КАЗАНСКІЙ
МЕДИЦИНСКІЙ ЖУРНАЛЪ.

Органъ Общества Врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ,

издаваемый подъ редакціею
Председателя Общества
Проф. Ф. Я. ЧИСТОВИЧА.

Томъ XII.

№ 3.

1912 г.

КАЗАНЬ.
Типо-литографія Императорскаго Университета.
1912.

Содержаніе.

Стр.

Д-ръ **Н. Д. Вушмакинъ**. Къ вопросу о классификаціи паховыхъ лимфатическихъ железъ и объ источникахъ ихъ кровоснабженія . . . . . 141.

Д-ръ **А. И. Шибковъ**. Къ вопросу о травматическихъ поврежденіяхъ сердца безъ прободенія сердечной сорочки . . . . 171.

Д-ръ **М. В. Казанскій**. Николай Ивановичъ Пироговъ. *(Окончаніе)* . . . . . 196.

Д-ръ **Е. М. Идельсонъ**. Болѣзни и врачебная помощь въ эпоху войны 1812 года *(Окончаніе)* . . . . . 211.

Изъ Анатомическаго Института проф. В. Н. Тонкова въ Казани.

Къ вопросу о классификаціи паховыхъ лимфатическихъ железъ и объ источникахъ ихъ кровоснабженія.

Прозекторъ Н. Д. Бушмакинъ.

Паховыя лимфатическія железы, самыя крупныя въ человѣческомъ организмѣ, были одними изъ первыхъ, на которыя обращено было вниманіе анатомовъ еще въ глубокой древности.

Онѣ подвергались не разъ всестороннему изученію, однако и до настоящаго времени классификація ихъ не можетъ считаться вполнѣ установленной, а что касается вопроса объ источникахъ кровоснабженія этихъ, порою довольно крупныхъ образованій, достигающихъ иногда до 6 сант. длины, то онъ почти совершенно не затрагивался въ литературѣ.

Древнѣйшіе послѣдователи, начиная съ *Cruikshank*'а [1], дѣлятъ паховыя железы на поверхностныя и глубокія.

Почти всѣ послѣдующіе авторы признаютъ правильность подобнаго дѣленія (*Arnold*, *Masse*, *Luschka*, *Henle*, *Hyrtl*, *Sömmering*, *Pansch*, *Гейманнъ*, *Krause*, *Sappey*, *Платоновъ*, *Зерновъ* и мн. др.), и лишь нѣкоторые изъ нихъ отмѣчаютъ, что глубокія паховыя железы сильно варіируютъ въ числѣ, малы и довольно часто совершенно отсутствуютъ.

Такъ, *Leaf* [2] пишетъ, что глубокія паховыя железы очень немногочисленны и занимаютъ небольшое пространство. Очень часто онѣ совершенно отсутствуютъ. Одна изъ нихъ чаще всего лежитъ внѣдренной въ жировой слой, около устья большой подкож-

---

[1]) *Cruikshank*. D. Geschichte und Beschreibung der Saugadern des menschlichen Körpers. Aus dem Englischen herausgegeben von Dr. Ludwig. Leipzig. 1789 г. ст. 117.

[2]) *Leaf*. The surgical anatomy of the lymphatic glands. London 1893 г. ст. 68.

ной вены. Ее нельзя разсматривать, собственно говоря, ни какъ поверхностную, ни какъ глубокую, такъ какъ одна часть ея находится подъ, а другая надъ fascia lata; здѣсь тѣ же отношенія, что и въ центральныхъ железахъ подмышечной впадины.

Bruhns [1] говоритъ, что глубокія паховыя железы непостоянны и такъ малы, что безъ инъекціи могутъ быть легко просмотрѣны. *Auspitz* [2] совершенно отрицаетъ существованіе глубокихъ паховыхъ железъ, за исключеніемъ железы Rosenmüller'a.

Малиновскій [3] указываетъ, что на основаніи случаевъ инъекціи дѣтскихъ трупиковъ, паховъ взрослыхъ и вскрытій конечностей съ болѣе или менѣе пораженными железами онъ долженъ склониться на сторону авторовъ, отрицающихъ существованіе глубокихъ паховыхъ железъ, какъ отдѣльной группы.

Въ доказательство высказаннаго взгляда авторъ говоритъ, что раздѣлять паховыя железы на двѣ группы, пользуясь для этого глубокимъ листкомъ поверхностной фасціи, который и самъ часто является искусственнымъ образованіемъ (хорошій анатомъ откроетъ, пожалуй, и три листка), точно также искусственно. Далѣе, число этихъ железъ непостоянно, варіируетъ отъ 1 до 8; мѣстонахожденіе ихъ также сильно измѣнчиво—ихъ можно найти то сбоку бедренной вены, то къ срединѣ отъ нея, то выше, то ниже устья v. saphena magna, то, наконецъ, ниже серповиднаго отростка. Противъ дѣленія паховыхъ железъ на глубокія и поверхностныя говоритъ, по мнѣнію авторовъ, и слѣдующій фактъ: „мы сплошь и рядомъ встрѣчаемъ даже при нормальныхъ условіяхъ, что железы одной половиной принадлежатъ по прежнему дѣленію къ глубокой группѣ, а другой—къ поверхностной; при патологическихъ же условіяхъ наблюдается, что железы какъ-бы выпираются изъ глубины кнаружи, въ тоже время уплощаясь. Рѣшетчатая пластинка фасціи какъ бы дѣлитъ железы на части. Такъ какъ выносящіе сосуды паховыхъ железъ, ихъ 8—12, углубляются подъ рѣшетчатую пластинку, чтобъ пройти подъ Пупартовой связкой и впасть, главнымъ образомъ, въ Пироговскую железу, находящуюся со срединной стороны сосудисто-нервнаго пучка, то гораздо естественнѣе не удѣлять глубокимъ паховымъ железамъ такого большого вниманія, образуя для нихъ отдѣльную группу,—глубокихъ железъ, а отнести ихъ къ

---

[1]) *Bruhns*. Ueber die Lymphgefässe der weiblichen Genitalien, nebst einigen Bemerkungen über die Topographie der Leistendrüsen. Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. Abt. 1898 г. p. 57.

[2]) *Auspitz, H.* Die Bubonen der Leistengegend. Arch. f. Derm. u. Syph. 1873. Bd. V ст. 443.

[3]) *Малиновскій*. К. Лимфатическая система нижней конечности 1906. ст. 146.

группѣ поверхностныхъ, изъ которыхъ одно или нѣсколько звеньевъ можетъ индивидуально отклоняться болѣе или менѣе отъ нормальнаго положенія, слѣдуя общему главному пути лимфы. Точно также при паливкахъ и при вскрытіи труповъ съ пораженіями на конечностяхъ мнѣ не удавалось найти яснаго раздѣленія на двѣ группы, наоборотъ, онѣ представлялись въ видѣ одного пласта, болѣе или менѣе утолщеннаго въ центрѣ".

Stahr [1] считаетъ глубокія паховыя железы, расположенныя по ходу большихъ бедряныхъ сосудовъ, просто вставочными—Schaltdrüsen.

Что же касается поверхностныхъ паховыхъ железъ, то, благодаря многочисленности и своеобразному ихъ расположенію, явилась потребность въ свою очередь раздѣлить ихъ на группы. Наиболѣе простая классификація ихъ сводится къ тому, что поверхностныя паховыя железы дѣлятся на горизонтальныя (верхнія) и вертикальныя (нижнія).

Такъ, *Quain (Hoffmann)* [2] дѣлятъ поверхностныя паховыя железы на верхнюю или косую группу и нижнюю или отвѣсную. По его описанію, косвенно расположенныя лимфатическія железы помѣщаются вдоль Пупартовой связки и принимаютъ поверхностные лимфатическіе сосуды живота, половыхъ органовъ и части наружной поверхности бедра.

Отвѣсно расположенныя железы сосредоточиваются вокругъ верхней части v. saphena magna на протяженіи 5—8 сант. книзу отъ мѣста ея впаденія; онѣ принимаютъ большую часть поверхностныхъ лимфатическихъ сосудовъ ноги.

Лимфатическіе сосуды, выходящіе изъ поверхностныхъ паховыхъ железъ, проходятъ частью прямо черезъ фасцію, частью черезъ foramen ovale, соединяются отчасти съ глубоколежащими железами, попадаютъ затѣмъ по кровеноснымъ сосудамъ въ брюшную полость и оканчиваются въ сплетеніи лимфатическихъ сосудовъ, которое располагается вдоль подвздошныхъ кровеносныхъ стволовъ.

Кромѣ того, есть еще глубокія паховыя железы (gl. lymphaticae inguinales profundae), лежащія въ глубинѣ верхней передней стороны бедра въ окружности большихъ кровеносныхъ сосудовъ. Онѣ принимаютъ лимфатическіе сосуды передней стороны бедра и выносящіе изъ поверхностныхъ паховыхъ железъ.

Бобровъ [3] такъ описываетъ паховыя железы: „Въ границахъ Скарповскаго треугольника (trigonum subinguinale s. Scarpae), въ

---

[1]) Цит. по *Poirier et Cuneo.*

[2]) *Quain-Hoffmann.* Lehrbuch der Anatomie 1872 г. Bd. II. ст. 1011.

[3]) *Бобровъ*, А. Руководство къ хирургической анатоміи. Москва 1892 г. ст. 430.

толщѣ поверхностной фасціи заложены лимфатическія железы—glandulae inguinales superficiales—въ количествѣ 10—12. Поверхностныя лимфатическія железы получаютъ лимфу со всѣхъ сторонъ черезъ сосуды, стекающіеся по радіусамъ: снизу—изъ поверхностныхъ сосудовъ всей нижней конечности, идущихъ главнымъ образомъ вдоль v. saphenae majoris; снаружи—изъ поверхностныхъ слоевъ ягодичной области; сверху—изъ поверхностныхъ слоевъ нижней половины передней стѣнки живота; снутри—отъ промежности и отъ наружныхъ половыхъ органовъ (у мужчинъ—изъ praeputium, glans penis, изъ слизистой оболочки уретры и изъ мошонки; у женщинъ—изъ labia majora et minora, изъ нижняго отдѣла влагалища и изъ дна матки черезъ лимфатическіе сосуды круглой маточной связки). Всѣ железы имѣютъ продолговато—овальную форму и размѣщаются такъ: большая по величинѣ железа, получающая лимфу изъ поверхностныхъ сосудовъ нижней конечности, занимаетъ верхушку Скарповскаго треугольника и лежитъ рядомъ съ v. saphena major, снаружи отъ нея, располагаясь своимъ длинникомъ по оси бедра; железы, получающія лимфу съ промежности и отъ наружныхъ половыхъ органовъ, а также съ передней стѣнки живота, лежатъ ближе къ Пупартовой связкѣ и параллельно ей, т. е. поперечно къ продольной оси бедра; железы, получающія лимфу изъ поверхностныхъ сосудовъ ягодицы, находятся въ верхне-наружномъ углу Скарповскаго треугольника.

Глубокія лимфатическія железы (glandulae inguinales profundae) въ количествѣ 3—4 заложены въ бедряномъ каналѣ (подъ fascia cribrosa), снутри и рядомъ съ v. femoralis. Одна изъ этихъ железъ, большая по величинѣ, поднимается до внутренняго отверстія бедряного канала и извѣстна подъ именемъ Rosenmüller'овской. Глубокія железы получаютъ лимфу отъ глубокихъ частей нижней конечности черезъ лимфатическіе сосуды, идущіе рядомъ съ кровеносными и отъ поверхностныхъ лимфатическихъ железъ; изъ нихъ лимфа направляется къ gl. iliacae. Зная это расположеніе железъ, часто уже при одномъ взглядѣ на форму и мѣсто воспаленной железы можно сказать, откуда получилась инфекція, вызвавшая воспаленіе: если припухшая железа находится у верхушки Скарповскаго треугольника и расположена вдоль члена, то причина раздраженія—въ периферіи конечности. Когда увеличенная железа лежитъ ближе къ Пупартовой связкѣ и поперечно, то, смотря по тому, къ какой сторонѣ она ближе:—если она ближе къ внутренней сторонѣ—причина должна быть на промежности или въ наружныхъ половыхъ органахъ; если же къ наружной, то причина должна быть въ области ягодицы".

Rauber [1] дѣлитъ поверхностныя лимфатическія железы пахо-

[1] *Раубера-Коппъ*. Руководство анатоміи человѣка Т. 3. 1911 г. ст. 475.

ной области (числомъ 8—10) также на верхній косой слой (lymphoglandulae inguinales) и нижній отвѣсный слой (lymphoglandulae subinguinales superficiales). Первыя лежатъ вдоль паховой связки и принимаютъ поверхностные сосуды брюшныхъ покрововъ, наружныхъ половыхъ частей и части латеральной поверхности бедра. Нижнія отвѣсныя железы паховой области лежатъ на fossa ovalis и вокругъ нея; онѣ окружаютъ верхнюю часть v. saphenae magnae и принимаютъ большую часть поверхностныхъ сосудовъ ноги.

Leaf [1] раздѣляетъ поверхностныя паховыя железы на горизонтальныя и вертикальныя. Горизонтальныя, отъ 2 до 4, помѣщаются вдоль Пупартовой связки, въ толщѣ Скарповской фасціи или въ мѣстѣ соединенія ея съ глубокой фасціей. Здѣсь находятся обыкновенно двѣ железы, одна между v. saphena magna и v. circumflexa ilium superficialis, другая же въ углу между v. saphena magna и v. pudenda externa. Въ горизонтальномъ ряду железа, помѣщающаяся въ центрѣ Пупартовой связки, обыкновенно бываетъ самая большая. Вертикальный рядъ состоитъ изъ 2—6 железъ, лежащихъ около верхней части v. saphena magna. Двѣ или болѣе железъ изъ этой группы находятся постоянно на внѣшней или внутренней сторонѣ этой вены, вдоль двухъ параллельныхъ вѣтвей срединнаго кожнаго нерва, и одна железа, постоянная, находится въ углу между веной бедряной кожной передней и v. saphena magna. Кромѣ того, находится часто въ углу между веной бедряной кожной внутренней и v. saphena magna еще одна железа.

Corning [2] придерживается подобной же классификаціи и пишетъ, что лимфатическія железы, прилегающія къ fascia lata, варіируютъ въ числѣ и величинѣ; обыкновенно ихъ бываетъ отъ 10 до 15. Раздѣляются онѣ на lgl. inguinales (параллельно Пупартовой связкѣ) и lgl. subinguinales (параллельно верхнему отрѣзку art. femoralis). Это дѣленіе соотвѣтствуетъ ходу лимфатическихъ стволиковъ, впадающихъ въ эти железы; въ lgl. subinguinales направляются стволики, идущіе по передней поверхности бедра, и въ lgl. inguinales впадаютъ лимфатическіе сосуды кожи живота, ниже пупка, далѣе поверхностные лимфатическіе сосуды penis'a (resp клитора), промежности и anus'a.

Кромѣ поверхностныхъ лимфатическихъ железъ, существуютъ также 3—7 lgl. subinguinales profundae, которыя лежатъ подъ фасціей вдоль art. femoralis; съ большимъ постоянствомъ находится одна железа въ lacuna vasorum медіально отъ v. femoralis (железа Rosenmuller'a), которая играетъ извѣстную роль при задержаніи бедряныхъ грыжъ.

---

[1] l. c. ст. 67.

[2] *Corning, H.* Lehrbuch der topographischen Anatomie. 1909 г. ст. 701.

Sobotta [1] также раздѣляетъ паховыя железы на слѣдующія группы:

I. lgl. inguinales—паховыя железы, по числу 3—5, лежатъ вдоль lig. inguinale, параллельно ей своей продольной осью; большею частью онѣ расположены нѣсколько выше связки, поверхностно подъ кожей живота. Латеральныя меньше медіальныхъ.

II. lgl. subinguinales superficiales—7—12, частью это очень большія железы, лежатъ параллельно продольной оси бедра, въ области fossa ovalis, вдоль v. saphena magna, поверхностно подъ кожею бедра.

Одна особенно большая лежитъ въ области fossa ovalis большею частью непосредственно впереди овальной ямки (Розенмюллерова железа).

III. lgl. subinguinales profundae—образуютъ прямое продолженіе предыдущихъ, меньше по числу—3—5 и по величинѣ; лежатъ подлѣ art. и v. femoralis въ глубинѣ fossa ileo-pectinea ниже lacuna vasorum.

Эти три группы лимфатическихъ узловъ паховой области представляютъ безпрерывную цѣпь,—plexus inguinalis. Железы эти принимаютъ различнымъ образомъ поверхностные и глубокіе лимфатическіе сосуды нижней конечности, поверхностные лимфатическіе сосуды сѣдалищной области, брюшныхъ покрововъ, penis'a, clitoridis, боковой и передней поверхности scroti (labia majora et mons pubis). Ихъ vasa efferentia идутъ къ lymphoglandulae iliacae.

Но приведенныя классификаціи поверхностныхъ паховыхъ железъ не удовлетворяли многихъ послѣдователей. Какъ извѣстно, поверхностныя паховыя железы вертикальнаго ряда располагаются вокругъ v. saphena magna; послѣдняя, такимъ образомъ, дѣлитъ ихъ естественно на нѣсколько мелкихъ группъ. Но, кромѣ того, уже давно былъ помѣченъ фактъ, что нѣкоторыя изъ железъ получаютъ лимфу преимущественно изъ опредѣленныхъ областей. Все это, вмѣстѣ взятое, побуждало авторовъ воспользоваться этимъ и ввести болѣе детальную классификацію ихъ.

Такъ, еще въ 1867 г. *Paulet* [2] дѣлилъ поверхностныя паховыя железы на 4 группы. По его описанію, паховыя железы расположены въ видѣ треугольника, острымъ угломъ внизъ, а основаніемъ къ паховой связкѣ.

Железы у двухъ верхнихъ угловъ треугольника своей длинной осью расположены вдоль паховой связки; железы у угла противуположнаго основанію, наоборотъ, своею длинною осью расположены параллельно оси члена.

---

[1]) *Sobotta*. Grundriss der deskriptiven Anatomie des Menschen. 1907 г. ст. 453.

[2]) *Paulet*. Traité d'anatomie topographique 1867—1870 г. ст. 851.

Вообще паховыя железы, соотвѣтственно полученію лимфы изъ различныхъ областей, можно раздѣлить на 4 группы: внутреннюю, получающую лимфу отъ промежности, отъ покрововъ penis'a и мошонки, наружную—главнымъ образомъ отъ сѣдалищной области, нижнюю—отъ нижней конечности и среднюю, железы которой имѣютъ обыкновенно круглую форму.

Теперь мы перейдемъ къ классическимъ работамъ *Sappey'я* [1].

Въ своихъ трудахъ послѣдній даетъ классификацію паховыхъ железъ, которая затѣмъ была принята многими авторами и вошла въ анатомическіе учебники. Онъ дѣлитъ паховыя железы на поверхностныя и глубокія. Поверхностныя или подкожныя группируются по большей части вокругъ устья v. saphena magna; верхнія расположены подъ паховой связкой, параллельно которой онѣ лежатъ, нижнія—на 6—7 сант. книзу отъ бедренной дуги. Границами ихъ служитъ сбоку—вертикальная линія, проведенная черезъ переднюю нижнюю ость подвздошной кости; медіально—такая же линія, проведенная черезъ лобковый бугорокъ; въ центральной части железы расположены одна подъ другой, а на своей периферіи железы разбросаны.

Sappey различаетъ 5 группъ поверхностныхъ железъ: 1) верхнія—у паховой складки, принимающія лимфу съ кожи живота, 2) нижнія—у v. saphena magna недалеко отъ ея впаденія; принимаютъ лимфу съ конечности, 3) внутреннія—медіально отъ ея впаденія, 4) наружныя—латерально отъ вены и 5) центральныя.

Число поверхностныхъ железъ колеблется, по мнѣнію *Mascagni* *), отъ 7 до 13; но можетъ быть и больше,—отъ 15 до 18. Нижнія железы самыя большія, остальныя равняются горошинѣ и миндалю; нѣкоторыя же очень маленькія. По формѣ онѣ бываютъ сфероиды, дискоиды или неправильной формы.

Глубокія железы встрѣчаются въ гораздо меньшемъ количествѣ, чѣмъ поверхностныя. Ихъ существуетъ 2, иногда 3. *Mascagni* говоритъ, что наблюдалъ ихъ 7, но это, если не является результатомъ ошибки, встрѣчается крайне рѣдко. Своей наружной стороной эти железы прилегаютъ къ v. femoralis, а верхняя изъ нихъ располагается между этой веной и lig. *Gimbernati*.

Testut [2], ученикъ *Sappey'я*, придерживается классификаціи послѣдняго. Онъ также дѣлитъ паховыя железы на поверхностныя

---

[1]) *Sappey.* Anatomie, physiologie et pathologie des vaisseaux lymphatiques 1874 г.

— Traite d'anatomie descriptive 1869 г. ст. 813.

*) Цит. по *Sappey'ю*.

[2]) *Testut, L.* Traite d'anatomie humaine 1891 г. Paris. T. 2. ст. 280.

и глубокія. Поверхностные узелки располагаются между кожей и апоневрозомъ, который носитъ на этомъ уровнѣ названіе fascia cribriformis.

Число ихъ колеблется отъ 10 до 15. Въ цѣломъ они образуютъ треугольникъ, основаніе котораго направлено вверхъ, а верхушка направлена книзу и находится на 5 сант. ниже Пупартовой связки. Величина ихъ очень разнообразна, колеблется между величиной горошины и величиной маленькой миндалины.

Глубокія железы въ числѣ двухъ или трехъ лежатъ на внутренней сторонѣ вены. Железа *Cloquet* заслуживаетъ спеціальнаго упоминанія: она прилегаетъ къ внѣшнему краю lig. *Gimbernati*, отдѣлена отъ брюшины только septum crurale и собственной фасціей, и ея воспаленіе можетъ въ извѣстныхъ случаяхъ вызвать припадки болѣзни, вполнѣ напоминающіе грыжевое ущемленіе.

Bruhns въ 1898 г. въ своей спеціальной работѣ: „Ueber die Lymphgefasse der weiblichen Genitalien nebst einigen Bemerkungen über die Topographie der Leistendrüsen [1]", придерживается также классификаціи *Sappey*'я. Авторъ указываетъ прежде всего, въ противуположность *Auspitz*'у, на существованіе глубокихъ паховыхъ железъ. Онъ произвелъ 20 изслѣдованій и нашелъ въ 7 случаяхъ изъ 20, кромѣ железы *Розенмюллера*, еще 1—4 железы, лежащія на большихъ кровеносныхъ сосудахъ частью латерально, частью медіально отъ v. femoralis. Эти железы по автору настолько малы, что безъ инъекціи ихъ легко просмотрѣть. Этимъ по всей вѣроятности объясняется, что *Auspitz*, который работалъ безъ инъекцій, совершенно отрицаетъ ихъ существованіе.

Далѣе авторъ находитъ самой подходящей для дѣленія поверхностныхъ паховыхъ железъ классификацію, предложенную *Sappey*'емъ. Железы дѣлятся имъ на 5 группъ: верхняя—въ паховомъ сгибѣ, нижняя—у v. saphena magna, немного ниже впаденія ея въ бедряную вену, внутренняя—спутри отъ устья v. saphena, наружная—кнаружи отъ art. femoralis, и наконецъ одна отдѣльная железа въ центрѣ, между этими четырьми группами. Самыя постоянныя—верхняя и внутренняя группы. Число железъ различно—отъ 5 до 15. Незначительное число ихъ компенсируется величиною.

Въ 1893 г. *Quenu*, [2] изучая лимфатическіе сосуды anus'а, предложилъ новую классификацію паховыхъ железъ, нѣсколько отличимую отъ классификаціи *Sappey*'я и принятую затѣмъ у французскихъ анатомовъ, а также и въ Германіи—*Gerota*, *Waldeyer*'омъ, *Bardeleben—Haeckel—Frohse*, *W. Krause* и мн. др.

---

[1] Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. Abt. 1898 г. ст. 57.

[2] *Quenu*, N. Lymphatiques de l'anus. Journ. de l'Anat. et de la Physiologie. 1893 г. ст. 523.

Опъ дѣлитъ паховыя железы по ихъ топографическому отношенію къ v. saphena magna (рис. № 1). Проведя черезъ мѣсто впаденія v. saphena перпендикулярную линію къ оси бедра, опъ называетъ паховыми верхними всѣ железы, расположенныя выше этой линіи, и нижними тѣ, которыя расположены ниже ея.

Подраздѣляя каждую изъ этихъ группъ линіей, проведенной по v. saphena magna, опъ получаетъ такимъ образомъ gl. supéro—internes ou externes и gl. infero—externes ou internes.

Наконецъ, опъ называетъ gl. presaphenes—тѣ железы, которыя лежатъ передъ веной, главнымъ образомъ у ея впаденія.

Далѣе, *Quénu* подчеркиваетъ, что отношеніе этихъ группъ железъ къ лимфатическимъ сосудамъ крайне измѣнчиво.

Свои изслѣдованія *Quénu* производилъ исключительно на трупахъ младенцевъ.

Рис. 1. Классификація железъ по Quénu—groupe supero-externe, groupe supéro—interne, groupe infero—interne, groupe infero—externe, groupe central (ganglions présaphènes).

Въ атласѣ *Bardeleben-Haeckel* [1] приводится та же классификація *Quénu*. Мы находимъ здѣсь глубокія паховыя лимфатическія железы (gl. subinguinales profundae), которыя являются областными или вставочными железами для глубокихъ лимфатическихъ сосудовъ, идущихъ подъ сосудовъ бедра. Онѣ въ нормальныхъ случаяхъ малы, 1—4 по числу; ихъ выносящіе сосуды идутъ какъ по медіальной, такъ и по наружной сторонѣ сосудовъ бедра въ тазъ. Первые впадаютъ въ такъ называемую железу *Rosenmüller'a*.

Поверхностныя паховыя железы лежатъ въ глубокихъ слояхъ подкожной жировой клѣтчатки, у дѣтей ближе другъ къ другу, чѣмъ у взрослыхъ, причемъ наружныя железы могутъ лежать вблизи spina iliaca anterior superior. Ни одна железа не заходитъ между прочимъ вверхъ за край lig. inguinale, а книзу онѣ простираются лишь рѣдко до угла Скарповскаго треугольника. Число поверхно-

---

[1]) *Bardeleben-Haeckel*, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 1908 г. Fig. 169.

стныхъ железъ (lgl. subinguinales superficiales) колеблется отъ 8 до 15, въ патологическихъ случаяхъ больше. При такомъ большомъ числѣ железъ дѣленіе производится на основаніи топографическаго расположенія по отношенію ихъ къ мѣсту впаденія v. saphena въ v. femoralis. Слѣдуетъ различать прежде всего одну верхнюю и другую нижнюю группу. У дѣтей железы болѣе круглы, у взрослыхъ—болѣе продолговаты; ихъ длинная ось въ верхней группѣ располагается параллельно Пупартовой связкѣ, у нижней параллельно оси ноги.

Затѣмъ, цѣлесообразно раздѣлить обѣ группы по линіи v. saphena magna на двѣ группы, на медіальную и латеральную; какъ 5-я группа, прибавляется центральная, которая лежитъ надъ и подлѣ мѣста впаденія v. saphena magna.

Ни одна изъ 5 группъ не содержитъ болѣе 4—5 железъ.

Поверхностныя паховыя железы суть областныя железы для кожи всей нижней половины туловища, книзу отъ пупка. Онѣ воспринимаютъ лимфатическіе сосуды кожи нижней части живота, сѣдалищной области, наружныхъ половыхъ органовъ, промежности, прямой кишки, кожи и глубокихъ частей нижнихъ конечностей.

Подкожные лимфатическіе сосуды penis'a, яичекъ идутъ къ верхней медіальной группѣ; частью сюда же идутъ сосуды мошонки, которые между прочимъ идутъ также къ нижней медіальной группѣ. Лимфатическіе сосуды промежности и anus'a подходятъ къ этимъ железамъ, но соединяются боковыми вѣточками еще съ верхними медіальными железами.

Верхняя латеральная группа содержитъ областныя железы для кожи живота и для верхней части сѣдалищной области, въ то время какъ нижняя часть сѣдалища посылаетъ свою лимфу больше къ нижней латеральной группѣ. Большіе лимфатическіе сосуды нижней конечности не лежатъ поверхностно въ подкожномъ слоѣ, но плотно на фасціи и идутъ по обѣимъ сторонамъ v. saphena magna, особенно по латеральной ея сторонѣ.

Необходимо отмѣтить, что лимфатическіе сосуды по всему своему пути могутъ развѣтвляться и образовать острова, и что лимфатическіе пути, благодаря дѣленію, могутъ вливаться въ 2 или даже въ 3 железы.

Благодаря частому заболѣванію окружающихъ областей ясно, что лимфатическія железы сочувственно заболѣваютъ и становятся областью оперативнаго вмѣшательства.

Нарывы на генитальныхъ органахъ, воспалительные процессы на ногѣ, нарывы голени и т. д. ведутъ къ ихъ увеличенію; при карциномѣ penis'a, vulv'ы, anus'a диссеминація раковыхъ клѣтокъ прежде всего происходитъ въ нихъ. При туберкулезномъ про-

цессѣ суставовъ нижней конечности вердѣко туберкулезъ задерживается ими.

Операція на этихъ железахъ, благодаря многочисленнымъ поверхностнымъ сосудамъ, довольно кровавая. Хотя подходящіе сосуды и малы, но они кровоточатъ обильно, какъ всѣ сосуды недалеко отъ мѣста выхода изъ большихъ артерій и венъ. Отъ большихъ сосудовъ онѣ отдѣлены только такъ называемой fascia cribriformis; при экстирпаціи ихъ необходима осторожность.

Poirier et Cuneo въ своемъ учебникѣ по анатоміи довольно подробно останавливаются на паховыхъ железахъ, приводятъ классификаціи *Sappey'я*, *Quénu*, но притомъ замѣчаютъ, что ни одна изъ нихъ не соотвѣтствуетъ дѣйствительности (ст. 1160).

Въ 1906 г. *Малиновскій* выпустилъ свою работу изъ Института топографической анатоміи и оперативной хирургіи Московскаго Университета подъ заглавіемъ: „Лимфатическая система нижней конечности". Въ этой работѣ авторъ удѣляетъ также нѣкоторое мѣсто и паховымъ железамъ. Онъ дѣлитъ всѣ паховыя железы, включая и глубокія, на 6 группъ; дѣленіе это является нѣсколько измѣненной классификаціей *Sappey'я*. Авторъ представляетъ эти железы располагающимися въ видѣ пятиугольника; фигура можетъ быть какъ равно, такъ и разносторонняя, а железы лежатъ какъ по угламъ его, такъ и по сторонамъ и въ центрѣ (рис. № 2). Соотвѣтственно каждой сторонѣ получимъ соотвѣтственную группу и, отдѣльно, центральную. Основаніе пятиугольной фигуры лежитъ вдоль паховой связки, причемъ большія крайнія железы являются естественно концами ея. Вершина фигуры должна покоиться на серединѣ железы, лежащей дальше всѣхъ книзу; обыкновенно она значительно больше сосѣднихъ и лежитъ сбоку отъ v. saphena magna; остальные два угла соотвѣтствуютъ боковымъ, наиболѣе удаленнымъ отъ центра железамъ; обыкновенно онѣ лежатъ по сторонамъ v. saphena. Соединивъ эти точки прямыми линіями, мы проводимъ ихъ въ большинствѣ случаевъ черезъ всѣ крайнія железы, а въ центрѣ фигуры у насъ останется еще нѣсколько железъ, глубокія—по обычной терминологіи. Всѣ железы, лежащія

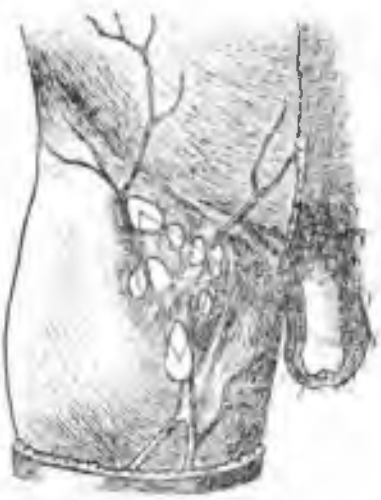


Рис. 2. Классификація железъ по Малиновскому.

по линіямъ и угламъ этой фигуры, подвергаются всегда значительно большимъ измѣненіямъ при заболѣваніяхъ соотвѣтственной области сравнительно съ центральными. Въ типическихъ случаяхъ въ основаніи пятиугольника лежатъ 4 железы; по остальнымъ угламъ—еще 3; на каждой изъ остальныхъ четырехъ сторонъ—по одной, и въ центрѣ—различное число—отъ 2 до 5. Больше этого числа автору наблюдать не приходилось, уменьшеніе же встрѣчалось довольно часто, особенно сильно число ихъ уменьшается съ возрастомъ. Величина колеблется отъ конопляного зерна до 1—2 сант. въ діаметрѣ.

Далѣе авторъ связываетъ пораженіе извѣстныхъ участковъ кожности съ увеличеніемъ тѣхъ или другихъ изъ приведенныхъ группъ. Такъ что при существованіи пораженія на боковой и задней поверхности бедра въ верхней половинѣ поражаются железы, находящіяся у боковой стороны фигуры, ближайшей къ основанію: при пораженіи, существующемъ въ нижней половинѣ, увеличиваются железы у наружной стороны фигуры, ближайшей къ вершинѣ. При пораженіи, расположенномъ на промежности, увеличиваются железы у средняго угла основанія фигуры; при заболѣваніи въ верхней трети внутренней поверхности бедра и задней до средней линіи поражаются железы у внутренняго угла и у стороны, ближайшей къ основанію; при пораженіи на остальныхъ двухъ трехъ этой поверхности увеличиваются железы на сторонѣ пятиугольника, ближайшей къ вершинѣ. Процессъ, гнѣздящійся на верхней части боковыхъ поверхностяхъ ступни, передней и боковыхъ поверхностяхъ голени, колѣна, а также на передней поверхности бедра, даетъ увеличеніе железы, расположенной у верхушки пятиугольной фигуры расположенія паховыхъ железъ; при большой интенсивности или распространенности процесса увеличиваются также двѣ железы по сторонамъ, ближайшимъ къ вершинѣ.

Въ концѣ книги авторъ приводитъ 45 протоколовъ съ различными болѣзненными явленіями, связанными съ увеличеніемъ железъ.

Въ 1909 г. появляется монографія *Bartels*'а [1] „Das Lymphgefasssystem". Послѣднему автору работа *Малиновскаго* видимо осталась неизвѣстной. *Bartels* не рѣшается пользоваться латинскими терминами—lgl. inguinales и subinguinales, въ виду ихъ спутанности, а употребляетъ нѣмецкое названіе—„Leistendrüsen". Всѣ паховыя железы онъ дѣлитъ на поверхностныя и глубокія (Leistendrüsen oberflachliche und tiefe).

I Die oberflachlichen Leistendrüsen—лежатъ въ regio subinguinalis подъ fascia subcutanea впереди fascia lata и достигаютъ

[1] Ст. 189.

