣтъ тому назадъ на передней поверхности шеи, а черезъ пять лѣтъ такая же опухоль появилась на правой сторонѣ шеи; обѣ росли медленно, безпокойствъ больной не причиняли.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ настоящее время переднюю поверхность шеи занимаетъ опухоль, величиной въ большой кулакъ, начинается отъ верхняго края щитовиднаго хряща и на палецъ не доходитъ до manubrium sterni, консистенціи плотной, а внизу одинъ узелъ хрящеватой твердости. Справа подъ внутреннимъ краемъ m-li st-cl. mastoid. на уровнѣ щитовиднаго хряща другая опухоль, величиной въ куриное яйцо; связь съ большой опухолью на ощупь не устанавливается. Обѣ опухоли слабо подвижны, кожа надъ ними нормальна. Въ остальномъ М. А. здорова.

15 января операція: половинная экстирпація зоба на лѣвой сторонѣ.

Опухоли связаны между собой тонкимъ перешейкомъ. Зобъ паренхиматозный, нижній узелъ известково перерожденъ. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

23) Struma cysticum.

А. А., 14 л., гимназиска г. Томска, поступила въ клинику 13 января, выписалась 24 января 1903 г.

Наслѣдственнаго предрасположенія нѣтъ. Опухоль въ нижней части передней поверхности шеи появилась полтора года назадъ. Въ настоящее время она величиной въ куриное яйцо, лежитъ по средней линіи на трахеѣ, заходя лишь на нижній край щитовиднаго хряща въ видѣ одного узла съ гладкой поверхностью, подвижна, съ кожей не спаяна.

Со стороны органовъ груди, живота и нервной системы уклоненій отъ нормы нѣтъ.

15 января операція—Enucleatio strumae. Struma—cysticum colloides. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

24) Struma colloides.

А. Х., 38 л., изъ г. Оренбурга, поступила 3 февраля, выписалась 16 марта 1903 г.

Опухоль появилась 8 лѣтъ тому назадъ. Иногда чувствовались боли при глотаніи. Въ настоящее время опухоль величиной въ дѣтскій кулакъ на передней поверхности шеи, заходитъ больше вправо отъ средней линіи, съ кожей и окружающими тканями не спаяна, подвижна, мягкой консистенціи.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Больная анемична. Въ легкихъ разсѣянные влажные хрипы. Сердце здорово.

5 февраля операція—Exstirpatio strumae справа.

Зобъ паренхиматозный. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

25). Struma colloides.

Т. С., 46 л., изъ Томской губ., поступила 5 марта, выписалась 16 марта 1903 г.

Опухоль на шеѣ появилась лѣтъ 17 тому назадъ. Больная лѣчилась іодистыми препаратами; опухоль продолжала расти. Въ настоящее время она занимаетъ почти всю переднюю поверхность шеи, мягкая, величиной въ большой кулакъ; нижняя граница тотчасъ надъ jugulum sterni, верхняя—верхній край щитовиднаго хряща, налѣво заходитъ за среднюю линію пальца на два, вправо подходитъ подъ внутренній край m-li st.-cl.-mastoidei, подвижна при глотаніи; кожа надъ ней нормальна.

10 марта операція—половинная экстирпація зоба справа.

Зобъ паренхиматозный. Заживленіе per primam intentionem. Черезъ недѣлю больная выписалась.

26). Struma colloides.

Н. Г., 31 г. крестьянка Томской губ., поступила въ клинику 15 марта, выписалась 25 марта 1903 г.

Заболѣла лѣтъ десять тому назадъ. Въ настоящее время опухоль шарообразной формы, величиной въ кулакъ, начинается отъ верхняго края щитовиднаго хряща и не доходитъ пальца на полтора до manubrium sterni, вправо и влѣво отъ средней линіи заходитъ равномѣрно пальца на два. Больная анемична. Сердце и легкія здоровы. Пульсъ 70,t° 36,5.

19 марта операція—половинная экстирпація зоба.

На другой день послѣ операціи у больной появилась хрипота, но черезъ три дня голосъ сдѣлался снова чистымъ. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

27). Struma colloides.

А. С., 25 л., родомъ изъ Витебской губ., замужняя, поступила 17 марта, выписалась 22 апрѣля 1903 г.

Помнитъ у себя опухоль на шеѣ съ самаго ранняго дѣтства, никакихъ страданій больной она не причиняла.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ настоящее время опухоль величиной въ два кулака, помѣщается на передней и боковыхъ сторонахъ шеи; слѣва доходитъ до края m-li sterno-cl.-mastoidei, справа подходитъ подъ внутренній край названной мышцы; подвижна, съ кожей не спаяна.

Больная питанія слабаго, анемична. Органы груди и живота здоровы.

21 марта операція—половинная экстирпація зоба справа.

Зобъ паренхиматозный. Спаянъ былъ съ мышцами, при раздѣленіи этихъ спаекъ много было потеряно крови. Пульсъ къ концу операціи слабый; сдѣлано вливаніе подъ кожу физіологическаго раствора поваренной соли (500,0). На третій день изъ раны показался гной; швы разведены; перевязка каждый день, рана промывалась перекисью водорода. Черезъ двѣ недѣли выдѣленіе гноя прекратилось; рана зарубцевалась.

Новообразованія.

28). Lipoma.

П. С., 22 л., кр. Томской губ., кузнецъ, холостой, поступилъ въ клинику 13 сентября 1902 года.

Больной происходитъ изъ чахоточной семьи. Самъ больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго; никогда ничѣмъ не хворалъ. Пять лѣтъ тому назадъ замѣтилъ подъ нижней челюстью съ лѣвой стороны небольшую опухоль, которая стала расти. Опухоль была безболѣзненна. Въ прошломъ году больной обратился въ больницу, гдѣ ему предложили сдѣлать операцію; но послѣ перваго разрѣза больной ушелъ съ операціоннаго стола. Въ лѣвой подчелюстной области находится опухоль величиною съ гусиное яйцо, довольно мягкая, эластическая, прощупываются отдѣльныя дольки. Опухоль съ челюстью не спаяна, кожа надъ ней подвижна и не измѣнена. Опухоль безболѣзненна. Слизистая оболочка лѣвой половины дна рта приподнята.

Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

28 октября операція: опухоль вылущена цѣликомъ подъ хлороформомъ. Рана зашита наглухо.

29 сентября температура $37^{0}7$ и $38^{0}9$. Веч. $37^{0}9$. Рана нормальна.

2 октября сняты швы—первое натяженіе, 3 октября больной выписался. Температура эти дни нормальна.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

29). Cohndroma.

Е. К., 51 г., прислуга, уроженка Вятск. губ., поступила въ клинику 18 февраля 1903 г.

Опухоль появилась, когда больной было лѣтъ 15, въ переднемъ отдѣлѣ шеи слѣва отъ щитовиднаго хряща, величиной въ голубиное яйцо, твердая. До 30 лѣтняго возраста росла очень медленно, послѣ этого стала расти быстрѣе. Года два тому назадъ появилась хрипота, а по временамъ голосъ совсѣмъ исчезалъ, потомъ возстановлялся снова. Боли не было.

Больная хорошаго питанія. На шеѣ опухоль величиной въ два кулака, лежитъ поверхностно подъ кожей и platysma myoides, занимаетъ всю лѣвую переднюю половину шеи, доходитъ до уха, приподнимаетъ ушную раковину, вверху заходитъ за край нижней челюсти. Поверхность опухоли крупно-бугристая, консистенція твердая, хрящеватая, два, три узла кзади имѣютъ мягкую консистенцію. Кожа надъ опухолью истончена, цвѣтъ нормальный, съ опухолью не спаяна. Опухоль слабо подвижна во всѣхъ направленіяхъ.

21 февраля. Операція—вылущеніе опухоли.

Вообще опухоль вылущилась довольно легко, но была спаяна съ fascia parotideo-mosseterica. Кровотеченіе небольшое. На кожу наложены серфины, въ нижній уголъ раны вставленъ небольшой тампонъ.

Опухоль—хондрома съ размягченіемъ въ нѣкоторыхъ узлахъ.

Заживленіе первымъ натяженіемъ.

30). Sarcoma colli.

А. Ч. 58 лѣтъ, изъ Томска, поступила 2 ноября, выписалась 11 ноября 1902 г.

Замѣтила мѣсяца три тому назадъ подъ правымъ ухомъ, нѣсколько кзади, опухоль, величиной въ волошскій орѣхъ. Опухоль боли не причиняла, но стала быстро увеличиваться.

Въ настоящее время въ верхней трети шеи справа имѣется опухоль, величиной въ кулакъ; начинается она спереди уха и простирается на os occipitale и къ подбородку; на ощупь твердая, безболѣзненная, неподвижная, поверхность гладкая, кожа надъ опухолью приблизительно на протяженіи мѣдной пятикопеечной монеты, отечна и спаяна съ опухолью.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Больная хорошаго питанія. Органы груди и живота здоровы. Указаній на lues нѣтъ.

4 ноября. Опухоль вылущена. Кожный разрѣзъ по наибольшей выпуклости опухоли. Опухоль пронизывала сосѣднія ткани и m—lus st-cl.-mastoideus; часть послѣдняго пришлось удалить. Отъ сосудовъ опухоль отдѣлилась легко; сильно увеличенныя въ объемѣ и сросшіяся съ опухолью подчелюстныя железы удалены. Наложено нѣсколько кожныхъ швовъ и вглубь раны вставленъ тампонъ.

Опухоль при изслѣдованіи оказалась веретено-образно-клѣточной саркомой.

11 ноября больная выписалась съ небольшимъ свищемъ и продолжала лѣчиться амбуляторно.

Спустя три мѣсяца рецидивъ на мѣстѣ раны въ видѣ разлитого уплотненія.

31). Lymphosarcoma.

Я., 7 л., крестьян. Томской губ., поступилъ въ клинику 27-го апрѣля 1903 года.

Лѣвая половина шеи занята опухолью больше кулака взрослаго человѣка. Кожа надъ ней нормальна. При ощупываніи опухоль состоитъ изъ отдѣльныхъ узловъ овальной формы, съ гладкой поверхностью, тѣсно лежащихъ другъ къ другу. M—lus st. cl. mastoideus лежитъ надъ опухолью, выдающеюся кнутри и кнаружи отъ него. Опухоль съ кожей нигдѣ не спаяна. Развилась опухоль въ теченіе двухъ мѣсяцевъ безъ всякой причины.

28 апрѣля. Операція—вылущеніе опухоли.

Разрѣзъ кожи въ видѣ буквы Z; вертикальный разрѣзъ по ходу m—li st.—cl.-mastoidei, горизонтальный нижній на палецъ выше ключицы, верхній подъ нижней челюстью. Общая яремная вена обнажена на значительномъ протяженіи. Крови потеряно мало. Опухоль состояла изъ, сравнительно легко вылущавшихся, многочисленныхъ узловъ сферической формы и различной величины. Операція продолжалась 1 ч. 25 м., хлороформа израсходовано 15,0.

Вскорѣ послѣ операціи дыханіе сдѣлалось рѣдкимъ и поверхностнымъ при сравнительно хорошемъ пульсѣ, а затѣмъ дыханіе и совсѣмъ прекратилось при продолжавшейся еще дѣятельности сердца.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Не смотря на принятыя мѣры: искусственное дыханіе, вспрыскиваніе камфоры, согрѣваніе—exitus.

Вскрытіе, кромѣ незначительнаго жирового перерожденія сердца и почекъ, не обнаружило никакихъ явленій, которыми можно было бы объяснить смерть. Опухоль, по изслѣдованію въ патолого-анатомическомъ институтѣ, оказалось лимфосаркомой.

III.

Болѣзни груди.

а. 32). Etruyeta.

А. К., 5 л., сынъ крестьянина.

Заболѣлъ въ апрѣлѣ 1901 г.: высокая температура, кашель, боли въ боку; явленія эти продолжались около одной недѣли, послѣ чего у больного въ лѣвомъ боку образовался нарывъ, прорвавшійся наружу, при чемъ выдѣлилось большое количество густого гноя; на мѣстѣ нарыва въ 7-мъ межреберьѣ остался свищъ, изъ котораго постоянно выдѣлялся гной, и свищъ не обнаруживалъ наклонности къ заживленію. 5-го октября 1902 г. онъ принятъ въ дѣтскую клинику, а 7-го въ хирургич. клиникѣ сдѣлана операція—resectio costarum. Резецированы четыре ребра—5, 6, 7 и 8 между передней и средней аксиллярной линіей. Полость лѣвой плевры почти цѣликомъ заполнена гноемъ. Перевязки дѣлались ежедневно.

5 февраля 1903 г. больной выписался съ закрывшимся свищемъ.

в) Болѣзни грудной железы.

Исторіямъ болѣзни нижеслѣдующихъ пяти случаевъ cancеris mammae предпошлемъ описаніе примѣнявшихся у насъ оперативныхъ пріемовъ, соотвѣтствующихъ современному типу операціи вылущенія рака грудныхъ железъ, какъ онъ описанъ въ послѣднемъ (нѣмецкомъ) изданіи учебника Kocher'a.

Пораженная грудь окружалась двумя элиптическими разрѣзами, изъ которыхъ задній заворачивался кверху черезъ край большой грудной мышцы и оканчивался подъ ключицей. Вслѣдъ затѣмъ кожа и подкожная клѣтчатка отслаивались до грудины; мѣсто прикрѣпленія большой грудной мышцы къ грудинѣ отдѣлялось ножомъ по возможности съ надкостницей, и затѣмъ мышца отслаивалась отъ передней поверхности реберъ вмѣстѣ съ клѣтчаткой, покрывающей заднюю поверхность мускула и перерѣзалась надъ подмышечной

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

впадиной. Затѣмъ у мѣста прикрѣпленія къ processus coracoideus перерѣзывалась малая грудная мышца, отдѣлялась отъ передней поверхности реберъ. Послѣ этого v. subclavia является обнаженной до самой ключицы, и лимфатич. железы вмѣстѣ съ окружающей клѣтчаткой легко могли быть отдѣлены отъ вены. Лежавшіе на пути сосуды вдвойнѣ перевязывались. Послѣ отдѣленія въ видѣ цѣльнаго пакета лимфатическихъ железъ, и опухоль вмѣстѣ съ фасціей удалялась съ поверхности m—li serrati antici. Вмѣстѣ съ этимъ удалялась и часть фасціи, покрывающей m—lus subscapularis. Послѣ этого опухоль вмѣстѣ съ железами окончательно отдѣлялась въ видѣ цѣльнаго куска. Въ кожѣ сзади дѣлалось отверстіе для вставленія небольшого тампона, дренировавшаго рану. Рана по возможности зашивалась. На непокрытый участокъ или дѣлалось пересадка кожи по Tirsch'y, или, какъ это было въ одномъ случаѣ, былъ взятъ кожный лоскутъ у другого субъекта, которому была вылущена большая липома на спинѣ. Въ одномъ случаѣ пришлось резецировать часть art. et ven. axillaris, спаянныхъ съ раковыми узлами.

33). *Cancer mammae dextrae.*

А. Ж., 62 л., крест. Томской губ., вдова, поступила въ клинику 10 сентября, выписалась 19 октября 1902 г.

Опухоль въ лѣвой грудной железѣ появилась годъ тому назадъ Въ настоящее время она достигла величины кулака, занимаетъ нижній и наружный сегменты железы, бугриста, спаяна съ окружающими тканями. Поверхность опухоли величиной приблизительно въ пять квадр. сант., представляетъ язву съ вонючимъ ихорознымъ отдѣляемымъ. Подмышечныя железы лѣвой стороны увеличены, тверды на ощупь.

Больная значительно истощена. Сердце и легкія здоровы. Моча нормальна.

11 сентября. Сдѣлана операція. Небольшой величины (въ серебр. рубль)—участокъ раневой поверхности остался незакрытымъ кожей. Заживленіе первымъ натяженіемъ, кромѣ того мѣста, которое осталось незакрытымъ, зажившаго per granulationem.

34) *Cancer mammae dextrae.*

Н. П., 59 лѣтъ, жена канцелярскаго служителя изъ Нерчинска; поступила въ клинику 27 марта 1903 г., выписалась 29 апрѣля 1903 г.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Заболѣла 1 г. 8 м. тому назадъ. Ставитъ свое заболѣваніе въ связь съ ушибомъ груди (ударилась о спинку дивана). Въ правой грудной железѣ появилась опухоль, достигшая черезъ полгода величины куринаго яйца. Была уже оперирована въ Читѣ, при чемъ подмышечныя железы вылущены не были. Черезъ полгода опухоль появилась въ железахъ, и онѣ были вылущены въ той же больницѣ. Черезъ 8 мѣсяцевъ снова была оперирована въ Читѣ; снова появилась опухоль въ грудной и подмышечныхъ железахъ. Затѣмъ черезъ два мѣсяца на мѣстѣ рубцовъ снова появилась бугристая опухоль, съ которой больная и обратилась въ нашу клинику.

Питанія больная удовлетворительнаго. На правой сторонѣ груди отъ соска грудной железы до подмышечной впадины тянется слегка вдавленный рубецъ, ткани въ окружности его инфильтрированы, плотны на ощупь; грудная железа пронизана твердой, бугристой опухолью; большая грудная мышца инфильтрирована, плотна; по передней axillar'ной линіи ближе къ подмышечной впадинѣ прощупываются два, величиной въ куриное яйцо каждый, узла, третій такой-же въ самой подмышечной впадинѣ; кожа надъ ними красна, спаяна съ опухолью. Правая рука сильно отечна, подвижность ея вверхъ ограничена (больная поднимаетъ ее только до горизонтальнаго положенія). На шеѣ подъ внутреннимъ краемъ m—li st.—cl.—mastoidei прощупывается твердая, величиной въ голубиное яйцо, лимф. железка.

Легкія у больной здоровы; тоны сердца глухи; аппетитъ хорошій, отправленія кишечника нормальны.

3 марта. Сперва вылущеніе желѣзы подъ st. cl. mastoideus, затѣмъ операція—удаленія рака железы по вышеописанному типу съ тѣмъ отличіемъ, что была перевязана и перерѣзана v. coephalica, и, при вылущеніи пакета подмышечныхъ железъ, были вырѣзаны участки подмышечныхъ вены и артеріи, длиной приблизительно сант. въ 3—4, спаянные съ опухолью.

Правая рука къ концу операціи приняла синій цвѣтъ и сдѣлалась совершенно холодной.

Операція продолжалась 2 час. Эфира вышло 150 cct. Послѣ операціи пульсъ слабый, сдѣлано вливаніе физіологическаго раствора поваренной соли (500 к. с.) и впрыснута камфора. Пульсъ выровнялся.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

На другой день больная рука сдѣлалась розовой и теплой на ощупь; въ послѣдующіе дни возстановилась подвижность всѣхъ пальцевъ, утраченная тотчасъ послѣ операціи. Пульсъ въ этой рукѣ не прощупывался за все время пребыванія больной въ клиникѣ. Рана зажила безъ всякихъ осложненій, остался незарубцевавшимся небольшой участокъ въ подмышечной области, съ которымъ больная и выписалась. Руку она могла немного поднимать, пальцами владѣла.

35). Cancer mammae dextrae.

О. Т., 48 лѣтъ, крест. Енисейской губ., замужняя, поступила въ клинику 21 сентября, выписалась 3 октября 1902 г.

Опухоль правой грудной железы замѣтила въ январѣ 1902 года. Въ настоящее время опухоль эта достигла величины большого кулака, очень твердая, бугристая; кожа спаяна съ опухолью, синебагроваго цвѣта; относительно грудной клѣтки опухоль подвижна. Подмышечныя железы тверды, увеличены.

Указаній на наслѣдственность нѣтъ. Сердце у больной здорово. Въ легкихъ влажные средне пузыр. хрипы. Моча нормальна.

23 сентября. Сдѣлана операція—удаленіе рака железы.

Заживленіе per primam intentionem за исключеніемъ небольшого участка, не закрытаго кожей. Съ небольшой поверхностной ранкой на этомъ мѣстѣ больная выписалась.

36). Cancer mammae dextrae.

Д. К., 42 л., крест. Томск. губ., замужняя, поступила въ клинику 1 февраля, выписалась 6 марта 1903 г.

Съ годъ тому назадъ замѣтила опухоль въ правой грудной железѣ, величиной въ горошину. Опухоль постепенно росла, въ настоящее время достигла величины небольшого куринаго яйца, помѣщается тотчасъ подъ соскомъ лѣвой грудной железы, занимая нижній сегментъ ея. Опухоль спаяна съ кожей; кожа надъ ней истончена, багроваго цвѣта; опухоль безъ рѣзкой границы переходитъ въ сосѣднія ткани, относительно грудной клѣтки подвижна. Въ подмышечной области двѣ плотныя, величиной въ лѣсной орѣхъ, железки.

Больная блѣдна, въ значительной степени истощена. Сердце и легкія здоровы. Моча нормальна.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

5 февраля. Операція—удаленіе рака грудной железы.

Участокъ раневой поверхности приблизительно въ 4 кв. сант. остался не закрытъ кожей, сюда черезъ 20 дней сдѣлана пересадка кожи, взятой съ другого больного, которому вылущена была липома на спинѣ. Заживленіе безъ всякихъ осложненій; пересаженный лоскутъ хорошо приросъ.

37). Cancer mammae dextrae.

П. П., 57 лѣтъ, живетъ въ Томскѣ, замужняя, поступила въ клинику 24 февраля, выписалась 26 февраля 1903 г.

Указаній на наслѣдственность нѣтъ. Заболѣла года полтора назадъ.

Въ настоящее время опухоль занимаетъ всю правую железу, спаяна съ кожей, сосокъ вдавленъ. Справа лимфатическія железы: подмышечныя, подключичныя, надключичныя и шейныя какъ поверхностныя, такъ и глубокія, увеличены въ видѣ пакетовъ, тверды. Правая рука сильно отечна, подвижность ея вверхъ ограничена до горизонтальной плоскости.

Больная сильно истощена. Тоны сердца глухи. Легкія, а также желудокъ и кишки здоровы. Моча нормальна.

Случай признанъ неоперируемымъ. Больная выписана.

IV.

Болѣзни живота и брюшной полости.

а).

38). Peritonitis tuberculosa.

Х. Х. 8 л., еврейка изъ Маріинска, поступила въ клинику 19 апрѣля, выписалась, 29 апрѣля 1903.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Туберкулезныхъ заболѣваній у родителей и родственниковъ нѣтъ. Въ дѣтствѣ страдала золотухой. Пять лѣтъ тому назадъ заболѣла правая нога въ голеностопномъ суставѣ: появилась опухоль и небольшая боль; черезъ полгода образовался нарывъ, вскрывшійся самопроизвольно, послѣ чего остался свищъ, долго не заживавшій; въ клиникѣ сдѣлано было выскабливаніе пяточной и надпяточной костей; ножка зажила. Года три на-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

задъ сталъ побаливать животъ, при чемъ отправленія желудка и кишечника оставались нормальны; въ послѣдній годъ появился асцитъ.

Больная анемична; грудная клѣтка плоская, ключицы стоятъ высоко, надъ и подключичныя ямки рѣзко выражены. Животъ сильно вздутъ, особенно въ верхнемъ отдѣлѣ; содержитъ большое количество жидкости, подкожныя вены расширены. Въ поясничной области позвоночника кифозъ. Правая нога въ верхней трети бедра значительно толще лѣвой; ниже паховой складки припухлость тѣстоватой консистенціи. Въ области голеностопнаго сустава правой ноги рубецъ отъ бывшей операціи. Сердце и легкія здоровы; аппетитъ плохой; по ночамъ сильные поты; дыханіе учащенное, поверхностное пульсъ 85. t⁰ 36,5; въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

21 апрѣля. Операція—лапаротомія.

Паріетальный листокъ брюшины утолщенъ, почти сплошь усѣянъ сѣроватыми бугорками въ булавочную головку, такіе же бугорки на печени, кишечникѣ, селезенкѣ, мочевомъ пузырѣ, меньше на желудкѣ. Изъ полости живота выпущено около двухъ литровъ серозной жидкости. Рана зашита трехъэтажнымъ швомъ.

Заживленіе первымъ натяженіемъ. Бугорки при изслѣдованіи оказались туберкулезными.

29 апрѣля больная выписалась съ небольшимъ количествомъ жидкости въ животѣ.

39). Echinococcus hepatis.

Т. Ч. 41 г., крестьянка Тобольской губерніи, вдова, поступила въ клинику 9 декабря 1902, выписалась 26 января 1903 г.

Происходитъ изъ здоровой семьи, крови пошли на 16 году, замужъ вышла 17-ти лѣтъ; имѣла 8 человѣкъ дѣтей, изъ нихъ 4 умерли въ первые годы жизни.

Два года тому назадъ почувствовала боли въ области печени, а съ годъ стала замѣчать опухоль въ правомъ подреберьѣ; съ ноября с. г. появились отеки ногъ и асцитъ, одышка, головныя боли и запоры. Лежала въ Омскѣ въ переселенч. больницѣ, оттуда направлена въ Томскъ для операціи.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Цвѣтъ кожныхъ покрововъ и слизистыхъ оболочекъ блѣдный, жировой слой развитъ плохо. Лѣвая ключица неправильно срослась послѣ перелома въ дѣтствѣ. Сердце и легкія здоровы. Печень сильно увеличена: правая доля начинается съ 6-го ребра по аксилляр. линіи и спускается сант. на 4 ниже пупка, нижній край лѣвой доли на уровнѣ пупка; въ печени прощупывается крупно-бугристая опухоль, плотно-эластической консистенціи, флюктуирующая. Моча и калъ патологическихъ примѣсей не содержатъ. Изслѣдованіе на lues дало отрицательные результаты.

Операція эхинококка печени производится у насъ въ клиникѣ обыкновенно по двухмоментному способу. Кожный разрѣзъ проводится по мѣсту наибольшей выпуклости опухоли, длиной сант. въ 7, обыкновенно параллельно краю ложныхъ реберъ, разрѣзаются послойно всѣ ткани и вскрывается брюшина; по вскрытіи брюшины вставляются марлевые тампоны между паріетальной брюшиной и поверхностью печени сант. на 2—3 отъ края разрѣза, чтобы вызвать слипчивое воспаленіе брюшины; рана закрывается марлей и забинтовывается. Черезъ 6—8 дней—второй моментъ, производимый въ большинствѣ случаевъ безъ наркоза и состоящій въ разсѣченіи тканей печени и вскрытіи пузыря термокатеуромъ Paquelin'a. Затѣмъ выпускается жидкость и дочерніе пузыри, если таковые есть, и выдѣляется по возможности цѣликомъ оболочка пузыря, полость промывается солевымъ растворомъ (0,6%) и тампонируется.

У описываемой больной дочернихъ пузырей не было; полость затампонирована; перевязки производились ежедневно; полость постепенно выполнялась грануляціями; t^0 въ первую недѣлю поднималась до 38,2° вечеромъ. 26 января больная выписалась со свищемъ, проникавшимъ вглубь сант. на 7.

40). Echinococcus hepatis.

И. М., 53 л., кр. Енисейской губ., женатый, поступилъ въ клинику 7-го марта 1903 года.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Ничѣмъ никогда не хворалъ.

Съ годъ тому назадъ появились боли въ правомъ подреберьѣ, но черезъ нѣкоторое время прошли. Въ августѣ мѣсяцѣ минувшаго года больной замѣтилъ опухоль въ области печени.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Сердце и легкія нормальны. Небольшой артеріосклерозъ.

Правая доля печени спускается ниже пупка на палецъ, а сбоку не доходитъ на палецъ до os innominatum.

Ощущается флюктуація. Лѣвая доля сильно оттѣснена влѣво. Поверхность печени гладкая. Желтухи нѣтъ. Селезенка нормальна.

Желудокъ работаетъ исправно. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ.

14 марта. Операція: послойный разрѣзъ до печени параллельно краю ложныхъ реберъ. Между брюшной стѣнкой и печенью вставлены тампоны. Хлороформъ 10,0 грм.—15 минутъ.

15 марта. Сильная рвота, продолжавшаяся весь день и остановившаяся послѣ вспрыскиванія морфія. Другихъ явленій раздраженія брюшины не было. T° нормальна.

18 марта. Тампоны подтянуты, 20 марта перемѣнены. 22 марта второй моментъ операціи безъ наркоза: аппаратомъ Paquelin'a прожжена ткань печени до пузыря. Вышло очень много дочернихъ пузырей различной величины отъ куринаго яйца до кедроваго орѣха. Полость величиной съ голову взрослаго человѣка, промыта растворомъ повареной соли 0,6%. Рана затампонирована. Перевязки на каждый день съ промываніемъ полости солью.

23 марта T° поднялась до 38,6. Съ этихъ поръ T° вечеромъ колебалась отъ 38° до 39° все время до 26 апрѣля, а утромъ отъ 36° до 37,7°. Пузыри выходили изъ раны до 8 апрѣля. 2-го апрѣля вмѣсто тампона вставлена гуттаперчевая трубочка. Съ 8 апрѣля промываніе 5%-ной перекисью водорода. 20 апрѣля рану перестали промывать, а 21 апрѣля перестали и зондировать.

29 апрѣля. Больной выписался. Отдѣляемаго очень мало. Трубочка удалена совсѣмъ. Полость сильно спалась. Зондъ идетъ вглубь вершка на 1½.

41). Echinococcus hepatis.

И. З., Маріинскій мѣщанинъ, 43 лѣтъ, чернорабочій, холостой, поступилъ въ клинику 22 марта 1903 года, переведенъ изъ терапевтической клиники.

До настоящей болѣзни ничѣмъ не хворалъ. Года полтора сталъ замѣчать увеличеніе живота. Вмѣстѣ съ этимъ появились и боли въ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

животѣ безъ опредѣленной локализаціи. Недѣли три тому назадъ, во время пребыванія больного въ терапевтической клиникѣ, были явленія перитонита, продолжавшіяся дней 5. Больной слабаго сложенія, сильно истощенъ. Въ легкихъ сухіе хрипы. Тоны сердца глухи. При постукиваніи живота тимпанитъ получается только въ лѣвой половинѣ его. Есть выпотъ. Печень прощупывается тотчасъ подъ ребрами; нижній край отграничить отъ тупости не удается. Около пупка опухоль величиною въ 2 кулака; флюктуируетъ. Въ мочѣ бѣлка и сахара нѣтъ. Желудокъ дѣйствуетъ нормально. Селезенка не увеличена. 28 марта. Операція. Хлороформъ. Разрѣзъ послойно по бѣлой линіи. Тотчасъ по разрѣзѣ брюшины сталъ видѣнъ пузырь эхинококка, съ голову ребенка. Передняя часть пузыря вырѣзана. Края оставшейся полости сшиты съ кожей. Вставлены тампоны.

Вечеромъ появилась рвота. Температура 36°3. 29 марта. Появилась рѣдкая икота; животъ нѣсколько вздутъ, но не болѣзненъ. Газы не отходятъ. 30 марта. Ночью была сильная рвота. При перевязкѣ обнаружено: съ лѣвой стороны лопнули 2 шва на срединѣ раны и изъ нея выпало около 20 стм. толстой кишки. Подъ наркозомъ—хлороформомъ стали вправлять. Во время наркоза появилась рвота и выпало еще 50 стм. тонкой кишки. Тонкія кишки были вправлены, а толстую сильно раздутую, удалось вправить только послѣ прокола ея. Опять наложены швы. Рвота. Черезъ 10 минутъ больной умеръ.

На вскрытіи обнаружено, что вскрытый пузырь лежалъ подъ печенью приращенный къ сальнику, поперечной ободочной кишкѣ, паріэтальной брюшинѣ справа и брыжжейкѣ тонкой кишки. Надъ печенью подъ діафрагмой былъ еще пузырь въ голову взрослаго человѣка Печень между этими пузырями истончена такъ, что почти просвѣчиваетъ. Въ брыжжейкѣ тонкой кишки есть еще небольшой, въ обыкновенный орѣхъ, пузырь. Въ полости брюха небольшое количество жидкости. Явленій перитонита нѣтъ. Смерть послѣдовала отъ паралича сердца.

42). Lues hepatis.

Е. Б. 59 л., изъ Тобольск. губ., замужняя, поступила въ клинику 17 сентября, выписалась 2 декабря 1902 г.

Еще въ молодыхъ годахъ начала страдать ломотой въ ногахъ и рукахъ и ночными головными болями. Три года тому назадъ замѣ-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

тила опухоль въ правомъ подреберьѣ, боли не ощущала, но дыханіе было затруднено.

Имѣла 13 дѣтей, изъ нихъ первыя-четыре выкидыша, остальныя рожались слабыми и умирали на 1 и 2 году; живыхъ нѣтъ. Мужъ по словамъ больной, здоровъ.

Тѣлосложенія крѣпкаго, питанія удовлетворительнаго. Легкія и сердце здоровы. Печень сильно увеличена: лѣвая доля доходитъ до пупка, правая выступаетъ изъ подъ края ложныхъ реберъ пальца на три по сосковой линіи, поверхность ея гладкая, консистенція плотная, безболѣзненна. На ногахъ отеки, на tibia обѣихъ ногъ періоститы; голени имѣютъ саблевидную форму. Лимфатическія железы не увеличены. Моча нормальна.

Лѣченіе назначено антисифилитическое. Боли въ конечностяхъ и головныя прекратились. Дыханіе сдѣлалось болѣе свободнымъ. Печень мягче.

Въ такомъ состояніи больная выписалась.

43). Laparotomia exploративa. (Cancer-hepalfs).

А. В., 37 л., Томской губ., вдова, поступила въ клинку 16 марта, выписалась 4 апрѣля 1903 г.

Заболѣла года полтора тому назадъ разстройствомъ пищеваренія, скоро замѣтила опухоль въ области печени. Лежала въ терапевтической клиникѣ съ діагнозомъ эхинококка печени, оттуда переведена въ хирургическую клинику для операціи.

Раньше пользовалась хорошимъ здоровьемъ; имѣла семь человѣкъ дѣтей, трое изъ нихъ умерли въ дѣтствѣ. Указаній на lues нѣтъ. Больная сильно истощена.

Въ области печени прощупывается опухоль, состоящая изъ отдѣльныхъ флюктуирующихъ узловъ, подвижная при дыханіи. Изслѣдованіе желудочнаго сока показало присутствіе всѣхъ составныхъ его частей въ нормальномъ количествѣ. Органы груди здоровы.

24 марта операція. Разрѣзъ по краю правыхъ ложныхъ реберъ длиной сант. въ 10. По вскрытіи брюшины печень оказалась покрытой отдѣльными узлами синекраснаго цвѣта, величиной каждый въ грецкій орѣхъ. При попыткѣ вылущить одинъ изъ узловъ, для изслѣ-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

дованія открылось сильное кровотеченіе, остановленное съ помощью обшиванія. Случай признанъ не оперируемымъ. Рана зашита наглухо. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

44). Tumor abdominis.

