

8-11-62
докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1907—
1908 учебномъ году.

5042 № 24

КЪ ВОПРОСУ

О

ЗАБОЛѢВАЕМОСТИ БУГОРЧАТКОЮ

ЛЕГКИХЪ ВЪ РУССКОЙ АРМІИ.

(Обзоръ статистическаго матеріала по годовымъ отчетамъ о санитарномъ со-
стояніи русской арміи и частей войскъ С.-Петербургскаго Военнаго Округа
съ 1895 г. до 1905 г. въ связи съ поголовнымъ изслѣдованіемъ 146 пех. Ца-
рицынскаго полка).

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

П. М. Пospѣлова.

64237
Работа исполнена при лазаретѣ 146 п. Царицынскаго полка
въ 1906 и 1907 гг.

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: профессора
С. В. Шидловскій, Н. Я. Чистовичъ и приватъ-доцентъ И. Ф. Рапчевскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Тип. В. Я. Мильштейна. Выб. ст., Нижегородская ул. д. № 14.
1908.

Серія докторскихъ диссертаций, допущенныхъ къ защитѣ въ
ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1907—
1908 учебномъ году.

7-НОЯ 2012

№ 24

КЪ ВОПРОСУ

БИБЛИОТЕКА

Даркловского Института Медицины

5042

11-6

ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВУГОРЧАТКОЮ

ЛЕГКИХЪ ВЪ РУССКОЙ АРМІИ

(Обзоръ статистическаго матеріала по годовымъ отчетамъ о санитарномъ состо-
яніи русской арміи и частей войскъ С.-Петербургскаго Военнаго Округа
съ 1895 г. до 1905 г. въ связи съ поголовнымъ насѣдваніемъ 146 пех.
Царифанскаго полка).

1936

3822

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

П. И. Поспѣлова.

ПРОВЕРЕНО

1628

17830

Работа исполнена при лазаретѣ 146 п. Царифанскаго полка
въ 1906 и 1907 гг.

62

Цензорами диссертации, по порученію Конференціи, были: профессоръ
С. В. Шидловскій, Н. Я. Чистовичъ и приватъ-доцентъ И. Ф. Ралчевскій.

Получено
1908 г.

Илл.
№ 1-го Харьк.-Мед. Института
НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Тип. В. Я. Мильштейна. Выб. ст., Нижегородская ул. д. № 14.
1908.

1950
Переуче 1-60

7 - ноя 1947

Докторскую диссертацию лекаря П.И. Пospelова под заглавием: "Къ вопросу о заболеваемости бугорчаткой лежких въ русской арміи" печатать разрѣшается, съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи было представлено въ Конференцію ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ этой диссертации (125 экземпляровъ диссертации и 300 отдельныхъ оттисковъ краткаго резюме' ея (выводовъ) представляются въ Канцелярію Конференціи Академіи, а 375 экземпляровъ диссертации — въ Академическую бібліотеку). С.-Петербургъ, Января 28 дня 1908 года.

За Ученаго Секретаря Профессоръ В. Варлихъ.

Посвящается

Русскому солдату.

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ.

1.

Вопросъ о заболѣваемости бугорчаткой легкихъ, не смотря на свою давность и обширность своей литературы, далеко еще не потерялъ своего значенія особенно въ тѣхъ случаяхъ, когда подобное заболѣваніе наблюдается въ обществѣ: въ учебныхъ заведеніяхъ, промышленныхъ заведеніяхъ и въ частяхъ войскъ.

Если съ одной стороны уже давно, благодаря дѣлому ряду авторовъ во главѣ съ Willemin'омъ, Baumgarten'омъ и Кохомъ установлена сущность бугорчатого заболѣванія и заразительность чахотки вообще, то съ другой стороны дѣлому ряду другихъ авторовъ во главѣ съ Cornet'омъ и Flügge удалось строго разграничить условія и возможность зараженія при различныхъ обстоятельствахъ: помимо природной или случайной восприимчивости самаго организма къ туберкулезному зараженію аналогично съ восприимчивостью къ прочимъ зараженіямъ по многочисленнымъ опытамъ Cornet'a оказалось, что условія зараженія бугорчаткою должны имѣть свою опредѣленную физиономію²⁾.

Еще недавно чрезвычайная частота легочной чахотки и значительное количество мокроты, содержащей бугорчатковыя палочки, выхаркиваемой больными, дали поводъ предполагать, что зародыши бугорчатки находятся повсюду тамъ, гдѣ живутъ люди, и что мы можемъ съ каждымъ вздохомъ принимать ихъ въ себя, и только отсутствіемъ расположенія объясняется быть можетъ, что большинство людей не дѣлается туберкулезными.

Измѣненіемъ же этого взгляда мы обязаны Cornet'у, много лѣтъ работавшему въ институтѣ Коха надъ вопросомъ о мѣстѣ нахожденія палочки бугорчатки въ тѣлѣ человека. Онъ всюду—въ частныхъ жилищахъ, въ больницахъ, гдѣ были ча-

хоточные, тюрьмахъ и на улицахъ, бралъ для изслѣдованія пыль, отложившуюся на стѣнахъ, полу, мебели, картинахъ и т. п. и прививалъ ее морскимъ свинкамъ, вырискывая въ полость брюшины въ обезбоженномъ бульонѣ или глинеринѣ. Благодаря этимъ изслѣдованіямъ выяснилось, что о вредности бугорчатковой палочки не можетъ быть и рѣчи, но возможность нахождения ея дана въ такихъ помѣщеніяхъ, въ которыхъ продолжительное время находились чахоточные больные. Поэтому на основаніи своихъ изслѣдованій Coignet того мнѣнія, что бугорчатковыя палочки находятся не повсюду тамъ, гдѣ жили чахоточные больные, а только тамъ ихъ можно найти въ пыли и воздухѣ, гдѣ мокрота больныхъ бугорчаткой имѣла возможность присохнуть и затѣмъ распылиться. Эта случайность существуетъ повсюду тамъ, гдѣ мокрота чахоточныхъ вышлеивается на полъ или платокъ; однимъ словомъ, чѣмъ меньше опрятенъ больной бугорчаткой, тѣмъ болѣе источникъ зараженія онъ представляетъ изъ себя ³⁾.

Pilgge еще расширилъ этотъ вопросъ, доказавъ, что бугорчатковая палочка можетъ находится въ воздухѣ не только тамъ, гдѣ распыляется присохшая мокрота чахоточныхъ, но что при кашлѣ чахоточныхъ могутъ попасть непосредственно въ воздухъ капельки съ содержаніемъ туберкулезныхъ палочекъ и эти капельки могутъ довольно продолжительное время не осѣдать ⁴⁾.

Тоже подтверждаетъ и профессоръ Лашенко.

Не пускаясь въ подробности этого вопроса, слѣдуетъ на немъ только остановиться, чтобы не обвинять во всѣхъ случаяхъ множество второстепенныхъ причинъ, а сдѣлать отыскать главную причину распространения заболѣванія. Этимъ я хочу сказать, что если часто не вполне удовлетворительное гигиеническое состояніе окружающей насъ обстановки выставляется какъ причина появленія заразныхъ болѣзней вообще, то это еще не будетъ служить доказательствомъ обязательности появленія туберкулеза, если не выясняется при этомъ болѣе индивидуальныя условия для его возникновенія.

Для появленія заболѣваній бугорчаткой въ обществѣ, согласно ученію Coignet'a *прежде всего должно быть самъ источникъ заразы, т. е. страдающій бугорчаткой легкія, затѣмъ онъ долженъ обладать упомянутыми выше недостатками (неопрятностью) и долженъ пробыть въ данномъ мѣстѣ болѣе или менее продолжительное время; тогда только этотъ источникъ можетъ сдѣлаться очагомъ для распространенія заразы* ⁵⁾. Конечно, на практикѣ широко разбраться въ этихъ индивидуальныхъ способахъ зараженія каждой заравною болѣзью не приходится, если правильное понятіе о гигиенѣ у насъ еще не только не привилось простолюдину, но нерѣдко находится въ

зачаточномъ состояніи и у интеллигентовъ; тѣмъ не менѣе знать о томъ, гдѣ корень зла, слѣдуетъ; что нужно настойчивѣе и энергичнѣе устранить, то и должно быть устранено ранѣе другихъ.

II.

Если вопросъ о распространеніи бугорчатки легкіхъ въ арміяхъ еще живо интересуетъ людей во всѣхъ европейскихъ государствахъ, не смотря на то, что есть уже рядъ изслѣдованій по этому вопросу въ иностранной и отчасти русской литературѣ, съ которыми мнѣ пришлось познакомиться, то это значитъ, что свести его со сцены далеко еще не удалось. Вопросъ еще не вполне выясненъ, гдѣ причина существованія всетаки замѣтнаго количества заболѣваній чахоткой легкіхъ въ арміяхъ: кроется ли она въ самихъ заболѣвшихъ или окружающей обстановкѣ, виновна ли здѣсь общая неудовлетворительность гигиеническихъ условий, или здѣсь еще должны существовать частныя спеціальныя для данного заболѣванія условия.

Статистика показываетъ въ европейскихъ арміяхъ постепенное пониженіе числа заболѣваній бугорчаткой легкіхъ, которое, повидимому, идетъ параллельно съ успѣхами ученія о бугорчаткѣ. Такъ это отчетливо замѣчается въ цифрахъ отчетовъ германской арміи ⁶⁾ и въ некоторыхъ другихъ государствахъ; къ сожалѣнію, этого нельзя сказать про русскую армію, гдѣ за послѣдніе годы, хотя и замѣчается общее пониженіе, но незначительное. Свѣдѣнія о заболѣваемости бугорчаткой легкіхъ въ русской арміи мы имѣемъ кромѣ годичныхъ отчетовъ о санитарномъ состояніи ея, издаваемыхъ Главнымъ Военно-медицинскимъ Управленіемъ, — въ немногихъ работахъ, гдѣ было предпринято поголовное изслѣдованіе нижнихъ чиновъ на данное заболѣваніе.

Цѣль такого рода поголовныхъ изслѣдованій на заболѣваніе бугорчаткою легкіхъ вполне понятна — это желаніе получить цифры, наиболѣе близкія къ истинѣ, такъ какъ съ одной стороны извѣстно, какъ часто упомянутое заболѣваніе маскируется другими болѣзнями и потому не регистрируется подъ своимъ настоящимъ именемъ, съ другой стороны въ практикѣ военно-санитарной службы извѣстны нерѣдкіе случаи умышленной по тѣмъ или другимъ причинамъ неправильной регистраціи болѣзней вообще.

Присутная къ выясненію вопроса о заболѣваемости бугорчаткой легкіхъ по предложенію Непремѣннаго Члена Военно-

медицинского Ученого Комитета привать-доцента Императорской Военно-медицинской Академии доктора И. Ф. Раичевского я рѣшилъ въ видахъ болѣе достижимаго пути къ истинѣ произвести поголовное изслѣдованіе на заболѣваніе туберкулезомъ легкихъ 146 пѣх. Царицынскаго полка, въ которомъ я состою младшимъ врачомъ 8-й годъ, и разсмотрѣніе годовыхъ отчетовъ о санитарномъ состояніи русской арміи и частей войскъ С.-Петербургскаго Военнаго Округа, съ порядкомъ регистраціи больныхъ котораго я наиболѣе знакомъ; кромѣ того С.-Петербургскій Военный Округъ постоянно даетъ наибольшую заболѣваемость бугорчаткой легкихъ въ частяхъ войскъ. Такимъ образомъ, разобравшись съ вопросомъ въ указанныхъ рамкахъ, можно будетъ весьма близко подойти и къ болѣе полному выясненію заданнаго вопроса, такъ какъ строй арміи во всѣхъ отношеніяхъ всетаки однообразенъ.

Мысль производить поголовное изслѣдованіе населенія на заболѣваніе бугорчаткою легкихъ путемъ неоспоримаго доказательства — находженія въ мокротѣ туберкулезныхъ палочекъ—возникла впервые у покойнаго профессора Манассеина, по указанію котораго въ свое время сдѣланъ рядъ наблюденій земскими врачами надъ крестьянскимъ населеніемъ въ нѣкоторыхъ губерніяхъ Россіи, а затѣмъ и въ нѣкоторыхъ частяхъ русской арміи. Это работы земскихъ врачей—Ширскаго, Фриновскаго и Савельева и военныхъ врачей—Гейлиха, Горбачева и Игнатовича.

Работы первыхъ интересны по своимъ результатамъ въ томъ отношеніи, что онѣ дали болѣе точное понятіе о степени заболѣваемости бугорчаткой среди крестьянскаго населенія. Цифры, полученные упомянутыми авторами, настолько замѣтны, что сразу разбиваютъ принятое мнѣніе въ обществѣ о маломъ распространеніи названнаго заболѣванія среди сельскаго населенія, но о свойственности его городскому населенію.

У Ширскаго получилось, что крестьяне даютъ 1,03% чахоточныхъ, казаки 2,25%, изъ всего числа людей, осмотрѣнныхъ имъ ?).

У Фриновскаго ⁸⁾—4%,
и Савельева ⁹⁾—1,11%.

Изслѣдованіе произведено было надъ взрослыми людьми. Изъ подробностей этихъ работъ интересно, что женщины дали нѣсколько болѣеший процентъ заболѣваемости, чѣмъ мужчины, а затѣмъ замѣчалось нерѣдко значительное колебаніе въ цифрахъ заболѣвшихъ въ отдѣльныхъ селахъ, именно, по Фриновскому отъ 0,42% до 6%.

Мѣстности, гдѣ производились упомянутыя наблюденія, находятся въ средней, плодородной полосѣ Россіи.

Результаты поголовныхъ изслѣдованій въ частяхъ войскъ упомянутыхъ военныхъ врачей слѣдующіе:

При поголовномъ изслѣдованіи 1420 человекъ нижнихъ чиновъ 145 пѣхотнаго Новочеркасскаго полка найдены туберкулезныя палочки у 17 человекъ или 1,2% д-мъ Гейлихомъ.

Въ Кадровомъ резервномъ полку изъ 500 человекъ—у 6 или 1,2% и въ 148 пѣхотномъ Каспійскомъ полку изъ 1686—26 или 1,54%.

Первые два полка квартируютъ въ С.-Петербургѣ, третій въ г. Кронштадтѣ ¹⁰⁾.

Горбачевъ ¹¹⁾ изслѣдовалъ мокроту у 78 изъ 162 человекъ солдатъ Копальской мѣстной команды, нашелъ туберкулезныя палочки у 33 или 2,03%. Затѣмъ было повторное изслѣдованіе у вновь прибывшихъ солдатъ Копальской мѣстной команды Горбачевымъ и Игнатовичемъ въ слѣдующіемъ году, при чемъ найдено 11 изъ 62 ¹²⁾.

Изслѣдованія доктора Гейлиха были произведены въ 1894 г., а Горбачева и Игнатовича въ 1890 и 1891 гг.

Одно сопоставленіе этихъ цифръ процента заболѣваемости бугорчаткою легкихъ среди крестьянскаго населенія и солдатъ, которыхъ почти одинаково, даетъ поводъ спросить, почему такъ велика заболѣваемость чахоткой среди войскъ, куда, какъ известно, долженъ поступать самый здоровый элементъ населенія, гдѣ искать причины тому? Поступаютъ ли люди въ войска со скртымъ заболѣваніемъ, которое выплываетъ подъ вліяніемъ разнообразныхъ условій, мѣста климата и т. д., или они приобрѣтаютъ болѣзнь на службѣ? Вопросъ сложный, но практически важный, а потому повторное поголовное изслѣдованіе и разборъ статистическаго матеріала во всякомъ случаѣ представитъ практической интересъ.

III.

Принимая за работу поголовнаго изслѣдованія нижнихъ чиновъ на заболѣваніе чахоткой легкихъ, я долженъ былъ сначала дать себѣ отчетъ, какъ вести это дѣло: изслѣдовать ли дѣйствительно всѣхъ солдатъ полка поголовно, или дѣлать изблѣсообразный выборъ изъ всего состава полка и только выбранныхъ подвергать всестороннему изслѣдованію на присутствіе бугорчатки легкихъ.

Такъ какъ центр тяжести подобныхъ изслѣдованій долженъ сосредоточиваться на отысканіи туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ, ибо только этотъ признакъ можетъ служить въ неоспоримымъ доказательствомъ бугорчаткаго заболѣванія осо-

бенно среди людей, которые не находятся в условиях быстрой обстановки и не имеют других характерных признаков на упомянутое заболевание, то поголовное исследование мокроты такой массы людей (около 2000) естественно не могло бы блистать тщательностью своего выполнения вследствие однообразия и утомительности работы изъять за массы ожидаемых заранее отрицательных результатов. В итоге и весь труд не дал бы точных результатов, потому что повторное исследование, необходимое в многих сомнительных случаях, еще более бы увеличило работу. Поэтому я остановился сначала на целесообразном выборе подозрительных случаев, руководствуясь примѣром упомянутых авторов, работавших в этом направлении, личным опытом и указаниями других литературных источников.

При выборе прежде всего принимался во внимание типичный вид людей: строение тела, худоба, блѣдность покровов; затѣм намѣченные подвергались перкуссии, аускультации и распросу *). При майтѣйших признаках страдания дыхательных органов, длительного или повторяющегося, — малокровия, каких либо указаний на наследственность — исследуемые снабжались стеклянною баночкою для собиранія мокроты, съ точным указаніем, как поступать съ нею. Собранная мокрота приносилась въ лабораторію полкового лазарета, гдѣ и исследовалась мною на туберкулезныя палочки.

Наиболѣе подозрительные въ данномъ отношеніи зачислялись въ полковой лазаретъ и тамъ подвергались еще болѣе тщательному и повторному исследованію.

Подобный выбор производился на такъ называемыхъ ти-лесныхъ смотрѣхъ по ротамъ, на амбулаторныхъ примѣхахъ и нерѣдко при каких-либо случайныхъ столкновеніяхъ съ нижними чинами.

Когда путемъ такого выбора матеріалъ былъ уже исчерпанъ, то я сталъ производить болѣе систематическое и широкое поголовное исследование нижнихъ чиновъ, распредѣливъ ихъ по срокамъ службы. Въ свободное отъ занятій время нижніе чины данной роты и известнаго срока службы вызывались въ полковой лазаретъ или собиравлись гдѣ либо въ цѣломъ помѣщеніи и подвергались осмотру, выслушиванію, выстукиванію, а если нужно, и распросу.

Всѣ отмѣченные заносились въ особые списки, а затѣмъ также получали стклянки для собиранія мокроты.

Въ болѣе подозрительныхъ случаяхъ, гдѣ мокрота послѣ повторныхъ исследованийъ давала отрицательные результаты,

*) У нижнихъ чиновъ также производилось намѣреніе окружности грудной клетки и вѣса тела.

послѣдняя, приблизительно въ половинномъ количествѣ разведенная водою прививалась морскимъ свинкамъ, путемъ вприскивания шприцемъ Праваца въ полость брюшины или подъ кожу живота при соблюденіи обычныхъ правилъ антисептики¹³⁾.

Микроскопъ Лейтца съ иммерсіей.

Микроскопическіе препараты изъ мокроты готовились частью обычнымъ путемъ, т. е. исследуемая мокрота выливалась на тарелку или чашечку Petri, стоящую на черной бумагѣ, и затѣмъ изъ нея вылаживались пинцетомъ или иглами желтые комочки, которые наносились на чистыя покровныя стеклышки, подвергались растиранию и затѣмъ высушивались на воздухѣ. Однако скоро я отъ употребленія покровныхъ стеклышекъ отказался и перешелъ къ своему привычному методу — дѣлать препараты на предметныхъ стеклышкахъ. Такъ я исследую мокроту уже давно. Здѣсь же я дѣлалъ сначала по правиламъ, рекомендуемымъ всюду въ руководствахъ. Но найдя одобреніе упомянутому способу въ новѣйшемъ руководствѣ д-ра Предтеченскаго¹⁴⁾ и видя подобный способъ приготовления мокроты въ Николаевскомъ и Семеновскомъ госпиталяхъ, я остановился на своемъ привычномъ способѣ, находя его болѣе удобнымъ и простымъ. Его одобряетъ и проф. Friedlander¹⁵⁾. Препаратъ получался болѣе, размазываніе удавалось лучше. Для мокроты же, обработанной по Biedert'у, этотъ способъ имѣетъ несомнѣнное преимущество.

Мокрота въ своемъ естественномъ видѣ исследовалась сравнительно рѣдко, такъ какъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ получалась мокрота съ малымъ количествомъ гнойныхъ шариковъ, не комковатая, слизистая, обычно наблюдаемая у страдающихъ обострившимся бронхитомъ. Это, конечно, понятно, потому что большинство исследуемыхъ были страдающіе бронхитомъ. Поэтому приходилось обрабатывать ее по одному изъ известныхъ способовъ, чтобы съ одной стороны получить мокроту такъ сказать болѣе оформленную и удобную для размазыванія на стеклѣ, а главное для достиженія болѣе высокой концентрации предполагаемыхъ туберкулезныхъ палочекъ. Я пользовался для этой цѣли способомъ Видерта въ его чистомъ видѣ, иногда способомъ Видерта—Афанасьева,¹⁶⁾ пробовалъ способъ Раскиной, а также Wan-Ketel.¹⁷⁾ Другихъ способовъ обработки мокроты я не примѣнялъ, хорошо освоившихъ съ упомянутыми.

Въ критическую оцѣнку ихъ я не могу входить, такъ какъ исследовалъ мокроту не у задѣломо хаточныхъ больныхъ, а искалъ послѣднихъ среди страдающихъ бронхитомъ или другими болѣзнями, могущими дать иногда только весьма малое подозрѣніе на туберкулезъ легкихъ, тѣмъ не менѣе могу

сказать, что, проверяя себя при пблдомъ видѣ отрицательныхъ случаевъ, я иногда бралъ мокроту у забѣдо tuberculosisныхъ своихъ частныхъ пациентовъ или изъ Ямбургской земской больницы и производилъ изслѣдованіе мокроты, обработанной по разнымъ способамъ, и нерѣдко получалъ такъ, что препаратъ, приготовленный обычнымъ способомъ давалъ отрицательные результаты, а приготовленный по Видерту—ясный, положительный.

При обработкѣ мокроты по способу Видерта приходилось употреблять то весьма мало раствора фѣдкаго калки, то больше, смотря по количеству слизи. Послѣ обработки мокрота оставалась въ коническихъ бокалахъ не меньше сутокъ, рѣже пользовался центрифугою. Высушенные препараты фиксировалъ надъ пламенемъ спиртовой лампочки и затѣмъ окрашивалъ по способу Ziehl-Neelson, т. е. сначала карболовымъ фуксиномъ при нагреваніи, затѣмъ обезцвѣчивалъ 25% растворомъ сѣрной кислоты и затѣмъ окрашивалъ 2% воднымъ растворомъ метиленовой синьки. Высушивалъ на воздухѣ препараты или слегка подогрѣвая, разсматривалъ въ керновомъ маслѣ прямо на предметномъ стеклѣ или предварительно заключивъ препаратъ въ канадскій бальзамъ или глицеринъ.

Подробно и часто повторно мокрота изслѣдована была у 264 нижнихъ чиновъ полка, въ громадномъ большинствѣ случаевъ страдающихъ бронхитами, малокровіемъ или вообще шокимъ питаніемъ, а также лимфаденитами. Большинство лазаретныхъ больныхъ, страдающихъ какими либо серьезными острыми заболеваниями, какъ - то: крупознымъ воспаленіемъ легкихъ, острымъ плевритомъ, или дѣйственнымъ — хроническимъ катарромъ желудка и кишекъ, маляріей или маляріей кахексией (цинготныхъ не было) также подвергались изслѣдованію на туберкулезъ.

Въ итогѣ туберкулезныя палочки изъ всего числа найдены у одного.

Такое ничтожное количество людей съ положительнымъ результатомъ изслѣдованія можетъ показаться сравнительно и неожиданнымъ, если сравнить съ результатами упомянутыхъ выше авторовъ, напримеръ доктора Гейлиха, который почилъ изъ того же числа осмотрянныхъ людей нашелъ въ мокротѣ палочки въ 17 случаяхъ въ Новочеркасскомъ полку въ 1894 году¹⁸⁾. Въ виду этого я счелъ нужнымъ привести 1) нѣкоторыя исторіи болѣзни нижнихъ чиновъ, пользовавшихся лазаретнымъ леченіемъ, какъ наиболее подозрительныхъ на заболѣваніе бугорчаткою легкихъ и 2) краткія свѣдѣнія о нѣкоторыхъ прочихъ изслѣдованныхъ, чтобы можно было видѣть по представленнымъ даннымъ субъективнаго и объективнаго изслѣдованія, возможно ли тутъ подозревать

ошибки съ моей стороны, происходящія отъ недостаточно настойчиваго или просто неумѣлаго изслѣдованія, или это дѣйствительно были такіе больные, у которыхъ и нельзя было упорно подозрѣвать существованія туберкулеза легкихъ.

Изслѣдованія мною продолжались около года: съ конца сентября 1906 года по июль 1907 года.

Всего подробно осмотрено 1582 человѣка. Мокрота изслѣдована у 264 человѣка, при чемъ у многихъ изслѣдована дважды и болѣе.

По срокамъ службы.

1904 г.	осмотрено	333	человѣка,	изслѣдована	мокрота	у	50	ч.
1905 »	»	400	»	»	»	»	103	»
1906 »	»	347	»	»	»	»	83	»
1907 »	»	502	»	»	»	»	28	»

Итого 1582 человѣка, изслѣдована мокрота у 264 ч.

Въ число изслѣдованныхъ не вошли новобранцы, уволенные по протесту; нѣкоторые изъ уволенныхъ также были изслѣдованы мною въ этомъ направленіи при приѣмѣ въ полкъ.

Распределенія по губерніямъ я не счелъ нужнымъ приводить, такъ какъ составъ полка въ настоящее время настолько разнообразенъ, что здѣсь нѣтъ смысла приводить этого распределенія, вълѣдствіе невозможности сдѣлать изъ этого какихъ либо выводовъ. Обычно полкъ въ теченіе послѣднихъ 7 лѣтъ получаетъ новобранцевъ изъ слѣдующихъ губерній: Пековской, Витебской, Смоленской и Псковой. Нынѣшній же составъ образовался во время нахождения полка въ Манчуріи въ 1905 году и по прибытіи на мѣсто 1906 г. въ г. Ямбургъ изъ нижнихъ чиновъ запасаго баталіона. Кромѣ перечисленныхъ губерній въ полку имѣются также чины изъ губерній средней и южной полосы Россіи, а также болѣе 200 грузинъ.

Ниже привожу эти исторіи болѣзни нѣкоторыхъ изслѣдованныхъ на заболѣваніе бугорчаткою легкихъ съ описаніемъ результатовъ прививокъ мокроты морскимъ свинкамъ, гдѣ это необходимо было сдѣлать въ видахъ точности діагноза.

	Температура.		Въсь.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	и. ф.		
<p>№ 1. Сентября 16, 1906 г.</p> <p>Рядовой 2-й роты Тимофей Д., срокъ службы 1906 г., Витебской губ., Себежскаго уѣзда.</p> <p>Диагнозъ. Bronchitis chronica.</p> <p>Больной жалуется на одышку кашель и боль въ груди. Болеѣь давно. Тяжелыхъ заболѣваній не имѣлъ. На наслѣдственность нѣтъ указаній. Крестьянинъ хлѣбопашецъ. Пьетъ умѣренно, курить.</p> <p>Status praesens. Пульсъ 90 въ минуту. Больной худощавъ и блѣденъ. Границы сердца прикрыты, тоны чисты, но глухи. Верхняя граница печеночнаго притупленія начинается съ 7-го ребра по linea mamill. По всей области легкихъ слышны сухие хрипы и жесткое дыханіе. Со стороны органовъ брюшной полости уклоненій отъ нормы не найдено. Железы шейныя слабо прослушываются. Аппетитъ удовлетворительный. На низъ правильно.</p> <p>Октября 8.</p> <p>Больной худъ и блѣденъ. Отдѣляется много слизистоговойной и пѣнистой мокроты. На правой сторонѣ менъ по ходу m. sternocleidomastoid прослушываются железы. Границы</p>	37.0	36.2	3.31	19 вер.	38 в.
	36.4	36.8	3.36		

	Температура.		Въсь.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	и. ф.		
<p>легкихъ растянуты; печеночное притупленіе начинается подъ 7-мъ ребромъ по lin. mamillaris. Границы сердца прикрыты, тоны глухи. По всей области легкихъ особенно въ верхнихъ отдѣлахъ слышны сухіе хрипы. Немного прощупывается болѣзненная печень. Аппетитъ средній. На низъ правильно.</p> <p>Ноября 2.</p> <p>Мокрота не уменьшается въ своемъ количествѣ. Хриповъ меньше. Одышка по прежнему. Поносъ.</p> <p>8.</p> <p>Больной представленъ на комиссію и уволенъ на родину по ст. 59 Лит. А.</p> <p>Бациллъ не найдено.</p> <p>№ 2. Октября 7.</p> <p>Рядовой 10 роты Сидоръ В., срока службы 1905 г., Бессарабской губ., Хотинскаго уѣзда.</p> <p>Диагнозъ. Bronchitis.</p> <p>Жалуется на головную боль, кашель и боли въ груди. Вообще грудью болѣѣь давно, но недавно болѣзнь обострилась. До службы продолжительное время болѣѣь лихорадкой. На наслѣдственность нѣтъ указа-</p>	36.7	36.6			
	36.6	37.0			
	37.2	37.9	4.18	19 ^{1/2} в.	38 в.

	Температура.		Вьсь.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.		
и лопатками слышно жесткое дыханіе. Въ равныхъ мѣстахъ грудной клѣтки слышно небольшое количество сухихъ хриповъ. Тоны сердца чисты, границы нормальны. Аппетитъ плохой. На низъ правильно.					
30.					
Надъ правою лопаткой слышна неясно крепитация. Въ мокротѣ немного крови. Мокрота слизисто-гнойная.	36,6	36,4			
Ноября 3.					
Въ мокротѣ снова появилось немного крови. Кашель появляется приступами и чаще по ночамъ.	36,7	37,1			
20.					
По вечерамъ знобитъ. По всей области легкихъ слышны сухіе хрипы въ большомъ количествѣ. Ниже лѣвой лопатки на ограниченномъ мѣстѣ слышны влажные хрипы, перкуторный тонъ тамъ притупленъ.	36,5	37,5	3,20		
24.					
Самочувствіе удовлетворительное. Хриповъ слышно мало. Притупленія перкуторнаго тона на грудной клѣткѣ въ указанномъ выше мѣстѣ не замѣчается.	36,6	36,8			

	Температура.		Вьсь.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.		
На второмъ тонѣ легочной артерій акцентъ. Надъ обѣими ключицами и подъ правой лопаткой влажные хрипы. Границы легкихъ разстунуты. Печень немного прощупывается. Пота по вечерамъ не бываетъ. Аппетитъ хороший. На низъ правильно.					
Декабря 30.					
Больной представленъ на комиссію и уволенъ вовсе отъ службы на основаніи статьи 59 Лит. А.					
См. экспериментальныя изслѣдованія I.					
№ 5. Октября 20 1906 г.					
Рядовой Василій Д. срока службы 1906 г. (лазаретный служитель) Псковской губ., Островскаго уѣзда.					
Диагнозъ: Zaryngitis.					
Больной жалуется на боли въ груди и безгласіе, которое существуетъ уже мѣсяць; лечился амбулаторно. Подобная потеря голоса случалась и раньше. До службы больной былъ молотобойцемъ въ желѣзнодорожномъ ремонтѣ. Пьетъ мало, курить. Тяжело никогда не болѣлъ, но часто болѣлъ грудью. Мать больного хвораетъ грудною	36,5	36,8	3,27	20 ² в.	36 ¹ / ₂

службы на основаніи ст. 59
Лит. А.
Бациллъ въ мокротѣ не най-
дено.

№ 7. Ноября 5, 1906 г.

Рядовой 10 роты Софронъ III.,
срока службы 1904 г., Витеб-
ской губ., Себежскаго уѣзда.

Диагнозъ: Enteritis chronica.

Жалуется на боли внизу жи-
вота. Боленъ вторую недѣлю.
Аппетитъ удовлетворительный.
На низъ разъ или два въ
сутки. Два года тому назадъ
лежалъ въ лазаретъ по поводу
крупознаго воспаления легкихъ
(pneumonia scoprosa lobii infe-
rioris sinistri).

Часто болѣлъ грудью. Мать
умерла отъ грудной болѣзни.
До службы военной занимался
нѣсколько лѣтъ на бумагопряди-
льной фабрицѣ.

St. praesens. Сложене сла-
боватое, блѣднѣе. Пульсъ 90.
Процупываются шейныя и па-
ховыя желѣзы особенно съ
правой стороны. Надъ правой
ключицей небольшое притупле-
ніе перкуторнаго тона; тамъ
же при первыхъ вдохахъ слыш-
на крепитация. Границы сер-
дца и печени нормальны. Не-
ясно процупываются брыжееч-
ныя желѣзы въ правой поло-
винѣ живота.

Температура.		Вѣсъ.		Объемъ грудн.	Ростъ.
Утр.	Веч.	п.	ф.		
36,8	36,9	4,8	18 ¹ / ₂ в.	37 ¹ / ₂	

17.

По вечерамъ потъ. Осталь-
ныя данныя тѣ же.

Декабря 21.

Поносъ то прекращается, то
снова появляется. Брыжеечныя
желѣзы процупываются. Въ
области легкихъ перкуторно ни-
какихъ ненормальныхъ явле-
ній не опредѣляется. Дыханіе
всюду везикулярное съ ха-
рактеромъ жесткаго дыханія.
Пульсъ 86.

29.

Представленъ въ комиссію и
увольненъ на 1 годъ въ отпускъ
для поправленія здоровья.
Бациллъ въ мокротѣ ни разу
не найдено.

№ 8. Ноября 5, 1906 года.

Рядовой 6 роты Константинъ
E., срока службы 1906 г., Ви-
тебской губ., Себежскаго уѣзда.

Диагнозъ: Bronchitis chro-
nica.

Большой жалуется на боли
въ груди. Заболѣлъ въ началѣ
октября. Часто болѣла грудь и
аньше, но недолго. До воен-
ной службы занимался хлебо-

Температура.		Вѣсъ.		Объемъ грудн.	Ростъ.
Утр.	Веч.	п.	ф.		
36,6	37,0				
36,2	37,6	4,2	19 ² / ₂ в.	38 ¹ / ₂	

	Температура.		Вѣсь.	Объемъ	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.	грудн.	
пашествомъ. Мать его умерла отъ грудной болѣзни.					
<i>St. praeseus.</i> Больной правильно сложенія, нѣсколько худощавъ и блѣденъ. Пульсъ 90 въ мин. По всей грудной области особенно въ нижнихъ ея отдѣлахъ слышны сухіе хрипы. Тоны сердца чисты. Границы нормальны. Печеночное притупленіе начинается съ 6 ребра по <i>linea mamillaris</i> . Болѣзненность въ правой половинѣ живота при давленіи. Прощупываются желѣзы въ правомъ паху. Немного прощупываются и шейныя железы. Аппетитъ удовлетворительный. На низъ правильно.					
20.					
По всей области легкихъ слышно жесткое дыханіе, на лѣвой половинѣ грудной клетки ниже лѣвой лопатки—притупленіе прекурсорнаго тона, слышно бронхиальное дыханіе и влажныя хрипы.	36,8	37,0			
Ниже 10 ребра слѣва въ поперечно-косомъ направленіи небольшой рубецъ отъ бывшаго абсцесса. Мокроты мало. При пробномъ проколѣ на мѣстѣ притупленія извлечено шприцемъ весьма незначительное количество пѣнистой сукровицы (для микроскопическаго изслѣдованія).					