иногда до regio inguinalis. Онѣ располагаются по ходу различныхъ кровеносныхъ сосудовъ, а именно: v. saphena magna и v. circumflexa ilium superficialis, а также на концевыхъ отрѣзкахъ v. pudenda externa и epigastrica superficialis. Число ихъ у различныхъ авторовъ колеблется отъ 5 до 20. У взрослыхъ говорить о величинѣ ихъ трудно благодаря тому, что онѣ часто подвергаются патологическимъ измѣненіямъ. Лучше всего раздѣлить ихъ на верхнюю группу, располагающуюся косвенно въ видѣ цѣпи и нижнюю, спускающуюся отвѣсно отъ середины верхней.

Верхняя группа (Leistendrüsen въ тѣсномъ смыслѣ) располагается въ видѣ цѣпи вдоль ligamentum inguinale плотно подъ или на ней (верхняя группа lgl. subinguinales superficiales B. N. A.) или железы лежатъ (рѣже) совершенно или отчасти выше ея (lgl. inguinales B. N. A.; ganglions supra—inguinaux французовъ). Помѣщаются онѣ такимъ образомъ въ области vasa circumflexa ilium superficialia и могутъ въ исключительныхъ случаяхъ достигать spina iliaca anterior superior. Посредствомъ тѣхъ железъ, которыя лежатъ выше или передъ верхнимъ рогомъ margo falciformis, образуется постепенный переходъ къ нижней группѣ. Рѣзкаго дѣленія между ними не наблюдается.

Нижняя группа (Schenkeldrüsen) окружаетъ v. saphena magna при ея прохожденіи въ fossa ovalis, а также при впаденіи v. pudenda ext., epigastrica superficialis и v. circumflexa ilium supf.; короче сказать—онѣ лежатъ кругомъ и отчасти передъ foramen ovale. Нижнія железы этой группы самыя крупныя лежатъ въ углу впаденія боковой вѣтви v. saphena.

Далѣе авторъ приводитъ классификацію поверхностныхъ паховыхъ железъ *Sappey*'я на 5 группъ, и другое дѣленіе, лишь немногимъ отличающееся отъ перваго, предложенное *Quénu*.

Къ послѣднему примыкаетъ и авторъ.

II. Die tiefen Leistendrusen.

Онѣ лежатъ въ fossa iliopectinea, подъ fascia lata. Это лишь нѣсколько маленькихъ железъ, которыя являются частью вставочными железами глубокихъ сосудовъ бедра и по причинѣ своей незначительности безъ инъекціи едва могутъ быть находимы: этимъ объясняется, почему онѣ вообще отрицаются и существованіе ихъ признается, какъ исключеніе. Число ихъ колеблется отъ 1 до 7. Верхняя изъ этихъ железъ Lymphoglandula annuli femoralis (*Rosenmülleri, Cloquet*) лежитъ въ бедряномъ каналѣ у ligamentum lacunare медіально отъ v. femoralis и образуетъ переходъ къ lgl. iliacae externae.

Глубокія паховыя железы соединены съ поверхностными паховыми железами, иногда принимаютъ поверхностные лимфатическіе

сосуды ноги, далѣе глубокіе сосуды ноги, и по *Bruhns*'у иногда, по *Cunéo* и *Marcille* всегда—глубокіе сосуды penis'a и клитора.

Выносящіе ихъ идутъ къ lgl. iliacae.

Мнѣ пришлось болѣе подробно остановиться на литературныхъ источникахъ, чтобы имѣть возможность детально разобраться въ большомъ количествѣ предложенныхъ авторами различныхъ классификацій паховыхъ железъ, выяснить ихъ общіе принципы и отнести каждой изъ нихъ соотвѣтствующее мѣсто. Что же касается вопроса объ источникахъ кровоснабженія паховыхъ железъ, то, повидимому, онъ до настоящаго времени спеціально не изучался, и лишь у нѣкоторыхъ авторовъ можно найти по этому вопросу замѣчанія общаго характера, что паховыя железы получаютъ питаніе изъ ближайшихъ артерій, да, кромѣ того, въ нѣкоторыхъ руководствахъ по анатоміи упоминаются еще при описаніи вѣтвей art. femoralis незначительные стволики, самостоятельно отходящіе отъ упомянутой артеріи и предназначенные для паховыхъ железъ и кожи (rami inguinales—*Soboltа*, *Spalteholz*, *Гиртль*, *Зернов*, *Poirier* и мн. др.).

Далѣе есть еще указанія, что и отъ art. pudenda externa отходятъ нѣсколько артеріальныхъ вѣточекъ къ паховымъ железамъ (Poirier, Caldanio, Платоновъ и др.)

Также на нѣкоторыхъ анатомическихъ рисункахъ можно встрѣтить паховыя лимфатическія железы съ подходящими къ нимъ артеріальными вѣточками.

Такъ, у Haller'a въ его Icones Anatomicae corporis humani (fasc. V, Tab. I.) изображены на передней поверхности бедра три паховыя лимфатическія железы съ подходящими къ нимъ артеріями. Одна изъ нихъ получаетъ вѣточку отъ стволика самостоятельно отходящаго отъ art. femoralis и идущаго къ m—lus sartorius, къ кожѣ и къ паховымъ железамъ (ramus superficialis ad sartorium, cutem, glandulosque inguinales). Двѣ остальныя железы получаютъ питаніе отъ art. pudenda externa superior et inferior.

Проф. *В. Н. Тонковъ*[1] указываетъ, что длинный поверхностный паховой узелъ, расположенный параллельно бедренной дугѣ, большею частью получаетъ питающія вѣточки изъ поверхностной подчревной артеріи, наружной обвивающей подвздошную кость и внутренней обвивающей бедро артеріи (что касается послѣдней артеріи, то она по нашимъ наблюденіямъ сравнительно рѣдко принимаетъ участіе въ питаніи лимфатическихъ железъ). Соотвѣтствен-

---

[1]) *Тонковъ В. Н.* Кровеносные сосуды лимфатическихъ узловъ 1898 г. Врачъ. 1898. № 34.

по сказанному при работѣ приложены два рисунка съ подходящими къ железамъ артеріальными вѣточками.

Въ послѣднемъ изданіи руководства по анатоміи *Раубера* [1] въ обработкѣ *Копна* имѣется рисунокъ бедряной артеріи съ ея вѣтвями. На этомъ же рисункѣ изображены паховыя лимфатическія железы съ подходящими къ нимъ артеріальными вѣточками: 1) отъ art. epigastrica superficialis, 2) отъ art. circumflexa ilium superficialis и 3) отъ art. pudenda externa. Соотвѣтствующаго объясненія къ рисунку въ текстѣ, къ сожалѣнію, не имѣется (ст. 395).

Нѣчто подобное мы встрѣчаемъ у *Corning'a* [2] и въ атласѣ *Toldt'a* [3].

Въ атласѣ топографической анатоміи человѣка *Zuckerkandl'я* [4] на 504 рисункѣ изображено нѣсколько паховыхъ железъ; къ тремъ изъ нихъ подходятъ артеріальныя вѣточки отъ art. epigastrica superficialis. Въ атласѣ топографической анатоміи *Schultze* [5] на 190 рисункѣ изображено 6 паховыхъ железъ, изъ которыхъ двѣ верхнія, лежащія у Пупартовой связки, получаютъ артеріальныя вѣточки отъ art. epigastrica superficialis, а остальныя четыре отъ art. pudendae externae. Вотъ и всѣ тѣ отрывочныя свѣдѣнія по интересующему насъ вопросу, которыя удалось найти въ доступной мнѣ литературѣ.

Свои изслѣдованія я производилъ почти исключительно на трупахъ взрослыхъ, причемъ на матеріалѣ, который не имѣлъ явно патологическихъ измѣненій, какъ на нижнихъ конечностяхъ, такъ и на окружающихъ частяхъ.

Паховыя железы младенца мелки, въ большинствѣ случаевъ круглой формы, разсыпаны на далекомъ разстояніи другъ отъ друга; подходящія же къ нимъ артеріальныя вѣточки едва уловимы простымъ глазомъ. Не то представляютъ изъ себя железы взрослыхъ, особенно въ пожиломъ возрастѣ—онѣ крупны, иногда, благодаря сліянію ихъ между собою, достигаютъ громадныхъ размѣровъ; форма ихъ крайне разнообразна, число очень различно.

Все это, конечно, должно сильно измѣнять съ возрастомъ группировку паховыхъ железъ. Поэтому данныя, добытыя при из-

---

[1]) l. c. T. III. ст. 394.

[2]) l. c. ст. 700.

[3]) Toldt. C. Anatomischer Atlas ст. 640.

[4]) *Zuckerkandl.* Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 1904 г. ст. 629.

[5]) *Schultze, O.* Atlas und Grundriss der topographischen und angewandten Anatomie 1909 г. Fig. 190.

слѣдованіи паховыхъ железъ на младенцахъ, нельзя полностью переносить на взрослыхъ, а также и классификація паховыхъ железъ, устанавливаемая на трупахъ младенцевъ, не примѣнима къ взрослымъ. Подобная классификація имѣетъ скорѣе чисто теоретическій интересъ, практическое же ея значеніе не велико.

При своихъ изслѣдованіяхъ я наливалъ артеріи холодной *Teichmann*'овской массой, нѣсколько видоизмѣненной (на одну вѣсовую часть олифы я бралъ 15—20 частей бензина, а затѣмъ прибавлялъ сюда до желаемой консистенціи мѣла и для окрашиванія незначительное количество киновари).

Инъекція производилась обыкновенно черезъ art. iliaca externa. Что же касается инъекціи лимфатическихъ сосудовъ, то она производилась или по способу *Gerota* [1] (Preussisch—Blau + Terpentinol + сѣрный эфиръ), или водянымъ растворомъ китайской туши. Всего изслѣдовано было болѣе 20 труповъ, т. е. болѣе 40 конечностей. Кромѣ того, при практическихъ занятіяхъ со студентами я пользовался каждымъ удобнымъ случаемъ обслѣдовать болѣе подробно паховыя железы.

Теперь я перехожу къ разбору литературныхъ данныхъ въ связи съ полученными результатами собственныхъ изслѣдованій. Изъ приведенныхъ выше литературныхъ справокъ видно, что всѣ предложенныя классификаціи основаны на принципѣ топографическаго расположенія паховыхъ железъ. Кромѣ этого, какъ извѣстно, можно дѣлить лимфатическія железы еще по областямъ получанія ими лимфы. Но подобное дѣленіе не можетъ имѣть никакого практическаго значенія, такъ какъ обыкновенно изъ одной и той же области лимфатическіе сосуды идутъ къ многимъ железамъ, лежащимъ иногда на далекомъ разстояніи другъ отъ друга и ничѣмъ не отличающимся отъ другихъ, кругомъ лежащихъ лимфатическихъ железъ, принимающихъ лимфу изъ другихъ областей. Кромѣ того, лимфатическія железы соединены между собою многочисленными лимфатическими сосудами и образуютъ какъ бы сплетеніе, почему даже и при инъекціи не всегда возможно опредѣлить, изъ какой области получаетъ лимфу данная железа.

Дѣленіе лимфатическихъ железъ можетъ быть произведено еще по источникамъ ихъ питанія, но подобное дѣленіе тоже трудно выполнимо, такъ какъ количество питающихся железъ отъ одной или другой артеріи зависитъ главнымъ образомъ отъ степени ея развитія, которое въ мелкихъ артеріальныхъ стволикахъ въ высшей степени измѣнчиво.

---

[1] *Gerota* Zur Technik der Lymphgefässinjection. Eine neue Injectionsmasse, Polychrome Injection. Anat. Anzeiger 1899 г. ст. 216.

Итакъ, дѣлить паховыя железы раціональнѣе всего по ихъ топографическому расположенію, при чемъ конечно должны быть изучены и тѣ лимфатическіе пути, которые подходятъ къ той или другой группѣ. Только тогда классификація паховыхъ железъ и можетъ имѣть извѣстное практическое значеніе, когда она съ одной стороны сравнительно проста и легко примѣнима на живомъ, а съ другой—когда установлена связь между выдѣленными группами и тѣми областями, изъ которыхъ онѣ получаютъ лимфу. Такая классификація можетъ дѣйствительно удовлетворить хирурга и указать ему при пораженіи железъ тотъ путь, по которому идетъ инфекція, и гдѣ гнѣздится первоначальный болѣзненный очагъ.

Паховыя железы располагаются въ области передней поверхности бедра, ограниченной слѣдующими линіями: латерально—вертикальной, проходящей черезъ spina iliaca ant. inf., медіально—линіей, параллельной первой и проведенной черезъ tuberculum pubicum, сверху—lig. inguinale, а снизу—поперечной, проходящей на 6—10 сант. ниже lig. inguinale. *Sappey*, *Poirier et Cunéo* проводятъ нижнюю пограничную линію на разстояніи 6—7 сант. отъ lig. inguinale, но я при своихъ изслѣдованіяхъ иногда (въ 4-хъ случаяхъ изъ 40 конечностей) находилъ железы значительно ниже—на 8 и даже на 10 сант. отъ lig. inguinale.

Внѣ указанной области я железъ не встрѣчалъ; правда, нѣкоторые авторы находили железы и внѣ этой области, но во всякомъ случаѣ подобныя находки крайне рѣдки и носятъ случайный характеръ.

Придерживаясь строго *Basel*'ской номенклатуры, всѣ железы, лежащія въ указанной области, мы должны именовать *lgl. subinguinales*; лишь въ тѣхъ очень рѣдкихъ случаяхъ, когда лимфатическія железы лежатъ на lig. inguinale или даже выше ея, онѣ могутъ называться—*lgl. inguinales*.

Подобную номенклатуру мы встрѣчаемъ у *Langer*'а [1], и я считаю ее наиболѣе правильной.

Нѣкоторые авторы (*Bartels*), опасаясь путаницы въ номенклатурѣ, не рѣшаются вводить болѣе длиннаго названія—lgl. subinguinales—лишь потому, что старое названіе (lgl. inguinales) уже давно вошло почти во всѣ учебники анатоміи и хирургіи. Но доводъ этотъ едва-ли можно считать убѣдительнымъ. Въ теченіе послѣднихъ лѣтъ въ русской анатомической литературѣ происходила постепенная замѣна старыхъ названій болѣе новыми по B. N. A., но отъ такой замѣны, какъ мы знаемъ, особой путаницы не про-

---

[1] *Langer-Toldt*. Lehrbuch der systematischen und topographischen Anatomie. 1907 г. ст. 568.

изошло. Напротивъ, новая номенклатура, какъ болѣе простая и легко усваиваемая, скоро пріобрѣла право гражданства.

У *Rauber*'а, *Corning*'а мы встрѣчаемъ такое дѣленіе: железы, лежащія параллельно Пупартовой связкѣ, называются—lgl. inguinales, а параллельно верхнему отрѣзку art. femoralis—lgl. subinguinales. Подобная номенклатура не раціональна, какъ могущая ввести въ заблужденіе.

Sobotta [1], какъ мы видѣли, называетъ lgl. inguinales—железы, лежащія вдоль lig. inguinale; при этомъ онъ добавляетъ, что онѣ лежатъ большею частью нѣсколько выше связки, поверхностно подъ кожею живота.

Съ такимъ указаніемъ автора едва ли можно согласиться, такъ какъ железы лишь въ исключительныхъ случаяхъ могутъ лежать на lig. inguinale или выше ея. Послѣднее подтверждаютъ многіе авторы, а *Bardeleben* und *Haeckel* пишутъ: „Keine der Drusen überschreitet indessen den Rand des Lig. inguinale nach oben" [2].

Я при своихъ изслѣдованіяхъ железъ, лежащихъ на или выше lig. inguinale, не встрѣчалъ.

Lgl. subinguinales лежатъ въ глубокихъ слояхъ подкожной жировой клѣтчатки, въ толщѣ fasciae superficialis; нѣкоторыя изъ нихъ располагаются значительно глубже подъ fascia lata у большихъ кровеносныхъ сосудовъ бедра.

Пользуясь такимъ расположеніемъ, всѣ железы указанной области можно раздѣлить на *lgl. subinguinales superficiales et profundae*. Такое дѣленіе было введено еще *Cruikshank*'омъ и затѣмъ было принято почти всѣми анатомами и хирургами; при этомъ нѣкоторые авторы, какъ мы видѣли, справедливо указывали, что глубокія паховыя железы сильно варіируютъ въ числѣ, очень малы и довольно часто совершенно отсутствуютъ; *Auspitz* и *Малиновскій* даже отрицаютъ существованіе ихъ. Съ послѣднимъ мнѣніемъ согласиться нельзя, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ онѣ существуютъ; я при своихъ изслѣдованіяхъ не нашелъ ихъ только въ 10%.

Что касается *lgl. subinguinales superficiales*, то онѣ по своему топографическому положенію рѣзко распадаются на двѣ группы: одна лежитъ у lig. inguinale, вдоль нея, а другая расположена книзу, вдоль бедра. На такое дѣленіе имѣется основаніе какъ въ морфологическомъ, такъ и въ клиническомъ смыслѣ, именно: каждой группѣ соотвѣтствуетъ извѣстная область полученія лимфы: къ первой идутъ лимфатическіе сосуды половыхъ органовъ, стѣнки живота, anus'а, сѣдалищной области, а ко второй—сосуды ниж-

[1] l. c. ст. 453.

[2] l. c. Fig—169.

ней конечности, и бубоны появляются въ нижней группѣ, если инфекція имѣетъ мѣсто на ногѣ и, наоборотъ—въ верхней группѣ во всѣхъ другихъ случаяхъ.

Помимо этого классическаго дѣленія, которое мы можемъ встрѣтить у очень многихъ авторовъ (*Quain—Hoffmann, Rauber, Bourgery, Leaf, Corning, Sobotta*, *Бобровъ* и мн. др.), были попытки и къ болѣе подробной классификаціи (*Paulet, Sappey, Quénu* и *Малиновскій*). Но, когда я въ началѣ своихъ изслѣдованій пытался классифицировать железы по только что упомянутымъ авторамъ, то это мнѣ или совершенно не удавалось, или удавалось съ большой натяжкой.

Такъ, по классификаціи *Paulet* [1]) паховыя железы должны располагаться подъ lig. inguinale въ видѣ треугольника. Я подобнаго расположенія железъ въ большинствѣ случаевъ не встрѣчалъ.

Что же касается классификаціи *Sappey'я*, то она во многихъ случаяхъ была не выполнима потому, что железы вертикальнаго ряда довольно часто лежали на неблизкомъ разстояніи другъ отъ друга, кучей вокругъ v. saphena, въ силу чего дѣлить ихъ на внутреннія, наружныя, верхнія, нижнія и центральныя приходилось совершенно искусственно; при цѣлости же кожныхъ покрововъ на живомъ такая классификація, конечно, совершенно не выполнима.

Для классификаціи по *Quénu* необходимо провести черезъ устье v. saphena magna двѣ взаимноперекрещивающіяся подъ прямымъ угломъ линіи, которыя и дѣлятъ железы на группу верхневнутреннюю, верхненаружную и на нижневнутреннюю и нижненаружную; передъ устьемъ вены лежатъ центральныя (presaphenes).

Такое дѣленіе крайне искусственно, да кромѣ того, нахожденіе устья v. saphena при цѣлости кожныхъ покрововъ почти невозможно. *Малиновскій* говоритъ, что ему удавалось это на живомъ лишь въ рѣдкихъ случаяхъ. Кромѣ того, классификація эта не имѣетъ за собой и морфологическаго основанія, на что указываетъ самъ *Quénu*.

Изъ 16 препаратовъ съ налитыми имъ лимфатическими сосудами задняго прохода въ 7-ми случаяхъ сосуды anus'a шли къ верхней группѣ, въ 5-ти къ нижней, а въ 4-хъ случаяхъ къ обѣимъ группамъ; чаще всего они идутъ къ наиболѣе медіальнымъ въ каждой изъ этихъ группъ, т. е. если дѣло идетъ о верхней группѣ, то къ первой или ко второй железѣ, считая отъ средней линіи кнаружи. Если же дѣло идетъ о нижней группѣ, то упомянутые сосуды направляются къ железѣ, лежащей медіально отъ v. saphena magna, вблизи ея отверстія; иногда же они впадаютъ въ железы, расположенныя передъ веной. Въ исключительныхъ случаяхъ лим-

[1]) l. c. st. 851.

фатическіе сосуды задняго прохода идутъ одновременно къ железамъ внутреннимъ и къ наружнымъ, т. е. къ тѣмъ, которыя расположены латерально отъ линіи, проходящей вдоль v. saphena magna. Такая сильная измѣняемость отношеній сосудовъ къ выдѣленнымъ группамъ ясно говоритъ за несостоятельность предложенной классификаціи.

Противъ дѣленія, предложеннаго *Малиновскимъ*, можно возразить то же, что было приведено противъ классификаціи *Sappey'я* и *Quénu*—ея искусственность и невозможность ея примѣненія во многихъ случаяхъ.

Авторъ, какъ мы видѣли, располагаетъ железы въ видѣ пятиугольника, причемъ у основанія пятиугольника, обращеннаго къ lig. inguinale, находятся обыкновенно 4 железы, расположенныя въ одинъ рядъ; изъ нихъ 2 железы находятся по угламъ; въ серединѣ каждой изъ остальныхъ сторонъ лежатъ по одной, и одна находится въ центрѣ; кромѣ того, по тремъ остальнымъ угламъ находятся по одной железѣ. Такого расположенія железъ я при своихъ изслѣдованіяхъ не видѣлъ. Самъ авторъ пишетъ: „расположеніе это мнѣ ни разу не удавалось наблюдать въ видѣ совершенно правильной геометрической фигуры, но рѣшительно во всѣхъ случаяхъ было большее или меньшее приближеніе къ данной схемѣ. Наиболѣе постоянны железы у основанія фигуры, у вершины ея и въ центрѣ, въ остальныхъ мѣстахъ очень часто железы уклоняются въ ту или другую сторону. При моихъ наблюденіяхъ, если железы боковыхъ сторонъ и угловъ фигуры помѣщались близко къ центральной, то я относилъ ихъ къ послѣднимъ".

Штудируя его протоколы, можно часто видѣть, съ какими затрудненіями приходилось иногда автору примѣнять свою классификацію. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онъ самъ указываетъ на это. Такъ, во 2-мъ протоколѣ (группа I) онъ пишетъ: „Въ данномъ случаѣ расположеніе железъ не вполнѣ подходитъ къ общему типу: основаніе сдвинуто вбокъ и самъ пятиугольникъ получается не вполнѣ правильнымъ; но мнѣ кажется, что нѣкоторая натяжка въ этомъ отношеніи окупается ясностью изображенія измѣненій въ железахъ и возможностью говорить о каждой изъ нихъ въ отдѣльности, разъ мы знаемъ положеніе ея". Въ 3-мъ протоколѣ мы встрѣчаемъ такое мѣсто: „Весь пакетъ расположенъ довольно правильно въ видѣ пятиугольника. Лишь железа, лежащая на серединѣ боковой стороны, ближайшей къ основанію и одна изъ железъ въ самомъ основаніи расположены внѣ линіи фигуры, недалеко отъ нихъ; не достаетъ железы, лежащей на серединѣ боковой стороны, ближайшей къ вершинѣ; мнѣ кажется, это можно объяснить смѣщеніемъ железъ этой стороны немного вверхъ въ сторону основанія".

Приведенныхъ мѣстъ по моему достаточно, чтобы показать, что авторъ предложенной классификаціи и самъ испытывалъ не мало затрудненій при проведеніи ея, причемъ при раздѣленіи железъ на группы иногда, играла здѣсь немалая доля субъективизма.

Такимъ образомъ, всѣ попытки къ болѣе детальной классификаціи поверхностныхъ подпаховыхъ железъ слѣдуетъ признать неудачными. *Poirier* et *Cuneo* указываютъ, что всѣ дѣленія непремѣнно искусственны. Съ одной стороны всѣ разбираемыя железы разбросаны безъ яснаго порядка, почему невозможно раздѣлить ихъ на отдѣльныя группы, характеризующіяся постоянной топографіей. Съ другой,—хотя каждая область посылаетъ свои лимфатическіе сосуды предпочтительно къ опредѣленнымъ железамъ, однако здѣсь нѣтъ постоянства въ размѣщеніи, которое служило-бы основаніемъ для естественной классификаціи. Ни одна изъ предложенныхъ классификацій не соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

Bartels пишетъ: „Alle diese Einteilungen (*Sappey, Quénu*) lassen sich nur mit einem gewissen Zwang durchführen, und sind um so weniger notwendig als die neueren Untersuchungen gelehrt haben, dass nicht, wie man früher annahm, den einzelnen Wurzelgebieten der Leistendrusen bestimmte Einzeldrüsen oder Einzelgruppen entsprechen, sondern, mit Ausnahme vielleicht der lateralen oberen Gruppe, immer mehrere Drüsengruppen von denselben Wurzelgebieten versorgt werden".

Итакъ, въ настоящее время слѣдуетъ оставить разъ навсегда попытки къ болѣе детальному раздѣленію поверхностныхъ паховыхъ железъ и вернуться къ старому, классическому дѣленію ихъ на вертикальный и горизонтальный ряды; здѣсь видимо природа настолько богата варіаціями, что ее нѣтъ возможности уложить въ болѣе узкія рамки различныхъ схемъ.

Железы горизонтальнаго (верхняго или косого) ряда —*gl. subinguinales superficiales superiores* *), такъ раціональнѣе ихъ называть, лежатъ ниже lig. inguinale, въ толщѣ поверхностной фасціи. Обыкновенно онѣ овально-вытянутыя, располагаются своею длинною осью параллельно Пупартовой связкѣ въ одинъ рядъ. Лишь въ рѣдкихъ случаяхъ снизу къ этому ряду примыкаютъ еще нѣсколько круглыхъ, величиною съ горошину, железъ. Въ 25% мнѣ пришлось наблюдать подъ lig. inguinale лишь одну длинную лимфатическую железу, достигающую иногда до 6 сант. въ длину. Железы такой величины образовались, конечно, путемъ сліянія изъ нѣсколькихъ, на что указываютъ имѣющіеся на нихъ перехваты. Число железъ горизонтальнаго ряда при моихъ изслѣдованіяхъ ко-

*) Tab I рис. 3 и 4.

лебалось отъ 1 до 9 (большею частью 2—5); такъ какъ эти железы были находимы во всѣхъ случаяхъ, то ихъ слѣдуетъ причислить къ числу абсолютно постоянныхъ.

Принимаютъ онѣ лимфу отъ половыхъ органовъ, промежности, задняго прохода, сѣдалищной и поясничной области и отъ передней стѣнки живота до пупка, при чемъ здѣсь наблюдается такое подраздѣленіе: железы, лежащія медіально, принимаютъ преимущественно сосуды отъ половыхъ органовъ, промежности и anus'a, лежащія латерально—отъ сѣдалищной и поясничной области.

Félizet [1] на основаніи 100 клиническихъ случаевъ, раздѣляя железы косого ряда на латеральныя, средніе, медіальныя, устанавливаетъ слѣдующую зависимость: при пораженіи regio analis и juxtaanalis увеличиваются железы медіальныя, при пораженіи penis, scrotum, vulva — средніе; при пораженіи сѣдалищной, поясничной и двухъ наружныхъ третей паховой области—латеральныя. Конечно, подобное дѣленіе носитъ чисто условный характеръ.

Выносящіе сосуды этихъ железъ проходятъ черезъ fascia cribrosa или къ лимфатической железѣ, лежащей по внутреннему отверстію пахового канала (lgl. annuli femoralis—Rosenmülleri), или непосредственно къ lgl. iliacae, послѣднее мнѣ постоянно приходилось наблюдать. Кровоснабженіе этихъ железъ происходитъ главнымъ образомъ незначительными вѣточками отъ art. circumflexa ilium superficialis и art. epigastrica superficialis, а также и отъ art. pudenda ext.; причемъ первыя двѣ посылаютъ вѣточки главнымъ образомъ къ железамъ латерально расположеннымъ, а третья къ медіальнымъ (Tab. I Рис. 3 и 4). Средняя железа этого ряда, обыкновенно большей величины, во многихъ случаяхъ получаетъ питаніе изъ двухъ источниковъ: отъ art. epigastrica superficialis и отъ art. pudenda ext (эта железа отмѣчена также *Leaf*'омъ [2]).

Въ одномъ случаѣ мнѣ пришлось наблюдать, что разбираемыя железы получали питаніе отъ art. circumflexa ilium profunda, причемъ отъ послѣдней отходила вѣточка подъ lig. inguinale, пронизывала fascia cribrosa и подходила затѣмъ къ железамъ. [*]

---

[1]) *Félizet.* Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des membres. Bull. Soc. Chir. 1893 г. Vol. 19 ст. 521.

[2]) l. c. ст. 67.

[*]) Что касается общихъ вопросовъ о кровоснабженіи железъ, а именно: способовъ развѣтвленія артеріальныхъ стволиковъ при вхожденіи въ железу, числа такихъ стволиковъ, анастомозовъ ихъ между собою и т. д., то они достаточно выяснены въ цитированной уже работѣ проф. Тонкова, а также въ моей диссертаціи «Лимфатическія железы подмышечной впадины и ихъ питаніе» 1910 г. ст. 149.

Вертикальный (нижній) рядъ поверхностныхъ железъ—*Lgl. subinguinales superficiales inferiores* (Tab. I рис. 3 и 4) состоитъ изъ 2—10 (большею частью 6—8) железъ, лежащихъ своей длинной осью вдоль бедра въ толщѣ поверхностной фасціи, вокругъ впаденія v. saphena magna. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ эти железы располагались по ту и другую сторону отъ v. saphena, чѣмъ и воспользовался *Sappey* при своей классификаціи. Но во многихъ наблюдаемыхъ мною случаяхъ провести подобное дѣленіе было невозможно, потому что железы лежали тѣсно скученными другъ къ другу. Здѣсь необходимо отмѣтить, что на многихъ препаратахъ (болѣе 50%) я встрѣчалъ около мѣста впаденія v. saphena magna или немного ниже margo falciformis очень объемистую лимфатическую железу; иногда она была пропизана венознымъ стволикомъ.

Leaf [1] тоже отмѣчаетъ ее, какъ очень постоянную, лежащую въ углу между v. saphena magna и v. cutanea femoralis anterior. *Sobotta* [2] эту железу называетъ gl. Rosenmülleri.

Принимаютъ лимфу эти железы главнымъ образомъ отъ нижней конечности. *Felizet* [3] указываетъ что верхнія железы этого ряда поражаются при заболѣваніи пальцевъ, стопы и внутренней поверхности ноги; нижнія—при заболѣваніи колѣннаго сустава и кожи наружной и внутренней поверхности бедра.

По *Quénu* [4] въ 5 случаяхъ изъ 16 лимфатическіе сосуды задняго прохода шли къ железамъ нижняго ряда, расположеннымъ медіально; въ исключительныхъ случаяхъ эти сосуды могли подходить и къ латерально-расположеннымъ железамъ.

Малиновскій дѣлаетъ важное указаніе: если процессъ проникаетъ глубже апоневроза, не затрагивая органовъ, лежащихъ надъ ними—кожи, подкожной клѣтчатки, то увеличеніе поверхностныхъ железъ не наблюдается. Выносящіе сосуды этихъ железъ идутъ частью къ lgl. subinguinales profundae; большинство же сосудовъ достигаютъ непосредственно черезъ внутреннее кольцо бедренаго канала lgl. iliacae externae et internae (gangl. retro—crural interne et externe—*Poirier* et *Cunéo*).

Питаніе разбираемыхъ железъ происходитъ слѣдующимъ образомъ (Tab. I Рис. 3 и 4): медіально лежащія получаютъ въ большинствѣ случаевъ питаніе отъ art. pudendae externae, латерально лежащія питаются спускающимися вѣточками отъ art. circumflexa ilium superficialis и art. epigastrica superficialis. Иногда въ пита-

[1]) l. c. ст. 68.

[2]) l. c. 453.

[3]) Цит. по Bartels'y.

[4]) l. c. ст. 523.

ніи нижнихъ железъ принимаютъ участіе одинъ, два самостоятельно отходящихъ ствола отъ art. femoralis (rami inguinales), а также вѣточки отъ art. circumflexa femoris med. et lateralis. Rami inguinales многими авторами, какъ мы видѣли изъ литературныхъ источниковъ, причисляются къ числу постоянныхъ, предназначенныхъ почти исключительно для питанія паховыхъ железъ. По моимъ наблюденіямъ эти стволики участвовали въ питаніи железъ довольно рѣдко (около 30%) *).

Глубокія железы этой области—*Lgl. subinguinales profundae* лежатъ въ fossa iliopectinea, подъ fascia lata; при моихъ изслѣдованіяхъ онѣ были найдены въ 90%, почему я имѣю основаніе причислить ихъ къ постояннымъ. Число ихъ колеблется отъ 3 до 7 (по *W. Krause*), 1—8 (*Poirier* et. *Cuneo*), 1—8 (по *Bourgery*) и, по моимъ изслѣдованіямъ, отъ 1 до 3.

Нижняя изъ нихъ въ большинствѣ случаевъ лежитъ въ foramen ovale, у мѣста впаденія v. saphena magna и своимъ верхнимъ концомъ слегка выступаетъ изъ-за margo falciformis. Величина этой железы обыкновенно незначительна, въ большинствѣ случаевъ немного больше горошины, форма овальная.

Верхняя изъ глубокихъ железъ, извѣстная у нѣмцевъ подъ названіемъ gl. *Rosenmülleri*, у французовъ—gl. *Cloquet*, а у русскихъ (*Малиновскій*)—железы *Пирогова*, лежитъ во внутреннемъ отверстіи бедряного канала (Tab. I рис. 5). Величина ея очень измѣнчива: отъ булавочной головки до величины боба. Иногда она сливается съ подвздошными железами, и тогда образуется лимфатическій тяжъ, начинающійся во внутреннемъ кольцѣ бедряного канала и спускающійся своимъ другимъ концомъ въ малый тазъ. Эта железа представляетъ клиническій интересъ: во первыхъ, она, располагаясь плотно въ бедряномъ каналѣ, закрываетъ собою внутреннее его отверстіе и тѣмъ препятствуетъ выхожденію внутренностей и, во вторыхъ,—ея воспаленіе можетъ быть принято за бедряную ущемленную грыжу. Въ 27% она отсутствовала. У женщинъ, повидимому, она отсутствуетъ чаще.

Если въ этой группѣ существуетъ третья железка, то она, величиной обыкновенно не больше горошины, лежитъ въ бедряномъ каналѣ медіальнѣе отъ v. femoralis.

---

*) Нѣкоторые авторы (Toldt и др.) всѣ артеріальныя вѣточки, подходящія къ железамъ, называютъ rami inguinales—все равно отъ какой-бы артеріи онѣ не отходили. Подобная номенклатура едва-ли правильна. Наименованіе rami inguinales должны имѣть только тѣ артеріальныя вѣточки, которыя самостоятельно отходятъ отъ art. femoralis и питаютъ железы; всѣ же прочіе артеріальные стволики, предназначенные для питанія железъ, цѣлесообразно было-бы называть для избѣжанія путаницы—rami glandulares.