У. Н., 44 л., изъ Томска, замужняя, поступила въ клинику 18 марта, выписалась 5 апрѣля 1903 г.

Мать больной умерла отъ какой то опухоли живота. Крови пошли на 17 году; замужъ вышла 25 л., имѣла 4-хъ дѣтей, одинъ изъ нихъ умеръ на 1-мъ году жизни; послѣ послѣднихъ родовъ—8 лѣтъ тому назадъ—прекратились регулы, вновь появились только годъ тому назадъ; идутъ неправильно.

Опухоль внизу живота слѣва появилась года два тому назадъ, особенно быстро стала расти съ ноября 1902 г.

Въ настоящее время животъ сильно увеличенъ, въ полости его содержится жидкость; опухоль едва прощупывается; вслѣдствіе большого содержанія жидкости опредѣлить границы ея и поверхность не удается. Печень и селезенка не прощупываются. Больная сильно истощена. Въ легкихъ разсѣянные влажные хрипы. Сердце здорово. Моча нормальна.

27 марта сдѣланъ проколъ брюшной стѣнки троакаромъ; выпущено около 8 литровъ серозной жидкости. Поверхность опухоли ощупывается бугристой, опухоль занимаетъ весь низъ живота и поднимается пальца на 4 выше пупка. Больная послѣ прокола почувствовала значительное облегченіе и выписалась изъ клиники.

Черезъ 10 дней больная снова явилась въ клинику, количество жидкости въ животѣ увеличилось, но выпустить ее не удалось, не смотря на три, сдѣланные въ различныхъ мѣстахъ, прокола.

45). Cystoma ovarii.

Е. М., 27 л., живетъ въ Томскѣ, замужняя, поступила въ клинику 14 апрѣля, выписалась 29 апрѣля 1903 г.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Крови пошли на 14 году, замужъ вышла на 19 г.; послѣ замужества крови неправильныя, болѣзненныя. При первыхъ родахъ—приращеніе послѣда, потребовавшее оперативнаго вмѣшательства, послѣ этого были два вы-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

кидыша. Боли внизу живота появились года три—четыре тому назадъ; осенью 1902 г. замѣтила опухоль внизу живота слѣва.

Тѣлосложенія крѣпкаго питанія удовлетворительнаго. Сердце и легкія здоровы. Животъ увеличенъ въ нижнемъ отдѣлѣ; при ощупываніи—опухоль надъ симфизомъ шаровидная, величиной въ дѣтскую голову, подвижная справа на лѣво, мало подвижная сверху внизъ, поверхность гладкая. При изслѣдованіи per vaginam—тѣло матки стоитъ высоко, боковые своды сглажены. T° 36,6, пульсъ 75, полный, правильный. Въ мочѣ патологическихъ примѣсей нѣтъ.

17 апрѣля. Операція—удаленіе кисты per laparotomiam.

Киста сидѣла на довольно широкой хотя и короткой ножкѣ, по наложеніи лигатуръ легко была вылущена; сращеній съ окружающими органами не было. Вылущенная опухоль—cystoadenoma proliferum. Швы сняты на шестой день. Заживленіе per primam intentionem.

46). Sarcoma omenti.

Е. Ш., кр. Иркутской г., 30 л., женатый, поступилъ въ клинику 30 января 1903 года.

Заболѣлъ въ іюлѣ мѣсяцѣ 1902 года. Были боли (колотье) въ правой подвздошной области; затѣмъ вскорѣ появилась опухоль. Ни рвоты, ни повышенія темп. не было. Больной двигался, вставалъ. Недѣли черезъ 3—4 появился ознобъ и жаръ; боли въ это время были сильнѣе. Это время онъ лежалъ. Опухоль все время росла. Послѣдніе 2 мѣсяца страдаетъ поносами и болями.

Больной сильно истощенъ; пульсъ 104, легко сжимаемъ; больной говоритъ тихимъ голосомъ. Легкія здоровы. Границы сердца нормальны; тоны слабы и глухи. Въ области живота надъ пупкомъ ощупывается опухоль длиною 20—25 сант., шириною стм. 8. Опухоль плотная, бугристая, почти совершенно безболѣзненная; съ брюшной стѣнкой не спаяна. Опухоль легко можетъ быть сдвинута кверху выше пупка и можетъ быть поставлена вертикально; а такъ длинникъ ея лежитъ справо налѣво. Отъ опухоли къ печени прощупываются 2 — 3 плотныхъ узла. Больного слабитъ до 8 разъ въ сутки, безъ боли; въ испражненіяхъ гноя нѣтъ. Моча свѣтлая безъ осадка; бѣлка нѣтъ. Явленія парапле-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

гіи ногъ; рефлексовъ колѣнныхъ нѣтъ; чувствительность сохранена Небольшая подвижность пальцевъ на ногахъ сохранена.

1 февраля. Больной умеръ безъ операціи.

Вскрытіе обнаружило присутствіе почти во всѣхъ органахъ вторичныхъ узловъ различной величины.

---

b).

ЖЕЛУДОКЪ.

Въ этой главѣ мы помѣстимъ не только тѣ случаи оперативнаго вмѣшательства при заболѣваніяхъ желудка, которые имѣли мѣсто въ 1902—3 учебномъ году, но вообще всѣ случаи операцій на желудкѣ, имѣвшіе мѣсто въ нашей клиникѣ за все время ея существованія въ виду ихъ немногочисленности и нѣкотораго интереса. Оперативное вмѣшательство по поводу заболѣваній желудка за все время было предпринято 13 разъ. 2 раза вслѣдствіе сильно развившаго и далеко зашедшаго раковаго процесса, оно ограничилось пробной лапаротоміей, въ 11 случаяхъ была сдѣлана гастро-энтеростомія: пять разъ по поводу рубцовыхъ измѣненій, вызванныхъ круглой язвой желудка и 6 разъ по поводу рака.

Ни одного случая подходящаго для резекціи желудка по поводу рака намъ не представилось. Оперированные случаи, вслѣдствіе обширности пораженія и неподвижности опухоли, были уже непригодны для этой операціи.

Изъ оперированныхъ больныхъ умерло послѣ гастроэнтеростоміи по поводу рака два, вслѣдствіе истощенія, наступившаго уже до операціи.

Изъ больныхъ, подвергавшихся гастроэнтеростоміи по поводу послѣдствій круглой язвы умеръ одинъ съ обширнѣйшей язвой, занимавшей значительную часть малой кривизны и задней поверхности желудка, спаянныхъ съ печенью, вслѣдствіе регургитаціи. Ни въ одномъ случаѣ при патолого-анатомическомъ вскрытіи не найдено указаній на острый перитонитъ.

Вначалѣ мы ограничивались одной гастроэнтеростоміей, но послѣ смерти одного больного вслѣдствіе регургитаціи, къ типичной гастроэнтеростоміи присоединяли еще энтероанастомозъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

При этомъ мы замѣтили, что больные, которымъ кромѣ гастроэнтеростоміи былъ наложенъ еще энтероанастомозъ, чувствовали себя гораздо лучше, чѣмъ тѣ, у которыхъ сдѣлана была одна гастроэнтеростомія. Рвота у больныхъ съ энтероанастомозомъ слабѣе, происходитъ не такъ часто, и эти больные поправляются скорѣе.

Послѣ операціи больнымъ (послѣ 4 или 5 случая) для уменьшенія рвоты придавалось полусидячее положеніе. Первые 7—8 дней больнымъ давалось исключительно жидкая пища: чай, бульонъ и съ третьяго дня яйцо въ смятку, начиная съ 8—9 дня булку, съ 10-го котлетку. Вообще нужно сказать что gastroenterostomia въ тѣхъ случахъ, когда больные переживаютъ самую операцію, являлась для нихъ благодѣтельной. Температура послѣ операціи обыкновенно не повышалась (max. 37,6 или 37,8 ber) въ одномъ случаѣ (47) на слѣдующій день послѣ операціи утромъ 38,8, а затѣмъ все время нормальна, и въ одномъ случаѣ два раза по вечерамъ доходила до 38, 3 (на 3 и 4 день послѣ операціи.)

Предъ операціи опредѣляется двигательная способность желудка при помощи salol'a и всасывательная—реакціей съ J. K, изслѣдуется нѣсколько разъ желудочный сокъ послѣ пробнаго завтрака Ewald'a на содержаніе соляной и молочной кислотъ; границы желудка опредѣляются наполненіемъ его или водой или газомъ (сода съ кислотой).

Передъ описаніемъ отдѣльныхъ случаевъ скажемъ нѣсколько словъ о примѣнявшемся у насъ способѣ гастроэнтеростоміи, которымъ мы обыкновенно оперировали раньше и оперируемъ въ настоящее время.

Единственное видоизмѣненіе сдѣлано лишь въ томъ, что раньше мы не употребляли энтероаностамоза, въ настоящее же время мы кромѣ гастроэнтеростоміи накладываемъ типичный энтероанастомозъ во избѣжаніе могущихъ быть явленій регургитаціи.

Шовъ накладывается съ помощью небольшихъ трехгранныхъ иголокъ и тонкихъ шелковыхъ нитей, къ пуговкамъ Murphy мы ни разу не прибѣгали.

Послѣ разрѣза брюшной стѣнки въ рану вытаскивался желудокъ, потомъ приподнимался сальникъ и съ помощью двухъ пальцевъ нахо-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

дилось мѣсто отхожденія jejuni. На разстояніи 1/2 или 3/4 аршина отъ этого мѣста и производилось соединеніе кишки съ желудкомъ. Кишка прилаживалась такъ, чтобы ея отводящій конецъ смотрѣлъ вправо, т. е. изоперистальтически. По извлеченіи желудка и кишки, стерилизованной марлей, вводимой и въ полость брюшины, обкладывались края раны. Точно также стерилизованная марля подкладывалась подъ мѣсто соединенія желудка съ кишкой. Для сшиванія бралась наиболѣе низко лежащая часть желудка и кишка на разстояніи приблизительно 2 ct. отъ мѣста прикрѣпленіи брыжжейки. Сперва шелковыми нитями накладывалось два шва на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ концамъ будущаго разрѣза.

Нити эти завязывались узлами и затѣмъ служили для поддержки. Этотъ маленькій пріемъ значительно облегчаетъ наложеніе шва. Послѣ этого, непрерывнымъ швомъ, захватывающимъ seros'y и muscularis желудка и кишки, кишка пришивалась къ желудку. Послѣ наложенія этого шва, тоненькимъ ножемъ разрѣзывалась стѣнка желудка и кишки вплоть до слизистой на разстояніи 1/2 стм. отъ только что наложеннаго шва. Края разрѣза опять таки захватывалнсь непрерывнымъ швомъ. Затѣмъ вскрывалась полость желудка и кишки, и ихъ слизистая сшивалась кругомъ наглухо. Затѣмъ и съ этой стороны разрѣза накладывался непрерывный шовъ на край разрѣза seros'ы и muscularis желудка и кишки. Послѣ этого накладывался еще непрерывный шовъ, захватывающій serosam и muscularem желудка и кишки; такимъ образомъ отверстіе зашивалось со всѣхъ сторонъ трехъэтажнымъ швомъ. Величина разрѣза была обыкновенно отъ 8 до 10 стм. Серозная оболочка послѣ разрѣза слегка протиралась марлей, смоченной физіологическимъ растворомъ поваренной соли.

Желудокъ, сшитый съ кишкой, погружался, обратно въ полость живота. Тампоны, окружающіе рану и изолирующіе брюшную полость, перемѣнялись за это время раза два.

Такимъ же точно способомъ, но только при помощи двухъэтажнаго шва, соединялся восходящій и нисходящій отрѣзокъ кишки, приблизительно на половинѣ разстоянія между наложеннымъ соустіемъ и мѣ-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

стомъ отхожденія тощей кишки отъ duo deni. Длина разрѣза для этого соустія была обыковенно 5—6 стм. Иногда для большей прочности, кромѣ двухъэтажнаго шва, накладывалось еще нѣсколько добавочныхъ стежковъ. Затѣмъ кишки опускались въ полость живота и тампоны вынимались.

Разрѣзъ брюшины соединялся непрерывнымъ швомъ; на сухожиліе накладывались узловатые швы. Пупокъ обыкновенно не вырѣзывался.

Разрѣзъ кожи соединялся узловатымъ швомъ.

47). Cancer ventriculi.

В. И., 34 лѣтъ, чиновникъ, поступилъ 10 сентября, выписался 5 октября 1897 г.

Заболѣлъ лѣтъ 5 тому назадъ: явленія dispepsiи: отрыжка, тошнота и изрѣдка рвота. Съ весны наст. г. явленія эти усилились, особенно рвота, и появились боли въ области желудка.

Тѣлосложенія крѣпкаго, питанія удовлетворительнаго, кожа блѣдна съ желтушнымъ оттѣнкомъ. Желудокъ расширенъ, нижняя граница пальца на 3 ниже пупка. Въ области pylori прощупывается бугристая, твердая величиной въ утиное яйцо; вся область желудка болѣзненна, замѣтны на глазъ усиленныя перистальтическія движеніи желудка. Органы груди здоровы.

18 сентября. Операція gastroenterostomia antecolica anterior.

По вскрытіи брюшины въ области pylori и выходной части желудка обнаружена большая, бугристая, малоподвижная, спаянная съ окружающими органами, опухоль. Сдѣлана gastroenterostomia. Гладкое заживленіе. Вскорѣ послѣ операціи больной чувствуетъ себя вполнѣ хорошо.

Спустя годъ умеръ при явленіяхъ быстраго упадка питанія.

48). Cancer ventriculi.

Н. Е. 50 л., крестьян. Маріинск. окр., поступилъ въ клинику 2 октября 1898 г.

Наслѣдственнаго предрасположенія къ новообразованіямъ нѣтъ.

Заболѣлъ въ іюлѣ н. г. Болѣзнь началась рвотой, наступавшей черезъ нѣсколько часовъ послѣ ѣды. Больной началъ быстро худѣть и принужденъ былъ слечь въ постель.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

25 сентября поступилъ въ терапевтическую клинику, гдѣ поставленъ діагнозъ рака pylori и переведенъ для операціи въ хирургическую клинику 2-го сентября.

Больной сильно истощенъ, кожа блѣдная, сухая, подкожный жировой слой атрофированъ. Въ легкихъ жесткое дыханіе съ примѣсью мелкихъ хриповъ; границы сердца нормальны. Пульсъ слабый, легко сдавливаемый. Небольшой артеріосклерозъ. Животъ вздутъ, особенно въ верхнемъ отдѣлѣ справа; замѣтная на глазъ перистальтика желудка; послѣдній по перкуссіи спускается до пупка. Въ области привратника бугристая, твердая, малоподвижная опухоль. Печень пальца на два выступаетъ изъ подъ края ложныхъ реберъ, уплотнена. Постоянная рвота цвѣта кофейной гущи.

2 октября. Операція gastroenterostomia.

Разрѣзъ по linea alba отъ proc. xyphoideus до пупка. По вскрытіи брюшины обнаружена бугристая, плотная, величиной съ кулакъ, малоподвижная опухоль pylori, узлы въ печени и мезентеріальныхъ желудочныхъ железахъ. Къ концу операціи очень слабый пульсъ, впрыснута камфора.

Послѣ операціи очень частая рвота, продолжавшаяся до смерти; слабый пульсъ.

На другой день больной умеръ.

При патолого-анатом. вскрытіи обнаружено: cancer pylori съ гангренознымъ распадомъ, метастазы въ печени, въ мезентеріальныхъ и бронхіальныхъ лимфатическихъ железахъ. Явленій свѣжаго перитонита нѣтъ. По ошибкѣ вмѣсто петли jejuni взята петля ilei.

49). Cancer ventriculi.

К. В., 37 л., крестьян., поступила въ клинику 31 октября 1899 г. выписалась 26 ноября 1899 г.

Заболѣла 8 мѣсяцевъ тому назадъ; появились боли подъ ложечкой, тошнота, по временамъ рвота.

Съ этими жалобами больная поступила въ клинику.

Тѣлосложенія слабаго, питаніе подорвано, кожа блѣдная съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Лѣвыя подмышечныя железы немного увеличены, плотны. Животъ впалый, болѣзненный при ощупываніи въ области желудка; въ этой области близко къ привратнику прощупывается

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

твердая, бугристая, болѣзненная опухоль. Желудокъ растянутъ, нижняя граница спускается пальца на 4 ниже пупка. Органы груди здоровы.

12 ноября. Операція gastroenterostomia antecolica anterior.

Разрѣзъ по linea alba. По вскрытіи брюшины обнаружена твердая, бугристая, мало подвижная опухоль, величиной въ кулакъ, заходящая больше на заднюю стѣнку желудка; гастроэнтеростомія. Раны зашиты наглухо. На 10-й день сняты швы. Заживленіе per primam intentionem.

25 ноября больная выписалась значительно поправившись; питается хорошо, по временамъ появляется рвота, но значительно рѣже, чѣмъ до операціи.

Мѣсяцевъ чрезъ 8 намъ пришлось видѣть эту больную. Опухоль за это время значительно выросла, но больная чувствуетъ себя хорошо, и состояніе ея питанія вполнѣ удовлетворительно.

№ 50. Cancer ventriculi.

И. П. 48 л., извощикъ изъ Ачинска, поступилъ въ клинику 23 февраля 1901 г.

Заболѣлъ года два тому назадъ: явленія гастрита: боль подъ ложечкой, тошнота, иногда рвота въ разные часы послѣ пріема пищи, рвотныя массы имѣли иногда видъ кофейной гущи. Въ маѣ 1900 г. больной самъ замѣтилъ опухоль въ области epigastrii и указанныя болѣзненныя явленія у него усилились.

Питаніе сильно подорвано, кожа дряблая, сѣро-землистаго цвѣта. Въ области желудка замѣтны усиленныя перистальтическія движенія; при ощупываніи на мѣстѣ pylori ощупывается бугристая, твердая, подвижная опухоль, величиной въ кулакъ. Нижняя граница желудка при наполненіи его водой лежитъ пальца на 2 ниже пупка. Органы груди здоровы.

26 февраля операція gastroenterostomia antecolica anterior.

По вскрытіи брюшины найдена опухоль pylori, бугристая, твердая, мало подвижная, величиной въ кулакъ.

На 9-й день сняты швы. Ночью повязка промокла. При перевязкѣ оказалось: края раны разошлись и выпалъ сальникъ,—уже склеившійся съ краями брюшины; сальникъ осторожно былъ вдавленъ въ рану, наложено два ряда швовъ и вставленъ тампонъ. На третій

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

день удаленъ тампонъ. На 15-й день сняты вторичные швы. Больной чувствуетъ себя хорошо, питается удовлетворительно. 28 марта выписанъ съ хорошо зажившимъ и окрѣпшимъ рубцомъ.

№ 51. Cancer ventriculi.

А. Б. 29 л., изъ Тобольск. губерніи, жена фельдшера, поступила 29 марта, выписалась 10 апрѣля 1903 г.

Заболѣла годъ тому назадъ: боли подъ ложечкой, тошнота, по временамъ рвота; рвота наступала или тотчасъ послѣ принятія пищи или часъ—другой спустя; рвотныя массы имѣли видъ кофейной гущи. Полторы недѣли тому назадъ появилась желтуха.

Больная слабаго тѣлосложенія, сильно истощена. Цвѣтъ кожныхъ покрововъ и слизистыхъ желтушный. Верхній отдѣлъ живота вздутъ. Въ области желудка прощупывается опухоль—твердая, бугристая, мало подвижная при дыханіи, при давленіи болѣзненная, вправо отъ linea alba она заходитъ на ладонь, влѣво немного меньше, внизъ не доходитъ пальца на два до пупка. Въ желудочномъ сокѣ констатировано отсутствіе соляной кислоты. Моча нормальна.

31 марта. Пробная лапоротомія. Разрѣзъ по linea alba. По вскрытіи брюшины найдены раковые узлы на желудкѣ, печени и поперечной ободочной кишкѣ. Всѣ эти органы спаяны между собой. Случай признанъ не оперируемымъ. Рана зашита наглухо. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

№ 52. Cancer ventriculi.

П. А., 33 л., кр. Томской губ., женатый, поступилъ въ клинику 17 декабря 1902 года.

Больной правильнаго сложенія, сильно истощенъ. Боленъ около $^1/_2$ года. Жалуется на боль подъ ложечкой послѣ ѣды, вонючую отрыжку и рвоту цвѣта кофейной гущи. Раньше ничѣмъ не хворалъ.

Желудокъ не растянутъ—пальца на 2 выше пупка. При ощупываніи болѣзненъ. Опухоли не удается ощупать.

Изслѣдованія желудочнаго сока дали слѣдующее: полное отсутствіе соляной кислоты, много молочной.

Остальные внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

T° до операціи колеблется отъ 35,4 до 36.

Декабря. 28 Операція подъ хлороформомъ: gastroenterostomia anterior antecolica.

Привратникъ занятъ раковой опухолью. Послѣ операціи T° 35°.

1 января. Больной умеръ при явленіяхъ наростающей слабости.

Данныя вскрытія—смерть отъ истощенія.

№ 53. Cancer ventriculi.

Л. К., 30 л., Томскій мѣщ., торговецъ, женатый, поступилъ въ клинику 22 марта 1903 года.

Переведенъ изъ терапевтической клиники.

2 года тому вазадъ началъ страдать запорами, а съ полъ года сталъ чувствовать боль въ области желудка. Боль постепенно увеличивалась и появлялась главнымъ образомъ послѣ ѣды. Въ это же приблизительно время испражненія стали чернаго цвѣта. Лечился отъ катарра желудка. Съ 1/2 мѣсяца тому назадъ, при промываніи желудка, на зондѣ остался сгустокъ крови. Рвоты не было. 10 лѣтъ тому назадъ былъ lues. Болѣе ничѣмъ не хворалъ.

Больной правильнаго сложенія, истощенъ, кожа блѣдная. Въ области желудка сейчасъ же вправо отъ средней линіи прощупывается плотная опухоль, въ крупный грецкій орѣхъ величиною; отъ нея влѣво подъ ребра тянется плотный тяжъ. При надавливаніи на желудокъ, болѣзненость, но опредѣленной болевой точки нѣтъ. При легкомъ надавливаніи на опухоль прощупывается біеніе аорты. Изслѣдованіе желудочнаго сока показало: отсутствіе соляной кислоты и наличность молочной кислоты. Сердце и легкіе здоровы. Печень и селезенка не увеличены. Въ мочѣ сахара и бѣлка нѣтъ.

26 марта. Операція—хлороформъ—10 грм., 25 минутъ. Разрѣзъ по средней линіи до пупка. Вся малая кривизна и задняя стѣнка желудка заняты раковою опухолью. Желудокъ неподвиженъ. Большія раковыя железы. Метастазы въ печени.

Разрѣзъ зашитъ.

1 апрѣля. Сняты швы—первое натяженіе.

5 апрѣля. Больной выписался. Послѣ операціи въ легкихъ развились явленія бронхита. T° поднималась до 38,3—одинъ день.

Давались inf-jpecacuanhae и морфій.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 54. Ulcus rotundum ventriculi.

Больной N, 45 лѣтъ. 1899 г.

Боленъ уже нѣсколько лѣтъ.

Тѣлосложенія хорошаго, питанія почти не нарушеннаго, но приблизительно разъ въ мѣсяцъ страдаетъ жесточайшими въ области желудка болями, сопровождающимися рвотой; боли длятся нѣсколько дней; въ свободный отъ болей періодъ больной отличается хорошимъ и даже усиленнымъ аппетитомъ. Въ области epigastrii при надавливаніи чувствуется боль.

При разрѣзѣ оказалось, что желудокъ спаянъ малой кривизной съ печенью, привратникъ малоподвиженъ. Сдѣлана типичная Gastroenterostomia. Послѣ операціи температура не повышалась за все время до смерти, наступившей черезъ 8 дней, но у больного появились ничѣмъ не останавливаемая икота и рвота.

Вскрытіе обнаружило полное отсутствіе остраго перитонита. Кишка и желудокъ успѣли соединиться прочно, но на мѣстѣ соединенія съ печенью на протяженіи ладони стѣнка желудка было совершенно разрушена такъ, что здѣсь стѣнку желудка составляла покрытая рубцовой тканью поверхность печени.

Этотъ случай, кончившійся летально, благодаря только регургитаціи, и послужилъ причиной того, что при слѣдующихъ гастроэнтеростоміяхъ мы стали накладывать энтороанастомозъ.

№ 55. Ulcus rotundum.

С. П., 48 л., крест., поступилъ въ клинику 7 ноября 1901 года, выписался 24 ноября 1901 г.

Заболѣлъ въ августѣ 1900 г., по словамъ больного, вслѣдствіе подъема большой тяжести; начались боли постоянныя въ области желудка, въ декабрѣ присоединилась рвота; въ испражненіи больной видѣлъ нѣсколько разъ кровь, и калъ бывалъ окрашенъ въ черный цвѣтъ .

Тѣлосложенія крѣпкаго, питанія сильно подорваннаго, цвѣтъ кожи блѣдный, землистый. Органы груди здоровы. Животъ втянутъ, при давленіи болѣзненъ въ области epigastrii. Изслѣдованіе желудочнаго сока показало сильно уменьшенное противъ нормы содержаніе соляной кислоты (иногда слѣды только), двигательная и всасывательная способности желудка нормальны.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

9 ноября операція Gastroenterostomia antecolica anterior. Разрѣзъ по linea alba отъ proc. xyphoideus простирался сант. на 2 ниже пупка влѣво. По вскрытіи брюшины обнаружены перемычки, соединявшія желудокъ съ окружающими органами, часть ихъ была раздѣлена; самъ желудокъ перетянутъ приблизительно на $^1/_6$—$^1/_7$ ширину былъ рубцомъ на подобіе песочныхъ часовъ. Привратникъ мало подвиженъ. Наложенъ обычнымъ путемъ Gastroenteroanastomosis. На мѣстѣ борозды, раздѣлявшей желудокъ, наброшено пара швовъ. Рана зашита наглухо. Швы сняты на 10-й день .Заживленіе первымъ натяженіемъ безъ осложненій. Болѣзненныя явленія исчезли. Больной питается и чувствуетъ себя хорошо.

№ 56. Ulcus rotundum.

И. К., 55 л., крест. Томской губ., поступилъ въ клинику 2 декабря 1901 г., выписался 15 декабря 1901 г.

Заболѣлъ лѣтъ 10 тому назадъ: боли въ области желудка, отрыжка, по временамъ рвота, 1—2 час. спустя послѣ ѣды; во рвотѣ иногда показывалась кровь.

Питанія плохого, кожа вялая, блѣдная. Органы груди здоровы. Животъ слегка вздутъ въ верхнемъ отдѣлѣ; желудокъ расширенъ, нижняя граница пальца на 4 выше лобковаго сочлененія. Опухоли въ животѣ не прощупывается.

3 декабря операція—Gastroenterostomia antecolica anterior.

Желудокъ оказался сильно растянутымъ, стѣнки его гипертрофированы; въ области pylori рубцовое стягиваніе; самъ pylorus мало подвиженъ; рубцовыя перемычки на срединѣ желудка. Рана зашита наглухо. Заживленіе первымъ натяженіемъ безъ всякихъ осложненій. Чувствуетъ себя и питается хорошо.

№ 57. Ulcus rotundum.

Т. К., 35 л., крестьян., поступилъ въ клинику 27 февраля 1902 г.

Болѣзнь началась 5 лѣтъ тому назадъ диспептическими явленіями: тошнота, изжога, по временамъ рвота. Въ прошломъ году явленія эти особенно усилились, больной легъ въ больницу, откуда направленъ былъ въ хирургич. клинику.

Тѣлосложенія крѣпкаго, питаніе сильно подорвано, кожа блѣдна, суха. Органы груди здоровы.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Область epigastrii вздута, болѣзненна, при перкуссіи тимпанитъ. При наполненіи желудка водой перкуторная нижняя граница его опредѣляется на 2 поперечныхъ пальца выше Symphisis os pub. Опухоли въ брюшной полости не прощупывается. Количество соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ нормально. Всасывательная способность сохранена, двигательная ослаблена.

6 марта. Операція Gastroenterostomia antecolica anterior et entero anastomosis.

Разрѣзъ по lin. alba до пупка. Въ области pylori на сторонѣ малой кривизны рубецъ, стягивающій выходную часть желудка. Pylorus мало подвиженъ. Рана зашита наглухо.

На 9-й день сняты швы. Два верхнихъ шва нагноились. На мѣстѣ нагноенія рана разведена; гнойникъ очищенъ марлей, затампонированъ ксероф. марлей. На другой день края кожной раны разведены на всемъ протяженіи, такъ какъ гной распространился по подкожной клѣтчаткѣ. Температура и пульсъ все время нормальны. Черезъ 10 дней рана очистилась окончательно, а 6 апрѣля больной выписанъ съ вполнѣ закрывшейся раной. Болѣзненныя явленія исчезли; самочувствіе хорошее. Питается хорошо.

№ 58 Dilatatio ventriculi.

П. К., крестьянинъ Томской губерніи, 29 лѣтъ, женатый, поступилъ въ клинику 1 марта 1903 года.

Лѣтъ 10 тому назадъ у больного началось какое-то заболѣваніе желудка, которое и до сихъ поръ не прошло. Желудочныя явленія у него состояли въ отрыжкѣ, рвотѣ и боляхъ въ желудкѣ въ различное время. Рвота бывала главнымъ образомъ послѣ ѣды; послѣ рвоты чувствовалъ облегченіе. Крови въ рвотѣ и испражненіяхъ не замѣчалъ. Были запоры. Ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Больной правильнаго сложенія, сильно истощенъ. Границы желудка ниже пупка на палецъ. Опухоли никакой не прощупывается. При изслѣдованіи желудочнаго сока соляной кислоты не найдено, молочная есть.

Остальные внутренніе органы нормальны.

7 марта. Gastroenterostomia et antecolica anterior enteroanastomosis, хлороформъ 45,0 грм.—1 ч. 50 мин. При операціи былъ найденъ рубецъ на pylorus'ѣ. Послѣ операціи появилась тошнота. Животъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

вздуло, газы не отходятъ. Сухая клизма не помогаетъ. 10 марта поставлена легкая клизма, принесшая временное облегченіе. 11 марта—появилась икота. Пульсъ 108. Животъ вздутъ, но не болѣзненъ. Температура нормальна. Клизма.

12 марта. Икота продолжается. Газы не отходятъ. Пульсъ 116, малый. Температура нормальна 37,1°.

Впрыснуто 0,0008 атропина, послѣ чего почувствовалъ облегченіе.

13 марта. Животъ мягкій, газы отходятъ, икоты нѣтъ. Пульсъ 96.

15 марта. Сняты швы.—Первое натяженіе.

22 марта. Небольшое нагноеніе внизу раны—вытащена лигатурка.

24 марта. Выписался. Температура все время нормальна.

№ 59. Perigastritis. Ulcus rotundum.

Г. А., 42 лѣтъ, крестьянинъ Томской губ., женатый, поступилъ въ клинику 5-го марта 1903 года.

Десять лѣтъ страдаетъ желудкомъ: рвота, отрыжка, запоры. Рвота бываетъ во всякое время—до ѣды, послѣ ѣды; крови въ рвотѣ не бывало. 2 года тому назадъ замѣтилъ небольшую опухоль въ области желудка. Никакихъ особенныхъ явленій при этомъ не было.

Больной правильнаго сложенія, нѣсколько истощенъ.

Въ области желудка на средней линіи на половинѣ разстоянія между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ прощупывается плотная опухоль, величиною съ крупный орѣхъ. Если захватить брюшную стѣнку въ складку, то опухоль поднимается вмѣстѣ съ ней.

Границы желудка опредѣляются пальца на два выше пупка. Соляная кислота въ желудочномъ сокѣ есть.

Остальные внутренніе органы нормальны.

8 марта. Операція: gastroenterostomia anterior antecolica et enteroanastomosis. На малой кривизнѣ желудка рубецъ. Pylorus почти неподвиженъ Операція продолжалась 1 ч. 45 минутъ. Сначала подъ хлороформомъ—15,0; больной пересталъ дышать; было примѣнено искусственное дыханіе, затѣмъ перешли на эфиръ—110 грм. На кожу наложены серфины.

15 марта. Сняты швы.—Первое натяженіе.

За это время ни рвоты, ни-какихъ-либо явленій раздраженія брюшины не было. Былъ только вздутъ животъ, и газы отходили

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

черезъ трубочку, вставленную въ задній проходъ. Были явленія бронхита, которыя прошли подъ вліяніемъ inf. Jpecacuanhae. Температура поднималась до 37,9° въ день операціи и 11 марта. Послѣ 11 все время нормальна. 14 марта прошла вздутость живота.

22 марта. Больной выписался.

c). Perityphlitis.

Всѣхъ случаевъ удаленія червеобразнаго отростка вслѣдствіе его хроническаго воспаленія въ отчетномъ году было 12, а въ предъидущіе 8 случаевъ, итого всего 20.

Всѣ операціи производились въ свободный отъ приступа періодъ времени. Въ 12-ти изъ этихъ случаевъ отростокъ лежалъ или свободно въ брюшной полости, или былъ спаянъ лишь незначительными перемычками съ окружающими частями въ 8 случаяхъ наблюдались болѣе или менѣе обширныя срощенія между червеобразнымъ отросткомъ и поверхностью слѣпой кишки, между тонкой и слѣпой и между ними и сальникомъ, ограниченные гнойники, и искривленія червеобразнаго отростка и его подворачиванія подъ слѣпую кишку.

Къ операціи больной приготовлялся такъ: за 2 дня до операціи ему давалось слабительное, наканунѣ операціи часовъ въ 11 утра слабительное, *) вечеромъ клизма; въ этотъ день больной получалъ на завтракъ чай, на обѣдъ стаканъ говяжьяго бульона безъ хлѣба, вечеромъ стаканъ жидкаго чаю; въ день операціи утромъ ставилась клизма, а затѣмъ дѣлалась ванна, послѣ ванны операціонное поле тщательно промывалось мыломъ съ сулемой (1‰), закрывалось стерилизованной марлей и забинтовывалось; передъ самой операціей больного снова мыли мыльнымъ спиртомъ и сулемой въ операціонной комнатѣ, накрывали стерилизованной простыней и затѣмъ уже приступали къ наркозу; когда больной засыпалъ, операціонное поле еще разъ обтиралось спиртомъ.

Методъ операціи во всѣхъ случаяхъ примѣнялся одинъ и тотъ же.