	Температура.		Вѣсь.	Объемъ	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.	грудн.	
Декабря 27.					
Самочувствіе удовлетворительное. По всей области легкихъ везикулярное дыханіе съ жесткимъ отбѣнкомъ. Большой худощавъ и блѣденъ.	36,6	36,5	4,3		
29.					
Уволенъ комиссіей вовсе отъ службы на основаніи ст. 59 Лит. А.					
Января 9.					
Отправленъ на родину. См. эксперимент. изслѣд. II.			4,11		
№ 9. Ноября 29. 1907 г.					
Рядовой учебной команды Василій М., срока службы 1906 г., Витебской губ., Себежскаго уѣзда.					
Диагнозъ: <i>Pneumonia gripposa.</i>					
Жалуется на боли въ лѣвой половинѣ грудной клетки подъ лѣвымъ соскомъ. Заболѣлъ два дня тому назадъ. Кашель. Грудью болѣлъ и раньше довольно часто. Тяжелыхъ болѣзней у себя не помнитъ. Курить, пить мало. На наследственность нѣтъ указаній.	38,6	39,0	4,6	21 в.	37½
<i>St. praeseus.</i> Сложеніе и питаніе среднее. Кожа блѣдновата.					

	Температура.		Вѣс.		Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п.	ф.		
<p>Пульсъ 100 въ мин. Дыханіе 28. Подъ лѣвымъ соскомъ на ограниченномъ мѣстѣ—притупленіе перкуторнаго тона и крепитация, а также шумъ тренія плевры.</p> <p>Въ прочихъ органахъ уклоненій отъ нормы не замѣчено. Языкъ обложенъ. Аппетитъ плохой. На низъ не ходилъ.</p> <p style="text-align: center;">Декабря 1.</p> <p>Въ мокротѣ вчера и сегодня примѣсь крови. Больного нѣсколько разъ рвало. Пульсъ учащенъ 130. Верхняя граница печени начинается съ 7 ребра linea mamillarіs. Верхняя граница сердца—съ 5 ребра. Подъ лѣвымъ соскомъ крепитация.</p> <p style="text-align: center;">9</p> <p>Пульсъ 130. Лицо немного синюшно. Подъ лѣвымъ соскомъ крепитация и притупленіе на ограниченномъ мѣстѣ.</p> <p style="text-align: center;">17.</p> <p>Самочувствіе хорошее. Одышка. Аппетитъ улушается.</p> <p style="text-align: center;">19.</p> <p>Больной выписанъ по собственной просьбѣ (репетиція въ учебной командѣ).</p>						
						37,7

	Температура.		Вѣс.		Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п.	ф.		
<p>Черезъ недѣлю больной былъ снова принятъ въ лазаретъ съ обостреніемъ прежняго заболѣванія. Пролежавъ три недѣли былъ выписанъ выздоровѣвшимъ.</p> <p>Бациллъ въ мокротѣ не найдено.</p> <p style="text-align: center;">№ 10. Ноября 29.</p> <p>Рядовой 1-й роты Дмитрій Н., срока службы 1905 г., Полтавской губ., Прилуцкаго уѣзда.</p> <p>Діагнозъ: Pleuritis serosa dextra.</p> <p>Больной жалуется на боли въ правомъ боку Заболѣлъ нѣсколько дней тому назадъ, въ общемъ же чувствуетъ себя нездоровымъ болѣе мѣсяца. Только что вернулся съ родины, гдѣ былъ въ отпуску. Находясь въ отпуску, заболѣлъ и пролежалъ 3 недѣли въ мѣстной земской больницѣ. До службы военной занимался хлѣбопашествомъ. На наслѣдственность нѣтъ указаній. Курить, но не пьетъ. Тяжелыхъ болѣзней не имѣлъ. Венерическихъ также.</p> <p>St. graecens. Больной худощавъ, блѣденъ, кожа тонкая. Пульсъ 96 въ мин. Дыханіе 26. На аортѣ и легочной артеріи второй тонъ ясно акцентиро-</p>						
						38,1 38,4 4,1 20 в. 39 в.

	Температура.		Вись. п. ф.	Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
ванъ. Подъ правымъ соскомъ и ниже ясные шумы трения плевры. Аппетитъ удовлетворительный, на низъ правильно. Слабо прощупываются шейныя железы.					
<i>Декабря 2.</i>					
Боли въ правомъ боку меньше. Ниже праваго соска слышны шумы трения плевры. Надъ лѣвой ключицей и подъ нею слышенъ выдохъ. Большой блѣдень и худощавъ.	37.0	37.5			
<i>9.</i>					
Пульсъ 105. Шумовъ трения почти не слышно. На правой половинѣ грудной кѣтки, начиная съ 4 ребра и сзади на 2 поперечныхъ пальца ниже лопатки перкуторный тонъ тупой. Дыхательныхъ шумовъ здѣсь не слышно, голосовое дрожаніе отсутствуетъ. Акцентъ на второмъ тонѣ легочной артеріи. Аппетитъ плохой. Мокрота слизистая въ небольшомъ количествѣ.	38.0	37.7	4 п.		
<i>11.</i>					
Кашель упорный. Въ остальномъ тоже.	39.0	39.2			
<i>12.</i>					
Боли въ правомъ боку исчезли. Сдѣланъ пробный проколъ пра-					

	Температура.		Вись. п. ф.	Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
вацевскимъ шприцемъ въ восьмомъ межреберномъ промежуткѣ по <i>linea axillaris, posterior</i> ; извлечена совершенно прозрачная жидкость.					
<i>13.</i>					
Уровень области притупленія на правой половинѣ грудной кѣтки понизился замѣтно, выше притупленія спереди и сзади слышны шумы трения плевры. Пульсъ 102.	38.0	37.6			
<i>24.</i>					
Пульсъ 120. Жалуется на боли подъ правымъ соскомъ. Уровень притупленія на правой сторонѣ грудной кѣтки одинъ и тотъ-же. Выше праваго соска слышенъ шумъ трения плевры, ниже—крепитация. Въ мокротѣ немного крови.	38.4	37.8			
<i>27.</i>					
Рѣзкіе шумы трения плевры спереди и сзади. Уровень притупленія понизился на одно ребро.	38.0	38.1	3.36		
<i>Января 4.</i>					
По вечерамъ сталъ потѣть. Жалуется на боли въ правомъ боку и подложечной области. Пульсъ 120. На правой половинѣ грудной кѣтки, на-	38.1	38.0	3.35		

	Температура.		Вѣс. п. ф.	Объемъ груди.	Ростъ
	Утр.	Веч.			
<p>чиная съ 4 ребра и почти отъ нижняго угла лопатки сзади тупой перкуторный тонъ. Выше— шумъ тренія. Въ области праваго соска слышна крепитация. Мокроты мало.</p> <p><i>Февраля 26.</i></p> <p>Ночью не потѣеть. Самочувствіе удовлетворительное. На правой половинѣ грудной кѣтки перкуторный тонъ тупой, начиная съ 5-го ребра и ниже, и сзади пальца 2,3 отъ угла лопатки. Подъ соскомъ въ области притупленія слышны на ограниченномъ пространствѣ влажные мелко-пузырчатые хрипы. Тоны сердца чисты. На второмъ тонѣ легочной артеріи акцентъ; границы нормальны. Въ прочихъ органахъ уклоненій отъ нормы не замѣчено.</p> <p><i>27.</i></p> <p>Представленъ въ комиссію и уволенъ вовсе отъ службы на основаніи ст. 58 Лит. А.</p> <p>См. эксперимент. изслѣд. III.</p> <p><i>№ 11. Декабря 9. 1906 г.</i></p> <p>Ефрейторъ 9 роты Николай З., срока службы 1905 г., Киевской губ., Сквирскаго уѣзда.</p>	37.1	37.3	3.38		

	Температура.		Вѣс. п. ф.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
<p>Диагнозъ: Pneumonia chronica.</p> <p>Жалуется на боли въ груди, кашель; голосъ немного хриплый. Грудь болитъ давно. До службы былъ рѣзникомъ. Тяжелыхъ болѣзней не имѣлъ. Сталъ хворать будучи въ Манчжуріи. На наследственность нѣтъ указаній. Не пьетъ и не куритъ.</p> <p>St. prasesen. Сложеніе и питаніе слабоватое. Больной блѣденъ, кожа суха. Пульсъ 80 въ мин. На второмъ тонѣ arteriae pulmonalis акцентъ. Границы сердца нормальны. Надъ правой ключицей слышна крепитация при каждомъ вдохѣ, тамъ же притупленіе перкуторнаго тона. Кое-гдѣ слышны сухіе хрипы. Въ прочихъ внутреннихъ органахъ уклоненій отъ нормы не найдено. Шейныя желѣзы ясно прощупываются. Аппетитъ плохой. На низъ правильно. Ночью потѣеть.</p> <p><i>Января 4.</i></p> <p>Пульсъ 76. Надъ правой ключицей слышна крепитация, тоже и надъ правой лопаткой, перкуторный тонъ тамъ притупленъ. Пота не бываетъ. На второмъ тонѣ легочной артеріи акцентъ. Аппетитъ хороший.</p>	37.5	37.1	4. 1	19 ⁰ / ₈ в.	38 ¹ / ₂
	36.4	37.4	4.6		

	Температура.		Въсь. п. ф.	Объем грудн.	Рост.
	Утр.	Веч.			
ный. Надъ ключицами и лопатками и въ области лопатокъ слышно жесткое дыханіе. Селезенка слабо прощупывается. По вечерамъ знобитъ, послѣ чего потѣетъ. Аппетитъ средній. Кашель.					
<i>Февраля 15.</i>					
Самочувствіе удовлетворительное. Крепитаци и притупленія надъ правою ключицей не слышно. Характеръ дыхательныхъ шумовъ нѣсколько жесткій, но хриповъ не слышно.	36.4	37.0	3.5		
<i>23.</i>					
Въ области легкихъ соотвѣтственно верхнимъ отдѣламъ слышно жесткое дыханіе. Въ остальномъ тоже.	36.4	36.6			
<i>Марта 1.</i>					
Въ области легкихъ уклоненій отъ нормы не найдено. Самочувствіе удовлетворительное.	36.7	36.8	3.10		
<i>4.</i>					
Уволенъ комиссіей вовсе отъ службы на основаніи ст. 59 Лит. А. См. эксперимент. изслѣд. V.	36.5		3.11		

	Температура.		Въсь. п. ф.	Объем грудн.	Рост.
	Утр.	Веч.			
<i>№ 13. Декабря 20.</i>					
Старшій унтеръ - офицеръ Яковъ Ш., срока службы 1905 г., Полтавской губ., Золотоношскаго уѣзда.					
Диагнозъ: Bronchitis.					
Большой жалуется на боли въ груди и кашель небольшой. Грудь болитъ давно. До военной службы работалъ на бумагопрядильной фабрицѣ 3 года. На наследственность нѣтъ указаній. Не пьетъ и не куритъ. St. praesens. Сложеніе и питаніе слабоватое; больной худощавъ. Пульсъ 80 въ мин. Надъ правою лопаткой перкуторный звукъ притупленъ. Тамъ же слышны влажные хрипы въ небольшомъ количествѣ. Акцентъ на второмъ тонѣ легочной артеріи. Аппетитъ плохой. Отправленіе кишечника нормально.	36.7	37.0	4.2	19 ⁴ / ₈ в.	37 ⁵ / ₈ в.
<i>Января 4.</i>					
Жалуется на кашель и сердцебіеніе. Пульсъ 120. Въ области легкихъ слышно везикулярное дыханіе съ жесткимъ стѣнкомъ. Тоны сердца чисты. Аппетитъ удовлетворительный.	36.7	37.1	4.4		
<i>13.</i>					
Выписанъ изъ лазарета въ удовлетворительномъ состояніи.	36.4	36.6			

Бациллъ въ мокротѣ не найдено.

№ 14. Декабря 17. 1906 г.

Кавониръ 18 артиллерійской бригады Арнольдъ К., срока службы 1905 г., Эстляндской губ., Везенбергскаго уѣзда.

Диагнозъ: Pneumonia chronica. Tuberculosis miliaris.

Больной жалуется на боли въ груди, небольшой кашель и общую слабость. Поступилъ въ полковую лазаретъ отъ Ябургскаго воинскаго начальника. Недавно прибылъ изъ своей части въ городъ Нарву, будучи уволенъ на одинъ годъ для поправки здоровья, послѣ того какъ около трехъ мѣсяцевъ пролежалъ въ лазаретѣ своей части въ Варшавскомъ Округѣ. До военной службы былъ кузнецомъ. Отличался хорошимъ здоровьемъ. Пилъ и курилъ умеренно. Мать и отецъ живы и здоровы. Холосты.

St. praesens. Сложеніе и питаніе слабое: кожа блѣдна и тонка. Пульсъ 105 слабого наполненія. Надъ обѣими ключицами и лопатками и подъ ними приблизительно до уровня 4 ребра спереди и до spina scapulae сзади перкуторный тонъ тупой справа, на лѣвой же сто-

Температура.		Вѣсь.		Объемъ груди.	Ростъ.
Утр.	Веч.	п.	ф.		
37.0	37.8	3.17	18 ¹ / ₂ в.	38 в.	

ронъ подъ ключицей тонъ тупотиманичный. На упомянутыхъ мѣстахъ слышно бронхіальное дыханіе съ амфорическимъ оттънкомъ. Въ прочихъ участкахъ легкихъ слышно жесткое дыханіе и мѣстами крепитанія. На второмъ тонѣ легочной артеріи акцентъ. Въ прочихъ органахъ уклоненій отъ нормы не замѣчено. Аппетитъ плохой. На низѣ—то запоръ, то понось.

19.

Жалуется на головную боль. Пульсъ 90 слабый. Надъ и подъ правою ключицей слышна крепитанія. Подъ обѣими ключицами и надъ ними тонъ притупленъ, бронхіальное дыханіе. Ночью иногда немного потѣетъ.

24.

Ночью (по словамъ дежурнаго фельдшера) «съ больнымъ случился припадокъ», который затѣмъ въ теченіе сутокъ повторился 6 разъ. Припадокъ, какъ потомъ пришлось наблюдать самому, выражался въ тоническихъ судорогахъ затылочныхъ мышцъ, подергиваніяхъ въ лицѣ и тоническихъ судорогахъ ногъ и клоническихъ — верхнихъ конечностей. При визитаціи утромъ Больной находился въ бессознательномъ состояніи. Оба зрачка

Температура.		Вѣсь.		Объемъ груди.	Ростъ.
Утр.	Веч.	п.	ф.		
36.9	38.0 38.2				
37.7	38.0				

	Температура.		Весъ.		Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п.	ф.		
расширены. Левый уголь рта ниже правого. Пульсъ 50 слабый. Дыханіе 45. Больной отъ времени до времени глубоко вздыхаетъ. Мочится и испражняется подь себя. Больной безъ сознанія. (Meningitis tuberculosa).						
25.						
Судороги тоническія продолжаютъ въ тѣхъ же частяхъ тѣла. Зрачки сильно расширены. Пульсъ 120 слабый.	39.2	38.0				
30.						
Лѣвый зрачекъ расширенъ, правый суженъ. Остальныя явленія почти въ томъ видѣ. Безъ сознанія.	37.2					
Больной скончался.						
Вскрытія трупа не было произведено по просьбѣ родныхъ умершаго и вслѣдствіе ясности діагноза.						
См. эксперимент. изслѣд. VI.						
№ 15. Марта 6.						
Рядовой 2 роты Антонъ С., срока службы 1906 г., Пловской губ., Шерницкаго уѣзда.						
Діагнозъ: Nephritis subacuta. Dilatatio cordis.						
Больной прибылъ изъ Архангельска, гдѣ въ отдѣлѣ отъ полка съ осени нынѣшняго	37.8		4.26	19 в.	38.9	

	Температура.		Весъ.		Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п.	ф.		
года стоять двѣ роты. Тамъ онъ заболѣвъ, поступилъ въ мѣстный лазаретъ, откуда былъ уволенъ вовсе отъ службы по болѣзни (на основаніи ст. 60 Лит. А).						
Въ Архангельскѣ пролежалъ болѣе мѣсяца, жалуюсь на одышку. Теперь онъ изъ штаба полка долженъ быть отправиться на родину, но почувствовалъ себя хуже и потому явился въ лазаретъ полка.						
St. praesens. Больной блѣденъ. Лицо, руки и ноги до коленъ отечены. Внизу живота пальца на три ниже пупка флюктуация. Правая граница сердца заходить за правый край sterni до linea mediana.						
Тоны глухи. Второй тонъ на арт. pulmon. съ небольшимъ акцентомъ. Дыхательныя шумы слышны слабо. Пульсъ 140.						
Дыханіе 36. Въ правомъ подреберьи на 2 поперечныхъ пальца изъ подь реберъ прощупывается печень, плотная и малоболѣзненная.						
На низъ — разъ въ сутки, мочится очень мало. Аппетитъ плохой.						
8.						
Пульсъ 110. Объективныя данныя тѣ же.	36.6	37.6				
Мочи за сутки 400 к. с., осадки мочекислыхъ солей. Реакція кислая уд. в. 1,021.						

Бѣлка $1\frac{1}{2}$ промилле, подѣ микроскопомъ — кристаллы моче-кислаго натра и небольшое количество лейкоцитовъ.

Марта 12.

Мочи 1400 к. с. за сутки. Отечность лица и нижнихъ конечностей меньше. Десна здоровы. На низѣ разѣ въ сутки.

16.

Мочи 2000 к. с.

20.

Больной бѣденъ. Отековъ нѣтъ. Аппетитъ хороший. Пульсъ 90. Надѣ обѣими ключицами и подѣ правой слышны влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца заходить за край sterni. Акцентъ на второмъ тонѣ art. pulmonalis.

Прощупывается край печени на $1\frac{1}{2}$ поперечныхъ пальца. Ночью потѣеть.

Апрѣля 6.

Надѣ обѣими ключицами слышны мелкопузырчатые хрипы. Въ правомъ подреберьи прощупывается край печени. Мочи 1400 к. с. уд. 1,018, реакція кислая. Бѣлка—слѣды.

	Температура.		Вѣсь.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.		
	36.7	37.4			
	36.9	37.0			
	36.8	37.5	4.5		
	37.0		4.12		

Апрѣля 9.

Больной по собственному желанію выпиcался изъ лазарета и отправленъ на родину.

См. эксперимент. изслѣд. VII.

№ 16. Марта 3.

Младшій унтеръ-офицеръ музыкантской команды Александръ К., срока службы 1905 г., Новгородской губ., Старорусского уѣзда.

Диагнозъ: Pneumonia chronica bacillaris.

Больной жалуется на боли въ груди, одышку и кашель. Боленъ уже давно. Лѣтомъ было небольшое кровохарканіе. Дома до службы не болѣлъ. Занимался рыболовствомъ на озерѣ Ильмени. Пьетъ мало, курить, но за последнее время бросилъ курить. Играетъ на кларнетѣ.

St. praesens. Сложеніе правильное. Питаніе ослабленное; довольно бѣденъ; по всему туловищу asne vulgaris. Пульсъ 110 въ мин. Дыханіе 26. Надѣ правую ключицей притупленіе перкуторнаго тона, тамъ же и надѣ лопаткой слышна крепитация. Надѣ правую же ключицей слышенъ выдохъ. Тоны сердца чисты, но глухи. Железы не прощупываются. На

	Температура.		Вѣсь.	Объемъ груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.		
	37.4	37.7	3.83	19 $\frac{2}{8}$ в.	38 $\frac{2}{8}$ в.

	Температура.		Вѣс. п. ф.	Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
наследственность нѣтъ указаний. Аппетитъ плохой, на низъ правильно. Чувствуетъ себя слабѣе за послѣднй мѣсяцъ. Подъ утро ежедневно потѣеть.					
<i>Марта 5.</i>					
Надъ правую ключицей и лопаткой слышно притупленіе и влажные мелкопузырчатые хрипы. Отдѣляется много комковатой мокроты. Кашель и потъ по утрамъ рано.	37.8	38.0			
<i>11.</i>					
Надъ правую ключицей едва слышна крепитация, надъ лопаткою слышны ясно влажные хрипы. Пульсъ 120.	37.2	38.1	3.35		
<i>17.</i>					
Пульсъ 120. Надъ правую ключицей небольшое притупленіе тона, сухіе хрипы и небольшое количество влажныхъ хриповъ. Поты меньше. Вечеромъ знобить.	36.8	38.5	3.33		
<i>Апреля 2.</i>					
Кашель, боли въ груди. Потъ по ночамъ. По тѣлу аспе. Пульсъ 100. Надъ правую ключицей и подъ нею выдохъ и крепитация. Мокрота слизистогнойная комковатая.	36.8	38.4			

	Температура.		Вѣс. п. ф.	Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
Аппетитъ хороший. Отправление кишечника нормально.					
<i>4.</i>					
Кашель меньше. Самочувствіе лучше. По ночамъ потѣеть. Надъ правую ключицей перкуторный тонъ ясно притупленъ. Тамъ же крепитация. У внутренняго края правой лопатки на ограниченномъ мѣстѣ ясно притупленіе и выходъ.	36.9	37.3	3.38		
<i>20.</i>					
На второмъ тонѣ легочной артеріи акцентъ. У внутренняго края правой лопатки слышенъ выдохъ ясно, почти бронхиальное дыханіе, здѣсь же слышны влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульсъ 120. Въ остальномъ тоже.	37.1	38.4			
<i>26.</i>					
Надъ правую ключицей и лопаткой слышно притупленіе тона. Надъ ключицей и подъ нею выдохъ, но хриповъ не слышно. У внутренняго края лопатки на ограниченномъ мѣстѣ слышенъ рѣзкій выдохъ и мелкопузырчатые хрипы. По ночамъ передъ утромъ потѣеть меньше. Аппетитъ очень хороший. Представленъ въ комис-	36.8	38.0			

сно для увольнения вовсе от службы на основании ст. 58 Лит. А.

См. эксперимент. изслѣд. VIII.

№ 17. Марта 29 1907 г.

Романъ С., 7-й роты, Плоцкой губ., Липовскаго уѣзда, хлѣбопашецъ, срока службы 1907 г. Диагнозъ. Pneumonia gripposa. Pleuritis serosa dextra.

Жалуется на головную боль и боль въ правой половинѣ грудной кѣтки. Заболѣлъ два дня тому назадъ сразу. До этого времени тяжело не болѣлъ.

St. praesens. Сложене и питаніе хорошее. Пульсъ 96 въ мин. Дыханіе замѣтно не учащено. По правой половинѣ грудной кѣтки перкуторный тонъ притупленъ сзади въ самыхъ нижнихъ отдѣлахъ и спереди ниже 4-го ребра. Въ области притупленія ослабленное дыханіе и небольшое количество влажныхъ мелкопузырчатыхъ хриповъ. Небольшое количество влажныхъ хриповъ слышно и на лѣвой половинѣ грудной кѣтки соответственно самымъ нижнимъ отдѣламъ легкихъ, выше—сухіе хрипы. Тоны сердца чисты, границы нормальны.

Голосъ немного хриплый, выдохъ удлинненъ. Аппетитъ плохой. На низъ правильно.

	Температура.		Вѣс.	Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.		
	39.5	40.2	4 п.	18 ¹ / ₂ в.	37 в.

наслѣдственность нѣтъ указаний.

31.

Самочувствіе лучше. Небольшой кашель. Соответственно нижнимъ отдѣламъ праваго легкаго слышно притупленіе перкуторнаго тона, тамъ же слышно небольшое количество влажныхъ хриповъ. Такіе же хрипы слышны и слѣва, но въ меньшемъ количествѣ. Въ другихъ отдѣлахъ легкихъ слышно небольшое количество сухихъ хриповъ. Пульсъ 92. На низъ—два раза жидко.

Апрѣля 2.

Самочувствіе лучше. Соответственно нижнимъ отдѣламъ легкихъ слышны влажные мелкопузырчатые хрипы особенно справа. На второмъ тонѣ легочной артеріи акцентъ.

16.

Жалуется на все увеличивающуюся слабость. Пульсъ 105—дикротичный. Тоны сердца чисты, но глуховаты. На правой половинѣ грудной кѣтки въ области лопатки на ограниченномъ мѣстѣ и внизу—перкуторный тонъ притупленъ. Тамъ же слышна крепитация.

	Температура.		Вѣс.	Объемъ грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.	п. ф.		
	38.9	39.0			
	38.3	37.4	3.28		
	38.0	38.3			

	Температура.		Вѣс. п. ф.	Объем. грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
17. Жалуется на общую слабость. Пульсъ 92. Дыханіе 22 въ мин. Соответственно нижнимъ отдѣламъ обоихъ легкихъ слышны влажные мелкопузырчатые хрипы. Перкуторный тонъ на правой половинѣ грудной кѣтки сзади, начиная отъ угла лопатки, притупленъ. Спереди подъ ключицею и ниже шумы тренія плевры.	38.6	38.1			
18. Больной сталъ потѣть по утрамъ. Объективные данныя тѣ же. Процупывается селезенка.	37.5	38.0			
30. Общее состояніе тоже. При пробномъ проколѣ правостороннимъ шприцемъ на правой половинѣ грудной кѣтки по linea axillaris posterior между 8 и 9 ребрами извлечена прозрачная жидкость.	38.2	37.5			
Юня 11. Правая половина груди ясно отстаетъ при дыханіи. Пульсъ 120, легко снимаемый. Начиная отъ соска спереди на правой половинѣ грудной кѣтки перкуторный тонъ притупленъ. Дыхательные шумы отсутствуютъ.	36.5	37.3	3.20		

	Температура.		Вѣс. п. ф.	Объем. грудн.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
Тоже сзади, начиная почти отъ угла лопатки. Пульсъ 112. Самочувствіе удовлетворительное. Аппетитъ хороший. Пота не бываетъ. Больной переводится въ Красносельскій госпиталь, для дальнѣйшаго леченія и представленія въ комиссію. См. эксперимент. изслѣд. IX.					
М 18. Апрѣля 25. 10-ой роты рядовой Николай И., Псковской губ., Островскаго уѣзда. Земленашецъ. Діагнозъ. Peritonitis (tuberculosa). Жалуется на боли по всему животу. Боленъ давно, но серьезно заболѣлъ около недѣли тому назадъ. До службы занимался хлѣбопашествомъ. Отецъ и мать больного живы, но оба хворые люди. Отецъ страдаетъ удушьемъ и кашляетъ. St. praesens. Больной блѣдень. Кожа суха. Животъ выпяченъ, довольно мягкій при давленіи и бодрвенный. Пульсъ 96. Шейныя и паховыя железы процупываются. Надъ ключицами особенно надъ тѣною слышенъ выдохъ. Тоны сердца чисты, границы нормальны. Въ области живота, начиная пальца на 3 отъ мочевидаго отростка и ниже перкуторный	38.3	39.5	3.34	18 ⁴ / ₈ в.	37 ² / ₈ в.

	Температура.		Всё. п. ф.	Объём груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
тонъ притупленъ. Въ области притупленія тона—флюктуация. Окружность груди $18\frac{4}{8}$ вершка. Окружность живота на уровнѣ пупка $17\frac{2}{8}$ в. На низъ ходить жидко и рѣдко. Аппетитъ плохой.					
27.					
Животъ выпяченъ по прежнему. Поносовъ не было. Боли меньше. Пульсъ 70 съ перебоjami.					
Пульсъ 66 въ мин. Животъ выпяченъ. При стоячемъ положеніи больного на 2 поперечныхъ пальца выше пупка и книзу перкуторный тонъ притупленъ, такъ же слышна флюктуация. Надъ правую ключицей при первыхъ вдохахъ—крепитация. Мокроты не отхаркивается. Характеръ дыхательныхъ шумовъ жесткій.	38.6	39.9			
Мая 3.					
Пульсъ сталъ полнѣе 70 въ мин. Перебоевъ не замѣчено. Животъ сталъ мягче. Въ подложечной области слѣва прощупывается инфильтратъ ограниченный. Сдѣланъ пробный проколъ въ полость брюшины по бѣлой линіи живота шприцемъ Праваца. Извлечена серозная жидкость. Пульсъ послѣ укола 54 въ минуту съ перебоjami.	38.0	38.5			

	Температура.		Всё. п. ф.	Объём груди.	Ростъ.
	Утр.	Веч.			
Юля 1.					
Боли внизу живота. Пульсъ 75. Ниже пупка притупленіе перкуторнаго тона и флюктуация. Подъ лѣвою ключицей выдохъ. Въ подложечной области слѣва прощупывается пакътъ железъ.					
II.					
Больной худощавъ и блѣденъ. Пульсъ 120. Въ лѣвой половинѣ подложечной области подъ брюшными мышцами прощупывается инфильтратъ. Внизу живота на 4 поперечныхъ пальца ниже пупка перкуторный тонъ притупленъ. Паховыя железы прощупываются. Надъ лѣвой ключицей слышенъ выдохъ. Аппетитъ хорошій. На низъ ходить черезъ 2 дня въ третій. Переводится въ Красносельскій госпиталь. См. эксперимент. изслѣд. X.	37.1	38.2			
№ 19. Апрель 26 1907 г.					
Рядовой 1-й роты Семень К., срока службы 1907 года, Витебской губ., Себежскаго уѣзда.					
Діагнозъ: Pleuritis sicca. Bronchitis chronica.					
Жалуется на кашель и боли въ лѣвомъ боку. Заболѣлъ не	37.7	37.9	4.15	19 ^{2/8}	39 в.

Температура.		Въс.		Объемъ грудн.	Ростъ.
Утр.	Веч.	п.	ф.		

давно (около недѣли). До этого времени часто болѣлъ грудью. Дома занимался письмоводствомъ на железной дорогѣ. Отецъ умеръ отъ чахотки.

St. praesens. Большой блѣдный и худощавъ. Пульсъ 105. Шейныя железы прощупываются особенно слѣва. На лѣвой сторонѣ грудной кѣтки ниже лопатки свадн и на уровнѣ 5 и 6 ребра спереди на ограниченномъ мѣстѣ перкуторный тонъ притупленъ, слышны влажные хрипы.

Аппетитъ удовлетворительный. Кашель.

29.

Кольной худощавъ и блѣденъ. Пульсъ 130. Надъ правою ключицей при первыхъ вдохахъ слышна крепитация. По передней поверхности лѣвой половины грудной кѣтки, начиная отъ подключечной ямки, слышны слабые шумы тренія плевры. Соответственно нижнимъ отдѣламъ лѣваго легкаго слышны влажные мелкопузырчатые хрипы.

Больной въ январѣ былъ отправленъ въ губернскую комиссію для опротестованія, но былъ признанъ здоровымъ.

Температура.		Въс.		Объемъ грудн.	Ростъ.
Утр.	Веч.	п.	ф.		

Мая 2.

Утромъ сталъ потѣть; жалуется на поносъ раза 2 въ день. Шейныя железы умѣренно увеличены. Пульсъ 130 въ мин. Акцентъ на второмъ тонѣ аорты и легочной артеріи. По лѣвой половинѣ грудной кѣтки, начиная отъ надъ-ключичной ямки слышны влажные хрипы.

Юня 2.

Самочувствіе хорошее. Больной худощавъ. Пульсъ 80. Во внутреннихъ органахъ уклоновъ отъ нормы не замѣчено. Выписанъ изъ лазарета. См. эксперимент. извѣд. XI.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЯ ИЗСЛѢДОВАНІЯ.

I.

Къ исторіи бо-
лѣзни № 4.

1) 20-го Ноября сдѣлана прививка мокроты морской свинкѣ—одинъ шприць. Выринута мокрота (пополамъ съ дистиллированной водой въ полость брюшины съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ антисептики).

2) 22-го Ноября сдѣлана такая же прививка второй свинкѣ.

12-го Февраля обѣ свинки вскрыты (отравлены хлороформомъ). Обѣ оказались при вскрытіи совершенно здоровыми, причѣмъ одинъ самецъ даже съ значительнымъ отложеніемъ жира. Всѣ внутренніе органы нормальны.

II.

Къ исторіи бо-
лѣзни № 8.

За все время теченія болѣзни мокрота изслѣдовалась 3 раза по способу Бидерта. Бациллъ не найдено.

1) 28-го Декабря сдѣлано впрыскиваніе мокроты больного морской свинкѣ въ полость брюшины. 30-го свинка погибла. При вскрытіи ея найдено: гиперемія кишекъ и фибринозные налеты на нихъ. Скопленіе жидкости въ полости брюшины. Комки слизи въ полости брюшины (повидимому слѣды мокроты). Въ прочіихъ органахъ отклоненій отъ нормы не замѣчено.

2) 2-го Января сдѣлана такая же прививка молодой свинкѣ.

3-го свинка погибла также при явлениях острого перитонита.

3) 4-го Января сдѣлана еще прививка морской свинкѣ.

26-го Февраля свинка убита хлороформомъ; при вскрытїи во внутреннихъ органахъ уклоненїи отъ нормы не замѣчено.

III.

Къ исторїи бо-
лезни № 10.

За время пребыванїя больного въ лазаретъ у него три раза изслѣдовалась мокрота, обработанная по Видерту, и разъ изслѣдовалась плевроальная жидкость послѣ прокола; ни въ одномъ случаѣ бациллъ не найдено.

1) 25-го Января сдѣлана прививка мокроты больного въ полость брюшины морской свинки (самки). 2-го Февраля произошли роды у свинки, причемъ родились 4 птенца, трое родились мертвыми, одинъ живой, но черезъ день погибъ. При вскрытїи всѣ найдены здоровыми, но повидимому вѣскольکو недоразвѣны. Свинка вѣскольکو дней была вялая, но потомъ совершенно оправилась. 3-го Апрѣля свинка убита. При вскрытїи найдена совершенно здоровой.

IV.

Къ исторїи бо-
лезни № 11.

Въ мокротѣ бациллъ не найдено ни разу.

1) 24-го Февраля сдѣлана прививка морской свинкѣ мокроты больного въ полость брюшины (свинка—молодой самецъ). 27-го Апрѣля свинка заколота. При вскрытїи оказалась совершенно здоровой.

V.

Къ исторїи бо-
лезни № 12.

За все время пребыванїя мокрота больного, обильная слизью, подвергалась 4 раза микро-

скопическому изслѣдованїю, будучи обработана по способу Видерта, ни при одномъ изслѣдованїи бациллъ не найдено. Въ мокротѣ отмѣчается множество микрококковъ.