Lgl. subinguinales profundae принимаютъ vasa efferentia поверхностныхъ железъ, лимфатическіе сосуды, сопровождающіе поверхностные и глубокіе сосуды бедра, а также сосуды члена или клитора (*Bruhns, Marcille*).

Stahr, какъ мы видѣли, называетъ ихъ Schaltdrüsen, но это не совсѣмъ правильно, такъ какъ онѣ являются областными железами для полового члена и клитора.

Выносящіе сосуды глубокихъ железъ идутъ къ lgl. iliacae. *Малиновскій* пишетъ, что пораженіе глубокихъ паховыхъ железъ или центральныхъ, какъ онъ ихъ называетъ, встрѣчается рѣже и въ меньшей степени, чѣмъ другихъ железъ этой области. Объясняетъ онъ это тѣмъ, что изъ глубокихъ сосудовъ далеко не всѣ направляются къ нимъ, а обходятъ эти железы и впадаютъ или въ Пироговскую, или же въ позадибедряную боковую (gangl. retrocrural externe—Poirier). Глубокія железы увеличиваются при существованіи пораженія глубокихъ тканей.

Питаніе lgl. subinguinales profundae получаютъ изъ слѣдующихъ источниковъ (Tab. I рис. 5): нижнія отъ rami inguinales, когда послѣдніе на лицо, или отъ art. pudenda ext.; lgl. *Rosenmulleri* питается почти всегда стволиками отъ art. epigastrica inferior (ramus pubicus) и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ отъ art. obturatoria, когда послѣдняя беретъ аномальное начало отъ art. epigastrica inferior.; въ исключительныхъ случаяхъ lgl. *Rosenmulleri* можетъ получать самостоятельно отходящую вѣточку отъ art. iliaca externa

Кромѣ указанныхъ, нормально существующихъ железъ, встрѣчаются еще такъ называемыя блуждающія лимфатическія железы внѣ той области, которая указана выше. Такъ *Auspitz* пишетъ, что на верхней части m—li sartorii, около spina iliaca ant. super. могутъ лежать 1—2 маленькихъ железки. Иногда нѣсколько железъ могутъ лежать выше lig. inguinale или на ней (lgl. inguinales—по Базельской номенклатурѣ); ихъ отмѣчаетъ *Paulet*, *Bartels*. а нѣкоторые считаютъ ихъ даже постоянными (Sobotta). *Paulet* [1]) указываетъ, что онъ находилъ на большинствѣ труповъ 2—3 маленькихъ поверхностныхъ железки выше связки de *Fallope*. Эти железы, добавляетъ онъ, получаютъ лимфатическіе сосуды чаще всего отъ покрововъ члена, такъ какъ нерѣдко ихъ можно видѣть заразившимися и нагноившимися при мягкихъ шанкрахъ препуція.

Morestin [2]) видѣлъ одну железу. съ чечевицу величиной. на наружной поверхности m—li tensoris fasciae latae, на срединѣ ея

[1]) l. c. ст. 852.

[2]) *Morestin.* Ganglion extra—inguinal, sur la face externe du tenseur du fascia lata. Bull. et Mém. Soc. Anat. 1901 г. Ser. 6. T. 3. ст. 365.

протяженія. Онъ придаетъ большое значеніе железамъ внѣ области обычнаго ихъ расположенія, такъ какъ онѣ легко поддаются вреднымъ внѣшнимъ воздѣйствіямъ и нагнаиваются.

Я подобныхъ железъ не видѣлъ.

Что же касается общаго числа всѣхъ подпаховыхъ лимфатическихъ железъ (lgl. subinguinales) какъ поверхностныхъ, такъ и глубокихъ, то оно по моимъ изслѣдованіямъ колеблется отъ 6 до 20 (большею частью 10—12). Другіе авторы указываютъ различныя цифры: такъ, однѣхъ только поверхностныхъ *Haller* насчитываетъ 4, *Mascagni* 7—13, *Cruikshank* 8—20, *Sappey* 15—18, *Bruhns* 5—15, *W. Krause* 7—13, *Poirier* et *Cuneo* 12—20; притомъ давно уже была замѣчена зависимость числа железъ отъ ихъ величины: чѣмъ меньше железы, тѣмъ число ихъ больше.

Возрастной разницы въ числѣ железъ мнѣ подмѣтить не удалось; обыкновенно въ старческомъ возрастѣ встрѣчаются железы болѣе крупныя, мелкія попадаются рѣже. Далѣе, железы старческаго или болѣе пожилого возраста сравнительно болѣе плотны, цвѣтъ ихъ сѣровато-блѣдный, форма плоская.

Половой разницы въ числѣ железъ, повидимому, нѣтъ, за исключеніемъ lgl. annuli femoralis (Rosenmülleri), которая у женщинъ, можетъ быть, чаще отсутствуетъ; отъ категорическаго утвержденія этого я пока воздерживаюсь, считая количество изслѣдованнаго мною матеріала недостаточнымъ для рѣшенія этого вопроса (6 женскихъ труповъ).

Говорить о симметріи и ассиметріи въ расположеніи железъ, а также о разницѣ въ числѣ железъ на правой и лѣвой сторонѣ не приходится, благодаря безчисленному множеству варіацій и отклоненій и на той и на другой сторонѣ

Въ заключеніе я позволю себѣ привести общіе выводы моихъ изслѣдованій:

1) lgl. subinguinales получаютъ питаніе изъ строго опредѣленныхъ источниковъ.

2) Rami inguinales (отъ art. femoralis) сравнительно рѣдко принимаютъ участіе въ питаніи железъ.

3) Ни одна изъ болѣе полныхъ предложенныхъ классификацій. (*Paulet*, *Sappey*, *Quenu*, *Малиновскій*) не соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

Раціональнѣе всего всѣ подпаховыя лимфатическія железы дѣлить на слѣдующія группы съ такими источниками питанія:

1) *Lgl. subinguinales superficiales* лежатъ ниже lig. inguinale, поверхъ fascia lata, въ глубокихъ слояхъ подкожной клѣтчатки. По своему топографическому положенію, а также на основаніи

морфологическихъ данныхъ эти железы могутъ быть раздѣлены на двѣ группы:

a) *Lgl. subinguinales superficiales superiores* лежатъ у lig. inguinale, располагаясь своимъ длинникомъ параллельно послѣдней. Въ большинствѣ случаевъ онѣ составляютъ одинъ рядъ и лишь изрѣдка къ нимъ примыкаютъ снизу еще нѣсколько мелкихъ железъ. Въ одной четверти случаевъ здѣсь лежитъ всего одна сильно вытянутая железа.

Число железъ этой группы колеблется отъ 1 до 9 (большею частью 2—5). Къ этимъ железамъ подходятъ лимфатическіе сосуды отъ половыхъ органовъ, промежности, задняго прохода, сѣдалищной и поясничной областей и отъ передней стѣнки живота до пупка. Выносящіе сосуды этихъ железъ идутъ черезъ fascia cribrosa частью къ глубокимъ железамъ (lgl. subinguinales profundae), частью къ lgl. iliacae inf. Питаніе железъ происходитъ главнымъ образомъ: 1) отъ art. circumflexa ilium superficialis, 2) art. epigastrica superf. и отъ 3) art. pudenda ext.; причемъ первыя двѣ посылаютъ вѣточки главнымъ образомъ къ железамъ, латерально расположеннымъ, а третья къ медіальнымъ. Средняя железа этого ряда, обыкновенно большей величины, во многихъ случаяхъ получаетъ питаніе изъ двухъ источниковъ: 1) отъ art. epigastrica superficialis и 2) отъ art. pudenda ext.

b) *Lgl. subinguinales superficiales inferiores* располагаются своею длинною осью вдоль бедра, вокругъ впаденія v. saphena magna. Число железъ колеблется отъ 2—10 (въ большинствѣ случаевъ 6—8). У margo falciformis въ половинѣ случаевъ встрѣчается обыкновенно очень объемистая железа, достигающая иногда нѣсколькихъ сантиметровъ; довольно часто она пронизывается венозными стволиками. Принимаетъ лимфу эта группа главнымъ образомъ отъ нижней конечности. Выносящіе сосуды идутъ къ lgl. subinguinales profundae и lgl. iliacae.

Питаніе происходитъ преимущественно изъ слѣдующихъ источниковъ: болѣе медіально лежащія получаютъ вѣточки въ большинствѣ случаевъ отъ art. pudendae externae, латерально лежащія отъ art. circumflexa ilium superficialis и art. epigastrica superf. Иногда въ питаніи нижнихъ железъ принимаютъ участіе rami inguinales.

II) *Lgl. subinguinales profundae*—лежатъ въ fossa iliopectinea, подъ fascia lata. Эти железы находимы въ большинствѣ случаевъ (въ 90%), почему должны быть отнесены къ числу постоянныхъ. Число ихъ колеблется отъ 1 до 3. Нижняя изъ этихъ железъ располагается обыкновенно у margo falciformis, верхняя (gl. Rosenmülleri) въ annulus femoralis, а третья (часто отсутствующая) въ бедряномъ каналѣ, медіально отъ v. femoralis.

Эта группа принимаетъ выносящіе сосуды отъ поверхностныхъ железъ, поверхностные и глубокіе лимфатическіе сосуды бедра, а также члена и клитора. Выносящіе сосуды направляются къ lgl. iliacae.

Питаніе: нижнія изъ этой группы—отъ rami inguinales, когда послѣднія на лицо, и отъ art. pudenda ext, верхняя (gl. Rosenmulleri) въ большинствѣ случаевъ отъ art. epigastrica inferior (ramus pubicus).

Считаю нужнымъ привести здѣсь 2 протокола моихъ изслѣдованій.

Протоколъ № 13. (Tab. I. рис. 3). Муж. 44 л. умеръ отъ туберкулеза легкихъ. Правая сторона. Подъ lig. inguinale лежатъ 7 лимфатическихъ железъ. Одна изъ нихъ вытянутая, 3 сант. длины, лежитъ своею длинною осью вдоль связки; остальныя частью овальныя, частью круглыя, величиною съ горошину. Питаніе ихъ происходитъ такимъ образомъ: 5 железъ получаютъ артеріальныя вѣточки изъ art. circumflexa ilium superf., а остальныя двѣ, лежащія болѣе медіально, отъ ramus inguinalis.

Въ вертикальномъ (нижнемъ) ряду найдено 4 железы: одна изъ нихъ лежитъ латерально отъ v. saphena magna, 6 сант. длины; двѣ другія, величиной съ горошину, располагаются медіально отъ v. saphena и, наконецъ, четвертая—послѣдняя—располагается на самой v. saphena, на 1 сант. книзу отъ margo falciformis. Бо́льшія железа, расположенныя латерально отъ v. saphena, пронизывается подкожной веной передней поверхности бедра; питаніе ея происходитъ изъ двухъ источниковъ: 1) изъ art. pudenda ext. и 2) особой выходящей вѣточкой, отъ art. circumflexa ilium superf. Железы, лежащія медіально отъ v. saphena, получаютъ артеріальныя вѣточки отъ art. pudenda ext., а железа, лежащія на v. saphena, питается отъ ramus inguinalis.

Изъ глубокихъ железъ найдена одна lgl. Rosenmülleri, величиною съ бобъ, питающаяся отъ art. epigastrica inferior (ramus pubicus) (Tab. I. рис. 5).

Протоколъ № 14. Ж. 28 л. (Tab. I. Рис. 4). Лѣвая сторона.

Подъ lig. inguinale располагаются 4 железы; одна изъ нихъ 6,5 сант. длины, видимо сливающаяся изъ нѣсколькихъ железъ, лежитъ своимъ длинникомъ параллельно связкѣ; другія три железы съ горошину величиной. Питаніе происходитъ такимъ образомъ: бо́льшая изъ железъ получаетъ артеріальныя вѣточки отъ art. epigastrica superficialis и отъ art. pudenda ext., остальныя три железы питаются отъ art. epigastrica superficialis.

Въ нижнемъ ряду (вертикальномъ) найдено 5 железъ; двѣ изъ нихъ располагаются медіально отъ v. saphena magna, а 3 остальныя

латерально отъ нея, причемъ одна лежитъ въ углу слиянія двухъ венъ: v. saphena magna и подкожной веной передней поверхности бедра. Железы этого ряда располагаются своей длинной осью вдоль бедра. Питаніе ихъ происходитъ слѣдующимъ образомъ: двѣ медіальныя железы получаютъ питаніе отъ art. pudenda externa; железа, лежащая между двумя венами, получаетъ питаніе отъ art. femoralis (ramus inguinalis); остальныя двѣ железы, лежащія болѣе латерально, питаются нисходящей вѣточкой, отъ общаго стволика art. epigastrica superficialis и art. circumflexa ilium superficialis.

Глубокихъ железъ (Lgl. subinguinales profundae) не найдено.

Литература.

1) *Arnold Fr.* Handbuch der Anatomie des Menschen 1847 г.
2) *Auspitz H.* Die Bubonen der Leistengegend. Arch. f. Derm. und Syph. 1873. Bd. V.
3) *Bardeleben-Haeckel.*—Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 1908 г.
4) *Bartels. P.* Das Lymphgefässsystem 1909 г.
5) *Bruhns.* Ueber die Lymphgefässe der weiblichen Genitalien, nebst einigen Bemerkungen über die Topographie der Leistendrusen. Arch. f. Anat. u Phys., Abt. Abt. 1898 г.
6) *Бобровъ А.* Руководство къ хирургической анатоміи. Москва 1892 г.
7) *Бунаковъ Н.* Лимфатическія железы подмышечной впадины и ихъ питаніе 1910 г.
8) *Corning.* Lehrbuch der topographischen Anatomie. 1909 г.
9) *Cruikshank. W.* Geschichte und Beschreibung der Saugadern des menschlichen Korpers. Aus dem Englischen herausgegeben von Dr. Ludwig. Leipzig. 1789 г.
10) *Зернов. В.* Руководство описательной анатоміи человѣка. 1891 г.
11) *Félizet.* Note clinique sur les ganglions d'aboutissement des membres. Bull. Soc. Chir. 1893 г. V. 19.
12) *Gegenbaur. C.* Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Leipzig. 1883 г.
13) *Gerota.* Zur Technik der Lymphgefassinjection. Eine neue Injectionsmasse für Lymphgefässe. Polychrome Injection. Anat. Anzeiger. 1896 г.
14) *Derselbe.* Die Lymphgefasse des Rectums und des Anus. Arch. f. Anat. u. Phys., Anat. Abt. 1895 г.
15) **Gilis. P.* Les ganglions du pli de l'aine. Montpellier med. 1894 г. T. 3.
16) *Haller.* Icones anatomicae. 1756 г.
17) *Heitzmann.* Анатомическій атласъ. Переводъ съ VII нѣмец. изд. 1902 г
18) *Henle.* Handbuch der Gefasslehre des Menschen. 1876 г.
19) *Hyrtl J.* Руководство къ анатоміи человѣческаго тѣла. Переводъ Янопольскаго. 1887 г.
20) *Hollstein.* Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1873 г.
21) *Horowitz. M.* und v. *Zeissl.* M. Beitrag zur Anatomie der Lymphgefasse der mannlichen Geschlechtsorgane. Wien. med. Presse. 1897. Bd. 38.

* Авторовъ, помѣченныхъ звѣздочкой, не удалось прочитать въ подлинникѣ.

22) *Krause* W. Handbuch der menschlichen Anatomie. 1876—1880.
23) *Langer-Toldt.* Lehrbuch der systematischen und topographischen Anatomie. 1907.
24) *Leaf.* The surgical anatomy of the lymphatic glands. 1898 г.
25) *Luschka.* Die Anatomie des Menschen. 1865 г.
26) *Masse.* Petit atlas d'anatomie. 1852 г.
27) *Marcille M.* Lymphatiques et ganglions iliopelviens. These de Paris 1902 г. цит. по Bartels'y.
28) *Mascagni P.* Geschichte und Beschreibung der Saugadern des menschlichen Körpers. Aus dem Lateinischen herausgegeben von Ludwig. 1789 г.
29) *Meckel. J.* Handbuch der menschlichen Anatomie. Berlin. 1817 г.
30) *Molinié.* Ganglion inguinal aberrant. Gaz. hebd. Soc. méd. de Bordeaux. 1904 г.
31) *Morestin.* Ganglion extra—inguinal, sur la face externe du tenseur du fascia lata. Bull. et Mem. Soc. Anat. 1901 г. Ser. 6. T. 3. p. 365.
32) *Малиновскій К.* Лимфатическая система нижней конечности. 1906 г.
33) *Pansch.* Grundriss der Anatomie des Menschen. Berlin 1886 г.
34) *Paulet.* Traité d' anatomie topographique. 1867—1870.
35) *Poirier. P.* Traité d' anatomie humaine T.—2. 1901—1906.
36) *Пилтоновъ.* Описательная анатомія 1857 г.
37) *Quain-Hoffmann.* Lehrbuch der Anatomie. Bd. II. 1872 г.
38) *Quenu.* V. Lymphatiques de l' anus. Journ. de l' Anatomie et de la Physiologie. 1893 г.
39) *Рауберъ-Копшъ.* Руководство анатоміи человѣка. Переводъ Якуты. Т. 3. 1911 г.
40) *Rüdinger.* Topographisch—chirurgische Anatomie des Menschen. 1873 г.
41) *Sappey.* Traité d' anatomie descriptive. 1869 г.
42) — Anatomie, Physiologie, Pathologie des vaisseaux lymphatiques 1874 г. Paris.
43) *Sobotta.* Grundriss des deskriptiven Anatomie des Menschen. 1907 г.
44) *Sertoli.* Glandole linfatiche inguinali aberranti. Giorn. di R. Esercito 1900. Anno 38.
45) *Sommerring.* Vom Baue des menschlichen Körpers. 1792 г.
46) *Schultze O.* Atlas und Grundriss der topographischen und angewandten Anatomie. 1909 г.
47) *Шпалтегольцъ. В.* Атласъ по анатоміи человѣка. Переводъ Батуева 1909 г. Часть II.
48) *Toldt O.* Anatomischer Atlas.
49) *Testut Z.* Traité d' anatomie humaine. 1891 г. Paris, T. 2.
50) *Тонковъ В.* Кровеносные сосуды лимфатическихъ узловъ. Врачъ 1898 г. № 34.
51) — Die Blutgefasse der Lymphdrusen. Internat. Monatschr. f. Anat. u. Phys. 1898 г. Bd. 15. H. 9.
52) — Zur Kenntnis der Nerven der Lymphdrusen. Anat. Anz. 1899 г. Bd. 16.
53) *Zuckerkandl.* Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. 1904 г.

Анатомический кабинет Казанского Университета.

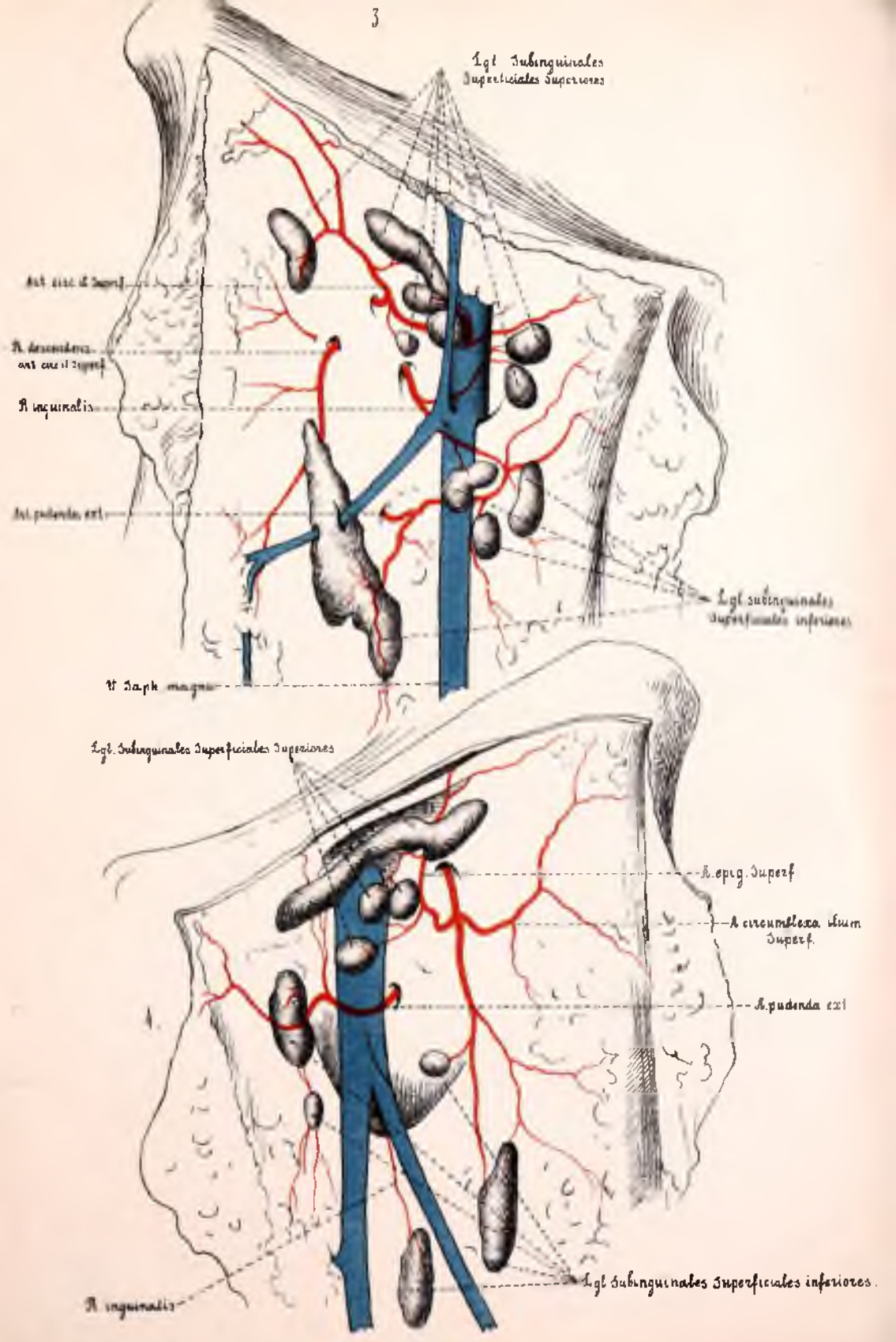
ТАБЛИЦА

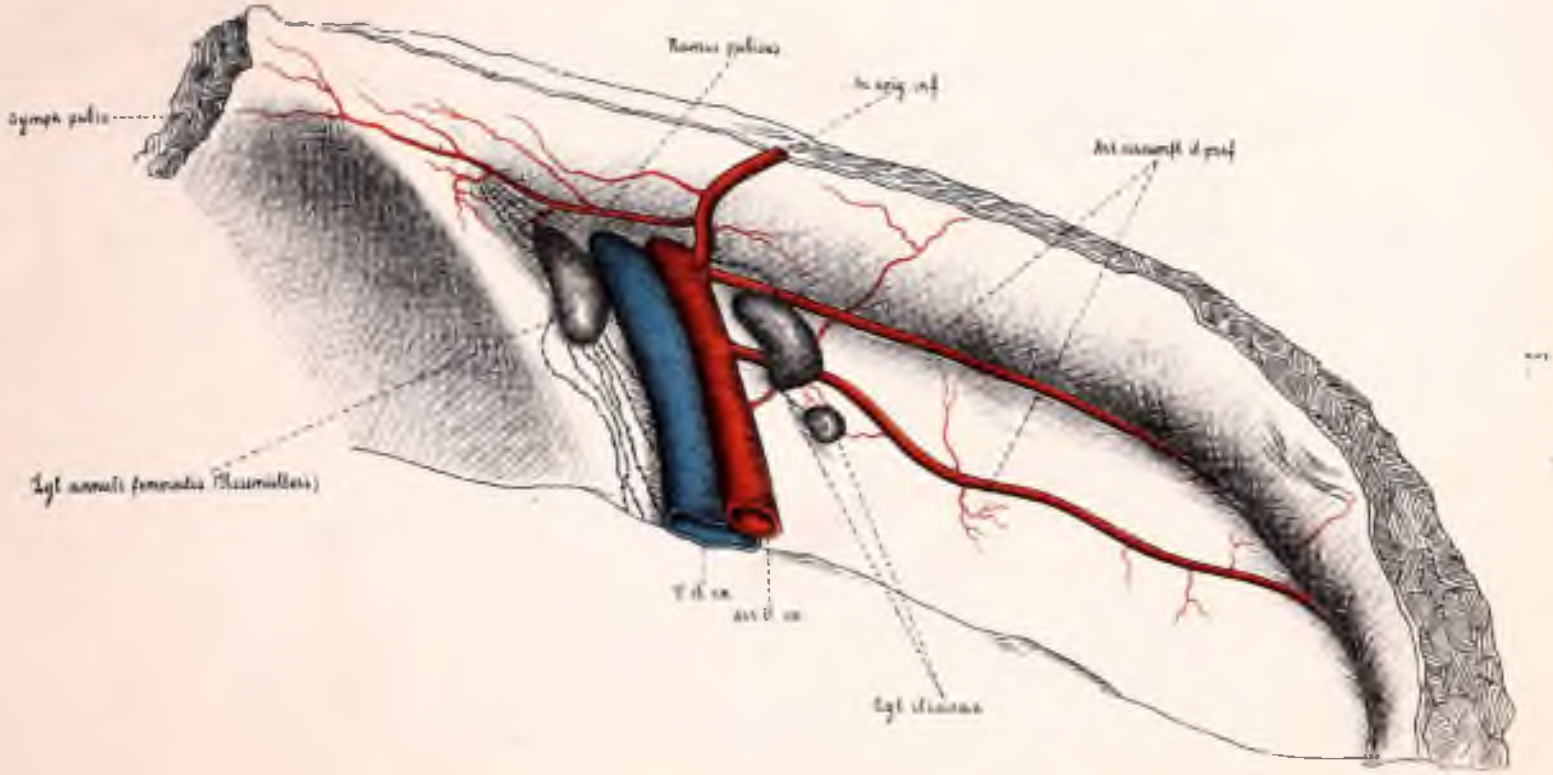
отдѣльныхъ группъ лимфатическихъ железъ подпаховой области съ указаніемъ ихъ числа, величины наибольшей железы и источниковъ кровоснабженія ихъ.

№ №	Полъ, сословіе.	Возрастъ въ годахъ	Причина смерти.	Сторона	Lymphoglandulae subinguinales. Superficiales. Superiores.	Lymphoglandulae subinguinales. Superficiales. inferiores.	Lymphoglandulae subinguinales. profundae.		Общее число	
								Lgl. Rosenmulleri.		
1	М. мѣщ.	63	Старческое истощеніе.	п.	5 (2,5—0,7) A. epig. spf.	8 (5,0—0,9) A. pud. ext., A. cir. fem. lat.	2 A. pud. ext.	—	15	
				л.	5 (5,0—0,7) A. epig. spf., A. pud. ext.	6 A epig. spf., A. cir. il. spf., A. cir. fem. med.	2 A. cir. fem. med.	—	13	
2	М. мѣщ.	52	Чахотка легкихъ.	п.	7 (2,0) A. epig. supf.	10 (2,5) A. pud. ex., A. cir. fem. lat.	2 A. pud. ext.	1 (5,5) A. epig. inf.	20	
				л.	8 (3,0) A. epig. supf., A. cir. il. spf.	3 (2,5—1,0) A. pud. ext., A. cir. il. supf.	2 A. pud. ext.	1 (2,0) A. epig. inf.	14	
3	Ж. крест.	15	Острое воспаленіе кишекъ.	п.	1 (4,0—0,4) A. pud. ext.	7 (2,7—1,0) A. cir. il. spf., A. pud. ex.	—	1 (0,7—0,4) A. epig. inf.	9	
				л.	1 (2,0—0,7) A. cir. il. spf.. A. epig. spf.	5 (1,6) A. pud. ext. Ramus inguinalis.	—	2 (0,9—0,4) A. epig. inf.	8	
4	Ж. кр.	26	Крупозное воспаленіе легкихъ.	п.	1 (3,4) A. cir. il. spf.	5 (3,5—1,0) A. pud. ext., Ramus inguinalis.	1 (1,5) A. pud. ex.	—	7	
				л.	1 (3,8—0,9) A. cir. il. prof.	9 (3,4—1,8) A. pud., Ramus inguinalis, A. cir. il. prof.		—	10	
5	М. мѣщ.	34	Кровоизліяніе въ головной мозгъ.	п.	2 (2,6—0,5) A. epig. spf.	8 (2,0—0,7) A. pud. ext., Ramus inguinalis.	—	1 (0,7—0,4) A. epig. inf	11	Трупъ очень жирный.
				л.	3 (2,2—0,8) A. epig. spf., A. pud. ext.	7 (1,7) A. cir. il. spf, A. pud. ext.	1 A. pud. ext.	1 (1,0) A epig. inf.	12	
6	М. крест.	52	Чахотка легкихъ.	п.	2 (2,0—0,5) A. epig. inf.	8 (2,0) A. pud. ext., A. cir. il. spf.	1 A. pud. ext.	1 (5,0—0,6) A. epig. inf.	12	
				л.	2 (1,6) A. cir. il. spf., A. epig. spf.	6 (1,6—0,9) A. cir. il supf., A. pud. ext.	—	2 (6,2) A. epig. inf	10	
7	М. крест.	30	Чахотка легкихъ.	п.	1 (3,0—1,4) A. epig. spf.	7 (3,2—1,5) A. pud. ext., A. epig. supf., A. cir. il. spf.	—	2 (2,9) A. epig. inf.	10	
				л.	8 (2,3—2,3) A. epig. spf., A. cir. il. spf.	6 (2,7) A. pud. ext., R. inguinalis.	—	1 (0,9) A. pud. ext. sup.	15	
8	М. крест.	59	Воспаленіе головного мозга.	п.	1 (2,4) A. epig. spf., A. cir. fem. med.	6 (4,0) A. cir. il. spf., A. pud. ext.	—	1 (1,8) A. epig. inf.	8	
				л.	4 (2,2) A. cir. il. spf., A. epig spf.	6 (1,2) A. cir il. spf, A. pud. ext.	1 A. pud. ext.	1 (2,4) A. epig. inf.	12	
9	М. крест.	45	Чахотка легкихъ.	п.	2 (2,5) A. cir. il. spf.	6 (3,6) A. cir. il spf, A. pud. ext., Ramus inguinalis.	2 A. pud. ex.	1 (4,0) A. epig. inf.	11	
				л.	3 A. epig. spf. A. cir. il. spf.	2 (4,8) A pud. ext., A. cir. il supf.	1 A. pud. ext.	1 (6,8) A. epig. inf.	7	
10	М. крест.	53	Крупозное воспаленіе легкихъ.	п.	3 (2,2—0,8) A. epig. spf., A. cir. fem. lat.	4 (3,7) A. pud. ext., A epig. spf	—	—	7	
				л.	1 (5,0—0,9) A. epig. spf., A. cir. il. supf.	6 A. pud. ext, A. epig. spf., A cir. il. spf	2 A. pud. ex.	—	9	
11	Ж. мѣщ.	?	Ракъ матки.	п.	3 A. pud. ext., A. epig. superf., A. cir. fem. lat.	5 A. cir. il. superf., A. pudenda ext.	2 Ramus inguinalis.	—	10	
				л.	5 A. epig. superf., A. cir. il superf.	7 A. pud. ext.	—	—	12	
12	М. кр.	64	Сотрясеніе мозга.	п.	3 A. epig. superf.	8 A. cir. il. superf., A. pudenda ext.	1 A. pudenda ext.	1 A. epig. inf.	13	
				л.	5 A. epig. superf., A. cir. il. superf.	6 A. pud. ext., Ramus inguinalis.	2 Ramus inguinalis.	1 A. epig. inf.	14	
13	М. кр.	44	Чахотка легкихъ.	п.	7 (3,0) A. cir. il. superf., Ramus inguinalis	4 (6,0) A. pud. ext., A. cir il. superf., Ramus inguinalis.	—	1 A. epig. int.	12	Рис. 3 и 5.
				л.	5 A. epig. superf., A. cir. il. superf., A. cir. fem. med.	5 A. pud. ext., A cir. il superf.	1 A. pudenda externa.	1 A. iliaca. ext.	12	
14	Ж. кр.	28	Cystitis purulenta.	п.	8 A. cir. il. superf., A. pudenda. ext.	9 A. cir il. superf., A pud. ext., A. epig. superf.	—	1 A. epig. inf.	18	
				л.	4 (6,5) A. epig. superf., A. pud. ext.	5 A. pud ext., Ramus inguinalis, A. epig. superf., A. circumf. il. superf.	—	—	9	Рис. 4.
15	М. кр.	47	Тубер. воспаленіе мочевого пузыря.	п.	2 (4,5) A. epig. superf., A. pud. ext.	6 A. pud. ext.	1 A. pud. ext.	—	9	
				л.	1 A. epig. superf., A. circumf. il. superf.	3 Ramus inguinalis	1 Ramus inguinalis.	1 A. epig. inf.	6	
16	Ж. кр.	45	Воспаленіе кишекъ.	п.	2 (2,0) A. epig. superf., A. cir. il. superf.	2 A. pud ext., Ramus inguinalis	—	1 A. epig. inf.	5	
				л.	1 (2,4) A. epig. superf., A. cir. il. superf.	6 (3,2—0,4) A. pud ext., A. circum. il. superf.,	—	1 A. epig. inf.	8	
17	М. кр.	50	Pneumonia cruposa.	п.	8 (3,5) A. epig. superf., A. cir. il. superf.	7 A pud. ext., Ramus inguinalis	—	1 A. epig. inf.	16	
				л.	9 (2,7) A. epig., superf., A. cir. il. superf, A. pudenda ext.	3 A. pud ext., A circum. il. superf.	1 A. pud. ext.	1 A. obturatoria.	14	
18	Ж. кр	50	Старческое истощеніе.	п.	7 (4,0) A. epig. superf., A. cir. il. superf.	6 A cir. il. superf., A. pud. ext	2 A. pud. ext.	—	16	
				л.	7 A. epig. superf., A. cir. il. superf., A. pudend. ext.	8 A cir. il. superf, A pud ext.	1 Ramus inguinalis.	1 A. epig. inf.	17	
19	М. мѣщ.	38	Чахотка легкихъ.	п.	4 A. epig. superf., A. cir. il. superf. A. cir. fem. med.	3 A. cir. il. superf., A. pudenda ext	—	2 A. epig. inf.	9	
				л.	8 A. epig. superf., A. cir. il. superf. A. pudenda ext.	2 A. cir. il. superf., A. pudenda ext.		1 A. iliaca. ext.	11	
20	М. кр.	49	Tuberculosis pulmonum.	п.	3 A. epig. superf, A. circumf. il. superf.	5 A. cir. il. superf, A. pud. ext.	1 A. pud. ext.	1 A. epig. inf.	10	
				л.	1 A. epig. superf.	4 A. cir il. superf. A. pud ext.	—	1 A. epig. inf.	6	

* Цифры въ скобкахъ обозначаютъ длину и ширину въ сантиметрахъ наибольшей изъ железъ.