Разрѣзъ проводился всегда типично по краю m-li recti abdom., начиная приблизительно отъ линіи, соединяющей пупокъ и Spina

*) Въ настоящее время мы избѣгаемъ давать слабительныя, такъ какъ вообще они вызываютъ у такихъ больныхъ колики, а кромѣ того при наличности гнойниковъ могутъ быть вредны, и ограничиваемся главнымъ образомъ клизмами.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

anterior super. и не доходя два пальца до пупартовой связки. Послойно разрѣзались: кожа, верхній апоневрозъ и затѣмъ, на границѣ съ мышечными волокнами, разсѣкался апоневрозъ, принадлежащій внутренней косой и поперечной мышцамъ. Вслѣдъ за этимъ вскрывалась брюшина и края ея захватывались торзіонными пинцетами. Если по вскрытіи брюшины оказывался сальникъ сращеннымъ съ ея паріетальной поверхностью, то прежде всего разрушались эти сращенія, часть сальника резицировалась, а оставшаяся вправлялась въ брюшную полость. Затѣмъ отыскивался червеобразный отростокъ. Это отыскиваніе не представляетъ большой трудности, когда червеобразный отростокъ лежитъ свободно въ брюшной полости, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ приходилось раздѣлять многочисленныя сращенія между слѣпой и тонкой кишкой прежде, чѣмъ доходили до отростка, часто подогнутаго подъ слѣпую кишку. Въ одномъ случаѣ былъ вскрытъ осумкованный гнойникъ, лежавшій у наружнаго края слѣпой кишки, содержимое его тотчасъ же было удалено стерилизованной марлей и затѣмъ въ эту полость вставленъ былъ стерилизованный тампонъ. Затѣмъ бывали гнойники у верхушки изогнутаго вверху червеобразнаго отростка и одинъ разъ гнойникъ, въ приросшемъ къ слѣпой кишкѣ и паріетальной стѣнкѣ брюшины, сальникѣ.

Слѣпая кишка послѣ полнаго ея изолированія извлекалась вмѣстѣ съ червеобразнымъ отросткомъ наружу изъ полости брюшины.

Послѣ извлеченія слѣпой кишки наружу края раны обкладывались марлевыми тампонами и такимъ образомъ кишка изолировалась отъ брюшной полости. Затѣмъ отростокъ отдѣлялся отъ брыжжейки и отъ своихъ сращеній вплоть до мѣста отхожденія отъ слѣпой кишки. Вслѣдъ затѣмъ серозная оболочка червеобразнаго отростка надрѣзалась на разстояніи 2-хъ сантим. отъ основанія его и заворачивалась, образуя такимъ образомъ манжетку. У самаго основанія червеобразный отростокъ перевязывался лигатурой и выше мѣста перевязки отрѣзывался Paquelin'омъ. Отдѣленная сероза зашивалась двумя-тремя швами, и затѣмъ эта культя инвагинировалась въ просвѣтъ слѣпой кишки. Сероза слѣпой кишки соединялась надъ инвагинированной культей двухъ или трехъэтажнымъ швомъ, затѣмъ вынимались мар-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

левые тампоны и въ тѣхъ случаяхъ, когда червеобразный отростокъ былъ совершенно цѣлъ и въ полости брюшины не было никакихъ слѣдовъ нагноенія, рана зашивалась трехъэтажнымъ швомъ (брюшина, апоневрозъ и кожа).

Въ одномъ случаѣ была резицирована часть слѣпой кишки, и края раны соединены трехъэтажнымъ швомъ.

Въ случаяхъ нагноенія въ полость брюшины вставлялся небольшой тампонъ, или платокъ Микулича, доходившій до мѣста отхожденія ileum отъ coecum, который на третій день вынимался. Приплаткѣ Микулича внутренній тампонъ вынимался на 2-й день, а наружный на 3—4 день.

Швы удалялись на 5—6 день.

Заживленіе во всѣхъ случаяхъ гладкое, кромѣ двухъ случаевъ, изъ коихъ въ одномъ остался небольшой свищъ (но не каловый), происшедшій, въ зависимости отъ лигатуры, а въ другомъ нагноилось два шва, но затѣмъ по удаленіи шелковинокъ рана зажила.

Никакихъ тяжелыхъ явленій въ теченіи послѣ операціоннаго періода не наблюдалось.

Продолжительность операціи отъ 35 мин. до 1 часа 15 мин.

Относительно послѣдующаго состоянія больныхъ, насколько мы получили свѣдѣнія, извѣстно, что болѣзненныя явленія у нихъ совершенно исчезали и больные чувствовали себя хорошо. Въ одномъ случаѣ (при операціи червеобр. отростокъ, длиной 10 сант., былъ найденъ согнутымъ подъ прямымъ угломъ, сращеній не было, брыжжейка отростка была сморщена, сероза отростка представлялась неизмѣненной; на слизистой двѣ небольшія язвы меньше просяного зерна, проникавшія почти до серозы), у больной послѣ погрѣшности въ діэтѣ появляются боли, довольно сильныя, въ области слѣпой кишки; боли находятся въ ясной связи съ запорами. Въ другомъ случаѣ, въ которомъ намъ пришлось удалить мало измѣненный червеобразный отростокъ. Больной, 17 лѣтній юноша, черезъ годъ снова поступилъ въ клинику съ явленіями высокой температуры и болѣзненности въ животѣ и главнымъ образомъ въ области бывшей операціи. При вторичной операціи, предпринятой нами, оказалось, что слѣпая кишка измѣненій не представляетъ, отъ прежней операціи остался почти незамѣтный рубчикъ, но всѣ брыжжечныя железы были рѣзко увеличены въ объемѣ; въ виду этого и въ виду подозрительнаго

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

общаго состоянія больного мы остановились на діагнозѣ туберкулеза, рану зашили, послѣдовало гладкое заживленіе, но больной выписался, изъ клиники безъ улучшенія. Приблизительно черезъ годъ, какъ намъ извѣстно, больной умеръ отъ миліарнаго туберкулеза.

№ 60. Perityphlitis purulenta.

А. Я., 23 л., родомъ изъ Екатеринбурга, студентъ-технологъ, поступилъ въ клинику 29 ноября, выписался 20 декабря 1902.

Заболѣлъ 19 ноября: ночью почувствовалъ сильныя боли въ правой подвздошной области, температура поднялась до 39°, рвоты не было. Больной пролежалъ три дня въ постели, а потомъ возвратился къ обычнымъ занятіямъ, но черезъ три дня приступъ повторился, и больной поступилъ въ хирургическую клинику.

Въ области слѣпой кишки прощупывается тѣстоватая, величиной въ ладонь, припухлость, рѣзко не отграниченная, очень болѣзненная при самомъ легкомъ надавливаніи; температура 38,5°, пульсъ 80, полный, правильный; на низъ не ходилъ два дня; органы груди здоровы; моча нормальна.

Больному назначенъ абсолютный покой, согрѣвающіе компрессы на область слѣпой кишки и легкая діэта. Къ 6-му декабря всѣ острыя явленія исчезли.

12 декабря. Сдѣлана операція.

Отростокъ оказался удлиненнымъ и утолщеннымъ, внутри его содержался гной. Въ нижній уголъ раны вставлена небольшая полоска стеорилизованной марли, удаленная на третій день.

Заживленіе первымъ натяженіемъ.

№ 61. Perityphlitis catarrhalis.

М. Ш., 18 л., гимназистъ, поступилъ въ клинику 15 декабря 1902 г., выписался 6 января 1903 г.

Первый приступъ аппендицита былъ въ ноябрѣ прошлаго года, сопровождался болью по всему животу, рвотой и высокой температурой; въ постели больной пролежалъ одну недѣлю. Второй приступъ въ ноябрѣ 1902 г., былъ слабѣе предыдущаго, продолжался три дня.

Больной очень хорошаго питанія. Легкія и сердце здоровы. Опухоли въ животѣ не прощупывается, болей нѣтъ. Страдаетъ запорами.

21 декабря. Сдѣлана операція.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Отростокъ былъ спаянъ перемычками съ поверхностью слѣпой кишки. Длина его 8 сант., слизистая инфильтрирована. Рана зашита наглухо.

Заживленіе первымъ натяженіемъ.

№ 62. Perityphlitis perforativa.

С. Ю., 19 л., аптекарск. ученикъ, поступилъ въ клинику 2 декабря 1902 г., выписался 2 января 1903 г.

Первый приступъ аппендицита былъ года полтора тому назадъ съ сильными болями въ нижнемъ отдѣлѣ живота, повторной рвотой и запорами. Лѣчившимъ врачемъ діагносцированъ аппендицитъ съ ограниченнымъ перитонитомъ. Въ постели больной пробылъ три недѣли.

Второй приступъ черезъ пять мѣсяцевъ послѣ перваго—въ октябрѣ 1901 г., третій въ іюнѣ 1902 г. и четвертый въ октябрѣ 1902 г. Послѣдующіе приступы были слабѣе предыдущихъ.

Больной хорошаго питанія. Легкія и сердце здоровы. Область слѣпой кишки при ощупываніи слегка болѣзненна. Пульсъ 70, температура 37°. 4 декабря сдѣлана операція.

Слѣпая кишка была сращена перемычками съ петлями тонкой, отростокъ сращенъ своимъ концомъ съ паріетальной брюшиной; при выдѣленіи отростка конецъ его оторвался. Въ нижній отдѣлъ раны вставленъ тампонъ. Въ теченіе первой недѣли при перевязкахъ тампонъ былъ смоченъ гноемъ. Послѣ недѣли гноя больше не показывалось, тампонъ былъ удаленъ, и дальнѣйшее заживленіе шло гладко; оставался небольшой свищъ (не каловый) глубиной 3—4 сант., съ которымъ больной выписался. Черезъ двѣ недѣли больной снова прибылъ въ клинику на перевязку, свищъ у него не закрылся, при перевязкѣ извлечена была лигатура, послѣ чего свищъ скоро зарубцевался.

Червеобразный отростокъ содержалъ каловый камень, глинистой консистенціи, слоистый, овальной формы съ длиннымъ діаметромъ немного больше одного сантиметра.

№ 63. Perityphlitis perforativa.

О. У., 15 л., прислуга, поступила въ клинику 28 января, выписалась 13 февраля 1903 г.

Заболѣла въ іюнѣ 1902 г. высокая температура, рвота, запоръ, боли въ животѣ, особенно справа, гдѣ, по словамъ больной, была

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

опухоль. Лежала въ постели три недѣли и оправилась совершенно. Въ январѣ 1903 г. приступъ повторился, былъ слабѣе предыдущаго; по исчезновеніи острыхъ явленій больная поступила въ хирургическую клинику.

Питанія удовлетворительнаго, покровы кожи и слизистыя блѣдны. Аппетитъ хорошій, отправленія кишечника нормальны. Въ области слѣпой кишки тупая боль при давленіи. Легкія и сердце здоровы.

29 января сдѣлана операція. Часть сальника, сращенная съ паріетальн. брюшиной, была резецирована. Конецъ отростка оказался перфорированнымъ. Въ нижній отдѣлъ раны вставленъ небол. тампонъ. Заживленіе безъ осложненій первымъ натяженіемъ, кромѣ того мѣста, гдѣ вставленъ былъ тампонъ, зажившаго рубцомъ.

№ 64. Perityphlitis purulenta.

С. К., 24 л., жена священника въ Томскѣ, поступила въ клинику 12 апрѣля, выписалась 29 апрѣля 1903 г.

Первый приступъ аппендицита былъ три года тому назадъ. Второй—лѣтомъ 1902 г., сильнѣе придыдущаго, наступилъ послѣ ужина, за которымъ больная съѣла много ягодъ; въ правой подвздошной области прощупывалась болѣзненная опухоль. Послѣдній приступъ въ мартѣ с. г. послѣ тяжелаго ужина (сырая капуста, рѣдька), слабѣе предыдущаго.

Больная пять лѣтъ тому назадъ перенесла родильную горячку, страдаетъ бѣлями. Питанія хорошаго. Сердце и легкія здоровы. Моча нормальна.

16 апрѣля сдѣлана операція.

При образованіи манжетки изъ серозы appendix'a, послѣдній порвался, и изъ него брызнула капля гноя на серозу слѣпой кишки, гной стертъ марлей смоченой солевымъ растворомъ. Рана зашита наглухо. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Отростокъ утолщенъ, слизистая его инфильтрирована гнойными шариками.

№ 65. Perityphlitis catarrhalis.

Е. М., 15 л., гимназистка, живетъ въ Томскѣ, поступила 22-го апрѣля, выписалась 31 апрѣля 1903 года.

Первый приступъ былъ въ августѣ 1902 г., продолжался нѣсколько часовъ, на другой день больная уже встала съ постели и ходила, чувствуя себя здоровой. Второй—въ апрѣлѣ с. г. продолжался четыре дня.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ дѣтствѣ перенесла воспаленія легкихъ и дифтеритъ.

Питанія хорошаго. Органы груди здоровы. Въ области слѣпой кишки при ощупываніи тупая боль. Отправленія кишечника нормальны. t° 36,3°, пульсъ 75. Моча нормальна.

24 апрѣля. Сдѣлана операція.

Отростокъ оказался свободнымъ въ полости брюшины, утолщенъ, слизистая его разрыхлена. Заживленіе первымъ натяженіемъ.

№ 66. Perityphlitis perforativa.

В. А., 23 лѣтъ, студентъ технологъ, поступилъ въ клинику 10-го февраля 1903 года.

Больной происходилъ изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ перенесъ корь и дизентерію. Съ дѣтства страдалъ припадками эпилепсіи, которые раньше бывали ежедневно, а теперь одинъ разъ въ 1—3 мѣсяца.

Настоящее заболѣваніе началось дня 4 тому назадъ. Дня за три до заболѣванія желудокъ, до сихъ поръ нормальный, пересталъ дѣйствовать. Затѣмъ сразу появилась боль въ правой подвздошной области. Была поставлена клизма; больного немного прослабило. Боль не прекращалась. Температура поднялась до 38°. Рвоты и тошноты не было. Съ такими явленіями больной былъ привезенъ въ клинику.

Больной слабаго сложенія, питанія удовлетворительнаго.

При ощупываніи вся правая сторона живота болѣзненна. При перкуссіи правой половины живота получается тупой тонъ, границы котораго слѣдующія: пупартова связка, spina anterior superior и не доходитъ до пупка пальца на $1^1/_2$. На мѣстѣ тупого тона прощупывается инфильтратъ.

Остальные внутренніе органы нормальны. Положенъ согрѣвающій компрессъ.

Къ 13 февраля острыя явленія стихли, температура стала нормальной.

Къ 14 февраля инфильтратъ прощупывается величиной въ грецкій орѣхъ.

16 февраля. Операція 1 ч. 10 мин., 15,0 хлороформу и 50,0 эфиру. Во время хлороформированія дыханіе стало поверхностнымъ, зрачки широкими; перешли на эфиръ. Червеобразный отростокъ былъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

окутанъ сальникомъ, который былъ приращенъ къ слѣпой кишкѣ. Эта часть сальника резецирована, въ ней оказался изолированный гнойникъ. Въ самой верхушкѣ отростка небольшое отверстіе. Слизистая отростка набухла. Вставленъ небольшой тампонъ.

16 февраля. Тампонъ удаленъ и вставленъ совсѣмъ поверхностный. Температура все это время нормальна не выше 37,4. Никакихъ явленій со стороны брюшины. 18 февраля. Сняты швы. Тампонъ выскочилъ, и то мѣсто, гдѣ онъ былъ вставленъ, зажило. 26 марта. Больной выписался. Температура все время нормальна.

№ 67. Perityphlitis purulenta.

А. Ш. 48 л., Каинскій мѣщанинъ, торговецъ, женатый, поступилъ въ клинику 15 сентября 1902 года.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи. 25 лѣтъ тому назадъ перенесъ какое то заболѣваніе. Лѣтъ 15 страдаетъ приступами appendicit'a, которыхъ было у него 15—16. Приступы продолжаются отъ 3—7 дней. Начинаются рвотой, запорами, болью въ области слѣпой кишки; бываетъ жаръ; запоры смѣняются поносами. Послѣдній приступъ былъ годъ тому назадъ. Во время этого приступа у больного появилась опухоль въ илеоцекальной области.

Больной высокаго роста, правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. На кожѣ спины и груди pityriasis vesicolor.

Въ илеоцекальной области прощупывается продолговатая, стм. 4 длиной, опухоль, плотная, болѣзненная при давленіи.

Остальные внутренніе органы нормальны.

30 сентября операція подъ эфирнымъ наркозомъ—1 ч. 40 м. 190 грм. Слѣпая кишка имѣетъ спайки съ брюшиной. Червеобразный отростокъ плотенъ; часть слѣпой кишки около червеобразнаго отростка тоже уплотнена. Резецированъ отростокъ и часть слѣпой кишки вокругъ отростка стм. на $1^1/_2$ въ окружности. Рана зашита, въ нижній уголъ ея вставленъ іодоформенный тампонъ. Отростокъ наполненъ вонючимъ густымъ гноемъ и содержитъ 2 каловыхъ камня съ горошину величиной. Входъ въ отростокъ закрытъ рубцовою тканью. Слизистая отростка вдается въ видѣ пуговки въ просвѣтъ слѣпой кишки. Вечеромъ рвота, пульсъ хорошій, 92, темп. 36, 4^0. 1 октября тошнота и рвота.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Глотаетъ ледъ. Висмутъ съ опіемъ. 2 октября появилась икота; опять рвота. Перевязки. Тампонъ перемѣненъ. Рана чистая. Пульсъ и температура нормальны.

4 октября. Сняты швы черезъ одинъ. Рана чистая. Икота и рвота прекратились ночью. Пульсъ хорошій, 80. Сняты остальные швы; перемѣненъ тампонъ. 7 октября вставленъ поверхностный тампонъ. 9 октября перевязка безъ тампона. 17 октября больной выписался. Рана зажила. Температура все время не выше 37 2°.

№ 68. Perityphlitis catarrhalis.

А. К., 32 л., женатый, фельдшеръ, поступилъ въ клинику 13-го января 1903 года.

Съ 1898 года имѣлъ 4 раза припадки, состоявшіе въ явленіяхъ запора, тошноты, боли въ области слѣпой кишки при повышенной T°. Припадки эти продолжались въ различное время отъ 5—10 дней. Послѣдній приступъ былъ въ августѣ минувшаго года и продолжался недѣлю. Ранѣе страдалъ запорами. Перенесъ 2 раза тифъ и дифтеритъ.

Больной крѣпкаго тѣлосложенія и хорошаго питанія. Внутренніе органы нормальны. Болѣзненность при надавливаніи въ Макъ-Бурнеевской точки. Инфильтратъ въ области слѣпой кишки не прощупывается.

17 января операція подъ эфирнымъ наркозомъ (105,с. с.) продолжалась 1 ч. По вскрытіи брюшины слѣпая кишка съ отросткомъ вытянута, обложена марлевыми платками. Сращеній не было. Червеобразный отростокъ, послѣ образованія манжетки, перевязанъ шелкомъ и отожженъ аппаратомъ Paquelin'a на самой границѣ со слѣпой кишкой; культя вправлена въ слѣпую кишку. Наложено три ряда швовъ Lambert'a. Непрерывный шовъ на брюшину. Швы на апоневрозъ. На кожу серфины. Червеобразный отростокъ былъ утолщенъ и внутри представлялъ катаральныя измѣненія.

18 января утромъ T° поднялась до 38, 4, пульсъ 114 довольно полный. Сильныя боли въ правой сторонѣ живота. Сильный кашель —явленія разлитого бронхита.

Влажныя обертыванія груди, сидячее положеніе, Inf ipecacuanhae и пузырь со льдомъ на рану. Вечеромъ T° 38°, пульсъ 114. Боли въ животѣ меньше. Обильное отдѣленіе мокроты назначенъ digitalis.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

19 января. T° 37, пульсъ 108. Боли въ животѣ почти прошли. Газы отходятъ.

20 января. T° 37. Притупленіе въ лѣвой нижней долѣ. Digitalis съ іресасuanh'ой, влажныя обертыванія, банки, эмсъ.

21 января. 37° 4. Перемѣнена повязка. 22 января. Сняты швы—первое натяженіе. Въ легкихъ хриповъ меньше, притупленіе проясняется. 23 января явленія pneumoniae прошли.

28 января выписался. Все это время T° нормальна. Явленія въ легкихъ постепенно улучшились. При выпискѣ остался небольшой кашель.

№ 69. Perityphlitis catarrhalis.

И. Ш. 26 л., прапорщикъ запаса, женатъ, поступилъ въ клинику 3 февраля 1903 года.

Больной правильнаго сложенія, хорошаго питанія, лѣтъ пять тому назадъ хворалъ ревматизмомъ.

17 сего января у больного вдругъ сдѣлалась тошнота и боль въ илеоцекальной области; поносъ; повышенная температура; прощупывалась опухоль. Прохворалъ одну недѣлю.

Въ данный моментъ никакой опухоли не прощупывается; есть очень незначительная болѣзненность въ области слѣпой кишки. Внутренніе органы нормальны.

11 февраля операція: резекція червеобразнаго отростка. Сращеній никакихъ не было. Въ отросткѣ каловый камень съ кофейное зерно. Хлороформъ—50, сс. Продолжительность операціи 1 ч. 15 минутъ.

15 февраля сняты швы черезъ одинъ. 17 февраля сняты остальные швы.—Первое натяженіе.

21 февраля больной выписался. T° все время нормальна.

№ 70. Perityphlitis catarrhalis.

И. В. 32 л., приказчикъ, женатый, поступилъ въ клинику 11-го ноября 1902 года.

Больной правильнаго сложенія, питанія ослабленнаго. 11 лѣтъ тому назадъ перенесъ тифъ. Былъ ревматизмъ. Въ 1897 году получилъ сифилисъ, лѣчился уколами — 100. Въ ноябрѣ прошедшаго года больному была сдѣлана операція грыжесѣченія. Вскорѣ послѣ операціи появились боли въ правой подвздошной области, сопровождавшіяся, запорами, тошнотой и жаромъ. Приступъ продол-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

жался около 10 дней. Приступы эти повторялись еще пять разъ, продолжаясь отъ 2 до 15 сутокъ. Послѣдній былъ въ октябрѣ текущаго года. Во время этого приступа больной замѣтилъ въ правой подвздошной области опухоль съ кулакъ величиной, которая затѣмъ уменьшилась.

Область слѣпой кишки болѣзненна, прощупывается плотный шнурокъ величиною съ мизинецъ. Внизу живота въ правой сторонѣ линейный рубецъ, отъ бывшей здѣсь операціи паховаго грыжесѣченія. Внутренніе органы нормальны.

Лимфатическія железы паховыя, шейныя, локтевыя и подмышечныя увеличены, но мягки.

18 ноября операція подъ эфиромъ. Резецированъ червеобразный отростокъ, сращеній не было. Рана зашита наглухо. Послѣ операціи никакихъ явленій раздраженія брюшины не было. 23 ноября сняты швы.

29 ноября въ нижнемъ углу разрѣза кожа покраснѣла, прощупывается инфильтратъ. Рана разведена; вышло нѣсколько капель гною. T° нормальна. Вставленъ тампонъ.

7 декабря отошла лигатура. 11 октября выписался для амбулаторнаго лѣченія.

T° все время нормальна.

№ 71. Perityphlitis catarrhalis.

Д. Х., 18 лѣтъ, Бійскій мѣщанинъ, торговецъ, холостой, поступилъ въ клинику 5-го марта 1903 г.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Въ дѣтствѣ перенесъ корь.

4 года тому назадъ былъ приступъ appendicit'a, повторившійся въ теченіе года. Каждый приступъ продолжался около недѣли.

Внутренніе органы никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Въ правой подвздошной области на мѣстѣ слѣпой кишки прощупывается узкій плотный тяжъ. При давленіи это мѣсто нѣсколько болѣзненно.

12 марта. Операція—резекція червеобразнаго отростка. Сращеній не было. Въ самомъ концѣ червеобраз. отростокъ имѣлъ перетяжку.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Операція продолжалась 1 ч., хлороформъ 30,0.

13 марта небольшая икота.

16 марта сняты швы.—Первое натяженіе.

21 марта больной выписался. Температура все время нормальная, самое большое было 37,4°.

№ 72. Tuberculosis coeci.

П. З., 43 л., кр. Томской губ., кузнецъ, женатый, поступилъ въ клинику 20 декабря 1902 г.

Больной высокаго роста, правильнаго сложенія, питаніе ослаблено. Происходитъ изъ здоровой семьи. 18 лѣтъ имѣлъ трипперъ.

Въ апрѣлѣ 1902 года безъ всякой видимой причины появилась рѣзкая боль въ правой половинѣ живота. Боль эта продолжалась у больного около 2-хъ мѣсяцевъ, то утихая, то усиливаясь. Больного лихорадило. Отправленіе желудка было нормально. Въ ноябрѣ явленія повторились съ большей силой. Опухоли не замѣчалъ. Поступилъ въ терапевтическую клинику, откуда 2-го декабря переведенъ въ хирургическую.

Вправо отъ пупка, нѣсколько выше мѣста слѣпой кишки, лежитъ плотная опухоль, величиною съ кулакъ, спаянная съ кожей. Опухоль болѣзненна. Флюктуаціи не замѣчается. Есть небольшой артеріосклерозъ. Въ обѣихъ верхушкахъ хрипы, небольшой кашель. Туберкулезныхъ палочекъ не найдено. Остальные внутренніе органы нормальны.

21 декабря. Операція: разрѣзъ сверху внизъ, послойный, стм. на 5 отъ средней линіи. Въ толщѣ правой прямой мышцы абсцессъ, содержавшій около стакана жидкаго вонючаго гноя. Вставленъ ксероформенный тампонъ.

Микроскопическое изслѣдованіе инфильтрата обнаружило присутствіе бугорковъ.

24 декабря при перевязкѣ въ ранѣ каловыя массы—жидкія. Образовался каловый свищъ въ прилежащей кишкѣ. Перевязки ежедневныя. Промывается рана растворомъ соли. Калъ идетъ какъ черезъ рану, такъ и черезъ задній проходъ. Къ 21 января 1903 года, когда больной выписался, остался небольшой каловый свищъ.

T° все время выше нормы.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 73

Въ число приведенныхъ исторій хроническаго заболѣванія червеобразн. отростка и сдѣланныхъ по этому поводу операцій, мы не включили одинъ случай, имѣвшій мѣсто въ 1901 г., такъ какъ здѣсь рядомъ съ хроническ. воспаленіемъ червеобразн. отростка существовало еще злокачественная лимфома мезентеріальныхъ железъ, давшая многочисленные метастазы, усыпавшіе близко лежащими одна къ другой бляшками слѣпую кишку, и, повидимому, пронизавшими всю толщу червеобразн. отростка. Въ этомъ случаѣ есть основаніе предполагать, что воспаленіе червеобразн. отростка произошло вслѣдствіе распаденія опухоли; по крайней мѣрѣ, такое предположеніе поддерживается данными, найденными при операціи и на вскрытіи.

Вотъ вкратцѣ эта исторія болѣзни: Гимназистка С. 16 л., заболѣла около 3-хъ мѣсяцевъ тому назадъ: боли въ правой подвздошной области, высокая t^0, рвота. Съ этого времени больная уже не поправлялась: періоды облегченія смѣнялись періодами ухудшенія. Мѣсяца черезъ 2 показался гной черезъ влагалище. T^0 бывала то нормальной, то, опускаясь утромъ до 36^0 съ десятыми, вечеромъ поднималась до 38^0 съ десятыми и 39^0.

При произведенной операціи оказалось, что слѣпая кишка во многихъ мѣстахъ приращена къ паріэтальной брюшинѣ, червеобр. отростокъ, ощупывался вглубинѣ въ видѣ тяжа толщиной въ мизинецъ, плотной консистенціи, какъ бы вколоченный въ стѣнку малаго таза; слѣпая кишка вокругъ мѣста отхожденія отростка утолщена. Лимфатическія железы брыжейки рѣзко увеличины въ объемѣ. Тонкія кишки отчасти спаяны между собой, и въ полости малаго таза содержалось нѣкоторое количество гнойнаго экссудата. Чтобы облегчить доступъ къ червеобразн. отростку, мы начали отдѣлять слѣпую кишку отъ ея сращеній. При этомъ оказалось, что стѣнка слѣпой кишки усѣяна сидѣвшими близко одна отъ другой бляшками, величиной въ 10—20 к. монету, центръ которыхъ представлялся мягче, чѣмъ периферія. При попыткѣ отдѣлить слѣпую кишку одно изъ такихъ мѣстъ разорвалось, при чемъ обнаружилось, что въ мѣстѣ разрыва кишка была истончена и изъязвлена. Сращенія кишки простирались далеко кверху и, въ виду разлитаго страданія и невозможности выдѣлить червеобр. отростокъ операціи признана невозможной. Отверстіе въ кишки зашито ламберовскимъ швомъ и сама кишка

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

подшита къ ранѣ, которая была отчасти зашита, и отчасти закрыта тампономъ. Сама операція состоянія больной не ухудшила. Явленія послѣ операціоннаго періода не указывали на обостреніе раньше существовавшаго перитонита.

Спустя нѣсколько дней больная умерла. При вскрытіи оказалось, что мезентеріальныя железы заняты новообразованіемъ, давшимъ многочисленные метастазы. Новообразованіе при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалось лимфомой. Стѣнка влагалища не была прободена; гной проникъ черезъ фалоппіевы трубы въ полость матки, а отсюда выдѣлился черезъ влагалище наружу.

---

d.

Пупочныя грыжи.

Случаи оперативнаго лѣченія пупочной грыжи появляются въ нашей клиникѣ впервые въ 97 г. и съ этого времени вмѣстѣ съ операціей, сдѣланной въ отчетномъ году, всѣхъ сдѣлано 13 и притомъ исключительно на женщинахъ.

По возрасту больныя распредѣлялись такъ:

отъ	20	до 30	лѣтъ	1 б.
„	30	— 40	„	3
„	40	— 50	„	5
„	50	— 60	„	4

Кромѣ перечисленныхъ случаевъ пупочной грыжи, сюда же можно отнести два случая грыжи lin. alba: одна у 5 лѣтняго ребенка, другая у женщины 53 л., грыжа въ обѣихъ случаяхъ помѣщалась между proc. xyph. и пупкомъ, операція состояла въ вырѣзываніи грыжеваго мѣшка и продольномъ зашиваніи раны (брюшина, сухожиліе, кожа); оба случая зажили per primam intentionem.

Большинство больныхъ, подвергавшихся радикальной операціи пупочной грыжи въ нашей клиникѣ были очень полныя (иногда 5—6—7 пуд. вѣсу). Величина грыжевой опухоли бывала отъ величины кулака до головки 2—3-хъ лѣтняго ребенка, а грыжевое отверстіе пропускало свободно отъ 1 до 3-хъ пальцевъ. Почти во всѣхъ случаяхъ существовали обширныя сальниковыя сращенія, при чемъ выпавшій сальникъ обыкновенно оказывался перерожден-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

нымъ въ видѣ крупныхъ комковъ жира. Грыжевой мѣшокъ во многихъ случаяхъ былъ раздѣленъ перегородками на нѣсколько меньшихъ отдѣловъ. Сращеніе кишокъ съ поверхностью мѣшка наблюдалось только въ одномъ случаѣ и то на незначительномъ протяженіи.

Во всѣхъ случаяхъ, кромѣ перваго, покрывающая кожа была не измѣнена; въ первомъ же на кожѣ была старая атоническая язва величиной въ серебряный полтинникъ. Больная въ этомъ случаѣ погибла вслѣдствіе перитонита на третій день операціи, не смотря на то, что кожа надъ язвой была зашита и окружность еще разъ дезинфицирована. Въ остальныхъ 12 случаяхъ заживленіе первымъ натяженіемъ.

Кромѣ вышеупомянутаго случая послѣ операціонное теченіе было совершенно безлихорадочное: t^0 не поднималась выше 37,6°. Но нѣкоторыя изъ оперированныхъ, въ особенности слишкомъ полныя, жаловались въ первые дни послѣ операціи на дурное самочувствіе, сердцебіеніе, вызываемыя, вѣроятнѣй всего, необходимостью лежанія на спинѣ и вообще существующей у слишкомъ жирныхъ людей слабостью сердца. Такъ мы помнимъ одну очень полную больную, у которой при совершенно гладкомъ заживленіи и нормальной t^0, пульсъ доходилъ въ первые 8 дней до 124—126 уд. въ минуту, при полномъ отсутствіи какихъ бы то не было болѣзненныхъ явленій. Наркозъ производился съ помощью эфира.

Сама операція у насъ въ клиникѣ производится такимъ образомъ. Надъ и подъ опухолью дѣлаются два продольные разрѣза, проникающіе до бѣлой линіи, затѣмъ опухоль на границѣ съ нормальной (неистонченной) кожей окружается двумя полукружными разрѣзами, послѣ чего грыжевой мѣшокъ легко отдѣляется до жирнаго слоя и грыжевое кольцо дѣлается доступнымъ со всѣхъ сторонъ. Грыжевой мѣшокъ вскрывается. Приращенный въ различныхъ мѣстахъ къ нему сальникъ отвязывается и отрѣзывается, сращенія сальника съ паріэтальной брюшиной въ окружности грыжеваго мѣшка, если они оказываются, также отдѣляются и затѣмъ остатки вправляются въ брюшную полость. Истонченный край сухожильнаго растяженія, образующій кольцо, обрѣзается до брюшины. Брюшина, переходящая въ грыжевой мѣшокъ отрѣзывается немного отступя отъ края обрѣзаннаго сухожилія и захватывается торзіонными пинце-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

тами. Затѣмъ въ отверстіе брюшины вставляется полоска стерилизованной марли, которая постепенно вынимается по мѣрѣ наложенія швовъ на брюшину.

Отверстіе брюшины зашивается въ поперечномъ направленіи непрерывнымъ швомъ, сухожильное растяженіе тоже въ поперечномъ направленіи—узловатымъ швомъ, при чемъ нерѣдко швы накладываются по Lambert'у для того, чтобы привести въ болѣе широкое соприкосновеніе края сухожильнаго растяженія. Кожа зашивается въ крестообразномъ направленіи, при чемъ вставляется небольшой марлевый тампонъ въ узенькое отверстіе нижняго угла раны. Тампонъ вынимается на 2—3 день, а швы на 9—10 день.

№ 74. Hernia umbilicalis.

С. С., 55 лѣтъ, крестьян. Томской губ., поступила 22 января, выписалась 5 февраля 1903 г.

Заболѣла лѣтъ пять тому назадъ: почувствовала сначала боль въ области пупка, а потомъ появилась опухоль въ лѣсной орѣхъ. Опухоль медленно увеличивалась, безпокойствъ больной не причиняла.

Больная замужемъ, имѣла семь человѣкъ дѣтей. Послѣдніе роды 16 лѣтъ тому назадъ.