1) 23-го Января сдѣлана прививка мокроты морской свинкѣ подъ кожу живота (самка). 30-го Января у свинки ранней выкидышь двухъ зародышей. 31-го свинка погибла. При вскрытїи найдено: рѣзкая гиперемїя и набухлость одного рога матки, внутри котораго ступки крови; въ другомъ рогѣ найдены еще зародыши. Прочїе органы нормальны. Въ мазкахъ изъ ступокъ крови матки найдены диплококки.

2) 2-го Февраля сдѣлана прививка другой свинкѣ въ полость брюшины. 14-го свинка погибла. При вскрытїи найдены серозный выпотъ въ полости брюшины, фибриновые налеты на поверхности кишекъ и печени. Разводка на бульонѣ черезъ два дня дала—подъ микроскопомъ—микрочки и немного диплококковъ.

2) 23-го Февраля снова сдѣлана прививка морской свинкѣ въ полость брюшины. 2 Марта свинка погибла. При вскрытїи найдено общая гиперемїя брюшины и всѣхъ органовъ живота. Гнойный распадъ селезенки. Крутомъ укола подъ кожу гнойный распадъ. Брюшина срощена въ этомъ участкѣ съ кишечникомъ. Печень полнокровна, увеличена, покрыта фибриновымъ налетомъ. Поверхность кишекъ также покрыта фибриновымъ налетомъ. Сдѣланы мазки изъ гноинка селезенки, изъ фибриновыхъ налетовъ—найдено небольшое количество стафилококковъ и диплококки.

VI.

Къ исторїи бол-
нн № 14.

Мокрота слизистая съ сфроватыми слизистыми комочками. Бациллъ найдено немного. Въ мокротѣ, обработанной по способу Видерта, найдены бациллы въ замѣтномъ количествѣ.

Въ мочѣ обильный осадокъ мочекислыхъ солей. Бѣлка и сахара не найдено.

VII.

Къ исторіи болѣ-
зи № 15.

Мокрота изслѣдовалась повторно обработанная по способу Видерта. Бацилл не найдено.

1) 29-го Марта сдѣлана прививка мокроты въ полость брюшины морской свинки. Впрыснуть одинъ шприцъ. 6-го Апрѣля свинка погибла. При вскрытіи: Въ савшн ретроperitoneale скопление гноя. На поверхности толстыхъ кишекъ фибринозные налеты. Петли тонкихъ кишекъ склеены тонкими перепонками. Печень и селезенка увеличены и гиперемированы. На поверхности сѣменныхъ пузырьковъ отдѣльные гнойнички. Сами пузырьки набухли и гиперемированы. Въ мазкахъ найдены гнойные шарыки и въ нѣкоторыхъ препаратахъ небольшое количество стафилококковъ.

2) 6-го Апрѣля впрыснута мокрота другой свинкѣ. 8-го свинка погибла. При вскрытіи явленія остраго перитонита.

3) 8-го Апрѣля была впрыснута подъ кожу живота мокрота третьей свинкѣ.

29-го Мая свинка захлороформирована и вскрыта. Во внутреннихъ органахъ уклоненій отъ нормы не замѣчено. Свинка долго была вяла послѣ прививки.

VIII.

Къ исторіи болѣ-
зи № 16.

Мокрота изслѣдовалась повторно, обыкновеннымъ способомъ и по Видерту. Палочекъ не найдено, только 21-го Апрѣля найдены три палочки въ полѣ зрѣнія во всемъ препаратѣ. При обработкѣ мокроты по способу Видерта палочекъ не удалось найти.

20-го Марта была сдѣлана прививка мокроты двумъ морскимъ свинкамъ: самцу и самкѣ.

1) Самцу мокрота впрыснута въ полость брюшины.

2) Самкѣ подъ кожу. По одному правая-евскому шприцу.

12-го Апрѣля самецъ погибъ. Все время послѣ впрыскиванія былъ вялъ и замѣтно похудѣлъ, а затѣмъ страдалъ одышкой. При вскрытіи: небольшое количество свѣжихъ узелковъ на брюшинѣ, прилегающей къ печени. Вся поверхность печени усѣяна бугорками. Печень увеличена. Селезенка значительно увеличена, сочна, полнокровна. По поверхности и отчасти въ толщѣ усѣяна бугорками. Нѣсколько большихъ, величиною съ рисовое зерно, неравнѣрныхъ брыжеечныхъ железъ. Въ правой плевральной полости много серозной жидкости. По правой *pleura parietalis*—бугорки, на *pleura visceralis* соответственно нижней долѣ праваго легкаго—также бугорки. Въ толщѣ этой доли легкаго также немного бугорковъ. 2,3 большія величиною почти съ рисовое зерно бронхиальныя железы. Въ мазкѣ изъ селезенки найдено небольшое количество бациллъ. Кусочки пораженныхъ бугорчаткою органовъ сохранены въ спирту.

1-го Мая вторая изъ зараженныхъ свинокъ—самка—выкинула 4 щенковъ, которые при вскрытіи оказались нормальными, т. е. безъ какихъ-либо признаковъ туберкулеза прежде всего. Сама свинка все время худѣла и послѣднее время стала кашлять, шерсть потеряла свой блескъ. 4-го Мая свинка захлороформирована и затѣмъ вскрыта: на мѣстѣ укула (подъ кожей живота)—двѣ лимфатическихъ железы, каждая величиною съ рисовое зерно. Брыжеечныя железы всюду увеличены рѣзко. Бронхиальныя железы также еще рѣзче увеличены: нѣкоторыя болѣе рисоваго зерна. Распада въ железахъ не замѣчено. Печень вся усѣяна бугорками, а при разрѣзѣ—казеозныя массы. Селезенка увеличена, гиперемирована, пронизана бугорками, отчасти съ казеознымъ распадомъ. На обоихъ легкихъ по поверхности—свѣжіе бугорки, въ видѣ сѣрыхъ узелковъ. На передней поверхности сердца на *pericardium viscerale* бугорки. Правая плевральная полость переполнена серозной жидкостью. Сама лѣвбра нормальна.

IX.

Къ исторіи бо-
лѣзни № 17.

Мокрота изслѣдовалась нѣсколько разъ на присутствие бацилл Коха по способу Бидерта и обыкновеннымъ путемъ. Бациллъ не найдено.

1) 17-го Апрѣля впрыснута въ полость брюшины морской свинки серозная жидкость, полученная при пробномъ проколѣ.

2) Второй свинкѣ впрыснута въ полость брюшины мокрота.

28-го Апрѣля первая свинка погибла. При вскрытіи найдено: небольшой гнойникъ подъ кожей на мѣстѣ бывшаго укола, подъ этимъ мѣстомъ ограниченное слищичное воспаление брюшины. Петли тонкихъ кишечекъ здѣсь приросли къ салънику. Въ остальныхъ внутреннихъ органахъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы не замѣчено.

Сдѣланы мазки изъ гноя для микроскопическаго изслѣдованія. Въ препаратахъ, окрашенныхъ карболовымъ фуксиномъ, найдено большое количество гнойныхъ шариковъ и замѣтное количество палочекъ, похожихъ на палочки Pfeiffer'a. При окрашиваніи по способу Ziehl-Neelson палочки эти восприняли синюю окраску.

Вторая свинка 28-го Мая была захлороформирована и затѣмъ вскрыта. Никакихъ уклоненій отъ нормы не найдено.

X.

Къ исторіи бо-
лѣзни № 18.

Вслѣдствіе отсутствія мокроты первое время изслѣдована слизь съ задней стѣнки гъва на присутствие туберкулезныхъ палочекъ. Не найдены.

Изслѣдована мокрота. Бациллъ не найдено.

1) Мокрота впрыснута пополамъ съ водой морской свинкѣ въ полость брюшины 2-го Мая. 27-го Мая свинка погибла случайно, будучи придавлена ящичкомъ; при вскрытіи нигдѣ уклоненій отъ нормы не найдено.

2) 3-го Мая впрыснута въ полость брюшины морской свинки серозная жидкость, извлеченная изъ полости брюшины больного. 12-го Юня свинка захлороформирована.

При вскрытіи—совершенно здорова.

XI.

Къ исторіи бо-
лѣзни № 19.

Мокрота слизисто-гнойная изслѣдовалась повторно обычнымъ способомъ и по способу Бидерта. Бациллъ не найдено.

1) 1-го Мая сдѣлано вспрыскиваніе мокроты въ полость брюшины морской свинки (самецъ). 4-го свинка погибла отъ остраго гнойнаго перитонита.

2) 4-го Мая впрыснута мокрота въ полость брюшины другой морской свинки (самецъ). 1-го Юня свинка захлороформирована и вскрыта — никакихъ уклоненій отъ нормы не замѣчено.

Кратки свѣдѣнія о нѣкоторыхъ изслѣдованныхъ.

Имя, фамилія.	Срокъ службы.	Вѣкъ.	Ростъ.	Объѣмъ груди.	Исходоульце порогъ.
1. Ефрейторъ Емельянъ Л. Витебской губ. Землепашецъ.	1904.	4 п. 39 в.	20 ² / _s	Вацциль не найдено.	
1. Рядовой Леонгій П. Плоцкой губ. Землепашецъ.	1904.	4 п. 38 в. 1 ф.	19 ⁴ / _s	Вацциль не найдено. Способъ Видерга.	
1. Младшій унчеръ-офицеръ Семенъ Н. Псковской губ. Островскаго у. Землепашецъ.	1904.	4 п. 40 в. 1 ф.	20	Вацциль не найдено.	
1. Рядовой Андрей Ѳ. Псковской губ. Островскаго у. Писарь.	1907.	4 п. 38 в. 1 ф.	18 ⁴ / _s	Вацциль не найден. Способомъ Видерга изслѣдована мокрота поворно.	

Имя, фамилія.	Срокъ службы.	Вѣкъ.	Ростъ.	Объѣмъ груди.	Исходоульце порогъ.
1. Рядовой Янъ С. Плоцкой г. Землепашецъ.	1906.	4 п. 39 ² / _s 6 ф.	19 ⁴ / _s	Вацциль не найден.	
1. Рядовой Пейсахъ М. Витебской губ. Портовой.	1906.	4 п. 37 ⁴ / _s 1 ф.	17 ⁴ / _s	Вацциль не найден. Способомъ Видерга.	
1. Рядовой Соломонъ П. Ковенской губ. Сапожникъ.	1905.	4 п. 39 ² / _s 24 ф.	20 ⁴ / _s	Вацциль не найден. Способъ Раскиной.	
1. Рядовой Василій В. Витебской губ. Землепашецъ.	1906.	4 п. 38 ² / _s 17 ф.	20 ⁴ / _s	Вацциль не найден.	

№ п/п	Имя, фамилия.	Срок службы.	Болѣзненные явления.	Вѣкъ.	Ростъ.	Объемъ груди.	Исходное положеніе шпорты.
1.	Федоръ Г. Витовской губ. Себежскаго уѣзда.	1907.	Худоцавъ и блѣденъ. Надъ органами ключицами слышны сухіе хрипы. Прощупываются шейныя и паховыя желѣзы. Желазъ въ яваретъ. Опротестованъ по ст. 59 Лит. А.	3 п. 38 ф.	39 ¹ / ₈	19 ¹ / ₈	Ващилъ не найдено. Способъ Видерга послѣдова на мокрота поворно.
1.	Рядовой Тимофей В. Полтавской губ. Землешаецъ.	1904.	Bronchitis chr.	4 п. 31 ф.	38 ² / ₈	20 ² / ₈	Ващилъ не найден.
1.	Рядовой Абрамъ О. Киевской губ. Землешаецъ.	1905.	Жалуется на боли въ груди. Блѣденъ и худощавъ.	4 п.	39 ¹ / ₈	20 ¹ / ₈	Ващилъ не найден. Способъ Видерга.
1.	Михаилъ С. дельникъ, Киевской губ. Землешаецъ.	1905.	Надъ правую ключицей и лопаткой выдохъ. Хлѣбшашецъ. Худоцавъ и блѣденъ.	4 п. 7 ф.	39 ² / ₈	19 ⁴ / ₈	Ващилъ не найден. Способъ Видерга.

№ п/п	Имя, фамилия.	Срок службы.	Болѣзненные явления.	Вѣкъ.	Ростъ.	Объемъ груди.	Исходное положеніе шпорты.
1.	Рядовой Григорій А. Псковской губ. Островскаго у. Землешаецъ.	1906.	Сломеніе и питаніе удовлетворительное. Надъ органами слышны сухіе хрипы и выдохъ. Отецъ и мать умерли болѣли грудью.	4 п. 25 ф.	39 ⁷ / ₈	20 ⁴ / ₈	Ващилъ не найден.
1.	Рядовой Петръ П. Бессарабской губ. Землешаецъ.	1905.	Надъ правую ключицей при первыхъ вдохахъ—крепитация. Мать болѣла грудью. Большой палецъ и курить.	4 п. 13 ф.	38 ⁷ / ₈	20	Ващилъ не найден.
3.	Рядовой Гавриилъ М. Полтавской губ. Землешаецъ.	1905.	Бронхитъ. Былъ на годъ въ отпуску для поправленія здоровья. Мать умерла отъ грудной болѣзни.	3 п. 37 ф.	37 ⁶ / ₈	18 ⁴ / ₈	Ващилъ не найден. Способъ Видерга.
3.	Рядовой Георгій Ч. Витебской губ. Землешаецъ.	1905.	Надъ правую ключицей сухіе хрипы Отецъ болѣлъ грудью.	4 п. 8 ф.	37 ⁶ / ₈	19 ² / ₈	Ващилъ не найден. Способъ Видерга.

№ протока	Имя, фамилия.	Срок службы.	Большеуказанные явления.	Взр.	Рост.	Объем груди.	Исходное состояние здоровья.
3.	Яковъ П. Псковской губ. Островскаго у. Земленашецъ.	1905.	Капшеть, одышка. Подъ лѣвую ключицу въ области 2,3 ребра ограниченное приступленіе тона. Тамъ слышенъ выходъ. Шумъ тренья рёбрагидр. Лежалъ въ лазаретѣ.	3 п. 31 ф.	38 1/2	20 1/2	Ващилъ не найдено.
4.	Рядовой Францъ Л. Ковенской губ. Вильярскаго у. Слесарь.	1905.	По всей области легкихъ особенно надъ ключицами и лопатками слышны сухіе хрипы. Граница легкихъ расклатъ. Пилъ воду много. Лежалъ въ лазаретѣ.	3 п. 38 ф.	38.	20 1/2	Ващилъ не найдено способомъ Видерга.
4.	Савелій В., Витебской губ. Соболевскаго у.	1907.	Блѣдень и худощавъ. Кашель, боли въ груди. Въ области легкихъ всюду слышны сухіе хрипы и жесткое дыханіе. Лежалъ въ лазаретѣ. Опрогестованъ по ст. 59, Лиг. А.	3 п. 26 ф.	38 7/8	18 1/2	Ващилъ не найдено. Способъ Видерга.
4.	Сергій М. Наборщикъ въ типографіи.	1907.	Блѣдень. Пронизываются шейная жезлы. Отсюда умеръ отъ горловой чахотки.		38.	18 1/2	Ващилъ не найдено.

№ протока	Имя, фамилия.	Срок службы.	Большеуказанные явления.	Взр.	Рост.	Объем груди.	Исходное состояние здоровья.
№ 100	Николай С., С.-Петербургской губ. Окончилъ землемѣрное училище.	1906.	Кашель, боли въ груди. Надъ и подъ правую ключицей крепитация при первыхъ вдохахъ. Мать умерла отъ воспаления легкихъ.	3 п. 39 ф.	36 1/2	19 1/2	Ващилъ не найдено. Способъ Видерга.
№ 100	Язь К., Плодской губ. Земленашецъ.	1906.	Надъ ключицами и лопатками слышно жесткое дыханіе, всюду сухіе хрипы. Блѣдень и худощавъ. Лежалъ 3 раза въ лазаретѣ.	3 п. 29 ф.	35 1/2	19 1/2	Ващилъ не найдено. Способъ Видерга. Ислѣдов. погворно.
№ 100	Никита С., Псковской г. Островскаго у. Землемѣшецъ.	1906.	Надъ правую ключицей и ниже слышны сухіе хрипы. Подъ правую лопатку выдохъ. На второмъ тогѣ арт. pulmonalis акцентъ. Лежалъ въ лазаретѣ.	3 п. 26 ф.	36 2/3	20 1/2	Ващилъ не найдено. Способъ Видерга.
№ 100	Михаилъ Ч., Плодской губ. Земленашецъ.	1906.	Блѣдень. Подъ лѣвыми сосками на ограниченномъ хлѣбѣ—шумъ тренья плевры. Всюду жесткое дыханіе. Лежалъ въ лазаретѣ.	3 п. 27 ф.	36 1/2	19 1/2	Ващилъ не найдено.

Имя, фамилия.	Срок службы.	Болезненные явления.	Вѣс.	Ростъ.	Объемъ груди.	Исходъное состояние.
Петръ С., Витебской губ. Себежскаго у. Рабочій.	1906.	Бѣденъ и худощавъ. 2 года работалъ на железнорудномъ заводѣ. Лежалъ въ лазаретѣ съ Influenza.	3 п. 37 ф.	37 3/4 s.	19 1/2 s.	Бациллъ не найдено.
Михайлъ С., Псковской г. Земляничск.		Bronchitis chron, Empysema pulmonum. Лежалъ въ лазаретѣ.				Бациллъ не найдено.
Алексѣй К., Псковской г. Чернорабочій.	1906.	Бѣденъ и худощавъ. Кое-гдѣ слышны сухие хрипы. Отекъ умеръ отъ грудной болѣзни.	4 п.	37 3/4 s	18 1/2 s.	Бациллъ не найдено.
Константинь Э., Псковской г. Рабочій.	1906.	Въ области легкихъ въ разныхъ отдѣлахъ слышны сухие хрипы.	3 п. 20 ф.	36.	18 1/2 s.	Бациллъ не найдено.

Имя, фамилия.	Срок службы.	Болезненные явления.	Вѣс.	Ростъ.	Объемъ груди.	Исходъное состояние.
Федоръ Ш., дельщикъ, Витебской губ. Земляничск.	1906.	Надъ правую ключицы жестокое дыханіе. Худощавъ.	3 п. 38 ф.	38 3/4 s	20 1/2 s.	Бациллъ не найдено. Спосособъ Вилерга.
Емельянгъ А., Витебской г. Земляничск.	1907.	Influenza, осложнившаяся rheumatism catarrhalis. Лежалъ въ лазаретѣ. Выдворенъ.	3 п. 28 ф.	38 1/2 s	18 3/4 s.	Бациллъ не найдено.
Архипъ И., Витебской губ. Себежскаго у. Земляничск.	1907.	Въ области легкихъ умеренное количество сухихъ хриповъ. По передней половине груди слыва въ области 2 и 3 реберъ ясный выдохъ—и тиманичный тонъ. Болевъ даво. Одышка и кашель. Лежалъ въ лазаретѣ. Былъ опротестованъ по ст. 59, но присланъ обратно въ полкъ. До службы перенесъ воспаление лѣваго легкаго.	3 п. 34 ф.	38 1/2 s	20 1/2 s.	Бациллъ не найдено. Спосособъ Вилерга исследована повторно.

№ п/п	Имя, фамилия.	Срок службы.	Болезненные явления.	Вес.	Рост.	Объем груди.	Исходная форма.
1	Вольноопределяющийся Иванъ П. Ярославской губ. Которшикъ.	1906.	Худь и блѣдн. До военной службы 5 дѣтъ былъ конторщикомъ. Отецъ болѣлъ грудью. <i>Obitis media purulenta.</i>	3 п. 38 ⁹ / ₈ ф.	38 ⁹ / ₈ ф.	17 ⁴ / ₈	Вашиль не найдено. Способ. Бидерга.
2	Иванъ В., Псковской губ. Мелочной торговецъ.	1906.	Надъ правую ключицей крепитация.	3 п. 33 ф.	37 ¹ / ₈ ф.	19 в.	Вашиль не найдено.
3	Рядовой Яковъ Д., Казанской губ. Землепашецъ.	1904.	Блѣдень и худощавъ. Капшель. Пропуываются шейныя железы. Навсичительное количество сухихъ хриповъ.	4 п. 10 ф.	39 ⁴ / ₈ ф.	20 в.	Вашиль найдено. Способ. Бидерга.
4	Рядовой Владимиръ Г. Псковской губ. Кузнецъ Островскаго у.	1904.	Въ верхнихъ областяхъ легкихъ слышны сухие хрипы. Мать умерла въ чахоткѣ; отецъ — также. Лежалъ въ лазаретѣ по поводу <i>Influeza</i> . Кузнецъ.	4 п. 14 ф.	38 ³ / ₈ ф.	20 ² / ₈	Вашиль не найдено. Мокрота въ слѣдствіе завсѣгда повторно.

№ п/п	Имя, фамилия.	Срок службы.	Болезненные явления.	Вес.	Рост.	Объем груди.	Исходная форма.
5	Имя, фамилия.		Болезненные явления.				
6	Рядовой Иванъ О., Орловской губ. Землепашецъ.	1095.	Капшель, и въ мокротѣ примѣсь крови. Надъ правую ключицей — сухие хрипы. Шейныя железы прощупываются. Отецъ и сестра умерли отъ грудной болѣзни.	4 п. 3 ф.	38 ² / ₈ ф.	20 ⁹ / ₈	Вашиль не найдено способъ Бидерга.
6	Рядовой Федоръ П. Витебской губ. Землепашецъ.	1905.	Кожа блѣда Надъ правымъ <i>bulbus</i> . <i>vesicae</i> идутъ шумъ. По всей области легкихъ слышно жесткое дыханіе. Отецъ болѣлъ грудью.	3 п. 36 ф.	37 ¹ / ₈ ф.	19 ² / ₈	Вашиль не найдено. Способ. Бидерга.
7	Рядовой Матвій П. Ковенской губ. Землепашецъ.	1905.	Жалуется на боли въ груди. Худощавъ. По тѣлу аспе.	4 п.	39 в.	20 в.	Вашиль не найдено.
7	Егоръ Я., Оренбургской г. Землепашецъ.	1905.	Худощавъ и блѣденъ. Кожа суха. Ключицы выдаются. Отецъ умеръ отъ грудной болѣзни и кровохарканія.	3 п. 28 ф.	38 ¹ / ₈ ф.	19 ⁹ / ₈	Вашиль не найдено способъ Бидерга.

Имя, фамилие.	Срочь служба.	Болѣзненные явленія.	Вѣсь. Ростъ.	Объемъ груди.	Исходъ или вероятіе.
5. Тимофѣй П. Земелашецъ.	1904.	Bronchitis. Лежалъ въ лазаретѣ.	4 п. 38 ⁷ / ₈ 5 ф.	196 ¹ / ₈ .	Ващилъ не найденъ.
6. Маркъ Д., Витебской губ. Себежскаго у. Земелашецъ.	1906.	Худощавъ. Увеличеніе шейныхъ и паховыхъ железъ. Лежалъ въ лазаретѣ по поводу Otitis media. Надѣ правую ключицей выходъ.	3 п. 37 ² / ₈ , 26 ф. 3 п. 16 ф.	186 ¹ / ₈ .	Ващилъ не найденъ. Способ. Видерга.
6. Младшій унтеръ-офицеръ Макарь В., Витебской губ. Земелашецъ.	1905.	Худощавъ и блѣденъ. Отдохъ болявъ грудью и ушаръ. До службы былъ поручикомъ. Лежалъ въ лазаретѣ.	3 п. 38 ⁶ / ₈ , 35 ф.	19	Ващилъ въ мокротѣ не найденъ. Способ. Видерга.
6. Станиславъ Ж. Витебской губ. Себежскаго у. Земелашецъ.	1906.	Кожа блѣдная. Границы легкихъ расширены. Въ разныхъ отдѣлахъ легкихъ сухіе хрипы.	3 п. 36 ² / ₈ 30 ф.	20 ¹ / ₈ .	Ващилъ не найденъ. Мокрота съ прирѣсью крови.

Имя, фамилие.	Срочь служба.	Болѣзненные явленія.	Вѣсь. Ростъ.	Объемъ груди.	Исходъ или вероятіе.
8. Ипекъ В., Витебской губ. Себежскаго у. Торговецъ.	1906.	Блѣденъ и худощавъ. Увеличеніе шейныхъ железъ. Мать умерла въ чахоткѣ. Отецъ болѣлъ грудью.	3 п. 37 ³ / ₈ , 21 ф.	176 ¹ / ₈ .	Ващилъ не найденъ способомъ Видерга.
8. Алексѣй Б., Курской губ., Путыловскаго у. Писарь.	1905.	Жалуется на боли въ груди и кашель. Мать умерла въ чахоткѣ. Сестры тоже все умерли. До службы занимался шитьемъ водствомъ. Блѣденъ и жолодавъ. Шейная железа умѣренно увеличена. На второмъ тонѣ, акцентъ.	3 п. 37 ¹ / ₈ , 18 ф.	18.	Ващилъ не найденъ Мокрота изслѣдов. повторю по способу Видерга.
8. Ст. унтеръ-офицеръ Николай С., Полтавской губ. Прилуцкаго у. Земелашецъ.	1905.	Кашляетъ, довольно блѣденъ. Въ области легкихъ въ разныхъ мѣстахъ слышны сухіе хрипы. Надѣ правую ключицей — препитация при первыхъ вдохахъ. Лежалъ въ лазаретѣ съ инфлюенцей.	3 п. 37 ¹ / ₈ , 26 ф.	189 ¹ / ₈ .	Ващилъ не найденъ. Мокрота изслѣдов. повторю.
9. Семень Л., Полтавской губ. Оффшпінгъ.	1905.	Выдохъ надѣ правой ключицей. До службы былъ офиціантомъ въ ресторанѣ въ Одессѣ. Мать умерла отъ грудной болѣзни.	3 п. 38 ¹ / ₈ 27 ф.	192 ¹ / ₈ .	Ващилъ не найденъ. Способ. Видерга.

№ п/п	Имя, фамилие.	Срок службы.	Болезненные явления.	Въс.	Рост.	Объем груди.	Исходная морота.
9.	Рядовой Григорий О. Псковской губ. Островского у. Землепашецъ.	1906.	Жалуется на боли въ груди и лѣвомъ боку, который до службы былъ усиленнѣе въ дракъ. Пить воду. Вѣденье худощавъ. Проникаются шейныя железы. Совершенно никакой долъ лѣваго легкаго ослабленное дыханіе.	3 п. 36 ² / ₈ 39 ф.	36 ² / ₈	19 в.	Вацциль не найдено способомъ Вьдєрга.
10.	Рядовой Иванъ Л. Плоцкой губ. Кузнецъ.	1904.	Общая слабость. Камель. Худощавъ. До службы былъ кузнецомъ. Мать умерла отъ кровотечения изъ носу.	3 п. 37 ¹ / ₈ 19 ф.	37 ¹ / ₈	18 ¹ / ₈	Вацциль не найдено.
11.	Ефрейторъ Владиміръ Б. Орловской губ. Новорхангельскаго у. Быль мясникъ.	1905.	Сложение и шганіе слабоватое. Въ области легкихъ кое-гдѣ слышны сухіе хрипы. Камель. Пьетъ, куритъ. Отецъ бо-лѣтъ грудью.	3 п. 37 ¹ / ₈ 36 ф.	37 ¹ / ₈	19 в.	Вацциль не найдено.
11.	Ваццавъ К. Плоцкой губ. Землепашецъ.	1907.	Давно болитъ грудь. Надъ правую ключичей слышна крапнтация. Легкаль въ лаваретъ.				Вацциль въ моротъ по найдено способомъ Вьдєрга.

№ п/п	Имя, фамилие.	Срок службы.	Болезненные явления.	Въс.	Рост.	Объем груди.	Исходная морота.
11.	Рядовой Федоръ Д. Псковской губ. Островскаго у. Землепашецъ.	1904.	Кашляетъ, Грудь болитъ послѣ пребывания въ Манчжурію. Вѣденье. Надъ правую ключичней выдохъ и сухіе хрипы. Шейныя железы увеличены.	3 п. 36 ² / ₈ 19 ф.	36 ² / ₈	19 ¹ / ₈	Вацциль не найдено способомъ Вьдєрга.
11	Рядовой Трофимъ Г. Вос-саравской губ. Хотинскаго уѣзда Музыкантъ на скрипкѣ.	1905.	Жалуется на боли въ груди. Болѣнь съ похода въ Манчжурію. Съ 17 лѣтъ занимается своимъ ремесломъ. Пьетъ и куритъ. Вѣденье и худощавъ. По всей области легкихъ—сухіе хрипы. Проничунаются шейныя железы. Легкаль въ лаваретъ.	4 п. 37 ² / ₈ 19 ф.	37 ² / ₈	19 ¹ / ₈	Вацциль не найдено. Морота исследована въ повторно по способу Вьдєрга.
	Германъ Х. Плоцкой губ. Землепашецъ.	1906.	Худощавъ и блѣденъ. Опухоль железъ Pleuritis sicca. Легкаль въ лаваретъ. Вяздоронгъ.	4 п. 38 ¹ / ₈ 4 п. 19 ф.	38 ¹ / ₈	19 ¹ / ₈	Вацциль не найдено.

Имя, фамилия.	Срок службы.	Возбужденныя явления.	Въс.	Ростъ.	Объемъ груди.	Исходное излеченіе.
Павель В., Псковской губ. Землепашецъ.	1906.	Крепнота надъ лѣвой ключицей. Перенесъ инфлуэнцу. Лежалъ въ лазаретѣ.	3 п. 25 ф.	35 ¹ / _s	19 ¹ / _s	Воспалъ не найдено Мокрота пастблв. повторно по способу Вайдера.
Писарской в. Иванъ Н., Оренбургской г. Торговецъ.	1905.	Худъ и блѣденъ, пьетъ курить. Кашель. Кое-гдѣ въ области легкихъ слышны сухіе хрипы.	3 п. 24 ф.	38	18 ³ / _s	Воспалъ не найдено способъ Вайдера.
Писарь Стефанъ К., Курской губ. Землепашецъ.	1905.	Жалуется на боли въ груди и кашель. Въ области легкихъ характеръ дыхательныхъ шумовъ жесткій. Волдырь давно.	4 п. 11 ф.	40	20	Воспалъ не найден.
Евдокимъ Ѳ., Подгавской г. Землепашецъ	1905.	Худъ и блѣденъ. Надъ лѣвою ключицей слышно жесткое дыханіе.	4 п. 10 ф.	39 ¹ / _s	18 ¹ / _s	Воспалъ не найден.

Имя, фамилия.	Срок службы.	Возбужденныя явления.	Въс.	Ростъ.	Объемъ груди.	Исходное излеченіе.
Фельдшеръ Николай А., Новгородской губ. Череповицкаго у. Черноработчій.	1901.	Худощавъ и блѣденъ. Надъ правую ключицей слышна крепитация. Перенесъ инфлуэнцу. Осечь умеръ отъ грудной болѣзни. Увеличены шейныя железы на правой сторонѣ. После перенесенной инфлуэнцы наблюдались нѣсколько дней поты по ночамъ, затѣмъ они прекратились. Вскорь большой переведенъ былъ въ другой полкъ; дальнейшихъ наблюденій за нимъ нельзя было сдѣлать.	3 п. 17 ф	37 ¹ / _s	19 в.	Воспалъ не найден. Мокрота пастблв. повторно по сп. Вайдера. 1) Слѣзана шивника морской свинки въ позость брюшины; черезъ 4 дня свинка погибла. Привскрѣтъи разлитой перетовить Фибринозные налеты на влеченикѣ. Найденъ диллококки

Имя, фамилия.	Срок службы.	Возбужденная явления.	Вес.	Рост.	Объем груди.	Исходное состояние зловра.
Писарь Василий К., Псковской губ. Островского у. Торговец.	1906.	Блѣдень и худощавъ. Пьетъ и куритъ. Налегъ правою ключицей слышенъ выдохъ.	3 п. 37 ¹ / _s 28 ф.	37 ¹ / _s	18 ¹ / _s	Вашилгъ не найденъ. Мокрота въ правой половинѣ торца.
Обоновъ Петръ У., Орловской губ., Хлебобашенг.	1906.	Худощавъ и блѣдень. На лицѣ слѣды осы. Въ области легкихъ въ различныхъ мѣстахъ сухіе хрипы.	3 п. 38 в. 4 ф.	38 в.	19 ¹ / _s	Вашилгъ не найденъ. Способомъ Бидерга.
Конюхъ Иванъ В., Землепашенг.	1905.	Худощавъ блѣдень. Камиллетъ. Жестокіе дыхательныя шумы.	3 п. 38 ¹ / _s 26 ф.	38 ¹ / _s	18 ¹ / _s	Вашилгъ не найденъ.
Евгеній А., Орловской г. Чернорабочій.	1906.	Худъ и блѣдень. Перенесъ суставной ревматизмъ. Въ области легкихъ кое-гдѣ сухіе хрипы. Въ мокротѣ иногда появляется кровь.	3 п. 37 ³ / _s 34 ф.	37 ³ / _s	19 ¹ / _s	Вашилгъ не найденъ. Мокрота въ правой половинѣ торца. по сл. Бидерга.

Имя, фамилия.	Срок службы.	Возбужденныя явления.	Вес.	Рост.	Объем груди.	Исходное состояние зловра.
Григорій А., Писарь Орловской губ. Бывшій приказчикъ.	1905.	Худощавъ и блѣдень. На лопаткѣ слышны выдохи. Шейныя желеныя пятна промучиваются. 5 лѣтъ назадъ перенесъ сифилисъ.	3 п. 38 37 ф.	38	19	Вашилгъ не найденъ. Способомъ Бидерга.
Ефрейторъ Григорій П., Полтавской губ. Землепашенг.	1905.	Худощавъ и блѣдень. Въ области легкихъ кое-гдѣ слышны сухіе хрипы. Шейныя желеныя промучиваются. Отецъ умеръ отъ чахотки.	3 п. 36 ф.	38	19 ¹ / _s	Вашилгъ не найденъ. Способомъ Бидерга.
Рядовой Николай Г.	1905.	Блѣдень и довольно худощавъ. Въ области легкихъ кое-гдѣ слышны сухіе хрипы.	3 п. 32 ф.	38	19 ¹ / _s	Вашилгъ не найденъ.
Павелъ И., бывшій сапожникъ, Витебской г. Сельского уѣзда.	1906.	Въ области легкихъ слышны сухіе хрипы.	4 п. 1 ф.	37 ¹ / _s	20	Вашилгъ не найденъ.

№ по порядку	Имя, фамилия.	Срок службы.	Болезненные явления.	Въсь.	Ростъ.	Объем груди.	Исходное состояние легких.
15	Младший унтер-офицеръ Ефимъ Г.	1905.	Худощавъ и блѣдноватъ. Надъ правую ключицей—крупчатка при первыхъ вдохахъ.	4 п.	37 ¹ / ₈	19 ¹ / ₈	Бациллъ не найдено.
15	Рядовой Матвѣй П.	1905.	Бронхитъ и малокровіе.				Бациллъ не найдено.
15	Михаилъ Р., Витебской г. Землепашецъ.	1906.	Бронхитъ.	3 п. 20 ф.	36 ¹ / ₈	19 ¹ / ₈	Бациллъ не найдено.
15	Францъ Б., Плоцкой губ. Землепашецъ.	1906.	Кашель и боли въ груди. Худощавъ и блѣднѣетъ. Много куритъ.	3 п. 33 ф.	36 ¹ / ₈	19 ¹ / ₈	Бациллъ не найдено.