** Одна цифра въ скобкахъ обозначаетъ длину въ сант. наибольшей железы.


Lgl Subinguinales
Superficiales Superiores
Art. circ. il. Superf.
R. descendens
art. circ. il. Superf.
R. inguinalis
Art. pudenda ext.
Lgl subinguinales
superficiales inferiores
V. Saph. magna
Lgl. Subinguinales Superficiales Superiores
R. epig. Superf.
A. circumflexa ilium
Superf.
A. pudenda ext.
R. inguinalis
Lgl Subinguinales Superficiales inferiores.


Rameau pubien
Art. superficielle du pénil
Lgt annulaire femoralis (Rosenmüller)
Lgt cloisonné

Изъ судебно-медицинскаго кабинета Казанскаго Университета.

Къ вопросу о травматическихъ поврежденіяхъ сердца безъ прободенія сердечной сорочки *).

Помощ. прозек. **А. И. Шибнова.**

Травматическія поврежденія сердца по анатомической локализаціи хирурги [1]) (Напалковъ, [2]) Чугаевъ, [3]) Фишеръ, [4]) Ковитцъ [5]) и др.) дѣлятъ на слѣдующія три естественныя группы: 1) совмѣстныя поврежденія сердца и сумки, 2) поврежденія одной сумки и 3) поврежденія одного сердца при цѣлости сердечной сорочки.

Самымъ частымъ поврежденіемъ является совмѣстное поврежденіе сердца и сумки (по Ковитцу изъ 332 случаевъ—въ 277). Значительно рѣже (въ 47 сл. изъ 332 по Ковитцу) встрѣчаются поврежденія одной сумки безъ поврежденія сердца и весьма рѣдко повреждается мышца сердца при цѣлости ея сорочки.

На основаніи статистикъ, представленныхъ Фишеромъ, [6]) (изучившимъ разнаго рода травматическія поврежденія сердца до половины 1867 г.) и Ковитцемъ [7]) (съ половины 1867 до половины 1902 г.) и касающихся въ общемъ 784 названныхъ поврежденій (542 поврежденія у Фишера и 332 у Ковитца), случаевъ травмы сердца безъ прободенія сердечной сорочки было всего 19

---

*) Докладъ, читанный въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 1 марта 1912 г.

[1]) См. руководства по хирургіи.

[2]) Напалковъ. Русская хирургія. Отдѣлъ XXIII. Хирургія сердца. Изданіе Практич. Медиц. 1902 г.

[3]) Чугаевъ. Хирургія. Томъ IX. № 49. Январь. 1901 г. Болѣзни и поврежденія груди. Часть III.

[4]) Georg Fischer. Archiv für klinische Chirurgie. 1867 г. B. 9. Die Wunden des Herzens und Herzbeutels S. 570—910.

[5]) Эдуардъ Ковитцъ. Къ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при ранепіяхъ сердца.

[6]) [7]) loc. cit.

(11 Фишера и S—Ilковитца), что составляетъ 2.5% всѣхъ изученныхъ ими поврежденій сердца. Если же принять во вниманіе вообще относительную рѣдкость послѣднихъ (въ американскую междуусобную войну на 87.822 всѣхъ раненыхъ—огнестрѣльныхъ ранъ сердца было всего—4 [1])—слѣдуетъ допустить, что поврежденія сердца съ сохраненіемъ перикардія составляютъ дѣйствительно чрезвычайную рѣдкость. Большинство руководствъ и монографій по хирургіи сердца совсѣмъ о нихъ не упоминаетъ. Наец [2] даже не допускалъ возможности поврежденій подобнаго рода (cor non potest vulnerari nisi simul perfodiatur pericardium).

Въ виду рѣдкости названныхъ поврежденій, мы находимъ не лишнимъ сообщить о двухъ случаяхъ поврежденій сердца подобнаго рода, встрѣтившихся при судебно-медицинскомъ кабинетѣ Каз. Университета за послѣдніе 42 года, съ 1869 по 1 янв. 1912 г., на 1788 всѣхъ вскрытій.

Случай № 1. Покойный М. Г. Ф. нѣсколько разъ высказывалъ мысль о самоубійствѣ. 25 марта 1910 г. послѣ попойки съ товарищами пришелъ домой и застрѣлился. Прожилъ 10 минутъ. Пришедшихъ брата и сестру просилъ сходить за священникомъ и затушить загорѣвшійся пиджакъ.

Вскрытіе 28 марта. Наружный осмотръ.

Трупъ мужского пола около 20 лѣтъ, вѣсомъ 66 kilo; ростъ 172, объемъ груди 92 сант.: наружные покровы блѣдны.... вся лѣвая сторона волосистой части головы густо покрыта запекшеюся и жидкою темно-красною жидкостью (повидимому кровью), такъ что волосы крѣпко слиплись между собою. Лѣвая половина лица также покрыта густымъ толстымъ слоемъ запекшейся такой же массы, плотно приставшей къ кожѣ, а снаружи покрытой ею же, но въ жидкомъ видѣ, причемъ часть ея представляется пѣнящейся; ноздри плотно закупорены такою же массою, выдѣляющеюся въ небольшомъ количествѣ и изо рта..... На лѣвой половинѣ груди въ области соска усматривается темнобурое почти черное пятно около 4 ст. справа на лѣво и около $4^1/_2$ сверху внизъ, пятно неправильно-кругловатой формы съ нерѣзкими границами..... Въ этомъ пятнѣ нѣсколько эксцентрично (болѣе ковнутри) помѣщается дефектъ кожи кругловатаго очертанія около 8 мм. справа налѣво и около 7 мм. сверху внизъ; края этого дефекта почти чернаго цвѣта, надорваны видѣ многочисленныхъ мелкихъ зазубринъ; причемъ самый край немного утолщенъ; вокругъ этого дефекта имѣется каемочка около 3-хъ мм. шириною, лишенная эпидермиса, съ чер-

[1] [2] Цит. по Фишеру.

ными, какъ бы обуглившимися мохорками кожи. На днѣ дефекта усматриваются кусочки красновато желтой жировой клѣтчатки; зондъ, вставленный въ дефектъ, обнаруживаетъ каналъ, ведущій въ грудную полость.....

Правая кисть руки мѣстами опачкана тонкимъ слоемъ запекшейся крови. Пальцы на ней съ ладонной поверхности покрыты черноватымъ, какъ бы копотевиднымъ веществомъ, такового на лѣвой сторонѣ отмѣчается весьма мало.....

Внутренній осмотръ.

Слизистая въ полостяхъ гортани и дыхательнаго горла разлитого темно-вишневаго цвѣта; въ полости послѣдняго довольно много грязно-красноватой жидкости, поднимающейся при давленіи на лѣвое легкое. По отдѣленіи мягкихъ покрововъ съ грудной клѣтки, въ лѣвой половинѣ, въ области описаннаго въ наружномъ осмотрѣ пятна, мышцы пропизаны на пространствѣ отъ 2-го до 7-го ребра рыхлыми кровянными сгустками, ввидѣ отдѣльныхъ различной величины почти черныхъ пятенъ. Въ наружномъ концѣ пятаго ребра, отступя на 1 сант. отъ реберпаго хряща, почти въ самой серединѣ, немного ближе къ верхнему краю, имѣется сквозное отверстіе, почти правильной круглой формы, около 8 мм. въ діаметрѣ на наружной поверхности ребра, на внутренней же поверхности отверстіе принимаетъ щелевидную форму, причемъ ребро сзади расколото на протяженіи около 4-хъ сант. Мягкія части около отверстія равно и костный каналъ представляются почти грязнаго мохристаго вида, какъ бы обожженными съ кровоподтеками на значительномъ пространствѣ; лѣвое легкое уменьшено въ объемѣ; въ его передневнутреннемъ краѣ въ верхней долѣ выше нижней ея границы на $3^{1}/_{2}$ сан. и отступя отъ края на 1 сант. имѣется отверстіе, проникающее весь край: спереди кругловатаго очертанія около 2-хъ сант. въ діаметрѣ, сзади же поперечно-овальнаго: въ продольномъ размѣрѣ (спереди назадъ) около $4^{1}/_{2}$ с., перпендикулярномъ къ нему около 2 сант. Затѣмъ у корня легкаго, немного ниже бронха имѣется второй каналъ, проникающій задній край нижней доли легкаго. Выходное отверстіе этого канала почти правильной круглой формы, лежитъ на 3 сант. сзади отъ бронха; стѣнки обоихъ каналовъ, какъ бы разможжены и на значительномъ пространствѣ вокругъ кровоподтечны. Сердечная сорочка сильно растянута; въ ея полости находятся 350 граммъ жидкой крови и 3 небольшихъ кровяныхъ сгустка; на правой сторонѣ наружной поверхности сердечной сорочки наружный слой отдѣленъ отъ внутренняго на протяженіи около 2-хъ сант. сверху внизъ и около 1 с. справа налѣво щелевидной трещиной съ мохристыми темно-красными краями. Сердце сокращено, немного ниже

вѣнечной борозды, на продольной бороздѣ и прилегающей къ ней части лѣваго желудочка имѣется разрывъ поверхностныхъ мышечныхъ волоконъ, около $^1/_2$ с. длиною съ разрывами наружной оболочки и проходящихъ въ бороздѣ артерій и вены; сердечныя полости пусты: сердечная мышца бурo-желтоватаго цвѣта, немного дрябла: въ интимѣ аорты разлитого красноватаго цвѣта бѣловатыя небольшія бляшки: въ остальномъ сердце, кромѣ трупныхъ, другихъ измѣненій не имѣетъ.

Въ полостѣ лѣвой плевры обильное количество рыхлыхъ сгустковъ и жидкой крови, всего вѣсомъ 1170 граммъ.

У 8-го грудного позвонка съ лѣваго бока почти посрединѣ тѣла позвонка имѣется каналъ, идущій кзади въ толщу спинныхъ мышцъ, доходящій до поверхностно почти лежащихъ и затѣмъ круто заворачивающійся кверху на 2 поперечныхъ пальца; въ концѣ канала найдена свинцовая пуля $1^1/_2$ сант. длиною и 8 мм. толщиною, съ сильно сплющенной косо верхушкой съ бороздчатыми углубленіями и линейными возвышеніями; окружающія части этого канала также оказались кровоподтечны, а стѣнки ушибленными.

Случай 2-ой. Очень хорошо учившійся гимназистъ 6-го класса 3 Каз. гимн. К. О. Т. ничѣмъ особенно не страдавшій и видимыхъ побужденій къ самоубійству не имѣвшій, застрѣлился въ своей квартирѣ 5-го января 1890 г. въ 8 ч. вечера изъ двухстволынаго ружья. Съ признаками жизни отправленъ въ Земскую больницу, гдѣ на другой день въ 7 ч. утра умеръ. Въ сознаніе не приходилъ и произнесъ только два слова „двѣ пули“. Наружный осмотръ: ростъ 2 ар. $6^1/_2$ в., окр. гр. 1 ар. $1^1/_4$ в., лѣтъ 18; цвѣтъ лица блѣденъ. Изъ полости носа при повертываніи трупа вытекаетъ кровянистая жидкость. На передней поверхности лѣвой стороны груди на пространствѣ между 1 и 4 ребрами и между лѣвой маммилярной и средней линіей тѣла находится темнаго цвѣта пятно, имѣющее протяженіе сверху внизъ и справа на лѣво по десяти сантиметровъ. На всемъ этомъ пространствѣ верхняя кожица мѣстами сошла, а мѣстами обагрена и покрыта копотью. Пятно это отъ предлежащихъ частей отличается жесткостью (на подобіе пергамента). Въ нижней части этого пятна, почти на одномъ уровнѣ съ лѣвымъ соскомъ, находится рана круглаго очертанія съ неровными, темными краями. Этотъ цвѣтъ зависитъ, повидимому, отъ отложенія копоти и ушиба ткани. Темный цвѣтъ на нижнемъ краю раны занимаетъ большее пространство, чѣмъ на верхнемъ. Край верхней периферіи раны отслоенъ на пространствѣ около 2-хъ сант. Край нижней периферіи раны не отслоенъ. Зондъ, введенный въ отверстіе раны, проходитъ свободно по направленію спереди назадъ, снизу вверхъ и выходитъ въ противуотверстіе, соотвѣтствующее положенію верхневнутренняго угла лѣвой лопа-

тки. Это противуотверстіе имѣетъ форму раны круглаго очертанія съ неровными, рваными краями, съ діаметромъ болѣе двухъ сант. Края раны и окружающіе покровы никакого особаго измѣненія въ цвѣтѣ не представляютъ. Обѣ раны засыпаны іодоформомъ и покрыты хирургической повязкой. При осмотрѣ описанныхъ ранъ было предъявлено двухствольное ружье, какъ вещественное доказательство по настоящему дѣлу въ предположеніи совершеннаго самоубійства. Длина ружья вмѣстѣ съ ложемъ 1 арш. $9^1/_4$ в. Разстояніе отъ спуска до конца дула 1 арш. $^7/_8$ в. Послѣ проведенія длиннаго зонда черезъ каналъ описанныхъ ранъ въ направленіи зонда было приставлено ружье дуломъ къ отверстію раны на передней поверхности груди, причемъ было ясно, что Т. могъ самъ себѣ произвести выстрѣлъ, нѣсколько наклонившись и спустивъ курокъ правой рукой. Покровы конечностей ничего особеннаго не представляютъ и вообще знаковъ травматическихъ поврежденій, какъ слѣдовъ борьбы и самообороны, нигдѣ не замѣтно.

При вскрытіи грудной клѣтки и отдѣленіи мягкихъ частей въ промежуткѣ между вторымъ и третьимъ ребрами, на мѣстѣ перехода ихъ въ хрящи, находится отверстіе, ведущее въ грудную полость; прилегающая къ этому отверстію часть ребра разрушена. Начиная отсюда черезъ всю долю лѣваго легкаго въ косвенномъ направленіи снизу вверхъ и спереди назадъ идетъ каналъ вплоть раны съ кровоизліяніемъ, какъ въ разрушенную ткань легкаго, такъ и въ лѣвую плевральную полость. Въ концѣ этой раны найдено нѣсколько осколковъ реберныхъ костей и хрящей. Каналъ раны легкаго сообщается непосредственно съ отверстіемъ раны на задней поверхности груди въ области верхне-внутренняго угла лѣвой лопатки. Неповрежденная ткань лѣваго легкаго, какъ и все правое представляется малокровнымъ, но безъ признаковъ какихъ либо болѣзненныхъ процессовъ. Слизистая оболочка бронховъ равномѣрно покрыта слизью съ примѣсью крови. На лѣвой сторонѣ въ сердечной сорочкѣ и на лѣво-наружной поверхности сердца находятся кровополтеки вплоть темнокрасныхъ пятенъ въ толщѣ перикардія. Сердечныя отверстія, клапаны и мускулатура сердца ничего особеннаго не представляютъ. Лѣвый желудочекъ пустъ, въ правомъ содержится темный кровянной сгустокъ умѣренныхъ размѣровъ.

Въ обоихъ нашихъ случаяхъ, какъ видно изъ протоколовъ вскрытій, имѣли мѣсто огнестрѣльныя ранения: въ одномъ случаѣ револьверное, въ другомъ—изъ ружья: послѣднее не только проникающее грудную клѣтку, но и навылетъ, при чемъ пуля проходитъ въ нѣкоторомъ отдаленіи отъ сердца; въ первомъ же случаѣ направленіе хода пули касательное къ области сердца, причемъ сорочка не прободается насквозь.—на сердцѣ же произвошлися

поверхностный надрывъ эпикарда, мышечнаго слоя и частью сосудовъ, проходящихъ въ области надрыва съ послѣдующимъ обильнымъ кровотеченіемъ въ полость сердечной сорочки.

Чтобы уяснить механизмъ поврежденій сердца при сохраненіи его сорочки въ нашихъ и имъ подобныхъ случаяхъ, позволимъ себѣ разсмотрѣть извѣстные изъ литературы немногочисленные случаи подобнаго рода.

Мы уже упомянули, что до 1902 г. всѣ, по крайней мѣрѣ огнестрѣльныя, изучаемыя теперь поврежденія, собраны Фишеромъ и Иковитцемъ.

Фишеръ описываетъ ихъ подъ слѣдующими тремя рубриками.

Первая — сердечныя раны (огнестрѣльныя) безъ нарушенія цѣлости сердечной сорочки, но съ наружной, проникающей въ грудную полость, раной. Эту группу составляютъ три случая: 1) Borellus'a (въ литературномъ очеркѣ Фишера онъ стоитъ за № 307), 2) Holmes'a (за № 303) и 3) Haydenreich'a (за № 308).

Случай Borellus'a. Солдатъ получаетъ пулю въ лѣвую сторону груди. Сильная одышка и, какъ послѣдствіе, развитіе хроническаго бронхита. Въ теченіи 2-хъ лѣтъ солдатъ былъ живъ (пробылъ въ госпиталѣ), чувствовалъ себя хорошо, только не могъ спать на правой сторонѣ. Шумовъ въ сердцѣ не наблюдалось. Смерть. Вскрытіе обнаружило пулю въ перикардіѣ—между венозными устьями. Старыя сращенія указали на бывшій ранѣе перикардитъ.

Случай Holmes'a. Наружная рана. Смерть вскорѣ. Поперечное отверстіе спереди праваго желудочка шириною въ палецъ. Обширное кровоизліяніе въ переднемъ средостѣніи. Перикардій цѣлъ. Пуля въ плеврѣ.

Случай Haydenreich'a. Рана слѣва у верхняго края 6-го ребра на 2″ отъ стернальнаго края величиною въ карандашъ. Выходного отверстія нѣтъ. Незначительное кровотеченіе. Озноб, жажда, рвота, ощущеніе леденящаго холода, пульсъ и сердечные удары едва ощутимые. Возрастающій ціанозъ и смерть спустя 3 часа по полученіи поврежденія. На цѣльной (неповрежденной) сердечной сорочкѣ лежала свободно маленькая пуля. Маленькое круглое отверстіе, соотвѣтствующее величинѣ пули на верхушкѣ праваго желудочка, ведущее въ полость послѣдняго.

Вторую рубрику составляютъ огнестрѣльныя поврежденія сердца при цѣлости сердечной сорочки и безъ наружной раны (не проникающія въ грудную клѣтку).—Такихъ случаевъ три: Hufeland'a (за № 346), Frim'a (за № 306) и Ward'a (за № 323).

Случай Hufeland'a.—Самоубійство изъ пистолета. На тѣлѣ нѣтъ раны, только ушибъ въ серединѣ грудной клѣтки. Въ рубашкѣ сплющенная пуля. Грудная кость разбита. Сердце смѣщено и плаваетъ въ крови.

Случай Frim'a. Скоропостижно скончался зобатый 56 лѣтъ старикъ. Предположена смерть отъ зоба. На processus xyphoideus найдена черная корка. Кожа цѣла. Мышцы подъ ней размяты. Перикардій цѣлъ. Наполненъ кровью. Разрывъ въ правомъ желудочкѣ величиною въ палецъ. Покойный сидѣлъ на стулѣ съ ружьемъ въ одной рукѣ и пулей въ другой.

Случай Ward'a. 26 лѣтній мужчина выстрѣлилъ изъ пистолета въ грудь. Смерть черезъ 10 мин. На кожѣ подъ лѣвымъ соскомъ незначительная ссадина, произведенная концомъ курка пистолета. Между 5 и 6 ребрами—межреберныя мышцы разорваны и пропускаютъ кончикъ пальца. Перикардій цѣлъ. переполненъ кровью. Въ лѣвомъ желудочкѣ спереди продолговатый разрывъ длиною въ 1". Рубашка опалена. Жилетка пробита.

Въ третью рубрику входятъ поврежденія сердца безъ нарушенія цѣлости сердечной сорочки, причиняемыя тупой силой. Сюда относятся 5 случаевъ: 1) Thurnam'a (№ 383), 2) Mumssen'a (№ 376), 3) Ruppert'a (№ 401), 4) Niemann'a (№ 402) и 5) Benet'a (№ 408).

1) Мужчина 50 лѣтъ упалъ подъ колеса экипажа. Поврежденіе кожи на груди слѣва. Переломъ слѣва 6—8 реберъ на $2^1/_2$" отъ хрящей; поперечный переломъ sternum внизу, безъ смѣщенія. Перикардій цѣлъ, содержитъ кровянистую сыворотку, каковая находится и въ обѣихъ плеврахъ. Разрывъ лѣваго желудочка, праваго сердечнаго ушка 2" длины, поверхностная трещина въ перегородкѣ, на верхушкѣ сердца 1" длиною.

2) 19 лѣтній мужчина получилъ ударъ копытомъ, ушибся головой о землю, тотчасъ всталъ, прошелъ нѣсколько шаговъ и упалъ замертво. Снаружи нѣтъ поврежденій. Поперечный переломъ sternum въ $4^1/_2$" отъ cart. xyphoid., крови въ грудной клѣткѣ нѣтъ. Перикардій цѣлъ и такъ переполненъ кровью, что оттѣснилъ оба легкихъ. Разрывъ спереди ушка очень узкій, въ серединѣ нѣсколько расширенъ—$1^1/_2$" длиною. Отъ ost. venos. идетъ поперечная трещина $1^1/_2$" длиною. Одна трещина въ membranae for. ovale. —Есть и другія внутреннія поврежденія.

3) Субъектъ 24 лѣтъ, упавши съ лошади, попалъ подъ колеса пушки, которыя задѣли область живота. Черезъ 2 мин. сильныя судороги, безсознательное состояніе, тяжелое дыханіе, кровотеченіе и смерть черезъ 10 мин. Переломъ правыхъ 6—8 реб., sternum съ едва замѣтнымъ смѣщеніемъ. Переполненный кровью неповрежденный перикардій. Немного крови въ плеврѣ. Продолговатый разрывъ въ ven. cav. inf. съ внутренней поверхности перикардія до праваго ушка Селезенка разорвана.

4) Переѣхали 30 лѣтн. мужчину. Трещина въ 3‴ длиною сзади отъ основанія праваго ушка вплоть до впаденія ven. cav. super. Въ перикардѣ 8 кварт крови. Краснота всего сердца,—

такъ что внутренняя поверхность полостей равномѣрно вишнево-краснаго цвѣта.

5) 27 лѣтній мужчина разлавленъ между телѣгой и стѣной. Переломъ 2—4 реб. слѣва. Межкостныя мышцы разорваны. Много крови въ грудной полости. Переломъ sternum въ разстояніи 3″ отъ proc. xyphoid. Перикардій цѣлъ; разрывъ лѣваго ушка и отной изъ ven. pulmon.

У Ивовятца, какъ сказано, такихъ случаевъ 8.

Случай 1. (Ваншапп'а за № 1). Изъ военнаго ружья мужчинѣ наносится выстрѣлъ въ упоръ. Входное отверстіе на 1 сант. ниже лѣв. соска. Выходное—на уровнѣ шейки 5-го лѣв. ребра. Повреждены: легкое, лѣвый желудочекъ. Смерть черезъ 1 ч. послѣ поврежденія. Плевра переполнена кровью. По внутренней поверхности лѣваго легкаго глубокая борозда. Прободенія околосердія нѣтъ. Полость его крови не содержитъ. На внутренней поверхности передней стѣнки сорочки подсерозное кровоизліяніе и два небольшихъ надрыва. На передней стѣнкѣ лѣв. желуд. на 1 сант. надъ верхушкой и на ½ сант. отъ лѣваго края поврежденіе величиною въ орѣхъ, занимающее только ½ толщи стѣнки; края разорваны и экхимотичны.

Случай 2. (Huguet'a за № 50). Мужчина 24 лѣтъ получаетъ пулевое ранепіе въ 4 правое межреберье у праваго края грудины. Смерть вскорѣ. Пуля найдена между грудной костью и околосердіемъ, растянутымъ кровью; околосердіе цѣло. Въ передней стѣнкѣ праваго желудочка проникающее круглое отверстіе.

Случай 3. (Rosenthal'a за № 106). Мужчина 28 л. Выстрѣлъ изъ револьвера въ сердечную область. При вскрытіи оказалась трещина въ межжелудочковой перегородкѣ, длиною въ 7 сант., вида полулунія, сообщающаго оба желудочка. На кожѣ раны нѣтъ, перелома реберъ и грудины нѣтъ. Наружная поверхность сердца и околосердіе цѣлы.

Случай 4. (Zenker'a за № 153). Изъ карманнаго пистолета выстрѣлъ въ сердечную область. Прободеніе плевры лѣваго легкаго и рана сердца безъ раненія околосердія.

Случай 5. (Justi за № 305). Любовникъ стрѣляетъ въ свою любовницу тремя пулями. Первая попалась въ 3 лѣвое межреберье 3 сант. отступя отъ грудины; вторая туда же отступя 4 сант. отъ грудины и третья въ 5 лѣвое межреберье кнутри отъ соска на 4 сант. Ранеными оказались: лѣвое сердце, діафрагма, печень, легкое. Въ лѣвой плеврѣ 550,0 жидкой, свернувшейся крови и съ приплюснутымъ концомъ пуля. Въ лѣвой нижней долѣ легкаго горизонтальный въ 5 с. надрывъ и косвенное прободеніе. Околосердіе цѣло. Сердце покрыто толстымъ слоемъ свернувшейся крови (125.0). Въ лѣвомъ желудочкѣ 4 сант. подъ ушкомъ и 4 с. влѣво отъ про-

дольной борозды надрывъ длиною въ 5 с. и шириной 1 с.; на $^1/_2$ с. влѣво отъ продольной борозды прободеніе въ 1 сант. лѣваго сердца въ $3^1/_2$ с. отъ верхушки. На 1 сант. влѣво отъ этого еще вторичное прободеніе лѣваго сердца. Полости сердца пусты. Въ діафрагмѣ по сосѣдству съ прободеніемъ лѣвой доли печени—отверстіе. Пуля безъ измѣненія находится въ почечной жировой клѣтчаткѣ(—слѣва). Въ средней линіи діафрагмы еще одно прободеніе и 3-ья пуля лежитъ неизмѣненной въ тканяхъ впереди тѣла 12-го грудного позвонка.

Что касается 6-го случая (Seemann'a № 276), гдѣ поврежденіе сердца (лѣваго желудочка и легкаго) произошло также отъ выстрѣла изъ пистолета, при цѣлости сорочки, то здѣсь дѣйствіе послѣдняго сводилось на ушибъ или давленіе на сердце газовъ послѣ выстрѣла холостымъ зарядомъ*).

Раневое отверстіе въ 4—9 с. съ неправильными и подтечными краями въ области 4—5 лѣвыхъ реберъ. Переломъ 4-го ребра. Пробоина въ 5 сант. въ ребрѣ и осколки его въ раневомъ каналѣ. Послѣдній въ видѣ неправильной полости проходитъ чрезъ нижнюю долю лѣваго легкаго. Сквозная рваная рана стѣнки лѣваго желудочка шириною въ 3 и длиною въ 4 сант. Полости сердца пусты. Околосердечная сумка цѣла, въ ней 300,0 свернувшейся крови. Не было найдено ни слѣда какихъ либо дробинокъ. Предположеніе: зарядъ, вѣроятно, былъ холостой, разрывъ сердечной стѣнки отъ давленія газовъ, взорвавшагося пороха на сердце, бывшее въ состояніи систолы. Стѣнка лѣваго желудочка не выдержала чрезмѣрнаго повышеннаго внутри сердечнаго давленія и лопнула; упругая же сумка осталась цѣла.

Остальные два случая поврежденія сердца при цѣлости сумки произошли отъ сильнаго ушиба въ грудную клѣтку въ область сердца, при чемъ переломанныя ребра концами впираются въ околосердіе и, не нарушая его цѣлости, надрываютъ сердечную мышцу (случай Clark'a—за № 13 и Sprakeling'a за № 45).

---

*) *Примѣчаніе:* Гофманъ въ своемъ учебникѣ по Судебной Медицинѣ (изд. 1908 г. стр. 333) сообщаетъ случай, заимствованный имъ изъ отчетовъ Вѣнскаго Физиката за 1871 г., въ которомъ у 40 л. муж. застрѣлившагося изъ пистолета и, по забывчивости, не положившаго пули, въ области лѣваго соска было найдено бурое, сухое мѣсто кожи величиною въ ладонь безъ нарушенія цѣлости покрововъ. Подкожная клѣтчатка оказалась подтечной и размятой, реберные хрящи сломаны. Въ сердечной сорочкѣ $1^1/_2$ ф. крови. Сердце сокращено. На передней его поверхности два разрыва, величиной каждый въ горошину, ведущіе въ полость обоихъ желудочковъ. Вѣроятнѣе всего, что и здѣсь сорочка была не прободена. Гофманъ не упоминаетъ объ этомъ.

Въ первомъ случаѣ имѣлся переломъ реберъ, причемъ лѣвый желудочекъ раненъ (проникающая рана) осколкомъ ребра (смерть черезъ нѣсколько часовъ). Во второмъ, послѣ переѣзда чрезъ мужчину экипажа, оказалось переломанными 5 ребро и поранепымъ лѣвое ушко. Околосердіе наполнено и растянуто кровянными сгустками. Смерть черезъ 8 часовъ.

Помимо этого мы можемъ указать изъ литературы еще на слѣдующіе случаи поврежденій сердца безъ прободенія сердечной сорочки.

Случай Каспера—Лимана [1]: на старика 66 лѣтъ упалъ мѣшекъ съ зерновымъ хлѣбомъ. По поводу констатированнаго сложнаго перелома бедра произведена ампутація. Смерть на другой день Вскрытіе.

Сильное малокровіе. Въ культѣ пхорозное нагноеніе. Переломъ двухъ первыхъ реберъ. На сердцѣ слѣдующія явленія, называемыя Касперомъ замѣчательными: на правой стѣнкѣ околосердечной сумки подтекъ крови величиной въ талеръ, а въ лѣвой стѣнкѣ самого сердца подтекъ крови въ видѣ полосы въ 2 дюйма длиной и въ $^1/_4$ д. шириной, проходившій отъ предсердія до желудочка. Такимъ образомъ, замѣчаетъ Касперъ-Лиманъ, здѣсь было настоящее, очень рѣдкое, сотрясеніе сердца. Подтекъ крови, величиной въ ладонь, въ области третьяго грудного позвонка. Остистый отростокъ этого позвонка отломанъ и самый позвонокъ переломанъ въ поперечномъ направленіи. (Потерпѣвшій прожилъ 8 дней послѣ поврежденія).

Случай Керстина [2]. Крестьянинъ В. 25 л., возвращаясь съ товарищами съ завода, немного отсталъ съ своею лошадью. Тотчасъ же хватившіеся товарищи, нашли его мертвымъ, вблизи деревни. За отсутствіемъ подозрѣнія въ умышленномъ лишеніи жизни, отецъ покойнаго предположилъ, что его сына лягнула лошадь (за нею это водилось).

Вскрытіе: отсутствіе какихъ либо наружныхъ знаковъ насилія. При внутреннемъ изслѣдованіи—поперечный переломъ тѣла грудной кости на уровнѣ прикрѣпленія четвертыхъ реберъ, кровоподтекъ въ 6—7 сант. На задней поверхности (pleura costalis) въ этомъ мѣстѣ и другой меньшихъ размѣровъ подтекъ на передней поверхности околосердечной сумки: въ полости послѣдней около 70,0 кровянистой жидкости. На передней стѣнкѣ праваго же-

---

[1]) Руков. къ Судеб. Мед. І. Л. Каспера, обраб. д-ромъ мед. Шмелевымъ. Отдѣлъ II. Виды насильств. смерти, стр. 257, Сл. 14.

[2]) Вѣстн. Общ. гигіены, суд. и прак. медиц. Апрѣль 1898 г. Случай смерти отъ сотрясенія сердца. Стр. 323.

лудочка сердца имѣются въ большомъ количествѣ точечные кровоподтеки величиной до булавочной головки и два подтека длиной приблизительно въ 1 сант. и шириной въ $^1/_2$ с., кромѣ того одинъ подтекъ на задней поверхности праваго сердца, въ sulcus circularis—длиной около 1 сант. Легкія цѣлы. Остальные органы цѣлы и нормальны.

Случай Колесникова [1]. Трупъ мужчины 11. Д. 40 лѣтъ попалъ между буферами товарныхъ вагоновъ, причемъ одинъ изъ вагоновъ стоялъ неподвижно, другіе же катились по тому же пути навстрѣчу. Тарелками буферовъ придавило грудь вслѣдствіе чего Д. спустя нѣкоторое время скончался. Наружныхъ поврежденій нѣтъ. Переломъ реберъ правой стороны отъ 2—7 включительно (приблизительно по передней подмышечной линіи), причемъ 5, 6, 7 ребра переломлены съ нарушеніемъ цѣлости пристѣночной плевры. Легкія отечны, полнокровны, точечныя подплевральныя кровоизліянія. Сердечная сорочка цѣла. Полость ея наполнена кровью. По передней поверхности лѣваго желудочка его имѣется 3 рваныхъ раны, расположенныхъ сверху книзу по одной линіи ближе къ бороздѣ, раздѣляющей правый и лѣвый желудочки. Расположеніе этихъ ранъ такое: верхняя сант. на 2.5—3 ниже перегородки, отдѣляющей предсердія отъ желудочковъ длиной около 1 сант. проникаетъ въ глубь сквозь толщу передней стѣнки лѣваго желудочка въ его полость, причемъ—чѣмъ ближе къ внутренней поверхности стѣнки сердца, тѣмъ становится уже, такъ что, прободая эндокардій, достигаетъ длины менѣе $^1/_3$ сант. (форма раны: треугольникъ съ обрѣзанной верхушкой, обращенной въ полость сердца, съ основаніемъ—въ полость сердечной сорочки). Далѣе нѣсколько отступя, въ томъ же направленіи по длиннику сердца помѣщается другая рана около $^1/_2$ сант. длиной, поверхностная, непроникающая въ полость сердца. Еще ниже и въ томъ же направленіи 3 рана около 3 сант. длиною тоже неполостная — поверхностная, но нѣсколько глубже предыдущей. Полость живота содержитъ много крови.

Печень и селезенка раздавлены.

Случай Дюффур'а [2]. Разрывъ праваго ушка произошелъ при слѣдующей обстановкѣ. Убійца повалилъ 13-лѣтнюю дѣвочку на полъ, надавилъ колѣномъ грудную стѣнку, сильно сжалъ лѣвой

---

[1]) Колесниковъ. Вѣст. общ. гигіены. Судеб. и практ. медицины. 1901 г. Іюнь. Къ казуистикѣ разрывовъ сердца подъ вліяніемъ внѣшнихъ причинъ.

[2]) Дюфуръ. Рефератъ по суд. мед. въ Вѣст. Общ. гигіены, суд. и прак. мед. ноябрь 1911 г. Разрывъ праваго ушка при сжатіи грудной клѣтки одновременно съ удавленіемъ рукой.

рукой жертву за шею и затѣмъ ножемъ (въ правой рукѣ) нанесъ ей поранение шеи, причемъ были перерѣзаны крупные сосуды съ лѣвой стороны. Разрывъ ушка въ видѣ вертикальной щели въ 6 м.м. длиной и 2 м.м. шириной, недоходящій до вѣнечной борозды милиметра на 3.

Въ полости сердечной сорочки, цѣлость которой не нарушена, найдено было около 60 гр. рыхлой и свернувшейся крови.