На мѣстѣ пупка опухоль величиной съ куриное яйцо, мягкая, легко вправляется, причемъ прощупывается грыжевое кольцо, пропускающее указ. палецъ, при кашлѣ опухоль увеличивается, звукъ надъ ней тупой. Легкіе и сердце здоровы. Моча нормальна. 24 января. Радикальная операція грыжесѣченія.

№ 75. Hernia abdominis traumatica.

А. М., 27 л., кр. Енисейской губ., женатый, поступилъ въ клинику 27 января 1903 года.

Больной—человѣкъ крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго.

4 мѣсяца тому назадъ получилъ ударъ ножемъ въ животъ; изъ раны вывалились кишки, которыя черезъ $^1/_2$ сутокъ были вправлены. Рана зажила. Черезъ 2 мѣсяца больной замѣтилъ на мѣстѣ раны выпячиваніе и прощупалъ черезъ кожу отверстіе ведущее въ полость брюха.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

На лѣвой маммиллярной линіи на половинѣ разстоянія между scrobiculum и пупкомъ находится рубецъ полулунной формы, со слѣдами 4-хъ швовъ. На мѣстѣ рубца выпячиваніе, имѣющее форму полушара, въ діаметрѣ 5 поперечныхъ пальцевъ. Прощупывается отверстіе, пропускающее 3 пальца. При давленіи выпячиваніе исчезаетъ. Органы груди и живота нормальны.

31 января. Операція подъ хлороформомъ. Рубецъ вырѣзанъ. Наложены глубокіе швы на мышцы и швы на кожу.

2 февраля t° 37,6, веч. 37,7. 3 февраля веч. 38,4.

4 февраля. Сняты 4 шва—гной. Веч. t° 38. 5 февраля. Сняты всѣ швы; рана раздвинута на всемъ протяженіи. Положенъ спиртовой компрессъ. T° веч. 38°.

6 февраля. Гною меньше. Сулемовый компрессъ. T° веч. 38,5.

7 февраля. При перевязкѣ въ самомъ верхнемъ углу раны замѣчается отверстіе, пропускающее зондъ; оттуда идетъ гной,—вставленъ тампонъ. Явленій со стороны брюшины нѣтъ. T° 39,3°.

8 февраля. Гной изъ отверстія идетъ по прежнему. Зондъ идетъ къ верху къ ребрамъ. Отверстіе расширено пальцемъ, и вставленъ большой тампонъ. Съ того времени рана начала очищаться, гною стало меньше. T° постепенно падала и 13 февраля стала нормальна —36,8.

21 февраля. Больной выписался съ зажившей раной.

е.

Паховыя грыжи.

Всѣхъ случаевъ радикальной операціи паховой грыжи въ отчетномъ году было 20, при чемъ 2 операціи были сдѣланы на одномъ паціентѣ.

При двухсторонних грыжахъ мы никогда не оперируемъ на обѣихъ сторонахъ одновременно. Точно также никогда не оперируемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда грыжеваго мѣшка еще не образовалось, а существуетъ лишь расширеніе паховаго кольца и при кашлѣ передаются кашлевые толчки.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ большинствѣ случаевъ операція производилась типично по Bassini съ образованіемъ задней мышечной стѣнки паховаго канала; въ нѣкоторыхъ случаяхъ безъ образованія задней стѣнки, и въ одномъ случаѣ по способу Kocher'a—послѣднему.

Разрѣзъ кожи ведется отъ Symphisis os. pub. въ видѣ небольшой дуги, выпуклостью обращенной къ пупартовой связкѣ и затѣмъ заворачиваетъ къ spina anter. super. При такомъ разрѣзѣ меньше ранятся сосуды, чѣмъ при продольномъ.

Затѣмъ по вскрытіи поверхностной фасціи разсѣкается апоневрозъ наружной косой мышцы живота по желобоватому зонду; зондъ вводится черезъ отверстіе, продѣлываемое ножомъ сант. на 6—7 отъ наружнаго паховаго кольца и выводится черезъ наружное паховое кольцо. Послѣ этого грыжевой мѣшокъ освобождается отъ волоконъ m. cremaster'a и отъ элементовъ сѣмяннаго канатика. По совершенномъ изолированіи грыжеваго мѣшка, производимаго лучше всего съ помощью сухой марли, онъ вскрывается и осматривается въ области внутренняго грыжевого отверстія. Въ случаѣ сальниковыхъ сращеній всегда обращается вниманіе на то, чтобы сальниковыя сращенія у внутренняго паховаго кольца были отдѣлены. Въ случаѣ какихъ либо сращеній поверхности грыжевого мѣшка (съ кишкой сращенія у насъ не встрѣчалось) съ мочевымъ пузыремъ, эти сращенія тщательно и осторожно раздѣляются настолько, чтобы отдѣленныя части могли быть свободно вдвинуты въ брюшную полость. Въ нашихъ случаяхъ такихъ обширныхъ сращеній, которыя потребовали бы типичной лапоротоміи, не встрѣчалось.

Въ приведенныхъ исторіяхъ болѣзни мочевой пузырь только однажды прилегалъ тѣсно къ грыжевому мѣшку. Затѣмъ грыжевой мѣшокъ отвязывается шелковой лигатурой. Это отвязываніе, если мѣшокъ неособенно толстъ, обыкновенно не влечетъ за собой омертвѣнія культи; въ приведенныхъ случаяхъ оно наблюдалось одинъ разъ. Если же мѣшокъ представлялъ болѣе значительный объемъ и толстыя стѣнки, то внутреннее грыжевое отверстіе закрывалось помощью кисетнаго шва. У дѣтей, при врожденныхъ грыжахъ и тонкомъ грыжевомъ мѣшкѣ, элементы канатика отъ стѣнки грыж. мѣшка не отдѣляются, но грыжевой мѣшокъ подрѣзывается по обѣимъ сторонамъ сѣмяннаго канатика вплоть до внутр. грыжевого отверстія. Здѣсь края

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

разрѣзанныхъ листковъ соединяются вдоль 2—3 швами и затѣмъ мѣшокъ отвязывается обычнымъ порядкомъ. Отвязанный мѣшокъ далѣе обыкновенно подшивается кнаружи кверху отъ внутренняго грыжевого отверстія, къ мышцамъ съ помощью иглы Reverdin'a для того, чтобы устранить наклонность къ образованію воронки. Игла проводится по пальцу, подводимому подъ мышечную стѣнку и выкалывается приблизительно сант. на 3—4 выше того мѣста, гдѣ лежало внутреннее грыжевое отверстіе. Мѣшокъ фиксируется съ помощью концовъ нитокъ, посредствомъ которыхъ онъ былъ отвязанъ или зашить. У дѣтей подшиваніе культи грыжевого мѣшка кверху и кнаружи не дѣлалось. Затѣмъ мышечная стѣнка пришивается къ свободному краю пупартовой связки вплоть до Tuberculum pubis 3—4 рѣдко 5 швами. Разрѣзъ апоневроза наружной косой мышцы живота сшивается надъ положеннымъ на мышечную стѣнку сѣменнымъ канатикомъ, при чемъ нѣкоторые швы, чтобы вызвать болѣе широкое соприкосновеніе и сузить паховый каналъ, накладываются по Lambert'y.

Шовъ накладывается такимъ образомъ, чтобы въ наружное отверстіе паховаго канала могла быть свободно вставлена верхушка указательнаго пальца. Затѣмъ слѣдуетъ кожный шовъ или накладываются серфины.

Въ исторіяхъ болѣзни за послѣдніе 3½ года мы только однажды нашли отмѣтку крипторхизма. Но раньше въ нѣкоторые года одновременные случаи крипторхизма и грыжи попадались значительно чаще. Въ теченіе одного изъ предыдущихъ учебныхъ годовъ мы помнимъ 4 или 5 такихъ больныхъ. Во всѣхъ нашихъ случаяхъ яичко, болѣе или менѣе атрофированное, лежало въ полости грыжевого мѣшка. Въ одномъ случаѣ крипторхизмъ, какъ и грыжа, былъ двухсторонній. Оба яичка были значительно атрофированы, въ особенности лѣвое, представлявшее изъ себя какой то спавшійся комочекъ, не больше ⅓ нормальнаго яйца. Тѣмъ не менѣе человѣкъ былъ женатъ и имѣлъ нѣсколько дѣтей. Во всѣхъ случаяхъ операція была произведена такимъ образомъ, что грыжевой мѣшокъ надрѣзывался по сторонамъ сѣменного канатика вплоть до внутренняго грыжевого отверстія и вслѣдъ за этимъ мѣшокъ зашивался или отвязывался вышеописаннымъ способомъ; яичко же низводилось и обыкновенно помѣщалось за наружнымъ паховымъ отверстіемъ. Низвести яичко въ мошонку ни въ од-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

номъ случаѣ не удалось. Затѣмъ нѣсколько разъ намъ попадались случаи hydrocele funiculi spermatici вмѣстѣ съ грыжей.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ—у дѣтей или у очень пожилыхъ субъектовъ—задняя мышечная стѣнка не образуется, а зашивается или одинъ апоневрозъ или мышцы и апоневрозъ вмѣстѣ надъ сѣмяннымъ канатикомъ, по предложенію проф. Разумовскаго.

Рана обыковенно зашивалась наглухо, и только въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ нижній уголъ раны вставлялся небольшой тампонъ.

Поверхностное нагноеніе мы наблюдали въ трехъ случаяхъ и въ одномъ случаѣ омертвѣніе отвязанной культи; въ единственномъ случаѣ, сдѣланномъ по Kocher'y и затѣмъ въ двухъ случаяхъ—по Bassini. Затѣмъ въ одномъ случаѣ наблюдалось послѣдовательное кровотеченіе, но незначительное.

Къ случаямъ этого года мы прибавимъ еще свѣдѣнія о тѣхъ случаяхъ паховой грыжи, которые были оперированы въ теченіе предыдущихъ 2-хъ съ половиной лѣтъ, и о которыхъ мы на основаніи записи могли собрать точныя свѣдѣнія. Сдѣлано было 53 случая радикальной операціи грыжи на больныхъ различныхъ возрастовъ, и одинъ случай ущемленной.

По возрасту больные, за послѣдніе $3^1/_2$ года распредѣлялись такъ:

отъ	1 до	5 лѣтъ	5 случ.	($1^1/_2$ г., 1 г. 8 мц. $2^1/_2$ г., 5 л., 5 л.).
„	5 — 10	„	2	„
„	10 — 20	„	11	„
„	20 — 30	„	23	„
„	30 — 40	„	13	„
„	40 — 50	„	12	„
„	50 — 60	„	5	„
„	60 — 70	„	2	„ (63 г. 68 л.).

За все это время въ клиникѣ была оперирована только одна ущемленная паховая грыжа, зажила безъ нагноенія.

На 35 случая отмѣчено всего три случая поверхностнаго нагноенія и въ этомъ смыслѣ послѣоперацiонное теченіе является болѣе благопріятнымъ, чѣмъ въ отчетномъ году. Такимъ образомъ, если взять общее число всѣхъ случаевъ радикальной операціи грыжи за $3^1/_2$ года, то оказывается, что на 73 случая приходится всего

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

7 случаевъ нагноенія, изъ коихъ 6 поверхностныхъ. Всѣ больные выздоровѣли и раны прочно зажили. Общій процентъ нагноенія слѣд. меньше 10°. Относительно 4 больныхъ за 1900 г. не сохранилось точной записи. Если даже допустить, что всѣ они зажили съ нагноеніемъ то получится около 15%.*).

№ 76. Hernia inguinalis bilateralis.

А. Д., 43 л., священникъ изъ г. Бійска, женатый, поступилъ въ клинику 5-го сентября 1902 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Самъ всегда былъ здоровъ. Грыжа на лѣвой сторонѣ появилась съ 16-ти лѣтняго возраста. Носилъ бандажъ. Правая грыжа появилась всего пять лѣтъ тому назадъ. Тоже носилъ бандажъ.

Обѣ грыжи паховыя, правая съ гусиное яйцо, лѣвая съ куриное яйцо; въ мошонку не спускаются; вправляются; не ущемлялись. Правое паховое отверстіе пропускаетъ 2, а лѣвое одинъ палецъ.

Больной крѣпкаго сложенія, нѣсколько жирный. Внутренніе органы нормальны.

12 сентября. Грыжесѣченіе по Bassini. Оперирована правая грыжа. Эфиръ. Грыжевой мѣшокъ былъ окруженъ большимъ количествомъ жира. Жиръ этотъ удаленъ.

15-го сентября. Сняты швы. Температура нормальная. Всѣ эти дни не могъ мочиться самъ, моча выпускалась катетеромъ.

16 сентября. Температура поднялась до 38°2. Рана хорошая.

20 сентября. Въ серединѣ раны кожа покраснѣла; рана разведена —гной; удалена лигатура.

23 сентября. Больной выписался съ незажившей ранкой.

Температура съ 16-го нормальна.

5 октября. Вновь поступилъ въ клинику.

Въ это время лѣчился амбулаторно. Ранка не зажила; все время даетъ скудное отдѣляемое.

18 октября. Грыжесѣченіе по Bassini на лѣвой сторонѣ. Эфиръ.

*) Въ клиникѣ Боброва, на сколько можно судить по отчету за 1902 г., 17% нагноенія, а изъ недавно вышедшаго отчета изъ Московск. клиники Дьяконова видно, что операція радикальной грыжи, произведенная въ 75 случаяхъ, дала немногимъ болѣе 40% нагноенія (приблиз. 43—44%).

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Кромѣ того широко раскрытъ свищъ на правой и удалена омертвѣвшая культя грыжевого мѣшка; эта рана затампонирована.

22 октября сняты швы—первое натяженіе.

8 ноября выписался. Къ тому времени зажила подъ тампономъ и рана на правой сторонѣ.

Температура все время нормальная, не выше 36°9.

№ 77. Hernia inguinalis.

П. Т., кр. Нижегородской губ., тюремный надзиратель, 49 лѣтъ, женатый, поступилъ въ клинику 23 января 1903 года.

Ничѣмъ ранѣе не хворалъ, кромѣ триппера. Крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Въ легкихъ явленія эмфиземы; остальные органы груди и живота нормальны. Грыжа существуетъ 2 года. Грыжа косая, въ мошонку не опускается; вправляется; не ущемлялась. Паховое отверстіе пропускаетъ указательный палецъ.

25 января. Herniotomia по Bassini—40 минутъ, хлороформъ—45,00.

30 февраля выписался.

Температура все время нормальная. Были явленія бронхита—давалась Ipecacuanha.

№ 78. Hernia inguinalis.

С. В., мѣщ. г. Омска, 17 лѣтъ, вѣроисповѣданія іудейскаго, поступилъ въ клинику 17 октября 1902 г. съ жалобами на грыжу.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Грыжа появилась полтора года тому назадъ послѣ поднятія тяжести. Раньше ничѣмъ больной не хворалъ.

Больной тѣлосложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны.

Грыжа правосторонняя, съ куриное яйцо величиною, спускается въ мошонку; вправляется; не ущемлялась.

18 октября. Операція по Bassini, подъ эфиромъ—45 мин.—100 грм. Послѣ операціи ледъ на рану.

Температура вечеромъ 36,9. 22 октября сняты швы; prima intentio

27 октября выписался. Температура все время была нормальная.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 79. Hernia inguinalis recidiva.

Я. А. К., кр. Лифляндской губ., 32 л., женатый, поступилъ въ клинику 5-го декабря 1902 г.

Три года тому назадъ больному была произведена въ Юрьевѣ операція грыжесѣченія. Послѣ операціи больной выписался на 8-й день. Черезъ полтора года грыжа появилась снова. Ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Больной тѣлосложенія и питанія хорошаго. Внутренніе органы никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ. Грыжа правосторонняя, величиною съ гусиное яйцо, спускается въ мошонку, вправляется, не ущемлялась. Паховое кольцо свободно пропускаетъ указательный палецъ. На мѣстѣ бывшей операціи линейный рубецъ вершка въ 2 длиною.

11 декабря операція подъ хлороформомъ—1 ч. 25 м. Передъ операціей впрыснутъ 1 шприцъ 1% раствора морфія. Разрѣзъ кнаружи отъ рубца полукруглый. Апоневрозъ сильно истонченъ. Грыжевой мѣшокъ спаянъ съ мочевымъ пузыремъ, который былъ отдѣленъ. При отдѣленіи мочевого пузыря мышечная стѣнка его была нѣсколько поранена—наложено 2 шва. Резецирована часть сальника, приросшая къ мѣшку. Мышцы сшиты съ пупартовой связкой поверхъ сѣменного канатика двумя швами. Швы на апоневрозъ и на кожу. Въ нижній уголъ раны вставленъ небольшой тампонъ. На рану ледъ.

12 декабря больной не можетъ самъ мочиться—выпущена моча катетеромъ.

13 декабря перевязка: тампонъ вынутъ; рана чистая.

15 декабря сняты швы.

23 декабря больной выписался съ вполнѣ зажившей раной.

№ 80. Hernia inguinalis.

П. Р., 63 л., Енисейской губ., чернорабочій, вдовый, поступилъ въ клинику 13-го февраля 1903 года.

Раньше ничѣмъ не хворалъ. Грыжей страдаетъ лѣтъ 30; она не ущемлялась.

Грыжа правосторонняя, косая; вправляется; мошоночная; величиною въ кулакъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ легкихъ явленія эмфиземы; тоны сердца глуховаты, остальные внутренніе органы нормальны.

19 февраля. Операція подъ хлороформомъ - 30,0—45 минутъ.

20 февраля. Явленія бронхита.—inf. Ipecacuanhae.

24 февраля. Сняты швы. Первое натяженіе.

2 марта. Выписался.

Температура все время нормальна.

№ 81. Hernia inguinalis.

А. Б., 43 л., кр. Амурской обл., женатый, поступилъ въ клинику 12 сентября 1903 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Самъ всегда былъ здоровъ.

Грыжа существуетъ лѣтъ 13. 4 года носитъ бандажъ.

Грыжа правосторонняя, паховая, величиною въ гусиное яйцо; спускается въ мошонку; вправляется; не ущемлялась.

Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

11 октября. Грыжесѣченіе по Bassini.

15 октября. Сняты швы—первое натяженіе.

18 октября. Больной выписался.

Температура все время была нормальная.

№ 82. Hernia inguinalis.

Н. А., студентъ медикъ, 22 л., холостой, поступилъ въ клинику 4-го января 1903 г.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи.

Въ дѣтствѣ была у него корь и скарлатина.

4 года тому назадъ перенесъ брюшной тифъ.

Грыжа появилась три года тому назадъ. Со стороны внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго нѣтъ. Грыжа правосторонняя, мошоночная, вправляется, не ущемлялась.

7 января. Операція: Herniotomia по Bassini. Резицирована часть сальника, приросшаго у самыхъ грыжевыхъ воротъ. 45 минутъ. Хлороформъ—35,0. Послѣ наркоза была однократная рвота.

11 января. Сняты швы: изъ уколовъ 5 нижнихъ швовъ показался гной. T° нормальна. 12 января. T° Нормальная. 13 января. Кожа въ верхнихъ 2-хъ швахъ немного разошлась. 15 января перевязка; верхній разошедшійся край покрытъ корочкой. 17 января. Выписался. Въ верхнемъ углу раны осталась небольшая корочка. T° все время нормальна.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 83. Hernia inguinalis.

П. С., кр. Томской губ., 55 л., женатый, поступилъ въ клинику 10-го октября 1902 г.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Грыжей страдаетъ лѣтъ 20.

Грыжа паховая, правосторонняя, величиной въ 2 кулака, мошоночная; не ущемлялась; вправляется. Паховое отверстіе пропускаетъ 2 пальца.

Тоны сердца глухи. Въ легкихъ явленія эмфиземы. Есть кашель. Остальные внутренніе органы нормальны.

Ко дню операціи кашель сталъ лучше.

25 октября. Грыжесѣченіе по Bassini. Резецированъ большой кусокъ сальника. Въ грыжѣ была слѣпая кишка.

Послѣ операціи кашель усилился—Ipecacuanha.

29 октября. Сняты швы—первое натяженіе. Довольно большой отекъ мошонки.

17 ноября. Выписался съ отекомъ мошонки, хотя и меньшемъ чѣмъ въ началѣ.

T° все время нормальна.

№ 84. Hernia inguinalis.

И. Г., 16 лѣтъ, кр. Курской губ., холостъ, поступилъ въ клинику 9-го апрѣля 1903 года.

Раньше ничѣмъ не хворалъ. Грыжа существуетъ, какъ себя помнитъ. Нѣсколько худъ. Внутренніе органы нормальны.

Грыжа правосторонняя. Спускается въ мошонку, небольшая—съ куриное яйцо; вправляется; не ущемлялась.

11 апрѣля. Операція 38 минутъ; хлороформъ—20,0. Послѣ операціи рвоты не было. 15 апрѣля. Сняты серфины; первое натяженіе. 21 апрѣля. Выписался. T° все время нормальная, не болѣе 36°9.

№ 85. Hernia inguinalis congenita.

И. Н., 12 лѣтъ, сынъ прачки, поступилъ въ клинику 9-го октября 1902 г.

Никогда ничѣмъ не хворалъ. Грыжа существуетъ съ рожденія.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго.

Грыжа паховая, правосторонняя, спускается въ мошонку, вправляется; не ущемлялась.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Внутренніе органы нормальны.

14 октября. Грыжесѣченіе по Bassini. Хлороформъ.

18 октября. Сняты швы. Заживленіе per primam. 22 октября выписался.

T° все время нормальна.

№ 86. Hernia inguinalis et kryptorchismus.

А. З., 7 лѣтъ, поступилъ въ клинику 20-го сентября 1902 года.

До сихъ поръ ничѣмъ не былъ боленъ. Съ мѣсяцъ тому назадъ появилась грыжа. Носилъ бандажъ.

Ребенокъ правильнаго сложенія; питанія хорошаго. Грыжа паховая, лѣвосторонняя; въ мошонку не спускается; не ущемлялась. Лѣваго яичка въ мошонкѣ нѣтъ.

Внутренніе органы нормальны.

14 октября. Операціи по Bassini. Резецирована часть сальника, приросшая къ мѣшку. Яичко опущено въ мошонку. 15 октября вечеромъ T° поднялась до 38°8.

19 октября. Сняты швы—первое натяженіе.

24 октября. Выписался. T° кромѣ 15 октября все время нормальная, не выше 37,3.

№ 87. Hernia inguinalis.

В. Ш. 30 л., Кіевскій мѣщанинъ, торговецъ, женатый, поступилъ въ клинику 14 апрѣля 1903 года.

Раньше ничѣмъ не хворалъ. Сложеніе крѣпкое.

Питаніе хорошее. Грыжа существуетъ лѣтъ 15. Грыжа лѣвосторонняя, величиною въ гусиное яйцо, спускается въ мошонку, вправляется; не ущемлялась. Паховое отверстіе свободно пропускаетъ указательный палецъ. Въ правомъ паху начинающаяся грыжа.

Внутренніе органы нормальны.

16 апрѣля. Операція грыжесѣченія. Хлороформъ. Послѣ операціи рвота, прекратившаяся къ вечеру. 18 апрѣля плохо откашливаетъ мокроту—Эмсъ. 19 апрѣля сняты швы— первое натяженіе. 23 апрѣля коллодійная повязка. 26 апрѣля выписался. T° все время нормальная, самая высокая была 37,8 на другой день операціи вечеромъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 88. *Hernia inguinalis.*

О. Щ., 29 л., чиновникъ, холостой, поступилъ въ клинику 25 февраля 1903 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Самъ ничѣмъ не хворалъ. Грыжа существуетъ 2 года. Крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія.

Внутренніе органы здоровы.

Грыжа правосторонняя, величиною съ гусиное яйцо, опускается въ мошонку; вправляется; не ущемлялась.

27 февраля операція: резецированъ небольшой кусокъ сальника. Послѣ операціи была тошнота, но рвоты не было.

3 марта сняты швы—первое натяженіе.

8 марта выписался. T° на второй день вечеромъ доходила до 37,7. Остальное время нормальна.

№ 89. *Hernia inguinalis.*

А. П., 18 л., реалистъ, поступилъ въ клинику 26-го марта 1903 года.

Больной правильнаго сложенія. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Грыжа существуетъ около года.

Грыжа правосторонняя, спускается въ мошонку до половины ея, вправляется, не ущемлялась. Внутренніе органы здоровы.

27 марта. Операція 45 мин. хлороформъ. Резецированъ кусокъ сальника, приросшій къ перетяжкѣ грыжеваго мѣшка. Мѣшокъ имѣлъ форму песочныхъ часовъ.

31 марта. Сняты швы—первое натяженіе.

5 апрѣля. Больной выписался. T° все время нормальна не выше $37^{0}3$.

№ 90. *Hernia inguinalis congenita.*

Н. Я., кр. Рязанской губ., 29 л., женатый, поступилъ въ клинику 1 января 1903 года.

Больной правильнаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. До этихъ поръ ничѣмъ не хворалъ. Въ лѣвомъ паху грыжа, врожденная, небольшая, вправляется, не ущемлялась. Правое паховое кольцо пропускаетъ свободно указательный палецъ, но грыжи нѣтъ. Внутренніе органы нормальны.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

4 января. Операція: грыжесѣченіе по Kocher'y; мѣшокъ отсепарованъ, осмотрѣнъ и надъ яичкомъ отрѣзанъ. Отрѣзанный конецъ мѣшка завязанъ, инвагинированъ въ брюшную полостъ съ помощью кохеровскихъ щипцовъ и вдавленъ кнаружи и кверху отъ внутренняго пахового отверстія, въ переднюю брюшную стѣнку, которая въ этомъ мѣстѣ была на небольшомъ протяженіи насквозь прорѣзана. Верхушка мѣшка выведена изъ отверстія, отвязана и пришита къ мышцамъ брюшной стѣнки. Дефектъ оболочки на яичкѣ закрытъ нѣсколькими швами. Наркозъ — хлороформъ 50,0—50 минутъ. Послѣ наркоза рвота продолжалась цѣлый день и половину ночи. 5 января желтуха —Vichy. 6 января. Животъ вздутъ—сухая клизма. 8 января сняты швы серфины. Кожа срослось. 11 января. Желтуха прошла. 13 января въ нижней части раны кожа покраснѣла. Рана разведена и изъ подъ кожи удалена лигатура. Выдѣлилось немного темной серозной жидкости. Вставленъ тампонъ. Т. нормальная. 15 января перевязка—рана чистая. 17-го января перевязка—рана гранулируетъ. 19 января перевязка—рана хорошо гранулируетъ. Больной выписался для амбулаторнаго лѣченія. T° все время нормальная.

№ 91. *Hernia inguinalis.*

М. К., конторщикъ, 25 лѣтъ, женатый, поступилъ въ клинику 9 марта 1903 года.

2 года тому назадъ у больного было три приступа appendicit'a одинъ за другимъ черезъ три мѣсяца. Приступы продолжались дня по три. Грыжа существуетъ нѣсколько лѣтъ. Ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Отъ бывшаго appendicit'a никакихъ слѣдовъ не осталось. Грыжа правосторонняя, величиною съ куриное яйцо; не ущемлялась; спускается въ мошонку; вправляется. Внутренніе органы никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

19 марта. Herniotomia по Bassini. Резецированъ кусокъ сальника.

23 марта. Сняты швы—первое натяженіе.

30 марта. Больной выписался. Температура все время нормальная не выше 37,3°.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ *92. Hernia inguinalis.*

И. С., 33 лѣтъ, крестьянинъ Нижегородской губ., торговецъ, женатый, поступилъ въ клинику 10-го марта 1903 года. До сихъ поръ ничѣмъ не хворалъ, крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Грыжа существуетъ съ дѣтства.

Грыжа правосторонняя, паховая, спускается въ мошонку, вправляется, не ущемлялась; величина ея въ кулакъ. Паховое кольцо свободно пропускаетъ палецъ.

Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

11 марта. Herniotomia по Bassini—50 минутъ; хлороформъ 25,0 Вечеромъ температура 37,6°.

15 марта сняты швы.

19 марта. По срединѣ разрѣза замѣченъ небольшой инфильтратъ —гной поверхностно. Вставленъ тампонъ.

24 марта. Больной выписался для амбулаторнаго лѣченія. Рана чистая. Температура все время нормальная, не выше—37,3°.

№ *93. Hernia inguinalis et hernia lincae albae.*

Т. В., 57 л., крестьян. Вятской губ., плотникъ, женатый, поступилъ въ клинику 20 января 1903 г.

До сихъ поръ былъ совершенно здоровъ.

Больной высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія, питанія удовлетворительнаго. Артеріосклерозъ. Органы груди и живота ничего ненормальнаго не представляютъ.

Въ правомъ паху грыжа, существующая лѣтъ 20, величиною съ кулакъ, мошоночная, не ущемлялась. Паховое кольцо пропускаетъ 2 пальца. Выше пупка пальца на три грыжа бѣлой линіи, величиной съ грецкій орѣхъ. Отверстіе пропускаетъ палецъ. Обѣ грыжи вправляются. 25 января. Herniotomia по Bassini. Мѣшокъ былъ въ видѣ песочныхъ часовъ. Операція продолжалась 1 ч. 25 м., хлороформъ—60,0. Вставленъ тампонъ. Ночью больной обмочилъ всю повязку. Утромъ пришлось перевязать. Лежитъ крайне безпокойно. 27 января боли въ животѣ. Икота. Пульсъ хорошій. Ледъ на животъ. Висмутъ съ опіемъ внутрь. 28 января перевязка. Тампонъ вынутъ. Небольшой кровоподтекъ вокругъ раны. Икоты и болей въ животѣ нѣтъ. 30 января сняты

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

швы—кожа спаялась. Ранки, гдѣ были вставлены тампоны, выполняются; гною нѣтъ. 1 февраля. Температура 38° и 38°3. 4 февраля выписался.

Т. В. поступилъ въ клинику 14 февраля 1903 года во второй разъ, такъ какъ 13 февраля рубецъ на небольшомъ протяженіи раскрылся и изъ раны произошло довольно сильное кровотеченіе. Наложена давящая повязка, на рану ледъ.

23 февраля кровотеченіе опять повторилось, но не сильное. 2-го марта больной выписался съ зажившей раной.

Температура доходила до 39°9—18 февраля; 19 февраля 38°2, а съ 21 февраля нормальная. Все время давящая повязка.

е) Бедренныя грыжи.

№ 94. Hernia cruralis.

Больная Е. О., 60 лѣтъ, замужняя, поступила въ клинику 27-го октября съ ущемленной бедренной грыжей правой стороны.

Грыжа существовала нѣсколько лѣтъ, не причиняя особаго безпокойства больной. Утромъ 27 октября грыжа ущемилась, больная тотчасъ-же была доставлена въ клинику, гдѣ ей и была произведена операція. Разрѣзъ кожи внизъ отъ Пупартовой связки, по длиннику опухоли, нѣсколько скошенный кнутри. Разсѣченіе laminae cribrosae и изолированіе мѣшка отъ окружающаго жирового слоя до его шейки. Затѣмъ мѣшокъ былъ разсѣченъ, оттуда выдѣлилось небольшое количество прозрачной красноватой грыжевой жидкости и оказалось, что въ самомъ мѣшкѣ находится небольшая ущемленная петля тонкой кишки, не представляющая рѣзкаго измѣненія, кромѣ значительной гипереміи. Въ грыжевое кольцо введенъ зондъ Kocher'a и по нему снаружи и сверху разсѣчены послойно напряженныя, препятствовавшія вправленію, ткани грыжеваго кольца. Послѣ этого ущемленная кишка свободно вправилась въ брюшную полость.

Мѣшокъ вытянутъ, немного скрученъ и отвязанъ у самой шейки. Отвязанная часть отрѣзана, послѣ чего культя свободно ускользаетъ внутрь. Разсѣченныя части Пупартовой связки сшиты между собой и съ fascia ileopectinea и fascia ileopectinea съ влагалищемъ сосудовъ. Въ теченіе первыхъ 7-ми дней безлихорадочное теченіе, на 8-й день

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

появилась небольшая краснота въ рубцѣ и t° поднялась на нѣсколько десятыхъ градуса. Края раны разведены, выдѣлилось немного гноя, спустя нѣсколько дней изъ раны извлечена лигатура и дальнѣйшее заживленіе шло безъ осложненій.

Вообще бедренныя грыжи встрѣчаются значительно рѣже. Такъ, за послѣдніе три года, кромѣ вышеописаннаго случая, намъ пришлось сдѣлать только три радикальныя операціи бедренной грыжи, двѣ у мужчинъ въ возрастѣ 40 и 39 лѣтъ и одну у женщины въ возрастѣ 39 лѣтъ. Способъ оперированія такой-же, какъ только что вышеописанный при ущемленной грыжѣ, исключая конечно разсѣченія грыжевого кольца. Всѣ три случая зажили per primam intentionem.

f.

№ *95. Anus praeternaturalis; stenosis intestinorum.*

П. Ш., 22 лѣтъ, кр. Могилевской губ., холостой, поступилъ въ клинику 13 сентября 1902 года.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Происходитъ изъ здоровой семьи. Самъ раньше ничѣмъ не хворалъ, была только грыжа. Въ мартѣ 1901 года грыжа ущемилась. Была сдѣлана операція, послѣ которой остался каловый свищъ. Внутренніе органы нормальны. Внизу лѣвой половины живота приблизительно пальца на 2 выше середины пупартовой связки находится отверстіе, ведущее въ кишку и пропускающее карандашъ. Изъ этого отверстія выдѣляется жидкій калъ. Испражняется черезъ прямую кишку. Животъ вздутъ, не болѣзненъ. Сильная перистальтика, легко возбуждаемая поглаживаніемъ по животу, при чемъ видно отдѣльныя кишечныя петли.

До 28-го ноября свищъ лѣчили перевязками, прижиганіями ляписомъ и аппаратомъ Paquelin'a. 28-го ноября была произведена операція подъ эфиромъ.

Попытка вырѣзать рубецъ окружающій свищъ не удалась, такъ какъ рубецъ далеко втянулся въ полость малаго таза; тогда, разсѣкши рубецъ сверху, сдѣлана была попытка изолировать приросшую кишку, изолированіе было трудно вслѣдствіе того, что петли кишки были спаяны на значительномъ протяженіи и при попыткѣ отдѣлить ихъ одна изъ петель надорвалась; зашить оказалось невозможнымъ, такъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

какъ ткани кишекъ были рыхлы и рвались. Изолированные концы кишки обрѣзаны и соединены циркулярнымъ швомъ. Рана отчасти закрыта швами, отчасти оставлена подъ тампонами.

4 декабря больной погибъ отъ перитонита.

Кромѣ приведеннаго въ нашей клиникѣ былъ оперированъ до этого времени еще одинъ случай ani praeternaturalis.

Приведемъ вкратцѣ его исторію болѣзни.

Больной Н. Б., 9 лѣтъ, крест. Томск. губ., поступилъ въ клинику 12 ноября 1901 г.