№ по порядку	Имя, фамилія.	Срок службы.	Болезненные явления	Въсь.	Ростъ.	Объем груди.	Исходное состояние легких.
15.	Иванъ А., Псковской губ. Островскаго у.	1906.	Кашель. Въ области легкихъ въ нижнихъ отделахъ слышны сухіе хрипы. Вѣсь отъбалахъ слышны сухіе хрипы.	3 п. 30 ф.	35 ⁷ / ₈	19 ³ / ₈	Бациллъ не найдено.
КОМ. ПОЛОЖ.	Рядовой Василій В., Воеводскаго у. Хотинскаго у. Землепашецъ.	1905.	Кожа блѣдна и суха. Надъ правую ключицей слышны сухіе хрипы. Пьетъ и куритъ. Мать умерла отъ грудной болѣзни.	3 п. 28 ф.	38 в.	19 в.	Бациллъ не найдено.
КОМ. ПОЛОЖ.	Павелъ З., Подгавскій г. Землепашецъ.		Кожа блѣдна и суха. Кашель. Ключицы выдаются. Въ области легкихъ всюду сухіе хрипы Пьетъ и куритъ. Мать болѣетъ грудью.	4 п. 16 ф.	40 ¹ / ₈	20 ³ / ₈	Бациллъ не найдено. Мокрота изслѣдована въ лабораторіи.

IV.

Выше приведены истории болезни и краткие описания только тех случаев, которые могли возбудить наибольшее подозрение на заболеваемость легочной чахоткой. Как видно по описанию, это было в большинстве случаев люди, у которых наблюдалось страдание дыхательных органов, чаще всего бронх, отчасти легких, подреберной плевры, сопровождавшиеся малокровием или увеличением лимфатических желез,—хронический катарх кишечника; словом, исследуемые подходили больше или меньше под подозрение скрытой формы легочной чахотки, описываемой в литературе,¹⁹⁾ или представляли из себя слабые организмы, наиболее восприимчивые к заболеванию чахоткой. На ряду с ними представлены описания двух случаев легочной туберкулеза, для сравнения всех симптомов болезни, наблюдаемых здесь и недостающих там.

Представлять описание прочих исследованных мною случаев я не считал нужным, так как они представляли меньше данных для подозрения у них страдания легочной чахоткой. Упомяну только, что в музыкантской команде, где были констатированы случаи бугорчатки легких, я исследовал мокроту почти у всего наличного состава—28 человек.

Итак, если считать несомненным туберкулезным поражением легких только те случаи, когда в мокроты найдены бактерии Коха или имеются налицо ясные клинические симптомы, то из представленных историй болезни мы можем считать только один случай туберкулеза легких из всего числа исследованных нижних чинов Царицынского полка. (Я конечно не считаю случая, описанного под № 14. Это был большой посторонней части, повзввший случайно в лазарет Царицынского полка). Тогда процент страдающих

бугорчаткою легких будет весьма невелик, именно, 1 на 1582 человека или 0,6—на 1000 человек.

Что касается до случаев туберкулеза прочих органов и тканей без ясного поражения легких, то их, повидимому, несколько больше: к ним нужно отнести №№ 10, 18 и также 7, которые по целому ряду клинических симптомов, хотя бы без бактериологических данных, на мой взгляд, должны быть признаны туберкулезными поражениями.

Отрицательные данные съ прививкою морской свинки серозной жидкости, извлеченной из полости брюшины въ № 18, ни чуть не умаляют значения клинических симптомов.

Подобные случаи известны в литературе.²⁰⁾ Причина ненахождения в таких случаях бактерий Коха под микроскопом и даже отсутствие заражения морских свинок, вероятно, кроется в томъ, что последние въ силу тяжести въ серозной жидкости легко оседаютъ въ ниже лежащія отдѣлы (въ данномъ случаѣ—полости брюшины) или, что, мнѣ кажется болѣе вѣроятнымъ, туберкулезныя палочки вовсе отсутствуютъ въ выпотѣ, когда еще нѣтъ распада пораженнаго туберкулезнымъ процессомъ органа.

Последнее относится и къ вопросу о присутствіи бугорчатковых палочекъ въ мокротѣ, что подтверждается отчасти приведенными исторіями болезни.—Многіе случаи хроническихъ бронхитовъ, сопровождавшіеся истощеніемъ тѣла, дававшие нѣкоторое время подозрѣніе на скрытый туберкулезъ легкихъ послѣ повторныхъ исследованій мокроты на присутствіе бактерий, но при ненахожденіи ихъ и исчезновеніи затѣмъ подозрительныхъ клиническихъ симптомовъ, должны были быть признаными нетуберкулезнымъ поражениемъ или скрытыми формами туберкулеза, если упорно оставались нѣкоторые симптомы. Бугорчатка легкихъ даже въ начальной стадіи, повидимому, должна имѣть въ основѣ свою болѣе или меньше опредѣленную картину, которая проявляется въ рядѣ клиническихъ симптомовъ, достаточно ясно описанныхъ уже старыми клиницистами.²¹⁾ Появленіе туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ повидимому происходитъ только тогда, когда уже начался процессъ распада пораженныхъ участковъ легкихъ, т.-е. когда бугорокъ переходитъ въ казеозную массу и, слѣдовательно, ткань или органъ, пораженный бугорчатковымъ процессомъ, изъливается; тогда только палочки бугорчатки могутъ имѣть возможность свободнаго выхода въ окружающую среду, въ данномъ случаѣ въ легочные узлы и просвѣтъ бронхъ, а слѣдовательно, принимаются къ бронхіальной слизи.

Выраженіе Коха: «вѣрнѣе всего бугорчатковыя палочки можно открыть тамъ, гдѣ процессъ только еще начинается, или гдѣ онъ быстро прогрессируетъ»,²²⁾ а равно и клас-

сическое изображение картины развития бугорка съ участием туберкулезных палочек, представленное Баумгартеном, ²³⁾ нисколько не стоятъ въ противорѣчii съ высказаннымъ мною, такъ какъ вѣдь это касается самой ткани или органа, пораженнаго бугорчаткой, а не окружающей среды, куда палочки могутъ попасть только при условii нарушения цѣлости ткани, если только конечно процессъ ограниченъ, а не разлитой, какъ это можетъ быть при всякаго рода бактеріями, когда находятъ бактеріи вѣрѣдко и въ продуктахъ выдѣленія. Поэтому, мнѣ кажется, ошибаются тѣ, которые хотятъ признать самымъ раннимъ симптомомъ бугорчатки легкихъ нахождение бугорчатковыхъ палочекъ въ мокротѣ, неправильно толкуя слова Коха. На основанii своего личнаго опыта за нѣсколько лѣтъ могу утверждать, что у цѣлага ряда больныхъ, гдѣ приходилось изслѣдовать мокроту на присутствіе бугорчатковыхъ палочекъ, мнѣ ни разу не приходилось находить таковыхъ безъ существованія какихъ либо клиническихъ признаковъ болѣе или менѣе ясныхъ, указывающихъ на поражение легкихъ.

Если же нѣкоторые авторы и находили въ мокротѣ палочки бугорчатки при отсутствіи какихъ либо клиническихъ симптомовъ страданія легкихъ, то это могли быть, вѣдь, случаи бугорчатковаго страданія бронхъ или верхнихъ дыхательныхъ путей безъ участія легкихъ, которые, какъ оказывается, по новѣйшимъ даннымъ наблюдаются въ общемъ не такъ рѣдко.

Докторъ Соколовскій въ своихъ клиническихъ лекціяхъ о болѣзняхъ органовъ дыханія говоритъ, что первичное бугорчатковое воспаление крупныхъ бронхъ почти не встрѣчается, какъ вторичное оно наблюдается лишь у лицъ страдающихъ бугорчаткой легкихъ. Зато первичное бугорчатковое воспаление мелкихъ бронхъ въ особенности медвѣйшихъ—весьма часто, причемъ вѣрѣдко какъ исходное начало бугорчатки легкихъ.

Профессоръ Пржевоускій описываетъ слѣдующія формы бугорчатковаго воспаления бронхъ: 1) поверхностныя бугорчатковыя изъязвленія, 2) затяжныя 3) изъязвленія, идущія съ бронхіальныхъ железъ (чаще всего у дѣтей). 4) Bronchitis caseosa.

Соколовскій самъ наблюдалъ нѣсколько случаевъ туберкулезныхъ бронхитовъ безъ пораженія легкихъ, которые доказаны нахожденіемъ туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ ²⁴⁾.

Я не буду касаться уже бугорчатковыхъ ларингитовъ и бугорчатки зѣва, страданій болѣе доступныхъ для правильной діагностики.

Въ подтвержденіе же того, что Коховскія палочки далеко не во всѣхъ случаяхъ находятъ и при наличности совершенно ясныхъ клиническихъ симптомовъ бугорчатки легкихъ, позволю

себя привести изслѣдованія Любомудрова, ²⁵⁾ какъ наиболее рельефныя.

Д-ръ Любомудровъ въ Московскомъ военномъ госпиталѣ изслѣдовалъ мокроту у 623 больныхъ чахоткою легкихъ на присутствіе палочекъ Коха. Изъ этого числа 249 больныхъ умерло, 243 уволено въ отставку, 100 уволено на годъ на родину и 31 человекъ были выписаны изъ госпиталя, такъ какъ срокъ службы ихъ ко дню выписки кончился. Палочки найдены у 394 ч., т. е. въ 63%. Въ остальныхъ 37% палочекъ вовсе не было найдено.

Рассматривая отношеніе между нахожденіемъ бациллъ въ мокротѣ и выраженностью клинической картины болѣзни, онъ говоритъ слѣдующее: «при 78 случаяхъ рѣзко выраженной формы болѣзни (каверны въ легкихъ) бациллы найдены въ 63 или 80%. Въ 331 случаяхъ болѣзни средней выраженности бациллы найдены 226 разъ или 68%. Изъ 214 случаевъ начальной формы болѣзни (выдохъ, незначительное притупленіе перкуторнаго тона въ верхушкахъ, изрѣдка крепитанція), бациллы найдены въ 105 случаяхъ или въ 49%. Такимъ образомъ при рѣзко выраженныхъ формахъ болѣзни бациллы встрѣчаются чаще, чѣмъ при среднихъ и особенно начальныхъ формахъ болѣзни». Авторъ осторожно отнесся къ выводу, говоритъ, что такой сравнительно низкій процентъ положительныхъ результатовъ изслѣдованія мокроты чахоточныхъ полученъ имъ оттого, что мокрота повторно изслѣдовалась очень рѣдко.

«Просматривая протоколы вскрытій, продолжаетъ Любомудровъ, больныхъ, умершихъ отъ просвидной бугорчатки, находимъ, что при жизни бациллы въ мокротѣ были находимы въ тѣхъ случаяхъ, когда на вскрытій было найдено, что одинъ или нѣсколько бугорковъ распались и даже существовали маленькія каверны. Точно также и при broncho-pneumonia caseosa бациллы при жизни не были находимы въ тѣхъ случаяхъ, когда казеозная гнизда въ легкихъ были не многочисленны, а вмѣстѣ того преобладали миллиарныя бугорки». Изъ числа всѣхъ 623 больныхъ повторныя изслѣдованія мокроты были произведены у 131 или 21%. Большинство повторныхъ изслѣдованій обусловливались тѣмъ обстоятельствомъ, что клиническая картина болѣзни заставляла подозрѣвать туберкулезъ, тогда какъ при изслѣдованіи мокроты Коховскія бациллы въ ней не оказывались. Случаевъ повторнаго положительнаго изслѣдованія мокроты чахоточныхъ было всего 19.

Ненахождение Коховскихъ бациллъ даже повторное по мнѣнію Любомудрова не исключаетъ еще существованія у больного туберкулеза, и это ненахождение, на мой взглядъ, въ

большинствѣ случаевъ не есть явленіе случайное, но можетъ, именно, относиться къ еще недостаточно развитымся туберкулезнымъ процессамъ или къ нетуберкулезнымъ.

Дѣлая даѣе сравнительную оцѣнку различныхъ способовъ подготовки мокроты для изслѣдованія, а равно и различныхъ способовъ самаго окрашивания, Любомудровъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: «способъ приготовления мазковъ мокроты путемъ выбирания комочковъ очень хороши и въ нѣкоторыхъ случаяхъ при послѣдующемъ окрашиваніи даютъ большія количества Коховскихъ бациллъ, чѣмъ способъ Бидерта. При этомъ только требуется извѣстный (небольшой) навыкъ, чтобы правильно выбирать, именно, требуемыя части мокроты, не смѣшивая ихъ, напр., съ пищевыми комками или бронхіальной слизью и т. п. Способъ Бидерта въ этомъ отношеніи проще. Этими двумя способами вполне можно удовлетвориться». Любомудровъ дѣлаетъ выводъ, что бактериологическому изслѣдованію мокроты нельзя придавать абсолютнаго значенія для установки діагноза туберкулеза, его можно считать только хорошимъ средствомъ для этого. Къ такому же выводу приходитъ L. Martin—«вообще по отношенію къ бактериологическимъ изслѣдованіямъ: «Бактеріологическое изслѣдованіе не только не возбуждаетъ къ пренебреженію клиническихъ признаковъ, но напротивъ оно является помощію и поощреніемъ изслѣдованія симптомовъ».

Не велико число положительныхъ результатовъ микроскопическаго изслѣдованія мокроты на туберкулезныя палочки и въ С.-Петербургскихъ военныхъ госпиталѣхъ, судя по годовымъ отчетамъ ихъ, такъ въ Семеновскомъ и Александровскомъ госпиталѣ въ 1904 году изъ 648 случаевъ—палочки найдены въ 58.

Въ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ въ томъ же году изъ 458—въ 50.

Тѣ же приблизительно отношенія цифръ въ отчетахъ и за предыдущіе годы.

Такимъ образомъ на основаніи всего сказаннаго, несколько не умаляя значенія открытій Коха, прихожу къ практическому выводу, что изслѣдованіе мокроты чахоточныхъ не есть способъ опредѣленія болѣзни первѣйшей важности, такъ какъ нехожденіе палочекъ бугорчатки тамъ, гдѣ діагнозъ ясенъ по цѣлому ряду клиническихъ признаковъ, конечно, только подтверждаетъ распознаніе, но съ другой стороны часто упорное ненахожденіе ихъ можетъ возбудить сомнѣніе въ діагнозѣ и дать поводъ упустить моментъ для выдѣленія заболѣваго изъ общества или, по крайней мѣрѣ, постановки его въ извѣстныя гигиеническія рамки. Большаго вниманія для опре-

дѣленія бугорчатки легкихъ заслуживаетъ прививка мокроты морскимъ свинкамъ. Этотъ реактивъ, какъ видно, весьма чувствительный, но, къ сожалѣнію, и здѣсь возможенъ неточный отвѣтъ, если принять во вниманіе то обстоятельство, что мокрота больныхъ всегда можетъ имѣть много постороннихъ вредныхъ элементовъ въ видѣ разнаго рода бактерій или токсиновъ, которые проявятъ свое инфекционное или ядовитое дѣйствіе на животное, прежде, чѣмъ наступитъ возможность для развитія въ организмѣ признаковъ туберкулезной инфекции, хотя въ общемъ реакція на морскихъ свинкахъ болѣе убѣдительно и доступна большинству.

Завести и содержать морскихъ свинокъ дѣло въ общемъ весьма несложное, равно какъ и опыты съ прививками также технически несложны. Заведеніе же микроскопа и оборудованіе даже примитивной лабораторіи, конечно, гораздо сложнѣе.

Самымъ надежнымъ способомъ опредѣленія чахотки легкихъ до сего времени слѣдуетъ считать совокупность всѣхъ изложенныхъ способовъ изслѣдованія, но съ предпочтеніемъ всѣмъ остальнымъ подробнаго клиническаго изслѣдованія больного.

Прижизняя же къ условіямъ военной службы, гдѣ весьма важно во время выдѣлѣнныя заболѣваго въ видахъ его общественной пользы и окружающихъ, практически существеннѣе лишній разъ провѣрить подробный осмотръ самого больного, чѣмъ кропотливо и часто безрезультатно наслѣдовать мокроту и на этомъ строить свое заключеніе о сущности болѣзни. Повторный подробный осмотръ приучаетъ обращать вниманіе у нагченныя на такія измѣненія въ организмѣ, которые могутъ быть неугловыми на первый взглядъ, когда мокрота въ громадномъ большинствѣ случаевъ еще не даетъ своего отвѣта подъ микроскопомъ. Это, между прочимъ, подтверждается цѣлымъ рядомъ примѣровъ въ работѣ д-ра Соколовскаго «о скрытыхъ формахъ легочной чахотки»²⁶).

Я не касаюсь реакціи на туберкулинъ, которая, судя по литературнымъ даннымъ, за послѣднее время широко распространяется за границею, но у насъ въ Россіи еще не приобрѣла правъ гражданства. Кромѣ того туберкулиновая реакція, прижизненная нами, дава бы, по всей вѣроятности, точныя отвѣты на заболѣваемость бугорчаткою не только легкихъ но и вообще всѣхъ органовъ и тканей тѣла, что не входитъ въ мою задачу, а затѣмъ, имѣя въ виду въ дальнѣйшемъ изложеніи сопоставить цифры больныхъ бугорчаткою легкихъ при своемъ изслѣдованіи съ цифрами официальныхъ отчетовъ по арміи, я долженъ былъ бы имѣть въ такомъ случаѣ дѣло съ несоизмѣрными между собою величинами, такъ какъ въ

обоих случаях получились бы величины, происшедшие от различных по своей чувствительности измерительных орудий.

Возвращаясь къ полученному мною числу заболѣвшихъ бугорчаткою легкихъ при поголовномъ изслѣдованіи Царыцынскаго полка—1 на 1582 человѣка или 0,6—1,000. Увеличивъ эту цифру на 3, если принять описанныя въ исторіяхъ болѣзни подъ №№ 10, 18 и 7, за скрытыя формы бугорчатки легкихъ при наличности нѣкоторыхъ данныхъ въ пользу бугорчатки другихъ внутреннихъ органовъ, затѣмъ, прибавивъ сюда еще одинъ случай туберкулезнаго плеврита, найденнаго при вскрытіи одного умершаго въ Краснопольскомъ госпиталѣ при нижняго чина изъ батальона, стоящаго въ отдѣлѣ, мы получимъ всего пять случаевъ на списочный составъ въ среднемъ 1800 или почти 3—1,000. Если полученную цифру сравнить съ цифрою, обозначенною въ годовыхъ отчетахъ о санитарномъ состояніи 146 пѣхотнаго Царыцынскаго полка за послѣдніе годы, то увидимъ между ними мало различія.

Заболѣвшихъ бугорчаткою легкихъ.

Въ 1897 г.	1	человѣкъ.
» 1898 »	3	»
» 1899 »	2	»
» 1900 »	2	»
» 1901 »	5	хронич. бугорч.
—	2	остр. бугорч.
» 1902 »	2	»
» 1903 »	4	хронич. бугорч.
— »	3	остр. бугорч.

При списочномъ составѣ отъ 1400 до 1800 человѣкъ.

Поэтому указанная въ отчетахъ цифра можно считать за истинныхъ показателей числа заболѣваній бугорчаткою легкихъ въ полку въ теченіе года, доступныхъ нашему опредѣленію посредствомъ обычныхъ методовъ изслѣдованія.

Цифра 3 на 1000 списочнаго состава приближается къ общей цифрѣ заболѣваній бугорчаткою легкихъ по всей русской арміи, какъ увидимъ ниже по статистическимъ даннымъ годовыхъ отчетовъ о санитарномъ состояніи русской арміи.

Итакъ переходя ко второй части своей работы—обзору статистическаго матеріала по войскамъ всей русской арміи и С.-Петербургскаго военнаго округа, на основаніи вышеприведенныхъ изслѣдованій и сравненія, принявъ это нѣкоторымъ образомъ за мѣрку, мы можемъ отнестись съ довѣріемъ къ тѣмъ цифрамъ, которыя значатся въ официальныхъ годовыхъ отчетахъ о санитарномъ состояніи русской арміи.

Искусственно уменьшать цифру заболѣвшихъ бугорчаткою легкихъ съ тѣми или другими соображеніями въ частяхъ войскъ, какъ это дѣлается съ нѣкоторыми другими заболѣваніями войсковыми врачами, почти не приходится, такъ какъ діагнозъ бугорчатки легкихъ не ставитъ пока врача въ отвѣтственность за неблагополучное санитарное состояніе части ни передъ строевымъ начальствомъ, ни передъ ближайшимъ медицинскимъ. Частотка легкихъ въ появіи многихъ врачей, какъ въ этомъ пришлось убѣдиться, разсматривая подлинныя отчеты по частямъ войскъ, а тѣмъ болѣе строевого войскового начальства, еще крѣпко стоитъ въ сознаніи, какъ заболѣваніе наследственное или приобретенное дома, а не на службѣ, развившееся подъ вліяніемъ не легко устранимыхъ условій, какъ-то: климата, условій стоянки частей войскъ, размѣра помѣщеній и т. д., по отношенію не какъ инфекціонное заболѣваніе, могущее возникнуть даже у совершенно здороваго человѣка. Въ видахъ этого число заболѣвшихъ или умершихъ отъ бугорчатки легкихъ можетъ быть скорѣе показано увеличеннымъ, такъ какъ нерѣдко увольняемые вове отъ службы нижніе чины, страдающіе хроническимъ бронхитомъ, по тѣмъ или другимъ соображеніямъ показываются, какъ страдающіе бугорчаткою легкихъ. На томъ же основаніи и умершіе отъ какихъ-либо хроническихъ болѣзней могутъ быть показанными, какъ умершіе отъ бугорчатки легкихъ, такъ какъ смерть отъ послѣдней въ глазахъ общества законна и даже неизбежна.

ЧАСТЬ ВТОРАЯ.

I.

Въ годовыхъ отчетахъ о санитарномъ состояніи русской арміи, издаваемыхъ Главнымъ Военно-Медицинскимъ Управленіемъ ¹⁾, значатся слѣдующія цифры заболѣваемости чахоткой и бугорчаткой легкиихъ:

На 1000 человекъ среднего списочнаго состава:	
въ 1895 г.	4,4
» 1896 г.	4,2
» 1897 г.	3,9
» 1898 г.	3,5
» 1899 г.	3,4
» 1900 г.	3,9
» 1901 г.	3,9
» 1902 г.	3,9
» 1903 г.	3,7
» 1904 г.	2,7
(вообще бугорчаткой легкиихъ и дру- гихъ органовъ и тканей.)	3,9).

Такимъ образомъ заболѣваемость бугорчаткой легкиихъ во всей русской арміи за представленный промежутокъ лѣтъ въ общемъ держится, какъ видно, между 3 и 4 на 1000 списочнаго состава.

Сравнимъ эту цифру съ цифрами заболѣваемости въ нѣкоторыхъ иностранныхъ арміяхъ особенно въ Германской. Rudolf Schmidt въ своей диссертациіи ²⁾ приводитъ цифры заболѣваемости чахоткой легкиихъ въ Баварской арміи съ 1874 г. по 1886 г., которая держится за этотъ промежутокъ времени на 1000 человекъ списочнаго состава между 3,0 и 4,8.

Соотвѣственно этому приводятся общія цифры за тотъ же промежутокъ лѣтъ въ арміяхъ другихъ государствъ:

Саксонія—на 1000 человекъ списочнаго состава заболѣвшихъ чахоткой легкиихъ	1,7
Германія.	3,0
Италія.	4,3
Австрія	11,8
Россія. смертность	12,5?

Конечно, здѣсь можно сдѣлать только приблизительное сравненіе въ силу разницы во времени приведенныхъ примѣровъ и нашихъ цифръ.

Приведемъ болѣе новыя данныя доктора Schjerjng'a о заболѣваемости туберкулезомъ въ Германской арміи съ 1-го Апрѣля 1882 года по 31-е Марта 1898 года ⁴⁾. За этотъ промежутокъ времени было 15.877 заболѣвшихъ туберкулезомъ легкиихъ, при чемъ на 1000 средняго списочнаго состава ежегодно были слѣдующія цифры:

	Всего заболѣвшихъ.	На 1000 человекъ.
1882—83 г.	770	2,0
1883—84 г.	881	2,3
1884—85 г.	818	2,1
1885—86 г.	889	2,3
1886—87 г.	893	2,3
1887—88 г.	945	2,3
1888—89 г.	1.005	2,4
1889—90 г.	1.000	2,4
1890—91 г.	1.276	2,9
1891—92 г.	1.279	2,9
1892—93 г.	972	2,2
1893—94 г.	954	2,0

По Schjerjng'у ежегодная заболѣваемость въ Французской арміи на 1000 человекъ списочнаго состава въ общемъ около 5 въ Австрійской арміи 3,4

Такимъ образомъ процентъ заболѣваемости легочной чахоткой по всей русской арміи стоитъ выше Германской, ниже Французской и почти равенъ Австрійской за послѣдніе годы, а потому говорить о широкомъ распространеніи чахотки легкиихъ во всей русской арміи вообще не приходится въ настоящее время.

Напротивъ дѣло представляется въ иномъ свѣтѣ, если обратитъ вниманіе на процентъ заболѣваемости чахоткой легкиихъ по округамъ. Для образца приведу таблицу заболѣваемости бугорчаткой легкиихъ по округамъ за три года:

Отчетъ за 1902 годъ.

На 1.000 человекъ средняго списочнаго состава.						
О К Р У Г А.	Заболѣло.		Уволено въ неспособные.		Умерло.	
	1902 г.	1901 г.	1902 г.	1901 г.	1902 г.	1901 г.
	С.-Петербургскій	7,8	7,3	5,8	5,7	1,48
Финляндскій.	5,5	6,3	2,2	2,2	1,43	1,50
Одесскій	4,3	3,7	2,7	2,4	0,84	0,92
Московскій	4,2	4,5	3,0	3,3	1,07	1,12
Казанскій.	4,0	3,8	2,2	2,2	0,65	0,72
Варшавскій	3,8	3,9	2,4	2,4	0,95	1,18
Виленскій.	3,6	4,2	2,7	2,6	0,67	1,14
Область войска Донскаго. . .	3,6	5,7	1,9	4,3	0,65	0,36
Кіевскій	3,5	3,8	2,6	2,9	0,72	0,76
Квантунская область	3,2	2,5	1,4	1,6	0,77	0,52
Туркестанскій	2,9	2,8	1,8	1,5	0,52	0,62
Сибирскій.	2,4	2,7	1,0	2,3	0,84	0,30
Кавказскій	2,3	2,1	1,3	1,2	0,50	0,50
Приамурскій.	1,8	1,9	0,0	0,0	0,51	0,46

Отчетъ за 1903 годъ.

На 1.000 человекъ средняго списочнаго состава.						
О К Р У Г А.	Заболѣло.		Уволено въ неспособные.		Умерло.	
	1903 г.	1902 г.	1903 г.	1902 г.	1903 г.	1902 г.
	С.-Петербургскій	8,3	7,8	6,5	5,8	1,16
Финляндскій.	5,8	5,5	2,7	2,2	1,98	1,43
Сибирскій.	4,2	2,4	1,7	1,0	1,08	0,84
Одесскій	4,1	4,3	2,5	2,7	0,85	0,84
Область войска Донскаго. . .	3,9	3,6	3,2	1,9	—	0,65
Московскій	3,8	4,2	3,0	3,0	0,68	1,07
Варшавскій	3,7	3,8	2,5	2,4	0,73	0,95
Виленскій.	3,7	3,6	2,5	2,7	0,85	0,67
Кіевскій	3,6	3,5	2,9	2,6	0,61	0,72
Казанскій.	2,7	4,0	1,4	2,2	0,60	0,65
Кавказскій	2,4	2,3	1,3	1,3	0,57	0,50
Приамурскій.	2,0	1,8	1,1	0,9	0,53	0,51
Туркестанскій	1,7	2,9	1,0	1,8	0,47	0,52
Квантунская область	1,7	3,2	0,8	1,4	0,52	0,77

Отчетъ за 1904 годъ.

Бугорчатка легкихъ и прочихъ органовъ и тканей.

На 1.000 человекъ среднего списочнаго состава.						
О К Р У Г А.	Заболѣло.		Уволено въ неспособные.		Умерло.	
	1904 г.	1903 г.	1904 г.	1903 г.	1904 г.	1903 г.
С.-Петербургскій	11,1	8,3	8,3	6,5	1,01	1,16
Финляндскій	5,8	5,8	3,5	2,7	1,31	1,98
Московскій	4,6	3,8	3,3	3,0	0,49	0,68
Варшавскій	3,7	3,7	2,8	2,5	0,61	0,73
Виленскій	3,2	3,7	2,3	2,5	0,70	0,85
Кавказскій	3,1	2,4	2,2	1,3	0,66	0,57
Одесскій	3,0	4,1	1,8	2,5	0,55	0,85
Кіевскій	2,9	3,6	2,2	2,9	0,49	0,61
Сибирскій	2,8	4,2	0,4	1,7	0,18	1,08
Туркестанскій	2,1	1,7	1,5	1,0	0,46	0,47
Казанскій	1,8	2,7	0,9	1,4	0,41	0,60
Область войска Донскаго	9,6	3,0	1,0	3,2	—	—

Приведенныя таблицы наглядно представляютъ огромную разницу заболѣваемости бугорчаткой легкихъ между С.-Петербургскимъ округомъ и прочими округами. Этотъ явный перевѣсъ за Петербургскимъ округомъ виденъ въ отчетахъ и за болѣе ранніе года. Для болѣе наглядности приведемъ цифры заболѣваемости по войсковымъ частямъ Петербургскаго Округа и другихъ округовъ; въ какихъ частяхъ войскъ заболѣваемость бугорчаткой легкихъ преобладаетъ:

Отчетъ за 1895 г.

Наибольшее число заболѣвшихъ бугорчаткой (15 и болѣе на 1000) оказалось въ слѣдующихъ частяхъ войскъ: *)

	Мѣсто стоянки.	На 1000	Число заболѣвшихъ людей.	Умерло.
		челов.		
Воронежскій дисциплинарный баталіонъ	Воронежъ.	46,5	21	2
Обдубатская мѣстн. команда Бобруйскій дисциплинарный баталіонъ	Обдубать.	33,6	4	1
Херсонскій дисциплинарный баталіонъ	Бобруйскъ.	33,3	20	6
172 пѣх. Пултусскій полкъ.	Херсонъ.	30,5	23	15
1-й Семирѣченскій казачій полкъ	Варшава.	26,9	17	0
Л.-Гв.С.-Петербургск.полкъ.	Вѣрный.	26,9	17	0
	Варшава.	24,2	58	28
<i>С.-Петербургскаго Округа:</i>				
Л.-Гв. Финляндскій полкъ.	С.-Петербургъ.	21,1	39	5
Л.-Гв. Павловскій полкъ	—	19,9	35	11
Команда Семеновскаго Александровскаго госпиталя.	—	18,4	3	—
Л.-Гв. Саперный баталіонъ.	—	16,3	11	4
Л.-Гв. Преображенск.полкъ.	—	15,2	28	1

*) Плевриты и туберкулезъ прочихъ органовъ и тканей сюда не входятъ.

Отчетъ за 1896 г.

Наибольшее число больных чахоткой и бугорчаткой легкихъ (15 и выше на 1.000) наблюдалось въ слѣдующихъ частяхъ:

Мѣсто стоянки.	На 1000 чело.	Число забол. людей.	Умерло.	
Херсонскій дисциплинарный баталіонъ	Херсонъ.	41,3	30	17
С.-Петербургскій Окружн. артиллерійскій складъ	С.-Петербургъ.	30,1	11	1
Команда Семеновскаго Александровскаго госпиталя.	—	29,2	5	—
С.-Петербургская Крѣпостная артиллерія	—	24,6	6	1
Л.-Гв. С.-Петербургск. полкъ.	Варшава.	19,9	49	15
2-й Кронштадтскій крѣпостной пѣх. баталіонъ	Кронштадтъ.	18,2	13	7
Л.-Гв. Семеновскій полкъ.	С.-Петербургъ.	17,7	31	3
Команда Офицерской артиллерійской школы	—	17,1	8	—
Л.-Гв. Гренадерскій полкъ.	—	17,0	30	14
Л.-Гв. Павловскій полкъ	—	15,9	26	5
Л.-Гв. Кирасирскій ЕГО ВЕЛИЧЕСТВА полкъ	Царское Село.	15,8	12	2
90-й пѣх. Онежскій полкъ	Ревель.	17,0	28	1
89-й пѣх. Бѣломорск. полкъ	—	15,5	24	5
210-й Ижорскій полкъ	Медвѣжій станъ близъ С.-Петербурга.	15,2	12	—
Въ слѣдующихъ частяхъ Спб. Округа хотя относительная заболѣваемость легочной чахоткой и была ниже взятой опредѣленной, однако число заболѣвшихъ было 20 и болѣе:				
Кронштадтская Крѣпостная артиллерія	Кронштадтъ.	—	32	5
91-й пѣх. Двинскій полкъ	Ревель.	—	23	4
Л.-Гв. Московскій полкъ	С.-Петербургъ.	—	22	5
Л.-Гв. Преображенск. полкъ	—	—	21	5
Л.-Гв. Финляндскій полкъ	—	—	21	4

Отчетъ за 1897 г.

Наибольшая заболѣваемость бугорчаткой и чахоткой легкихъ (15 и болѣе на 1000 человекъ).

Мѣсто стоянки.	На 1000 чело.	Число забол. людей.	Умерло.	
1-й Новогеоргіевскій крѣпостной пѣх. полкъ	Новогеоргіевскъ	26,9	36	12
3-й Новогеоргіевскій крѣпостной пѣх. полкъ	—	26,6	36	21
Команда Новогеоргіевскаго военнаго госпиталя	—	23,1	6	2
Л.-Гв. С.-Петербургск. полкъ.	Варшава.	22,2	55	11
<i>Изъ частей Спб. военнаго Округа:</i>				
91-й пѣх. Двинскій полкъ	Ревель.	20,6	33	2
Л.-Гв. Павловскій полкъ	С.-Петербургъ.	19,1	32	5
С.-Петербургскій жандармскій дивизионъ	—	16,9	8	2
Л.-Гв. Атаманскій Настѣдника ЦЕСАРВИЧА полкъ	—	15,1	10	3
Въ слѣдующихъ частяхъ округа хотя относительная заболѣваемость легочной чахоткой была и меньше взятой опредѣленной, однако число заболѣвшихъ достигало 20 и болѣе:				
Кронштадтская Крѣпостная артиллерія	Кронштадтъ.	—	29	5
Л.-Гв. Гренадерскій полкъ	С.-Петербургъ.	—	25	7
Л.-Гв. Финляндскій полкъ	—	—	24	3
Л.-Гв. Семеновскій полкъ	—	—	21	—
145-й пѣх. Новочеркасскій полкъ	—	—	21	7
Л.-Гв. Московскій полкъ	—	—	30	2

Отчетъ за 1898 г.