Случай 1-ый Geill'a [1]. 17 лѣтній мужчина получилъ ударъ копытомъ лошади въ правую сторону груди. Смерть спустя 10 мин. Въ сердечной сорочкѣ большое количество жидкой и свернувшейся крови. Сердце сокращено. На его задней поверхности въ устьѣ ven. cav. inf. величиною въ бобъ находится продолговатое отверстіе, ведущее въ правое предсердіе.

Случай 2-ой Geill'a.—Мраморная доска длиною въ 1 метръ, шириною $^1/_2$ м., толщиною въ 3 ст. и вѣсомъ въ 50 kgr. упала на грудь 9 лѣтн. дѣвочки, умершей черезъ нѣсколько минутъ въ судорогахъ. Въ сердечной сумкѣ около 100 грм. жидкой и свернувшейся крови. Сердце хорошо сокращено, не обложено жиромъ. Подъ правымъ сердечнымъ ушкомъ почти въ $1^1/_2$ сант. длиною разрывъ, идущій черезъ всю сердечную стѣнку и проникающій въ полость праваго сердца сзади правой половины трехстворчатаго клапана...

Случай Флерова [2]. н/х 1898 г. въ 1 ч. дня, въ Сольвычегодскую больницу былъ доставленъ крестьянинъ В. Вл., 40 л., почти безъ пульса и съ рѣдкимъ, хриплымъ дыханіемъ. Черезъ нѣсколько минутъ онъ умеръ. Изъ разспросовъ окружающихъ выяснилось, что Вл. попалъ подъ лошадь случайно, кучеръ не могъ сдержать лошади и концомъ оглобли Вл. такъ сильно ударило въ грудь, что онъ былъ отброшенъ въ сторону и замертво упалъ въ снѣгъ. Въ такомъ положеніи онъ находился не болѣе 10—15 мин. и затѣмъ доставленъ въ больницу. При вскрытіи грудной клѣтки замѣчается небольшой кровоподтекъ на грудинѣ на уровнѣ 4-го ребра; грудная кость въ этомъ мѣстѣ податлива и немного вдавливается. При ближайшемъ изслѣдованіи обнаруженъ полный переломъ тѣла грудины на уровнѣ 4-го ребра, затѣмъ переломъ 3-го и 4-го реберъ съ правой стороны и 4-го ребра съ лѣвой стороны въ мѣстѣ прикрѣпленія ихъ къ грудинѣ, и переломъ неполный 2-го и 3-го ребръ съ правой стороны по передней аксиллярной линіи. На задней поверхности грудины въ мѣстѣ ея перелома кровоподтекъ шириною

---

[1]) Vierteljahrschrift für ger. Med. 1900 г. часть III. Die Ruptur innerer org. durch stumpfe Gewalt. Стр. 46.

[2]) Медицинское Обозрѣніе. 1901 г. Мартъ. стр. 356.

въ ладонь. Клѣтчатка передняго средостѣнія нѣсколько отечна; кровоизліяній въ ней нѣтъ. Очень сильно выпячивается передняя стѣнка сердечной сорочки вслѣдствіе переполненія жидкимъ содержимымъ, которое даетъ выбуленіе. Нарушенія цѣлости сердечной сорочки, переднихъ плевральныхъ заворотовъ и переднихъ краевъ легкихъ нѣтъ. При вскрытіи сердечной сорочки въ ея полости оказалось 9 унцій темной, наполовину свернувшейся крови, такъ что сердце со всѣхъ сторонъ сдавлено излившеюся кровью. Еще не извлекая органа, можно видѣть разрывъ передней стѣнки праваго предсердія. Въ правомъ предсердіи на передней стѣнкѣ вблизи и вправо отъ ушка имѣется разрывъ стѣнки предсердія съ неровными краями, длиною въ 1,5 стм.; разрывъ имѣетъ направленіе сверху внизъ и немного кнаружи, отверстіе пропускаетъ палецъ; стѣнки предсердія очень тонкія.

Случай Пылкова [1]. Во время ружейной стрѣльбы рядовой получилъ раненіе ружейной пулей въ лѣвое плечо и лѣвую сторону грудной клѣтки, послѣ чего упалъ на землю. Входное пулевое отверстіе находится на 7 дюйм. выше лѣваго локтевого отростка, выходное—на срединѣ внутр. поверхности плеча. На груди въ 3-мъ межреберьѣ такой же величины второе входное отверстіе, на краю большой грудной мышцы выходного отверстія нѣтъ. Больной умеръ черезъ 16 час. послѣ нанесенія раны. На вскрытіи оказалось, что въ 3-мъ межреберьѣ у соединенія ребра съ хрящемъ имѣется отверстіе, проникающее въ грудную полость. На $^1/_4$ дюйм. кнаружи отъ внутр. края нижней поверхности верхней доли лѣв. легкаго, соотвѣтственно 3-му межреберью, отверстіе въ плеврѣ, ведущее въ канадъ, проникающій чрезъ пластинку легкаго на заднюю поверхность его. Въ полости околосердечной сумки около 19 унцій крови съ большимъ количествомъ сгустковъ. Внутр. поверх. околосердія пропитана кровью. Нарушенія цѣлости околосердечной сумки, однако, не было замѣтно. Въ желудочкахъ небольшое количество жидкой крови. Лѣвое ушко пропитано кровью и въ нижней стѣнкѣ его—отверстіе, пропускающее головку зонда и закрытое фибриномъ.

Въ полости лѣвой плевры найдена свободно лежащая пуля. На боковой поверхности тѣла шестого грудного позвонка съ лѣвой стороны находится мѣсто, обнаженное отъ надкостницы въ поперечникѣ $^1/_8$ дюйма.

Всего, такимъ образомъ, съ нашими получается 29 случаевъ травматическихъ поврежденій сердца безъ прободенія сердечной

---

[1]) Пылковъ. Рѣдкій случ. огнестр. ранен. сердца (Труды Общ. Полт. врачей за 1895-6 г. Полтава 1897 г.) Цит. по журналу: Хирургія т. III № 14. Февраль 1898 г.

сорочки. Количество, какимъ мы располагаемъ, очевидно, не можетъ служить основаніемъ для какихъ-либо обобщеній; тѣмъ не менѣе соотвѣтствующая группировка и такого количества случаевъ не безъинтересна. По роду оружія всѣ эти поврежденія можно разбить только на двѣ группы: 1) огнестрѣльныя поврежденія сердца и 2) поврежденія, наносимыя тупой силой. Случаевъ, гдѣ изучаемый видъ поврежденія происходилъ бы отъ остро-колющихъ или рѣжущихъ орудій, очевидно, не наблюдается. Въ свою очередь первую группу въ зависимости отъ того, проникала ли пуля въ грудную полость или нѣтъ (при цѣлости покрововъ груди) можно разбить на двѣ категоріи—какъ дѣлаетъ это и Фишеръ.

Такимъ образомъ мы имѣемъ: огнестрѣльныхъ поврежденій—15.

(Фишера—6.
Ивовитца—6.
Нашихъ—2.
Пылкова—1).

1) Изъ нихъ, проникающихъ грудную клѣтку—10.

(Фишера—3.
Ивовитца—4.
Нашихъ—2.
Пылкова—1).

2) Не проникающихъ—5.

(Фишера—3.
Ивовитца—2)

Изъ проникающихъ: 1) на вылетъ (сквозныхъ ранъ) было 2.

(Ивовитца—1.
Нашъ—1).

— — 2) не навылетъ—8.
(Фишера—3.
Ивовитца—3.
Нашъ—1.
Пылкова—1).

Изъ 15 огнестрѣльныхъ поврежденій орудіемъ въ 9 случаяхъ служилъ пистолетъ или револьверъ, въ 4 ружье и въ 2 можно только предположительно говорить о револьверѣ. Замѣтимъ, что оба случая навылетъ относятся къ ружейнымъ ранамъ. Всѣ же револьверныя раны были не сквозныя.

Самоубійствомъ покончили 9 человѣкъ.

(Фишера—3. (№№ 346. 306. 323).
Иковитца—4. (№№ 106. 153. 276. 50).
Нашихъ—2.

Убійствъ было—4.

Фишера—1. (№ 367).
Иковитца—2. (№ 1, № 305).
Пылкова—1.

Относительно 2 случаевъ не указано что было: убійство или самоубійство, хотя можно предположить, что и въ этихъ двухъ случаяхъ имѣло мѣсто самоубійство.

Поврежденными оказались слѣдующіе отдѣлы сердца.

Проникающія раны:

праваго желудочка—4. (№№ 303. 308. 306 ф. 50—Ик.).
лѣваго „ —3. (№№ 323 ф. №№ 305. 276—Ик.).
Лѣваго ушка —1. (Пылкова).

Трещины въ перегородкѣ между желудочками—1 (№ 106—Икв.).

Кровоподтекъ на сердцѣ—1 (нашъ случай).

Надрывъ стѣнки сердца—2 (нашъ сл. и № 1 Икв.).

Въ одномъ случаѣ трудно сказать, какого характера было поврежденіе, такъ какъ раненый прожилъ послѣ выстрѣла 2 года. На вскрытіи былъ найденъ перикардитъ, какъ результатъ бывшей травмы сердца.

Въ 2 случаяхъ нѣтъ указанія на мѣсто поврежденія.

Пуля была найдена:

въ перикардѣ между venos. уст.—1 (Фишер.—№ 367)
„ плеврѣ —3 (Ф. № 303. Ик. № 305 и въ сл. Пылкова).
Между грудной костью и околосердіемъ—1 (Ик.—№ 50).
На неповрежденной сердечной сорочкѣ—1 (Фиш. № 308).
Около тѣлъ позвонковъ—2 (нашъ случ. и Икв. № 305).
Въ рубахѣ убитаго—1. (№ 346—ф.)
Въ рукѣ убитаго—1 (№ 306—ф).

Въ одномъ случаѣ Фишера (№ 323) и двухъ (№№ 106, 276) Иковитца нѣтъ указанія относительно мѣста нахожденія пули.

Въ случаѣ Иковитца № 276 имѣется предположеніе о томъ, что поврежденіе причинено холостымъ выстрѣломъ.—Во всѣхъ этихъ

трехъ случаяхъ кожный покровъ на груди былъ цѣлъ. Въ 2 случаяхъ (нашъ второй и Иковитца № 1) выстрѣлъ произошелъ навылетъ.

Большая часть пуль или задержалась внутри организма (8 сл.) или даже не проникала въ грудную полость—слѣдов. всѣ онѣ обладали не особенно большой живой силой.

Смерть наступила вскорѣ, въ теченіи первыхъ минутъ—въ 9 сл. (Фиш. №№ 306. 346. 306. 323. Ик.—№№ 50. 106. 305. 176 и 1 случ. нашъ).

Во всѣхъ этихъ случаяхъ (кромѣ № 106 Ик.) сердечная сорочка была при вскрытіи переполнена кровью.

Смерть черезъ 1 часъ—1 разъ (№ 1 Ик.), при этомъ въ околосердечной сорочкѣ крови не оказалось, но переполненной кровью была лѣвая плевральная полость, причемъ на внутренней сторонѣ легкаго—глубокая борозда.

Смерть чрезъ 3 часа—1 сл. (№ 308 Фишера). На верхушкѣ праваго желудочка маленькое отверстіе, ведущее въ его полость, по величинѣ, соотвѣтствующее пулѣ. Въ одномъ случаѣ (второй нашъ) —смерть послѣдовала черезъ 11 час.—было повреждено легкое; большое количество крови въ плевральномъ мѣшкѣ. На сердцѣ и сорочкѣ его кровоподтеки. Полость сорочки пустая. Въ случаѣ Пылкова смерть послѣдовала черезъ 16 час. послѣ нанесенія раны. При вскрытіи оказалось отверстіе въ лѣвомъ ушкѣ, пропускающее зондъ, закрытое фибриномъ.

Въ одномъ случаѣ (Фишера № 367) смерть черезъ 2 года. Какого характера было поврежденіе въ сердцѣ—не извѣстно, несомнѣнно только, что въ послѣдствіи развился перикардитъ.

Наконецъ въ случаѣ Иковитца за № 153 время наступленія смерти—не указано.

Ввиду того, что въ 9 случаяхъ сердечная сорочка оказалась переполненой кровью и смерть въ 8 изъ нихъ наступила въ первыя минуты по поврежденіи, слѣдуетъ считать, что причиной смерти для этихъ случаевъ былъ параличъ сердца отъ сдавленія его кровью и образовавшимися сгустками. Въ 9-мъ случаѣ (Пылкова) при переполненой сердечной сорочкѣ смерть наступила черезъ 16 час., но здѣсь оказалось отверстіе въ лѣвомъ предсердіи величиною въ толщу зонда. Сюда же можно отнести и случай Haydenreich'a, гдѣ смерть наступила черезъ 3 часа по нанесеніи травмы. Отверстіе въ сердцѣ было очень маленькое, соотвѣтствовало по размѣрамъ пулѣ, причемъ происхожденіе его, какъ увидимъ далѣе, самъ Haidenreich объясняетъ такимъ образомъ, что пуля пробила сердечную мышцу, проникнувъ въ толщу ея вмѣстѣ съ сорочкой, а потомъ была отброшена въ одну изъ систолъ въ переднее средостѣніе. Параличъ же сердца былъ причиной смерти и въ остальныхъ

случаяхъ: въ однихъ на почвѣ остраго малокровія (много крови оказалось въ плевральномъ мѣшкѣ, сл. Ик. № 1, второй нашъ случай и, вѣроятно, № 153 Икв.), въ другихъ на почвѣ хроническаго перикардита (сл Фишера № 367) или въ зависимости отъ разрыва перегородки между желудочками (№ 106 Икв.).

Поврежденій сердца, причиненныхъ тупой силой, мы собрали 14 случаевъ: Фишера 5, Иковитца 2, Каспера-Лимана, Колеснико-ва, Керстина, Дюффура и Флерова по одному и Geill'a—2.

Разрывъ лѣваго ушка—1 (Ик. № 45).
„ праваго „ 2 (Дюф., Фиш. № 402).
„ „ предсердія—3 (Geill'a 2 и Флерова 1).
Разрывъ прав. ушка и лѣв. желудочка—1 (Фишер № 383).
„ совмѣстно съ трещиной for. oval. 1 (Фишер. № 376).
Разрывъ лѣваго ушка и одной изъ вен. pulm.—1 (Фиш. № 408).
„ ven. cav. inf. до прав. ушка —1 (Фиш. № 401).
„ лѣваго желудочка —2 (Ик. № 13 и въ сл. Колеснико ва).

Кровоподтеки на сердцѣ въ сл. Каспера-Лимана.
„ „ перикардія „ Керстина.

Такимъ образомъ изъ 14 случаевъ въ 10 имѣли мѣсто разрывы ушковъ и предсердій, причемъ въ 8 случаяхъ изъ 10—праваго сердца (отдѣлы съ самыми тонкими стѣнками).

Разрывъ ушковъ чаще наблюдался тогда, когда поврежденіе наносилось тупой силой, дѣйствующей en masse, причемъ грудная стѣнка относительно мало повреждалась: 4 раза при переѣздѣ экипажемъ. 2 отъ удара копытомъ, 1 р. отъ удара оглоблей, 1—придавило телѣгой къ стѣнкѣ. 1—была сдавлена грудь при сдавленныхъ сосудахъ шеи и 1 разъ на дѣвочку упала мраморная доска.

Для разрыва одного лѣваго желудочка (въ случаѣ Колеснико-ва) понадобился переломъ 2—7 реберъ справа, причемъ концы ихъ были обнажены: для разрыва лѣваго желудочка вмѣстѣ съ ушкомъ.—помимо вліянія тупой силы.—также переломъ, но только слѣва 6—7 реберъ.

Разрывъ лѣваго желудочка въ случаѣ Иковитца произошелъ отъ вдавленія ребра въ лѣвый желудочекъ.

Кровоподтеки на сердцѣ: 1) отъ ударовъ (копытомъ) и 2) отъ паденія тяжести (мѣшка съ зерновымъ хлѣбомъ).

Перикардій содержитъ кровь въ 9 случаяхъ (4 Фиш., 2 Geill'a, 1—Флерова, 1—Ик. и 1 Дюффура). Въ 2 случаяхъ, когда на сердцѣ были только кровоподтеки (а не разрывы), перикардій былъ пустъ. Въ остальныхъ не отмѣчено.

Тѣло грудной кости было переломано или нѣсколько смѣщено 6 разъ (Фишеръ 4, Керстина—1 и Флерова—1).

Ребра поломаны въ 8 случаяхъ (Фишера—3, Ивов.—2, Колесникова, Касперъ-Лимана и Флерова по 1).

Вообще переломъ или смѣщеніе костей грудной клѣтки (тѣла грудной кости, реберъ или того и другого)—10 разъ (Фишера—4, Ивв.—2, Колесникова, Каспера, Керстина и Флерова по 1).

Интереснымъ представляется случай Дюффура. Здѣсь разрывъ ушка произошелъ при надавливаніи на грудную клѣтку колѣномъ и сжатіи шеи при чемъ грудныя кости (ребра и тѣло грудной кости) были при вскрытіи цѣлы. Этотъ случай носилъ характеръ какъ бы эксперимента, продѣланнаго съ цѣлью выяснить возможность разрыва сердца при повышеніи въ немъ давленія. Разрывъ произошелъ въ ушкѣ—одной изъ самыхъ тонкихъ частей сердца. Это обстоятельство въ связи съ тѣмъ, что ушки и предсердія при этомъ видѣ поврежденія рвутся чаще всего (въ 10 изъ 14) указываетъ на то, что дѣйствительно разрывы въ данномъ случаѣ происходили подъ вліяніемъ искусственно повышеннаго кровянаго давленія. Смерть въ 13 изъ 14 поврежденій случайная, причемъ пострадавшими являются почти исключительно мужчины. Въ случаѣ Дюффура, гдѣ было убійство, пострадала 13-ти лѣтъ дѣвочка; дѣвочка же случайно была убита упавшей доской (мраморной) въ одномъ случаѣ Geill'я.

При выясненіи механизма происхожденія изучаемыхъ поврежденій сердца Фишеръ для случаевъ, гдѣ пуля прошла въ грудную клѣтку и вызвала раненіе сердца безъ прободенія оболочки, приводитъ объясненіе—Haydenreich'a, по которому дѣйствіе такой пули приближается „къ травматическому разрыву сердца“ и сводится къ тому, что она нанесетъ сердцу ушибленную рану, причемъ околосердіе въ силу его упругости не разрывается, а иногда даже ввидѣ перчатки внячивается во время діастолы сердца въ его стѣнку, откуда съ систолой выбрасывается обратно при сокращеніи сердца и повысившемся въ немъ кровяномъ давленіи.

Такое дѣйствіе пули происходитъ тогда, когда сила ея ослаблена, т. е. въ концѣ полета (на излетѣ). Это объясненіе Фишеръ даетъ для трехъ своихъ случаевъ (№№ 367, 303 и 308), гдѣ пуля или лежала на сердечной сорочкѣ, или спускалась въ плевральную полость и гдѣ слѣдовательно, предполагается непосредственное воздѣйствіе пули на сердце чрезъ оболочку.

Для пониманія тѣхъ поврежденій сердца, гдѣ пуля не прошла чрезъ грудную клѣтку, а только ударила въ нее—Фишеръ, а также и Чугаевъ пользуются толкованіемъ Hufeland'a. Послѣдній разрывъ сердца безъ поврежденія кожи и грудной клѣтки послѣ выстрѣла въ грудь объясняетъ плотнымъ приставленіемъ дула къ

поверхности груди и давленіемъ на грудь воздуха, заключающагося въ дулѣ оружія при взрывѣ пороха. Этотъ же столбъ воздуха ослабляетъ движеніе пули впередъ (№№ 346. 306. 323). Очевидно здѣсь дѣйствіе пули приближается къ травматическому ушибу, вслѣдствіе чего разрывалось сердце, ломались ребра, но кожа оставалась неповрежденной.

Иковицъ для происхожденія 5 своихъ случаевъ (№№ 1. 50. 106. 153. 305) приводитъ только одно объясненіе Haydenreich'a, т. е. онъ объясняетъ ихъ происхожденіе дѣйствіемъ пули на излетѣ.

Случаи Иковитца могутъ быть также разбиты на двѣ группы согласно плана, принятаго Фишеромъ. Первую группу поврежденій сердца безъ прободенія сердечной сорочки, но съ нарушеніемъ цѣлости грудной клѣтки составятъ случаи за №№ 1. 50. 153 и 305, вторую за № 106. Въ первую же группу слѣдуетъ отнести и случай Иковитца за № 276, гдѣ пули не оказалось и предположенъ холостой зарядъ, но грудная клѣтка тѣмъ не менѣе на кожѣ имѣла раневое отверстіе, переломъ 4-го ребра, пробоину въ 5-мъ ребрѣ и осколки въ раневомъ каналѣ.

Однако съ точки зрѣнія механизма происхожденія изучаемыхъ поврежденій не всѣ случаи Иковитца могутъ быть объяснены такъ же просто, какъ случаи Фишера. Поврежденія въ случаяхъ Иковитца по своему характеру представляютъ большее разнообразіе и механизмъ ихъ происхожденія значительно сложнѣе. Правда къ тѣмъ случаямъ, когда при вскрытіи пуля находилась лежащей на поверхности сердечной сорочки, въ сердцѣ же на соотвѣтственномъ мѣстѣ было отверстіе, по величинѣ подходящее къ пулѣ, можетъ быть приложимо объясненіе Haydenreich'a; сюда могутъ быть отнесены случай Иковитца за № 50 (пуля оказалась между грудной костью и околосердіемъ) и случай за № 153, гдѣ поврежденіе было произведено карманнымъ пистолетомъ.

Для случая за № 106, гдѣ на груди раны не оказалось и разрывъ произошелъ въ перегородкѣ между желудочками сердца, болѣе приложимо объясненіе не Haydenreich'a, а Hufeland'a. Что же касается поврежденій, гдѣ пуля прошла полость грудной клѣтки, не задѣвъ непосредственно сердца (случаи № 305) и особенно такихъ, гдѣ пуля при этомъ вышла на вылетъ (№ 1), то здѣсь происхожденіе изучаемыхъ поврежденій едва ли можно объяснить однимъ дѣйствіемъ пули на излетѣ. На самомъ дѣлѣ, чтобы пройти на вылетъ, пуля, очевидно, должна имѣть достаточный запасъ живой силы и послѣ нанесенія травмы сердцу. Образчиками такого типа травмы и могутъ служить случаи Иковитца за № 1 и 305.

Въ первомъ случаѣ выстрѣлъ производится изъ военнаго ружья и въ упоръ, пуля на вылетъ, прободенія сердечной сорочки нѣтъ; на сердцѣ надрывъ, непроникающій въ полость сердца. Въ случаѣ

№ 305 на сердцѣ послѣ трехъ выстрѣловъ въ грудную полость, оказались двѣ проникающихъ раны и одна непроникающая. Пули прободаютъ затѣмъ діафрагму, печень и задерживаются: одна въ лѣвой плеврѣ, другая въ около почечной жировой клѣтчаткѣ лѣвой стороны и третья впереди тѣла 12 грудного позвонка. Сюда же слѣдуетъ отнести и нашъ 2 случай; и здѣсь пуля (ружейная-же) прошла грудную полость, минуя сердце и произведя кровоподтеки какъ на поверхности самого сердца, такъ и въ его сорочкѣ. Дѣйствіе такихъ пуль должно быть сведено къ сотрясенію, подъ вліяніемъ котораго не выдерживаютъ полые органы, въ данномъ случаѣ—сердце, разрываются (resp. надрываются) или даютъ только кровоподтеки. Наконецъ нашъ первый случай и случай Шилкова должны быть отнесены къ разряду такихъ, гдѣ пули, пройдя касательно къ сердцу, произвели травму путемъ непосредственнаго воздѣйствія ихъ на сердце, причемъ ушибалась и его сорочка, однако же сорочка не пробивалась насквозь вслѣдствіе своей упругости, скользкости и большей подвижности.

Такимъ образомъ мы видимъ, что происхожденіе огнестрѣльныхъ поврежденій сердца безъ прободенія сердечной сорочки можетъ быть весьма различное: 1) При дѣйствіи пули въ упоръ въ область сердца изучаемый видъ поврежденія происходитъ только тогда, когда сила пули ослаблена (когда пуля на излетѣ). Травма здѣсь происходитъ отъ непосредственнаго воздѣйствія пули на стѣнку сердца.

2) При прохожденіи пули касательно сердцу изучаемый видъ травмы также возможенъ, но здѣсь живая сила можетъ быть и болѣе той, какая бываетъ на излетѣ, такъ какъ извѣстны случаи, когда пули, пройдя сферу сердца, производили еще новыя дальнѣйшія поврежденія (выходили на вылетъ—ср. Иконницка и нашъ второй, пробивали позвонки—нашъ первый и т. д.), и здѣсь травма сердечной мышцы происходитъ при непосредственномъ воздѣйствіи пули на послѣднюю.

3) При прохожденіи пули вдали отъ сердца, или даже при ударѣ пули въ область грудной клѣтки безъ прободенія послѣдней, изучаемый видъ поврежденія сердца происходитъ такимъ же путемъ, какъ и вообще подъ вліяніемъ дѣйствія тупой силы. Въ нашихъ случаяхъ поврежденія послѣдняго рода происходили при выстрѣлахъ на близкомъ разстояніи или въ упоръ. 4) Изученныя огнестрѣльныя поврежденія должны быть отнесены къ разряду ушибленныхъ поврежденій сердца.

Переходя къ выясненію механизма происхожденія поврежденій сердца съ сохраненіемъ сумки подъ вліяніемъ тупой силы—мы предварительно предпошлемъ нѣкоторыя анатомическія данныя.

Какъ извѣстно изъ анатоміи [1], нормальное сердце никогда непосредственно не соприкасается съ передней грудной стѣнкой—оно по всей передней плоскости прикрыто краями легкихъ и частью средостѣніемъ. При нанесеніи удара въ грудь — послѣдній ослабляется упругими краями легкихъ и жировой клѣтчатки переднаго средостѣнія.

Передняя поверхность сердца при нормальныхъ условіяхъ почти исключительно составляется правымъ желудочкомъ, легочной артеріей съ аортой и верхней полой веной. Мало защищенными для непосредственнаго воздѣйствія являются также правое ушко и передне-наружная стѣнка праваго предсердія, хотя слѣдуетъ замѣтить, что ввиду малыхъ размѣровъ ушка, площадь его открытая для воздѣйствія со стороны удара—небольшая. Лѣвый желудочекъ сердца обращенъ большею частью своей поверхности вялѣво и кзади; еще болѣе прикрыто лѣвое предсердіе, оно защищено стволами аорты и легочной артеріи. Нижняя полая вена расположена въ задней плоскости сердца.

Однако такое положеніе отдѣловъ сердца типично для его diastol'ы. Въ состояніи sistol'ы эти анатомическія отношенія измѣняются слѣдующимъ образомъ. Сердце во время систолы поворачивается вокругъ своей продольной оси слѣва направо и лѣвый желудочекъ въ этотъ моментъ частью приближается къ передней поверхности сердца—слѣдовательно, также легко можетъ подвергаться вліянію насилія извнѣ.

И упругія и болѣе толстыя стѣнки лѣваго желудочка во время систолы, когда давленіе повышается, легче противустоятъ внѣшнему насилію, чѣмъ тонкія и менѣе упругія другихъ отдѣловъ, особенно ушковъ и предсердій. Эти анатомическія отношенія должны учитываться для тѣхъ случаевъ, когда внѣшняя сила дѣйствуетъ en masse. Но и здѣсь помимо толщины стѣнокъ, ихъ упругости, имѣетъ существенное значеніе давленіе подъ какимъ находится тотъ или иной отдѣлъ сердца. Въ нормѣ наибольшее давленіе въ лѣвомъ желудочкѣ, наименьшее въ предсердіяхъ и особенно ушкахъ.

Въ виду перечисленныхъ анатомическихъ отношеній различныхъ отдѣловъ сердца естественно ждать, что при непосредственномъ воздѣйствіи отломковъ реберъ и грудной кости, чаще будутъ раниться тѣ изъ отдѣловъ сердца, которые болѣе открыты къ передней сторонѣ грудной клѣтки. Это и подтверждается статистикой.

По статистикѣ, собранной Чугаевымъ [2], оперировавшимъ лишь 76 достовѣрными случаями поврежденій сердца и его оболочки

---

[1] Руков. по топограф. анатоміи. Tillmanns. стр. 654. Цит. по Федорову. О травмат. разрыв. сердца. Мед. Обозр. Мартъ. 1901 г.

[2] Чугаевъ. l. c.

тупой силой—поврежденій желудочковъ было въ общемъ нѣсколько больше предсердій, причемъ правый страдалъ нѣсколько болѣе лѣваго, причемъ въ тѣхъ случаяхъ, когда поврежденіе сердца сопровождалось переломомъ частей скелета (въ 37 изъ 76), нарушеніе цѣлости сердца производилось большею частью концами отломленныхъ реберъ или грудины, пронизывающихъ обычно сердечную сорочку и мышцу.

Если мы обратимся теперь къ нашимъ случаямъ, то замѣтимъ нѣкоторую разницу въ локализаціи поврежденій сердца по сравненію съ данными Чугаева. Въ нашихъ случаяхъ начаще повреждается не правый желудочекъ, а правое предсердіе. Несмотря на небольшое количество нашихъ случаевъ, мы тѣмъ не менѣе не думаемъ считать это явленіе случайнымъ.

По Чугаеву изъ 76 въ 37 (почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ) нарушеніе цѣлости сердца производилось большею частью концами реберъ или грудины.

У насъ же, хотя переломовъ реберъ и грудины отмѣчено и достаточное количество, тѣмъ не менѣе участіе концовъ реберъ въ произведеніи поврежденій отмѣчено для небольшого количества, а именно только для двухъ случаевъ Иковитца. Можно еще подозрѣвать участіе реберъ въ произведеніи травмы сердца въ одномъ случаѣ Фишера (№ 483). Въ остальныхъ же случаяхъ, хотя ребра и были переломаны, но ихъ участіе слѣдуетъ исключить или потому, что были переломаны 1 и 2 ребра (въ случаѣ Каспера), далеко отстоящія отъ сердечной области, или противъ участія реберъ говорила локализація поврежденія (vena cava inf.—сосудъ находится въ задней плоскости сердца, лѣвое предсердіе—отдѣлъ достаточно защищенный крупными сосудами).

Въ указанномъ случаѣ Фишера и одномъ (№ 13) Иковитца ребрами былъ поврежденъ лѣвый желудочекъ (въ случаѣ Фишера совмѣстно съ правымъ ушкомъ).

Въ разсматриваемыхъ случаяхъ, очевидно, повреждался тотъ отдѣлъ сердца, который попадалъ подъ концы сломанныхъ реберъ. Дѣствіе тупой силы здѣсь—посредственное—чрезъ отломки реберъ. Въ гораздо большемъ % случаевъ по сравненію съ цифрами Чугаева изучаемые нами случаи поврежденій происходятъ помимо участія реберъ (ихъ обломковъ), а именно вслѣдствіе такихъ насилій, когда грудная клѣтка подвергалась быстрому сдавленію тупой силой, отчего сжималось лежащее за грудной стѣнкой сердце, въ немъ быстро повышалось давленіе, чему въ немалой степени, помимо сжатія содѣйствовало вытяженіе и сдавленіе крупныхъ сосудовъ, на которыхъ подвѣшено сердце и послѣднее поэтому разрывалось.

Какъ мы видѣли въ громадномъ количествѣ нашихъ случаевъ (4 с. Фишера № 396, 401, 402, 408; 2—Geill'a; 1—Дюффура и 1 Флерова) разрывъ приходился на предсердіе и его ушко (чаще правое).

Мы полагаемъ, что такая локализація въ изучаемыхъ случаяхъ поврежденія зависитъ отъ наиболѣе частаго способа ихъ происхожденія: переѣзжаніе экипажемъ, удары копытомъ, сдавленіе грудной клѣтки широкой мраморной доской, давленіе на нее колѣномъ при сдавленныхъ сосудахъ шеи и т. д. При всѣхъ этихъ условіяхъ тупой силой оказывается равномѣрное давленіе на всю открытую къ грудной передней стѣнкѣ поверхность сердца. Послѣдняя будетъ, такъ сказать, мѣстомъ (точкой) приложенія силы. Подъ вліяніемъ такимъ образомъ приложенной тупой силы чаще всего будутъ испытывать тяжесть давленія отдѣлы сердца, обращенные вправо и влѣво, какъ свободныя отъ сферы приложенія дѣйствующей силы и при нормальномъ состояніи стѣнокъ наиболѣе истонченные т. е. предсердія и въ частности ихъ ушки.

Въ этомъ и заключается наиглавнѣйшая причина такой локализаціи изучаемаго вида поврежденій сердца. Демонстративнымъ въ этомъ отношеніи является вышеупомянутый случай Дюффура. Его особенность та, что вмѣстѣ съ вліяніемъ тупой силы, дѣйствующей на грудную клѣтку,—при этомъ на лицо фактъ сжатія крупныхъ сосудовъ, относящихъ кровь отъ сердца, что въ свою очередь еще болѣе увеличивало давленіе въ полостяхъ сердца. Конечно при такомъ механизмѣ дѣйствія тупой силы трудно выяснить, почему въ нашихъ случаяхъ не разрывалась сердечная сумка—въ другихъ же подъ вліяніемъ тѣхъ же причинъ послѣдняя рвалась. Вѣроятно здѣсь имѣютъ значеніе многіе другіе трудно учитываемые факторы: сила, съ которой производится дѣйствіе тупой силой, быстрота, состояніе стѣнки сердца (здоровое оно или больное), возрастъ потерпѣвшихъ и т. д.

Особо стоятъ два случая: Каспера-Лимана и Керстина. Въ обоихъ случаяхъ, какъ мы уже знаемъ, на поверхности сердца и сорочки послѣ ушиба тупой силой (упавшимъ зерновымъ мѣшкомъ и ударомъ копыта) появились кровоподтеки.

Ввиду того, что локализація послѣднихъ не соотвѣтствуетъ мѣстамъ излома грудной кости и реберъ, а главнымъ образомъ потому, что оказались кровоподтеки и въ другихъ отдаленныхъ мѣстахъ (въ случаѣ Каспера кровоизліяніе въ ладонь величиною въ области 3 грудного позвонка), Касперъ а затѣмъ и Керстинъ назвали свои случаи сотрясеніемъ сердца.

Возможность подобныхъ кровоподтековъ (ушибовъ) подъ вліяніемъ тупой силы въ настоящее время экспериментально выясне-

на Küllis'омъ [1]. Онъ наносилъ собакѣ деревянной палкой короткіе удары съ силой 140—180 килограммовъ по грудной клѣткѣ въ области сердца,—причемъ получалъ кровоизліяніе въ міокардѣ, перикардѣ и въ толщѣ клапановъ.