Въ лѣвой подреберной области по lin. mammill. приблизительно на одномъ уровнѣ съ свободнымъ концомъ 12-го ребра находится отверстіе, свободно пропускающее мизинецъ и окаймленное слизистой оболочкой; черезъ отверстіе выходитъ калъ. Отверстіе образовалось послѣ того, какъ быкъ ударилъ ребенка рогомъ. Брюшная стѣнка была порвана, выпала петля кишекъ, которая затѣмъ и вросла въ наружную рану. Была ли прорвана петля кишки рогомъ или прорвалась впослѣдствіи при воспаленіи—мы въ настоящее время сказать не можемъ.

Произведенная нами операція состояла въ слѣдующемъ: Отверстіе заткнуто марлей, кожа, еще одинъ разъ дезинфецированная вокругъ отверстія, была разсѣчена и разрѣзъ продолженъ до брюшной полости. Затѣмъ кишка, оказавшаяся поперечно-ободочной, была извлечена наружу, около отверстія зажата жомомъ, обложена стерилизованной марлей, введенной и въ брюшную полость со всѣхъ сторонъ, и затѣмъ часть кишки, соотвѣтствующая дефекту, была резецирована. Каждый изъ концовъ перерѣзанной кишки зашитъ наглухо трехъ-этажнымъ швомъ. Затѣмъ концы сложены одинъ около другого, какъ стволы двухствольнаго ружья и между ними наложенъ боковой анастомозъ. Ушитая кишка опущена въ брюшную полость, Рана брюшной стѣнки отчасти зашита трехъэтажнымъ швомъ, отчасти затампонирована. Предосторожность эта оказалась нелишней, такъ какъ черезъ два дня у ребенка обнаружились явленія мѣстнаго перитонита, сопровождавшіяся колляпсомъ. При удаленіи тампона на 3-й день выдѣлилось около $^1/_3$ стакана мутной серозно-гнойной жидкости. Послѣ этого ребенку сдѣлалось лучше. Перевязки мѣнялись ежедневно. Количество отдѣляемаго дѣлалось все меньше и меньше; и

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

недѣли черезъ три послѣ операціи рана закрылась совершенно. Испражненія per anum появились у ребенка на 5-й день. Такимъ образомъ мѣстный перитонитъ не зависѣлъ отъ какого нибудь нарушенія въ заживленіи кишечной раны, а произошелъ, по всей вѣроятности, отъ того, что кожа въ окружности отверстія не могла быть достаточно дезинфицирована, и инфекція, не смотря на всѣ предосторожности, проникла въ брюшную полость и вызвала мѣстный перитонитъ. Выписался изъ клиника совершенно здоровымъ 2 января 1902 года.

V.

Мочевой пузырь.

Вкратцѣ опишемъ технику операціи высокаго камнесѣченія при камняхъ и опухоляхъ мочевого пузыря.

Тазъ больного приподнимается или посредствомъ подложенной подушки или же операція производится на столѣ Гана.

Въ пузырь, предварительно промытый, черезъ введенный въ него металлическій катетеръ вливается у взрослаго отъ 250 до 300 к. с. борнаго раствора. Послѣ наполненія пузыря членъ перетягивается надъ каттетеромъ гутаперчевой трубочкой. Если операція производится на простомъ столѣ, то въ прямую кишку вставляется кольпейринтеръ, раздуваемый воздухомъ. Разрѣзъ дѣлается по средней линіи кверху отъ симфиза длиной сант. въ 10 — 12. Разрѣзается кожа, подкожная клѣтчатка, поверхностная фасція, затѣмъ разсѣкается сухожиліе бѣлой линіи, мускулы раздвигаются на обѣ стороны и затѣмъ разрѣзается f. transversa вверхъ, начиная отъ ея прикрѣпленія къ Symphisis'y; предпузырная клѣтчатка раздѣляется ножомъ. Складка брюшины, попадающаяся иногда въ верхнемъ отдѣлѣ разрѣза и отмѣчаемая поперечно-идущей веной, поднимается кверху тупымъ крючкомъ. Клювомъ введѣннаго въ мочевой пузырь катетера выпирается стѣнка мочевого пузыря, у верхняго угла раны проводится (черезъ стѣнку пузыря) игла съ двумя нитками для фиксированія пузыря. Стѣнка пузыря прорѣзается надъ катетеромъ и расширяется, насколько необходимо, тупоконечнымъ ножомъ Послѣ этого стѣнка пузыря захватывается 3—4 торзіонными пинцетами и

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

введеннымъ въ разрѣзъ пальцемъ ощупывается камень, который затѣмъ извлекается щипцами, а чаще всего ложкой. Послѣ извлеченія камня пузырь промывается и стѣнки его пришиваются къ передней стѣнкѣ живота 4 или 5 швами (пятый у верхушки разрѣза). Въ пузырь вставляется каучуковая трубка, обложеная марлей, служащая для стока мочи.

Швы снимаются на 5—6 день, въ это же время удаляется и трубка.

а. Камни пузыря.

№ 96. Calculus vesicae urinariae.

М. Ж., 33 л., мѣщанка г. Томска, замужняя, поступила 2 марта, выписалась 9 марта 1903 г.

Заболѣла въ іюнѣ 1902 г. Боли внизу живота, усиливавшіяся при мочеиспусканіи, особенно къ концу, а также при всякомъ сильномъ движеніи; затѣмъ присоединились частые позывы къ мочеиспусканію, и въ мочѣ появлялась кровь.

Питанія больная хорошаго. Сердце и легкія здоровы. При ощупываніи мочевого пузыря—тупая боль; щупомъ нащупывается камень въ верхне-заднемъ отдѣлѣ пузыря сантиметровъ 2-хъ въ длинномъ діаметрѣ. Реакція мочи слабо-кислая, въ мочѣ фосфорно-кислыя соли, пузырный эпителій, бѣлка и сахару нѣтъ.

5 марта операція—удаленіе камня per urethram подъ хлороформомъ.

Пузырь промытъ и наполненъ растворомъ борной кислоты; уретра расширена бужами и уретрорасширителемъ; затѣмъ извлеченъ корнцангомъ камень; orifitium urethrae надорвано, наложены два шва. Камень фосфатъ, вѣситъ 20 grm.

Послѣоперацiонное теченіе безъ осложненій; черезъ недѣлю выписалась здоровой.

№ 97. Calculus vesicae urinariae.

Е. С., 3-хъ лѣтъ, сынъ учителя изъ Устькаменогорска, поступилъ 15 марта, выписался 1 апрѣля 1903 г.

Заболѣлъ въ іюнѣ 1901 г., жаловался на боли при мочеиспусканіи, лѣчился отъ катарра мочевого пузыря; боли продолжались, а

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

затѣмъ появились частые позывы къ мочеиспусканію, задержка мочи, а по временамъ въ мочѣ появлялась кровь. Съ такими жалобами больной поступилъ въ дѣтскую клинику. Изслѣдованіе мочи показало присутствіе гноя и фосфорно-кислыхъ солей; реакція мочи щелочная. Обнаружено изслѣдованіемъ присутствіе камня въ мочевомъ пузырѣ: камень прощупывается per rectum и опредѣляется щупомъ. Больной переведенъ въ хирург. клинику.

Питанія хорошаго. Легкія и сердце здоровы; аппетитъ хорошій отправленіе кишечника нормальны; при натуживаніи во время испражненія выпадаетъ прямая кишка сант. на 5. T° 36,5, пульсъ 80.

17 марта. Операція—Sectio alta.

Пузырь предварительно промытъ и наполненъ растворомъ борной кислоты (150); въ rectum вставленъ кольпейринтеръ. Кожный разрѣзъ по средней линіи надъ Symphisis сант. въ 5—6. При вскрытіи пузыря поранена складка брюшины и тотчасъ же тщательно зашита.

Извлеченный камень фосфатъ, вѣситъ 18 grm. Вставленъ дренажъ и тампоны, вверху рана зашита тремя швами.

Вечеромъ пульсъ 150, слабый. Температура 37,7°; животъ слегка вздутъ, безболѣзненъ.

На другой день пульсъ 160, температура утромъ 36,9, вечеромъ 37,8°, животъ мало вздутъ, небольшая болѣзненность при легкомъ ощупываніи, газы отходятъ; впрыснуто полфлакона антистрепт. сыворотки.

На слѣдующій день пульсъ рѣже, явленій раздраженія брюшины нѣтъ.

Дальнѣйшее теченіе безъ осложненій.

Выписанъ 1 апрѣля съ небольшимъ свищемъ, черезъ который выдѣлялась по каплямъ моча, хотя одновременно съ этимъ больной мочился и черезъ мочевой каналъ. Выпаденія прямой кишки послѣ операціи не наблюдалось.

№ 98. Calculus vesicae urinariae.

М. Ф., кр. Томской губ., 20 л., женатый, поступилъ въ клинику 1 октября 1902 года.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. 3 года тому назадъ сталъ чувствовать боль при мочеиспусканіи. Боль

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

эта то проходила, то опять появлялась. Появилось ночное недержаніе мочи. Сталъ замѣчать, что моча выходитъ нечистая. Съ марта мѣсяца сего года боль стала постоянной. Стала появляться въ мочѣ кровь. Песка и камешковъ не отходило. Лѣчился у фельдшера промываніями пузыря. Ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Щупомъ въ пузырѣ обнаруженъ камень.

Моча щелочная; есть бѣлые и красные кровянные шарики.

Остальные внутренніе органы нормальны.

2 октября. Sectio alta подъ хлороформомъ; удаленъ камень съ голубиное яйцо. Стѣнка мочевого пузыря подшита къ кожѣ. Въ пузырь вставлена трубочка. Кожная рана сверху и снизу зашита. 6 октября. Сняты швы. Пузырь промывается одинъ день растворомъ ляписа 1:3000, день борной кислотой. 7 октября. Трубочка вынута; рана тампонируется. 11 октября. Моча пошла черезъ каналъ. Рана прижигается палочкой ляписа.

Съ 16 октября прижиганія ляписомъ свища, идущаго въ пузырь. 20 октября. Больной выписался.

T° все время нормальная не выше 37°5°.

№ 99. Calculus vesicae urinariae.

Я. Н., 27 л., кр. Полтавской губ. женатый, поступилъ въ клинику 10-го февраля 1903 г.

Въ апрѣлѣ мѣсяцѣ минувшаго года почувствовалъ боль при мочеиспусканіи; выдѣлялась кровь въ началѣ мочеиспусканія. Въ сентябрѣ съ мочей выдѣлилось 4 маленькихъ камешка; вмѣстѣ съ этимъ появились частые позывы къ мочеиспусканію. Раньше дома хворалъ, но чѣмъ неизвѣстно. Больной слабаго сложенія и плохого питанія.

Внутренніе органы нормальны.

Мочится очень часто и понемногу. Моча щелочная. Есть гнойные шарики. Камень прощупывается щупомъ черезъ прямую кишку. Лежитъ, повидимому, въ шейкѣ пузыря.

17 февраля. Операція: sectio alta—хлороформъ. Удалено 3 камня. Камни лежали въ дивертикулѣ около шейки, палецъ едва доставалъ до дна. Вставлена гутаперчевая трубочка. На кожу наложены 4 шва: два сверху и два снизу.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

20 февраля. Пузырь промытъ растворомъ ляписа 1:3000.

21 февраля. Сняты швы съ кожи и соединяющіе пузырь съ кожей. Въ 2-хъ переднихъ кожныхъ швахъ гной. Пузырь промытъ борной кислотой. Температура вечеромъ 39°2. Затѣмъ температура нормальная. Пузырь промывается одинъ день ляписомъ, одинъ день борной кислотой. Рана постепенно заживаетъ, моча становится чище.

23 февраля. Вмѣсто трубки вставленъ въ пузырь катетеръ.

28 февраля. Вынутъ катетеръ. Съ 6 марта температура нѣсколько повышена. 11 марта. Температура 39°—otitis media purulenta Для вливанія въ ухо назначенъ 3% растворъ zinci sulfurici. Прижиганія ляписомъ свищевого хода въ пузырь.

12 марта. Моча идетъ черезъ каналъ.

13 марта. Температура упала до нормы.

15 марта. Рана закрылась.

16 марта. Больной выписался.

b. Новообразованія пузыря.

№ 100. Papilloma vesicae urinariae.

М. Ш., мѣщанинъ г. Каинска, 50л., портной, женатый, поступилъ въ клинику 29 декабря 1902 г.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Года $2^1/_2$ тому назадъ у него появилась въ мочѣ кровь. Кровь въ мочѣ то пропадала, то появлялась. Мѣсяца 4 тому назадъ кровь въ мочѣ стала постояннымъ явленіемъ. Позывы къ мочеиспусканію стали очень часты; при концѣ мочеиспусканія выходило нѣсколько капель сильно окрашенныхъ кровью. Сильныя боли въ шейкѣ пузыря.

Со стороны органовъ кровообращенія, дыханія и пищеваренія ничего ненормальнаго не найдено.

Мочиться самъ не можетъ; при позывахъ выходитъ только нѣсколько капель чистой крови. Камня въ пузырѣ не найдено.

Моча слабо-кислая. Окрашена кровью въ бурый цвѣтъ. Подъ микроскопомъ много красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, бѣлыхъ, клѣтки пузыря.

Назначено промываніе пузыря растворомъ 1:3000 ляписа. Больной постепенно сталъ самъ мочиться; моча стала свѣтлѣй.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

2 февраля 1903 года. Повторной цистоскопіей опредѣлена папиллома передней стѣнки мочевого пузыря.

7 февраля. Операція—sectio alta. Найдены 2 папилломы, сидѣвшія на передней стѣнкѣ. Онѣ были отожжены аппаратомъ Paquelin'a. Получилось довольно сильное кровотеченіе, которое было остановлено обшиваніемъ. Концы наложеннаго шва не обрѣзаны а выведены наружу. Пузырь подшитъ къ кожѣ; вставлена гуттаперчевая трубка.

Перевязка ежедневно съ промываніемъ пузыря.

12 февраля. Трубка изъ пузыря вынута и вставленъ катетеръ въ уретру. Сняты швы. Рана тампонируется.

18 февраля. Отошелъ и удаленъ шовъ, наложенный на стѣнку пузыря для остановки кровотеченія. Рану прижигаютъ argento nitrio in subst. Рана постепенно заживала и къ 5 марта остался свищевой ходъ, который прижженъ ляписомъ. Мочится самъ.

6 марта. Больной выписался. Свищъ закрылся. Въ послѣопераціонный періодъ присоединилось заболѣваніе кратковременное бронхитомъ—19 февраля.

Въ день операціи T° веч. 38°, 8 февраля 38°, 38,4, 9 февраля—37,5. Съ 9 по 16-е нормальная, 16 февраля 38,7. Остальное время нормальная.

№ 101. Cancer vesicae urinariae; varices haemorrhoidales.

Н. В., 58 лѣтъ, мѣщанинъ г. Острога, фельдшеръ, женатый, поступилъ въ клинику 24 Января 1903 года.

Ранѣе больной ничѣмъ не хворалъ. Геморрой существуетъ лѣтъ 30.

Въ іюнѣ 1902 года появилось частое мочеиспусканіе съ болью въ шейкѣ пузыря и кровь въ мочѣ. Выходила и чистая кровь.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго.

Мочится больной очень часто, моча темная, почти бурая. Въ концѣ мочеиспусканія появляется чистая кровь. Выходъ послѣднихъ капель причиняетъ сильную боль. Боли существуютъ постоянно, но усиливаются при мочеиспусканіи. Въ мочѣ много бѣлка. Подъ микроскопомъ найдены въ мочѣ красныя и бѣлыя кровяныя тѣльца. Цистокопія не удалась. Камень не нащупывался. Предстательная железа немного увеличена.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

Геморроидальныя шишки воспалены и очень болѣзненны.

Данъ 10% каломель для смазыванія шишекъ, морфійныя свѣчи. Пузырь промывается ляписомъ 1:3000. Внутрь салолъ.

Къ 3 февраля геморроидальныя шишки пришли къ нормѣ. 6 февраля моча стала чиста, мочеиспусканіе рѣже; цистокопія всетаки не удается.

13 февраля операція: высокое сѣченіе пузыря. На передней стѣнкѣ пузыря плотная бугристая опухоль. Всей опухоли удалить не удалось, т. к. часть ея пошла подъ лобокъ къ предстательной железѣ. Оставшаяся часть слизистой оболочки подшита къ кожѣ. Съ правой стороны въ клѣтчаткѣ оставлено два кровеостанавливающихъ пинцета на сосудахъ. Вставлена гутаперчевая трубка и 3 тампона. Операція подъ хлороформомъ.

Больной пролежалъ въ клиникѣ до 5 марта и выписался съ незажившей раной.

Первое время послѣ операціи его мучили сильныя боли, которыя успокаивались морфіемъ. На третій день сняты пинцеты, лежавшіе на сосудахъ. 17 февраля. Вынута трубка и оставлены одни тампоны. Съ 20 февраля возобновлено промываніе пузыря ляписомъ (1:3000)—день ляписомъ, день 3% борной кислотой.

Стѣнка пузыря выпятилась и покрылась отложившимися на ней солями.

Съ 25 февраля сталъ ходить. 28 февраля замѣчено небольшое плотное опуханіе на крестцѣ.

5 марта больной выписался. Боль существовала до конца, но значительно меньше.

T° съ 18 февраля повышена 36,6, доходила 39°2, 24—38,—25—36,°6 и до конца нормальна.

VII.

Почка.

№ 102. Nephrolitiasis et pyelonephritis.

С. К., Томскій мѣщанинъ, 25 л. приказчикъ, женатый, поступилъ въ клинику 15 сентября 1902 г.

Больной слабаго сложенія, ослабленнаго питанія. Года три страдаетъ приступами почечныхъ болей, повторяющихся черезъ нѣкоторый промежутокъ времени. Послѣдній приступъ былъ въ іюлѣ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

мѣсяцѣ, очень сильный, сопровождался сильнымъ жаромъ. Послѣ него больной замѣтилъ въ лѣвомъ подреберьѣ опухоль. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Въ лѣвомъ подреберьѣ прощупывается опухоль, величиною въ кулакъ, неподвижная при дыханіи, исходящая изъ поясничной области; опухоль гладкая; прощупывается неясная флюктуація. При надуваніи кишки, кишка лежитъ надъ опухолью. Размѣры селезенки опредѣлить не удается. Остальные внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

Въ мочѣ бѣлокъ. Подъ микроскопомъ много гнойныхъ тѣлецъ. Реакція слабо кислая.

18 сентября операція: поясничный разрѣзъ; почка разсѣчена вдоль выпуклаго края; вышло много гноя (250,0—300,0 гр.) Удаленъ большой камень съ отростками, соотвѣтствующими лоханкамъ. Почка подшита къ кожѣ. Рана промыта растворомъ соли и затампонирована ксероформенной марлей. Въ глубинѣ раны есть ходъ, пропускающій палецъ, ведущій въ небольшую полость.

Перевязки ежедневно съ промываніемъ раны растворомъ соли. Гною съ каждымъ разомъ все меньше и меньше. Бѣлокъ въ мочѣ то есть, то нѣту, 23 сентября т-ра поднялась до 38,5° вечеромъ и съ этихъ поръ до 21 октября держится повышенною, колебалась отъ 37,8° до 38,9° по вечерамъ. Перевязки ежедневно. Гною совсѣмъ немного. 6 октября. Замѣчено, что гной идетъ изъ глубины раны изъ маленькой полости. Ходъ въ эту полость, сильно сузившійся, 9 октября расширенъ и выскобленъ ложечкой; вышло нѣсколько мелкихъ камушковъ. Въ мочѣ по прежнему бѣлокъ то исчезаетъ, то появляется. Съ 20 октября рана промывается растворомъ ляписа. Перевязки ежедневно. Къ 16 октября остался небольшой свищъ, ведущій въ небольшую полость. Вставлена гутаперчевая трубочка. Больной потолстѣлъ. Выписался для амбулаторнаго лѣченія.

№ 103. Ren mobile.

Х. М., 25 л., изъ Томской губ., замужняя, поступила 29 ноября 1902 г., выписалась 5 января 1903 г.

Полтора года тому назадъ почувствовала боли въ правой сторонѣ живота, боли продолжались отъ нѣсколькихъ минутъ до 1—2 ча-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

совъ, острыя, сопровождались судорогами, а иногда рвотой; одновременно съ этимъ больная нащупывала у себя въ животѣ опухоль очень подвижную.

Больная крѣпкаго сложенія, хорошаго питанія; сердце и легкія здоровы. При изслѣдованіи ощущаетъ боли въ правой сторонѣ живота и у позвоночника въ поясничной области справа, а также при надавливаніи на plexus solaris и plexus iliacus; боли чувствуются при ходьбѣ, мочеиспусканіи, дефекаціи. По средней линіи живота ниже пупка прощупывается плотное тѣло, по формѣ почка, легкими движеніями его можно отвести вверхъ и вправо къ позвоночнику.

13 декабря сдѣлана операція пришиванія почки.

Операція начата разрѣзомъ. параллельно нижнему краю 12-аго ребра. По разсѣченіе кожи и клѣтчатки въ поперечномъ направленіи была разрѣзана въ продольномъ направленіи t. lumbo-dorsalis и въ верхнемъ углу раны волокна m. serrati postici. Musculus sacro-lumbalis отдвинутъ къ позвоночнику. Разрѣзанъ глубокій листокъ f. lumbo-dorsalis, обнаженъ край t. quadrati-lumborum и разрѣзана въ продольномъ же направленіи f. transversa. Сосуды, попадавшіеся въ разрѣзъ, перевязаны, нервы отодвинуты въ нижній уголъ раны. Подведеніе почки въ рану удалось не безъ труда. Фиброзная капсула по выпуклости разсѣчена и нѣсколько отдѣлена отъ паренхимы почка поставлена такъ, что ея верхній полюсъ скрывается подъ 12-ымъ ребромъ; верхній уголъ пришитъ къ надкостницѣ 12-аго ребра и къ волокнамъ m-lorum latissimi dorsi et serrati postici, остальные швы съ обѣихъ сторонъ наложены такимъ образомъ, что они проникали сквозь кожу, f. lumbo-dorsalis, m. erector trunci и capsula adiposa. Подъ почку вставленъ тампонъ для того, чтобы вывать болѣе энергическое рубцеваніе того пространства, которое книзу проходила почка при своемъ блужданіи. Въ рану вставленъ тампонъ. Заживленіе безъ всякихъ осложненій. Припадки болей съ судорогами повторялись и послѣ операціи. Въ апрѣлѣ больная явилась въ клинику съ прежними жалобами. Изслѣдованіе показало смѣщеніе правой почки въ область пупка, которое произошло черезъ мѣсяца два послѣ того, какъ больная упала съ полка въ банѣ. На предложенную повторную операцію не согласилась.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Въ прошломъ году точно такимъ же способомъ мы пришили у двухъ женщинъ блуждающія почки; у обѣихъ справа и у обѣихъ послѣ пришиванія болѣзненныя явленія исчезли и почки, насколько намъ извѣстно, прочно стоятъ на томъ мѣстѣ, гдѣ онѣ были пришиты.

VII.

Яичко и сѣмянной канатикъ.

а.

Varicocele.

Операцій varicocele сдѣлано четыре. Во всѣхъ случаяхъ операція производилась одинаково. Сперва избыточная часть мошонки перехватывалась зажимами съ такимъ расчетомъ, чтобы оставшейся ея части было достаточно для прикрытія яичекъ; излишняя часть отсѣкалась. Всѣ кровоточившіе сосуды тщательно перевязывались. Затѣмъ обнаженное яичко вытягивалось, и передняя сѣмянная вена на уровнѣ наружнаго паховаго кольца изолировалась, вдвойнѣ перевязывалась и перерѣзывалась. Периферическій конецъ перерѣзанной вены во избѣжаніе возможнаго пораненія arter. spermaticae тщательно отсепаровывался отъ окружающихъ частей и затѣмъ отдѣлялся до самого яичка; здѣсь, вполнѣ изолированный, раздѣлялся на двѣ части отвязывался и отрѣзывался. Послѣ этого такъ же тщательно выдѣлялась задняя сѣмянная вена и также отвязывалась и отрѣзывалась почти у самаго яичка. Края разрѣза мошонки соединялись узловатымъ швомъ. Заживленіе во всѣхъ случаяхъ было гладкое безъ осложненій, и всѣ болѣзненныя явленія, безпокоившія больного до операціи, совершенно исчезали.

№ 99. V*aricocele.*

Г. Н., 24 л., чиновникъ, холостъ, поступилъ въ клинику 23 января 1903 года.

Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней указываетъ на трипперъ, существующій до сихъ поръ. Сколько времени существуетъ расширеніе венъ въ лѣвомъ сѣмянномъ канатикѣ, не помнитъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Органы груди и живота ничего ненормальнаго не представляютъ. Лѣвое яичко оттянуто внизъ болѣе праваго. Расширенныя и извитыя вены лѣваго сѣменного канатика, легко прощупываются. Вены праваго канатика также нѣсколько растянуты.

24 января операція: отрѣзана часть мошонки на передней ея сторонѣ между зажимами. Расширенныя вены на лѣвой сторонѣ резецированы. Эѳиръ—75,0—45 минутъ. Ледъ на рану. 26 января перевязка, такъ какъ утромъ тем. 38 и наканунѣ вечеромъ 37,8. Отекъ лѣвой половины мошонки. Сильное гноетеченіе изъ уретры. веч. T° 39. Салолъ.

27 января. T° нормальна; гной изъ уретры; Pulv. cubebar. rec. tus. Balsam. copaiv. aa 6,0 extr. gentian. q. sat. p № 60. по 3 пилюли 3 раза въ день.

28 января. Сняты швы: первое натяженіе; только съ правой стороны кожа подвернулась на разстояніи 3 швовъ. Отекъ сталъ меньше.

1 февраля. Больной выписался.

T° всѣ эти дни нормальна.

№ 100. Varicocele.

А. Д., 18 л., мѣщ. г. Нижне-Удинска, торговецъ, холостой, поступилъ въ клинику 8-го февраля 1903 года.

Никакими болѣзнями ранѣе не хворалъ.

Триппера не было. Настоящее заболѣваніе началось лѣтъ 9 тому назадъ.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

Лѣвое яичко нѣсколько отвисло. Въ сѣменномъ канатикѣ прощупываются сильно извитыя вены.

12 февраля. Операція: отсѣчена между зажимами часть мошонки; отсепарованы и изсѣчены расширенныя вены. Хлороформъ 30,0—48 минутъ.

15 февраля веч. T° 38,5°. 2 раза выпускали мочу, такъ какъ самъ не мочится.

16 февраля. Сняты швы. Первое натяженіе. Отекъ незначительный. Кожа въ одномъ мѣстѣ подвернулась.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

22 февраля. Больной выписался. T° послѣ 15-го все время нормальна.

№ 101. Varicocele.

В. Л., 24 л., Тюменскій мѣщанинъ, холостой, поступилъ въ клинику 22 февраля 1903 г.

Больной—человѣкъ правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Триппера не было. Настоящее заболѣваніе началось лѣтъ пять тому назадъ.

Лѣвое яичко сильно оттянуто; прощупываются сильно извитыя, расширенныя вены.

Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

22 февраля. Операція: часть мошонки отсѣчена. Расширенныя вены отсепарованы и изсѣчены.

25 февраля. Сняты швы черезъ одинъ.

26 февраля. Сняты остальные швы. Первое натяженіе. Кожа нигдѣ не подвернулась. Отека нѣтъ.

2 марта. Больной выписался.

T° поднималась до 38—23-го вечеромъ. Все остальное время нормальная.

№ 102. Varicocele.

В. К., Калужскій мѣщанинъ, 23 л., холостой, поступилъ въ клинику 7 января 1903 года.

Три года тому назадъ замѣтилъ небольшую мягкую опухоль въ лѣвомъ сѣменномъ канатикѣ, которая постепенно увеличивалась. При лежаніи опухоль эта спадалась, при вставаніи набухала.

Изъ перенесенныхъ ранѣе болѣзней указываетъ на трипперъ, лѣченіе котораго продолжалось до послѣдняго времени. Капля и сейчасъ появляется по утрамъ; гонококковъ нѣтъ. Что появилось раньше—трипперъ или опухоль, не помнитъ.

Внутренніе органы здоровы. Лѣвое яичко сильно отвисло. Въ сѣменномъ канатикѣ прощупываются сильно извитыя расширенныя вены.

9 января. Операція: часть кожи передней стороны мошонки захвачена и отрѣзана; расширенныя вены отсепарованы и резецированы послѣ перевязки.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Рана мошонки соединена швомъ. Хлороформъ—45,0—50 минутъ. 11 января перевязка: снято 5—6 швовъ, которые начали прорѣзываться. 14-го января сняты остальные швы, по серединѣ, на протяженіи 2-хъ швовъ, кожа подвернулась. Небольшой отекъ лѣвой половины мошонки.

18 января. Больной выписался съ небольшимъ отекомъ.

T^0 все время нормальная.

b.

Hydrocele.

Для лѣченія хронической водянки яичко примѣняется или операція Bergman'a или, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, проколъ съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ жидкой карболовой кислоты.

Операція Bergman'a у насъ производится слѣдующимъ образомъ.

Проводится продольный разрѣзъ (8—10 стм. длиною) по верхней части опухоли, начиная отъ паховой складки и отступя, смотря по величинѣ опухоли, пальца на 2—3 отъ корня члена. Разрѣзомъ послѣдовательно разсѣкаются всѣ слои; кровоточащіе сосуды перевязываются. Послѣ истеченія жидкости яичко съ оболочками извлекается наружу, паріэтальный серозный листокъ отдѣляется отъ паріэтальнаго же листка t-ae vaginalis communis вплоть до придатка и затѣмъ отрѣзывается. Кровотеченіе тщательно останавливается. Яичко опускается въ мошонку. Большая часть раны зашивается кромѣ нижняго угла, куда вставляется небольшой тампонъ, удаляемый на 3-й день. Швы снимаются на 5 день.

№ 103. Hydrocele.

М. Т., 25 лѣтъ, холостой, студентъ, поступилъ въ клинику 9-го марта 1903 года.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. 7 лѣтъ страдаетъ хроническимъ трипперомъ. 4 раза былъ эпидидимитъ. Послѣ третьяго раза появилось нѣбольшое hydrocele, которое увеличилось послѣ 4-го приступа эпидидимита, появившагося у больного мѣсяцъ тому назадъ. Ничѣмъ ранѣе больше не болѣлъ. Внутренніе органы нормальны. Hydrocele—лѣвостороннее, величиною съ кулакъ. Лѣвый придатокъ нѣсколько увеличенъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

12 марта. Операція по Bergman'у. На кожу наложены серфины. Хлороформъ—20,0 грм.—30 минутъ. На рану положенъ ледъ.

13 марта. Показалось обильное гноетеченіе изъ канала—даны пилюли изъ капайскаго бальзама и кубебы.

15 марта. Сняты серфины—первое натяженіе. Небольшой пролежень отъ серфины въ нижнемъ отдѣлѣ разрѣза.

18 марта. Выписался. Температура все время нормальная. Отека не было.

№ *104. Hydrocele.*

В. Ш., 55 л., кр. Томской губ., женатъ, поступилъ въ клинику 3 февраля 1903 года.

3 года тому назадъ больной замѣтилъ, что лѣвое яичко у него стало пухнуть. Триппера не имѣлъ; какой либо травмы не было. Вообще до сихъ поръ не хворалъ.

Сердце, печень, желудокъ, селезенка нормальны. Въ легкихъ явленія эмфиземы. Моча сахара и бѣлка не содержитъ.

Лѣвая половина мошонки является въ видѣ опухоли, величиною въ 2 кулака, эластической консистенціи; опухоль просвѣчиваетъ.

3 февраля. Троакаромъ удалена жидкость и впрыснута карболовая кислота около 2,0. 10 февраля ранка зажила, и 14 февраля больной выписался.

T° все время нормальная.

№ *105. Hydrocele et orchitis luetica.*

А. П., 42 лѣтъ, канцелярскій служитель, женатый, поступилъ въ клинику 22 февраля 1903 года.

3 года тому назадъ получилъ сифилисъ, который протекалъ въ тяжелой формѣ.

Года 2 тому назадъ стали опухать яички; опухоль то уменьшалась, то увеличивалась.

Раньше былъ трипперъ и ревматизмъ.

Больной правильнаго сложенія, питанія плохого. На кожѣ рубцы отъ бывшихъ luet'ическихъ язвъ. Лѣвая половина мошонки растянута до величины 2-хъ кулаковъ; флюктуируетъ, просвѣчиваетъ. Лѣвое яичко прощупать не удается. Правое яичко плотно, увеличено; на

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

немъ прощупываются 2 плотныхъ инфильтрата. Жидкость есть и въ правой половинѣ мошонки, но немного.

Въ легкихъ измѣненій нѣтъ. Шумъ на первомъ тонѣ; 2-й тонъ глухъ. Печень выходитъ изъ подъ реберъ пальца на $1^1/_2$. Селезенка нормальна. Въ мочѣ сахара и бѣлка нѣтъ. Желудокъ дѣйствуетъ правильно.

25 февраля. Операція по Bergman'у подъ кокаиномъ. Поверхность яичка покрыта ложными оболочками и кровоизліяніями. Лѣвое яичко также увеличено и плотно.

1 марта. Сняты швы—первое натяженіе. Есть небольшой отекъ.

6 марта. Выписался; отекъ еще остался. T° первые пять дней была нѣсколько повышена—самое высокое было 38,4 (28-го веч.)—а остальное время нормальна. Внутрь получалъ іодистый калій со ртутью.

№ 106. Funiculocele.

Н. К., 4-хъ лѣтъ, крестьянинъ Томской губерніи, поступилъ въ клинику 22 января 1903, выписался 7 февраля 1903 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. 2-хъ лѣтъ перенесъ корь. Пять мѣсяцевъ тому назадъ мать замѣтила опухоль въ лѣвомъ паху. Лѣчила мазями безъ всякаго результата.

Мальчикъ на видъ здоровый, хорошо развитый. Органы груди и живота здоровы. Въ лѣвой половинкѣ мошонки находится овальная опухоль, величиной немного менѣе куринаго яйца. Опухоль лежитъ надъ нормальнымъ яичкомъ, плотно упругой консистенціи, при перкуссіи даетъ тупой звукъ, безболѣзненна, при давленіи не уменьшается. Наружное паховое кольцо не прощупывается.

29 января. Операція—экстирпаціи мѣшка опухоли in toto безъ раненія его стѣнокъ.