Наибольшее число заболѣвшихъ бугорчатной легниихъ:

	Мѣсто стоянки.	На 1000 челов.		
		Число за- бол. людей.	Умерло.	
Херсонскій дисциплинар- ный баталіонъ	Херсонъ.	24,9	30	13
Л.-Гв. Павловскій полкъ . .	С.-Петербургъ.	22,6	39	6
Кизлярская мѣстн. команда.	—	21,2	4	—
С.-Петербургскій Интендант- скій вещевоу складъ . . .	—	19,5	6	—
7-й Гренадерскій Самогит- скій полкъ	—	17,8	27	7
Л.-Гв. Финляндскій полкъ.	—	17,6	33	6
С.-Петербургскій Крѣпост- ной артиллерійск. складъ.	—	16,1	6	—

Отчетъ за 1899 годъ.

Наибольшее число заболѣвшихъ бугорчатной и чахотной легниихъ.

	Мѣсто стоянки.	На 1000 челов.		
		Число за- бол. людей.	Умерло.	
Команда С.-Петербургскаго Семеновскаго Александр- овскаго госпиталя	С.-Петербургъ.	112,5	18	—
Брянское Отдѣленіе Москов- скаго артиллер. склада.		56,2	5	—
198-й пѣх. Александро-Нев- скій полкъ		38,7	35	2
Брянское продовольствен- ное интенданск. заведеніе		34,6	10	1
<i>Изъ частей Отб. Округа:</i>				
С.-Петербургская Крѣпо- стная артиллерія		33,8	8	—
С.-Петербургск. Интендант- скій вещевоу складъ		30,7	9	1
Л.-Гв. Резервный полкъ . . .		20,3	20	3
С.-Петербургскій жандарм- скій дивизионъ		19,1	9	—
Л.-Гв. Павловскій полкъ . . .		16,3	28	—
Л.-Гв. Семеновскій полкъ . . .		15,0	27	1
Л.-Гв. Московскій полкъ . . .		—	26	5
Л.-Гв. Измайловскій полкъ . .		—	22	4

Отчетъ за 1900 г.

Наибольшее число больныхъ чахоткой и бугорчаткой легкихъ:

Мѣсто стоянки.	На 1000	Число за-	Умерло.
	челов.	бол. людей.	
Брянское продовольствен- ное Интендантское завед.	59,2	21	—
Л.-Гв. Саперный баталіонъ.	25,9	18	6
Л.-Гв. Павловскій полкъ.	24,6	47	7
Команда Семеновскаго Алек- сандровскаго военнаго гос- питаля.	23,7	4	—
Воронежскій дисциплинар- ный баталіонъ.	22,3	18	5
18-й Саперный баталіонъ.	17,9	7	1
5-й Понтонный баталіонъ	17,4	4	—
Л.-Гв. Измайловскій полкъ.	17,0	32	4
Л.-Гв. Гренадерскій полкъ.	16,8	30	3
Кронштадтская Крѣпостная артиллерія	27	5	—
Л.-Гв. Егерскій полкъ.	21	2	—
С.-Петербургскій жандарм- скій дивизионъ	6,48	—	—

Отчетъ за 1901 г.

Наибольшее число заболѣвшихъ бугорчаткой и чахоткой легкихъ:

Мѣсто стоянки.	На 1000	Число за-	Умерло.	
	челов.	бол. людей.		
Команда Николаевскаго во- еннаго госпиталя	С.-Петербургъ.	23,9	13	1
Команда Спб. Семеновскаго военнаго госпиталя		23,0	4	—
Л.-Гв. Измайловскій полкъ.		17,3	31	6
2-й Понтонный баталіонъ . . .		16,9	4	2
Л.-Гв. Гренадерскій полкъ.		16,6	29	6
193-й пѣх. Александро-Нев- скій полкъ		15,6	14	—
Л.-Гв. Павловскій полкъ		—	26	4
Л.-Гв. Финляндскій полкъ . . .		—	23	—
Л.-Гв. Московскій полкъ		—	22	6

Отчетъ за 1902 г.

Наибольшее число заболѣвшихъ бугорчаткой и чахоткой легкиихъ (15 и выше на 1000 ч.) въ слѣдующихъ частяхъ:

	Мѣсто стоянки.	Число за- бол. людей.		Умерло.
		На 1000 челов.	Число за- бол. людей.	
<i>С.-Петербургскій Округъ:</i>				
Л.-Гв. Стрѣлковый полкъ	С.-Петербургъ.	21,8	20	2
С.-Петербургская Крѣпост- ная артиллерія		21,8	5	1
С.-Петербургскій жандарм- скій дивизионъ		19,2	9	1
Л.-Гв. Павловскій полкъ		19	35	5
Л.-Гв. Финляндскій полкъ		18,8	34	3
210-й пѣх. рез. Ижорскій полкъ		16,1	17	1
С.-Петербургская мѣстная команда		15,7	3	—
Л.-Гв. Семеновскій полкъ		15,5	26	1
Л.-Гв. Измайловскій полкъ		15,2	27	1
<i>Прочие Округовъ:</i>				
Л.-Гв. Литовскій полкъ	Варшава.	18,3	42	8
Ивангородская крѣпостная саперная рота		18,2	3	—
Бобруйскій дисциплинар- ный баталіонъ	Бобруйскъ.	16,2	11	9
212-й пѣх. рез. Бахчисарай- скій полкъ		28,1	20	—
Воронежскій дисциплинарный баталіонъ	Воронежъ.	51,5	35	7
7-й Гренадерскій Самогит- скій полкъ		15,3	22	7
Казанская мѣстная команда		18,8	7	2
Верхнеудинскій Забалкаль- скій казачій полкъ		28,7	26	8

	Мѣсто стоянки.	Число за- бол. людей.		Умерло.
		На 1000 челов.	Число за- бол. людей.	
Слѣдующія части войскъ, хотя и имѣли относительную заболѣваемость легкой чахоткой ниже взятой предѣльной, однако заболѣваемость этой болѣзней дала 20 и болѣе:				
Л.-Гв. Гренадерскій полкъ	С.-Петербургъ.	—	26	7
Л.-Гв. Егерскій полкъ		—	25	4
Л.-Гв. Преображенск. полкъ		—	23	7

Отчетъ за 1903 г.

Наибольшее число заболѣвшихъ чахоткой и бугорчатной легкихъ.

Мѣсто стоянки.	Число за- бол. людей.		Умерло.
	На 1000 челов.	Умерло.	
Команда С.-Петербургскаго Семеновскаго Александровскаго госпиталя	22,9	4	—
Л.-Гв. Павловскій полкъ	22,3	40	4
Л.-Гв. Стрѣлковій полкъ	20,8	20	3
1-я Понтонный баталіонъ	20,1	5	2
Л.-Гв. Семеновскій полкъ	17,3	30	1
Л.-Гв. Измайловскій полкъ	16,3	29	1
Л.-Гв. Финляндскій полкъ	16,5	30	3
Л.-Гв. Егерскій полкъ	16,4	30	6
1-я Гвардеская артиллерій- ская бригада	16,4	22	6
Команда С.-Петербургскаго Николаевскаго военнаго госпиталя	15,6	9	2
2-й Понтонный баталіонъ	19,8	5	1
Кіевскій Интенданскій ве- шевой складъ	16,5	6	—
Воронежскій дисциплинар- ный баталіонъ	30,8	25	4
Ростовская мѣстная команда	25,5	5	—
Л.-Гв. Гренадерскій полкъ	—	21	4
Л.-Гв. Преображенск. полкъ	—	20	—
Л.-Гв. Московскій полкъ	—	20	3

Отчетъ за 1904 г.

Наибольшее число заболѣвшихъ чахоткой и бугорчатной лег-
кихъ и прочихъ органовъ:

Мѣсто стоянки.	Число за- бол. людей.		Умерло.	
	На 1000 челов.	Умерло.		
С.-Петербургъ.	Л.-Гв. Финляндскій полкъ	47,6	87	2
	Л.-Гв. Гренадерскій полкъ	24,8	44	8
	Л.-Гв. Московскій полкъ	24,1	46	6
	Л.-Гв. Преображенск. полкъ	23,9	46	6
	Л.-Гв. Казачій ЕГО ВЕЛИ- ЧЕСТВА полкъ	22,9	14	1
	Л.-Гв. Павловскій полкъ	22,4	43	2
	С.-Петербургскій Жандарм- скій дивизионъ	19,3	9	1
	Л.-Гв. 2-я Артиллерійская бригада	18,6	21	—
	Л.-Гв. Атамскій ГОСУДАРЯ НАСЛѢДНИКА ЦЕСАРЕ- ВИЧА полкъ	18,0	12	2
	Кронштадтская крѣпостная артиллерія	16,5	41	9
Кронштадтъ.	Гвардейская конно-артилле- рійская бригада	15,9	14	—
	Царское-Село.	15	13	1
Царское-Село.	Кирасирскій ЕГО ВЕЛИЧЕ- СТВА полкъ	20,9	12	1
	3-й Брестъ-Литовскій крѣ- постной пѣхотный бата- лионъ	17,8	19	—
Ярославль.	2-й С.-Петербургскій драгун- скій полкъ	17,7	25	—
	9-й Гренадерскій Сибирскій полкъ	17,2	23	—
	11-й Гренадерскій Фанато- рскій полкъ	16,8	10	1
Гренадерскій саперный бата- лионъ				

Разсматривая внимательно приведенные цифры, мы можем видеть действительный перевес в заболеваемости бургорчаткой легких на стороне С.-Петербургского Округа, при чем гвардейская часть преобладают особенно за последние годы, становясь часто на первое место по числу заболевших чахоткой легких во всей русской армии.

Перейдем к вопросу о причинах существования и распространения бургорчатки легких в армии вообще.

Упомянутый выше R. Schmidt, забирая вопрос появления чахотки в Баварской армии, говорит, что следует иметь в виду две возможности ее появления: 1) чахотка появляется извне или 2) она возникает в самой армии; иначе сказать, или в армию поступают люди с явными и скрытыми формами бургорчатки легких, или люди заболевают ею вновь, будучи на службе.

Разрешая первый вопрос по отношению к Баварской армии, автор сравнивает несколько Баварских гарнизонов, состоящих из местного набора, с гражданским населением той же местности, при чем в последней берет заболеваемость среди людей в возрасте от 20 до 30 лет мужского пола, и приходит к заключению, что во большинстве приведенных примеров заболеваемость среди гражданского населения оказывается меньше чуть-ли не вдвое при расчете на 1,000 человек, следовательно, виновницей заболевания туберкулезом легких является армия тем более, что она выбирает себе самый здоровый элемент населения. Таким путем сам собою разрешается второй вопрос автора.

Разбирая далее последний вопрос Schmidt говорит, что при выяснении причин появления бургорчатки в армии нужно иметь в виду два важных обстоятельства: 1) чисто инфекционный характер чахотки и 2) ее медленное течение в отдельных случаях, а также стадий скрытого состояния. Причина же частоты заболевания бургорчаткой, именно, легких, а не других органов, по его мнению, лежит в том, что 1) легкиа на 3—4 сант. выше грудной клетки (ключицы) и при существовании большую часть времени в грудной полости отрицательного давления он подвергается большому атмосферному давлению, чем другие органы. 2) Отмечает вредное влияние ранцев, ссылаясь на то, что в кавалерии и артиллерии нет ранцев, и число заболеваний меньше; 3) неудовлетворительное питание, именно—недостаток жиров, и редкую дачу пищи; солдат есть насгонциком образом только один раз в день; 4)—стесняющая движения одежда.

Доктор Schjering также, признавая факт заболевания бургорчаткой легких во время службы в армии, высказывает свой предположения относительно причин заболеваемости, именно, что этому много способствует помещение гарнизона в больших мануфактурных городах, сношение солдат с местными жителями, как это наблюдается и по отношению к другим заразным болезням. Далее по его вычислениям в полевых частях наблюдается вообще меньший процент заболевания чахоткой, чем среди нестроевых, т. е. интендантов, писарей, госпитальных служителей и т. д., как это видно по цифрам: в полевых частях заболеванй чахоткой от 1,8% до 1,9% в нестроевых—от 2,7% до 7,3%.

Причину этого явления он ставит то обстоятельство, что к первым предъявляются больше требования относительно физического развития при наборе, чем ко вторым. Между тем вообще заболеваемость среди строевых в частях войск наблюдается значительно большая, чем среди нестроевых—приблизительно вдвое больше. Наибольшее число заболеваний туберкулезом легких приходится на зимние и осенние месяцы. Наибольшее число заболевших среди нижних чинов первого срока службы. В большинстве случаев среди заболевших в анамнез значится заболевание туберкулезом в семейств. Весма немногие случаи заражения туберкулезом от других.

Среди обстоятельств, способствующих заболеванию следующие:

- 1) Охлаждение.
- 2) Особенное телесное напряжение.
- 3) Особенности военной службы.
- 4) Повреждения.
- 5) Слабость тела наследственная.
- 6) Влияние занятий.
- 7) Предшествующия инфекционныя заболевания.
- 8) Различныя другия влияния.

Среди предшествующих заболеваний особенно важное значение имеет грипп; но значительно чаще обозначаются такие случаи, в которых перед появлением легочной чахотки выступают другие заболевания: у многих удалось констатировать предшествовавшее заболевание, которое было поставлено в связь с поздней твердо установленным туберкулезом легких,—лихорадочные бронхальные катары и лирингиты, воспаление легких, кровохарканье, заболевание лимфатических желез, кариозные процессы. У такого рода людей можно предположить существование туберкулезных зародышей скрытых еще до поступления заболевших солдат на службу.

Между прочим по данным Schjering'a в германской армии 92,3% заболевших чахоткой легких удалось доказать туберкулезные бактерии. В 6,1% не было найдено бактерий; туберкулез был определен отчасти по характерной реакции туберкулином. В 0,6% были бы настолько характерны изменения, что исключали возможность сомневаться в туберкулезе легких.

Относительно причин распространения бугорчатки легких в русской армии мы находим следующие мнения:

Доктор Горбачев⁵⁾, производивший поговорное исследование на заболевание легочной чахоткой нижних чинов Копальской местной команды, помимо других общих predisponирующих причин, указывает на возможность случаев заражения: «почти все нижние чины, говорит он, исключенные в неспособные из других частей, отправляемые на родину, благодаря положению города Копалы на пути их следования проходят через команду; многие из них даже прикомандировываются к командѣ впрямь до отправления дальше. Между такими имеются и страдающие чахоткой, и разумеется, пребывание их в командѣ лишней раз дает очаг заражения». Затем команда конвоируется часто заключенных в тюрьмы, из которых также нередко случаи бугорчатки легких; а с ними конвоиры спят во время остановок для ночлега. Путь же нередко продолжается несколько дней.

Проф. Афанасьев⁶⁾ высказывает свой взгляд, что почти все случаи заболевания чахоткой легких происходят во время пребывания солдат на службе, так как наибольший процент смертности по данным патолого-анатомического покоя Николаевского военного госпиталя приходится на лица, которые находятся на службе 3, 4 года.

Георгиевский в своей диссертации: «Къ вопросу о заболеваемости среди нижних чинов бугорчаткой по срокам службы и родам оружия с приложением очерка причинъ развития бугорчатки в населении и в войскахъ» (диссертация 1895 г.)⁷⁾ разбирает причины, благоприятствующие развитию бугорчатки в населении и в войскахъ дѣлить ихъ на 2 главные группы:

1) Общія распалагающія причины и 2) Причины, присущія собственно военной службѣ.

Къ числу первых относятся: а) Климатическія условия, б) почвенныя влияния, в) пребывание въ замкнутыхъ пространствахъ, г) пребывание в большихъ мануфактурныхъ городахъ, д) predisponирующее наследственное и національное, е) характеръ занятій.

Ко вторымъ относятся: а) возрастъ, б) высокая ростъ при несоответственномъ развитіи тѣла и главнымъ образомъ груд-

ной кѣтки, в) недостаточное питаніе, г) утомленіе, д) перенапряженный образъ жизни.

Вліяніе жизни в большихъ мануфактурныхъ городахъ резко сказывается, по его мнѣнію на заболеваемость чахоткой легкихъ войскъ. Петербургскій гарнизонъ, а въ частности гвардія особенно ясно убѣждаетъ въ этомъ, когда сравнимъ цифры заболеваемости бугорчаткой легкихъ в частяхъ войскъ мануфактурного Петербурга и его окрестностей. Вотъ цифры за три года:

А. Въ частяхъ гвардейскаго корпуса, расположенныхъ въ Петербургѣ на 1.000 чел. среднего списочнаго состава заболѣвшихъ	14,10
въѣ Петербурга	5,91
Б. Въ Петербургѣ	12,59
въѣ »	5,53
В. Въ Петербургѣ	13,92
въѣ »	5,34

Баулинъ⁸⁾ придаетъ большое значеніе высокому росту при несоответствіи окружности груди къ росту: «Только въ среднемъ ростѣ существуютъ все гармоническія сочетанія наилучшаго развитія человеческого организма, выносливость и крѣпость, которые по общепринятому мнѣнію составляютъ условия наибольшаго сопротивленія вѣшнимъ вліяніямъ.

Наблюдения Ларреа, Lotis'a, Capdevielle, Гаммона, Кирхнера, Пирогова, Стоярова и другихъ доказываютъ, что рослые люди больше другихъ способны поддерживать страданиямъ дыхательныхъ органовъ въ особенности чахоткѣ, и что лучшія условия для перенесенія всехъ тягостей военной службы связаны со среднимъ и малымъ ростомъ.

Проф. Kelsch придаетъ большое значеніе утомляемости, какъ условію, благоприятствующему быстрому развитію болезнетворныхъ бактерий⁹⁾.

Военное дѣло даже въ мирное время, по замѣчанію проф. Birléaux¹⁰⁾, вполне справедливо относится къ самымъ утомительнымъ занятіямъ, что зависитъ отъ двухъ причинъ 1) все занятія солдатъ сопряжены съ гораздо большей мозговой дѣятельностью, чѣмъ можно было-бы предположить, такъ какъ вниманіе каждаго обучающагося напряжено даже въ то время, когда онъ стоитъ смѣрно, не говоря уже о выполнении различныхъ движеній по командѣ. 2) Военное дѣло требуетъ еще больше спѣшности, къ которой побуждаютъ солдатъ при малѣйшемъ поводѣ. Не раздается ли въ казармахъ постоянно возгласъ: «поскорѣе», «живѣе». Для физиолога же снѣпить-значитъ производить извѣстную работу въ сравнительно короткій срокъ.

Сердце бьется въ течение одного дыхательнаго движенія 2, 3, 4 раза. Если же оно бьется 7-9 разъ въ то время, какъ легкія наполняются воздухомъ лишь одинъ разъ, то ощущается въ сердѣ неловкость и происходитъ одышка. Правильное соотношение между движеніемъ членовъ, органовъ дыханія и сердца устанавливается только при продолжительномъ управленіи.

Закревскій ¹¹⁾ указываетъ на вліяніе низкаго уровня груднаго пнза, какъ на причину распространенія туберкулеза въ войскахъ, къ тому-же мѣтнію присоединяется и Гейлихъ, находившій болѣе чахоточныхъ въ первыхъ ротахъ каждой части.

Бертенсонъ ¹²⁾ говоритъ, что чахотка въ весьма многихъ случаяхъ не пріобрѣтается на службѣ, а только развивается и онъ-же утверждаетъ, что на службѣ пріобрѣтается чахотка «доброй подовиной болѣющихъ ея солдатъ».

По мѣтнію доктора Шенотьева ¹³⁾ самою главною причиною большаго распространенія чахотки въ арміи служить то обстоятельство, что въ войска ежегодно поступаютъ люди или уже съ развитою чахоткой, или зачатками ея.

Того-же мѣтнія держатся Ищупинъ, ¹⁴⁾ Шарый, Зандеръ, Чигаевъ, Маркъ.

Обратимся къ официальнымъ годовымъ отчетамъ о санитарномъ состояніи русской арміи, какъ смотритъ военно-медицинское вѣдомство на распространеніе бугорчатки легкихъ въ войскахъ? гдѣ ищутъ причины?

Въ отчетѣ за 1895 годъ по этому вопросу значится слѣдующее: «что касается причинъ болѣзней органовъ дыханія, то вліяніе простуды признается всѣми за главный толчекъ не только къ развитію такихъ заболѣваній, какъ катарры дыхательныхъ путей, крупное воспаление легкихъ и плевриты, но часто и къ возникновенію скоротечной бугорчатки и обостренію такихъ хроническихъ страданій легкихъ, которыя до того времени протекали скрытно, не выражаясь явными симптомами, или къ которымъ существовало только предрасположеніе у нижнихъ чиновъ». Очень важнымъ моментомъ въ этиологіи болѣзней органовъ дыханія считается также заболѣваніе гриппомъ; однако-же и послѣдній связывается почти всѣми съ простудой. Плохой подборъ новобранцевъ и нѣкоторые недостатки казарменныхъ помѣщеній отмѣчаются въ числѣ моментовъ усиленной заболѣваемости, особенно хроническими болѣзнями органовъ дыханія. Наконецъ есть указаніе на возможность передачи здоровымъ заразы бугорчатки отъ тѣхъ нижнихъ чиновъ, которые будучи въ госпиталѣхъ исключены по этой болѣзни въ неспособные являются въ часть и пребываютъ до исключенія изъ состава части въ околоткѣ.

Въ отчетѣ за 1896 г. значится почти тоже самое.

Въ отчетѣ за 1897 г. также существеннымъ моментомъ въ распространеніи болѣзней органовъ дыханія въ войскахъ и въ частности чахотки легкихъ признаются простуда, плохой контингентъ новобранцевъ, а также возможность зараженія нижнихъ чиновъ другъ отъ друга.

Въ отчетѣ за 1899 г. въ числѣ причинъ выставляется простуда вслѣдствіе недостатка теплой одежды въ холодное время, что особенно сказывается на непривычныхъ къ этому молодымъ солдатахъ. Затѣмъ недостатки казарменнаго размѣщенія людей: скученность, плохая вентиляция и спанье на паркахъ. Все это поддерживаетъ хроническія легочныя страданія нижнихъ чиновъ, съ коими послѣдніе очень часто прибываютъ въ армію уже съ родни.

Въ отчетѣ за 1900 г. первѣйшее мѣсто изъ причинъ распространенія болѣзней органовъ дыханія и въ частности чахотки отдается простудѣ. Указывается на вредъ долгорочной одежды, которая неспособна согрѣвать тѣло въ достаточной мѣрѣ. Какъ на подтвержденіе этому указывается на слѣдующій фактъ: въ отчетномъ году большимъ бременемъ на армію легло поступленіе впервые въ призывъ 1899 года въ ряды войскъ С.-Петербургскаго Округа, Варшавскаго, Кіевскаго, Московскаго, Одесскаго и Туркестанскаго уроженцевъ Кавказа, которые, въ особенности уроженцы Кутаисской губ. дали очень высокую заболѣваемость, смертность и убыль въ неспособные вообще, всего же болѣе отъ грудныхъ заболѣваній.

Объ особой склонности кавказцевъ къ заболѣванію говорить въ одинъ голосъ всѣ войсковые врачи, которымъ приходилось въ отчетномъ году имѣть дѣло съ уроженцами Кавказа. Это обстоятельство въ связи съ неблагоприятными атмосферическими особенностями отчетнаго года, способствовавшими развитію простудныхъ заболѣваній и гриппу, несомнѣнно обуславливало наблюдавшійся въ этомъ году общій подъемъ заболѣваемости дыхательныхъ органовъ въ арміи.

Въ отчетѣ за 1901 г. причины выставляются въ общемъ тѣ-же.

Въ отчетѣ за 1902 годъ отводится особое вниманіе мѣтнію корпуснаго врача гвардейскаго корпуса ввиду того, что его взглядъ и наблюденія хотя и касаются округа службы и жизненной обстановки гвардейцевъ, но многое изъ высказаннаго имъ представляется одинаково цѣннымъ для ознакомленія съ причинами распространенія болѣзней органовъ дыханія и мѣрами борьбы съ ними вообще въ рядахъ войскъ. Предварительно необходимо замѣтить, что по распространенію болѣзней органовъ дыханія и убыли отъ нихъ въ неспособные первое мѣсто занимаетъ Петербургскій Округъ.

Такую печальную привилегию этого округа главным образом создает гвардейский корпус, в котором болезни органов дыхания—являются настоящим бичом.

Исходя из положения, что причина грудных болезней преимущественно хронических форм их, как например чихотка—этой жилищной болезни, лежит главным образом в антигигиенических условиях ближайшей жизненной обстановки, корпусный врач сосредоточивает свое внимание на анализе качества воздуха и количества света в гвардейских казарменных помещениях, а также касается пищевого довольствия, одежды, сна, характера службы гвардейцев и наконец заглядывает в душевный мир их. По поводу всего он говорит следующее:

«Требуемое по положению количество воздуха (не менее 1½ куб. саж. на человека) при t° 12—14° в действительности не бывает во многих казарменных помещениях, если принять в расчет объем печей, сундуков, шкафов и прочей мебели. Санитарное состояние казарм еще более ухудшается при наличии в них отбывших с работающими до поздней ночи портными и сапожниками особенно в зимнее время, когда ко всему этому присоединяется необходимость считаться во многих казармах с сырью и холодным воздухом, не нагреваемым нередко даже при основательной топке выше 8—9°. При такой обстановке солдат, заболевший каким-нибудь хроническим страданием легких, не в состоянии поправиться, и если от времени до времени не будет подвергнут серьезному лечению, то неминуемо попадет в число неспособных или умерших. Помимо плохого воздуха казарма нередко страдает, особенно в зимнее время, от недостатка света, так как многие из них освещаются отраженным светом с узких улиц, с дворов, загроможденных флигелями и складами дров. Далее лица высокорослых гвардейцев в количественном отношении рассчитана по одному масштабу, как и для малорослого армейца, что не может не отразиться вредно на питании гвардейцев. В обмундировке гвардейцев также, как и повсюду в армии встречается нежелательная загрязненная старосрочная одежда, плохо оберегающая от простуды. Наконец гвардейская служба по сравнению с армейской более трудная, так как связана с частыми столичными караулами и требует более совершенной выправки, а следовательно и более нервного напряжения, что не может не оказывать изнуряющего питания действия на нижних чинов, преимущественно молодых солдат, из них особенно поляков, эстонцев и латышей, как мало знакомых с русским языком».

В отчете за 1903 год причины по отношению к чихотке легких указаны в общем те же. Что же касается вообще распространения заболеваний органов дыхания, которые главным образом поддерживают в войсках значительную убыль в неспособные (из них, конечно, чихотка стоит на первом месте), Окружной Инспектор С. - Петербургского Округа высказывается по поводу этого в том смысле, что на ряду с ухудшением общего состава лиц, являющихся к отбыванию военной повинности, главным образом относятся: а) понижение требований к состоянию здоровья призываемых, которые предъявляются введенными в 1897 году новым постановлением военного присутствия, б) неимение права рѣшающего голоса у военного врача в составе Присутствия, в) затруднение, встречаемое военным врачом в подлах со стороны ближайшего строевого начальства в деле своевременного удаления слабых и нездоровых нижних чинов, г) нерациональное устройство больших казарменных зданий, построенных или капитально отремонтированных без всякого участия полковых врачей, д) антисанитарное состояние большей части казарменной обстановки из которых главнейшие следующие: теснота помещений, скудность, плохая вентиляция, сухой способ уборки полов, дающий массу казарменной пыли, недостаток носильного белья, выношенная и обычно в рѣдких случаях дезинфицированная мундирная одежда, отсутствие в полках собственных бань и прачешных. Затѣм успешная караульная служба и недостаточное питание.

В отчете за 1904 год характерно то, что бугорчатка легких и прочих органов и тканей выделена самостоятельно из отряда болезней органов дыхания в отряд инфекционных и паразитарных заболеваний.

О причинах ее распространения не говорится ничего особенного.

В просмотренных мною отдележных санитарных отчетах по частям войск С.-Петербургского военного Округа в общем или приводятся те же причины, что конечно и понятно, потому что из таких ежегодных отчетов по частям войск составляются ежегодные отчеты по всей русской армии, или вовсе не приводятся никаких объяснений даже за целый ряд лет, не смотря на значительную заболеваемость бугорчаткой легких в течение года. В общем, громадное большинство подобных отчетов производит впечатление крайне однообразных и шаблонных, не дающих никаких строго-научных объяснений по затрагиваемому нами вопросу, между тем как подобные отчеты по своей идее

должны были бы служить отраженіемъ всей врачебно-санитарной дѣятельности въ данной части и оправдательнымъ документомъ врачей части, желавшихъ провести извѣстныя полезныя санитарныя мѣры, но недобившихся желаемого въ силу различныхъ обстоятельствъ, весьма нерѣдко независящихъ отъ нихъ.

II.

Представляя рядъ мнѣній относительно распространенія бугорчатки легкихъ въ арміи вообще и въ русской въ частности со стороны отдѣльных авторовъ и официальныхъ отчетовъ о санитарномъ состояніи русской арміи, прежде чѣмъ приступить къ критическому анализу ихъ, приведу рядъ мнѣній авторовъ, противоположныхъ большинству основныхъ взглядовъ, высказанныхъ выше.

Докторъ Marvaud ⁽¹⁾ разбирая вліяніе тѣлосложенія въ дѣлѣ развитія бугорчатки въ войскахъ заявляетъ, что изслѣдованія, сдѣланныя извѣстными наблюдателями и въ частности военными врачами съ цѣлію опредѣлить признаки, которые могли бы обнаруживать будущихъ слабогрудныхъ (вѣншее сложеніе, устройство тѣла, размѣръ груди и т. д.), къ сожалѣнію остались безъ результатовъ.

Въ настоящее время, продолжаетъ авторъ, прекрасно извѣстно, что болѣзнь эта (чахотка легкихъ) можетъ быть одинаково у молодыхъ людей сильныхъ и хорошаго сложенія, равно какъ и у слабыхъ и худыхъ.

Докторъ Яновскій ⁽²⁾ приходитъ къ выводу, что вліяніе размѣровъ окружности груди у солдатъ на убыль въ арміи отъ болѣзней и смерти до такой степени ничтожны, что совершенно маскируется другими факторами и что требуется, чтобы у новобранцевъ окружность груди превосходила полуростъ, не основательно.

Ту-же мысль подтверждаетъ анатомъ Toldt въ своемъ сочиненіи «*Studien über die Anatomie der menschen*».

Cornet ⁽³⁾ даже вовсе отрицаетъ сколько-нибудь значительное вліяніе предрасположенія: громадную роль, по его мнѣнію, играетъ зараженіе, а именно: вдыханіе высохшей распыленной мокроты, почему, именно, и встрѣчается наиболее часто бугорчатка легкихъ, а не другихъ органовъ.

Теперь позволю себѣ высказать собственное мнѣніе изъ сопоставленія приведенныхъ мнѣній, а равно и изъ разбора цифръ заболеваемости бугорчаткой легкихъ въ связи съ су-

ществующими условіями казарменной жизни названныхъ частей.

Прежде всего обратимъ вниманіе на приведенныя выше таблицы, гдѣ наиболее упорно продолжается въ теченіе ряда лѣтъ повышенный процентъ заболеваній легочной чахоткой. Въ таблицахъ же показаны только тѣ части, въ которыхъ число заболеваній въ году было выше, чѣмъ въ 1.000 человекъ средняго списочнаго состава или заболеваемость превосходила 20 на все число людей данной части.

Воронежскій дисциплинарный баталіонъ понадеетъ въ приведенныя десять таблицъ	4	раза
Херсонскій дисциплинарный баталіонъ	4	»
Л. Гв. С.-Петербургскій полкъ	2	»
Л. Гв. Финляндскій полкъ	8	»
Л. Гв. Павловскій полкъ	10	»
Л. Гв. Преображенскій полкъ	5	»
Л. Гв. Семеновскій полкъ	6	»
Л. Гв. Гренадерскій полкъ	7	»
Л. Гв. Московскій полкъ	5	»
Л. Гв. Измайловскій полкъ	6	»
Л. Гв. Егерскій полкъ	3	»
Л. Гв. Кирасирскій ЕГО ВЕЛИЧЕСТВА полкъ	2	»
Л. Гв. Саперный баталіонъ	2	»
Л. Гв. Стрѣлковый (бывшій резервный)	3	»
Команда Семеновскаго Александровскаго го- спиталя	5	»
Команда Николаевского госпиталя	2	»
С. П. Вурская крепостная артиллерія	3	»
С. П. В Жандармскій дивизионъ	4	»
Кронштадтская крепостная артиллерія	3	раза.
89-й пѣх. Бѣломорскій полкъ	1	»
90-й пѣх. Онежскій полкъ	1	»
91-й пѣх. Двинскій полкъ	2	»
198 пѣх. Александро-Невскій полкъ	2	»
145 пѣх. Новочеркасскій полкъ	1	»
210 пѣх. Изюморскій рез. полкъ	2	»

Разсматривая приведенную переченьъ войсковыхъ частей, прежде всего мы должны отмѣтить, что наиболее часто болѣзнь чахотки встречается въ частяхъ легкой пѣхоты 1 и 2-й гвардейскихъ дивизій. Затѣмъ свѣривая съ таблицами, замѣчаемъ, что гдѣ наиболее встрѣчается высшая заболеваемость бугорчаткой легкихъ, тамъ обыкновенно она держится на высокихъ цифрахъ,

т. е. попадаетъ въ представленные таблицы въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ подрядъ и затѣмъ либо временно прерывается, либо совсѣмъ исчезаетъ съ таблицъ.

Большинство приведенныхъ выше частей войскъ стоитъ въ С.-Петербургѣ, кромѣ нѣсколькихъ послѣднихъ, стоящихъ въ Кронштадтѣ, Ревелѣ и окрестностяхъ Петербурга.

Такимъ образомъ отыскивая причины такой усиленной заболеваемости, намъ прежде всего слѣдуетъ принять во вниманіе фактъ стоянкіи большинства упомянутыхъ войсковыхъ частей въ Петербургѣ, представляющемъ изъ себя большой торговый мануфактурный городъ, съ сырымъ пережвѣчивымъ климатомъ, съ большимъ населеніемъ далеко неидеально благоустроенномъ въ санитарномъ отношеніи; а затѣмъ перейти къ рассмотренію условій казарменной жизни и самихъ людей, попадающихъ въ ряды гвардіи.

Чтобы не удлинять анализа, я буду только возражать на мнѣнія выше упомянутыхъ авторовъ, разбиравшихъ вопросы о заболеваемости буторчаткой легкихъ въ русской армии, и официальныхъ годовыхъ отчетовъ.