Наконецъ остается случай Колесникова, представляющійся изъ всѣхъ, изученныхъ нами, по совѣсть яснымъ. Объясненіе Колесникова для происхожденія разрыва лѣваго желудочка въ его случаѣ слѣдующее. Онъ допускаетъ, что сердце въ моментъ удара буферными тарелками находилось въ состояніи діастолы (наибольшаго кровенаполненія). Вслѣдствіе сдавленія съ двухъ сторонъ, причемъ съ правой сильнѣе, чѣмъ съ лѣвой (направленіе движущихся вагоновъ справа),—сердце должно было смѣститься—отчего должно было произойти суженіе просвѣта большихъ сосудовъ (выходящихъ изъ сердца), а можетъ быть и полное его уничтоженіе. При наличности такихъ условій сердце было переполнено кровью и послѣдняя на нѣкоторое время не имѣла выхода. Подвергаясь сильному давленію отъ столкновенія вагоновъ—сердце разорвалось. За такое объясненіе по Колесникову говоритъ и характеръ раны, показывающій, что сила дѣйствовала изнутри: 1) наружное отверстіе у верхней проникающей раны шире внутренней, 2) двѣ остальныхъ раны—непроникающихъ расположены также на наружной сторонѣ.

Въ виду того, что ни висцеральная плевра легкаго, ни сама ткань его, ни сердечная сорочка не повреждены—Колесниковъ на основаніи этого отрицаетъ возможность разрыва сердца концами реберъ. Объясненіе Колесникова остроумно, но мы не можемъ считать его единственнымъ. Мы уже знаемъ, что при ранеміи концами реберъ сердца разрывъ сорочки его не обязателенъ. Съ другой стороны является не выясненнымъ, почему на лѣвомъ желудочкѣ всѣ 3 раны расположены по одной линіи и почему получилась не одна сплошная линія разрыва, а три перерывающихся. Расположеніе раны и прерывистый ея характеръ не исключаетъ возможности разрыва сердца и концами реберъ. Правое легкое могло ускользнуть отъ дѣйствія концовъ реберъ. Но возможно, наконецъ, и 3-ье объясненіе. Мѣсто приложенія тупой силы (буферныя подушки) находилось съ правой стороны груди; лѣвымъ же бокомъ потерпѣвшій былъ прижатъ къ буферными подушкамъ стоявшаго вагона. Такимъ образомъ давленіе на сердце было съ двухъ сторонъ: справа и слѣва; слѣдовательно отдѣлы сердца, прилегающіе къ мѣстамъ удара и опоры не могли разорваться, а разрывъ могъ произойти или на задней поверхности сердца, или на передней. Въ послѣднемъ случаѣ въ состояніи систолы линія разрыва какъ разъ могла придтись спереди.

---

[1]) Цит. по рефер. Врачеб. Газеты 1909 г. № 39 стр. 1152.

Прерывность разрыва могла зависѣть отъ различной упругости на разной высотѣ сердечной стѣнки и отъ того, на какія точки линіи приходилось наибольшее давленіе изнутри.

Такимъ образомъ и при дѣйствіи тупой силы можно установить нѣсколько видовъ поврежденій въ зависимости отъ ихъ происхожденія: 1) При непосредственномъ воздѣйствіи осколками реберъ на сердце могутъ быть разрывы, resp. надрывы сердечной мышцы безъ прободенія сердечной сорочки въ области приложенія концовъ реберъ къ сердцу.

2) При дѣйствіи тупой силой, когда мѣсто приложенія силы — площадь, равномѣрно давящая на поверхность сердца, прилежащую къ грудной клѣткѣ, чаще всего наступаетъ разрывъ сердца въ мѣстахъ наибольшего его истонченія и расширенія: его ушковъ и предсердій.

3) При дѣйствіи тупой силы съ боковъ—возможенъ разрывъ сердца спереди.

4) Отъ дѣйствія же тупой силы можетъ получиться кровоподтекъ на сердцѣ, какъ результатъ ушиба сердца или сотрясенія въ смыслѣ Каспера-Лимана.

Сопоставленіе поврежденій сердца безъ прободенія сердечной сорочки отъ огнестрѣльныхъ раненій и тупой силы обнаруживаетъ много общаго въ характерѣ этихъ поврежденій, механизмѣ ихъ происхожденія и т. д. Всѣ они, за исключеніемъ тѣхъ, кои получились отъ внѣдренія осколковъ реберъ, относятся къ ушибленнымъ поврежденіямъ (ранамъ, разрывамъ, надрывамъ, кровоподтекамъ) и могутъ происходить какъ отъ соприкосновенія орудія повреждения съ сердцемъ (чрезъ неповрежденную оболочку), такъ чаще,—вслѣдствіе травматическаго ушиба одной грудной клѣтки. Уже въ силу одного этого обстоятельства повреждения эти должны изучаться совмѣстно, ибо при этомъ только можетъ быть въ совершенной полнотѣ понято ихъ происхожденіе.

Николай Ивановичъ Пироговъ.

Его жизнь и дѣятельность

(13 ноября 1810 года—13 ноября 1910 года).

*(Окончаніе *).*

Вотъ что разсказываетъ на страницахъ „Врача" (1882 г., № 10) изъ исторіи болѣзни Н. И. Пирогова д-ръ С. Шкляревскій.

За годъ до юбилея Н. И. потерялъ послѣдній, 5 коренный зубъ правой верхней челюсти; но и послѣ этого пережевываніе пищи было исправно.

Въ началѣ 1881 года Н. И. замѣтилъ, что все соленое, кислое и ѣдкое производило при жеваніи нѣкоторую боль и раздраженіе на слизистой оболочкѣ твердаго неба, справа, противъ мѣста 3 или 4 коренныхъ зубовъ, и здѣсь замѣчена была какъ-бы ссадина, которая скоро превратилась какъ-бы въ свищъ, а затѣмъ въ язвочку, съ рѣзко-очерченными краями. Н. И. сейчасъ же перешелъ исключительно на одно молоко. Колоссальная воля Николая Ивановича сдѣлала незамѣтными для окружавшихъ его всѣ лишенія такой діэты. Но въ февралѣ было уже двѣ язвочки, другая—по сосѣдству и тоже не болѣе $^1/_2$ сант. въ діаметрѣ. Общее состояніе организма и питаніе были еще вполнѣ удовлетворительны; лишь нѣкоторая боль и неловкость при движеніяхъ языка часто и невольно останавливали на себѣ вниманіе Николая Ивановича. Образованіе язвочекъ онъ объяснялъ различными причинами и лишь иногда высказывалъ подозрѣніе «ужъ не раковая-ли штука

---

*) См. «Казанскій Медицинскій Журналъ» Томъ XII, 1912 г., № 2.

у него на твердомъ небѣ»... Въ этотъ періодъ болѣзни видѣлъ его проф. Склифосовскій, пріѣхавшій просить Пирогова пріѣхать въ Москву на юбилей.

На юбилеѣ, 24 мая, послѣ осмотра язвочки у Николая Ивановича, проф. Склифосовскій рѣзко и категорически высказался за злокачественный характеръ язвы и за скорѣйшую операцію. 25 мая и профессора Грубе изъ Харькова и Валь изъ Дерпта присоединились къ мнѣнію проф. Склифосовскаго; увѣдомили о раковомъ характерѣ язвы г-жу Пирогову; на 26 мая назначенъ былъ консиліумъ, ко времени котораго вызванъ былъ изъ Петербурга старшій сынъ Николая Ивановича, поразивший его своимъ неожиданнымъ пріѣздомъ.

Всѣ 4 профессора (приглашенъ былъ и Э. Э. Эйхвальдъ) на консиліумѣ единогласно признали раковую язву у Николая Ивановича и въ тоже время необходимость немедленной операціи. (Дальнѣйшее—сообщено въ рѣчи проф. Склифосовскаго).

27 мая рѣшено было выѣхать изъ Москвы въ имѣнье; но предъ самымъ выѣздомъ, по совѣту жены и сына ѣхать за границу, Николай Ивановичъ быстро рѣшилъ ѣхать въ Вѣну къ проф. Билльроту, котораго онъ высоко ставилъ. Пироговъ былъ замѣтно взволнованъ и разстроенъ. Проводы были спѣшные, и сопровождавшему Пирогова д-ру Шкляревскому пришлось выслушать отъ проф. Таубера первый упрекъ Н. И-чу за его рѣшеніе ѣхать для операціи за границу.—Въ поѣздѣ устроили Н. И. удобно: но настроеніе его было, видимо, тяжелое: все время онъ лежалъ и молчалъ; безпокойство чувствовалось въ каждой его фразѣ; ни улыбки, ни шутки. Встрѣтившій въ Кіевѣ на вокзалѣ проф. Караваевъ, послѣ осмотра нёба у Н. И., успокаивалъ его, заявивъ, что «едвали дѣло такъ страшно».—Чрезъ 4 дня пріѣхали въ Вѣну, и съ видимымъ волненіемъ и нетерпѣніемъ Н. И. просилъ д-ра Шкляревскаго ѣхать къ проф. Billroth'у, что бы пригласить его сейчасъ же пріѣхать къ нему. Выслушавъ исторію болѣзни Н. И., Биллльротъ сейчасъ же отправился къ Пирогову. Не менѣе 10 минутъ изслѣдовалъ Биллльротъ язвочки и полость рта у Н. И., и, къ неожиданному восторгу всѣхъ, спокойно, съ полной увѣренностью и категорически высказался, что о злокачественности язвъ не можетъ быть и рѣчи, и что онъ совершенно отрицаетъ діагнозъ рака Московскихъ хирурговъ и поэтому никакой операціи рѣшительно не находитъ нужнымъ предпринимать.

«Ну, если Вы мнѣ это говорите,—произнесъ оживленно Николай Ивановичъ, взявъ за руку Биллльрота, то я успокаиваюсь». Весь вечеръ пробылъ Биллльротъ у Николая Ивановича и за чаемъ и стаканомъ рейн-

вейна оба много говорили; Н. И., словно вѣчно здоровый, видимо поражалъ Billroth'a своей свѣжестью и памятью.

Вѣнскій хирургъ призналъ язвы у Н. И. простыми, отъ давленія и раздраженія; малую наклонность къ заживленію объяснялъ возрастомъ Н. И. и мѣстными условіями полости рта. По мнѣнію Билльрота, оберегаемыя отъ раздраженій, язвочки, хотя и медленно, но должны зажить.

На другой день Билльротъ снова пріѣзжалъ къ Пирогову и, по осмотрѣ язвочекъ, остался при прежнемъ своемъ мнѣніи. На третій день Билльротъ обѣдалъ у Н. И. Дружески-товарищеская и задушевная бесѣда ихъ, казалось, могла быть безконечной. Къ вечеру катались въ открытомъ экипажѣ по Пратеру.

Расположеніе духа Николая Ивановича въ Вѣнѣ рѣзко и быстро измѣнилось: изъ убитаго и дряхлаго старика, какимъ онъ былъ во все время дороги изъ Москвы въ Вѣну, онъ опять сдѣлался бодрымъ и свѣжимъ. Въ восторженномъ настроеніи духа Н. И. уѣхалъ изъ Вѣны и менѣе чѣмъ чрезъ двое сутокъ мы были уже въ его имѣніи; сопровождавшіе его были полны счастья.

Проживая въ деревнѣ, Н. И., въ общемъ, чувствовалъ себя удовлетворительно, продолжая возню съ заклейкой язвы бумажками и усердно прополаскивая ротъ, по совѣту Билльрота, растворомъ квасцовъ. Онъ ежедневно катался верхомъ на лошади, часто ходилъ въ садъ свой, гдѣ продолжалъ ухаживать за своими виноградниками, теплицами съ персиками и клумбами любимыхъ розъ. Кромѣ того, онъ по прежнему продолжалъ принимать больныхъ, но уже почти не оперировалъ.

Въ іюлѣ 1881 Пироговъ отправился изъ деревни въ Одессу на лиманъ, гдѣ, поселившись на дачѣ д-ра Бертенсона, прожилъ около мѣсяца. Увидавшій его здѣсь, д-ръ Шкляревскій нашелъ его почти неузнаваемымъ. Сумрачный и сосредоточенный въ самомъ себѣ, Н. И., очевидно, вполнѣ сознавалъ роковой исходъ своей болѣзни. «Да, конечно,—говорилъ онъ,—я вполнѣ понимаю натуру язвы; но, согласитесь сами,—не стоитъ..., быстрый рецидивъ, распространеніе на сосѣднія железы, и при томъ все это въ мои лѣта не можетъ обѣщать не только успѣха, но едва-ли можетъ сулить и облегченіе; пускай такъ; какъ видите, я страдаю мало». Большую часть времени Н. И. проводилъ, сидя въ креслахъ, съ полнымъ интересомъ слушая громкое чтеніе газетъ и журналовъ; въ хорошую погоду охотно уходилъ съ кѣмъ-нибудь гулять. Утромъ осаждали Н. И. больные, съѣхавшіеся на лиманъ, буквально осаждавшіе домъ, гдѣ онъ жилъ. Отказать въ помощи и совѣтѣ не было никакой возможности, и Н. И. отъ 10 до 11 час. принималъ

больныхъ по даровымъ билетамъ, а отъ 11 до 12 час. дня принималъ за плату (по 5 рубл.).

Грустный и ослабѣвшій возвратился Н. И. Пироговъ въ свое имѣнье «Вишню» и съ лихорадочной, нервной поспѣшностью принялся 12 сентября доканчивать прерванный юбилеемъ и поѣздками «Дневникъ» свой. Мучительная болѣзнь и увеличивающаяся слабость причиняли ему тяжелыя страданія. Онъ скорбѣлъ, что не успѣетъ окончить свой «Дневникъ». Изнемогающій отъ страданій, Н. И. 22 октября, за мѣсяцъ до смерти, дѣлаетъ въ рукописи удручающую отмѣтку:

«Ой, скорѣе, скорѣе! Худо, худо! Такъ, пожалуй, не успѣю и половину Петербургской жизни описать».

Листы чистой бумаги лежали предъ нимъ на столѣ, а находившаяся безотлучно въ кабинетѣ его сестра милосердія, г-жа Ан-ва, подставляла листъ за листомъ. Писалъ онъ безъ перерыва... Н. И. уже плохо видѣлъ, но онъ какъ бы стыдился своего недостатка и только неровность строкъ и перерывы выдавали то, что онъ тщательно пытался скрывать. Послѣдніе 24 листа писаны карандашемъ, при томъ такъ, что начало строки вверху, а конецъ ихъ очень низко. Съ невѣроятными усиліями продолжалъ Н. И. исписывать листъ за листомъ своего «Дневника», пока карандашъ не выпалъ изъ его ослабѣвшихъ рукъ!

Послѣдній мѣсяцъ жизни Н. И. мало говорилъ и неохотно принималъ пищу; иногда бывали мучительныя боли въ лицевыхъ и шейныхъ нервахъ; приходилось унимать ихъ мазью съ хлороформомъ и подкожными впрыскиваніями морфія съ атропиномъ,—любимое Н. И. средство для больныхъ и тяжело раненыхъ въ первое время послѣ ранения и во время транспорта по грунтовымъ дорогамъ.—Еще въ сентябрѣ, въ одну изъ прогулокъ, Н. И. простудился и заболѣлъ гриппомъ, вмѣстѣ съ чѣмъ появилась припухлость шейныхъ лимфатическихъ железъ съ значительными болями. Съ этого времени началась томительная для больного борьба между смертью и мучительнымъ существованіемъ.

Въ послѣднія недѣли страданія временами были столь велики, что терпѣливый и кроткій старецъ воскликнулъ въ отчаяніи: «О, Господи! возьми меня поскорѣе!»

Въ послѣдніе дни жизни Н. И. почти исключительно пилъ хлѣбный квасъ, выписанный изъ Москвы, рейнвейнъ и шампанское. Навѣстившій Н. И., не задолго передъ смертью, д-ръ Карель посовѣтовалъ давать Н. И. женское молоко, но Н. И. только нѣсколько разъ пилъ его и успѣлъ принять лишь нѣсколько рюмокъ. За нѣсколько—2 или 3 дня до смерти Н. И. потерялъ сознаніе и почти все время находился

въ бреду: онъ жестикулировалъ и, видимо, казалось ему, что онъ ѣдетъ куда-то, по разнымъ странамъ, говорилъ на иностранныхъ языкахъ; называлъ имена своихъ родныхъ и близкихъ знакомыхъ. Часа за два до смерти онъ какъ будто пришелъ въ себя: велѣлъ подать себѣ пальто и калоши, что бы куда-то идти.

Поражаетъ быстрое теченіе болѣзни у Н. И. Пирогова: въ январѣ 1881 г. появилась язвочка во рту, оказалось—раковая, и чрезъ 10 мѣсяцевъ, въ ноябрѣ того же 1881 г., болѣзнь свела больного въ могилу.

Въ 8¹/₄ час. вечера 23 ноября 1881 г. Н. И. Пироговъ тихо скончался, на 72-мъ году жизни! Скорбная вѣсть быстро стала извѣстна повсюду.

Россія, наука и человѣчество понесли невознаградимую утрату!

„Я,—говорилъ Н. И. Пироговъ,—посвятилъ всю свою жизнь служенію истинѣ и отечеству. Враги мои ненавидѣли меня за то, что я не былъ уступчивъ, что искательства были мнѣ чужды и что я выше ихъ всѣхъ чтилъ истину".

На столѣ, въ кабинетѣ, найдена была записка на четвертушкѣ бумаги, въ которой Н. И. Пироговъ еще за мѣсяцъ до смерти написалъ о діагнозѣ своей болѣзни слѣдующее:

„Ни Склифасовскій, Вальи Грубе, ни Бильротъ не узнали у меня ut ulcus oris meu muc cancrosum serpiginosum (язва слизистой оболочки рта раковая, ползучая). Иначе первые трое не посовѣтовали бы операціи, а второй не призналъ бы болѣзнь за доброкачественную. 81 Окт. 27. Пироговъ".

На 4-ой день послѣ смерти, 28 ноября, тѣло Н. И. было тщательно бальзамировано пріѣхавшимъ изъ Петербурга д-ромъ Д. И. Выводцевымъ по собственному его простому способу: впрыскивавшемъ въ сонныя и бедреныя артеріи раствора тимола, безъ вскрытія полостей.

Послѣ бальзамированія, д-ръ Выводцевъ, съ согласія вдовы покойнаго, вырѣзалъ часть опухоли, занимавшей всю правую половину верхней челюсти (и самую кость) и распространившейся, оказалось, до полости носа. Удаленная при бальзамированіи часть опухоли была изслѣдована сначала въ Кіевѣ въ лабораторіи проф. Томсы, имъ вмѣстѣ съ д-ромъ Выводцевымъ; потомъ таже опухоль была тщательно изслѣдована въ Петербургѣ профессоромъ патологической анатоміи Ивановскимъ, тоже вмѣстѣ съ д-ромъ Выводцевымъ; и оказалось, что у Н. И. Пирогова былъ характерный «роговой ракъ», но еще въ раннихъ стадіяхъ развитія.

Часть опухоли послана была и проф. Бильроту, который убѣдился, что у Пирогова былъ ракъ, раковая язва въ полости рта.

Пространнымъ письмомъ отъ 8 февраля 1882 г. къ д-ру Выводцеву Бильрротъ старается объяснить свое отношеніе къ болѣзни Пирогова, въ опредѣленіи характера которой Бильрротъ такъ рѣзко разошелся съ нашими профессорами-хирургами и, какъ оказалось, несправедливо. Бильрротъ объясняетъ характеръ болѣзни Пирогова такъ: сначала былъ воспалительный процессъ въ ячейкѣ зуба, который потомъ выпалъ, послѣ чего воспалительное новообразованіе разрослось и приняло характеръ саркоматозной cpulis, плотной на ощупь, безъ распада. Въ этомъ періодѣ болѣзни Бильрротъ и видѣлъ Пирогова. Послѣдовало затѣмъ разращеніе эпителія и процессъ повелъ къ частичному развитію настоящаго эпителіальнаго рака, подобно развитію рака на губахъ и другихъ язвахъ.—Но даже и прижизненный діагнозъ рака, по словамъ Бильррота, не служилъ-бы для него показаніемъ для операціи: больной за 70 лѣтъ, съ явными признаками начинающагося маразма въ тѣлѣ и съ катарактами въ обоихъ глазахъ, едва-ли могъ хорошо вынести операцію, которая, къ тому же, даже и въ случаѣ удачнаго исхода, оставила бы вѣрную надежду на близкій рецидивъ; да и помимо этого, саркоматозныя и раковыя опухоли задней верхней челюсти никогда не могутъ быть удалены кореннымъ образомъ. «Я теперь,—замѣчаетъ Бильрротъ,—не тотъ безстрашный и смѣлый операторъ, какимъ былъ раньше. Теперь при показаніи къ операціи я всегда ставлю себѣ вопросъ: «дошущу-ли я сдѣлать операцію на себѣ, которую хочу сдѣлать на больномъ?» Да, съ годами обыкновенно приходишь къ извѣстной степени сдержанности.—«Мнѣ хотѣлось измѣнить взглядъ больного на сущность болѣзни и такимъ образомъ немного пріободрить его упавшій духъ и склонить его къ терпѣнью. Это все, что мы можемъ сдѣлать въ подобныхъ случаяхъ.—Весьма естественно, что должно было произойти рѣзкое противорѣчіе во взглядѣ на болѣзнь между мною и моими уважаемыми русскими товарищами, но я дѣйствовалъ такъ, какъ мнѣ указывалъ мой долгъ на основаніи моей опытности».

По словамъ фельдшера Окопника, игравшаго большую роль въ имѣніи Пирогова, Кіевское медицинское Общество будто бы предлагало вдовѣ покойнаго 20,000 рублей за мозгъ Пирогова, но согласія не было получено.

Похороны Н. И. Пирогова состоялись только 24 января 1882 г. Первая депутація на похороны прибыла изъ Москвы отъ студентовъ медиковъ. Бальзамированіе было настолько успѣшно, тѣло Н. И. сохранилось на столько хорошо, что д-ръ Шкляревскій, пріѣхавшій на похороны, нашелъ и чрезъ 2 мѣсяца послѣ смерти покровы лица и рукъ

вполнѣ нормальнымъ по цвѣту; никакихъ признаковъ гніенія не было замѣтно, ни малѣйшаго дурного запаха не было. Во время похоронъ гробъ Н. И. былъ все время открытъ, по желанію присутствовавшихъ.

Н. И. Пироговъ похороненъ въ храмѣ, устроенномъ въ его имѣніи «Вишня». Въ самой срединѣ храма открывается большая дверь подпола и по ступенькамъ спускаются къ двумъ гробамъ, стоящимъ рядомъ Н. И. Пирогова и его сына Николая Николаевича.

А. Панкратовъ, посѣтившій предъ столѣтней годовщиной Н. И. Пирогова мѣсто вѣчнаго упокоенія его въ с. Вишнѣ, съ грустью говоритъ—на страницахъ «Русскаго Слова» (отъ 13 ноября 1910 г.)—о заброшенности и могилы и дома, гдѣ доживалъ свои годы великій старецъ Пироговъ.

30-го января 1882 г. въ „Правительственномъ Вѣстникѣ" (№ 28) отданъ былъ слѣдующій приказъ: „Исключенъ изъ списковъ умершій: состоявшій при Министерствѣ народнаго просвѣщенія, тайный совѣтникъ Пироговъ". Ни слова больше!

Вдова покойнаго А. А. Пирогова пожертвовала вскорѣ послѣ смерти его различнымъ высшимъ учебнымъ заведеніямъ капиталы на учрежденіе стипендій имени ея великаго супруга; въ Московскій университетъ—12.000 рублей.

Къ чести русскаго врачебнаго сословія, русскіе врачи съумѣли оцѣнить Н. И. Пирогова и чтятъ память его.

Въ 1882 г. въ Петербургѣ открыто было „Русское Хирургическое Общество Пирогова", учрежденное въ память юбилея 50-лѣтней службы знаменитаго русскаго хирурга Н. И. Пирогова и считающее днемъ своего основанія день юбилея 24 мая 1881 г.

Въ 1886 г. всѣ русскіе врачи объединились вокругъ имени Н. И. Пирогова и созвали „Общество русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова".

Образовалось это общество изъ Московско-Петербургскаго медицинскаго Общества въ память Н. И Пирогова, учрежденнаго въ 1883 г и поставившаго своей задачей устраивать періодическіе съѣзды въ цѣляхъ общенія врачей обѣихъ столицъ и всей Россіи на почвѣ совокупной разработки научныхъ вопросовъ въ примѣненіи къ потребностямъ нашего обширнаго отечества, а также и вопросовъ, касающихся улучшенія быта врачей, съ правильнымъ и безпристрастнымъ рѣшеніемъ которыхъ неразрывно связано и процвѣтаніе врачебной науки въ нашемъ

отечествѣ». Первый Пироговскій съѣздъ состоялся въ декабрѣ 1883 г., на которомъ Общество и получило наименованіе «Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова».

Послѣдовавшіе затѣмъ знаменитые «Пироговскіе всероссійскіе съѣзды врачей» имѣли огромное общественное значеніе: они высоко держали славное знамя, снятое съ гроба Пирогова о «правдѣ, свободѣ и служеніи родинѣ».

Въ 1897 г. торжественно открытъ былъ въ Москвѣ памятникъ Н. И. Пирогову, сооруженный на средства, собранныя по всероссійской подпискѣ.

Къ подножію памятника возложено было до 25 вѣнковъ отъ различныхъ медицинскихъ и нѣкоторыхъ другихъ обществъ и учрежденій. На торжественномъ засѣданіи въ хирургической клиникѣ Московскаго университета, посвященномъ памяти Н. И. Пирогова, выступали съ рѣчами и привѣтствіями многочисленныя депутаціи отъ университетовъ, медицинскихъ обществъ, больницъ и др. Прислано было около 100 телеграммъ отъ различныхъ обществъ, учрежденій и лицъ.

Во всѣхъ этихъ рѣчахъ, адресахъ и телеграммахъ чествовали покойнаго Н. И. Пирогова, какъ величайшаго изъ русскихъ врачей геніальнаго хирурга, высоко-талантливаго врача-учителя и врача-администратора, славу и гордость всего врачебнаго сословія и не только русскаго, но и всѣхъ странъ,—чествовали Пирогова, какъ прирожденнаго академика, мыслителя-философа, выдающагося педагога, великаго человѣка ума и сердца, истиннаго друга человѣчества,—чествовали Пирогова, какъ великаго гражданина Россіи, могучаго русскаго генія, славу и гордость Россіи, какъ идеалъ для послѣдующихъ работниковъ на благо науки и родины, какъ выразителя лучшихъ стремленій своего времени, лучшихъ и по мысли,—всегда предпочитавшаго духъ формѣ, живую мысль мертвой буквѣ, дѣло—словамъ. „Это—солнце,—говорилъ нашъ профессоръ И. М. Догель о Н. И. Пироговѣ,—которое будетъ ярко свѣтить на русскомъ и общечеловѣческомъ горизонтѣ и никакія облака не затмятъ его!"

„Величіе ума Пирогова,—говорилось въ одномъ адресѣ,—можетъ поравняться только съ его сердечной чистотою, скромностью и трудолюбіемъ!"

Въ томъ же 1897 г. въ Петербургѣ, вблизи того мѣста, гдѣ помѣщалась знаменитая клиника Пирогова, торжественно открытъ былъ анатомо-хирургическій *музей* имени Пирогова, долженствующій служить памятникомъ историческаго развитія отечественной

хирургіи, а также мѣстомъ объединенія ученыхъ медицинскихъ обществъ г. Петербурга.

Слѣдуетъ упомянуть и о Пироговскомъ фондѣ, учрежденномъ въ честь 50-лѣтней служебной дѣятельности Пирогова, изъ собранныхъ по подпискѣ 12.000 рублей, проценты съ которыхъ каждые два года выдаются врачамъ, отправляющимся заграницу для усовершенствованія въ анатоміи или хирургіи отъ Военно-Медицинской Академіи или одного изъ Университетовъ.

Въ 1906 г., по случаю исполнившагося 25-лѣтія со дня смерти Н. И. Пирогова, снова чествовали память великаго врача-хирурга, педагога и общественнаго дѣятеля.

И у насъ, въ Казани, предполагалось торжественное соединенное засѣданіе Медицинскаго факультета, Общества врачей и Военно-Санитарнаго Общества, посвящавшееся памяти Н. И. Пирогова; но изъ-за недопущенія рѣчей студентовъ засѣданіе не состоялось.

Въ настоящее время открыта всероссійская подписка на сооруженіе въ Москвѣ „Дома имени Н. И. Пирогова", по подобію существующихъ въ Берлинѣ „Дома Langenbeck'a и въ Петербургѣ „Музея имени Пирогова".

«Домъ имени Пирогова» представляется центральныхъ учрежденіемъ, въ которомъ сосредоточенъ будетъ цѣлый рядъ музеевъ-выставокъ: 1) Музей-выставка наглядныхъ пособій по анатоміи, патологіи, бактеріологіи, гигіенѣ и медицинѣ, 2) Музей-выставка врачебно-санитарнаго дѣла и санитарной техники, 3) Музей по воспитанію и гигіенѣ дѣтей, въ цѣляхъ борьбы съ дѣтской смертностью, 4) Музей по народно-продовольственному дѣлу. Кромѣ того, въ Пироговскомъ домѣ должна быть большая аудиторія для лекцій и собраній и должны помѣщаться центральная медицинская библіотека и всѣ учрежденія Пироговскаго Общества.

---

13 ноября 1910 г. исполнилось 100 лѣтъ со дня рожденія Н. И. Пирогова, и многочисленныя, по главнымъ образомъ—медицинскія, общества и учрежденія во всѣхъ концахъ Россіи организовали чествованіе памяти великаго врача и великаго человѣка Н. И. Пирогова.

Наше Общество врачей, совмѣстно съ другими университетскими Обществами: Обществомъ естествоиспытателей и Обществомъ невропатологовъ и психіатровъ устроили 13 ноября 1910 г. торжественное засѣданіе, посвященное памяти Пирогова.

На этомъ засѣдании предсѣдатель нашего Общества проф. *Ф. Я. Чистовичъ* въ краткой рѣчи прекрасно охарактеризовалъ плодотворную дѣятельность Н. И. Пирогова;—отъ имени Общества естествоиспытателей предсѣдатель его проф. *Б. К. Поливановъ* сказалъ краткое слово, посвященное «свѣточу мысли и знанія», и затѣмъ сдѣланы были слѣдующіе доклады: прив.-доц. *В. Л. Боголюбовымъ*: «О современныхъ успѣхахъ пластической хирургіи», проф. *И. А. Праксинымъ*: «Къ развитію костной пластики и изсѣченія костей нижнихъ конечностей» и д-ромъ *В. Н. Паринымъ*: «Вакцинотерапія въ хирургіи». [1])

„Неумолимое время, — говоритъ Редакція „Практическаго Врача“ [2]), — все дальше и дальше уноситъ отъ насъ свѣтлый образъ Н. И. Пирогова; но, уходя въ историческую даль, образъ великаго человѣка все ярче и ярче вырисовывается на темнѣющемъ фонѣ прошлаго“, да и не на свѣтломъ—настоящаго.

Русская исторія не бѣдна славными именами. Но въ ряду великихъ людей нашей исторіи Н. И. Пироговъ занимаетъ совершенно особое положеніе. У насъ были мыслители болѣе глубокіе, болѣе мощные, чѣмъ Пироговъ. Были педагоги, сыгравшіе въ своей спеціальной области болѣе крупную роль, чѣмъ Пироговъ. Были и общественные дѣятели, оставившіе болѣе глубокій слѣдъ въ нашей жизни.

Но мы не знаемъ примѣра, чтобы въ одномъ человѣкѣ слились въ одно гармоническое цѣлое и глубокій мыслитель и великій педагогъ и крупный общественный дѣятель и, наконецъ, геніальный врачъ! Поистинѣ великимъ духомъ обладалъ этотъ человѣкъ, умѣвшій озарять свѣтомъ своего генія всякую область, къ которой прикасалась рука его.

Своей наукѣ—медицинѣ онъ далъ рядъ чрезвычайно цѣнныхъ пріобрѣтеній, прославившихъ его имя далеко за предѣлами Россіи и поднявшихъ русскую медицину на уровень западно-европейской. Ища для своихъ знаній болѣе широкаго поприща, Пироговъ былъ піонеромъ общественной медицины, вложивъ много труда и таланта въ организацію той отрасли ея, которая по условіямъ времени требовала наибольшаго къ себѣ вниманія—въ организацію военной медицины.

Какъ педагогъ, онъ исповѣдывалъ и проводилъ въ жизнь начала, которыя и теперь еще кажутся недосягаемымъ идеаломъ.

---

[1]) См. «Казанскій медицинскій Журналъ», изд. Обществомъ врачей, январь-февраль 1911 г. (№ 1).

[2]) См. № 46, 1910 г.

Какъ администраторъ, онъ являлъ рѣдкій примѣръ, едва-ли не единственный въ Россіи, примѣръ убѣжденной стойкости взглядовъ, просвѣщенной терпимости къ чужому мнѣнію и отвращенія ко всякимъ мѣрамъ насилія.

Всегда и вездѣ Пироговъ былъ великъ, ибо всегда и вездѣ оставался человѣкомъ въ лучшемъ смыслѣ слова, всегда „былъ" и никогда не „казался" только".

Но... „Легко и хорошо было идти Лютеру въ Вормскій сеймъ,— говоритъ д-ръ М. М. Дитерихсъ,—что-бы тамъ произнести слова, начавшія реформацію: съ крышъ города кричали ему люди, не имѣвшіе возможности умѣститься на улицахъ: „Иди, братъ нашъ Мартинъ, да поможетъ тебѣ Богъ!"

Пироговъ же шелъ одинъ.... Самые близкіе люди и тѣ не вполнѣ его понимали, не доросли еще до его широкаго размаха... Поддержка и помощь ихъ была слаба и не надежна.

Пироговъ шелъ одинъ.... не дошелъ, но дойдетъ въ нашихъ дѣтяхъ и внукахъ.

Его идеалы слишкомъ широки, что-бы быть скоро осуществленными,—его мысли слишкомъ глубоки, что-бы быть сразу оцѣненными. Пройдутъ долгіе годы, а мысли и предначертанія Пирогова все еще будутъ современны, новы и правдивы.

Пироговъ—величина міровая, и не намъ, врачамъ, однимъ чтить его память; вся просвѣщенная, мыслящая Россія цѣликомъ должна была-бы слить свои голоса въ стройномъ хорѣ хвалы и благодарности, памятникъ ему воздвигнуть въ каждомъ домѣ, гдѣ живутъ люди, гдѣ есть семья.

Такъ говоримъ мы теперь, а при жизни, при его трудовой, полной превратностей, жизни говорилось-ли такъ?

Отовсюду были немилости, увольненія, отставки, злорадныя усмѣшки, пресѣченія работы изъ-за подозрѣній въ неблагонадежности, а въ концѣ концовъ—почти заброшенное одиночество въ затерянномъ селѣ Вишнѣ, гдѣ такъ долго оставляли мы этого генія заниматься сельскимъ хозяйствомъ и частной врачебной практикой".

„Какъ небесная планета, такъ и умъ нашъ нуждается въ особой, сродной ему атмосферѣ"...., пишетъ Пироговъ;—а этой-то необходимой „атмосферы и не доставлю ему въ Вишнѣ".