Въ мѣшкѣ содержалась чистая серозная жидкость. Верхній конецъ этой опухоли вытянулъ за собой брюшину, образовавшую небольшой грыжевой мѣшокъ. Послѣдній перевязанъ лигатурой и прикрѣпленъ къ мышцамъ живота помощью иглы Reverdin'a кнаружи и кверху отъ внутренняго отверстія пахового канала. Наружное отверстіе пахового канала нѣсколько стянуто швами. На кожу наложены серфины.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

На 5-й день серфины сняты. Prima intentio. 7 февраля больной выписался.

c.

№ *107. Tuberculosis testiculi.*

С. П., 33 л., Томскій мѣщанинъ, женатый, поступилъ въ клинику 17-го октября 1902 года.

Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней указываетъ на дифтеритъ, бывшій въ дѣтствѣ, и на плевритъ—2 года тому назадъ. Триппера не было.

Въ іюнѣ текущаго года замѣтилъ уплотненіе и увеличеніе праваго яичка. Мѣсяца черезъ 2 появился свищъ.

Внутренніе органы никакихъ уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Правое яичко нѣсколько больше лѣваго. Правый придатокъ уплотненъ, бугристый, нѣсколько болѣзненъ. На кожѣ мошонки свищъ, идущій отъ придатка и выдѣляющій гной.

28 октября. Операція подъ хлороформомъ. Послѣ перевязки сосудовъ сѣменного канатика, яичко удалено. Края свища освѣжены и сшиты. Вставленъ тампонъ. 30 октября. Температура вечеромъ 38. 31 октября. Сняты швы. Рана чистая. Тампонъ вставленъ болѣе поверхностно. 10 ноября. Больной выписался съ зажившей раной. T° все остальное время нормальна.

VIII.

Болѣзни прямой кишки.

а.

№ *108. Cancer recti.*

Л. Б., 35 л., мѣщ. Енисейск. г., переплетчикъ, женатъ, поступилъ въ клинику 8 января 1903 года.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи; мать и отецъ его живы. Съ годъ тому назадъ замѣтилъ у себя геморроидальныя шишки. Въ сентябрѣ 1902 г. ему была сдѣлана операція—отжиганіе геморроидальныхъ шишекъ. При этомъ у него была замѣчена и раковая опухоль, но не была удалена.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней указываетъ на воспаленіе легкихъ, бывшее у него въ дѣтствѣ.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Въ легкихъ явленіе разлитаго бронхита; сердце и остальные внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ. При изслѣдованіи прямой кишки пальцемъ, тотчасъ надъ сфинктеромъ, замѣчается кольцевидная, бугристая, плотная опухоль. Насколько она тянется вверхъ, опредѣлить не удалось, такъ какъ палецъ не можетъ пройти въ отверстіе, оставленное новообразованіемъ. Больной страдаетъ кровотеченіями и запорами.

До 20-го января больному давалось inf. Ipecacuanhae и, 20 января, когда явленія бронхита улучшились, была сдѣлана операція: резецирована прямая кишка съ новообразованіемъ.

Операція удаленія рака прямой кишки начата разрѣзомъ, начинавшимся стм. на 2 выше anus'a по средней линіи и проникавшимъ вплоть до копчика и крестцовой кости.

Копчикъ былъ удаленъ, затѣмъ желобоватымъ долотомъ, послѣ предварительнаго освобожденія ножемъ отъ мягкихъ частей, былъ удаленъ кусокъ крестцовой кости въ ея лѣвой половинѣ, высотой около 3-хъ стм. Вслѣдъ затѣмъ прямая кишка постепенно изолировалась отъ проникавшихъ въ нее сосудистыхъ пучковъ, которые предварительно перевязывались. При этомъ отдѣленіи была ранена брюшина, и произведенное въ брюшинѣ отверстіе расширено настолько, чтобы можно было свободно низвести верхній отдѣлъ кишки. Затѣмъ отверстіе это заложено двумя іодоформенными тампонами. Кишка выше новообразованія перевязана двумя лигатурами и между ними перерѣзана. Затѣмъ окончательно изолированъ нижній отдѣлъ кишки и перерѣзанъ надъ задне-проходнымъ отверстіемъ, послѣ предварительной перевязки. Верхняя часть кишки была вытянута чрезъ задней проходъ наружу и вшита въ низведенный книзу и вывернутый, оставшійся нижній отрѣзокъ кишки. По бокамъ кишки вставлено 2 тампона.

Кожная рана сверху и снизу соединена 2-мя швами. Середина раны затампонирована.

Удаленный кусокъ кишки стм. въ 8—9 длиною.

Операція продолжалась 2 ч. 5 м., хлороформа 55,0.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

21 января. T°. нормальная. Пульсъ хорошій. Животъ не вздутъ. Самъ не мочится. 22 января. Явленія раздраженія брюшины нѣтъ. Т. нормальна. Брюшинные тампоны нѣсколько подтянуты и обрѣзаны. Бронхитъ усилился—Ipecacuanha, Эмсъ, вино.

24 января. Тампоны еще подтянуты. Рана чистая.

26 января. Брюшные тампоны удалены совсѣмъ. Рана чистая, гноя нѣтъ. Вставленъ только одинъ тампонъ поверхъ кишки. 29 января. Поставлена клизма. Вышло немного кала. Перевязка—сняты швы; верхній отрѣзокъ кишки спаялася съ нижнимъ. Рана чистая. До сихъ поръ больной получалъ только бульонъ, вино и яйца. Дана котлета.

20 февраля. Больной выписался для амбулаторнаго лѣченія.

Съ 29 января рана постепенно уменьшалась; тампонъ вставлялся все поверхностнѣе и меньше. Выписался съ ранкой, величиною въ 20-ти копѣечную монету. Испражняется самъ, хотя сфинктеръ дѣйствуетъ не совсѣмъ еще исправно. Изъ задняго прохода выдѣляется слизь.

№ *109. Cancer recti.*

К. П., 63 лѣтъ, крестьянинъ Томской губерніи, вдовый, поступилъ въ клинику 21 февраля 1903 г.

Больной высокаго роста, очень крѣпкаго сложенія, питанія ослабленнаго.

Три года тому назадъ стали появляться поносы съ кровью, перешедшіе потомъ въ запоры. Въ прошломъ году была констатирована опухоль прямой кишки; отъ операціи отказался. До этой болѣзни лѣчился отъ катарра желудка. Ничѣмъ больше не хворалъ.

Тоны сердца глуховаты. Эмфизема легкихъ. Печень немного увеличена и болѣзненна. Остальные внутренніе органы нормальны. Въ прямой кишкѣ, выше сфинктера прощупывается плотная, бугристая опухоль, занимающая всю окружность кишки. Палецъ въ просвѣтъ, оставленный опухолью, проходитъ, но до конца опухоли дойти не удается. Изъ задняго прохода выдѣляется много слизи. Бѣлка и сахара въ мочѣ нѣтъ.

24 февраля. Операція по тому же способу—2 ч. 20 м., хлороформъ —55 грм. Резецированъ кусокъ кишки съ опухолью стм. въ 8. Брюшина при операціи была поранена—вставлены іодоформенные тампоны.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

—Рвоты послѣ операціи не было. Температура вечеромъ 37,5°, пульсъ 84.

25 февраля. Явленій со стороны брюшины нѣтъ. Вся повязка смочена мочей. 26 февраля. Смѣненъ одинъ тампонъ, брюшинные тампоны не тронуты, рана чистая. 28 февраля. Брюшинные тампоны немного подтянуты. Моча плохо держится. Дано—Tra Nuc. vomicar. по 7 к. 3 раза въ день. Надѣтъ мочепріемникъ. 2 марта. Брюшинные тампоны удалены совсѣмъ и вставлены меньшіе. Рана покрыта вялыми безжизненными грануляціями. Кишка срослась.

6 марта. Брюшинный тампонъ удаленъ совсѣмъ. Рана плохо гранулируетъ.

8 марта. Замѣченъ пролежень на правомъ бедрѣ, въ области trochant. majoris.

9 марта. Температура вечеромъ поднялась до 38°. До сихъ поръ она была все время нормальна. 10 марта. Температура 38,7°, 39°. Рана все въ томъ же видѣ. Бредъ. Въ легкихъ измѣненій нѣтъ. 2 марта. Не смотря на то, что моча выдѣляется все время по каплямъ, изъ мочевого пузыря выпущено около литра мочи нейтральной реакціи. Температура вечеромъ поднялась до 40. Больной слабъ. 12 марта. Температура—39°, вечеромъ 39,8°. 13 марта. 39,9°—38°. Рана совершенно безжизненна. 14 марта. Температура упала до 35°. 15 марта. Появился паротитъ на правой сторонѣ. Рана въ томъ же видѣ. Больной по собственному желанію выписался.

№ *110. Cancer recti.*

А. Ч., Верхнеудинскій мѣщ., 48 лѣтъ, торговецъ, женатый, поступилъ въ клинику 15-го апрѣля 1903 г.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Мать больного умерла, судя по его разсказамъ, отъ такой же болѣзни.

Лѣтъ пять страдаетъ запорами. Мѣсяца 4 тому назадъ появились боли въ прямой кишкѣ, иррадіирующія въ лѣвое бедро. Съ мѣсяцъ тому назадъ стала показываться кровь въ испражненіи.

При изслѣдованіи прямой кишки въ ней замѣчается плотная, бугристая опухоль, сидящая на лѣвой сторонѣ выше сфинктера на 6—7 стм. На задней сторонѣ прощупывается отдѣльный небольшой

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

узелъ. До верхушки опухоли едва можно достать пальцемъ. Остальные внутренніе органы нормальны. Разстройства мочеиспусканія нѣтъ. Моча сахара и бѣлка не содержитъ.

18 апрѣля. Операція по тому же способу, 2 ч. 45 м. подъ эфиромъ. Брюшина не была тронута. Вся раковая опухоль не могла быть удалена, такъ какъ ракомъ были поражены уже часть пузыря, уретры и предстательной железы.

При отдѣленіи кишка порвалась.

Были удалены высоко сидѣвшія железки.

Сфинктеръ разсѣченъ и верхній отрѣзокъ кишки вшитъ въ anus. Послѣ этого наложены швы на сфинктеръ и кожу. Вставлены іодоформенные тампоны въ рану и кишку.

19 апрѣля. T° вечеромъ поднялась до 38°1.

20 апрѣля. Тампонъ изъ прямой кишки вынутъ.

T° 38°, 38°4. Остальные тампоны перемѣнены.

23 апрѣля. Сняты швы. Задняя стѣнка кишки омертвѣваетъ.

Въ ранѣ калъ.

28 апрѣля. Задняя стѣнка кишки отошла.

29 апрѣля. Больной выписался, такъ какъ клиника закрылась.

T° все время колебалась отъ 36,°9 до 37°9.

Перевязки ежедневно.

b. Haemorrhoides.

Операція удаленія геморроидальныхъ шишекъ производится у насъ въ клиникѣ тремя способами.

Въ случаяхъ разлитого расширенія геморроидальныхъ венъ вырѣзывается циркулярно нижній отдѣлъ слизистой оболочки вмѣстѣ съ венозными узлами, останавливается кровотеченіе и затѣмъ край слизистой сшивается съ кожей, при чемъ швомъ захватываютъ и болѣе глубокіе слои. Ходъ операціи слѣдующій.

Сфинктеръ растягивается, и шишки для болѣе удобнаго отсепаровыванія слизистой захватываются люэровскими щипцами.

Заднепроходное отверстіе растягивается крючками.

На границѣ слизистой и кожи задняго прохода дѣлается циркулярный разрѣзъ, и кожа отсепаровывается отъ лежащихъ подъ ней растянутыхъ венныхъ узловъ. Затѣмъ слизистая оболочка вмѣстѣ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

съ венными узлами отсепаровывается кверху до того мѣста, гдѣ она является нормальной, и на границѣ съ нормальной слизистой проводятъ 2 толстыя нити вверху и внизу, служащія для удержанія отдѣленной съ растянутыми венными узлами трубки слизистой оболочки. Затѣмъ дѣлается черезъ отсепарованную слизистую 2 продольныхъ разрѣза вверху и внизу. Послѣ этого одна половина отрѣзывается на границѣ съ нормальной слизистой въ циркулярномъ направленіи; по мѣрѣ отрѣзыванія свободный край слизистой пришивается къ кожѣ, при чемъ шовъ захватываетъ и болѣе глубокія слои.

Такимъ постепеннымъ отрѣзываніемъ и зашиваніемъ уменьшается потеря крови.

Пришивъ одну половину, отрѣзываютъ и пришиваютъ другую. Въ прямую кишку вставляется небольшой тампонъ.

Эта операція обезпечиваетъ наиболѣе радикальное излѣченіе, такъ какъ при ней удаляется буквально весь конволютъ растянутыхъ венъ, но она не лишена нѣкоторыхъ неудобствъ: она кровоточива, требуетъ больше времени, слизистая не всегда повсюду хорошо срастается съ кожей, и затѣмъ въ теченіе перваго дня больной испытываетъ значительныя боли.

Въ случаяхъ болѣе изолированныхъ геморроидальныхъ шишекъ, эти послѣднія или отжигаются или отвязываются.

Отжиганіе производится съ помощью прибора Paquelin'a. Предъ отжиганіемъ основаніе шишки захватывается щипцами Langenbec'a и сильно отжимается. Этотъ пріемъ, какъ мы могли замѣтить, ведетъ къ болѣе совершенной остановкѣ кровотеченія послѣ прижиганія, которое производится медленными движеніями наконечника Paquelin'a, чтобы образовать болѣе прочный струпъ.

При отвязываніи слизистая оболочка у основанія шишки, захваченной Люэровскомъ зажимомъ,циркулярно надрѣзается, затѣмъ основаніе шишки прокалывается иглой съ двойной шелковой ниткой и крѣпко перевязывается; въ каждую шишку для уменьшенія болѣзненности впрыскивается капля жидкой карболовой кислоты. Отвязанныя шишки отваливаются сами собой на 9—11-ый день.

№ *111. Varices haemorrhoidales.*

А. Г., 35 л., жена желѣзнодорож. служащаго, поступила въ клинику 28 марта, выписалась 15 апрѣля 1903 г.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Пять лѣтъ больная страдаетъ запорами; въ началѣ изрѣдка появлялись шишки въ заднемъ проходѣ и снова исчезали; послѣдніе полтора года шишки увеличились въ объемѣ, не исчезаютъ, при дефекаціи появились кровотеченія, иногда крови выливалось за одинъ разъ до чайнаго стакана.

Питанія больная плохого, видъ анемичный. Легкія и сердце здоровы.

4 марта. Операція—круговое вырѣзываніе слизистой съ геморроидальными узлами.

Швы сняты на 7-й день. Слизистая съ правой стороны отошла сант. на $1^1/_2$.

Заживленіе безъ всякихъ осложненій. Гранулирующая поверхность прижигалась ляписомъ и присыпалась ксероформомъ.

15 марта. Больная выписалась, вполнѣ довольная своимъ самочувствіемъ.

№ 112. Varices haemorrhoidales.

Н. П., 62 лѣтъ, канцеляристъ изъ Нерчинска, поступилъ въ клинику 12 апрѣля, выписался 29 апрѣля 1903 г.

Геморроемъ страдаетъ лѣтъ 25. Сильныхъ кровотеченій никогда не было, но калъ часто бывалъ окрашенъ кровью. Все время страдалъ запорами. Образъ жизни сидячій; въ молодости много пилъ водки.

Питанія удовлетворительнаго. Доступные ощупыванію сосуды склерозированы. Тоны сердца глухи. Легкія здоровы. Моча нормальна. Въ rectum тотчасъ надъ наружнымъ сфинктеромъ шесть геморроидальныхъ шишекъ, величиной въ вишню каждая.

14 апрѣля. Операція—отжиганіе шишекъ приборомъ Paquelin'a подъ хлороформомъ (20,0).

Черезъ недѣлю оставилъ клинику съ хорошо гранулирующей раной.

№ 113. Varices haemorrhoidales.

С. Р., 22 лѣтъ, студентъ, холостой, поступилъ въ клинику 28-го октября 1902 года.

Мать больного страдала геморроемъ.

Самъ больной съ тринадцатилѣтняго возраста страдаетъ запорами. Геморроемъ страдаетъ съ 15 лѣтъ. Ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ. Испражняется съ болью; при натуживаніи выходитъ изъ задняго прохода нѣсколько шишекъ.

4 ноября. Операція: отожжены 5 шишекъ. Вставленъ ксероформенный тампонъ.

7 ноября. Перемѣненъ тампонъ. 8 ноября. Слабительное. Перевязки ежедневно. 10 ноября. Ранки прижжены ляписомъ. 11 ноября выписался.

Температура все время нормальна.

№ *114. Varices haemorrhoidales.*

И. П., священникъ, 33 лѣтъ, женатый, поступилъ въ клинику 30 ноября 1902 г.

Больной правильнаго сложенія, малокровенъ.

Отецъ больного страдалъ геморроемъ.

Десять лѣтъ тому назадъ перенесъ воспаленіе легкихъ. Геморроемъ страдаетъ лѣтъ 9. Въ маѣ текущаго года было сильное кровотеченіе, повторившееся въ октябрѣ.

Внутренніе органы нормальны. Малокровные шумы въ vena jugularis.

При натуживаніи изъ задняго прохода показываются шишки.

4 декабря. Операція: отвязываніе геморроидальныхъ шишекъ. Хлороформъ. Вставленъ ксероформенный тампонъ.

7 декабря. Тампонъ перемѣненъ. 8 декабря. Слабительное. Перевязки каждый день. Шишки постепенно отпадаютъ; послѣдняя отпала 16-го декабря.

17 декабря. Выписался; даны ксероформенныя свѣчи.

Температура все время нормальна, не выше 37°3.

№ *115. Varices haemorrhoidales.*

А. Л., 40 л., православный, педель Университета, поступилъ въ клинику 5 ноября 1902 года съ жалобами на геморрой.

Лѣтъ 8 тому назадъ перенесъ тифъ. Съ тѣхъ поръ страдаетъ запорами; явленія геморроя замѣтилъ лѣтъ 7 тому назадъ. Послѣднее время они сильно безпокоятъ больного. Кровотеченій не было. Больной тѣлосложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны. Внутренія шишки небольшія. Есть одна наружная шишка.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

8 ноября. Операція: три внутреннихъ шишки отвязаны, одна отожжена Пакелэномъ. Наружная шишка прожжена аппаратомъ Пакелэна. Вставленъ ксероформенный тампонъ. Операція подъ хлороформомъ. Была рвота.

11 ноября перевязка—перемѣненъ тампонъ. 14 ноября испражненія безъ клизмы. 17 ноября. Тампонъ болѣе не вставляется. Отпала послѣдняя шишка. Ранка прижжена ляписомъ.

20 ноября. Выписался.

Температура все время нормальна.

№ 116. Varices haemorrhoidales.

А. П., священникъ, Песчанской станицы, женатый, 34 лѣтъ, поступилъ въ клинику 5-го сентября 1902 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Отецъ больного имѣлъ геморрой. Самъ больной замѣтилъ настоящее заболѣваніе на 14-омъ году. Больше ничѣмъ не хворалъ. Года 4 тому назадъ стали появляться кровотеченія, все усиливающіеся очень истощившіе больного.

Больной правильнаго сложенія, питанія плохого, очень блѣденъ. Внутренніе органы нормальны.

Заднепроходное отверстіе пальца на 2 кверху окружено непрерывнымъ кольцомъ растянутыхъ геморроидальныхъ узловъ.

9 сентября. Операція. Эфиръ. Круговое вырѣзываніе нижняго отдѣла слизистой оболочки прямой кишки. Послѣ операціи не можетъ самъ мочиться. Съ 10 сентября температура повышена, доходя до 39°, вечеромъ (10 сентября) и утромъ до 38.

Съ 14 сентября температура нормальна. 12 сентября. Снята часть швовъ. 15 сентября удалены послѣдніе швы. Слизистая съ правой стороны немного отошла—прижиганіе ляписомъ. 25 сентября. Больной выписался.

№ 117. Varices haemorrhoidales.

А. П., 29 лѣтъ, Донской казакъ, приказчикъ, женатый, поступилъ въ клинику 17-го сентября 1902 г.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи. Изъ ранѣе перенесенныхъ болѣзней указываетъ на трипперъ, мягкій шанкеръ и воспаленіе легкаго. Геморроемъ страдаетъ 11 лѣтъ. Въ 1897 году въ Тифли-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

сѣ ему сдѣлали операцію, послѣ которой черезъ годъ шишки опять появились. Съ апрѣля текущаго года стали появляться кровотеченія.

Больной правильнаго сложенія, удовлетворительнаго питанія. Внутренніе органы нормальны.

Надъ заднимъ проходомъ можно замѣтить 5 большихъ внутреннихъ шишекъ. Есть и наружныя шишки.

23 сентября. Операція. Эфиръ. Отжиганіе внутреннихъ шишекъ, наружныя прожжены. Вставленъ тампонъ. 26 сентября. Перемѣненъ тампонъ. 28 сентября. Испражненія безъ клизмы. 1 октября. Тампонъ совсѣмъ удаленъ. Ранки прижжены ляписомъ. 3 октября больной выписался. Температура все время нормальна.

№ 118. Varices haemorrhoidales.

П. О., 21 г., студентъ, холостой, поступилъ въ клинику 3 апрѣля 1903 года.

Больной крѣпкаго сложенія, питанія хорошаго. Въ дѣтствѣ перенесъ корь. Былъ трипперъ. Явленія геморроя замѣтилъ года съ $1^1/_2$.

Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

3 апрѣля. Операція. Хлороформъ. Отожжены 3 небольшихъ шишки. Тампонъ.

5 апрѣля. Тампонъ перемѣненъ. 7 апрѣля. Тампонъ совсѣмъ удаленъ. Ранки прижжены ляписомъ.

9 апрѣля. Выписался. Остались небольшія ранки,—присыпаны ксероформомъ.

Температура все время нормальна.

IX.

Поврежденія и болѣзни конечностей.

№ 119. Luxatio femoris., iliaca inveterata.

М. Ч., 10 лѣтъ, кр. Томской губ., поступилъ въ клинику 9-го сентября 1902 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Ничѣмъ раньше не хворалъ. Три года тому назадъ попалъ подъ сани, послѣ чего съ трудомъ могъ ходить. Затрудненіе при ходьбѣ все увеличивалось, и ,наконецъ, больной могъ только съ трудомъ ходить на костыляхъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Для своихъ лѣтъ больной хорошо развитъ; питаніе хорошее. Внутренніе органы нормальны. Правый тазабедреный суставъ неподвиженъ. Головка бедренной кости стоитъ кзади отъ вертлужной впадины. Нога укорочена, согнута нѣсколько въ колѣнѣ и повернута немного кнутри. Позвоночникъ сильно искривленъ въ видѣ буквы S. Ходитъ съ костылемъ и то съ трудомъ.

27 сентября. Операція подъ хлороформомъ: Сдѣлана osteotomia subtrochanterica въ направленіи спереди сверху нѣсколько кзади и внизъ; нога вытянута и выправлена; наложена гипсовая повязка. Въ рану, частью сшитую, вставленъ тампонъ.

30 сентября. T° вечеромъ 38, 3. 1 октября. Сдѣлано окно въ гипсовой повязкѣ; тампонъ перемѣненъ; рана чистая. 3 октября. Сняты швы. T° вечеромъ повышена (1 октября—38,5, 2 октября—38,2,) хотя рана чистая.

4 октября. Наложена новая гипсовая повязка, т. к. первая промокла.

18 октября. Еще разъ перемѣнена гипсовая повязка.

23 октября. Сталъ ходить съ костылемъ. Позвоночникъ искривленъ гораздо меньше.

29 октября. Выписался съ повязкой. Ранка осталась поверхностная. T° все время нормальная.

5 ноября. Была снята гипсовая повязка. Рана зажила. Правая нога немного короче. Ходитъ съ палкой почти прямо.

№ 120. Luxatio femoris ischiadica.

П. Ф., крестьянинъ Тобольской губ., 32 лѣтъ, женатый, поступилъ въ клинику 26 марта 1903 года. Лѣтъ 12 тому назадъ была горячка. Въ дѣтствѣ перенесъ корь. Мѣсяцъ тому назадъ упалъ, при чемъ лѣвая нога подвернулась кнутри. Больной не могъ ходить и двигать ногой. Не лѣчился. Больной крѣпкаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Лѣвая нога укорочена и подвернута кнутри. Движенія, какъ пассивныя, такъ и активныя очень ограничены. Бедренная головка прощупывается кзади отъ сѣдалищнаго бугра и вертела бедренной кости. Ходитъ при помощи костыля. Внутренніе органы нормальны.

29 августа. Попытка вправить бедро подъ наркозомъ не удалась. 31 августа. Больной выписался. Температура нормальна.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 121. Fractura femoris non consolidata.

И. О., Красноярскій мѣщ., 54 года, женатый, поступилъ въ клинику 5-го марта 1903 года.

3 мѣсяца тому назадъ сломалъ себѣ правое бедро. Была наложена гипсовая повязка. Черезъ 15 дней повязку пришлось снять, такъ какъ образовались пролежни.

Больной правильнаго сложенія, тучный и чрезвычайно рыхлый. Кожа блѣдная.

Правое бедро сломано въ средней трети. Верхній отломокъ смотритъ наружу, нижній внутрь. Нога укорочена. Отломки немного смѣщаются. На колѣнѣ заживающій пролежень.

Внутренніе органы уклоненій отъ нормы не представляютъ.

7 марта. Подъ хлороформомъ наложена вытягивающая повязка изъ липкаго пластыря. Назначенъ массажъ.

22 марта. Повязку пришлось снять, такъ какъ опять образовались пролежни. Концы кости опять смѣстились. Послѣ заживленія пролежней 16 апрѣля произведена операція сшиванія костныхъ обломковъ. Разрѣзъ до кости по наружной сторонѣ бедра. Кости обнажены. Переломъ оказался оскольчатымъ. Кости нисколько не срослись. Осколки удалены. На наружной сторонѣ верхняго отрѣзка сдѣланъ желобъ и въ него вложенъ нижній заостренный отрѣзокъ. Кромѣ того для болѣе прочнаго соединенія осколковъ наложены два проволочныхъ костныхъ шва изъ аллюминіевой бронзы. Кожная рана сверху и снизу зашита. По срединѣ раны вставленъ тампонъ до кости. Операція продолжалась 1 ч. 35 м. хлороформъ 35,0 грм. Послѣ операціи пульсъ очень частъ— нельзя сосчитать, и слабъ. 2 раза вспрыскивали камфору. Черезъ день больной оправился.

20 апрѣля. Вынутъ тампонъ. Рана чистая; вставленъ маленькій тампонъ.

23 апрѣля. Вставленъ поверхостный тампонъ.

25 апрѣля. Сняты швы. Тампонъ совсѣмъ вынутъ.

26 апрѣля. Наложено вытяженіе. 29 апрѣля. Переведенъ въ городскую больницу, такъ какъ клиника закрылась. Ранка осталась совсѣмъ поверхностная. Нога нѣсколько перегибается.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

T° нормальна, поднималось только въ первые дни, не выше 38°3.

Не смотря на асептическое заживленіе, не смотря на то, что наложенные швы удерживали костные отломки въ прочномъ соприкосновеніи и не смотря на примѣненный массажъ, костнаго сращеніи не произошло. Конечность была больному въ тягость, продолжительнаго лежанія онъ не могъ болѣе выносить и, по его желанію, лѣтомъ ему была произведена ампутація бедра, послѣ которой больной поправилея.

№ 122. Coxitis.

П. К., 15 л., крестьянка Томской губ., поступила въ клинику 8-го января, выписалась 23 марта 1903 года.

Заболѣла года три назадъ: первое время только слегка прихрамывала, года полтора спустя нога согнулась въ тазобедренномъ суставѣ, и больная могла ходить только съ костылемъ. Наслѣдственныхъ туберкулезныхъ заболѣваній нѣтъ; въ дѣтствѣ страдала золотухой.

Питанія больная плохого, анемична.

Органы груди и живота здоровы.

Правая нога согнута въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ, приведена и слегка ротирована внутрь; въ колѣнномъ суставѣ пассивныя движенія разгибанія и сгибанія возможны, въ тазобедренномъ —нога движется вмѣстѣ съ тазовыми костями; большой вертелъ бедра увеличенъ и болѣзненъ при давленіи, въ области сустава тѣстоватая припухлость, нога укорочена сравнительно съ лѣвой сант. на 3.

13 января. Операція—resectio coxae. Операція начата Kocher'овскимъ разрѣзомъ. Разрѣзана кожа подкожная клѣтчатка, волокна glutei magni. Костнымъ ножомъ отдѣлены прикрѣпленія m. pyriformis, glutei medii et minimi и отведены крючкомъ впередъ, точно также отрѣзаны костнымъ ножомъ у самой кости прикрѣпленія obtur. exter. et int. и отведены крючкомъ кзади, затѣмъ распаторомъ шейка бедренной кости была отдѣлена отъ мягкихъ частей его межвертельной линіи. Капсула отечная, салоподобная разрѣзана и разрѣзъ продолженъ за верхней край вертлужной впадины при чемъ ранена, вѣточка glutei inferioris. Вокругъ бедренной шейки нѣкоторое количество клочковатого гноя. Головка вывихнута, она оказалась сильно изъѣденной и лишенной хрящевого покрова. Долотомъ сбита бедренная шейка и часть большого вертела. Вертлужная впа-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

дина оказалось выполненной фунгозными грануляціями. Послѣ того, какъ инфильтрованная суставная кансула была вырѣзана, а грануляціи изъ вертлужной впадины выскоблены, оказалось, что на днѣ вертлужн. впадины находится нѣсколько углубленій, содержавшихъ небольшіе секвестры. Верхній и задній край вертлужной впадины, а также отчасти и ея дно сбиты долотомъ и выскоблены острой ложкой. Вставлены іодоформенные тампоны. Перевязка ежедневно, при чемъ выдѣлялось значительное количество гноя. 8 февраля наложена гипсовая повязка съ окномъ; черезъ недѣлю больная могла ходить въ повязкѣ. 4-го марта. Повязка снята; нога отечна; подъ вліяніемъ массажа отекъ исчезъ; рана зарубцевалась и 28 марта больная выписалась, пользуясь совершенно свободно конечностью.

№ 123. Tuberculosis femoris et tibiae.

А. Р., 18 лѣтъ, торговецъ изъ г. Каинска, холостой, поступилъ въ клинику 26 января 1903 года.

3 года тому назадъ больному была сдѣлана операція—резекція праваго колѣна.

2 мѣсяца тому назадъ у больного на ногѣ появилось 3 свища; одинъ на наружной сторонѣ бедра стм. на 8 приблизительно выше поперечнаго рубца, оставшагося послѣ сдѣланной резекціи сустава, другой на передней поверхности соотвѣтственно нижнему концу бедренной кости на поперечнымъ рубцѣ и третій на передней поверхности больше-берцовой кости —на 2 стм.—ниже поперечнаго рубца. Нога въ колѣнѣ не сгибается. Сложеніе правильное, питаніе хорошее. Сердце и легкія нормальны, печень и селезенка увеличены и плотны. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ.

27 января. Операція подъ эфирнымъ наркозомъ 1 ч.—95,0. Бедренные свищи ведутъ въ костный каналъ длиной стм. 7, діаметромъ стм. 2—$1^1/_2$, проходившій въ продольномъ направленій черезъ нижній конецъ бедренной кости, выполненный фунгозными массами и представлявшій скорѣе всего остатокъ костно-мозговой полости. Кверху каналъ упирается въ плотное костное вещество. Кость надъ нимъ сдолблена долотомъ на всемъ его протяженіи, и каналъ т. о. превращенъ въ жолобъ съ отлогими краями. Тибіальный свищъ не соединялся съ бедренными, а шелъ вглубь и нѣсколько квер-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ху въ толщу больше-берцовой кости. Кость вокругъ его тоже сдолблена. Свищи выскоблены. Были мелкіе секвестры. Рана затампонирована іодоформенной марлей. Первая перевязка 30-го января. (28 и 29 перемѣнены только верхніе слои). Тампоны сухіе.

Рана сильно кровоточитъ. Новые іодоформенные тампоны. 4 февраля. Рана начала гранулировать. Перевязка черезъ день. Съ 11-го февраля прижиганіе ляписомъ in substantia. 20 февраля. Рана чистая; вся кость покрыта грануляціями. Полость раны значительно спалась. Выписался для амбулаторнаго лѣченія.

Температура на второй день послѣ операціи $38^{0}4$; остальное время въ предѣлахъ нормы. Уѣхалъ изъ Томска съ небольшой грануляціонной поверхностью на мѣстѣ передняго нижняго свища.

№ 124. Bursitis.

И. И., 56 л., крест. Полтавской г., женатый, поступилъ въ клинику 9 сентября 1903 года.

Два года тому назадъ больной замѣтилъ у себя на лѣвой ягодицѣ у сѣдалищнаго бугра подвижную опухоль въ горошину величиной. Опухоль эта постепенно росла и достигла величины въ кулакъ. Въ нынѣшнемъ году появилась на правой ягодицѣ, на аналогичномъ мѣстѣ, такая же опухоль величиною съ куриное яйцо. Эти опухоли, сначала безболѣзненныя, въ настоящее время причиняютъ ему боль, появляющуюся приступами. Ничѣмъ болѣе не хворалъ.

Больной правильнаго сложенія, хорошаго питанія.

На обѣихъ ягодицахъ около сѣдалищнаго бугра находится по опухоли, эластической консистенціи, сильно напряженныхъ; поверхность ихъ гладкая; кожа надъ ними нормальна; обѣ подвижны—лѣвая меньше, чѣмъ правая. Лѣвая величиною съ кулакъ, правая съ куриное яйцо. Внутренніе органы нормальны.

20 сентября. Операція подъ хлороформомъ. Опухоли вылущены цѣликомъ. Онѣ состоятъ изъ довольной тонкой оболочки съ мутнымъ буроватымъ содержимымъ. Раны зашиты наглухо. 24 сентября. Сняты швы; первое натяженіе. 30 сентября. Больной выписался.

Температура поднималась до $38^{\circ}5$ въ день операціи; остальное время не выше $37^{\circ}3$.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 125. Lymphangoitis по ходу venae saphenae magnae.

Н. Б., 28 лѣтъ, врачъ, женатый, поступилъ въ клинику 3 марта 1903 года.

28 февраля почувствовалъ ознобъ; была повышенная температура. 1-го и 2-го марта то-же самое. За недѣлю до того расчесалъ себѣ правую голень. 2 марта замѣтилъ увеличенныя паховыя железы и лимфангоитъ по ходу venae saphenae magnae сначала на бедрѣ, а затѣмъ по всей ногѣ.

Больной въ дѣтствѣ перенесъ корь, скарлатину. Лѣтъ пять тому назадъ была сдѣлана операція удаленія геморроидальныхъ шишекъ. Сложенія правильнаго, питанія удовлетворительнаго. Внутренніе органы нормальны.