Итакъ, если ставить причиною усиленной заболеваемости вліяніе С.-Петербурга своимъ климатомъ, влажнымъ, съ большими колебаніями температуры въ теченіи года, могущимъ вызывать различнаго рода простудныя болѣзни, открывающими скрытый туберкулезъ, то почему вѣселоки это не отражается такъ сильно на армейскихъ частяхъ, стоящихъ въ Петербургѣ, а только на гвардейскихъ и въ большинствѣ случаевъ на нѣкоторыхъ избранныхъ, напр., Павловскомъ полку, Финляндскомъ и другихъ? Если принять во вниманіе скучность населенія Петербурга, загрязненіе его во всѣхъ отношеніяхъ присутствіемъ множества фабрикъ, какъ большого мануфактурнаго города, отсутствіемъ канализаціи, что въ совокупности способствуетъ учащенному появленію разнаго рода острыхъ инфекционныхъ заболеванийъ, напр. гриппа, признаваемого весьма многими важнымъ факторомъ для проявленія скрытаго туберкулеза, то на это также найдется возраженіе, почему не наблюдается такого-же повышеннаго заболѣванія въ частяхъ войскъ, стоящихъ въ другихъ немного меньшихъ по народонаселенію, но также скучныхъ большихъ мануфактурныхъ городахъ Россіи, какъ напр. Москва, Варшава и т. д., гдѣ хотя и наблюдается въ отдѣльныхъ частяхъ повышенная заболеваемость туберкулезомъ легкихъ, но какъ видно по таблицамъ, на короткое время? Гриппъ не есть исключительная принадлежность Петербурга; онъ существуетъ эндемически и нѣрѣдко эндемически во многихъ большихъ и малыхъ городахъ Россіи, а въ частяхъ войскъ это—повседневная бо-

лѣзнь въ осенніе и зимніе мѣсяцы. Однако это не вызываетъ такихъ роковыхъ послѣдствій, какъ это наблюдается въ гвардейскихъ частяхъ.

Что касается набора новобранцевъ въ гвардію, то, правда, туда попадаютъ люди высокаго роста, т. е. люди, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ менѣе устойчивые къ заболѣваніямъ, чѣмъ люди средняго и малаго роста; но нужно помнить, что эту неустойчивость мы вправѣ отнести только къ людямъ высокаго роста, непропорціонально сложеннымъ, т. е. прежде всего къ тѣмъ, у которыхъ росту не соответствуетъ размѣръ груди и вѣсъ тѣла. Помимо имѣющихся на этотъ случай научныхъ возраженій (Яновскій и др.) слѣдуетъ замѣтить, что въ гвардію, скажу точнѣе, въ Петербургскую гвардію, набираются въ присутствіяхъ по воинской повинности въ полномъ смыслѣ слова отборные по своему сложенію и состоянію здоровья новобранцы. Всякому военному врачу, бывавшему на наборахъ въ различныхъ мѣстахъ Россіи, хорошо извѣстно, какъ всякій воинскій начальникъ буквально дрожитъ за свой выборъ въ Петербургскую гвардію. Да въ большинствѣ случаевъ этотъ выборъ не такъ уже трудно произвести хорошо, когда изъ 300, 400 новобранцевъ въ уѣздѣ требуется выбрать въ гвардію 20, 25 человекъ. Слѣдовательно, противъ выставленія этой причины, плохого набора въ гвардію, особенно можно протестовать. Онъ можетъ быть плохъ только относительно и, пожалуй, скорѣе въ смыслѣ эстетическомъ, чѣмъ въ гигиеническомъ. А между прочимъ въ просмотрѣнныхъ мною отчетахъ по частямъ войскъ эта причина выставляется и подчеркивается наиболѣе часто. Если бы этотъ доводъ былъ основательнѣе, то какое-же повышение процента было-бы наблюдать, напр. въ армейской пѣхотѣ, куда идетъ вообще наилучшій элементъ изъ всего набора? Въ подтвержденіи упомянутой причины, которая какъ разъ не имѣетъ подъ собою почвы, видна или неузвѣренность въ существованіи болѣе существенныхъ причинъ, или шаблонное отношеніе къ составленію отчетовъ.

Неудовлетворительность казармъ въ гигиеническомъ отношеніи—именно, въ смыслѣ достаточности кубическаго содержанія воздуха, свѣта, чистоты и т. д.—эти недостатки подробно указаны корпуснымъ врачомъ гвардейскаго корпуса въ годовомъ санитарномъ отчетѣ за 1902 годъ. Разберемъ указанные недостатки. О недостаточности кубическаго содержанія воздуха, если сравнить казармы гвардейскихъ и многихъ армейскихъ частей, говорить придется мало, да это чувствуется и въ словахъ самаго корпуснаго врача, который дѣлаетъ нѣкоторую натяжку (если сравнивать съ армейскими частями),

принимая во внимание объем печей, шкафов, сундуков и всякой другой казарменной мебели, уменьшающих объем помщений и, следовательно, влияющих на уменьшение кубического содержания воздуха. Въ этомъ отношеніи гвардейскія казармы, такъ пришлось убѣдиться самому лично, занимая ихъ со своимъ полкомъ въ лѣтнее время, когда армейскія части приходятъ въ Петербургъ для несенія караульной службы, имѣютъ большое преимущество предъ армейскими частями: почти всѣ онѣ имѣютъ отдѣльныя жилыя помщения и помщения для занятій—въ видѣ учебныхъ залъ или просторныхъ корридоровъ, а у многихъ еще имѣются и обширные планы и дворы, гдѣ въ хорошую и даже дурную погоду (настолько они хороши) можно съ удобствомъ производить строевыя занятія. Въ большинствѣ же армейскихъ частей С.-Петербургскаго Округа имѣются только ротныя помщения, которыя служатъ одновременно, какъ жилыя помщения и какъ учебныя. Примѣромъ послѣдняго могу привести казармы 146 вѣх. Царининскаго полка, расположеннаго въ г. Ямбургѣ С.-Петербургской губ.—это старое каменное зданіе, бывшая шелковая фабрика временъ Императрицы Екатерины II. Въ такомъ зданіи (2-хъ этажный корпусъ) размѣщается 2½ батальона. По кубическому содержанию воздуха это зданіе можетъ вмѣстить въ себѣ только полтора батальона мирнаго состава. Для строевыхъ занятій прежде былъ сравнительно небольшой манежъ, который 2 года назадъ сгорѣлъ и до сихъ поръ не возстановленъ, а затѣмъ плаца, на которомъ возможно заниматься съ полнымъ удобствомъ только въ лѣтніе мѣсяцы, когда полка обыкновенно не бываетъ въ городѣ.

На значительное отсутствіе свѣта изъ гвардейскихъ казармъ могутъ жаловаться только весьма немногіе, напр., казармы Стрѣльцоваго полка, расположеннаго въ самомъ центрѣ города въ зданіи, приспособленномъ для казармъ. Большинство же казармъ гвардейскихъ полковъ занимаютъ громадныя пространства, состоятъ изъ нѣсколькихъ отдѣльныхъ зданій, окруженныхъ садами и планами, напримеръ, казармы Л.-Гв. Преображенскаго полка на Кировой улицѣ, Л.-Гв. Семеновскаго полка на Загородномъ проспектѣ, Л.-Гв. Измайловскаго полка, Л.-Гв. Гренадерскаго полка на Аптекарскомъ островѣ, Л.-Гв. Финляндскаго полка и т. д. Следовательно, въ отношеніи недостатка мѣста, свѣта и воздуха большинство казармъ Петербургскихъ гвардейскихъ частей нельзя назвать неудовлетворительными, особенно по сравненію съ армейскими частями: а между тѣмъ тамъ то заболѣваніе туберкулезомъ и процвѣтаетъ.

Затѣмъ, что касается содержанія казармъ т. е. чистоты

ихъ, правильной тонки, вентиляціи и т. п., то не разбираясь въ двухъ послѣднихъ факторахъ, о которыхъ я могу судить только по отчетамъ, относительно же чистоты могу сказать по личному впечатлѣнію, что казармы многихъ гвардейскихъ частей заставляютъ желать весьма многого лучшаго.

Грызъ въ нѣкоторыхъ изъ нихъ, вѣроятно, считается неотъемлемою принадлежностью казармъ, имѣя свою историческую давность. Въ большинствѣ зданій—асфальтовый полъ, стѣны—аршина на 2 отъ пола окрашены масляной краской. То и другое существуетъ для того, чтобы имѣть возможность отъ времени до времени подвергаться обмыванію. Но если вообще существуетъ привычка подметанія и обмыванія половъ, то врядъ ли вездѣ производится обмываніе этихъ панелей стѣны. Въ немногихъ казармахъ (Преображенскаго полка) стѣны цѣлкомъ окрашены масляной краской, но по своей законности онѣ не производятъ того впечатлѣнія, чтобы ихъ даже изрѣдка мыли.

Что касается пищевого довольствія, о несовершенствѣ котораго упоминаетъ корпусный врачъ гвардейскаго корпуса, то это обстоятельство, конечно, какъ и многіе другіе недостатки, въ совокупности имѣетъ значеніе вообще для усиленія заболѣваемости въ частяхъ войскъ, особенно, если къ этому присоединить полную неудовлетворительность въ гигиеническомъ отношеніи столовыхъ многихъ гвардейскихъ частей, гдѣ происходитъ питаніе нижнихъ чиновъ. Столовыя помщения въ подвальныхъ этажахъ. Онѣ постоянно темны, зномя, вѣроятно, очень холодны и сыры, а потому вовсе не могутъ располагать къ тому, чтобы нижніе чины не слѣпа и съ аппетитомъ могли насыщаться здѣсь въ часы обѣда и ужина.

Но все приведенное выше еще нѣсколько не выясняетъ намъ ближайшихъ причинъ повышенной заболѣваемости частотой легкихъ въ гвардейскихъ частяхъ, указывая только моменты предрасполагающіе.

Поэтому передѣломъ къ разсмотрѣнію мѣръ, рекомендуемыхъ и принимаемыхъ къ улучшенію гигиеническаго состоянія частей войскъ, чтобы убѣдиться въ существованіи или отсутствіи полного соответствія между выставляемыми причинами заболѣванія и мѣрами къ устраненію ихъ.

III.

В отчете о санитарном состоянии русской армии за 1895 г. мероприятия для ограничения болезней органов дыхания заключались: 1) в ограждении от простуды в смысле усиления надзора за нижними чинами, заведения теплой одежды, принятия предосторожности от простуды во время караульной службы, строевых и других занятий, 2) в улучшении помещений нижних чинов и в возможно больше просторном размещении; вместе с тем принимались меры к предотвращению передачи болезни от одних нижних чинов другим, а также возможно раннему распознаванию болезни, особенно чахотки при помощи бактериологического исследования, которое распространяется в войсках все больше и больше, и дать возможность увольнять в неспособные таких чинов со слабой степенью развития чахотки, а относительно молодых солдат широко применять опротестование для увольнения от службы слабогрудых.

В отчете за 1896 год также упоминается о том, что обращается внимание на возможно раннее распознавание болезни (бактериологическое исследование), а по отношению к молодым — широкое опротестование.

В отчете за 1898 год в виду повторяющегося из года в год печального явления — значительного распространения болезни органов дыхания среди новобранцев и людей 1-го года службы указывается, что в усиленной заботливости молодых солдат не последнюю роль играет недостаточное наблюдение за жизнью этих солдат в первое время их службы в войсках. При таком взгляде на дело нельзя не призвать целесообразною мерою для ослабления общей заболеваемости новобранцев — широкое пользование услугами учителей молодых солдат, которые как самые ближайшая к последним лица, будучи надлежащим образом подготовлены и руководимы, могли бы помочь в первое время его службы сохранять душевное равновесие и уберечь от заболеваний, возможных при новых условиях его жизни. Сказанное приобретает особое значение ввиду все чаще и чаще раздающихся жалоб войсковых врачей на недостаток комплектования армии, благодаря которым в ряды войск неизбежно попадают нескрепленные и невозможные люди, которые требуют особого попечения о себе и немалое обхождение с которыми на первых порах приносит вследствие печальные результаты.

В отчете за 1899 год рекомендовалось почти то же, что и в прежние годы.

В отчете за 1900 год рекомендовано чистое содержание казарм, чистое содержание белья нижних чинов, ног их и усиленная вентиляция.

В отчете за 1901 год значит, что в числе других мер в некоторых частях войск с целью предупреждения развития чахотки особенно зорко следилось за первыми признаками изнурения нижних чинов: так, например, производилось микроскопическое исследование мокроты на присутствие туберкулезных палочек у нижних чинов, начинавших худеть без видимых причин. При получении положительных результатов микроскопического исследования нижний чин или после пребывания в госпитале представляется в комиссию для увольнения от службы.

Так как одним из первых признаков туберкулезного заболевания легких является упадок питания, выражающийся между прочим уменьшением веса тела и при том в такое время жизни, когда можно ожидать наоборот только увеличения веса, то один из корпусных врачей ставивает на необходимости производить обязательное взвешивание всех молодых солдат, поступающих на укомплектование — 1) при первом освидетельствовании их в части, 2) после первого лагерного сбора в Октябрь или Ноябрь, заноса полученных данных в медицинский листок с отметкой времени произведенного взвешивания. Вслед людей, у которых окажется при этом повторное взвешивание внушительное уменьшение веса тела, включать в список слабосильных для надлежащего медицинского надзора за ними и принятия своевременных мер.

В отчете за 1902 год рекомендуется тщательный набор новобранцев, за что особенно ратует корпусный врач гвардейского корпуса, где наблюдается усиленная заболеваемость чахоткой легких.

В отчете за 1903 год нет особенно выдающихся мероприятий.

В отчете за 1904 год особенно подчеркиваются мероприятия, рекомендуемые корпусным врачом гвардейского корпуса, именно, возможно частое и тщательное исследование грудных органов нижних чинов, а также периодическое взвешивание.

Просматривая годовые санитарные отчеты по частям войск С.-Петербургского военного Округа и останавливаясь особенно на отчетах тех частей войск, где значился высший процент заболеваемости бугорчаткой легких, я старался найти более подробные сведения о данном заболевании

и соответственно этому какия-либо болѣе энергичныя мѣры къ прекращенію его, къ сожалѣнію не нашлись тамъ ничего болѣе, чѣмъ сказано выше, за весьма рѣдкими исключениями, гдѣ по крайней мѣрѣ видно, что на это обращено должное вниманіе и есть стремленіе детально выяснитъ вопрѣсъ путемъ правильной записи заболѣвшихъ.

Въ нѣкоторыхъ-же обзорѣхъ по поводу даннаго заболѣванія проглядываютъ даже поразительное безмолвіе, такъ, напр. въ обзорѣхъ Л. Гв. Финляндскаго полка, который по заболѣваемости буторчаткой легкихъ 8 разъ попадаетъ въ таблицѣхъ повышеннаго заболѣванія буторчаткой легкихъ въ теченіи 10 лѣтъ, даже въ обзорѣ за 1904 годъ, когда въ немъ значится заболѣвшихъ буторчаткой легкихъ 70 человекъ, изъ которыхъ уволено 60, умерло 4; буторчаткой прочихъ органовъ и тканей—17, уволено—11 человекъ; когда Л. Гв. Финляндскій полкъ въ 1904 году стоитъ на первомъ мѣстѣ по заболѣванію буторчаткой по всей русской арміи, причину заболѣванія выставляется обычное для многихъ обзорѣхъ—пахой подборъ новобранцевъ, а въ отдѣлѣ санитарныхъ мѣропріятій весьма кратко упомянуто объ общихъ гигиеническихъ мѣрахъ: «что касается жилыхъ помѣщеній, то строго соблюдались всѣ гигиеническія требованія въ отношеніи чистоты, провѣтриванія постельныхъ принадлежностей, содержанія отхожихъ мѣсть и пр.». Но между прочимъ тамъ-же описывается весьма подробно объ энергичныхъ мѣрахъ, принятыхъ при появленіи случая натуральной оспы въ семействѣ музыканта. Очевидно 70 заболѣваній буторчаткой легкихъ и 17 случаевъ буторчатки прочихъ органовъ на пишущаго санитарный обзоръ не производить впечатлѣнія эпидеміи или чего-то экстраординарнаго, но—чего то такого, что находится внѣ условій жизни Финляндскаго полка. Почти тоже самое наблюдается въ обзорѣхъ другихъ войсковыхъ частей С.-Петербургскаго Округа съ нѣсколькимъ меньшимъ числомъ заболѣваній буторчаткой легкихъ.

Пріятное исключеніе составляетъ санитарный обзоръ Л. Гв. Преображенскаго полка не только по данному вопросу, но и въ другихъ отношеніяхъ. Въ упомянутомъ обзорѣ заболѣванію буторчаткой оказано должное вниманіе прежде всего въ томъ отношеніи, что нѣсколько лѣтъ подрядъ ведется записъ заболѣвшихъ побатальонно и поротно. Это даетъ возможность сдѣлать наблюденія за нѣсколькими лѣтъ, въ какихъ ротахъ наблюдается ежегодно заболѣваемость, увеличивается ли она, или уменьшается. Если бы это дѣлалось раньше во всѣхъ частяхъ съ повышеннымъ заболѣваніемъ буторчаткой легкихъ, то уже давно получились бы нѣкоторые убѣдительные результаты, изъ которыхъ, вѣроятно, можно было бы сдѣлать окончательныя выводы.

Просматривая отчеты Л. Гв. Преображенскаго полка, я невольно забѣгаю впередъ, заинтересовавшись ими, и въ отчетѣ за 1905 г. нашеть сравнительную цифровую таблицу за 5 лѣтъ—по заболѣванію буторчаткой легкихъ. Считаю нужнымъ привести ее:

	1901 г.	1902 г.	1903 г.	1904 г.	1905 г.	Итого.
Его Величества.						
1 батальонъ 1 рота . . .	2	2	3	1	8	
" " 2 рота . . .	1	3	1	1	7	
" " 3 рота . . .	—	—	2	—	2	
" " 4 рота . . .	1	1	—	3	5	
2 батальонъ 5 рота . . .	—	—	—	—	0	
" " 6 рота . . .	1	—	3	—	6	
" " 7 рота . . .	2	1	1	1	6	
" " 8 рота . . .	—	—	1	1	2	
3 батальонъ 9 рота . . .	1	3	1	—	6	
" " 10 рота . . .	1	—	2	1	5	
" " 11 рота . . .	1	—	2	1	5	
" " 12 рота . . .	1	—	1	2	5	
4 батальонъ 13 рота . . .	—	1	1	2	4	
" " 14 рота . . .	—	1	2	—	3	
" " 15 рота . . .	2	—	—	—	2	
" " 16 рота . . .	1	1	—	1	5	
Нестроевая рота	—	2	5	7	2	16
Музыканты и пѣвчіе . . .	2	2	1	2	—	7

Ниже приведу для примѣра двѣ таблицы съ распределеніемъ заболѣвшихъ по срокамъ службы:

Въ годовомъ санитарномъ обзорѣ за 1903 годъ на 1.000 среднего списочнаго состава приходится изъ нижнихъ чиновъ срока службы 1903 г. заболѣвшихъ	0
1902 г.	3
1901 г.	14
1900 г.	1

Въ годовомъ обзорѣ за 1904 го на 1.000 среднего списочнаго состава приходится изъ нижнихъ чиновъ срока службы 1904 г. заболѣвшихъ	6
1903 г.	9
1902 г.	2
1901 г.	7

Итого въ теченіи 2 лѣтъ изъ нижнихъ чиновъ заболѣло бугорчаткой легкихъ срока службы

1903 г.	9
1902 г.	5
1901 г.	21

На 1.000 человекъ списочнаго состава.

Изъ объясненій автора обзора относительно причинъ заболеваемости бугорчаткой въ обзорѣ за 1903 годъ существенно отмѣнить слѣдующее: «разбравъ причины заболѣванія, говорить авторъ, къ какому-либо особенному выводу на основаніи представленныхъ цифръ придти нельзя, развѣ—сравнительно болѣе заболѣвшихъ въ нестройной ротѣ (вмѣстѣ съ прикомандированными). Объясненіе этому можно найти въ томъ, что тамъ сравнительно много людей занимается разнымъ мастерствомъ, особенно шитьемъ въ постоянно согнутомъ положеніи и въ помѣщеніяхъ, гдѣ вслѣдствіе разныхъ работъ образуется сравнительно много пыли, чѣмъ въ роташъ. Въ виду этого все помѣщеніе нестройной роты въ этомъ году было продезинфицировано (къ сожалѣнію не приведено подробностей дезинфекціи), усилено провѣтриваніе и обращено вниманіе на чистоту. Это тѣмъ болѣе слѣдовало сдѣлать, что только этотъ годъ и былъ неудаченъ относительно нестройной роты, ибо въ 1902 году было всего 2 больныхъ чахоткою легкихъ, а въ 1901 г.—ни одного...

Нѣкоторые изъ уволенныхъ въ неспособные въ свое время были представлены на пересвидѣтельствованіе или испытаніе въ Николаевскій госпиталь, и болышинство было признано годными къ службѣ».

Въ санитарномъ обзорѣ того-же полка за 1904 г. по отношенію къ заболѣванію чахоткой легкихъ описаны слѣдующія мѣры: «У заболѣвшихъ повторно бронхитомъ мокроту настаивали на Коховскихъ палочкахъ. При такихъ условіяхъ удалось уловить вовсе отъ службы 4-хъ больныхъ при очень небольшихъ объективныхъ измѣненіяхъ въ легкихъ съ прекраснымъ общимъ состояніемъ и нормальною температурой. Такимъ образомъ принесена двойная польза и самимъ больнымъ и ихъ товарищамъ, которые освободились отъ присутствія въ своей средѣ такихъ источниковъ заразы. Эти источники заразы по нѣкоторымъ воззрѣніямъ, можетъ, быть, въ особенности при другой обстановкѣ и не представляютъ такой ужасной заразы, какъ многие думаютъ, но при условіяхъ казарменной жизни они являются всетаки очень опасными, а потому чѣмъ раньше ихъ удалить, тѣмъ лучше». Далѣе авторъ вторично обвиняетъ Николаевскій госпиталь, а также Губернскую Комиссію по пересвидѣтельствуванію новобранцевъ въ томъ, что они часто не внимаютъ діагностикѣ полковыхъ врачей и не признаютъ присылаемыхъ завѣдомо туберкулезныхъ больныхъ таковыми.

У 197 больныхъ (стаціонарныхъ-лазаретныхъ и амбулаторныхъ) было сдѣлано бактериологическое изслѣдованіе мокроты.

Найдены бациллы у 15 человекъ. Въ обзорѣ отмѣчено несовершенство вентиляцій, холодныя столовыя, холодныя отхожія мѣста. Въ числѣ же специальныхъ мѣръ для пресѣненія заболѣванія туберкулезомъ рекомендуется только возможно раннее выдѣленіе больныхъ, одержимыхъ бугорчаткой, изъ общей среды. О причинахъ вторично наблюдаемой большой заболеваемости чахоткой легкихъ въ нестройной ротѣ авторъ не дѣлаетъ никакихъ предположеній.

Относительно вліянія гриппа на заболѣваніе бугорчаткой легкихъ, если судить по численности тѣхъ и другихъ заболѣваній, то въ санитарныхъ обзорахъ есть съ одной стороны примѣры большой заболеваемости бугорчаткой легкихъ при одновременной усиленной заболеваемости гриппомъ, напр., въ Финляндскомъ полку въ 1904 году

заболѣло гриппомъ	179	челов.	бугорчаткой 70.
выздорѣвало	176	»	

Въ Л. Г. В. Московскомъ полку заболѣло:			
гриппомъ	178	»	бугорчаткой 26.
выздорѣвало	176	»	

съ другой стороны есть немало и противоположныхъ примѣровъ:

Въ Л. Г. В. Казачьемъ полку въ 1904 году			
заболѣло гриппомъ	9	»	бугорчаткой
			легкихъ 13.

Во многих армейских частях Петербургского Округа, напр. въ 22-й пѣх. дивизии значатся десятки и даже болѣе 100 ежегодныхъ заболѣваній гриппомъ и единичные случаи заболѣваній бугорчаткой.

И такъ изъ разсмотрѣнія мѣръ къ пресѣченію бугорчатки по даннымъ годовыхъ отчетовъ о санитарномъ состояніи русской арміи и оборотовъ по частямъ войскъ С.-Петербургскаго округа получается общее впечатлѣніе, что на бугорчатку легкиихъ въ концѣ концовъ смотрятъ какъ на заболѣваніе заразное. Это видно также изъ того факта, что въ отчетѣ за 1904 годъ чахотка легкиихъ уже не стоитъ въ ряду болѣзней органовъ дыханія въ нозологической таблицѣ, а въ ряду инфекционныхъ заболѣваній. Сообразно съ этимъ взглядомъ съ каждымъ годомъ все болѣе и болѣе подчеркиваются и профилактическія мѣры болѣе specialнаго характера, именно, усиленно рекомендуется скорѣйшее выдѣленіе заболѣвшихъ изъ общей среды солдатъ, для чего предлагается возможно частый осмотръ солдатъ, взѣшиваніе, исследование мокроты, specialныи осмотры грудныхъ органовъ и т. д., а также улучшеніе всей обстановки. Всѣ эти мѣры, особенно раннее выдѣленіе туберкулезныхъ повидимому, довольно строго выполняются въ частяхъ войскъ С.-Петербургскаго округа, такъ какъ цифры заболѣвшихъ бугорчаткой легкиихъ въ отчетахъ въ большинствѣ случаевъ совпадаютъ съ цифрами уволенныхъ въ неспособные по этой-же болѣзни. Но не смотря на это число заболѣваній бугорчаткою легкиихъ въ С.-Петербургскомъ округѣ не только не уменьшается, а даже увеличивается, какъ показываютъ цифры отчетовъ:

въ 1904 г. заболѣвшихъ бугорчаткой легкиихъ и другихъ органовъ	11,1	на 1000
» 1903 г. заболѣвшихъ бугорчаткой легкиихъ	8,3	» »
» 1902 г. » » »	7,8	» »

Въ чемъ-же причина?

Прежде чѣмъ отвѣтить на заданный вопросъ, мы постараемся разсѣять окончательно вопросъ о томъ, откуда всетаки бугорчатка легкиихъ у солдатъ, изъ дома, или она приобретается на службѣ вновь? Мнѣнія отдѣльныхъ авторовъ, какъ было видно выше, на этотъ счетъ расходятся, одни говорятъ за то, что нижніе чины поступающіе на военную службу со скрытыми зачатками бугорчатки легкиихъ, другіе говорятъ что это заболѣваніе получается на службѣ.

Я съ намѣреніемъ привелъ выше подробныя данныя о числѣ ежегодныхъ заболѣваній бугорчаткой легкиихъ по частямъ войскъ всей русской арміи, и мнѣ кажется, одиѣ только цифры

безъ другихъ подробностей могутъ дать уже опредѣленный и точный отвѣтъ, что бугорчатка легкиихъ не только развивается въ арміи, будучи раньше скрытой, но и возникаетъ вновь у свободныхъ до того отъ нея людей.

Приведенныя въ началѣ моей работы цифры заболѣванія туберкулезомъ легкиихъ среди крестьянскаго населенія земскихъ врачей Ширскаго, Фриновскаго и Савельева убѣждаютъ насъ съ одной стороны въ томъ, какъ распространена среди крестьянъ бугорчатка легкиихъ вообще, съ другой стороны, какъ она неравномѣрна распределена по отдѣльнымъ деревнямъ одной и той-же волости, когда колебаніе въ цифрахъ, выражающихъ процентъ заболѣвшихъ, столь значительное, какъ 0,42% и 6%. Эти данныя въ связи съ описаніемъ тѣхъ же авторовъ неприглядныхъ условий домашней жизни крестьянъ, изслѣдованныхъ ими деревень, мнѣ кажется, могутъ говорить только за несомнѣнную возможность зараженія людей другъ отъ друга непосредственно или черезъ окружающую обстановку, которая не можетъ оставаться неинфицированной помимо всего прочаго, хотя бы только при одномъ обыкновеніи плевать на полъ, а это обыкновеніе еще не скоро выйдетъ изъ обихода русскаго человѣка. Такимъ образомъ величина этихъ цифръ даетъ намъ право съ одной стороны утверждать то, что въ русскую армію при всей даже тщательности выбора новобранцевъ могутъ попасть люди съ мало выраженными признаками бугорчатки легкиихъ или другихъ органовъ и тканей которые всплывутъ позднѣе подъ влияніемъ различныхъ условий военной службы, съ другой стороны, что сама казарменная обстановка, населеніе которой почти сплошь состоитъ изъ солдатъ-крестьянъ, не можетъ рѣзко отличаться въ основныхъ своихъ чертахъ отъ той же обстановки, кака я наблюдается въ крестьянскомъ быту, а потому казарма можетъ служить и источникомъ зараженія, и особенно такой инфекціи, какъ туберкулезная. Въдѣ, въ нашемъ военно-медицинскомъ законодательствѣ пока нѣтъ еще обязательныхъ правилъ по пріятію мѣръ дезинфекціи того помѣщенія, откуда поступилъ больной бугорчаткой легкиихъ, какія существуютъ по отношенію къ острозаразнымъ заболѣваніямъ, несмотря на то что заразные продукты выдѣленія при бугорчаткѣ легкиихъ-мокроты столь очевидна, а жизнеспособность Коховской палочки столь продолжительна. Вѣроятно, въ этомъ виновна древность самой бугорчатки, съ которою такъ сжились люди, и молодость Коховской палочки сравнительно съ нею.

Вотъ отвѣтъ на заданный выше вопросъ, гдѣ причина повышенной заболѣваемости бугорчаткою легкиихъ въ нѣкоторыхъ частяхъ войскъ русской арміи и частяхъ войскъ С.-Пе-

тербургскаго гарнизона въ особенноти. Полагаю, что неуспѣхъ борьбы съ бугорчаткой легкихъ въ частяхъ съ повышеннымъ заболѣваемъ его лежитъ въ незаконченности принимаемыхъ мѣръ, какъ можно судить объ этомъ по отчетамъ, именно, истинникъ инфекции самъ большой удаляется, а помѣщеніе гдѣ онъ находился и, можетъ быть, нѣрѣдко продолжительное время не обеззараживается не только достаточно энергично, какъ этого требуетъ туберкулезная палочка, но даже и обыкновенно; врандія-лидъ дезинфицируется и одежда такого больного.

Если часто достаточны обычныя мѣры дезинфекціи для многихъ острозаразныхъ болѣзней, то по отношенію къ туберкулезу въ большинствѣ случаевъ онѣ недостаточны: здѣсь еще нужны мѣры воспитательныя, чтобы всякій членъ общезитія, въ данномъ случаѣ солдатъ, не инфицировалъ сейчасъ же снова только-что обеззараженное помѣщеніе. Обязательное заведеніе плевательницъ безъ систематическаго внушенія солдатамъ того, какъ пользоваться ими и зачѣмъ все это, не приведетъ еще къ благимъ результатамъ.

И такъ если нельзя не признавать поступленія въ армию известнаго процента людей, имѣющихъ зачатки туберкулеза, при значительномъ распространеніи его всюду, назову это *неустранимымъ* процентомъ, можетъ выразиться въ цифрѣ, выражающей заболѣваемость бугорчаткой легкихъ по всей арміи, въ среднемъ для нашей арміи это 3 на 1000 средняго списочнаго состава. Нерѣдкія уклоненія отъ этой цифры въ сторону пониженія или повышенія могутъ имѣть всегда свои частныя неустраняемыя причины, а потому цифра, выражающая неустраняемый процентъ заболѣваемости можетъ быть только выше, допустимъ вдвое; но уже большее повышение должно возбуждать подозрѣніе о неблагополучномъ санитарномъ состояніи части, такъ напримѣръ, цифра 47,6 на 1000 въ Л. Гв. Финляндскомъ полку въ 1904 г. неужели не должна возбуждать мысли о зараженіи, принявъ во вниманіе даже въ широкіхъ размѣрахъ все частныя причины, какъ то: случайный неудачный наборъ новобранцевъ, Петербургскій климатъ, когда въ Петербургѣ по приблизительному подсчету доктора Рубеля ¹⁸⁾ заболѣваемость чахоткой среди гражданскаго населенія равняется 26,5% или 26,5 на 1000?

Очевидно еще мысль о заразительности бугорчатки не принята всѣми.

Не считаю нужнымъ приводить здѣсь достаточно убѣдительныхъ случаевъ зараженія, описанныхъ въ литературѣ ¹⁹⁾; упомяну только о томъ, что авторы, высказывающіеся противъ этого, приводятъ для доказательства своей мысли въ большинствѣ случаевъ наблюденія надъ больничнымъ пер-

соналомъ большихъ лечебныхъ заведеній, гдѣ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ несмотря на то, что эти лица находились въ близкомъ соприкосновеніи съ чахоточными больными, заболѣвали бугорчаткой рѣдко ²⁰⁾.

На это можно сказать, во-первыхъ, что даже и единичные случаи заболѣванія должны говорить въ пользу заразности болѣзни, а во-вторыхъ, приведенные примѣры относятся къ благоустроеннымъ больницамъ, гдѣ вѣроятно и нисшій медицинскій персоналъ хорошо подготовленъ къ исполненію своихъ обязанностей, чего нельзя сказать про персоналъ нашихъ военныхъ лечебныхъ заведеній; а въ результатъ этого у насъ происходитъ какъ разъ обратное явленіе по отношенію къ заболѣваемости туберкулезомъ. Достаточно взглянуть на приведенныя выше таблицы усиленной заболѣваемости бугорчаткой легкихъ, чтобы убѣдиться въ сказанномъ.

Команда Семеновскаго-Александрскаго госпиталя 5 разъ въ теченіе 10 лѣтъ попадаетъ въ указанная таблицы.

Команда Николаевскаго госпиталя—2 раза.

Въ пользу мнѣнія о возможности зараженія бугорчаткой въ арміи говорить не только цифры таблицъ при сравненіи отдѣльныхъ частей войскъ между собою, но также сравнительно частое нахожденіе туберкулезныхъ бактерий въ мокротѣ при упомянутыхъ выше исследованіяхъ доктора Гейлиха, Горбачева, Игнатовича, а также врачей Преображенскаго полка, какъ значится въ отчетѣ за 1904 г. когда удавалось находить иногда бактерии въ мокротѣ «при очень небольшихъ явленіяхъ со стороны легкихъ съ прекраснымъ общимъ состояніемъ». Думаю, что послѣдьяго не должно бы наблюдаться, если бы болѣзнь существовала уже давно, но текла медленно. Въ пользу этого же мнѣнія говорить и наиболее частая заболѣваемость, по большинству авторовъ, занимавшихся этимъ вопросомъ, въ болѣе поздніе сроки службы, какъ это видно, примѣръ, въ обзорѣ Преображенскаго полка и въ приведенномъ ниже отчетѣ доктора Бергесона 1890 г. по Николаевскому госпиталю и доктора Георгиевскаго за 10 лѣтъ (1882 г.—1891 г.)²¹⁾.

Сроки службы.	Л. Б. Бертенсонъ.	Н. Георгиевскій.	
	Изъ 300 случаевъ въ %.	Всего.	%
1-го года	16,6	260	11,0%
2-го	16,6	476	21,1
3-го	19,4	561	23,7
4-го	21,4	450	19,0
5-го	14,0	322	13,6
6-го года	5,8	177	7,4
Остальная		115	4,8

На основаніи собственныхъ изслѣдованій и приведенныхъ мною данныхъ доктора Любомудрова и другихъ, повидимому, только при болѣе ясныхъ измѣненіяхъ въ легкихъ или наоборотъ при первичномъ зараженіи со стороны дыхательныхъ путей возможно нахожденіе туберкулезныхъ палочекъ въ мокротѣ, какъ указано въ случаяхъ Преображенскаго полка или въ случаяхъ Рейлиха, который также находил палочки Коха въ мокротѣ у солдатъ, находящихся въ строю, чего не удавалось сдѣлать мнѣ. Разница же моихъ изслѣдованій и его заключается въ томъ, что мнѣ пришлось изслѣдовать мокроту солдатъ въ части благополучной по отношенію къ заболѣваемости бугорчаткой, а Рейлиху—въ частяхъ съ повышеннымъ заболѣваеміемъ, т. е. тогда, когда палочки Коха могли быть находимы на мѣстѣ своего первоначальнаго зараженія.