Не могу не привести здѣсь мыслей, высказанныхъ Гр. Петровымъ по поводу смерти Льва Толстого [1] и вполнѣ примѣнимыхъ къ нашему другому великому учителю—Н. И. Пирогову:

---

[1] «Русское Слово» отъ 30 декабря 1910 г. № 301.

Забыть великихъ людей человѣчество не можетъ. Имена ихъ чествуютъ, увѣковѣчиваютъ тѣмъ или другимъ способомъ; особенно вспоминаютъ о великихъ людяхъ въ тѣ или другіе юбилейные моменты, при жизни ихъ или по смерти! Но, за рѣдкими исключеніями, великіе люди, ихъ великія мысли и высокія чувства, пережитыя и выношенныя ими, почти совершенно не входятъ въ жизнь живою и двигающею силою, творящею новую и лучшую жизнь, а остаются мертвымъ кладомъ, высокоцѣннымъ и всѣми цѣнимымъ, но глубоко зарытымъ.

Изъ образа великихъ людей дѣлаютъ своего рода икону,—жизнь ихъ обращаютъ въ рѣдкую и дорогую книгу,—обкладываютъ эту икону и эту книгу въ золотую ризу и въ золотой переплетъ и.... ставятъ на полку въ почетный уголъ. Пусть-де стоитъ тамъ въ почетѣ и уваженіи, высоко-высоко, а жизнь наша... она пойдетъ дальше и дальше, какъ шла доселѣ, до великихъ учителей и безъ нихъ, по низинамъ, по болотамъ и т. под.

Мы преклоняемся и благоговѣемъ предъ твореніями великихъ людей, и въ тоже время—можетъ быть не видимъ никакого или очень мало духовнаго подъема нашей жизни, нашего собственнаго обогащенія сокровищами ума и сердца прославляемаго учителя.

Великій человѣкъ завѣщаетъ обществу, своему народу, всему человѣчеству сокровища своего духа, а мы изъ этихъ сокровищъ сдѣлаемъ учителю памятникъ и успокаиваемся, какъ будто великіе люди жили и творили, страдали и работали надъ собою ради нашихъ жалкихъ и дешевыхъ аховъ и оховъ.

Забота всѣхъ великихъ людей всегда была и есть одна: сдѣлать лучше, усовершенствовать и внутреннюю и внѣшнюю человѣческую жизнь, и ихъ собственная жизнь и труды были средствомъ къ достиженію этой цѣли. И главное, чего хотѣли и хотятъ всѣ великіе люди, это то, чтобы люди какъ можно шире использовали и примѣнили къ жизни все то великое, что понали, открыли и воплотили въ себѣ великіе люди".

Развѣ не высшая почесть, высшая честь, которую можно оказать памяти человѣка,—справедливо говоритъ по поводу столѣтія со дня рожденія Н. И. Пирогова Редакція „Врачебной Газеты" [1]),—если въ тотъ день, когда исполнится 100 лѣтъ со дня его рожденія, граждане государства могутъ сказать: „Великій учитель! по мѣрѣ нашихъ силъ мы осуществляли твои завѣты, и на путяхъ, которыя ты намъ указалъ, мы совершили то, о чемъ ты мечталъ, что ты предуказывалъ!"

[1]) См. № 46, 1910 г.

„И изъ всѣхъ группъ лицъ, которыхъ охватилъ въ своей широкой дѣятельности Н. И. Пироговъ, быть можетъ, только одна группа можетъ почтить этотъ день съ извѣстнымъ чувствомъ удовлетворенія, такъ какъ она проникласъ его завѣтами и продолжила его начинанія, это—врачи-хирурги. Остальные врачи съ глубокой скорбью могутъ заявить: „мы проникнись твоими идеями, мы стремились къ проведенію ихъ въ жизнь; но та-же глухая стѣна, которая окружала тебя, окружала и насъ!

Еще дальше отъ завѣтовъ Н. И. Пирогова—педагоги и общество....

Великое наслѣдство, оставленное Пироговымъ, въ значительной мѣрѣ остается не использованнымъ".

„Именно то обстоятельство,—говорилъ А. П. Шингаревъ на XI Пироговскомъ съѣздѣ,—что мысли Пирогова, его планы, его идеалы и по сіе время сохраняютъ для насъ характеръ новизны, показываетъ, что мы недостаточно чтимъ и почитаемъ его, что устраиваемыя нами торжественныя засѣданія служатъ не столько къ прославленію Н. И. Пирогова, сколько къ осужденію насъ самихъ!

Но не будемъ падать духомъ! „И здѣсь на землѣ, гдѣ все проходитъ,—говорилъ великій нашъ учитель, Н. И. Пироговъ,—есть для насъ одно нерушимое—это *господство идей*, и если мы вѣрно служили идеѣ, которая по нашему убѣжденію, вела насъ къ истинѣ, путемъ жизни, науки и школы, то будемъ надѣяться, что и потокъ времени не унесетъ ее вмѣстѣ съ нами"!

„Идеи Пирогова,—говоритъ Шингаревъ,—не только не унесены потокомъ времени, но все болѣе и болѣе крѣпнутъ и растутъ! Онѣ живутъ среди насъ, волнуютъ наши души. Идеи эти—вѣчныя"!

Пожелаемъ только, чтобы идеи эти поскорѣе воплотились въ нашу, русскую жизнь!

Нашъ знаменитый педагогъ *К. Д. Ушинскій* указываетъ намъ на Н. И. Пирогова, какъ на человѣка, на котораго мы съ гордостью можемъ указать нашимъ дѣтямъ и внукамъ и по безукоризненной дорогѣ котораго можемъ смѣло вести наши молодыя поколѣнія. Пусть наша молодежь смотритъ на этотъ образъ,—и будущность нашего отечества будетъ обезпечена!

„Мы же,—справедливо говоритъ д-ръ Дитерихсъ,—долгіе, еще очень долгіе годы будемъ искать въ Пироговѣ источника силъ и утѣшенія, повторяя мольбу молодежи—студентовъ-медиковъ:

„Учитель! научи насъ трудной наукѣ среди людей остаться человѣкомъ,—научи насъ любить правду, предъ ней одной преклоняться! Отдаваясь всей душей мгновеннымъ порывамъ къ добру,

мы часто падаемъ духомъ. Научи же насъ, гдѣ черпать ту силу, что-бы до преклонныхъ лѣтъ сохранить чистоту и свѣжесть идеаловъ, что бы жизнь, пригибая къ землѣ наше тѣло, не старила нашего духа"!

Литературные источники.

Сочиненія *Н. И. Пирогова.* Т. I. Педагогическія и публицистическія статьи. Кіевъ 1910 г.—Т. II Дневникъ стараго врача. Кіевъ 1910 г.

Н. И. Пироговъ. Начала общей военно-полевой хирургіи, взятыя изъ наблюденій военно-госпитальной практики и воспоминаній о Крымской войнѣ и Кавказской экспедиціи. Дрезденъ. Часть I 1865 г. и часть II 1866 г.

Академикъ *Н. И. Пироговъ.* Отчетъ о посѣщеніи военно-санитарныхъ учрежденій въ Германіи, Лотарингіи и Эльзасѣ въ 1870 году. Спб 1871 г.

Н. Пироговъ. Военно-врачебное дѣло и частная помощь на театрѣ войны въ Болгаріи и тылу дѣйствующей арміи въ 1877—1878 г.г. Спб. 1879 г. части I и II.

Севастопольскія письма *Н. И. Пирогова* 1854—1855 г.г. Подъ ред. и съ примѣч. Ю. Г. Малиса. Спб. 1907 г.

Малисъ Ю. Г.—Пироговъ Н. И. Его жизнь и научно-общественная дѣятельность. Біографическій очеркъ. Спб. 1893 г.

Кудринъ В. С. Рѣчь о Пироговѣ. Протоколы и Труды Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова въ Петербургѣ за 1895—1896 год.

Эбермань А. Л. Тоже и тамъ же, за 1896—1897 г.

Таренецкій А. Кафедра и музей нормальной анатоміи при Императорской Военно-Медицинской (бывшей Медико-Хирургической) Академіи въ С.Петербургѣ за 100 лѣтъ. Спб. 1895 г.

Коровинъ И. «Краткій историческій очеркъ кафедры патологической анатоміи» при той же Академіи. Спб. 1898 г.

Бѣлогорскій П. А. «Госпитальная Хирургическая клиника» при той-же Академіи. Спб. 1898 г.

Исторія Императорской Военно-Медицинской Академіи за 100 лѣтъ (1798—1898). Подъ ред. проф. Н. И. Ивановскаго Спб. 1898 г.

Біографическій словарь профессоровъ и преподавателей Императорскаго Казанскаго Университета. Подъ ред. проф. Н. П. Загоскина. Казань, 1904 г.

Бакунина Е. М. Воспоминанія сестры милосердія Крестовоздвиженской Общины.—Вѣстникъ Европы 1898 г. кн. 3—5.

Кадо. Воспоминанія о Н. И Пироговѣ.—Медицинскій Вѣстникъ 1883 г. №№ 3—7.

Башуевъ Н. А. Памяти Н. И. Пирогова.—«Русскій Врачъ» 1911 г. №№ 21 и 22.

Шингаревъ А. И. Н. И. Пироговъ, какъ общественный дѣятель, педагогъ и мыслитель.—Русскій Врачъ 1910 г. №№ 17 и 18.

Разумовскій В. И. Н. И. Пироговъ, его жизнь и дѣятельность.—Извѣстія Императорскаго Николаевскаго Университета. Т. II, вып. 2 1911 г.

Волковичъ В. А.—Другъ человѣчества Н. И. Пироговъ. 1910 г.

Тазяковъ Н. П. Н. И. Пироговъ, какъ врачъ и общественный дѣятель.—Врачебно-Санитарная Хроника Саратовской губерніи, 1910 г. ноябрь.

Бурденко Н. Н. О Н. И. Пироговѣ съ исторической точки зрѣнія.—Труды и протоколы Медицинскаго Общества имени Н. И. Пирогова при Императорскомъ Юрьевскомъ Университетѣ. Годъ I Юрьевъ 1910 г.

Дитерихсъ М. М. Памяти великаго учителя и врача-общественника, Н. И. Пирогова. Терапевтическое Обозрѣніе 1910 г. № 24.

Юбилей Н. И. Пирогова.—Врачебныя Вѣдомости 1881 г. №№ 19, 20 и др.

Склифосовскій Н. В. Рѣчь о послѣдней болѣзни Н. И. Пирогова. Протоколы и Труды Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова въ Петербургѣ 1894—1895 г.

Письмо проф. *Бильрота*. «Врачъ» 1882 г. № 9.

50-лѣтній юбилей Н. И. Пирогова.—Рѣчи, произнесенныя въ торжественномъ собраніи Императорскаго Университета и состоящихъ при немъ ученыхъ обществъ 24 мая 1881 г. Казань 1881 г.

Памяти Н. И. Пирогова.—Торжество открытія памятника Н. И. Пирогову въ Москвѣ 3 августа 1897 г. Подъ ред. проф. П. И. Дьяконова Москва 1897 г.

Николай Ивановичъ *Пироговъ* и его наслѣдіе Пироговскіе съѣзды.—Юбилейное изданіе подъ редакціей М. М. Грана, З. Г. Френкеля и А. И. Шингарева. Спб. 1911 г.

М. Казанскій.

Болѣзни и врачебная помощь въ эпоху войны 1812 года.

Д-ра **Е. М. Идельсона.**

*(Окончаніе *).*

Переходя къ разбору отдѣльныхъ патологическихъ формъ, принявшихъ эпидемическій характеръ въ кампаніи 1812 года, необходимо отмѣтить, что всѣ вообще военные походы почти за все 18 столѣтіе, а Наполеоновскіе въ особенности, вмѣстѣ съ громомъ оружія разносили вездѣ и повсюду весьма жестокія, разрушительныя повальныя болѣзни. Хотя эпидеміи эти въ смыслѣ ихъ распространія и въ смыслѣ многихъ этіологическихъ условій, гибельно повліявшихъ на воевавшія арміи, весьма подробно описаны, но все таки точнаго обозначенія и дифференцировки, отдѣльныхъ формъ заболѣваній мы не имѣемъ. Однѣ и тѣ же болѣзненныя формы этихъ военныхъ эпидемій фигурируютъ въ тогдашней эпидеміографіи подъ различными наименованіями и эпитетами. Если современная медицина не безгрѣшна чрезмѣрнымъ обиліемъ своей терминологіи, то врачебная терминологія 18 вѣка была также не менѣе многообразна, и въ тоже время весьма мало обоснована. При недостаточномъ развитіи врачебнаго мышленія, или правильнѣе сказать, при отсутствіи анатомо-физіологическаго метода мышленія, понятіе о сущности болѣзненныхъ процессовъ имѣли въ тогдашнемъ врачебномъ сознаніи какой то туманный и неопредѣленный отпечатокъ неясныхъ спекулятивныхъ умозрѣній и крайне теоретическихъ, предвзятыхъ доктринъ. Явленіе это особенно сказывалось по отношенію къ

*) См. «Казанскій Медицинскій Журналъ» Томъ XII, 1912 г., № 2

носологіи инфекціонныхъ болѣзней. Для выясненія сущности какого нибудь инфекціоннаго болѣзненнаго процесса врачебное мышленіе этой эпохи прибѣгало къ различнаго рода традиціонно-философскимъ комбинаціямъ, не имѣвшимъ въ основѣ реальныхъ фактовъ, опыта и точнаго экспериментальнаго наблюденія. Генеральный терминъ „лихорадка" снабжался прибавленными выраженіями натурфилософскаго изобрѣтенія и происхожденія. Читая въ тогдашнихъ описаніяхъ о біліозной, путридной, слизистой, гнилостной, ревматическо-желчной лихорадкѣ, подчасъ весьма трудно, по нашимъ современнымъ понятіямъ, выяснить какія собственно формы болѣзни подъ ними подразумѣваются. Не будемъ касаться здѣсь той горячей полемики, которая постоянно велась между врачами по поводу перехода одной формы лихорадки въ другую, и о тѣхъ сложныхъ, чисто терапевтическихъ пріемахъ, которые примѣнялись при этихъ заболѣваніяхъ. Представленіе о лихорадкѣ еще болѣе осложнилось и затуманилось, когда на сцену появились нѣкоторыя догмы изъ ученія о раздраженіи (Irritabilitätslehre). Подъ вліяніемъ этой теоріи прибавились еще новыя формы лихорадки астеническія, адинамическія и нервныя. Тѣмъ не менѣе, по описаніямъ врачей участниковъ кампаніи 1812 года, можно съ большой вѣроятностью допустить, что доминирующія заболѣванія, которыя обрушивались на воевавшія арміи и уносили наибольшее число жертвъ, были инфекціоннаго свойства и особенно проявились въ формѣ сыпнаго тифа (Typhus petechialis). Брюшной тифъ, при тогдашнемъ состояніи носологіи, не былъ еще выдѣленъ въ отдѣльную форму и смѣшивался съ различными кишечными заболѣваніями и дизентеріею, которая также, въ свою очередь, фигурировала подъ другими разными названіями. Вышеупомянутый врачъ Керкгофъ, состоявшій все время похода при 3-мъ корпусѣ маршала Нея, распредѣляетъ наблюдавшіяся имъ болѣзни на 3 группы. Къ первой группѣ онъ относитъ болѣзни брюшныхъ органовъ. Въ этой группѣ онъ различаетъ отдѣльныя формы болѣзни, какъ: воспаленіе печени, біліозное воспаленіе кишечника (Entérite bilieuse), далѣе гастрическое въ связи съ печенью разстройство (Embarras hepatico-gastrique), какъ діаррея и дизентерія. Ко 2-й группѣ онъ причисляетъ легочныя пораженія, подъ которыми онъ понимаетъ легочный катарръ и воспаленіе легкихъ (Peripneumonia). Въ 3-ю группу Керкгофъ включилъ лихорадки, между которыми онъ перечислялъ слѣдующія формы: ремиттирующія-гастрическія,

интермиттирующія-гастрическія, изнурительныя, нервныя, тифъ и синюхи. По этимъ свѣдѣніямъ весьма трудно теперь ориентироваться въ томъ, что собственно слѣдуетъ понимать подъ тѣми названіями, которыми Керкгофъ описываетъ различныя, наблюдавшіяся имъ, формы заболѣваній. Скорѣе всего, съ точки зрѣнія нашихъ современныхъ понятій, надо полагать, что эти біліозныя, ремиттирующія, интермиттирующія, гастрическія, изнурительныя, нервныя лихорадки были ни что иное, какъ болѣзни инфекціоннаго свойства, тѣмъ болѣе, что онѣ не были единичными, спорадическими, а охватывали широкія массы не только въ арміи, но и среди мирнаго населенія, и принимали жестокій, заразительный характеръ. О дифференціальномъ распознаваніи отдѣльныхъ тифозныхъ, равно какъ и другихъ формъ заболѣваній не могло быть и рѣчи; такъ какъ болѣе точныя діагнозы сдѣлались достояніемъ врачебной науки лишь только со 2-й половины минувшаго 19 столѣтія, благодаря успѣхамъ патологической анатоміи, расцвѣту микроскопіи, химіи, бактеріологіи, а также благодаря широкому развитію объективныхъ методовъ изслѣдованія.

Не лишне здѣсь также отмѣтить, что врачъ Керкгофъ съ особеннымъ озлобленіемъ нападаетъ на Наполеона, не даетъ ему никакой пощады и называетъ его кровожаднымъ тигромъ.

Другой врачъ, очевидецъ кампаніи 1812 года, Буржуа (René-Bourgeois) былъ старшимъ хирургомъ кирасирскаго полка. Ларрей въ своихъ мемуарахъ называетъ его своимъ цѣннымъ сотрудникомъ. Будучи повидимому меньше одержимъ ученымъ доктринерствомъ, Буржуа передаетъ только то, что онъ наблюдалъ, не употребляя при этомъ многихъ разнообразныхъ названій болѣзней. Французская армія, говоритъ Буржуа, начала таять по мѣрѣ того, какъ она стала подвергаться усиленному переутомленію, разнымъ лишеніямъ и болѣзнямъ. Не перечисляя подробно отдѣльныхъ формъ болѣзней, Буржуа говоритъ лишь то, что самая жестокая болѣзнь, отъ которой особенно пострадала французская армія, была нервная лихорадка (fievre nerveuse) или тифъ, который являлся повсюду слѣдомъ за маршируюшими войсками. Нѣтъ сомнѣнія, что подъ этой нервной лихорадкой надо считать сыпной тифъ, который въ четвертый разъ появился за время Наполеоновскихъ войнъ въ Европѣ. Не лишены интереса свѣдѣнія, сообщаемыя Буржуа, объ особенномъ психическомъ состояніи у многихъ изъ участниковъ этой жестокой войны. Ничего нѣтъ удивительнаго, говоритъ онъ, если психика у многихъ

нарушилась и разстроилась при видѣ всѣхъ тѣхъ бѣдствій и страданій, которыя постигли жалкіе остатки дезорганизованной и деморализованной французской арміи, которая такъ много надѣялась и расчитывала на обѣщанные ей предъ войной побѣдоносные тріумфы. Мѣткими выраженіями описываетъ Буржуа это психическое состояніе. „Огромное число изъ насъ находилось въ состояніи какого то безумія (Dementii). Этихъ психически-разстроенныхъ субъектовъ можно было сразу узнавать и отличить среди цѣлой толпы, по ихъ мутному и тусклому взгляду, по безсмысленному и тупоумному выраженію лица. Погруженные въ какое то оцѣпенѣніе, они тихо и безмолвно маршировали, какъ автоматы. Ничто ихъ не интересовало. При настойчивыхъ распросахъ получались отъ нихъ какіе то безсвязные, отрывочные, и далеко неправильные отвѣты. Оставаясь не чувствительными ко всѣмъ внѣшнимъ впечатлѣніямъ, эти несчастные субъекты ни на что не реагировали, даже на ругательства и побои; ничто не могло ихъ расшевелить и вызвать изъ этого состоянія идіотизма и апатіи. Такое подавленное душевное состояніе продолжалось у многихъ очень долго. Буржуа увѣряетъ, что встрѣчалъ ихъ, по окончаніи войны, во Франціи, гдѣ болѣзнь эта называлась Moscowite. Многіе изъ этихъ несчастныхъ бродили по дорогамъ въ безсознательномъ состояніи, погибали отъ холода и голода и смертельно обжигались у бивуачныхъ костровъ. Очень часто приходилось выслушивать отъ ихъ товарищей, что больные эти отморозили себѣ мозги. Ларрей также описываетъ, что ему приходилось встрѣчать такихъ субъектовъ, которые бродили по дорогамъ съ потерью рѣчи и зрѣнія, съ разслабленной мускулатурой, такъ что ихъ все время поддерживали товарищи, пока не умирали на пути слѣдованія. Центральная нервная система у многихъ больныхъ, по мнѣнію Буржуа не мало поражалась вслѣдствіе наступившихъ сильныхъ морозовъ, достигавшихъ 27—30 R. Особенно замерзали по ночамъ тѣ солдаты, которые не были въ состояніи воздержаться отъ сна. Подобнаго рода факты, подмѣченные врачами еще въ 1812 году, имѣютъ и для насъ особенную цѣнность; ибо въ военной медицинѣ лишь только за послѣднее время стали ближе изучать психологію массъ и обращать вниманіе на психо-нервныя страданія, являющіяся въ арміяхъ подъ вліяніемъ тяжелыхъ условій походно-боевой жизни. Невзгоды и мученія французской арміи особенно рѣзко проявлялись въ тѣхъ войсковыхъ группахъ, которыя вынуждены были быстро пере-

ходить отъ правильнаго, равномѣрнаго, походнаго движенія къ усиленнымъ форсированнымъ маршамъ и усиленнымъ боевымъ операціямъ. Для подтвержденія этой мысли, Буржуа приводитъ слѣдующій фактъ. При обратномъ отступленіи арміи, въ Ошмянахъ явились свѣжія войска въ числѣ 10000 человѣкъ. Дивизія эта привезла съ собою много провіанта и прочихъ запасовъ. Задача ея была прикрывать отступленіе французской арміи. Но въ результатѣ ничего не получилось. Быстро наступившее переутомленіе, бивуакированіе при сильныхъ морозахъ сдѣлали то, что, въ теченіе 3-хъ дней, погибло больше 3000 человѣкъ, при явленіяхъ инаниціи и вышеупомянутой психо-нервной болѣзни. Буржуа описываетъ также тяжелую форму *офтальміи*, появившейся во французской арміи, при отступленіи въ г. Оршѣ. Картина этой болѣзни напоминаетъ собою офтальмію, свирѣпствовавшую во время Наполеоновскаго похода въ Египтѣ. Буржуа держится того воззрѣнія, что Египетская офтальмія происходила вслѣдствіи сильнаго отраженія солнечнаго свѣта отъ блестящаго и согрѣтаго песку, а въ 12 году причины эпидемическаго воспаленія глазъ онъ приписываетъ вліянію ослѣпительнаго блеска снѣговъ, постояннаго дыма отъ бивуачныхъ костровъ и продолжительныхъ безсонныхъ ночей. Картина болѣзни, по Буржуа, была слѣдующая: соединительная оболочка глазъ была темно-краснаго цвѣта, сильное опуханіе соединительной оболочки и вѣкъ, обильное отдѣленіе слезъ, такъ что глаза купались въ слезахъ, сильныя стрѣляющія боли и подъ конецъ свѣто-боязнь, въ сильнѣйшей степени, до полной потери зрѣнія. Отъ мучительной боли и отъ слѣпоты люди падали на дорогѣ въ изнеможеніи и погибали.

Противоположно Керкгофу, Буржуа совершенно по другому, и болѣе объективно характеризуетъ Наполеона. Хотя, говоритъ Буржуа, этотъ человѣкъ долженъ считаться единственнымъ виновникомъ и главною причиной постигшихъ насъ бѣдствій и несчастія, все таки его психическое обаяніе было такъ могущественно, что одно его присутствіе, даже при такой печальной обстановкѣ—это было при отступленіи въ Оршѣ—вызывало такой энтузіазмъ, что каждый изъ насъ готовъ былъ для него жертвовать своей жизнью. Насколько обаяніе Наполеона дѣйствовало на чувства его солдатъ, разсказываетъ врачъ французской гвардіи де-да-Флизъ въ своихъ запискахъ. Во время Бородинской битвы ему на перевязочномъ пунктѣ пришлось ампутиро-

вать разбитую руку у одного молодого артиллерійскаго унтер-офицера. Послѣдній перенесъ операцію съ большимъ мужествомъ. Какъ только операція кончилась, онъ сталъ просить у врача, чтобы тотъ ему отдалъ отнятую руку, что и сдѣлано. Взявъ ее здоровою рукой, унтеръ-офицеръ поднялъ ее, и закричалъ съ востогомъ: „Да здравствуетъ Императоръ Наполеонъ".

3-й врачъ, оставившій намъ нѣкоторыя свѣдѣнія о заболѣваемости французской арміи въ 12 году, былъ Лемазурье. Главнѣйшими причинами появленія различныхъ болѣзней во французской арміи, со времени перехода чрезъ Нѣманъ, какъ уже было упомянуто, Лемазурье также считаетъ черезмѣрное переутомленіе отъ ускореннаго марша, неблагопріятныя мѣстныя условія страны, вслѣдствіе отсутствія и неудовлетворительнаго питанія. Болѣзни, преобладавшія въ это время, были гастрическія пораженія, біліозныя и путридныя лихорадки, спорадическіе случаи тифа, поносы и различныя формы дизентеріи. Лемазурье подчеркиваетъ, что большинство изъ заболѣвшихъ имѣли видъ крайняго истощенія и это, по его мнѣнію, находилось въ связи съ больше и больше наростающей нуждой. Съ наступленіемъ дождливой погоды и холодныхъ ночей, а также и отъ плохого питанія, болѣзни получали злокачественное теченіе: солдаты стали умирать тысячами. Среди 5000 больныхъ, размѣщенныхъ въ Вильнѣ по госпиталямъ, большая половина страдала натужными поносами, осложнившимися тифознымъ состояніемъ. При дальнѣйшемъ наступленіи арміи въ Іюлѣ конституція болѣзней была та же какъ въ Вильнѣ, но чѣмъ дальше двигались впередъ, тѣмъ больше увеличивалась смертность.

Со 2-й половины Августа 1812 года, тифозныя заболѣванія сдѣлались господствующими, но при этомъ случаи натужнаго кроваваго поноса не прекращались даже по прибытіи французской арміи въ Москву. Кромѣ того, за это время насчитывалось не мало случаевъ скорбута, хроническаго мышечнаго и суставнаго ревматизма, легочныхъ катарровъ и чахотки. При наблюденіи больныхъ весьма замѣтно было, что ностальгія и подавленное состояніе духа (affections morales) значительно ухудшили теченіе каждаго даннаго болѣзненнаго процесса. Что касается вліянія температуры воздуха и состоянія погоды на заболѣваемость острыми инфекціонными болѣзнями, то Лемазурье, при своей тщательной наблюдательности и регистраціи, не находилъ особенной связи между ними. Воспріимчивость къ тифознымъ заболѣваніямъ,

по мнѣнію Лемазурье, стала главнымъ образомъ увеличиваться и наростать отъ чрезмѣрнаго скучиванія больныхъ и раненыхъ по госпиталямъ, отъ чрезмѣрнаго утомленія людей при ухудшенномъ питаніи. Картины эпидемической офтальміи и случаи внезапной смерти солдатъ на ходу, при обратномъ отступленіи, приблизительно одинаково описываются у Лемазурье, какъ и у Буржуа. Что касается тифозныхъ заболѣваній, которыя дали наибольшее число жертвъ во французской арміи, то ихъ симптомы, теченіе, исходъ и осложненія описываются довольно наглядно и обстоятельно; хотя объ аутопсіяхъ при этомъ не упоминается въ его запискахъ, но по цѣлому ряду больныхъ, у которыхъ отмѣчено присутствіе пятенъ на тѣлѣ, (Eruptions de petechies) можно съ увѣренностью сказать, что это было ничто иное какъ *сыпной тифъ*. Что сыпь или петехіи не всегда ясно выступаютъ при эпидемическомъ сыпномъ тифѣ, указывалъ позднѣе и Гризингеръ въ своихъ изслѣдованіяхъ. Фактъ, что эта форма заболѣванія свирѣпствовала также и среди мирнаго населенія, куда она была занесена французами, также отчасти указываетъ на то, что имѣли дѣло съ сыпнымъ тифомъ. У Лемазурье, между прочимъ, отмѣченъ фактъ, что за время кампаніи, съ 1юля до Января, въ одной Вильнѣ и ея окрестностяхъ похоронено 55000 труповъ.

Состоявшій при Вюртембергскомъ корпусѣ полковымъ и лазаретнымъ врачемъ Фонъ Шереръ также описываетъ бѣдствія, обрушившіяся на французскую армію. Его сообщеніе ничѣмъ особеннымъ не отличается, отъ свѣдѣній вышеприведенныхъ врачей. Разница только въ томъ, что онъ подробнѣе останавливается на описаніи господствовавшихъ въ арміи поносовъ и дизентеріи. Фонъ Шереръ производилъ даже патолого-анатомическія вскрытія, и найденныя имъ при этомъ явленія сообщаетъ въ своей диссертаціи. Еще когда отрядъ его находился въ Польшѣ, ему попадались случаи ревматическаго поноса и дизентеріи, которые отличались путриднымъ характеромъ. Онъ нашелъ, что желудокъ, толстыя кишки и въ особенности прямая были воспалены. Слизистая оболочка почти всего пищеварительнаго тракта была вялая и рыхлая, и въ различныхъ мѣстахъ кишечника были нарывы. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ нарывы были не только въ прямой кишкѣ, но и въ желудкѣ, особенно въ основаніи его. Въ другихъ случаяхъ нарывы распространялись изъ желудка въ тонкія кишки, а изъ прямой переходили на толстую кишку. Первые были небольшой величины и имѣли зазубренные края, а послѣдніе были

величиной отъ чечевичнаго зерна до полдюйма. Во многихъ нарывахъ было мѣстами омертвѣвшее дно. Глубина этихъ нарывовъ въ толщу кишечныхъ стѣнокъ была различная. Въ рѣдкихъ случаяхъ встрѣчалось прободеніе брюшины. Брыжеечныя железы большею частью были воспалены и съ нагноеніемъ. Еще болѣе *своеобразною*, чѣмъ явленія, найденныя фонъ Шереромъ при аутопсіи, представляется описанная имъ клиническая картина этихъ натужныхъ поносовъ или дизентеріи. Многіе изъ этихъ больныхъ, разсказываетъ фонъ Шереръ, умирали быстро, безъ всякой лихорадки, жаловались только на боль живота. Часто случалось, что эти больные маршировали бодро, въ полномъ вооруженіи, садились и тутъ же внезапно умирали. Нерѣдко случалось фонъ Шереру наблюдать, что описываемыя имъ болѣзни кишечника сопровождались душевнымъ разстройствомъ, въ формѣ тяжкой меланхоліи, доводившей часто до самоубійства. Такое теченіе болѣзни, по мнѣнію фонъ Шерера, обязано было распространенному злоупотребленію алкоголемъ. Фонъ Шереръ, между прочимъ, отмѣчаетъ, что сильное душевное волненіе, охватившее весь отрядъ, какъ напримѣръ во время боя подъ Смоленскомъ, подѣйствовало такъ, что въ теченіе 4 дней, такихъ больныхъ вовсе не было, но за то число ихъ увеличилось вплоть до вступленія въ Москву, гдѣ еще прибавились и тифозныя заболѣванія. Тифы имѣли такое злокачественное теченіе, что похожи были по его понятію, на *чумныя* заболѣванія. Фонъ Шереръ также описываетъ патолого-анатомическія явленія у умершихъ отъ замерзанія, но онъ существеннаго ничего не сообщаетъ, развѣ только то, что наружные покровы труповъ, умершихъ отъ замерзанія, отличались необыкновенной бѣлизной, а внутренніе органы были переполнены кровью. Субъекты, подвергавшіеся дѣйствію морозовъ страдали нерѣдко, по Шереру, слабоуміемъ и впадали въ состояніе дѣтства. Нерѣдко, подъ вліяніемъ сильныхъ холодовъ, являлись психозы въ формѣ маніи величія, и разстроенное душевное состояніе продолжалось долго по прибытіи на родину. Объ эпидемической офтальміи фонъ Шереръ говоритъ тоже, что и другіе врачи.