3 марта. Положенъ на всю ногу спиртовой компрессъ. Полный покой. T° вечеромъ 39°7.

4 марта. T° утромъ 37°5. Спиртовой компрессъ. Веч. T° 38°8.

5 марта. T° упала до нормы и болѣе не поднималась до 11-го, когда больной выписался. Спиртовой компрессъ примѣнялся до 10-го числа, когда всѣ явленія исчезли.

№ 126. Phlegmone femoris et gonitis purulenta.

И. Б., 20 л., Маріинскій мѣщ., холостой, служащій на пріискахъ, поступилъ въ клинику 3-го ноября 1902 года.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи. Раньше ничѣмъ не хворалъ. Внутренніе органы ничего ненормальнаго не представляютъ.

1-го октября сего года повредилъ себѣ ногу при взрывѣ динамита. Лѣчился въ больницѣ, гдѣ ему дѣлали перевязки. Изъ раны выходили камешки. Лѣвой ногой не можетъ пошевелить отъ сильной боли во всей ногѣ. Лѣвое бедро представляется опухшимъ и покраснѣвшимъ на передней поверхности. На передне-наружной сторонѣ бедра въ верхней его трети есть небольшой свищъ, изъ него выдѣляется гной. На границѣ средней трети съ нижней, на передней поверхности бедра еще свищъ, пропускающій указательный палецъ; свищъ этотъ идетъ глубоко подъ мышцами на внутреннюю поверхность бедра. Кромѣ того, изъ этого свища есть ходъ кверху и книзу. Изъ этого свища идетъ въ большомъ количествѣ густой гной. Кожа кругомъ покраснѣла и отечна. Колѣно не сгибается и очень болѣзненное, отечно. T° 38°.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

4 ноября. Операція подъ хлороформомъ—20,0. Сдѣлано 6 разрѣзовъ; суставъ вскрытъ съ наружной стороны. Изъ большого свища удаленъ камешекъ съ орѣхъ величиной. Вышло много гною. Всѣ раны затампонированы ксероформенной марлей. Перевязки черезъ день; тампонируется ксероформенной марлей.

Къ 13 ноября. Всѣ разрѣзы очистились и хорошо гранулируютъ, за исключеніемъ разрѣза на мѣстѣ большого свища, изъ котораго еще идетъ гной. T° за это время колеблется отъ 36° до 38,9° (7 ноября).

Перевязки черезъ день. Свищъ тампонируется по прежнему; остальные разрѣзы прижигаются ляписомъ. Къ 5 декабря всѣ разрѣзы зажили, изъ свища же все идетъ гной, но въ меньшемъ количествѣ. T° нормальна. Съ этого времени свищъ постепенно очищается и къ 27 декабря зажилъ совершенно. Перевязки черезъ день; тампонируется все поверхностнѣе. Съ 14 декабря стали дѣлать ванны черезъ день. T° все нормальна. Назначенъ массажъ.

9 января 1903 г. больной выписался съ анкилозомъ колѣна. Наступить на ногу не можетъ—мѣшаетъ боль на внутренней сторонѣ колѣна. Чувствительность всюду сохранена. Мышцы нѣсколько атрофированы. Подъ вліяніемъ массажа и теплыхъ ваннъ снова началъ владѣть своею конечностью, хотя колѣно осталось неподвижнымъ.

№ 127. Cancer femoris.

К. Н., уроженецъ Ковенской губ., 38 л., холостой, поступилъ въ клинику 6-го сентября 1902 года.

Больной до 1898 года былъ совершенно здоровъ. Въ 98 году на задней поверхности бедра на мѣстѣ бывшаго рубца, повидимому послѣ остеоміэлита, появилось изъязвленіе, которое стало расти и обратилось къ настоящему времени въ большую распадающуюся опухоль.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Покровы блѣдны.

Въ верхней трети лѣваго бедра на задней его поверхности имѣется изъязвившаяся опухоль, приблизительно круглой формы, съ діаметромъ 10 стм. Дно язвы покрыто зловонными распадающимися грануляціями. Края ея инфильтрованы, подрыты. Инфильтратъ продолжается за границы опухоли, гдѣ неясно переходитъ въ окружающую ткань. Паховыя железы лѣвой стороны плотны и увеличены, безболѣзненны.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Тоны сердца глуховаты. Печень и селезенка нѣсколько увеличены. Въ легкихъ ничего ненормальнаго нѣтъ. Въ мочѣ бѣлокъ. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли дало возможность установить діагностику рака.

9 октября. Больному была произведена операція—вылущеніе бедра съ предварительной ампутаціей его. Операція произведена подъ эфиромъ. При вылущеніи бедра около большого вертела оказалось между мышцами скопленіе гноя. Наложено нѣсколько швовъ на мышцы и кожу, остальная рана затампонирована.

14 октября. Сняты швы. Рана на всемъ протяженіи разошлась. Ткани безжизненны. Появился поносъ. Отекъ лѣвой ноги. Поносъ и отекъ такъ и не прошли до 3 ноября, когда больной умеръ. Рана нисколько не срослась. Давались: Adonis Vernalis, digitalis, вино, таннофомъ, висмутъ съ опіемъ.

T° все время нормальна, только 27 октября утромъ поднялась до 38,3, а потомъ стала опять нормальной.

№ 128. Neuralgia post amputationem.

К. С., 63 л., кр. Омской г., торговецъ, поступилъ въ клинику 15 октября 1902 года.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Ничѣмъ раньше не хворалъ.

Въ дѣтствѣ сломалъ себѣ правую голень въ нижней трети. Нога срослась, но неправильно. Въ 1902 году обратился къ деревенскому костоправу съ просьбой исправить ногу. Костоправъ такъ удачно выправилъ ее, что пришлось сдѣлать ампутацію въ верхней трети голени. Операція была произведена въ Омскѣ. Послѣ заживленія больного стали мучить рѣзкія боли въ области рубца. На наружномъ краѣ культи появилась болѣзненная точка, до которой больной не даетъ дотронуться.

Небольшой артеріосклерозъ. Органы груди и живота нормальны.

На культѣ выступаетъ острый край.

15 ноября. Операція: рубецъ вырѣзанъ; острый край сбитъ долотомъ. Рана зашита наглухо.

20 ноября. Сняты швы—первое натяженіе.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Больной выписался.

T° все время нормальна.

№ 129. Tuberculosis genu.

К. А., 12 лѣтъ, крестьянка Томской губ., поступила въ клинику 18 декабря 1902, выписалась 20 февраля 1903.

Указаній со стороны наслѣдственности нѣтъ. Въ дѣтствѣ страдала золотухой. Заболѣла полуторыхъ лѣтъ послѣ ушиба лѣвой ножки. Сначала появилась боль въ колѣнѣ, затѣмъ опухоль; ножку постепенно свело, такъ что больная могла ходить только съ костылемъ.

Видъ—недоразвитой для своихъ лѣтъ дѣвочки; анемична. Легкія и сердце здоровы. Органы живота нормальны.

Лѣвая нога согнута въ колѣнѣ подъ тупымъ угломъ. Пассивное сгибаніе возможно, разгибаніе нѣтъ. Колѣнный суставъ припухъ. Опухоль тѣстоватой консистенціи. Patella смѣщена наружу, неподвижна. Концы костей при давленіи болѣзненны. Нога короче правой сант. на 3. Мышцы атрофированы. T° 37°, пульсъ 80, правильный.

22 декабря. Операція—resectio genu. Разрѣзъ по Textor'y. Перерѣзка боковыхъ связокъ. Patella была сращена съ мыщелками бедра и отдѣлена долотомъ. Покрытая фунгозными грануляціями суставная сумка вырѣзана ножницами. Концы костей резецированы. Туберкулезныя гнѣзда въ бедрѣ и большеберцевой кости выскоблены и выжжены приборомъ Paquelin'a. Вставлены іодоформенные тампоны съ обѣихъ сторонъ. Наложено нѣсколько швовъ. Перевязка ежедневно. Изъ раны выдѣляется сѣроватогнойная жидкость. Черезъ недѣлю наложена гипсовая повязка. Заживленіе шло безъ всякихъ осложненій. Выписалась съ закрывшейся раной; конечностью пользуется свободно.

№ 130. Tuberculosis genu.

Ф. Э., 5 лѣтъ, дочь почтово-телеграфнаго чиновника изъ Хабаровска. Поступила въ клинику 8 января, выписалась 31 января 1903 года.

Указаній на наслѣдственность нѣтъ. Раньше страдала коклюшемъ, послѣ чего остался сухой кашель. Годъ тому назадъ упала въ комнатѣ на колѣно. Колѣно распухло и было болѣзненно, но больная

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ходила довольно свободно. Черезъ 4 мѣсяца снова упала со ступенекъ крыльца; боли усилились, и пользоваться ногой больная не могла.

Лѣвое колѣно опухло, опухоль тѣстоватая, нога согнута въ колѣнѣ подъ тупымъ угломъ; активная и пассивная подвижность ограничены. Ходитъ при помощи шины.

Видъ больной анемичный. По ночамъ потѣетъ. Скоро устаетъ Сердце здорово. Въ правомъ легкомъ сзади ниже угла лопатки легкое притупленіе, слышны влажные хрипы. Аппетитъ плохой. Отправленія кишечника нормальны.

Назначено впрыскиваніе іодоформенной эмульсіи (10% съ глицериномъ). Въ клиникѣ сдѣлано два впрыскиванія, черезъ двѣ недѣли каждое.

31 января больная выписана для амбуляторнаго лѣченія. Назначенъ мышьякъ внутрь и наложеніе эластическаго жгута.

Амбуляторно сдѣлано пять разъ впрыскиваніе эмульсіи. Замѣтныхъ измѣненій въ суставѣ не наблюдается. Общее состояніе удовлетворительно. Рекомендовано лѣтомъ поѣхать на желѣзныя воды.

№ *131. Tuberculosis genu.*

А. М., 7 лѣтъ, крест. Томской губ., поступилъ въ клинику 1902 года, 19 ноября, выписался 1902 года,

Родители больного здоровы, братья и сестры тоже здоровы. На 5-мъ году упалъ съ небольшой высоты; тотъ часъ послѣ паденія ни на что не жаловался, потомъ сталъ жаловаться на боль въ лѣвомъ колѣнѣ и замѣтно сталъ прихрамывать; въ колѣнѣ появилась опухоль въ области patella; опухоль постепенно захватила весь суставъ, ножку свело, и подвижность въ суставѣ исчезла. Лихорадочнаго состоянія мать не замѣчала.

На видъ мальчикъ здоровый, слегка блѣдноватъ. Легкія и сердце, а также органы живота здоровы. Въ поясничной области позвоночникъ искривленъ вправо. Лѣвая нога согнута въ колѣнѣ подъ угломъ немного больше прямого. Въ области сустава равномѣрно-тѣстоватая припухлость. Форма сустава веретенообразная. Мыщелки при давленіи болѣзненны. Подвижность активная и пассивная сведена до minimum'а. T° 37°, пульсъ 80, полный.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

55 ноября. Операція—resectio genu. Разрѣзъ по Фолькману. Patella, пораженая туберкулезомъ, удалена цѣликомъ. Перерожденная капсула вырѣзана, боковыя связки отдѣлены отъ мыщелковъ бедра. Концы костей резецированы. Вставленъ іодоформенный тампонъ, наложенонѣсколько кожныхъ швовъ, конечность уложена на шину. Черезъ четыре дня гипсовая повязка со скобами. Перевязки черезъ день. Заживленіе при нормальной t°. 21 декабря рана закрылась; концы костей срослись плотно, больной свободно пользуется конечностью.

№ 132. Genu recurratum.

М. К., 27 лѣтъ, крестьянка Томск. г., замужняя, поступила въ клинику 11 декабря 1902, выписалась 20 февраля 1903 г.

Заболѣла 4 года тому назадъ: появились боли въ колѣнѣ, а затѣмъ опухоль; опухоль стала краснѣть, образовался нарывъ; больная сама проткнула его иглой, выдѣлилось много гнойно-кровянистой жидкости. Черезъ три года снова на колѣнѣ появился нарывъ, вскрытый врачемъ; боль въ колѣнѣ осталась, больная могла ходить только съ костылемъ. Происходитъ изъ здоровой семьи, имѣла двухъ дѣтей, одинъ живъ и здоровъ, другой умеръ на 2-мъ году, выкидышей не было. Тѣлосложенія крѣпкаго, питанія хорошаго. Органы груди и живота здоровы.

Правое колѣно значительно толще лѣваго; нижній эпифизъ бедра и верхніе tibiae et fibulae утолщены, patella неподвижна, опухоль отъ колѣна тянется сант. на 5 вверхъ и внизъ, тѣстоватой консистенціи, при давленіи безболѣзненна; нога фиксирована въ положеніи чрезмѣрнаго разгибанія въ колѣнномъ суставѣ; ходить не можетъ.

3 января. Операція—resectio genu. Кожный разрѣзъ полулунный черезъ ligam. patellae. по Textor'y. По вскрытіи сустава оказалось: сочленовые концы костей спаяны плотной рубцовой тканью. По разсѣченіи этой рубцовой ткани и отдѣленіи мѣста прикрѣпленія боковыхъ связокъ къ мыщелкомъ бедра, концы сочленовыхъ костей освобождены отъ рубцовъ и отпилены въ видѣ менисковъ пилой Гельфериха. На средину кожнаго лоскута наложены швы; въ боковые углы вставлены тампоны. Швы сняты на 8-й день, на слѣдующій день края раны разошлись, наложены вторичные швы. Черезъ двѣ недѣли непод-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

вижная повязка. Въ колѣнѣ образовался полный анкилозъ; больная ходитъ свободно.

№ *133. Ankylosis genu traumatica.*

И. З., 18 лѣтъ, кр. Томской губ. холостой, поступилъ въ клинику 30-го октября 1902 года.

Осенью прошлаго года поранилъ себѣ топоромъ колѣно лѣвой ноги. Рана нагноилась. Образовалось два свища. Въ мартѣ мѣсяцѣ сего года рана и свищи зажили; получился анкилозъ колѣна.

Больной правильнаго сложенія, питанія удовлетворительнаго. Лѣвая нога согнута подъ прямымъ угломъ; суставъ совершенно неподвиженъ; болѣзненныхъ точекъ нѣтъ. Patella смѣщена кнаружи, внутри отъ нея рубецъ около 6 стм. длины. Стм. на 4 выше небольшой рубецъ отъ зажившаго свища. На внутренней сторонѣ голени около колѣна другой зажившій свищъ.

Внутренніе органы нормальны.

8-го ноября. Операція—резекція колѣна. Разрѣзъ дугообразный, отъ одного мыщелка къ другому; Рубцы вырѣзаны, концы костей отпилены въ видѣ менисковъ пилою Гельфериха. Удалена patella. Рана зашита наглухо. Наложена повязка съ шиной.

12 ноября. Сняты швы—первое натяженіе. Наложена окончательная гипсовая повязка.

9 декабря. Повязка снята. Кожа срослась.

15 декабря. Больной выписался. Ходитъ съ помощью палочки.

T° все время не выше 37°4.

№ *134. Tuberculosis tibiae et ossis calcanei; spondilitis tuberculosa.*

П. К., 26 л., служащій на ж. д., холостъ, поступилъ въ клинику 4 февраля 1903 года.

Происходитъ изъ здоровой семьи. Въ дѣтствѣ страдалъ золотухой. Въ 1899 году послѣ ушиба стали болѣть ноги, появились свищи на стопахъ, выдѣлявшіе гной, выходили и мелкіе косточки.

Въ іюнѣ 1902 года Пироговская операція на правой ногѣ, а въ сентябрѣ ампутація лѣвой голени въ верхней ея трети. Въ это же время появился и абсцессъ на спинѣ.

Больной правильнаго сложенія, питанія довольно хорошаго. Внутренніе органы уклоненія отъ нормы не представляютъ.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

На правой культѣ 3 свища, выдѣляющіе изъ себя гной; всѣ свищи лежатъ въ tibia и остаткѣ пяточной кости. Первый поясничный позвонокъ выпяченъ кзади; тутъ же находится холодный абсцессъ съ съ кулакъ величиной.

8 января. Шприцемъ изъ абсцесса вытянутъ гной, и вспрыснуто 8 грм. 10 % іодоформенной эмульсіи.

10 февраля. Операція; ампутація правой голени по Bier'у въ средней трети, 1 ч., хлороформу 15, эфиру 80. Вставленъ небольшой тампонъ.

12 февраля. Тампонъ вынутъ.

14 февраля. Сняты швы—первое натяженіе.

20 февраля. Еще разъ вспрыснута іодоформенная эмульсія.

26 февраля. Больной выписался.

T° все время была нѣсколько повышена, какъ и до операціи, доходя вечеромъ до 37,7.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Б

Матеріалы для антропологіи Сибири.

XIV. Старинное татарское и слѣды другихъ кладбищъ въ „юрточной" части г. Томска.

Прозектора С. ЧУГУНОВА.

Весной 1898 года, при обширной выемкѣ земли для постройки подвальнаго помѣщенія дома общественнаго собранія, въ юрточной части г. Томска, на Почтамтской улицѣ, было обнаружено значительное количество перегнившихъ человѣческихъ скелетовъ, безъ всякихъ слѣдовъ подлѣ нихъ гроба и какихъ-либо вещей. Говорили, что, кромѣ дѣтскихъ, однихъ взрослыхъ череповъ было выкопано до восьмидесяти. Къ сожалѣнію, ни городское, ни полицейское управленіе въ Томскѣ еще не усвоили просвѣщеннаго обычая университетскаго города—направлять такія находки въ мѣстный анатомическій театръ или хотя бы извѣщать университетъ о случаяхъ такихъ находокъ. Во время обильнаго выкапыванія костей меня въ Томскѣ не было, а за это время всѣ кости успѣли зарыть куда-то глубоко въ основаніе вновь возведенной насыпи на заднемъ дворѣ зданій общественнаго собранія. Въ маѣ и іюнѣ были произведены незначительныя выемки земли, при которыхъ я могъ получить только *восемь* полуразрушенныхъ череповъ и осмотрѣть естественное положеніе четырехъ скелетовъ.

Въ данномъ мѣстѣ, подъ слоемъ чернозема, смѣшаннаго со щебнемъ и соромъ, толщиною въ 20—70 стметр., располагаются желтовато-бѣлые слоистые пески, рѣчного происхожденія. Скелеты залегали въ этомъ песчаномъ слоѣ, на глубинѣ 0,75—1,75 метра отъ поверхности. На разстояніи 40 стм. надъ костяками я нашелъ горизонтально располагавшійся слой совершенно перегнившаго дерева, въ 3 стм. толщи-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

ной и до 40 стм. шириной. Корни травъ мѣстами достигали костей. Слой песка надъ костями отличался отъ окружающаго—не тронутаго—песка отсутствіемъ слоистости, немного болѣе темной окраской и присутствіемъ пронизывающихъ его корней травъ.

Положеніе скелетовъ было на спинѣ, съ вытянутыми вдоль туловища руками, при чемъ въ одномъ случаѣ разстояніе между нижними концами плечевыхъ костей было 50 стм.,—головой къ З. и протянутыми ногами—къ В., при этомъ черепъ лежалъ на правомъ вискѣ; лицо было обращено на Ю.—Въ двухъ обстоятельнѣе осмотрѣнныхъ случаяхъ—обѣ руки были пронированы.

Вслѣдствіе влажности песчанаго слоя, заключавшіяся въ немъ кости оказалися дряблы и мягки. У всѣхъ череповъ наружная пластинка въ большей или меньшей степени разрушена; одинъ черепъ (№ 7) совершенно лишенъ лицеваго отдѣла; другіе два съ дефектами—въ лобной кости (№ 8) и въ темянной (№ 2). Цвѣтъ череповъ не одинаковъ; два черепа желтоватаго цвѣта (№ 1 и № 2), на другихъ двухъ по желтоватому фону замѣчается темно-фіолетовый налетъ (№ 3 и № 7), обусловленный осадкомъ желѣза крови; этотъ налетъ особенно густо покрываетъ остальные четыре черепа (№№ 4, 5, 6 и 8), почему эти черепа кажутся черными.—Другія кости скелетовъ, будучи также покрыты темно-фіолетовымъ налетомъ, оказались на столько иструхшими, что не дали возможности опредѣлить ни размѣра, ни даже половыхъ особенностей.

Ясно выраженный въ четырехъ случаяхъ осмотра естественнаго положенія костяковъ ритуалъ погребенія указываетъ, что въ данномъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ магометанскимъ кладбищемъ. Правда, я нашелъ лежащимъ на правой сторонѣ только черепъ; туловище же и конечности находились не въ правомъ боковомъ положеніи, а въ спинномъ, и при томъ нельзя было достаточно опредѣленно выяснить была ли для помѣщенія трупа устраиваема на южной сторонѣ могилы боковая ниша, какъ все это наблюдается при типическомъ магометанскомъ способѣ погребенія; но мнѣ извѣстно, что въ случаѣ рыхлости грунта, каковымъ въ данномъ случаѣ является песчаный, боковой ниши не дѣлаютъ, а трупъ кладутъ прямо на дно могилы, при чемъ, вслѣдствіе естественнаго опусканія частей тѣла подъ тяжестью

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

могильной насыпи, трупъ можетъ измѣнить боковое положеніе на спинное.

Существованіе магометанскаго кладбища въ юрточной части города, или, какъ выражаются въ разговорѣ—„на юрточной горѣ“,—объясняется давнимъ поселеніемъ вблизи этой мѣстности татаръ. Въ настоящее время татары живутъ между юрточной горой и рѣкой Томью, въ заисточной низменной части города. Gmelin, посѣтившій Томскъ въ 1734 г., и Pallas, посѣтившій его въ 1770 году, говорятъ въ своихъ путевыхъ запискахъ, что главная (по численности населенія) часть города Томска лежитъ подлѣ Воскресенской горы, вдоль по рѣкѣ Томи, и что рѣчка Ушайка раздѣляетъ эту низменную часть города на правую часть, гдѣ находится гостинный дворъ, и лѣвую, гдѣ расположена татарская слобода или, по *Палласу*,—„татарскія юрты“. Нынѣ именуемая „юрточная“ часть города возвышается на восточной окраинѣ заисточной части и въ XVIII столѣтіи принадлежала, очевидно, татарамъ, которые ставили здѣсь юрты. Въ этой свободной отъ русскихъ усадьбъ мѣстности, по сосѣдству съ татарскимъ поселеніемъ, и могло, среди березовой рощи, находиться магометанское кладбище.

Что это кладбище не ограничивалось одной мѣстностью зданій общественнаго собранія, а простиралось и южнѣе, говоритъ то обстоятельство, что въ маѣ того-же 1898 г., по той же Почтамтской улицѣ саженяхъ въ 40 отъ общественнаго собранія, во дворѣ церковно-приходской школы (при архіерейскомъ садѣ), при постановкѣ столбовъ былъ выкопанъ изъ песчаной почвы полуразрушившійся скелетъ, черепъ котораго былъ доставленъ мнѣ; цвѣтъ и степень разрушенія этого черепа вполнѣ подходятъ къ костякамъ описаннаго выше кладбища. Возможно даже, что это кладбище тянулось и далѣе по юрточной горѣ, параллельно заисточной части, такъ какъ саженъ на 150 южнѣе указанныхъ мѣстъ, на площади противъ городской больницы (до нынѣ именуемой больницей приказа общественнаго призрѣнія), при проведеніи канавы въ сентябрѣ 1901 г. былъ добытъ полуразрушенный скелетъ, проросшій корнями травъ и лежавшій также въ песчаной почвѣ. Доставленный мнѣ черепъ, лишенный лицевого отдѣла, желтоватаго цвѣта и по степени разрушенія вполнѣ подходитъ къ такого цвѣта черепамъ описаннаго кладбища.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Что касается древности костяковъ татарскаго кладбища, то, принимая во вниманіе почвенныя условія, можно полагать, что эти костяки моложе скелетовъ Тоянова городка, описанныхъ въ предыдущемъ очеркѣ, и, вѣроятно, одновременны болѣе стариннымъ костякамъ Воскресенской горы, которые составятъ предметъ слѣдующаго очерка, другими словами, ихъ можно бы, кажется, отнести къ XVII вѣку.

Менѣе ясно происхожденіе трехъ скелетовъ, найденныхъ въ августѣ 1891 г. саженяхъ въ 50 отъ зданія городской больницы, въ университетской рощѣ, при проведеніи въ клиническія зданія водопровода. Рабочіе передавали, что всѣ эти скелеты залегали, повидимому, въ ямѣ, выполненной черноземомъ, на глубинѣ аршина (71 стм.) отъ поверхности почвы, при чемъ два скелета располагались рядомъ, а третій—поперегъ и былъ какъ бы брошенъ на послѣдніе. Слѣдовъ гроба или гнилушекъ, а равно и никакихъ вещей, при этомъ не найдено. Любопытно, что при трехъ костякахъ найдено только два черепа.

Необходимо замѣтить, что въ началѣ 1889 г., на мѣстѣ главнаго корпуса клиникъ, возвышалось заброшенное зданіе полицейской части съ каланчей; скелеты были выкопаны, повидимому, въ предѣлахъ двора этого ветхаго зданія, который тѣсно прилегалъ къ рощѣ.

Хотя на показанія лицъ даже и болѣе „интеллигентныхъ“, чѣмъ простые рабочіе, въ вопросѣ о томъ или другомъ положеніи скелетовъ безусловно полагаться нельзя, тѣмъ не менѣе все же указываемая неправильность положенія скелетовъ въ черноземной ямѣ наводитъ на мысль о какой-то случайности. Въ данномъ случаѣ для насъ единственными вѣрными свѣдѣніями являются сами же черепа.

На черепахъ находятся прилипшія частицы мѣстами чернозема, мѣстами песка; послѣдній наполняетъ глубже расположенныя черепныя углубленія. Оба черепа обильно проросли корнями травъ. Цвѣтъ череповъ темно-коричневый, отчасти подходящій къ темнымъ черепамъ татарскаго кладбища, но безъ фіолетоваго налета. Степень гнилости череповъ одинакова со всѣми предыдущими, съ тѣмъ развѣ отличіемъ, что при этихъ черепахъ довольно удовлетворительно сохранились нижнія челюсти. Кости остального скелета у нихъ сохра-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

нились лучше; по крайней мѣрѣ лопатки, ключицы и длинныя кости конечностей у нихъ были годны для измѣреній. Если признать эти скелеты одновременными описанному татарскому кладбищу, то лучшая сохранность ихъ костей туловища и конечностей можетъ быть удовлетворительно объяснена положеніемъ ихъ въ черноземной почвѣ, въ которой, какъ извѣстно, костяки разрушаются медленнѣе, чѣмъ въ песчаной почвѣ.

Нельзя пройти молчаніемъ то обстоятельство, что цвѣтъ костей этихъ череповъ (а равно и скелетовъ) совершенно сходенъ съ цвѣтомъ тѣхъ череповъ Воскресенской горы, которые носятъ явные боевые знаки, напр. №№ 5 и 80. Ниже будутъ сравнены антропологическіе признаки тѣхъ и другихъ череповъ, теперь же считаю умѣстнымъ указать на слѣдующія особенности изучаемыхъ череповъ. У перваго черепа, въ переднемъ отдѣлѣ лѣвой височной области, впереди птеріона, замѣчается шероховатое возвышеніе, 3,5 стм. въ вертикальномъ направленіи и 2 стм.—въ поперечномъ; такого возвышенія нѣтъ на соотвѣтственномъ мѣстѣ праваго виска, хотя височный отдѣлъ вѣнечнаго шва здѣсь также сглаженъ. У второго черепа, надъ внутреннимъ отдѣломъ правой глазницы, отступя на 1 стм. отъ верхняго ея края, поперекъ лобной кости тянется шероховатое вдавленіе, длиной 3,5 стм., наибольшей ширины въ среднемъ въ 0,5 стм., къ обоимъ концамъ суживающееся.—Всѣ эти знаки прижизненнаго происхожденія и, можетъ быть, произведены одинаковымъ тупымъ орудіемъ, въ первомъ случаѣ подѣйствовавшимъ на кость черезъ слой височной мышцы и волосистую кожу, а во второмъ—черезъ кожу лба.—Ни на одномъ изъ ранѣе описанныхъ череповъ никакихъ не замѣчено знаковъ прижизненныхъ поврежденій.

Такимъ образомъ, есть нѣкоторая возможность сблизить по времени скелеты университетской рощи съ предыдущими, найденными на юрточной горѣ, принявъ отчасти и указанія землекоповъ.

Необходимо прибавить, что, судя по тазовымъ костямъ, всѣ три скелета принадлежали мужчинамъ.

Хотя размѣры ихъ костей я не имѣю возможности сравнить съ размѣрами татарскихъ скелетовъ за полной гнилостью послѣднихъ, однако считаю не лишнимъ привести эти цифры измѣреній.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Размѣры костей трехъ скелетовъ, найденныхъ въ августѣ 1891 г. *въ университетской рощѣ.*

ИЗМѢРЕНІЯ.	№ 1.		№ 2.		№ 3.	
	Прав.	Лѣв.	Прав.	Лѣв.	Прав.	Лѣв.
Длина лопатки отъ tub. sup. gl. (1) . . .	169	—	159	—	146	—
„ „ по вн. краю (2)	157	—	—	—	—	—
Ширина „	108	111	104	—	—	—
Отношеніе ширины къ длинѣ (1)	63,9	—	65,4	—	—	—
Длина ключицы	158	162	117	120	127	127
Окружность ея	38	37	43	42	37	36
Периметральный указатель	24,0	22,9	36,7	35	29,1	28,3
Отн. ключицы къ плечевой кости	44,8	46,6	38,3	40,2	38,4	38,8
Длина плечевой кости, H	352	347	305	298	330	327
Окружность „	62	59	64	63	65	63
Периметральный указатель плеча . . .	17,6	17,0	20,9	21,1	19,7	19,2
Длина локтевой кости, U	—	270	235	236	263	266
„ лучевой „ R	—	251	219	216	242	246
„ бедренной „ F	476	478	407	408	442	445
Окружн. „ „	91	89	90	90	85	87
Периметральный указатель бедра . . .	19,1	18,6	22,1	22,0	19,2	19,5
Длина большеберцовой кости, T	380	380	328	322	350	355
Окружн. „ „	78	75	86	86	67	67
Перим. указ. „ „	20,5	19,7	26,2	26,7	19,1	18,8
Сагитальный размѣръ tibiae	37	36	38	37	34	35
Поперечный „ „	24	25	24	23	21	23
Указатель платикнеміи	64,8	69,4	63,1	62,1	61,7	65,7
Длина малоберцовой кости	386	384	325	320	—	—
R:H	—	72,3	71,8	72,4	73,3	75,2
T:F	79,8	79,4	80,5	78,9	79,1	79,7
H:F	73,9	72,5	74,9	73,0	74,6	73,4
(H+R):(F+T)	—	69,6	71,2	70,0	72,2	71,6

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

По периметральнымъ указателямъ первый скелетъ слабо развитъ; плечевыя кости его въ нижней трети изогнуты кнутри; linea aspera femoris слабо развита; ростъ этого скелета высокій—177 стм. Наиболѣе развиты периметральные указатели у второго скелета, ростъ котораго низкій—152 стм. Ростъ третьяго—выше средняго—167 стм.

Всѣ три скелета имѣютъ уплощенныя большеберцовыя кости, низкія цифры отношенія предплечья къ плечу и верхнихъ конечностей къ нижнимъ. По отношенію костей между собою эти скелеты одинаковой архитектуры.

Саженяхъ во 100 еще далѣе къ югу отъ мѣста нахожденія только что описанныхъ череповъ, въ 1887 г., при выемкѣ торфяной земли на склонѣ оврага ботаническаго сада университета, было открыто нѣсколько толстыхъ гробовъ—колодъ; въ одномъ „гробѣ лежало два скелета: одинъ головой на востокъ, другой —на западъ". Кости, за исключеніемъ одного сильно попорченнаго черепа, совершенно развалились на мелкіе куски. Взятый черепъ (безъ основной, височной и лицевыхъ костей) зарегистрованъ въ каталогѣ „Археологическаго музея Томскаго университета" за № 575 Никакихъ предметовъ въ гробахъ не найдено.

Черепъ № 575 состоитъ изъ костей: лобной, обѣихъ темянныхъ и затылочной чешуи, слѣд., сохранился только сводъ черепа; наружная пластинка костей по большей части отслоена. Судя по степени разрушенія, при данныхъ условіяхъ можно полагать, что черепъ принадлежитъ, по сравненію съ описанными черепами, къ очень давнимъ.

Другихъ находокъ человѣческихъ костей или слѣдовъ старинныхъ кладбищъ, вблизи открытаго весной 1898 г. на Почтамтской улицѣ магометанскаго кладбища, констатировано до сихъ поръ не было; по крайней мѣрѣ, мнѣ въ точности они не извѣстны.

Для сравненія съ черепами кладбища Почтамтской улицы я взялъ два черепа Томскаго археологическаго музея: № 570, найденный при раскопкѣ на Чувашскомъ мысу близь Тобольска, и № 1155, вырытый *С. К. Кузнецовымъ* въ 1887 г. изъ могилы на правомъ берегу р. Томи, вблизи Томска, на лѣвомъ мысу описаннаго имъ (въ „Отчетѣ объ археологическихъ разысканіяхъ въ окрестностяхъ г. Томска") Томскаго могильника, у лагерей, противъ верхняго перевоза.—Оба эти черепа, подъ серіей „круглоголовыхъ череповъ", были описаны покойнымъ

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

В. М. Флоринскимъ въ статьѣ „Двадцать три человѣческихъ черепа Томскаго археологическаго музея".

Оба черепа желтоватаго цвѣта, удовлетворительно сохранились, особенно второй—дѣтскій, по опредѣленію *Флоринскаго*, 9—10 лѣтъ.

Условія находки Тобольскаго черепа неизвѣстны. Наружная пластинка черепа во многихъ мѣстахъ отстала. Въ отверстіяхъ черепа замѣтны корни травъ и комочки стараго песка. *Флоринскій* считалъ этотъ черепъ татарскимъ и относилъ къ „татарской эпохѣ", слѣд., къ относительно—древнимъ.

Что касается второго черепа, то *С. К. Кузнецовъ* пишетъ, что онъ найденъ при костякѣ молодого субъекта, роста въ 3 ф. 11 дюйм. (119,3 ст.) съ ногами, обращенными на ЮЗЗ,черепъ его лежалъ на *правомъ* вискѣ (слѣд., лицо было обращено къ сѣверу?), правая рука лежала на груди. При скелетѣ найдено желѣзное кольцо и буса, —*С. К. Кузнецовъ* полагаетъ, что этотъ скелетъ не древній: на лѣвомъ мысу Томскаго могильника, гдѣ онъ былъ открытъ, лѣтъ 100 или болѣе назадъ было мусульманское кладбище.—На литографированномъ планѣ, приложенномъ къ книгѣ *А. В. Адріанова*.—„Г. Томскъ въ прошломъ и настоящемъ" (Томскъ, 1890),—въ этомъ мѣстѣ отмѣчено магометанское кладбище.