Въ подтвержденіе же вѣрности своихъ изслѣдованій помимо представленныхъ исторій болѣзни могу отчасти опираться еще и на тотъ фактъ, что 146 пѣх. Царидынской полкъ 3 дѣтнихъ мѣсяца: Май, Іюнь и Іюль, простоявъ въ Петербургѣ, неся караульную службу; все болѣзные направлялись для леченія въ Николаевскій, Семеновскій госпитали и иногда въ Финляндскій усиленный лазаретъ, и за этотъ срокъ не получалось отъ названныхъ лечебныхъ заведеній ни одного санитарнаго отрывка съ диагнозомъ бугорчатки или даже хроническаго

воспаленія легкихъ. Думаю, что скрытыя формы бугорчатки за этотъ срокъ при усиленной караульной службѣ солдатъ, могли бы уже развиться настолько, чтобы сдѣлаться явными, и при помѣщеніи больного въ госпиталь быть констатированными ординаторами.

Большинство русскихъ военныхъ врачей, занимавшихся изслѣдованіемъ вопроса о распространеніи бугорчатки въ арміи принадлежатъ къ ординаторамъ и консулгантамъ большихъ военныхъ госпиталей: доктора Шепотьевъ, Бертенсонъ, Зандеръ, Чигаевъ, Маркъ и др. ²⁾ высказывая свое мнѣніе о томъ, что чахотка въ арміи распространена потому, что у насъ нерѣдко на службу принимаются уже болѣзные чахоткой, но не распознанные (конечно) и слѣдовательно, вся суть дѣла прежде всего заключается въ плохомъ наборѣ новобранцевъ, основываютъ свое положеніе, главнымъ образомъ, на сравнительно болѣе мнѣ числѣ поступленій въ госпиталь чахоточныхъ новобранцевъ и на рѣзкихъ болѣзненныхъ измѣненіяхъ въ легкихъ у молодыхъ солдатъ, поступающихъ въ госпиталь по истеченіи всего вѣсколькихъ мѣсяцевъ послѣ поступленія на военную службу, напримѣръ, отъ 2 до 5, какъ это описано въ случаяхъ доктора Марка.

Авторы, конечно, основываютъ свое мнѣніе на томъ, что такія измѣненія въ легкихъ, какія приходится имъ наблюдать, не могли произойти въ столь короткій срокъ. А потому въ отчетахъ и печати нерѣдко раздаются нареканія не только на врачей, производящихъ осмотръ новобранцевъ въ военныхъ присутствіяхъ, но и на врачей частей войскъ, вторично осматривающихъ новобранцевъ по прибытіи въ часть и, конечно, болѣе заинтересованныхъ въ своихъ новобранцахъ, — что послѣдніе часто грѣшатъ въ тщательности осмотра.

На это съ другой стороны есть отвѣты и полковыхъ врачей, которые въ свою очередь винятъ госпитали, признающие годными своевременно опростованныхъ ими новобранцевъ съ начальными формами бугорчатки легкихъ;—стоитъ только просмотрѣть санитарные отчеты по частямъ войскъ. Но дѣло не въ пререканіяхъ. Полагаю, наилучшимъ образомъ данный вопросъ могъ бы быть разрѣшенъ войсковыми врачами тѣхъ частей войскъ, гдѣ имѣются свои лечебныя заведенія, но къ сожалѣнію въ данномъ смыслѣ наблюденія каждаго изъ нихъ въ отдѣльности не могутъ быть достаточно многочисленными, чтобы сдѣлать изъ этого опредѣленные выводы. Какъ полковой врачъ, стоящій въ сказанныхъ условіяхъ, и слѣдовательно, по роду своей службы—будучи врачомъ гигиенистомъ, слѣдующимъ за состояніемъ здоровья нижнихъ чиновъ въ лечебныхъ заведеніяхъ, а равно и—ординаторомъ, пользующимъ боль-

ныхъ въ полковомъ лазаретѣ, могу возразить вышеазваннымъ авторамъ, что наблюдать не разъ такіа формы бугорчатки легкихъ, когда прямо, такъ сказать, на глазахъ развиваются признаки кавернь легкихъ въ очень короткій срокъ — въ 2, 3 мѣсяца изъ едва замѣтныхъ симптомовъ. Гдѣ причина наблюдаемыхъ явленій? Кроекъ же она въ перелѣтніи условій жизни новобранца, или въ его возрастѣ, или виновата здѣсь новая инфекция, присоединившаяся къ медленно протекающей старой, какъ напр. палочка инфлюэнцы, а особенно стрептококкъ, которымъ такъ богаты казармы? Да, наконецъ, кто знаетъ, какаа форма бугорчатки легкихъ протекаетъ острѣе, та ли, которая возникаетъ у даннаго субъекта путемъ самозараженія изъ какого-либо стараго по времени гнѣзда зараженія, напр. съ лимфатическихъ железъ, или та форма бугорчатки, которая возникла вновь путемъ зараженія изъ-вне въ свободнаго до того времени отъ нея человѣка.

Вопросъ пока еще не разрѣшенъ. Но можно предполагать, что вирулентность бактерий въ первомъ случаѣ будетъ меньшея, чѣмъ во второмъ, а потому и болѣзнъ въ первомъ случаѣ можетъ протекать медленнѣе и менѣе бурно, чѣмъ во второмъ. На эту мысль могутъ навести опыты Arloing'a, ²³ которымъ, прививая кроликамъ и морскимъ свинкамъ бугорчатый и золотушный матеріалъ, замѣтилъ, что отъ перваго какъ кролика, такъ и морскія свинки заболѣваютъ бугорчаткой, тогда какъ отъ втораго заболѣвали только морскія свинки и то мѣстно. Хирургическій туберкулезъ всегда убивалъ морскихъ свинокъ, а кроликовъ только въ томъ случаѣ, если дважды былъ проведенъ черезъ организмъ свинки; золотушный же матеріалъ убивалъ свинку, но никогда—кролика.

Въ опытахъ Гюбенета съ бугорчатымъ матеріаломъ лимфатическихъ железъ надъ морскими свинками также наблюдалось нѣсколько замедленное теченіе экспериментальной бугорчатки, ²⁴ хотя онъ это приписываетъ не ослабленнымъ различнымъ свойствамъ бугорчатковыхъ палочекъ, а малочисленности ихъ. Вѣроятно, такъ есть разниа въ теченіи, когда процессъ начинается съ легкихъ и когда—съ железъ.

IV.

Затронувъ вопросъ о времени теченія бугорчатыхъ процессовъ, я подошелъ къ самой сути существующаго разногласія въ разбираемомъ вопросѣ. Дѣло въ томъ, что многе врачи, привыкнувъ къ мысли медленнаго теченія бугорчатыхъ процессовъ, аналогично, напр., теченію сифилиса или проказы,

вѣе острыя и подострыя теченія бугорчатки признаютъ, какъ обостренія уже бывшихъ ранѣе хроническихъ, часто мало-замѣтныхъ процессовъ. Существуютъ даже мнѣнія, основанныя, конечно, на цѣломъ рядѣ клиническихъ наблюдений, что нѣкоторыя острыя инфекціонныя заболѣванія, какъ то: корь, коклюшъ, гриппъ—несомнѣнно измѣняютъ влияние на обостреніе хроническаго бугорчаткаго процесса. Затѣмъ разныя другія неблагоприятныя гигиеническія условія также вліяютъ въ этомъ направленіи, ²⁵) и послѣднее признано всеміи настолько прочно, что наилучшимъ методомъ леченія бугорчатки легкихъ и другихъ органовъ до сего времени считается созаніе для большаго наилучшихъ гигиеническихъ условій во всехъ отношеніяхъ,—такова идея устройства специальныхъ санаторій.

Вотъ, эти то факты иначе встрѣчающагося медленно протекающаго бугорчатыхъ процессовъ съ одной стороны и случаетъ обостренія ихъ подъ вліяніемъ только что упомянутыхъ моментовъ—съ другой, не даютъ многимъ авторамъ возможности признать существованіе на ряду съ тѣми также частыхъ случаетъ свѣжаго зараженія, которые подъ вліяніемъ неблагоприятныхъ гигиеническихъ условій или какихъ-либо другихъ причинъ нерѣдко могутъ принять въ самомъ началѣ острое или подострое теченія.

А гдѣ же какъ не въ казармѣ или какомъ-либо другомъ подобномъ общежитіи могутъ создаваться эти условія во всей полнотѣ, когда съ одной стороны существуютъ источники давнаго заболѣванія, а съ другой не вполне, а часто и вовсе неблагоприятныя гигиеническія условія жизни.

Чтобы рѣшить этотъ вопросъ или по крайней мѣрѣ стать на правильный путь для рѣшенія его, думаю, что для этого нужно стать по возможности на строго-научную точку зрѣнія и придавать значеніе только тому, что наиболѣе ясно.

Если разбираться съ существующей по вопросу о бугорчаткѣ литературѣ, то полагаю, что для это нужно посвятить не мало времени, а потому всякій, кто уже посвятилъ на детальное изученіе этого вопроса цѣлыя годы и даже десятки лѣтъ, собралъ по этому предмету, пожалуй, всю существующую литературу, разоблаченъ въ ней критически и наконецъ представилъ самъ безконечный рядъ своихъ личныхъ опытовъ и наблюдений, тотъ можетъ служить огромнымъ авторитетомъ въ разбираемомъ вопросѣ.

Prof. Cornet въ данномъ вопросѣ, я думаю, можетъ быть такимъ авторитетомъ, такъ какъ онъ вполне удовлетворяетъ приведеннымъ условіямъ, а всякому познакомившемуся съ его сочиненіями не можетъ не броситься въ глаза полная послѣдовательность въ разбираемомъ вопросѣ и безпристрастнаа

критическая оценка существовавших и существующих по этому вопросу теорий.

Последнее издание произведения Cornet'a: «Die Tuberkulose» (1907 г. Wien) обнимает все что до сего времени существует по вопросу о бугорчатке.

Здесь подробно разбирается прежде всего этиология туберкулеза, история вопроса о бугорчатке до открытия Коха, полная биология Коховской палочки, распространение ее втѣ тѣла человека, о чемъ есть еще обильное его же сочинение, гдѣ Cornet описываетъ множество своихъ опытовъ и изслѣдованій:— условия зараженія туберкулезомъ черезъ естественные пути, какъ то: органы дыханія, пищеваренія, мочеотдѣленія и т. д., а также черезъ кожу и слизистыя оболочки при искусственномъ ихъ поврежденіи; приводится критическая оценка существующихъ по этому вопросу опытовъ и изслѣдованій.

Въ вопросѣ о зараженіи (способахъ и путяхъ) признавая возможность существованія всѣхъ указанныхъ способовъ и отдавая должное каждому изъ нихъ, онъ на основаніи ряда личныхъ опытовъ твердо держится такъ называемаго аэрогеннаго зараженія, т. е. черезъ дыхательные пути, чаще всего черезъ легкія, какъ наиболѣе частаго и распространеннаго въ общежитіи, при чемъ источникомъ зараженія служить высохшая распыленная мокрота чахоточныхъ.²⁶⁾

Остановившись на вѣкоторыхъ особенно убѣдительныхъ данныхъ Cornet'a въ разбираемомъ вопросѣ.

Говоря о распространеніи туберкулеза, Cornet приводитъ статистику смертности отъ туберкулеза въ Пруссіи (при чемъ около 90%—легочной туберкулезъ)²⁷⁾.

На 10.000 живыхъ приходится смертей отъ туберкулеза.

Возрастъ.	Мужчинъ.	Женщинъ.	Возрастъ	Мужчинъ.	Женщинъ.
Ниже 1 года между	26,4	22,94	25-30 г.	36,62	32,82
1 г.— 2 г.	20,89	20,85	30-40 г.	43,54	37,54
2 г.— 3 г.	12,45	13,54	40-50 г.	54,70	38,10
3 г.— 5 г.	6,85	7,95	50-60 г.	75,80	49,52
5 г.—10 г.	4,52	6,0	60-70 г.	69,30	45,60
10 г.—15 г.	17,63	19,80	70-80 г.	26,21	19,69
20 г.—25 г.	32,32	25,34	—	—	—

Разбирая представленные цифры, Cornet высказываетъ свое мнѣніе, что только частая инфекция даетъ такой замѣтный процентъ смертности въ раннемъ дѣтствѣ. Затѣмъ въ болѣе позднемъ дѣтствѣ смертность рѣзко понижается въ зависимости отъ того, что дѣти дальше отъ зараженныхъ туберкулезомъ родителей, при чемъ разница между дѣвочками и мальчиками также, по его мнѣнію, легко объясняется. Дѣвочки ближе къ своимъ родителямъ особенно къ матерямъ, чѣмъ мальчики. Въ возрастѣ 15 лѣтъ и далѣе смертность повышается вслѣдствіе профессій, когда возможность къ зараженію увеличивается, и рѣзко понижается около 80 лѣтъ, когда люди бывають всецѣло прикованы къ дому, и общеніе съ другими кончается.

Эти статистическія данныя существенно противорѣчатъ теоріи Беринга²⁸⁾, которая состоитъ въ томъ, что туберкулезомъ заражаются въ раннемъ возрастѣ главнымъ образомъ черезъ кишечникъ: туберкулезная палочка вмѣстѣ съ молокомъ (болѣею частью коровьимъ) проходитъ черезъ стѣнки кишокъ, не оставляя на нихъ никакого слѣда, и задерживается надолго въ железахъ, чтобы оттуда черезъ лимфу и кровь проникнуть чаще всего въ легкія или другіе органы внослѣдствіи при благоприятныхъ обстоятельствахъ. (Проф. Берингъ призываетъ палочку бугорчатки рогатаго скота и человека, какъ виды одного и того же рода, могущіе переходить одинъ въ другой). Проф. Берингъ, отстаивая свою мысль, высказывается даже противъ статистики, которая по его мнѣнію все можетъ доказать и все опровергнуть, противорѣча здѣсь самому себѣ въ отношеніи антидифтерійной сыворотки, благоприятное дѣйствіе которой онъ основываетъ, именно, на данныхъ «des alles richtenden Statistik».

Гипотезѣ Беринга относительно того, что туберкулезный бациллѣ въ дѣтскомъ организмѣ благодаря энергичному росту тканей ребенка, относительноному иммунитету или какому либо другимъ силамъ юнаго организма замираетъ и проявляетъ свою силу только позже,—противорѣчитъ относительно высокая цифра смертности—25—на 10.000 въ первый годъ жизни. Такое объясненіе понятно только для возраста до 20 лѣтъ по сравненію съ дѣтскимъ—и особенно отъ 40 до 60—по приведенной выше таблицѣ.

Этой же гипотезѣ противорѣчатъ и данныя паталогоанатомовъ и педиатровъ, которые говорятъ, что туберкулезная инфекция въ дѣтствѣ имѣетъ способность не локализоваться, но генерализоваться (Weigert, Froebelius, Landouey, Michael, Henoch и въ послѣднее время Goigel).

Наконецъ этому противорѣчить большая смертность дѣтей вообще отъ инфекціонныхъ болѣзней.

Берингъ полагаетъ, что смотря по силѣ туберкулезнаго яда и количеству введенныхъ въ организмъ туберкулезныхъ бактерий можетъ длиться десятки лѣтъ инфекция подобно лептѣ и сифилису. Cornet возражаетъ на это, что, во первыхъ, сравненіе съ тѣми инфекціями, которыхъ биологія еще мало известна, не совсѣмъ научно, а во вторыхъ, ни лепта, ни сифилисъ не могутъ протекать десятки лѣтъ, ничѣмъ не проявляясь. Правда, туберкулезный бактерій растетъ медленно, значительно медленнѣе, чѣмъ холерный или дифтерійный, но кто докажетъ, что новое ли то зараженіе, или выпышка стараго, если появляется туберкулезъ легкихъ у страдающаго много лѣтъ туберкулезомъ железъ.

Вопросъ уже рѣшенъ говорить Cornet въ томъ направленіи, что туберкулезная инфекция можетъ имѣть мѣсто черезъ кишечникъ, что туберкулезные бактерии могутъ пройти черезъ стѣнки кишечника, какъ и черезъ всѣ другія слизистыя оболочки безъ необходимости оставить слѣды послѣ своего проникновенія. Cornet самъ на многихъ сотняхъ опытовъ съ животными доказалъ это для слизистыхъ оболочекъ всѣхъ органовъ (носа, рта, вагины, penis, кишечкъ). Далѣе твердо установлено, что болѣе проходима слизистая оболочка дѣтей, а въ частности кишечкъ, въ противоположность слизистой оболочкѣ взрослыхъ, которая бактеріи обыкновенно задерживаетъ и дѣлается проходимою только при глубокихъ и продолжительныхъ измѣненіяхъ.

Берингъ утверждаетъ, что туберкулезные бактерии, пройдя слизистую оболочку, отлагаются гдѣ либо въ железахъ, если вошли черезъ кишечникъ,—то въ мезентеріальныхъ, бронхиальныхъ и медиастинальныхъ.

Cornet на основаніи своихъ опытовъ на 4.000 животныхъ утверждаетъ, что гдѣ туберкулезная инфекция избрала мѣсто, тамъ или въ ближайшихъ железахъ прежде всего и наблюдается первоначальное измѣненіе. Оттуда процессъ обыкновенно идетъ въ стороны или центрально по лимфатическимъ сосудамъ. Послѣ въ некоторомъ времени также черезъ вторженіе въ кровеносные сосуды можетъ идти далѣе по крови. Но болѣе частый и обычный способъ зараженія черезъ дыхательные пути. Изслѣдованія при вскрытіи труповъ—Simons, Rillee, Barthez, Steiner, Neurenther, Widerhofer, Steffer—и другихъ (по Видерту) у 1346 дѣтей даютъ слѣдующую локализацию туберкулезныхъ бактерий:

въ легкихъ	79,6 ⁰ / ₀
въ бронхиальныхъ железахъ	78 ⁰ / ₀
въ кишечникѣ	31,6 ⁰ / ₀
въ мезентеріальныхъ железахъ	40,0 ⁰ / ₀

Послѣднее явленіе (пораженіе въ кишкахъ), по мнѣнію Cornet'a, доказываетъ только то, что молоко при кормленіи грудью ребенка служитъ однимъ изъ частыхъ источниковъ для туберкулезной инфекции. Cornet производилъ множество опытовъ надъ морскими свинками, вдвывая имъ туберкулезную мокроту въ сухомъ или сыромъ видѣ, въ маломъ и большомъ количествѣ, чистую культуру, и регулярно получалъ все новыя и новыя подтвержденія, какъ часто и легко происходитъ зараженіе черезъ легкія.

То же подтверждаетъ и Кохъ своими опытами.

По мнѣнію многихъ клиницистовъ наиболѣе частые случаи бугорчатки-дегочные (Соколовскій).

Въ частяхъ войскъ этотъ видъ заболѣванія также преобладаетъ значительно надъ прочими. Это подтверждаетъ устно прозекторъ, нынѣ главный врачъ Семеновскаго-Александровскаго военнаго госпиталя Бяльницкій-Вируда, пропустившій черезъ свои руки въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ немалое количество труповъ.

Д-ръ Маркъ приводитъ данныя прозектуры Николаевскаго военнаго госпиталя за 14 мѣсяцевъ, гдѣ изъ 124 вскрытій труповъ у 55 была обнаружена бугорчатка, при чемъ частота локализации по органамъ слѣдующая: ²⁹⁾

въ перибронхіальныхъ железахъ въ	48 случ.
» легкихъ	27 »
» кишкахъ	16 »
» брызжечныхъ железахъ	10 »
» гортани	9 »
» плевръ	9 »
» брюшинѣ	9 »
» почкахъ	7 »
» бронхахъ	6 »
» мозговыхъ оболочкахъ	5 »
» селезенкѣ	5 »
» печени	4 »
» костяхъ	3 »
» перикардіи	2 »
» придаткѣ яичка	1 «

Далѣе тотъ же авторъ говоритъ, что у 157 чахоточныхъ бугорчаткаго отдѣленія Николаевскаго госпиталя въ 72⁰/₀ всѣхъ случаевъ поражены были исключительно верхушки и верхнія половины верхнихъ долей легкихъ.

Такимъ образомъ, полагаю, что приведенныхъ экспериментальныхъ данныхъ достаточно, чтобы убѣдиться въ заразительности бугорчатки, а патологоанатомическихъ данныхъ,—чтобы убѣдиться въ распространенности ея и болѣе частоты

локализацию в дыхательных путях и отсюда естественно перейти к разбору вопроса о том, как может попадать инфекционное начало в дыхательные пути.

Не разбирая теории Cornet'a — *Inhalationstehung* — как на мой взгляд, наиболее убедительной и наиболее могущей иметь место в общепитии, я приведу ниже цѣликомъ описание его классическихъ опытовъ, а предварительно приведу его же разборъ еще другой распространенной теории зараженія — *Tröpfcheninfection* проф. Флюге и его последователей — Дашенко, Neumann, Sticher, Neisser, Beninde. — Cornet говоритъ, что по существу теория Флюге нисколько не противоречитъ его теории, но возможность ея въ общемъ менѣе часта. Флюге утверждаетъ, что мельчайшія капельки разбрызгиваемой мокроты частотныхъ могутъ держаться въ воздухѣ до 6 часовъ. По мнѣнію Cornet'a объ этомъ не можетъ быть и рѣчи: по Krönigу овъ уже черезъ часъ осѣдаютъ, только при высшей степени сильномъ движеніи воздуха ихъ однажды находилъ черезъ 1½ часа.

V. Weismayer находилъ ихъ черезъ 15 минутъ въ скудномъ количествѣ, а черезъ 30—40 мин. пластинки оставались стерильными.

По Saugmannу изъ 174 врачей, не страдавшихъ равнѣе туберкулезомъ, занимающихся леченіемъ грудныхъ болѣзней послѣ 3-хъ лѣтъ практики среднимъ числомъ—167 челов. остались здоровыми, 5 умерло, но не отъ туберкулеза, 3 заболѣли можетъ быть и туберкулезомъ, но нынче—здоровы.

Изъ 64 ларингологовъ ни одинъ не заболѣлъ туберкулезомъ въ началѣ своей практики (въ продолженіи 4-хъ лѣтъ среднимъ числомъ).

Такимъ образомъ изъ 238 врачей, работающихъ въ условіяхъ въ высшей степени благоприятныхъ для капельной инфекции самое большее—трое заболѣло туберкулезомъ, во и здѣсь трудно доказать, имѣло ли мѣсто *Tröpfchen* или *Staubinfection*.

Но вотъ цѣликомъ описание опытовъ самого Cornet'a.

Infection der Respirationsorgane ³⁰⁾.

«При легкомъ втираніи туберкулезныхъ бациллъ въ слизистую оболочку носа—шлица оставалась неизмѣнною, если старался избѣгать поврежденія слизистой оболочки; въ другихъ случаяхъ черезъ некоторое время появлялось воспаление, краснота и изъязвленіе. Нѣсколько недель спустя охулали и размячались железы на той сторонѣ, гдѣ было сдѣлано втираніе, а исцелѣніе и на противоположной сторонѣ. По прошествіи 2—3 недель (у морскихъ свинокъ) охулали бронхиальныя железы, послѣдѣ наблюдалось поразеніе легкихъ, селезенки и печени.

Когда заставляли животныхъ (болѣе 600 опытовъ) вдыхать влажную распыленную мокроту, то черезъ 2, 3 недели въ легкихъ находили весьма небольшія свѣтло-сѣрыя точки и почти одновременно увеличивались и набухали бронхиальныя железы. При дальнѣйшемъ существованіи животныхъ изъ легочныхъ узелковъ образовались каверны, бронхиальныя железы склеивались въ пакеты и размячались; дальнѣйшаго распространения инфекции пока не наблюдалось. Черезъ 3—5 недель поражились туберкулезнымъ процессомъ селезенка и потомъ печень; брюшина и салышки оставались еще неизмѣненными; иногда принимали участіе шейныя железы, но обыкновенно значительно позднѣе.

Инъекція въ трахею вызывали болѣе обширныя поразенія въ легкихъ, казеозную пневмонію, въ дальнѣйшемъ теченіи наблюдались тѣ же явленія, что и при вдыханіи.

Опыты съ распыленіемъ высушенной мокроты для достиженія зараженія были сначала произведены Sirena-Pernice, de-Toma, Celli-Guarneri, Cadie-Malet, но они были въ большинствѣ случаевъ безуспѣшны, такъ что на этомъ основаніи Baumgarten и позднѣ Flüge стали упорно отрицать возможность зараженія черезъ вдыханіе высушенной мокроты. Мои собственные первые опыты, которые я поставилъ въ этомъ направленіи въ 1888 г. дали мнѣ мысль что зто въ неустѣхъ есть результатъ ошибочной и далекой отъ естественныхъ условій постановки опытовъ. Именно, животные были посажены въ закрытыя ящики, въ которыхъ столбъ высушенной распыленной мокроты подымался въ воздухѣ. Но тогда мокрота будучи гигроскопична притягивала къ себѣ влажностъ (при упомянутыхъ условіяхъ), заключающуюся въ выдыхаемомъ воздухѣ животныхъ и подъ вліяніемъ его скатывалась въ маленькіе комочки, которые въ силу своей тяжести не могли уже болѣе подниматься со дня ящика и во всякомъ случаѣ дальнѣйшее поступленіе въ глубину легкихъ не могло имѣть мѣста. Мои первые опыты все же не были безрезультатны: изъ 24 животныхъ 6 заразились туберкулезомъ, изъ которыхъ только 4 несомнѣнно черезъ вдыханіе; но эти результаты не были достаточно убѣдительными.

Въ Январѣ 1898 года я снова предпринялъ опыты. Сначала я посредствомъ раздуванія мѣховъ распылялъ высушенную мокроту и заставлялъ вдыхать ее 12 животнымъ (морскимъ свинкамъ). Всѣ показали высокую степень туберкулезнаго поразенія. Однако этимъ результатамъ я не придавалъ большого значенія, потому что опытъ представлялъ въ высшей степени благоприятныя условія зараженія.

Поэтому въ цѣломъ рядѣ новыхъ опытовъ я создавалъ

условія, подходяція къ естественнымъ, каковыя бывають въ жилищяхъ неопратныхъ хаточныхъ большихъ наиболее часто.

Въ просторной комнатѣ, по размѣру около 76 кубич. метровъ съ ковра выметалась мокрота, приходящая къ нему самымъ естественнымъ образомъ, въ то время, какъ морской свинки находились въ различномъ разстояніи отъ ковра. Больше подробныя детали этихъ опытовъ я представилъ въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ въ Мартѣ 1898 г. Изъ 36 животныхъ, которыя вдыхали естественнымъ образомъ, находясь отъ ковра на разстояніи отъ 134 сант. до 3 метровъ, 35 изъ нихъ по истеченіи обыкновеннаго времени показали зараженіе туберкулезомъ въ бронхіальныхъ железахъ и легкихъ отчасти съ образованіемъ кавернъ. И такъ распыленіе высушенной мокроты ставится угрожающей опасностью для чрезвычайно узкихъ дыхательныхъ путей этихъ маленькихъ животныхъ, между тѣмъ какъ распыленіе влажной мокроты не дало такихъ результатовъ.

Эти опыты также вовсе не противорѣчатъ утверженію Flügge, который доказалъ, что выплюнутая на полъ мокрота и высушая при обычномъ способѣ чистки—выметаніи достаточно уменьшется въ своемъ количествѣ и способности для дыханія.

«Противъ доводовъ нѣкоторыхъ авторовъ будто бы и въ своихъ опытахъ пользовался искусственно высушеною мокротой, я долженъ говорить Согнетъ возразить, что мокроту оставлялъ въ совершенно естественныхъ условіяхъ для высыхания. Методъ метенія также былъ ни какой-либо другой, какъ только повседневно практикуемый въ домахъ.

«Только такими опытами, впрочемъ, неименно къ реальнымъ условіямъ мы можемъ изобразить настоящую картину опасности зараженія, при искусственныхъ же экспериментахъ эта реальность совершенно утрачивается».

Желая взглянуть убедиться въ правильности взглядовъ различныхъ теорій зараженія бугорчаткой, я произвелъ самъ въ предѣлахъ возможности слѣдующіе опыты съ морскими свинками:

А.

Прежде всего по примѣру недавнихъ опытовъ проф. Павловскаго, который выступилъ въ защиту теорій Беринга²⁰⁾, въ концѣ Апрѣля 1907 года я поставилъ опыты съ кормленіемъ морскихъ свинокъ, но только не чистыми разводками,

растертыми въ молоко, а съ мокротой отъ бугорчаткаго большого (исторія болѣзни № 16). Съ 29-го Апрѣля 3 морскимъ свинкамъ, изъ которыхъ одна взрослая самка и 2 молодыхъ самца (около 3-хъ мѣсяцевъ) въ теченіи 2-хъ недѣль къ пище и питьевой водѣ примѣшивалась туберкулезная мокрота. Одна изъ молодыхъ свинокъ вскорѣ заболѣла поносами. Болѣзнь продолжалась немного болѣе 2-хъ недѣль, послѣ чего свинка погибла.

При вскрытіи найдена гиперемія слизистой оболочки всего кишечнаго канала; прочіе органы не представляли какихъ либо ясныхъ уклоненій отъ нормы.

Вторая молодая свинка при отсутствіи какихъ-либо болѣзненныхъ симптомовъ прожила около 4½ недѣль, послѣ чего погибла, будучи печальною придавлена. При вскрытіи никакихъ уклоненій отъ нормы во внутреннихъ органахъ и железахъ не замѣчено.

Третья свинка прожила до 27-го Июля, т. е. почти 3 мѣсяца, затѣмъ была захлороформирована и вскрыта, причѣмъ никакихъ уклоненій отъ нормы во внутреннихъ органахъ, а равно и железахъ не найдено.

Б.

Затѣмъ примѣнительно къ обычнымъ условіямъ жизни въ загрязненномъ помѣщеніи были поставлены слѣдующіе опыты:

30-го Мая въ ящикѣ съ цинковыми дномъ и таковыми же стѣнками, размѣрами почти въ 1½ квадратныхъ аршина, стѣнки высотой немного болѣе ½ аршина, помѣстились три свинки различныхъ возрастовъ. На днѣ ящика помѣщена была солома (несколько слоей) на которой разбросали мокроту, содержащую большое количество бугорчатковыхъ палочекъ. (Мокрота была взята изъ туберкулезнаго отдѣленія Семеновскаго-Александровскаго госпиталя).

Стѣнки ящика также были выпачканы этой же мокротой. Въ теченіе 2-хъ недѣль не производилась уборка ящика. За это время въ немъ развилась замѣтная влажность, не смотря на то, что на днѣ ящика имѣлось отверстіе для стока мочи. По истеченіи двухъ недѣль въ ящикѣ стали производить обычную уборку, т. е. смѣнять подстилку и очищать дно. Кромѣ того свинокъ дномъ на нѣсколько часовъ выпускали на траву во дворъ при лазаретѣ и только на ночь или въ дождливую погоду помѣщали въ ящикъ. Черезъ 5 недѣль свинки были захлороформированы и вскрыты. Никакихъ уклоненій отъ нормы во внутреннихъ органахъ и железахъ не было найдено.

В.

Наконец 2-го Июля названный ящик был вычищен, вымыт и высушен на дворе, затем туда помещены 3 свинки—самка и 2 молодых свинки (больше 2-х месяцев), а через несколько дней туда же посадили еще взрослого самца. Отъ времени до времени производилась обычная уборка ящика. Большую часть дня свинки проводили время на дворе лазарета, бегая по травѣ, и только на ночь и часа на 2 въ теченіи дня сажались въ ящикъ, когда надъ ними производилось легкое выколачиваніе пыли съ соломеннаго мата, небольшихъ размѣровъ, обычно употребляемого въ казармахъ для обтиранія ногъ при входѣ. Это выколачиваніе производилось ежедневно два, три раза и продолжалось не больше 10 минутъ, послѣ чего матъ на нѣкоторое время полагался надъ ящикомъ. На матъ же предварительно дней за 10 до начала опыта была размазана мокрота, содержащая бугорчатковыя палочки (мокрота опять взята изъ туберкулезнаго отдѣленія Семеновскаго-Александровскаго госпиталя), затемъ матъ обсыпал сухимъ пескомъ, послѣ чего до начала опыта послѣдній былъ положенъ дней на 10 на одинъ изъ лазаретныхъ шкафовъ. За это время мокрота успѣла хорошо высохнуть.

Опытъ съ выколачиваніемъ мата производился въ теченіи 2-хъ недѣль, послѣ чего свинки предоставлены были своему обычному образу жизни, при чемъ большую часть времени проводили на дворѣ.

Около мѣсяца спустя послѣ начала опыта одна изъ молодых свинокъ стала чихнуть и тяжело дышать, но черезъ нѣсколько времени какъ будто оправдалась и приобрѣла почти прежнюю живость, и только опытный глазъ ухаживающаго за ними фельдшерскаго ученика подмѣчалъ въ ней нѣкоторое нездоровье. Свинка по его выраженію «посапывала». 17-го Сентября эта свинка была захлороформирована и вскрыта. При вскрытіи брюшной полости были найдены бугорки при развѣвѣ селезенки. На поверхности селезенки бугорковъ не было, но цвѣтъ ея неравнобѣрный—красчатый. Въ толщѣ печени также бугорки. Забрюшинныя железы немного увеличены.

При вскрытіи грудной полости замѣчены громадные медиастинальныя железы хрящевой консистенціи величиною съ бобовое зерно. Такой же консистенціи, но немного меньшихъ размѣровъ, бронхальныя железы и увеличенныя полупрозрачныя подчелюстныя и шейныя железы. Оба легкихъ довольно малокровны и усыяны сплошь съ поверхности и на

развѣвахъ узелками различной величины, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ мягки и наклонны къ распаду. Въ нѣкоторыхъ мазкахъ найдены туберкулезныя палочки.

Препараты внутреннихъ органовъ и железъ оставлены въ спирту.

Одна свинка незадолго до вскрытія первой случайно затерялась. До того времени не выказывала никакихъ признаковъ нездоровья.

Третья свинка, повидимому, совершенно здоровая 19 Сентября была захлороформирована и вскрыта; при вскрытіи никакихъ уклоненій отъ нормы во внутреннихъ органахъ и железахъ не найдено.

Четвертая свинка (самка) также стала согбѣть. 26-го Сентября свинка замѣтно похудѣла, наблюдалась одышка.

5-го Октября свинка захлороформирована и вскрыта. При вскрытіи найдено увеличенныя бронхальныя и забрюшинныя железы. Узелки по всей поверхности легкихъ, при чемъ нѣкоторыя съ казеознымъ распадомъ.