Ларрей въ своихъ мемуарахъ о походѣ Наполеона въ Россію, хотя больше всего трактуетъ о фактахъ изъ области своей неутомимой хирургической дѣятельности на перевязочныхъ пунктахъ и въ госпиталяхъ, но въ то же время онъ посвящаетъ свое вниманіе также инфекціоннымъ заболѣваніямъ и ихъ при-

чинамъ, а также и клинической картинѣ тѣхъ болѣзненныхъ формъ, которыя ему самому приходилось наблюдать, какъ во время походнаго движенія, такъ и по госпиталямъ. Въ первомъ періодѣ наступленія французской арміи Ларрей отмѣчаетъ какъ одну изъ причинъ заболѣваемости злоупотребленіе алкоголемъ, въ особенности среди молодой гвардіи, описываетъ качество русской водки и картину опьяненія солдатъ и придаетъ этому пьянству большое этіологическое значеніе въ смыслѣ воспріимчивости къ различнымъ заболѣваніямъ. О недостаточномъ питаніи арміи онъ не упоминаетъ въ началѣ похода, надо полагать потому, что онъ все время находился при Наполеоновской гвардіи, которая была на особомъ счету и питалась сравнительно лучше чѣмъ прочія войска. Хотя нельзя не замѣтить, какъ извѣстно по другимъ источникамъ, что на пути слѣдованія между Витебскомъ и Смоленскомъ пришлось сократить гвардейскій рационъ до $^2/_3$ его первоначальнаго размѣра, что армія стала питаться мясомъ отъ павшихъ лошадей и что за недостаткомъ соли стали употреблять порохъ. За то Ларрей мрачными красками рисуетъ вліяніе холода на здоровье людей при обратномъ отступленіи арміи. Термометръ, который висѣлъ у него на пальто падалъ, особенно по ночамъ до 27°R. Да и днемъ трудно было согрѣваться. Въ воздухѣ былъ сплошной густой туманъ, такъ что лучи солнца не проникали. Все было покрыто снѣгомъ: одежда и глазныя рѣсницы. Люди маршировали въ глубокомъ молчаніи и находились въ такомъ состояніи тупоумія и подавленности, что другъ друга не узнавали. Зрѣніе и мускулатура были на столько разслаблены, что солдаты теряли всякое равновѣсіе, падали по дорогѣ, и товарищи, не обращая на нихъ никакого вниманія, продолжали свой путь. Съ 8 на 9 Декабря вся дорога по которой проходили войска была усѣяна замерзшими трупами. Ларрей разсказываетъ про себя, что несмотря на свои природныя силы онъ такъ разслабъ, что едва могъ добраться до Вильны. Ларрей далѣе разсказываетъ, что тѣ субъекты, которые счастливо перенесли ужасы холода и голода, несмотря на то, что положеніе ихъ при обратномъ вступленіи въ Пруссію нѣсколько измѣнилось къ лучшему, все таки часто поражались болѣзнью, которую онъ называетъ Fievre meningite cattarrhale de congelation. Вскорѣ болѣзнь эта стала принимать эпидемическій, заразный характеръ. Особенно заразительна была эта болѣзнь по мнѣнію Ларрея въ 3-мъ періодѣ ея, когда она осложнялась омер-

тѣ̀немъ конечностей. Ларрей, по тогдашнимъ разумѣется понятіямъ, находитъ, что причина этой болѣзни кроется въ нарушенномъ кровообращеніи и гипереміи внутреннихъ оболочекъ, наступавшихъ вслѣдствіе быстрыхъ перемѣнъ въ образѣ жизни этихъ больныхъ. Ларрей даетъ этому этіологическому моменту особенное названіе Ataxie catarrhale de congelation (замѣшательство, произшедшее въ организмѣ, вслѣдствіе простуженнаго катарра). Несмотря на такое замысловатое названіе, симптомокомплексъ этой болѣзни передается довольно точно. Интенсивность и теченіе этого болѣзненнаго процесса были не одинаковы. При благопріятномъ исходѣ болѣзнь протекала непродолжительнымъ лихорадочнымъ періодомъ отъ 5 до 9 дней. Періодъ этотъ оканчивался критическимъ кровотеченіемъ изъ носа или прямой кишки (flux dysenterique). Иногда, вмѣсто кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ, наступалъ обильный, грязноватый, темно-бурый потъ. При неблагопріятномъ же исходѣ болѣзни довольно скоро являлись, особенно на нижнихъ конечностяхъ, пятна, принимавшія рожистый или гангренозный характеръ. Моча отдѣлялась въ маломъ количествѣ и была мутная. Испражненія зловонныя. Всѣ функціи организма постепенно ослабѣвали и больные погибали около 15-го дня а иногда и раньше. Явленія, найденныя при аутопсіи умершихъ отъ этой болѣзни, Ларреемъ отмѣчены слѣдующія: на поверхности мозга онъ находилъ бѣлковую субстанцію, но никакого гноя не было. Мозговыя пазухи и сосуды были наполнены свернувшейся кровью темнаго цвѣта. Слизистыя оболочки воздухоносныхъ путей имѣли мѣстами буроватую окраску. Кишечникъ былъ сокращенъ, какъ онъ объясняетъ, вслѣдствіе продолжительной бездѣятельности. Почти во всѣхъ случаяхъ на нижнихъ конечностяхъ встрѣчались гангренозныя струпья. О состояніи селезенки и печени въ этомъ описаніи не упоминается. Самъ Ларрей при посѣщеніи Кенигсбергскихъ госпиталей заразился и перенесъ описываемую имъ болѣзнь, которая принимала тогда широкіе размѣры по всей Пруссіи, гдѣ проходили остатки французской арміи. Изъ этого, хотя неполнаго, описанія болѣзни можно также съ большей вѣроятностью предполагать, что тутъ рѣчь идетъ о сыпномъ тифѣ. Такимъ образомъ, изъ приведенныхъ сообщеній врачей участниковъ кампаніи 1812 года видно, что во французской арміи свирѣпствовали эпидемически: *сыпной тифъ*, *дизентерія*, а также и *брюшной тифъ*, подъ общимъ терминомъ поноса, и *эпидемическая офтальмія*.

Само собою разумѣется, что приведенныя свѣдѣнія, какъ имѣющія мемуарный характеръ и не лишенныя извѣстной окраски тогдашнихъ нозологическихъ воззрѣній, не вполнѣ отвѣчаютъ тѣмъ требованіямъ, которыя въ наше время предъявляются къ врачебно-санитарнымъ отчетамъ; но въ виду того, что эти врачи были очевидцами въ различныхъ пунктахъ и частяхъ французской арміи, равно какъ и потому, что всѣ ихъ сообщенія болѣе или менѣе однородны, приходится ими пользоваться, при выясненіи свирѣпствовавшихъ тогда различныхъ формъ заболѣваній; тѣмъ болѣе, что лучшіе компетентные эпидеміологи, какъ: Лаверанъ, Геверъ, Гризингеръ, Гиршъ высказываются о заразныхъ заболѣваніяхъ во время кампаніи 1812 года въ томъ же смыслѣ.

О заболѣваемости въ русской арміи, на сколько мнѣ извѣстно, не имѣется отдѣльныхъ спеціальныхъ, военно-врачебныхъ свѣдѣній. Военные врачи, приглашенные въ большомъ числѣ на службу въ русскую армію съ запада, повидимому не оставили никакихъ описаній господствовавшихъ въ арміи болѣзней. Можетъ быть въ архивахъ имѣются какія либо официальныя данныя, но они до сихъ поръ еще не опубликованы въ печати. Что въ русской арміи несомнѣнно свирѣпствовали также остро-заразныя болѣзни, можно отчасти судить по тѣмъ болѣзнямъ, которыя были распространены среди мирнаго населенія по путямъ движенія обѣихъ армій. Въ запискахъ С. Глинки о Москвѣ въ 1812 году помѣщена статья врача Воробьевскаго о заразной болѣзни, господствовавшей среди крестьянъ Московскаго уѣзда во время и послѣ нашествія французовъ. Хотя врачъ этотъ называетъ болѣзнь адинамической горячкой (Febris adynamica asthenica) въ связи со страданіемъ печени и съ кровавымъ поносомъ, но по подробно-перечисленнымъ симптомамъ видно, что онъ имѣлъ дѣло съ тифозными заболѣваніями и дизентеріей. Болѣзни эти по словамъ Воробьевскаго, были такъ жестоки, что уносили массу жертвъ изъ среды обывателей. Вышеупомянутый плѣнный французскій докторъ Роосъ также наблюдалъ массу тифозныхъ больныхъ со значительной смертностью среди мирныхъ жителей г. Борисова и въ окрестностяхъ рѣки Березины. Въ русскихъ историческихъ сочиненіяхъ о кампаніи 1812 года имѣются также лишь общія указанія о потеряхъ русской арміи отъ болѣзней, но въ этихъ указаніяхъ нѣтъ подробной характеристики отдѣльныхъ патологическихъ формъ заболѣваній. Нельзя также не подчеркнуть, что эти указанія не лишены нѣкоторыхъ противорѣчій,

зависящихъ отъ извѣстной субъективности различныхъ мемуаровъ, послужившихъ матеріаломъ для составленія исторіи 1812 г. Такъ напримѣръ, вышеупомянутый историкъ фонъ-Клаузевицъ рисуетъ санитарное состояніе русской арміи довольно мрачными красками. Особенно печальное и отчаянное положеніе для русской арміи наступило, по его словамъ, со второй половины Августа до окончательнаго изгнанія французовъ изъ предѣловъ Россіи. Больше другихъ пострадалъ отъ болѣзней авангардъ, который оставилъ по главнымъ дорогамъ преслѣдованія массу больныхъ и умершихъ отъ истощенія и холода.

Нѣкоторую характеристику для оцѣнки военной санитаріи русской арміи даетъ намъ также письмо лейбъ-медика Вилье къ Аракчееву. Вилье состоялъ при особѣ Императора Александра. Послѣ отъѣзда Государя изъ арміи, Вилье, по просьбѣ многихъ генераловъ и офицеровъ, остался при арміи и былъ потомъ назначенъ главнымъ врачебнымъ инспекторомъ арміи. Въ письмѣ своемъ къ Аракчееву онъ пишетъ слѣдующее: Въ Витебскѣ и г. Порѣчьѣ имѣлъ я случай удостовѣриться на опытѣ, что медицинское въ дѣйствующей арміи управленіе, существовавшее со времени Аустерлицкой кампаніи, было вовсе оставлено, а новое не приведено въ исполненіе. Здѣсь я производилъ много операцій и былъ свидѣтелемъ сдѣланной наилучшимъ образомъ перевязки прибывшимъ въ сіи города раненымъ, но, какъ мѣста, въ кои надлежало отправить ихъ для дальнѣйшей перевязки не были, къ сожалѣнію, назначены, то тяжело раненые, не имѣя достаточнаго числа подводъ, должны были изъ Витебска тащиться въ палящій зной, безъ пищи, безъ питья, задушаемые пылью по большой дорогѣ къ Порѣчью. Натурально слѣдствіемъ чего было воспаленіе ранъ и тому подобное. Къ крайнему моему сожалѣнію не имѣю до сихъ поръ свѣдѣнія, сколько больныхъ и раненыхъ вышло изъ Москвы, ибо они принуждены были оставить оную внезапно и идти по разнымъ дорогамъ.

Причины же умноженія въ арміи больныхъ должно искать въ недостаткѣ хорошей пищи и теплой одежды. До сихъ поръ большая часть солдатъ носятъ лѣтніе панталоны и у многихъ шинели сдѣлались столь ветхи, что не могутъ защищать отъ сырой и холодной погоды. Состояніе раненыхъ можно было бы легко улучшить, но сему препятствуютъ ежедневныя движенія арміи, отчего по сіе время нельзя еще было устроить нигдѣ для принятія ихъ временныхъ военныхъ госпиталей. Далѣе Вилье описы-

ваетъ, какъ во время Бородинскаго сраженія онъ, находясь въ центрѣ арміи при главнокомандующимъ Кутузовѣ, сдѣлалъ распоряженіе, чтобы двѣ трети всего числа врачей находились въ третьей линіи арміи впереди резервовъ, и что имъ устроены врачебные пункты для оказанія помощи транспортируемымъ раненымъ. Вилье проситъ Аракчеева доложить Государю о томъ, что то, что возможно—дѣлается для больныхъ и раненыхъ, и что имъ назначенъ лейбъ-медикъ Лодеръ съ 50 врачами для сопровожденія больныхъ, которые будутъ вывезены изъ Москвы при отступленіи. По смыслу этого письма видно, что Вилье проситъ Аракчеева успокоить Императора Александра, который былъ весьма огорченъ докладомъ министра Козодавлева о безпорядкахъ, царившихъ во врачебной части русской арміи.

Въ мемуарахъ Евгенія Вюртембергскаго высказывается по этому поводу совершенно противоположное мнѣніе, а именно: что санитарное состояніе русской арміи было довольно благопріятное, и что въ военной исторіи едва ли когда нибудь былъ лучшій примѣръ проявленія большей заботливости о нуждахъ солдатъ, чѣмъ въ русской арміи эпохи 1812 года. Въ запискахъ Борнгарда о жизни графа фонъ Толя приводятся болѣе подробныя данныя о томъ, какія принимались мѣры въ русской арміи для устраненія всѣхъ тѣхъ трудностей и невзгодъ, какія приходилось ей преодолѣвать во время зимняго похода при форсированномъ преслѣдованіи отступавшей французской арміи. Войскамъ по возможности раздавались теплыя одежды и полушубки. Никогда не было недостатка въ хлѣбѣ и сухаряхъ. Съ появленіемъ первыхъ морозовъ русскія войска помѣщались на ночлегахъ не на бивуакахъ, а по квартирамъ. Разосланное предъ началомъ войны наставленіе Г.г. пѣхотнымъ офицерамъ также свидѣтельствуетъ о предупредительныхъ мѣрахъ, принятыхъ въ русской арміи для сбереженія здоровья солдата. Въ этомъ наставленіи 1-й пунктъ гласитъ: офицеръ долженъ заботиться о здоровьи и пищѣ солдата, потому что отъ послѣдняго можно требовать многаго только тогда, когда онъ видитъ заботливость начальника.

Огромное моральное значеніе въ дѣлѣ попеченія о больныхъ и раненыхъ русской арміи имѣла импозантная личность Императора Александра I-го, человѣколюбивыя стремленія котораго вызывали восторженные отзывы всѣхъ, безъ исключенія, современниковъ. По своему отношенію къ судьбѣ раненыхъ и больныхъ не только своихъ, но и непріятельскихъ, Императоръ Александръ I-й

представлялъ собою рѣзкій контрастъ съ Наполеономъ. Въ авангрдномъ дѣлѣ подъ Вишау Императоръ Александръ былъ первый разъ подъ огнемъ. Какъ только затихла пальба, онъ шагомъ и безмолвно объѣзжалъ поле сраженія, всматриваясь въ лежавшія тѣла, онъ приказывалъ подавать помощь тѣмъ, въ комъ замѣчалъ искру жизни. Опечаленный зрѣлищемъ пораженныхъ смертью и ранами, Государь цѣлый день не ѣлъ, а къ вечеру почувствовалъ себя нездоровымъ. Тоже самое было и подъ Аустерлицемъ. Еще рельефнѣе выражалось сердечное участіе къ жертвамъ войны, когда Императоръ Александръ I-й прибылъ въ Вильну вскорѣ послѣ изгнанія французовъ. Вильна въ это время представляла потрясающее зрѣлище. Городъ былъ переполненъ больными, ранеными и умирающими. Болѣе 800 лошадей были наряжены для вывоза труповъ изъ госпиталей. Госпиталь въ Базилианскомъ монастырѣ представлялъ собою ужасную картину. 7500 труповъ были навалены другъ на друга и валялись по всѣмъ коридорамъ и помѣщеніямъ. Всѣ отверстія разбитыхъ оконъ и стѣнъ были заткнуты руками, ногами, туловищами и головами мертвыхъ, чтобы передохранить живыхъ отъ доступа холоднаго воздуха. И въ этихъ помѣщеніяхъ, наполненныхъ зловоніемъ и всякими вредными испареніями, лежали несчастные больные и раненые, обреченные на гибель. Пріѣздъ Императора Александра явился истиннымъ крупнымъ благодѣяніемъ для оставшихся въ живыхъ непріятелей. Немедленно была оказана всевозможная помощь не только по его распоряженіямъ, но и подъ его личнымъ надзоромъ. Императоръ присутствовалъ при перевязкахъ и при раздачѣ пищи, не боялся посѣщать гнѣздо смерти, не боясь заразы онъ явился туда, чтобы утѣшать всѣхъ тѣхъ, которые сдѣлались жертвой долга и несчастья и очутились въ этихъ печальныхъ помѣщеніяхъ страданія и скорби.

„Я изстрадался здѣсь", выразился Императоръ Александръ I-й, въ бесѣдѣ съ окружающими, „я не обладаю философіей Наполеона". Приведенные только что факты объ отношеніи Императора Александра I-го къ участи раненыхъ должны поистинѣ считаться провозвѣстникомъ тѣхъ гуманныхъ идей, выразителями которыхъ явились черезъ ½ столѣтія Пироговъ, Анри Дюнанъ, великая княгиня Елена Павловна, Миссъ Найтингалъ и другіе культурные дѣятели Женевскаго международнаго конгресса, благодѣяніями котораго пользуется современное человѣчество. Не взирая однакожъ на всѣ благородныя и гуманныя

проявленія Александра I-го, de facto они оставались благочестивыми пожеланіями. Съ одной стороны черезчуръ романтическое, не всегда осуществимое человѣколюбивое настроеніе, царившее во многихъ сферахъ тогдашняго русскаго общества, а съ другой—антикультурность эпохи, въ смыслѣ господствовавшей недобросовѣстной эксплоатаціи госпитальнаго режима тогдашними бюрократическими дѣятелями, были причинами того, что военно-врачебное дѣло не получило надлежащаго успѣха и усовершенствованія. Кромѣ того колоссально-ожесточенный характеръ самой борьбы съ нашествіемъ Наполеона создалъ массу тѣхъ тяжелыхъ и трудно устранимыхъ условій, въ которыхъ очутились больные и раненые русской арміи. Подъ вліяніемъ тѣхъ же тяжелыхъ условій военно-походной жизни, русская армія подверженa была неизбѣжной участи самоуничтоженія. Опустошенія, производившіяся при поспѣшномъ отступленіи въ началѣ войны, съ цѣлью отраженія врага своей родины, также весьма пагубно повліяли на санитарное состояніе русской арміи. Такое же, если не большее изнуреніе, такое же непосильное переутомленіе, какъ и во французской арміи, породили среди русскихъ защитниковъ своего отечества массу всепозможныхъ больныхъ, значительно превышавшихъ число раненыхъ, неимѣвшихъ также за собою никакого ухода и не получавшихъ никакой правильной врачебной помощи. Такъ напримѣръ, послѣ Бородинскаго побоища, при огромной массѣ убитыхъ и раненыхъ обѣихъ арміи, можно себѣ представить, въ какомъ отчаянномъ положеніи очутились раненые и больные отступавшей русской арміи. Оставленные безъ всякой помощи, если не истекали кровью, то умирали отъ голода и жажды. При занятіи французами Можайска, какъ утверждаетъ Шамбрай, русскихъ больныхъ и раненыхъ было до 10000 человѣкъ. Чтобы очистить городъ и окрестности для своихъ раненыхъ, французы выносили русскихъ больныхъ на улицы, гдѣ они оставались безъ всякаго призрѣнія. Даже въ болѣе благопріятный для русской арміи періодъ войны заболѣваемость была громадная. „Не будемъ удивляться", говоритъ Богдановичъ въ своей исторіи 1812 года „огромнымъ потерямъ, понесеннымъ русской арміей на пространствѣ отъ Вязьмы до Смоленска. Необходимо принять во вниманіе, что наши войска должны были совершать переходы въ 25 и болѣе верстъ по проселочнымъ, заваленнымъ глубокимъ снѣгомъ, дорогамъ въ сильную стужу, при чемъ подвижные магазины на волахъ отставали отъ нихъ

очень далеко. Несмотря на то что наши солдаты привыкли къ перенесенію холода и несмотря на то, что по повелѣнію Государя всѣ были снабжены полушубками, все таки потери были громадныя". При выступленіи изъ Тарутинскаго лагеря русская армія насчитывала 97112 человѣкъ. Послѣ укомплектованія ея рекрутами оказалось налицо 102254 человѣка, а чрезъ два мѣсяца по прибытіи арміи въ окрестности Вильны, въ рядахъ ея было всего 42000, на пути слѣдованія было оставлено по госпиталямъ 48000 больныхъ, не считая 12000 убитыхъ и раненыхъ за эти два мѣсяца. Если такимъ образомъ учесть всѣ цифровыя данныя о потеряхъ русской арміи, то выходитъ, что изъ 255 тысячъ первоначальнаго состава уцѣлѣло только 42000 человѣкъ т. е. армія сократилась до $^1/_6$ своего первоначальнаго состава.

Для характеристики военной медицины эпохи 1812 года не лишне будетъ вкратцѣ коснуться тогдашняго способа леченія ранъ. Леченіе ранъ въ эту эпоху, въ силу многихъ старыхъ традицій, не подвергавшихся никакой раціонально-научной критикѣ, отличалось такъ называемою полипрагмазіей, т. е. при леченіи ранъ примѣнялась масса всевозможныхъ и весьма сложныхъ по своему составу пластырей, мазей и примочекъ. Общихъ принциповъ въ методѣ леченія ранъ не было, такъ какъ этіологическіе моменты, вліяющіе на то или другое теченіе раны, еще надлежащимъ образомъ не были выяснены. Одни хирурги, напримѣръ, перевязывали рану по нѣскольку разъ въ день, а другіе оставляли рану чрезчуръ долго безъ всякой повязки. Одни хирурги накладывали теплыя, а другіе холодныя повязки; одни примѣняли сухія, а другіе наоборотъ влажныя повязки. Подъ вліяніемъ извѣстныхъ субъективно-эмпирическихъ привычекъ, нѣкоторымъ хирургамъ нравились индифферентныя перевязочныя средства, а другимъ раздражающія припарки. Рядомъ съ этими разнородными пріемами, практиковался также съ одной стороны методъ открытаго лѣченія ранъ по Русту, а съ другой весьма продолжительное оставленіе повязки на ранѣ по способу Ларрея, который, напримѣръ, накладывалъ повязку у раненаго на Бородинскомъ полѣ битвы, и эта повязка снималась только по прибытіи раненаго въ Парижъ. Въ результатѣ всѣхъ этихъ разнообразныхъ пріемовъ при лѣченіи ранъ получилось только то, что ни одна рана хотя бы и незначительная, почти не заживала per primam intentionem, а всегда путемъ нагноенія. Несомнѣнно что въ ря-

ду причинъ нагноенія ранъ служила также добрая, старая корпія, которая благочестиво щипалась грязными руками нерѣдко изъ стараго, загрязненнаго бѣлья. Ларрей, какъ описывается въ его мемуарахъ, вмѣстѣ со своими хирургами, при недостаткѣ перевязочныхъ средствъ на поляхъ сраженія, пользовался собственнымъ бѣльемъ для перевязки раненыхъ. Эта корпія фигурировала въ хирургіи еще долго и послѣ 1812 года. Исходя отъ современной точки зрѣнія, послѣ того какъ въ медицинѣ водворилось составившее эпоху ученіе Пастера, Листера и Коха, становится теперь весьма понятнымъ, почему въ госпиталяхъ 1812 года хирургическое лѣченіе давало такіе не только неблагопріятные проценты выздоровленія, но раны очень часто, и пожалуй подрядъ, осложнялись госпитальной рожей, гангреной и піэміей, о чемъ даже спустя полстолѣтія такъ много жаловался и такъ много горевалъ великій Пироговъ во время Севастопольской войны. Въ силу господствовавшихъ тогда воззрѣній и неполнаго знанія условій инфекціи ранъ, особенное значеніе и даже какое то преимущество придавалось конституціональному леченію раненаго предъ мѣстнымъ, раціональнымъ уходомъ за самой раной. Хирургамъ предоставлялось только лечить рану въ узкомъ смыслѣ, а общимъ леченіемъ, всей тогдашней антифлогистикой, піявками, банками, кровопусканіемъ, заволоками, фонтанелями, рвотными, слабительными и клистирами руководилъ главнымъ образомъ тогдашній такъ называемый Medicus purus. Нельзя здѣсь также не упомянуть, что постоянный разладъ и пререканія, существовавшіе между медиками и хирургами, ихъ взаимное постоянное стремленіе подрывать авторитетъ другъ у друга, лишало ихъ всякаго вліянія на администрацію и весьма невыгодно отражалось на состояніи врачебнаго дѣла въ арміяхъ. Личный перевязочный пакетъ, пріобрѣвшій за послѣднее 50-ти лѣтіе такое важное значеніе для первоначальной перевязки ранъ въ боевой линіи, также отсутствовалъ въ арміяхъ 1812 года и не имѣлъ себѣ предшественниковъ въ формѣ какихъ либо другихъ повязокъ. Способы остановки кровотеченія при пораненіяхъ и хирургическихъ операціяхъ также крупно вліяли на тотъ или другой исходъ всякой раны. Не смотря на то, что перевязка кровеносныхъ сосудовъ введена была еще Амбруазъ-Парэ и Гунтеромъ, въ эпоху 1812 года она не получила еще полнаго права гражданства, и у многихъ врачей сохранилась еще старая привязанность къ тампону и каленому желѣзу. Извѣстные хирурги, какъ Petit

и генеральный хирургъ Прусской арміи Theden, испытывали особенный страхъ и ужасъ при видѣ торсіоннаго пинцета. Нѣсколько раньше главный докторъ Прусской арміи Герке отдалъ приказъ по арміи, чтобы врачи при операціяхъ не прибѣгали къ *кавказскому* способу перевязки сосудовъ. Даже Ларрей, не взирая на его талантливую оперативную технику и искустное умѣнье перевязывать сложныя раны, встрѣчалъ нерѣдко протестъ со стороны другихъ хирурговъ по поводу примѣнявшейся имъ перевязки сосудовъ. Благодѣтельный турникетъ, служившій нерѣдко спасеніемъ для раненаго отъ окончательнаго истеченія кровью, при тогдашнихъ условіяхъ передвиженія и транспортировки раненыхъ также не могъ давать особенно желательныхъ результатовъ. Ибо для правильнаго примѣненія турникета, хотя бы и усовершенствованнаго, необходимо требуется еще, чтобы раненаго переносили на хорошо приспособленныхъ носилкахъ, подъ постояннымъ наблюденіемъ специально подготовленныхъ носильщиковъ.

Докторъ французской гвардіи де-ля-Флизъ, работавшій подъ руководствомъ Ларрея, описываетъ въ своемъ дневникѣ пріемы переноски и транспортировки раненыхъ во время Бородинскаго сраженія. Не говоря уже о другихъ войскахъ, даже въ гвардіи, о которой Наполеонъ всегда особенно заботился, носилки импровизировались только во время наступленія боя. Чаще всего раненые переносились на скрещенныхъ ружьяхъ или на простыхъ доскахъ.

„Трудно себѣ представить, говоритъ де-ля-Флизъ, каковы должны быть страданія раненаго, у котораго ляшки, нога или обѣ ноги разбиты или оторваны, когда его поднимаютъ съ земли и кладутъ на скрещенныя ружья или доску. Какъ часто я бывалъ свидѣтелемъ этого ужаснаго зрѣлища, какъ часто отъ такого рода переноски раны и увѣчья дѣлались смертельными". Общій наркозъ и мѣстная анэстезія, оказавшіе такія блестящія услуги современной хирургіи, также отсутствовали еще и были забыты въ эту эпоху, несмотря на то, что сама идея наркоза зародилась еще въ древней классической медицинѣ у Архигена, Діоскорида и Плинія. „Невозможно передать, продолжаетъ этотъ врачъ, того рева, того скрежета зубовъ, тѣхъ болѣзненныхъ криковъ и стоновъ больныхъ отъ самой раны и отъ способовъ леченія ея, когда операторъ разрѣзаетъ покровы, разсѣкаетъ мышцы и нервы, пилитъ насквозь кости, перерѣзываетъ артеріи, кровью

которыхъ забрызганы врачи съ ногъ до головы". Ларрей со своими сотрудниками, стоя на колѣняхъ въ грязи, подъ какими нибудь импровизированными навѣсами, по цѣлымъ ночамъ, по окончаніи боя, подавали помощь раненымъ при сказаной обстановкѣ. Подъ вліяніемъ и впечатлѣніемъ пріемовъ современной хирургіи, со всѣми ея научно-техническими приспособленіями и усовершенствованіями, намъ теперь еще труднѣе представить себѣ ту ужасную, потрясающую картину, которую изображала изъ себя хирургическая помощь во время войны 1812 года.

Изъ приведенныхъ фактическихъ данныхъ хотя и весьма краткихъ, нельзя не придти къ тому заключенію, что военная санитарія въ кампаніи 1812 года, не получила еще тогда особеннаго, прогрессивнаго развитія, а скорѣе страдала тѣми же стереотипными недостатками, которыми она отличалась въ минувшую некультурную эпоху среднихъ вѣковъ. Но необходимо также замѣтить, что застой въ организаціи военно-врачебнаго дѣла продолжался еще долго и послѣ войны 1812 года, чуть ли не до послѣдней четверти минувшаго 19-го вѣка, что намъ достаточно иллюстрируютъ письма Пирогова изъ Севастополя и замѣтки въ его военно-полевой хирургіи о военно-врачебныхъ нуждахъ во время крымской войны.—Конечно, военное искусство, какъ таковое, имѣетъ своею главною цѣлью побѣждать противника и уничтожать вооруженныя силы врага. Военное искусство уже по своему существу и по внутреннему своему смыслу имѣетъ также свое самостоятельное историческое теченіе и не всегда могло вполнѣ гармонировать и проявлять полную солидарность съ идеалами и задачами истинной врачебной науки. Но если война принадлежитъ къ неизбѣжнымъ мрачнымъ явленіямъ въ исторіи народовъ, если трудно вообще представить себѣ ту идеальную картину, когда тигръ будетъ пастись на лугахъ рядомъ съ овечкой, когда народы раскуютъ свои мечи на орала и будутъ мирно блаженствовать подъ своими смоковницами и виноградниками, то все таки нельзя отказаться отъ той мысли, что сама война, равно какъ и международная мораль, по законамъ эволюціи должны все болѣе и болѣе усовершенствоваться и принимать болѣе культурный характеръ. Международная борьба при своемъ проявленіи на историческомъ горизонтѣ все болѣе и болѣе теряетъ свой зоологическій характеръ и все болѣе и болѣе нуж-

дается въ оправдывающихъ ее морально-культурныхъ мотивахъ. При усовершенствованіи же мотивовъ войны являются также и другіе психическіе импульсы, которые воодушевляютъ и очаровываютъ армію, импульсы, придающіе боевой арміи особенный энтузіазмъ и необходимыя для успѣха ея чувства военнаго долга и безграничнаго самоотверженія. Насколько психическое настроеніе существенно важно для успѣха арміи едва ли сомнѣвались когда либо и кто либо изъ военныхъ полководцевъ, и война 1812 года также это доказала. Обѣ арміи, какъ наступавшая, такъ и обороняющаяся, одинаково сильно пострадали и цѣликомъ почти растаяли отъ голода, холода, всевозможныхъ лишеній и массовыхъ заразныхъ болѣзней; но побѣда осталась за русской арміей несомнѣнно потому, что она имѣла гораздо больше психическихъ стимуловъ и была вооружена и проникнута болѣе сильными эмоціональными и нравственными побужденіями, чѣмъ французская армія. Организація разумнаго здравоохраненія арміи, помимо ея филантропической роли, какъ завѣтъ элементарной человѣчности, уже сама по себѣ имѣетъ также крупное значеніе для стратегіи и тактики. Забота и попеченіе о больныхъ и раненыхъ служатъ, въ свою очередь, громаднымъ коррективомъ для психическаго настроенія арміи и не мало поддерживаютъ тотъ духъ и ту внушаемость, которые составляютъ conditiô sine qua non для успѣха воюющей арміи. — Анализируя всѣ печальныя условія военной санитаріи во время кампаніи 1812 года, невольно напрашивается мысль что главныя причины малоуспѣшности и непродуктивности врачебнаго дѣла этой эпохи состояли въ томъ, что тогда еще въ общественномъ сознаніи отсутствовали идеи и понятія о значеніи общественной профилактики и широкаго массоваго здравоохраненія въ формѣ частной, добровольной, солидарной и скорой помощи. Если въ средніе вѣка врачи состояли только при высокопоставленныхъ особахъ, обслуживали только интересы ихъ личнаго здоровья, игнорируя при этомъ всю массу бойцовъ, то въ 1812 году въ этомъ отношеніи далеко не ушли впередъ, за весьма малымъ исключеніемъ. Роль тогдашней врачебной науки, вся сфера ея дѣятельности сосредоточивались и вращались въ тѣсныхъ и узкихъ рамкахъ индивидуальнаго врачеванія. Всѣ тогдашнія первичныя ампутаціи, экзартикуляціи и другіе хирургическіе пріемы на поляхъ сраженія, всѣ длинные и многосложные рецепты натурфилософскаго мышленія ока-

зались жалкими и ничтожными палліативами, дававшими только воображаемую пользу и сомнительные результаты послѣ того, какъ больные и раненые очутились въ тогдашнихъ крайне плохо организованыхъ лечебныхъ заведеніяхъ, въ этихъ разсадникахъ и очагахъ заразы и смерти. Понадобилось больше чѣмъ полстолѣтія послѣ войны 1812 года, чтобы услышать назидательныя слова, высказанныя Пироговымъ въ своемъ отчетѣ по обозрѣнію военно-санитарныхъ учрежденій во время франзуско-нѣмецкой войны 1870 года. „Что, спрашиваетъ Пироговъ, преимущественно вліяетъ на успѣхи леченія и на уменьшеніе смертности въ войскахъ?" И на это отвѣчаетъ. „Ужъ вѣрно не терапія и хирургія сами по себѣ. Для массъ въ терапіи и хирургіи безъ хорошей администраціи даже и въ мирное время мало проку, а въ такихъ катастрофахъ, какъ война, и подавно". Приведенныя слова Пирогова могутъ и поднесь служить для насъ руководящимъ афоризмомъ, ибо всѣ успѣхи врачебной науки во всѣхъ ея отрасляхъ, всѣ техническія усовершенствованія врачебнаго искусства пріобрѣтаютъ свое настоящее значеніе и свою настоящую культурную цѣнность лишь тогда, когда онѣ примѣняются къ здравоохраненію цѣлыхъ народныхъ массъ, въ томъ числѣ, конечно и арміи, представляющей собою, въ настоящее время, синонимъ цѣлаго народа.

Но для того, чтобы массовое здравоохраненіе примѣнялось въ широкомъ его смыслѣ и пониманіи, необходимо пандемическое господство человѣколюбія и взаимной культурной солидарности не только между всѣми элементами и слоями даннаго населенія, но между цѣлыми народами и государствами.

Литература.

При составленіи предыдущей рѣчи авторъ пользовался слѣдующими литературными источниками:

1) Geschichte d. Medizin. D-r Max Neuburger und D-r J. Pagel. Jena 1902.
2) Haeser, H. Prof. Geschichte d. epidemischen Krankheiten Jena. 1853.
3) Stricker, W. D-r. Archiv f. pathologische Anatomie R. Virchow. B. 53.

4) Linstow, V. Deutsche militärarztliche Zeitschrift. 1900.
5) Militärarzt 1901.
6) Koch, R. Prof. Die Bekampfung der Infectionskrankheiten. Berlin. 1888.
7) Larrey, D. Z. Mémoires de chirurgie militaire et campagnes.
8) Elstein, W. D-r. Die Erkrankungen im Feldzuge gegen Russland 1812.
9) Nierder O. D-r Die Kriegesepidemien des 19. Jahrhunderts
10) Clausewitz v. Ueber Krieg und Kriegführung. Berlin. 1835.
11) V. Roos H. F. L. Ein Jahr aus meinem Leben. S. Petersburg. 1832
12) Magnus Hugo Prof. Der Werth der Geschichte für die moderne induktive Naturbetrachtung.
13) Иліада Гомера. Переводъ Минскаго. Москва. 1896 г.
14) Богдановичъ, М. Исторія отечественной войны 1812 г
15) Шильдеръ, Н. К. Императоръ Александръ Первый. С.-Петербургъ 1897.
16) де-ла-Флизъ. Записки д-ра франц. гвардіи. Русская Старина за 1891 и 1892 годы.
17) Дубровскій, Н. Отечественная война въ письмахъ современниковъ С.-Петербургъ 1882.
18) Глинка, С. Записки о Москвѣ 1812 г. С.-Петербургъ. 1837
19) Рихтеръ, В. Исторія медицины въ Россіи. Москва 1820 г.
20) Михайловскій-Данилевскій. Описаніе отечественной войны 1812 года. С.-Петербургъ 1840 г.
21) Лаверанъ, А. Ученіе о войсковыхъ болѣзняхъ и эпидеміяхъ. С.-Петербургъ. 1877.
22) Гризингеръ. Горячечныя болѣзни. Томъ 1-ый. С.-Петербургъ. 1861.
23) Змѣевъ, А. Ѳ. Былое врачебной Россіи. С.-Петербургъ. 1900 г.
24) Чистовичъ, Я. Очерки изъ исторіи русскихъ медицинскихъ учрежденій 18 столѣтія. С.-Петербургъ. 1870 г.
25) Загоскинъ. Н. П. Врачи и врачебное дѣло въ старинной Россіи. Казань 1891.
26) Сташевскій, Е. Д. Кіевскія университетскія извѣстія 1910. кн. 7.
27) Пироговъ, Н. И. Отчетъ о посѣщеніи военно-санитарныхъ учрежденій въ Германіи, Лотарингіи и Эльзасѣ. С.-Петербургъ. 1871, а также и Военно-полевая Хирургія.