Не подходящее къ магометанскому ритуалу погребенія положеніе костяка и присутствіе при немъ вещей объясняется тѣмъ, что хотя инородцы нашего края были омагометанены давно, но еще держались долгое время своихъ „языческихъ" обрядовъ; къ тому же въ старину и муллъ было мало, и некому было выслѣживать, какъ правовѣрные кладутъ „душу" усопшаго.

Измѣренія всѣхъ вышеописанныхъ пятнадцати череповъ даютъ слѣдующія цифры размѣровъ и указателей:

Черепа.	Почтамтской улицы.								архит. сада.	больн. площ.	универс. рощ. 1	универс. рощ. 2	бот. сада.	арх. музея. 570	арх. музея. 1155
	1	2	3	4	5	6	7	8							
L	177	190	180	165	186	175	178	175	172	177	168	170	177	166	168
Q	143	155	141	145	134	131	142	150	150	144	141	150	140	148	144
H	128	137	133	132	130	122	127	126	131	138	128	130	—	120	—

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Черепа.	Почтамтской улицы.								арх. сада.	больн. площ.	универс. рощ. 1	2	бот. сада	арх. музея. 570	1155
	1	2	3	4	5	6	7	8							
nb	105	103	103	100	100	94	98	94	94	106	98	102	—	94	—
bf	35	35	35	33	35	37	37	34	34	32	38	32	—	37	—
qq	27	29	29	26	28	27	28	27	27	26	32	31	—	30	—
F'F'	94	101	97	97	94	88	96	—	93	99	85	102	—	93	99
FF	110	125	116	120	112	107	110	121	110	120	105	121	—	120	122
F^2F^2	115	125	116	120	114	107	118	121	118	122	109	121	—	120	122
O'O'	113	121	116	110	111	101	113	121	118	114	113	112	—	110	115
OO	130	136	127	126	123	116	130	136	133	130	121	132	—	135	117
MM	133	129	130	124	123	121	122	129	134	125	128	135	—	125	117
SS	120	117	108	108	111	105	113	113	113	111	101	116	102	111	104
$\frac{Q.^{100}}{L}$	80,7	81,5	78,3	87,8	72,0	74,8	79,7	85,7	87,2	81.3	83,3	88.2	79,0	89,1	85,7
$\frac{H.^{100}}{Q}$	89,5	88,3	94,3	91,0	97,0	93,1	89,4	83,9	87,3	95,8	90,7	86,6	—	81.0	—
$\frac{H.^{100}}{L}$	72,3	72,1	73,8	79,9	69,8	69,7	71,3	72,0	76,1	77,9	76,1	76,4	—	72,2	—
$\frac{qq.^{100}}{bf}$	77,1	82,8	82,8	78,7	80,0	72,9	75,6	79,4	79,4	81,2	84,2	96,8	—	81,0	—
$\frac{nb.^{100}}{L}$	59,3	54,2	57,2	60,6	53,7	53,7	55,0	53,7	54,6	59,8	58,3	60,0	—	56,6	—
$\frac{F'F'.^{100}}{Q}$	65,7	65,1	68,7	66,8	70,1	67,1	67,6	—	62,0	68,7	60,2	68,0	—	62,8	68,7
$\frac{F'E'.^{100}}{F'F}$	85,4	80,8	83,6	80,8	83,9	82.2	87,2	—	84,5	82,5	80.9	84,2	—	77,5	81.1
$\frac{F'F.^{100}}{F^2F^2}$	81,7	80,8	83,6	80,8	82,4	82,2	81,3	—	78.8	81,1	77,9	84,2	—	77,5	81.1
$\frac{SS.^{100}}{Q}$	83,9	75,4	76,5	74,4	82,8	80,1	79,5	75,3	75,3	77,0	71,6	77,3	72.8	75,0	72'2

Длина череповъ: изъ восьми съ Почтамтской улицы—въ двухъ случаяхъ большая (2 и 5) въ одномъ—малая (4), у остальныхъ шести средняя; таковая же у череповъ изъ архіерейскаго сада, съ больничной площади и съ ботаническаго участка; черепа университетской рощи и татарскіе археологическаго музея—мало развиты въ длину.

Ширина череповъ: у первыхъ—въ двухъ случаяхъ большая (2,8), въ остальныхъ шести средняя; также развитіе въ ширину наблюдается у черепа изъ архіерейскаго сада, у второго изъ университетской рощи и у татарскаго изъ Тобольска; въ остальныхъ случаяхъ—ширина средняя.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Высота: у первыхъ—въ двухъ случаяхъ большая (2 и 3), въ одномъ—малая (6), въ остальныхъ пяти—средняя; у черепа съ больничной площади—большая; у Тобольскаго—малая; на черепахъ университетской рощи—средняя.

Основаніе черепа: у первыхъ—въ трехъ случаяхъ большое (1,2,3), въ двухъ малое (6 и 8), въ остальныхъ трехъ—среднее; на черепѣ больничной площади и второмъ университетской рощи—большое, на первомъ университетской рощи—среднее; на черепѣ архіерейскаго сада и Тобольскомъ—малое.

Длина затылочнаго отверстія у всѣхъ череповъ Почтамтской улицы, архіерейскаго сада и на первомъ университетской рощи—средняя; на черепѣ больничной площади и второмъ университетской рощи—малая.

Ширина затылочнаго отверстія у первыхъ въ 4 случаяхъ малая и въ 4—средняя; у череповъ архіерейскаго сада и больничной площади—малая, на черепахъ университетской рощи и на Тобольскомъ—средняя.

Также разнообразны на черепахъ и другіе широтные размѣры, при чемъ у №№ 2 и 8 они большіе, равно какъ на второмъ черепѣ университетской рощи и на тобольскомъ; мастоидальный размѣръ является преобладающимъ надъ другими у череповъ университетской рощи; затылочный размѣръ у пяти череповъ Почтамтской улицы, на черепѣ архіерейскаго сада, больничной площади, на второмъ университетской рощи и на Тобольскомъ—большого размѣра; у другихъ онъ малый или средній.

Ниже, при подробномъ описаніи каждаго черепа въ отдѣльности, будутъ приведены ихъ указатели, теперь же можно только замѣтить, что, при варіированіи череповъ отъ чистой долихоцефаліи до гипербрахицефаліи включительно, среди нихъ не встрѣчается высокоузкихъ череповъ.

Черепа.	Почтамтской улицы.								арх. сада.	больн. площ.	универс. рощ. 1	универс. рощ. 2	бот. сада.	арх. музея. 570	арх. музея. 1155
	1	2	3	4	5	6	7	8							
A	520	550	517	493	520	490	512	516	507	513	493	510	495	504	491
OPO	300	330	302	312	302	285	300	320	306	312	288	310	—	307	310
nclf	348	383	361	341	375	345	358	354	—	—	338	354	—	340	—
nc	120	130	123	122	130	120	121	124	122	125	112	127	116	123	124

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Черепа.	Почтамтской улицы.								арх. сада	больн. площ.	универс. рощ. 1	универс. рощ. 2	бот. сада.	арх. музея. 570	арх. музея. 1155
	1	2	3	4	5	6	7	8							
cl	115	115	128	112	129	103	118	110	122	114	118	108	130	115	117
lf	113	138	110	107	116	122	119	120	—	—	108	119	—	102	
y	107	114	110	108	114	106	108	110	108	110	102	112	103	108	107
y^1	102	107	115	100	114	97	107	99	108	103	100	94	116	104	105
y^2	91	109	93	92	95	99	98	95	—	—	96	102	—	87	—
$y.^{100}_{nc}$	89.1	87.6	89,4	88,5	87,6	88,3	89,2	88,7	88,5	88,0	91,0	88,1	88,7	87,8	86.2
$y^1.^{100}_{cl}$	88,6	93,0	89.8	89,2	88.3	94,1	90,6	89,9	88,5	90,3	84,7	87,0	89,2	90,4	89,7
$y^2.^{100}_{lf}$	80,5	78,9	84,5	85,9	81.8	81,1	82.3	79,1	—	-	88,8	85,7	—	85,2	-
ω	1400	—	1400	1300	1420	1150	1250	—	--	—	1320	1370	—	1300	---
W	500	650	650	720	600	400	—	--	—	—	350	640	—	510	---
w	--	--	—	—	—	—	—		—	—	55	90	—	—	—
$\frac{\omega}{W}$	2,8	—	2,1	1,8	2,3	2,8	—	-	—	—	3,7	2,1	—	2,5	—
$\frac{W}{w}$	—	—	--	--	—	—	—	—	—	—	6,3	7,1	—	—	—

По размѣрамъ черепа въ общемъ средней величины, но вмѣстимость ихъ ниже средней.

Черепа.	Почтамтской улицы.								арх. сада.	больн. площ.	универ. рощ. 1	универ. рощ. 2	арх. музея. 570	арх. музея. 1155
	1	2	3	4	5	6	7	8						
nk	115	121	120	108	123	107	105	125	—	—	128	116	—	97
nx′	74	69	71	67	71	69	63	73	66	—	74	73	62	61
y	25	26	23	25	28	20	23	28	24	—	21	27	—	20
xx	17	19	18	17	18	18	15	19	17	—	24	20	—	15
bk	115	122	121	109	111	106	108	113	—	—	120	112	—	—
j^1	100	101	97	97	93	92	96	100	99	98	92	97	94	89
j^2	108	108	105	106	101	101	106	—	107	106	97	105	102	97
j^3	136	138	134	128	131	120	131	137	135	—	131	136	125	116
m	110	104	101	97	117	98	101	103	--	—	103	101	—	87
T	25	29	21	26	24	23	26	25	24	25	23	22	24	22
D^1	38	36	38	36	35	35	36	—	36	—	35	36	35	33
D	36	31	36	35	33	33	31	—	33	—	30	31	33	32
OZ	72	76	70	66	74	65	68	74	63	—	67	67	68	68
ax	56	50	52	49	53	50	48	53	49	—	50	53	48	43

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Черепа.	Почтамтской улицы								арх- сада.	больн. площ.	универ. рощ.		арх. музея.	
	1	2	3	4	5	6	7	8			1	2	570	1155
r	26	25	23	24	27	22	23	23	26	—	26	25	28	22
M	54	53	49	49	50	53	51	48	47	—	55	52	50	36
M^1	37	38	35	36	37	30	34	37	37	—	34	39	36	31
N	44	48	44	43	38	42	42	41	38	—	45	44	40	—
bx	99	97	93	91	89	92	91	85	85	—	93	98	90	—
bx^1	102	105	97	96	92	97	97	92	90	—	102	98	92	—
$\frac{У.^{100}}{nx^1}$	33,7	37,6	32,3	37,3	39,4	28,9	36,5	38,3	36.3	—	28,3	36,9	—	32,7
$\frac{xx.^{100}}{nx}$	22,9	27,5	25,3	25,3	25,3	26,0	23,8	26,0	25,7	—	32,4	27,3	—	24,5
$\frac{nk.^{100}}{j^3}$	84,5	87,6	89.5	84,3	93,8	89,1	80,1	91,2	—	—	97,7	85,2		83,6
$\frac{nx^1.^{100}}{j^3}$	54,4	50,0	52,9	52,3	54,1	57,5	48,0	53,2	48,8	—	56,4	53,6	49,6	52,5
$\frac{j^2.^{100}}{j^3}$	79,4	78,2	78,3	82,8	77,1	84,1	80,9	—	79,2	—	74,0	77,2	81,6	83,6
$\frac{F^1F^1.^{100}}{j^1}$	94,0	100	100.	100.	98,9	95,6	100.	—	93,9	101.	92,3	105.	98,9	111
$\frac{OO.^{100}}{j^3}$	95,5	98,5	94,7	98,4	93,8	96,6	99,2	99,2	98,5	—	92,3	97,0	108.	101
$\frac{H.^{100}}{j^3}$	94,1	99,2	99,2	103.	99,2	101.	96,9	91,9	97,0	—	97,7	95,5	96	—
$\frac{У.^{100}}{nx}$	33,7	42,0	29,5	38,8	33,8	33,3	41,2	34,2	36,3	—	31,0	30,1	38,7	36,0
$\frac{D.^{100}}{D^1}$	94,7	86,1	94,7	97,2	94,2	94,2	86,1	—	91,6	—	85,7	86,1	94,2	96,9
$\frac{OZ}{nb}$	68,5	73,7	67,9	66.	74.	69,1	69,3	78,6	67,0	—	68,3	65,6	72,3	—
$\frac{r.^{100}}{nx}$	46,4	50.	44,2	48,9	50,9	44.	47,9	43,3	53,0	—	52.	47,1	58,3	51,1
$\frac{M^{1.100}}{M}$	68,5	71,6	71,4	73,4	74.	56,6	66,6	77,1	79,7	—	61,8	75.	72	86,1
$\frac{bx.^{100}}{nb}$	94,2	94,1	90 2	91,	89.	97,8	92,8	90,4	90,4	—	94,9	96,0	95,7	—
$\frac{bx^{1.100}}{nb}$	97,1	102.	94,1	96.	92.	103.	98,9	97,8	95,7	—	104.	96,0	97,8	—
$\frac{bx^1—bx}{nb}$	2,9	7,9	3,9	5,0	3,0	5,2	6,1	7,4	5,3	—	9,1	0,	2,1	—

Изученіе череповъ въ связи съ результатами измѣреній даетъ слѣдующія характеристики каждому черепу въ отдѣльности.

Черепа съ Почтамтской улицы.

№ 1. Суббрахицефалъ, широко-низкій, средневысокоголовый, узкохребетный, малолобый, среднешироколобый, широкозатылочный; средней величины—по горизонтальной окружности, вмѣстимости ниже

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

средней, съ покатымъ лбомъ и развитой затылочной дугой.—Швы всѣ видны и только въ верхнемъ отдѣлѣ ламбдовиднаго шва замѣчается мѣстами облитерація. Птеріоны формы H, длиной 22—17. Вставныхъ костей швовъ не замѣтно. Вдоль заднихъ $^4/_5$ притяженія стрѣловиднаго шва замѣчается легкое пальцевидное вдавленіе, шириною до 2 ст. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій выражены умѣренно. —Среднешироколицый, умѣренно скуластый, узколобый, высокоорбитный, усконосый, узконёбный, склоненъ къ челюстно-подносовому прогнатизму.—Надбровныя дуги умѣренно выражены, inion № 0; носовой выемки нѣтъ; нижній край носового отверстія очерченъ.

Зубовъ 16, коренные сильно стерты. На небной кости слабо выраженъ torus.—Съ лѣвой стороны хорошо выраженъ processus marginalis лобнаго отростка скуловой кости.—Въ заднемъ отдѣлѣ лѣвой скуловой кости, въ предѣлахъ височнаго отростка ея, замѣтенъ остатокъ горизонтальнаго шва въ 0,5 ст.—Черепъ мужского характера, IV возраста.

№ 2. Суббрахацефалъ, широконизкій, средневысокій, среднехребетный, малолобый, узколобый, средне-широкозатылочный; большеголовый по всѣмъ окружностямъ, съ большой затылочной дугой, рѣзко выступающей.—Швы всѣ видны; птеріоны формы H, длиной 20—17. Вершина затылочной чешуи представляетъ круглаго очертанія кость, состоящую изъ слившихся въ нижнемъ отдѣлѣ двухъ костей,— os Incae bipartitum, шириною 46 ст., въ сагиттальномъ размѣрѣ 40; съ правой стороны къ ней прилегаетъ маленькая вставная кость. У правой темянной вырѣзки височной кости находится средняя вставная кость. Въ области obelion'a замѣтно легкое широкое пальцевое вдавленіе. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій слабо выражены. Fissura spheno-occipitalis.—Широколицый, среднеширокоскулый, широколобый, среднеорбитный, среднешироконосый, среднешироконебный, съ выраженнымъ подносовымъ и челюстно-подносовымъ прогнатизмомъ. Надбровныя дуги слабо выражены, inion №0. Носовая выемка слаба; носовыя кости при основаніи носа узки; межглазничное пространство широко и плоско; нижній край носового отверстія сглаженъ. Зубовъ 16, эмаль ихъ не стерта; лѣвый первый большой коренной зубъ каріозный. Небный сводъ глубокъ. Разстояніе края нёба отъ затылочнаго

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

отверстія большое.—Въ общемъ лицо плоское, подносовая его часть большая.—Черепъ мужского характера, III-го возраста.

№ 3. Мезатицефалъ, среднешироковысокій, средне-высокій, среднехребетн., среднелобый, среднешироколобый, среднеширокозатылочный по всѣмъ окружностямъ среднеголовый, со слегка покатымъ лбомъ, вмѣстимости ниже средней.—Швы стрѣльный, верхній отдѣлъ ламбдовиднаго и лѣвый височный отдѣлъ вѣнечнаго облитерированы. Правый птеріонъ 1,5 ст. Въ нижнемъ отдѣлѣ ламбдовиднаго шва съ каждой стороны по малой вставной косточкѣ. Съ обѣихъ сторонъ отъ foramen supraorbitale тянутся вверхъ глубокія бороздки надглазничныхъ артерій. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій выражены.—Широколицый, среднеширокоскулый, широколобый, высокоорбитный, узконосый, среднешироконебный, прямозубый. Подбровныя дуги рѣзко выражены, inion № 1. Носовой выемки нѣтъ, носовыя кости выдаются горбомъ, нижній край носового отверстія рѣзко очерченъ. Spina nasalis № 3. Скуловая выемка рѣзко выражена, fossae caninae слабы. Зубовъ 16, степень стиранія ихъ № 2. Небный сводъ глубокъ.—При общемъ обзорѣ характеризуется большими глазницами, складъ лица кавказскій.—Мужского характера, IV-го возраста.

№ 4. Брахицефалъ 2-го порядка, широконизкій, высокоголовый, узкохребетный, среднелобый, по лобнымъ указателямъ узколобый, среднеширокозатылочный, малой величины и вмѣстимости.—Осложненіе швовъ № 2, сращеніе № 3. Съ обѣихъ сторонъ processus frontalis squamae ossis temporis. Вдоль задней половины стрѣльнаго шва легкое пальцевидное вдавленіе. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій умѣренны.—Широколицый, узкоскулый, широколобый, высота черепа превышаетъ ширину лица, съ широкимъ и плоскимъ межглазничнымъ промежуткомъ, высокоорбитный, среднешироконосый, среднешироконебный, склоненъ къ подносовому и челюстно-подносовому прогнатизму. Glabella—№ 0, inion—№ 0, носовой выемки нѣтъ, носовыя кости узки,нижній край носового отверстія рѣзко очерченъ. Зубовъ 8—7, съ лѣвой—нѣтъ задняго кореннаго; степень стиранія зубовъ—№ 0; небный сводъ глубокъ, слегка выраженъ torus palatinus, имѣющій въ области небныхъ костей форму гребня. Spina palatina тупая.—Черепъ женскаго характера, IV возраста.

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

№ 5. Долихоцефалъ, среднешироковысокій, низкоголовый, узкохребетный, большелобый, средне—(по 2-му лобному—узко—) лобый, широкозатылочный, большой величины по сагиттальной окружности, съ выпуклымъ лбомъ и развитой затылочной дугой, вмѣстимости средней. Швы всѣ видны, птеріоны 17—19; около шести малыхъ вставныхъ костей въ ламбдовидномъ швѣ. Слегка ассиметриченъ при осмотрѣ in norma verticalis: лѣвый темянной бугоръ отодвинутъ болѣе кзади, чѣмъ правый. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій умѣренны.—Среднешироколицый, среднеширокоскулый, широколобый, высокоорбитный, среднешироконосый, среднешироконебный, ортогнатичный. Надбровныя дуги слабо развиты (№ 1), inion №0. Носовой выемки нѣтъ, межглазничный промежутокъ широкій и плоскій, носовыя кости узки, нижній край носового отверстія гладокъ. Зубовъ 16, степень стиранія №0; въ заднемъ отдѣлѣ нёба слегка выраженъ torus.—Въ общемъ физіогномія плоская.—Мужского характера, IV-го возраста.

№ 6. Долихоцефалъ, среднешироковысокій, низкоголовый, узкохребетный, среднелобый, узколобый, широкозатылочный; малой величины по всѣмъ тремъ окружностямъ и малой вмѣстимости, съ развитой затылочной дугой. Швы всѣ ясны, кромѣ облитерированныхъ височныхъ отдѣловъ вѣнечнаго шва. Sutura frontalis съ осложненіемъ № 4; sutura sagittalis съ осложненіемъ № 5. На вершинѣ ламбдовиднаго шва большая вставная кость (4—3 ст.). Височныя области какъ бы вздуты, по верхней ихъ границѣ замѣчаются легкія широкія перстневидныя вдавленія.—Длиннолицый, узкоскулый, среднеширолобый, съ высотой черепа превышающей ширину скулъ, высокоорбитный, узконосый, узконебный, склонный къ челюстному и подносовому прогнатизму, въ результатѣ чего имѣетъ выраженнымъ челюстно-подносовой прогнатизмъ. Надбровныя дуги слабо выражены inion №0. Носовой выемки нѣтъ; носовыя кости узки и плоски, нижній край носового отверстія справа сглаженъ,—слѣва слабо очерченъ. Fossae caninae глубоки. Зубовъ было 16, степень ихъ стиранія № 3.—Черепъ женскаго характера, IV-го возраста.

№ 7. Мезатицефалъ, широконизкій, низкоголовый, узкохребетный, среднелобый; по стефаническому указателю широколобый, по 2-му лобному—узколобый, широкозатылочный; средней величины и малой

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

вмѣстимости.—Швы всѣ ясны, кромѣ височныхъ отдѣловъ вѣнечнаго шва; съ лѣвой стороны широкій (1,5 ст.) и такой же длины (1,5 ст.) processus frontalis squamae ossis temporis, происшедшей, какъ видно по слабому слѣду заросшаго шва, отъ сращенія эпиптерной кости съ височной чешуей. На мѣстѣ затылочнаго бугра круглое пальцевидное вдавленіе. — Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій развиты.—Широколицый, среднеширокоскулый, широколобый, среднеорбитный, узконосый, узконебный, склонный къ подносовому и челюстно-подносовому прогнатизму. Надбровныя дуги слабо выражены; носовой выемки нѣтъ, кости носа узки и плоски; межглазничное пространство широко. (Лицевой отдѣлъ черепа значительно разрушенъ).—Мужскаго характера, IV-го возраста.

№ 8. Брахицефалъ 2-го порядка, широконизкій, низкоголовый, узкохребетный,—среднеширокозатылочный, средней величины.—Швы всѣ ясны; птеріоны по 12 mm.—Вставныхъ костей незамѣтно. Norma verticalis ассиметрична: правый темянной бугоръ отодвинутъ болѣе кзади, чѣмъ лѣвый, при чемъ послѣдній выпяченъ болѣе кнаружи. На мѣстѣ затылочнаго бугра маленькая ямка. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій выражены.—Среднешироколицый;—съ выступающими наружными краями глазницъ; узконосый, широколобый, склонный къ челюстно-подносовому прогнатизму, съ выраженнымъ подносовымъ прогнатизмомъ.—Надбровныя дуги слабо выражены; носовой выемки нѣтъ, носовыя кости узки, нижній край носового отверстія сглаженъ; fossae caninae выражены, скуловая выемка рѣзко означена. Зубовъ 16, степень старанія ихъ № 1. Небный сводъ глубокъ.—Съ правой стороны отверстіе, foraminis mastoidei, сильно увеличено (въ діаметрѣ 7 mm.). Мужскаго характера, IV возраста.

Черепа съ другихъ мѣстъ Юрточной горы.

№ 9.—*Черепъ изъ архіерейскаго сада*, по Почтамтской улицѣ.—Брахицефалъ 2-го порядка, широконизкій, высокоголовый, узкохребетный, малолобый, по стефаническому указателю—среднешироколобый, по 2-му лобному—узколобый, среднеширокозатылочный; средней величины;—швы всѣ видны; птеріоны по 17 mm.; въ переднемъ отдѣлѣ лѣваго птеріона средняя вставная кость, отчасти сросшаяся съ лобной чешуей; по срединѣ стрѣловиднаго шва легкое перстневидное вдавленіе, шириной до 2 ст., длиной до 3 ст. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

выражены.—Широколицый, среднеширокоскулый, узколобый, высокоорбитный, узконосый, широконебный, склоненъ къ подносовому прогнатизму.—Надбровныя дуги выражены умѣренно, glabella № 2. Носовая выемка; кости носа узки; нижній край носового отверстія очерченъ. Луночки заднихъ коренныхъ зубовъ заросли; на имѣющемся большомъ коренномъ зубѣ степень стиранія № 2.—Мужского характера, IV возрастъ.

№ 10. *Черепъ съ больничной площади.*—Суббрахицефалъ, среднешироковысокій, высокоголовый, узкохребетный, среднелобый, узколобый, среднеширокозатылочный; средней величины. Швы всѣ видны; птеріоны 17—12; въ лѣвомъ птеріонѣ средняя вставная кость (№ 3); въ ламбдовидномъ швѣ 13 среднихъ вставныхъ костей (№ 2 и № 3), изъ которыхъ находящіяся у вершины ламбды двѣ парныя кости отчасти сращены одна съ другой. Вдоль задней трети протяженія стрѣловиднаго шва находится легкое пальцевидное вдавленіе. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій умѣренны.—Широколобый—по лобно-лицевому указателю. (Лицевой отдѣлъ черепа разрушенъ). Надбровныя дуги выражены, glabella № 2, inion № 0. Носовая выемка слаба, носовыя кости средней величины.—Женскаго характера; IV возраста.

№ 11. *Черепъ университетской рощи № 1.*—Брахицефалъ 1-го порядка; широконизкій, высокоголовый, среднехребетный, малолобый, узколобый, узкозатылочный; малой величины и вмѣстимости; лобъ покатый; черепъ легкій. Швы птеріона и височные отдѣлы вѣнечнаго шва сглажены. Впереди мѣста лѣваго птеріона замѣчается выпуклость, въ вертикальномъ размѣрѣ до 3,5 ст., въ поперечномъ до 2 ст. Вставныхъ костей нѣтъ. Сростаніе вѣнечнаго шва № 3. Въ области обеліона замѣтно легкое уплощеніе костей. Кости черепа тонки, мѣстами узурированы снутри. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій развиты.—Среднеширококолицый, широкоскулый, узколобый, среднеорбитный, среднешироконосый, узконебный, съ рѣзко выраженнымъ подносовымъ и челюстно-подносовымъ прогнатизмомъ.—Надбровныя дуги развиты, glabella № 3, inion № 1. Носовая выемка рѣзка, носовыя кости выступаютъ горбомъ, нижній край носового отверстія рѣзко очерченъ. Зубовъ 8—8, степень стиранія № 2. Небный сводъ глубокъ. Мужского характера; IV-го возраста.

№ 12 *Черепъ университетской рощи № 2.*—Брахицефалъ 2-го порядка; широконизкій, высокоголовый, широкохребетный, среднело-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

бый, среднешироколобый, среднеширокозатылочный; средней величины и малой вмѣстимости; темянная дуга рѣзко выражена.—Сращеніе стрѣловиднаго шва № 1, сростаніе ламбдовиднаго № 2, височные отдѣлы вѣнечнаго шва сращены. На нижней поверхности partis. basilaris, тотчасъ впереди края затылочнаго отверстія, находится полуовальное бугристое возвышеніе съ вдольной по срединѣ бороздкой; передне-задній размѣръ этого возвышенія 11 mm., поперечный—15 mm. Задними углами этотъ бугоръ сливается съ передне-внутренними концами суставныхъ отростковъ. Поверхность бугристости гладкая, высота—6 mm. За отсутствіемъ атланта и зубовиднаго отростка нельзя ясно видѣть значеніе описаннаго бугра, но по формѣ и положенію есть основаніе считать его *третьимъ мыщелкомъ*. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій развиты.—Среднешироколицый, среднеширокоскулый, широколобый, среднеорбитный, узконосый, среднешироконебный, склонный къ челюстно-подносовому прогнатизму.—Glabella № 2, inion № 1. Носовыя кости широки, выпуклы въ поперечномъ направленіи, выдаются впередъ горбомъ, межглазничное пространство узко; нижній край носового отверстія рѣзко очерченъ. Луночки коренныхъ зубовъ частью заросли, частью разрушены. Въ заднемъ отдѣлѣ неба выраженъ torus, передній отдѣлъ неба бугристъ. Мужскаго характера, V-го возраста.

№ 13. *Черепъ ботаническаго сада.*—Мезатицефалъ, узкозатылочный, малой величины. Швы normae verticalis видны; въ ламбдовидномъ швѣ замѣчаются три малыхъ вставныхъ кости. Glabella № 1, inion № 0. Кости черепа тонки. (Уцѣлѣла только часть calvariae).—Черепъ III-го возраста.

Татарскіе черепа, взятые для сравненія.

№ 14. *Татарскій черепъ съ Чувашскаго мыса, близъ Тобольска. Археологическаго музея № 570.*—Брахицефалъ второго порядка, широконизкій, средневысокій, узкохребетный, малолобый, узколобый, среднеширокозатылочный, средней величины и малой вмѣстимости, съ выпуклымъ лбомъ.—Сростаніе швовъ № 3; височные отдѣлы вѣнечнаго сращены. Вставныхъ костей не замѣтно. Мѣста мышечныхъ прикрѣпленій умѣренны.—Широколицый, узкоскулый, широколобый, высокоорбитный, широконосый, среднешироконебный, склонный къ че-

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

люстно—подносовому прогнатизму: наружный край глазницъ выдвинутъ впередъ. Надбровныя дуги неразвиты, носовой выемки нѣтъ, носовыя кости плоски, межглазничное пространство—плоско; нижній край носоваго отверстія сглаженъ. Въ общемъ физіономія широкая и плоская. Зубовъ 8—8, стираніе ихъ № 2. Небо плоско, неглубоко.—Женскаго характера, IV возраста.

Флоринскій также относитъ этотъ черепъ пожилой женщинѣ и описываетъ такъ: „Тобольскій экземпляръ, при круглой головѣ, имѣетъ широкое почти четырехугольное, плоское лицо и болѣе выпяченныя скулы. Fossa *malaris* очень плоска, переносье прямое (безъ сѣдловины), широкое, лобъ низкій, узкій, надбровные бугры совсѣмъ незамѣтны; сосцевидные отростки весьма малы“ (стр. 12-13).

№ 15. *Черепъ изъ могилы на берегу Томи, близъ Томска. Археологическаго музея № 1155.*—Брахицефалъ 2-го порядка, среднелобый, по обоимъ лобнымъ указателямъ—узколобый, узкозатылочный; горизонтальная окружность малая, поперечная—средней величины, лобъ выпуклый, вдоль его средины замѣтенъ легкій валикъ.—Швы всѣ ясны, осложненіе ихъ № 2-№ 3. Вставныхъ костей нѣтъ. Птеріоны по 22 тт. Кости тонки и гладки, черепъ легокъ; мышечныя прикрѣпленія неразвиты.—Широколицый, узкоскулый, широколобый, высокоарбитный, среднешироконосый, широконебный, ортогнатичный, фанеродзичный. Надбровныя дуги не выражены, *glabella № 0*, inion *№0*. Носовой выемки нѣтъ, носовыя кости узки и плоски, нижній край носоваго отверстія сглаженъ; fossae sanlnae слабо выражены. Зубовъ 6—6. Прорѣзались 1-е большіе коренные, смѣна рѣзцовъ, остальные—молочные. Небный сводъ глубокъ.—Черепъ начала II-го возраста.

По описонію *Флоринскаго*, этотъ черепъ имѣетъ тонко очерченное овальное лицо съ острымъ подбородкомъ, скулы тонкія, не выдающіяся,—сводъ черепа плоскошаровидный (стр. 12. 13).

Черепа съ Почтамтской улицы, съ больничной площади и татарскіе археологическаго музея (№№ 1—2,—4—10, 14 и 15), не смотря на различія въ cephalinqex'ахъ (2 домехоцефала, 1 мезатицефалъ и 8 брахицефаловъ), имѣютъ много общихъ чертъ и могутъ быть охарактеризованы слѣдующими чертами:

Эти черепа—широконизки, большею частію низкоголовые, узкохребетны, среднеширокозатылочны, малой величины и вмѣстимости, широколицы, узкоскулы, широколобы, высокоарбитны, склонны къ фанеродзигности, узконосы, склонны къ широкому небу и къ подносовому прогнатизму; носовая выемка у нихъ отсутствуетъ, носовыя кости узки и плоски, нижній край носоваго отверстія сглаженъ, межглазничное пространство широко и плоско, небовый сводъ часто глубокъ и нерѣдко замѣчается слабо развитой Torus palatinus

Электронная библиотека (репозиторий)
Томского государственного университета

Эти черепа—тюркскаго типа, съ примѣсью чертъ другого инородческаго типа: *узкохребетнаго домехоцефала*, выведеннаго изъ наблюденій надъ остяцкими черепами („Матеріалы", V, 85); такая примѣсь отчетливо видна на черепахъ №№ 5 и 6.

Оба черепа университетской рощи имѣютъ съ описанными черепами слѣдующія общія черты: они—брахицефальны, широконизки, малой величины и вмѣстимости, узконосы и узконебны, склонны къ подносовому прогнатизму,—одинъ обладаетъ глубокимъ небнымъ сводомъ, другой—небнымъ валикомъ. Но другія черты рѣзко отличаютъ черепа университетской рощи отъ „татарскихъ": высокоголовость, широкохребетность, болѣе узкій затылокъ (эта черта свойственна и черепу ботаническаго участка), умѣренной ширины лицо, болѣе широкія скулы, среднеорбитность, выдающійся горбомъ носъ, очерченный рѣзко нижній край носоваго отверстія, рѣзко выраженная носовая выемка, узкое межглазничное пространство.

Черепа университетской рощи и черепъ № 3 Почтамтской улицы представляютъ кавказскія черты съ примѣсью инородческаго типа *широкохребетнаго брахицефала*, также наблюдавшагося среди остяковъ. Эти черепа имѣютъ много общихъ чертъ съ черепомъ № 21 Тоянова городка („Матеріалы", XIII, 14).

Отсутствіе на черепахъ съ Почтамтской улицы даже слѣда *крышеобразнаго типа* Тояновскихъ череповъ даетъ основаніе полагать, что татары Юрточной горы, имѣя много общаго съ тояновскими черепами „тюркскаго" типа („Матеріалы" XIII, 33), не были однако родственны преобладающему типу среди среди эуштинскихъ татаръ, типу алтайскаго происхожденія.

1903 г., 5 апрѣля.
Томскъ.