Такіе же узелки найдены въ печени и селезенкѣ и по поверхности почекъ. Въ рогахъ матки найдены 2 зародыша, которые при вскрытіи оказались безъ какихъ-либо видимыхъ признаковъ туберкулеза.

10-го Ноября были захлороформированы и вскрыты три свинки, жившія вмѣстѣ съ послѣдними свинками послѣ опыта. Всѣ онѣ при вскрытіи оказались здоровыми.

Не имѣя права дѣлать окончательныхъ выводовъ изъ этихъ немногочисленныхъ опытовъ, я всетаки на основаніи ихъ, съ одной стороны, могу усумниться въ доводахъ проф. Беринга и Павловскаго высказывающихся за наиболѣе частый и обычный путь зараженія бугорчаткой черезъ кишечникъ, съ другой стороны, могу только еще болѣе утвѣрять въ правильности мнѣнія Cornet'a, именно, наиболѣе легкую и частую возможность зараженія черезъ дыхательныя пути посредствомъ вдыханія въ себя выдохшей и смѣшавшейся съ пылью мокроты, если только вести рѣчь о зараженіи бугорчаткой въ обычныхъ условіяхъ жизни, а не дѣлать опытовъ искусственнаго зараженія чистыми разводками бактерий. Въ послѣднемъ случаѣ первичное зараженіе, конечно, получается въ тканяхъ и органахъ, ближайшихъ къ мѣсту проникновенія инфекціи, какъ это и доказывалъ Cornet и многие авторы.

V.

Не представляють ли казармы нашей русской армии весьма перфдо описанных въ опытъ Cornet'a условій обстановки, когда прежде всего плаваніе на полъ есть привычка многихъ людей, а сухое подметаніе половъ не можетъ быть выведено даже изъ Николаевского военного госпиталя, какъ значится въ отчетѣ объ оперативной дѣятельности хирургическаго отдѣленія госпиталя за 7 лѣтъ—(1900—1906), составленномъ докторомъ Бергманомъ.³⁴⁾ Въ казармѣ также вполне естественно плаваніе въ воздухѣ пыли при постоянномъ движеніи людей.

Вѣроятно, трудно когда-либо подобрать случаи зараженія бугорчаткой въ казармѣ по типу той или другой теоріи (Flügge и Cornet'a)³⁵⁾, но примѣровъ убѣдительныхъ въ томъ, чтобы считать ихъ какъ результатъ зараженія, полагаю, найдется немало. Отвѣтъ на эту мысль мы должны ждать отъ врачей частей войскъ съ высокою заболеваемостью бугорчаткой. Одна только правильная запись заболевшихъ, какъ это уже ведется въ Л. Гв. Преображенскомъ полку и начинается вестие понемного въ другихъ частяхъ гвардіи (по годовымъ отчетамъ 1905 г.) съ усиленною заболеваемостью бугорчаткой, должна была бы дать точные результаты и вывести на прямую дорогу.

Пока же приходится ограничиться примѣрами, взятыми изъ литературы и своего опыта:

Проф. Lannelongue въ своей рѣчи: «о хирургическомъ леченіи бугорчатки вообще», произнесенной въ первомъ собраніи Московскаго съѣзда 1897 г., привелъ историческій рассказъ,³⁶⁾ какъ известный нынѣ уже покойный проф. Willemін снова возбудилъ забытую было мысль о заразительности чахотки, наблюдая развитіе ея эндемически въ гвардіи Наполеона III въ 1864 году, и тогда впервые опытами на кроликахъ доказалъ ея заразительность.

Докторъ Kirchner приводитъ свои наблюденія, гдѣ въ комнатной пыли съ жителями—большими бугорчаткой легкихъ, онъ находилъ бактерии при прививкахъ морскимъ свинкамъ.³⁷⁾ Пробы съ пылью были взяты съ различныхъ предметовъ обмундированія изъ обмундировальной комнаты въ казармѣ въ Брауншвейгѣ, гдѣ появились три заболевания туберкулезомъ легкихъ послѣдовательно черезъ нѣсколько мѣсяцевъ—фельд-фельсель, сержантъ и еще сержантъ. Kirchner продѣлалъ сперва

опыты съ прививкой къ свинкамъ и получилъ отрицательные результаты, затѣмъ опыты были повторены съ 8 свинками, тогда у трехъ были найдены туберкулезныя измѣненія внутреннихъ органовъ.

Kirchner, обращая вниманіе на то, что туберкулезный процессъ начинаетъ наиболѣе рѣдко распространяться съ мѣста зараженія, дѣлаетъ предположеніе, что наиболѣе частое пораженіе легкихъ туберкулезомъ при отсутствіи туберкулезныхъ пораженій въ другихъ органахъ говорить въ пользу наиболѣе частаго зараженія посредствомъ дыханія, а не черезъ кровь, т. е. не внутриутробно, а при жизни. Легкія, по его мнѣнію наименѣе устойчивыя органы по отношенію къ заболеваемости туберкулезомъ. Въ виду нахождения въ пыли казармъ вирулентныхъ стрептококковъ и туберкулезныхъ бактерий, Kirchner рекомендуетъ имѣть въ казармахъ гладкіе полы безъ пазовъ, дорожки изъ линолеума или изъ другого подобнаго матеріала. Въ казармахъ должны быть плевательницы, стояція на высотѣ 1 или на 1½ метра отъ пола. Наблюденіе за тѣмъ, чтобы нижніе чины нигу да не плевали кромѣ плевательницъ должно быть самое строгое.³⁸⁾

Cornet утверждаетъ, что человекъ очень воспримчивъ къ зараженію туберкулезомъ (1/7 смертей въ Германіи происходитъ отъ туберкулеза), если же множество людей не заболеваютъ чахоткой, то вовсе не отъ иммунитета, а въ силу того, что туберкулезныя бактерии, какъ доказано уже, не вездѣсущи, а болѣею частью находятся въ мокротѣ, которая благодаря присутствію въ ней слизи не даетъ возможности бактеріямъ плавать въ воздухѣ; этому же благоприятствуетъ и вѣсъ бактерий.

Поэтому приняты во время разнаго рода гигиеническія мѣры, т. е. прежде всего опрятность больного по отношенію къ себѣ и окружающимъ, дѣлаетъ его въ нѣкоторыхъ безопаснымъ по отношенію къ другимъ.

Относительно людей насѣдственно расползочивныхъ къ туберкулезу, но болѣющихъ легко, Cornet говоритъ, что заражаются имъ снова, попавъ въ обстановку туберкулезныхъ больныхъ.

«Какъ опибаются тѣ, которые думаютъ, что нара новыхъ бактерий не вредитъ, напротивъ инфекция отъ новыхъ паціентовъ для больного уже раньше дѣлается роковою».³⁹⁾

— Въ санитарномъ годовомъ обзорѣ 146 пѣх. Царинскаго полка за 1903 годъ упоминается, а въ лазаретномъ архивѣ хранится исторія болѣзни одного нижняго чина полка, который былъ посланъ въ Николаевскій военный госпиталь по

³⁴⁾ Допускаю даже возможность зараженія при посредствѣ паразитныхъ насекомыхъ.

поводу Favus на головѣ; черезъ 14 мѣсяцевъ онъ выписанъ изъ госпиталя весною (выздоравливающимъ), вѣроятно, изъ за того, что заболѣлъ цынгою, признаки которой у него были констатированы тотчасъ же по прибытіи въ полкъ; Favus не былъ излеченъ вполне. Черезъ недѣлю больной былъ принятъ въ лазаретъ вслѣдствіе повышенія температуры, гдѣ у него скоро были диагностированы мiliaryный туберкулезъ, отъ чего онъ черезъ 22 дня и скончался при явленіяхъ бугорчаткаго менингита. Правильность діагноза подтвердilo и вскрытіе.

Въ Николаевскомъ госпиталѣ больной лежалъ въ накомн-номъ отдѣленіи.

Возможность зараженія очевидна, такъ какъ трудно предпо-лагать, чтобы у больного могла вспыхнуть старая бугорчатка, которая вѣроятно вспыхнула бы еще ранѣе появленія цинги при существованіи тѣхъ условий, при какихъ обыкновенно появляется цынга.

А вотъ еще два свѣжіе примѣра, вѣроятно, свѣжаго зараженія и очевидно остраго теченія, т. е. изъ формъ бугорчатки легкихъ, признаваемыхъ ординаторами госпиталя, часто мало-знакомыми на дѣлѣ непосредственно со всѣмъ бытомъ и казарменной жизнью солдата, за формы бугорчатки легкихъ про-званной въ частяхъ войскъ:

Большой рядовой 112 пѣх. Уральскаго полка, для осмотра котораго я былъ позванъ 2-го Августа 1907 года прибылъ на мѣсто за нѣсколько дней изъ Петергофскаго уѣзда, куда онъ прибылъ въ началѣ Июля по увольненіи воее отъ службы. 19-го Июня комиссіей при полковомъ лазаретѣ, по словамъ больного, извѣстнаго мнѣ хорошо ранѣе, въ лазаретъ полка онъ поступилъ 29-го Мая послѣ того, какъ выступилъ съ полкомъ въ лагерь, проѣхавъ подъ дождемъ и продрогъ. Больной только въ прошломъ году поступилъ на военную службу, будучи признанъ совершенно здоровымъ, каковымъ и самъ себя считалъ.

До момента поступления въ лазаретъ ни разу не лечился амбулаторно. На тѣлесный смотръ особо отмѣчаемъ не быть, по его словамъ. Что касается предшествовавшихъ заболѣваній, то какъ себя помнить никогда серьезно не болѣлъ. Въ те-чение 5 лѣтъ до военной службы служилъ писмомъ въ Петер-бургѣ въ Кредитномъ Обществѣ, былъ здоровъ, такъ что даже ни разу не бралъ отпуска. Въ это время разъ упалъ съ вело-сипеда и ушибъ себѣ грудь, которая нѣкоторое время болѣла, но больной перенесъ эту болѣзнь на ногахъ. Отецъ больного умеръ около 70-ти лѣтъ отъ кровоизліянія въ мозгъ. Мать до сего времени жива и здорова, 2 сестры также здоровы.

При осмотрѣ 2-го Августа больной былъ найденъ мною въ слѣдующемъ состояніи:

Полное исхуданіе, землистый цвѣтъ лица, не можетъ приподняться безъ посторонней помощи. На вопросы отвѣчаетъ сознательно, но скоро закрываетъ глаза и падаетъ въ за-бытье. Число дыханій 45 въ минуту, пульсъ слабога напол-ненія—130 въ минуту. На лѣвой и правой половинѣ грудной клітки спереди перкураторный тонъ тупо-тиманичный—слѣва, начиная отъ подплочичной ямки до 4-го ребра и справа — подъ ключицею. При выслушиваніи справа, но особенно ле-во слѣва, въ мѣстахъ притупленно-тиманическаго тона амфори-ческое дыханіе; далѣе вверху по области легкихъ справа и слѣва слышны выдохъ и влажные мелко и средне пузырьчатые хрипы. Тоны сердца чисты, но слабы. Железы нигдѣ не про-щупываются. Въ прочихъ органахъ уклоненій отъ нормы не найдено. Мокрота слизистогнойная. Температура 38,5—39,5. Въ мокротѣ Коховскія палочки. Изъ расказа больного о казар-менной обстановкѣ получилось впечатлѣніе весьма невыгодное относительно соблюденія самыхъ основныхъ требованій ги-гіены: полкъ расположенъ въ Кальваріи Сувалскаго губерніи, казармы сыры, грязны и холодны.

Второй случай описанъ мною въ числѣ представленныхъ выше исторій болѣзни подъ № 14 *).

За періодъ времени съ 1897 по 1899 г. въ полковомъ ла-заретѣ 117 пѣх. Ярославскаго полка и съ 1899 по 1907 г. за исключеніемъ 2-хъ лѣтъ войны, въ лазаретѣ 146 пѣх. Пари-цинскаго полка изъ наблюдавшихся нами нѣсколькихъ десят-ковъ случаевъ заболѣванія бугорчаткой легкихъ, большинство протекало остро и подостро, т. е. наблюдались или случаи ми-лиарнаго туберкулеза, кончавшіеся смертью черезъ 1 или 2 мѣ-сяца, или случаи подостраго теченія съ быстрымъ образова-ніемъ кавернъ въ легкихъ при самыхъ ничтожныхъ началь-ныхъ измѣненіяхъ въ легкихъ. Нижніе чины были различ-ныхъ сроковъ службы.

Такимъ образомъ приведенныхъ выше теорій, экспери-ментальныхъ данныхъ и къ сожалѣнію малочисленныхъ данныхъ изъ жизненнаго врачебнаго опыта все же достаточно, чтобы крѣпко задуматься надъ возможностью не только обостренія старыхъ и скрытыхъ бугорчатыхъ процессовъ, появляющихся у людей во время военной службы, но и появленія новыхъ зараженій, которыя, гдѣ разъ появились, тамъ и будутъ по-падаться чаще, чѣмъ въ тѣхъ частяхъ войскъ, гдѣ наблю-дается только единичные случаи бугорчатки.

* Не привожу единичныхъ случаевъ болѣе очевиднаго зараженія бугор-чаткой легкихъ изъ частной своей практики.

Не научиле ли искать причины этих остро протекающих форм в предположении Corneta, что новая инфекция на скрытую старую, дѣлается роковою для больного, а также новое заражение у людей, попавших въ условия военной службы, потечет острѣе, чѣмъ при другихъ условияхъ.

Конечно, промахи свойственны всемъ, но не такъ они часто свойственны полковымъ врачамъ, какъ думаютъ о нихъ ординаторы большихъ госпиталей.

Поэтому не военнымъ госпиталямъ съ разноколибернымъ составомъ больныхъ въ отношеніи частей войскъ и чаще съ исполнѣ уже развившимися формами легочной чахотки окончателно рѣшать вопросы о причинѣ распространения бугорчатки легкихъ въ русской арміи, а—войсковымъ врачамъ или еще лучше и тѣмъ, и другимъ въ совокупности, интересуюсь не только процессомъ болѣзни—съ чисто клинической точки зрѣнія, но и тѣмъ, въ какой части войскъ, откуда и при какихъ условияхъ получилъ болѣзнь свой недугъ. Только при дружномъ участіи всѣхъ, заинтересованныхъ въ этомъ вопросѣ врачей, можетъ быть рѣшенъ вопросъ исполнѣ и о причинахъ усиленной заболѣваемости въ С.-Петербургскомъ военномъ Округѣ, и вообще о существованіи бугорчатки въ арміи, на чемъ совершенно основательно и настаиваетъ корпусный врачъ гвардейскаго корпуса докторъ Унтербергеръ въ своихъ годовыхъ отчетахъ.

Съ своей же стороны долженъ сказать, что нельзя не согласиться съ мнѣніемъ Corneta, что бугорчаткой легкихъ могутъ заболѣть совершенно здоровые люди, а отсюда само собою вытекаетъ правильность мнѣнія Яновскаго и Marquand'a, что непорочное отношеніе между объемомъ груди и ростомъ еще не имѣетъ прямого вліянія на заболѣваемость бугорчаткой; однако для наилучшаго воспріятія заразы должна быть подготовлена почва.

Въ данномъ случаѣ усиленная заболѣваемость органовъ дыханія среди войскъ должна способствовать скорѣйшему зараженію бугорчаткой легкихъ, равно какъ и правильное соотношеніе между окружностью груди и ростомъ должно входить въ основу сужденія о годности или негодности къ военной службѣ при наборѣ новобранцевъ, такъ какъ существующее несоотвѣтствіе между указанными размѣрами служитъ признакомъ неправильнаго развитія организма, а слѣдовательно, и его пониженной сопротивляемости и къ какимъ бы то ни было заболѣваніямъ, а тѣмъ болѣе къ бугорчаткѣ.

Это можно наблюдать постоянно въ Присутствіяхъ по воинской повинности при наборахъ новобранцевъ: большинство получившихъ отсрочку на годъ по недостаточному размѣру груди, оказываются неспособными по состоянию своего сложения и здоровья и на слѣдующій годъ.

В Ы В О Д Ы .

1) Далеко не во всѣхъ случаяхъ бугорчатки легкихъ можно отыскать въ мокротѣ палочки Коха; полагаю, что ихъ можно найти только тогда, когда наступило нарушеніе эластичности ткани легкихъ, когда бугорчатковые палочки могутъ имѣть свободный выходъ въ просвѣтъ бронхъ и примѣшаться къ слизи.

2) Наблюдаемые случаи нахождения бугорчатковыхъ палочекъ въ мокротѣ безъ какихъ либо ясныхъ признаковъ пораженія легкихъ могутъ имѣть мѣсто, по всей вѣроятности, при бугорчатомъ пораженіи бронхъ, гортани или первичномъ свѣжемъ зараженіи легкихъ инвѣнъ.

3) Бугорчатка легкихъ въ русской арміи распространена далеко неравномерно.

4) Въ общемъ, заболѣваемость бугорчаткой въ русской арміи въ сравненіи съ арміями другихъ государствъ умѣренная.

5) Усиленная заболѣваемость бугорчаткой легкихъ замѣчаемая въ С.-Петербургскомъ Военномъ Округѣ, почти исключительно падаетъ на гвардейскія части, расположенныя въ Петербургѣ.

6) Ближайшей причиной усиленной заболѣваемости бугорчаткой легкихъ въ нѣкоторыхъ частяхъ войскъ считается возможность зараженія.

7) Причина существованія возможности зараженія—неадекватность профилактическихъ мѣръ по отношенію къ чахоткѣ, т. е. удаленіе заболѣвшихъ, но отсутствіе мѣръ дезинфекціи одежды и помѣщеній, гдѣ находились больные, а также вообще должной чистоты помѣщеній.

Что же касается мѣръ для пресѣченія бугорчатки въ арміи, то считаю необходимымъ примѣнить слѣдующія:

1) Необходима полная дезинфекція казармъ всѣхъ частей войскъ, хотя однажды въ годъ, какъ это уже и предписывается въ приказѣ по С.-Петербургскому военному Округу 1906 г., и болѣе чистое содержаніе ихъ.

2) Необходима тщательная дезинфекція помѣщеній, откуда поступаетъ туберкулезный больной, а также мундирной одежды и бѣлья въ паровой камерѣ, которая пора завести во всѣхъ частяхъ войскъ.

3) Туберкулезная инфекция наглядно учит нас тому, как важно помимо общих гигиенических мероприятий относительно казарменных помещений, сознательно приучать самих нижних чинов к основным правилам личной чистоплотности, а в частности — содержать в чистоту полости рта посредством прополаскивания каким либо слабым дезинфицирующим раствором, или хотя бы, раствором поваренной соли, что наиболее просто и доступно в солдатском обиходе. Последнее особенно важно в казарменной обстановке, так как врачебная полковая практика показывает наиболее частый процент инфекционных заболеваний, имеющих свое начало в полости рта и носа. Это подтверждает большое распространение среди солдат заболеваний ангинами, фарингитами, отитами карiousными процессами зубов, без которых необходимо ни один ежедневный амбулаторный прием в полках. Следом же за упомянутыми заболеваниями идут острые бронхиты разного рода пневмонии, основною причиною появления которых еще весьма многими до сего времени считается простуда, тогда как в настоящее время уже определенно доказано инфекционное происхождение многих из упомянутых болезней, простуда же может играть роль второстепенного фактора. Все указанные меры проще и доступнее многих нередко весьма дорогих гигиенических улучшений казарменной обстановки.

Но все индивидуальные гигиенические мероприятия могут быть с успехом проведены сознательно только тогда, когда войсковой врач станет на роль воспитателя-гигиениста, что, конечно, не всегда зависит от существующего положения военных врачей, но и от доброй воли каждого, *только при условии возможно большого — достаточного числа врачей в полку.*

4) Весьма желательно приращение врачей к частям войск, дабы врач, свыкшийся со своею частью мог приобрести с одной стороны авторитет для проведения своих гигиенических мероприятий, а с другой проводить их охотно и энергично, как нечто свое близкое.

5) Необходимо при каждой большой войсковой части иметь свой самостоятельный, правильно оборудованный лазарет.

6) Необходимо шире и практичнее преподавание в Военно-медицинской Академии военной гигиены и бактериологии в связи с военною администрацией.

Военный врач практически опытный в названных науках будет тверже и энергичнее в различных санитарных мероприятиях, чем скорее встретит сочувствие в военной среде, по воспитанию своему привыкшей к ясным и точным предписаниям, но отнюдь не к советам в общих чертах, в которых часто не уверен и сам советчик.

В заключение считаю долгом выразить искреннюю благодарность Непремываному Члену Военно-Медицинского Ученого Комитета Приват-доценту Императорской Военно-медицинской Академии И. Ф. Рапчевскому за предложенную тему и за общее руководство во время производства настоящей работы.

Заведующему бактериологической лабораторией Николаевского Военного госпиталя Н. П. Мачинскому за его советы и постоянную готовность поделиться своим опытом и знаниями, Старшему врачу 146 пех. Царицынского полка Д. М. Филиппову за разрешение заниматься настоящею работой при лазарете полка и доктору Козловскому за разрешение пользоваться отчетами санитарного состояния частей войск С.-Петербургского Военного Округа при статистическом отделе Главного Военно-медицинского Управления.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Примѣненіе энергичнаго тепла мѣстно считаю существенно важнымъ факторомъ въ леченіи острыхъ аппендицитовъ, если только процессъ не перешелъ въ нагноеніе, когда уже необходима оперативная помощь.

2) При осложненіи остраго суставнаго ревматизма эндокардитомъ большіе дозы салициловаго натра нѣрѣдко приносятъ рѣзкое улучшеніе, не вызывая ослабленія сердечной дѣятельности.

3) Рѣдкія межмышечныя разовыя впрыскиванія большихъ дозъ растворимыхъ соединеній ртути способствуютъ скорому исчезновенію проявленій сифилиса, не вызывая явленій ртутнаго отравленія.

4) Приступы мигрени часто весьма скоро успокаиваются подъ влияніемъ пріема соды.

5) Заболѣваніе цынгою нужно считать, какъ слѣдствіе жирового голоданія.

6) Впрыскиваніе 4% и 5% растворовъ очищенной карболовой кислоты кругомъ сибиреязвенной пустулы способствуетъ успѣшному излеченію отъ названной болѣзни.

7) Въ солдатскомъ пищевомъ рационѣ слѣдуетъ значительно увеличить количество жировъ, особенно во время походовъ.

Curriculum vitae

Павелъ Ивановичъ Поспѣловъ, сынъ священника, православный, родился въ селѣ Тосно Парскоевскаго уѣзда 6-го іюня 1872 г., среднее образованіе получилъ во 2-й С.-Петербургской гимназій, высшее—въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-медицинской Академіи, которую окончилъ съ званіемъ лекаря въ 1896 году. ВЫСОЧАЙШИМЪ приказомъ 18-го декабря 1896 г. былъ опредѣленъ младшимъ врачомъ въ 117 пѣх. Ярославскій полкъ, въ 1899 г. былъ перемѣщенъ на ту же должность въ 146 пѣх. Царичинскій полкъ, въ которомъ состоитъ младшимъ врачомъ до сего времени. Во время службы въ Царичинскомъ полку былъ прикомандировываемъ на нѣсколько мѣсяцевъ къ военнымъ госпиталямъ — Семеновскому-Александровскому, Красносельскому и Николаевскому; къ первымъ двумъ—для несенія ординаторскихъ обязанностей, въ Николаевскомъ же госпиталѣ въ теченіе 4-хъ мѣсяцевъ въ 1903 г. занимался при бактериологической лабораторіи. Въ 1902 и 1903 учебномъ году выдержалъ экзамены на степень доктора медицины. Съ 1904 по 1906 г. находился на театрѣ Русско-Японской войны въ качествѣ младшаго полкового врача, а затѣмъ старшаго ординатора полевого подвижнаго госпиталя. Съ 1 окт. 1907 г. прикомандированъ къ Императорской Военно-медиц. Академіи для усовершенствованія въ медицинскихъ наукахъ.

Имѣетъ слѣдующія работы, помѣщенныя въ «Военно-медицинскомъ журналѣ» и «Русскомъ врачѣ»:

1) «Къ вопросу объ истеріи у солдатъ».

Военно-медицинскій журналъ 1898 г. т. VIII.
2) «Случай гнойнаго воспаленія печени метастатическаго происхожденія».

Военно-медицинскій журналъ 1899 г. т. III.
3) «О пораженіи внутреннихъ органовъ во вторичномъ періодѣ сифилиса».

Военно-медицинскій журналъ 1899 г. т. IX.
4) «Необходимыя мѣры для пресѣченія трахомы въ войскахъ».

Военно-медицинскій журналъ 1900 г. т. VII.

5) «Упрощенный способ лечения затяжных выпотных плевритов».

Военно-медицинский журнал 1902 г. т. XI.

6) «Возможна ли точная дозировка лекарственных веществ и на чемъ она должна быть основана въ терапіи».

(По поводу назначенія лекарственныхъ веществъ по вѣсу тѣла докторомъ П. Н. Прохоровымъ въ Ямбургской земской больницѣ).

Военно-медицинский журнал 1903 г. т. VI.

7) «О вліяніи перевозки по желѣзной дорогѣ и начальнаго пребыванія въ Манчжуріи на вѣсъ тѣла и мышечную силу солдатъ».

Военно-медицинский журнал 1905 г. т. V.

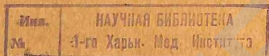
8) «Военнопоходная жизнь въ Манчжуріи и ея болѣзни».

Военно-мед. журналъ 1906 г. т. III и IV.

9) «Къ вопросу о военно-санитарной реформѣ въ русской арміи».

Русскій врачъ 1905 г.

10) Работу подъ заглавіемъ: „Къ вопросу и заботливости буторчаткою легкихъ въ „русской арміи“ представляеть въ качествѣ диссертации на степень доктора медицины“.



Л и т е р а т у р а .

Часть I.

1) Реальный энциклопедическій словарь медицинскихъ наукъ Эуденбурга и Афанасьева, томъ II.

Die Tuberkulose von Prof. Cornet. I Hälfte. Wien. 1907 г. (стр. 15).

2) Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers. Von G. Cornet Zeitschrift für Hygiene B. V. 1889 г.

3) ibidem.

Руководство бактериологии и въ особенности микроскопической техники Prof. Günther.

Третье русское изданіе 1904 г. Перев. д-ра Галлера.

Die Tuberkulose von Prof. Cornet. Wien. 1907 г., стр. 127.

4) ibidem.

5) ibidem, стр. 127.

6) Die Tuberkulose in der Armee. Dr. Schjering (Generaloberarzt im Kriegsministerium) Vortrag auf dem Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit am 24. Mai 1899 gehalten. Berlin.

7) Матеріалы къ вопросу о чахоткѣ легкихъ и ея этиологии въ простомъ населеніи Кобелянскаго уѣзда. Диссертация А. Пирскаго. СПб. 1888 г.

8) Къ вопросу о заболѣваемости легочной чахоткой. Диссертация Фриновскаго 1891 г. СПб. (По даннымъ поголовнаго осмотра крестьянскаго населенія въ селахъ и деревняхъ Кедренскаго уѣзда Пензенской губ. и изслѣдованіе на Коховскія палочки).

9) Заболѣваемость легочной чахоткой и нѣкоторые ея этиологическіе моменты во взросломъ крестьянскомъ населеніи (По даннымъ поголовнаго осмотра одной волости Воронежской губерніи Землянскаго уѣзда и изслѣдованіе на чахоточныя палочки). Диссертация Савельева 1891 г. СПб.

10) Матеріалы къ вопросу о заболѣваемости легочной чахоткой въ войскахъ. Диссертация д-ра Гейлиха 1894 г. СПб.

11) Материалы къ вопросу о поголовномъ изслѣдованіи на чахоточныя палочки у нижнихъ чиновъ. Н. К. Горбачевъ. Газ. «Врачъ», 1890 г. № 18.

12) Къ поголовному изслѣдованію мокроты на чахоточныя палочки у нижнихъ чиновъ. Н. К. Горбачева и В. А. Игнатовича. Газ. «Врачъ» 1891 г. № 41.

13) Руководство къ клинической бактериологій Г. Габричевскаго. 1893 г.

14) Руководство къ клинической микроскопій В. Е. Предтеченскаго. 1901.

15) Материалы къ вопросу о заболѣваемости среди нижнихъ чиновъ бугорчаткою по срокамъ службы и родамъ оружія съ приложеніемъ очерка причинъ развитія бугорчатки въ населеніи и въ войскахъ. Диссертация Н. Георгиевскаго. 1895 г. СПб.

16) Лекціи по клинической микроскопій и бактериологій, читанныя въ Клиническомъ институтѣ В. Кн. Елены Павловны. Проф. И. М. Афанасьевъ. 1896 г.

17) Beitrag zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen von B. A. Van-Ketel. Archiv für Hygiene. Band 15. 1892 г.

18) См. п. 16).

19) О скрытыхъ формахъ легочной чахотки д-ра А. Соколовскаго. 1892 г.

20) Клиническіе этюды. Опытъ индивидуальнаго изученія болѣзненныхъ состояній. Проф. М. М. Волкова. 1904 г. Наблюденія III.

21) Руководство къ частной патологій и терапій для врачей и учащихся д-ра Г. Эйхгорста, т. IV, 1892 г. (Изданіе третье. Перев. д-ра Шапиро).

G. Dieulafoy. Руководство къ внутренней патологій, томъ I. (Переводъ съ 10-го изданія д-ровъ Серебренникова и Фишберга). 1899 г. Изд. «Практической медицинны».

22) Prof. Günther — Руководство къ бактериологій. Перев. д-ра Галлера. 1904 г., стр. 310.

23) Реальный энциклопедическій словарь медіц. наукъ Эуленбурга и Афанасьева, т. II.

24) Болѣзни органовъ дыханія. Клинич. лекціи д-ра Соколовскаго, изд. 1906 г., т. I, стр. 133.

25) Къ бактериологической діагностикѣ туберкулеза въ арміи. Д-ръ Любомудровъ. Военно-медіц. журналъ. 1897 г., т. XI, стр. 1040.

26) См. 19).

Часть II.

1) Отчеты о санитарномъ состояніи русской арміи за 1895—1904 года. Изданіе Главнаго Военно-Медицинскаго Управленія.

2) Подлинныя обзоры о санитарномъ состояніи отдѣльныхъ частей войскъ С.-Петербургскаго военнаго Округа 1901—1905 года.

3) Die Schwindsucht in der Armee. Rudolf Schmidt. München. 1889 г.

4) Die Tuberkulose in der Armee. Dr. Schjering. См. 6) I часть.

5) См. 11) часть I.

6) В. И. Афанасьевъ: «Анатомическій покой Никол. Военнаго госпиталя прежде и теперь.—Труды врачей Никол. Военн. госп., томъ I. СПб. 1890 г.

7) Н. Георгиевскій: Материалы къ вопросу о заболѣваемости среди нижнихъ чиновъ бугорчаткою по срокамъ службы и родамъ оружія съ приложеніемъ очерка причинъ развитія бугорчатки въ населеніи и въ войскахъ (диссертация 1895 г. СПб.)

8) ibidem, стр. 29).

9) ibidem, стр. 36.

10) ibidem, стр. 37.

11) ibidem, стр. 64.

12) Л. В. Бертенсонъ: «Внутренніи болѣзни въ Спб. Николаевскомъ Военномъ госпиталѣ въ 1890 г.». Военно-медіц. журналъ 1891 г., т. 171 и 172.

13) Н. К. Щепотьевъ: «Къ этиологій чахотки въ арміи». Военно-медіц. ж. 1896 г. Октябрь.

14) С. А. Маркъ: «Къ вопросу о борьбѣ съ чахоткой въ арміи». Военно-медіц. журналъ. 1907 г. Июль. Августъ. Сентябрь.

15) A. Margvad: «Болѣзни солдата. Приложение къ Военно-медіц. журналу. 1895.

16) Яновскій: Русская медицина. 1893 г., стр. 361. Цитировано по Георгиевскому. См. 7) часть II.

17) «Die Tuberkulose» von Cornet. Wien. 1907 г.

18) Рубель: Докладъ въ обществѣ болѣзненныхъ врачей С.-Петербурга. Реф. «Русскій врачъ». 1901 г. № 43. (По даннымъ «Статистическаго ежегодника».

19) Revue d'hygiène. 28 Июля. Реф. «Врачъ». 1898 г. № 30. The Lancet. 28 Декабря 1889 г. Реф. «Врачъ» 1890 г. № 2. Д-ръ Сиротининъ на IV съѣздѣ русскихъ врачей въ память Пирогова. «Врачъ» 1891 г. № 5.

20) Число заболѣвшихъ бугорчаткою легкихъ въ Берлинской городской больницѣ Friedrichshain среди низшаго больничнаго персонала. (Реф. «Врачъ». 1890 г. № 9).

The Lance. 10 Апрель. Реф. «Врачъ». 1897 г. № 15.

Д-ръ Revilliad (изъ Женевы). Реф. «Врачъ». 1897 г. № 20.

21) См. 14) часть II.

- 22) *ibidem*.
23) В. В. Гюбенеггъ. «Къ вопросу о бугорчаткѣ лимфатическихъ железъ». Диссертация 1901 г. СПб., стр. 11.
24) *ibidem*, стр. 60.
25) Бользни солдата. A. Marvaud. См. 15) часть II.
26) См. 17) часть II.
27) «Die Entstehung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Behring'schen Lehre. Von Prof. Cornet in Berlin». Münchener Medicinische Wochenschrift. 1904 г. № 11.
28) «Ueber Lungenschwindsuchtentstehung und Tuberkulosebekämpfung», ausgearbeitet für einen am 25. September 1903 auf der Naturforscher-Versammlung in Kassel zufallenden Vortrag». Von Behring. Deutsche medicinische Wochenschrift. № 39. — 1903 г.
29) См. Военно-медиц. ж. Июль, Августъ. 1907 г.
30) См. 17) часть II.
31) Terapeutische Wochenschrift. 29 Avg. Ref. «Врачъ». 1897 г. № 35.
32) «Staub mit Tuberkelbacillen». Stabsarzt Kirchner. Zeitschrift für Hygiene. XXI. 1896 г.
33) См. 17) часть II.
34) К. Бергманъ. Отчетъ объ оперативной дѣятельности хирургическаго отдѣленія Петербургскаго Никол. Военнаго госпиталя въ теченіе 7 лѣтъ (1900—1907). Военно-медиц. ж. Май—Июль. 1907 г.
35) «Къ вопросу о зараженіи организма общей бугорчаткой (легкихъ) изъ подкожной вѣтчатки, изъ крови и главнымъ образомъ изъ кишечника». Проф. А. Д. Павловскаго. «Русскій врачъ». 1907 г. № 14 и 15.

О П Е Ч А Т К И.

Д о б а в и т ь:

Стр.		
85	1894/5	2,1
—	1895/6	1,9
—	1896/7	2,0
—	1897/8	2,0

Стр.	Написано:	Слѣдуетъ читать:
102	тѣка	тѣка.
104	Ишунинъ	Ишунинъ.
—	26,5 ¹⁰	2,65 ¹⁰